



Ev kazası sonucu iki hastada iki taraflı anterior omuz çıkığı

Bilateral anterior shoulder dislocation in two cases due to housework accidents

Tuğhan KALKAN, İsmail DEMİRKALE, Ali ÖÇGÜDER, Serhan ÜNLÜ, Murat BOZKURT

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Bu yazıda, ev kazası sonucu eşzamanlı iki taraflı anterior omuz çıkığı gelişen iki kadın hasta (yaş 64 ve 65) sunuldu. Her iki hastada da çıkıklar, sandalye üzerinde perde asmakta iken dengenin bozulması ve düşmemek için her iki el ile tutunma çabası sırasında meydana gelmişti. Uzun süre asılı kalma sonucu bir hastada geçici brakial plexus paralizisi gelişti. Omuz çıkıkları kapalı redüksiyon ile başarılı şekilde tedavi edildi. Hastaların 1.5 yıllık takiplerinde eklem hareket açıklığında azalma ya da kuvvet kaybı görülmedi, her iki omuz da stabil olarak değerlendirildi. Ev kazaları, özellikle denge sorunu olan yaşlı hastalarda iki taraflı anterior omuz çıkıklarına neden olabilir.

Anahtar sözcükler: Omuz çıkığı/fizyopatoloji/terapi; omuz eklemi/fizyopatoloji.

We present two cases of simultaneous bilateral anterior shoulder dislocations caused by housework accidents. Both patients (females, aged 64 and 65 years) sustained injuries when they lost balance and tried to grab something to prevent falling during hanging curtains on a chair. One patient developed brachial plexus palsy due to prolonged hanging position. Shoulder dislocations were successfully reduced by closed reduction. Both patients were followed-up for 1.5 years, during which no decrease in range of motion, strength loss, or shoulder instability were seen. Housework accidents can lead to bilateral shoulder dislocations especially in elderly patients with balance problems.

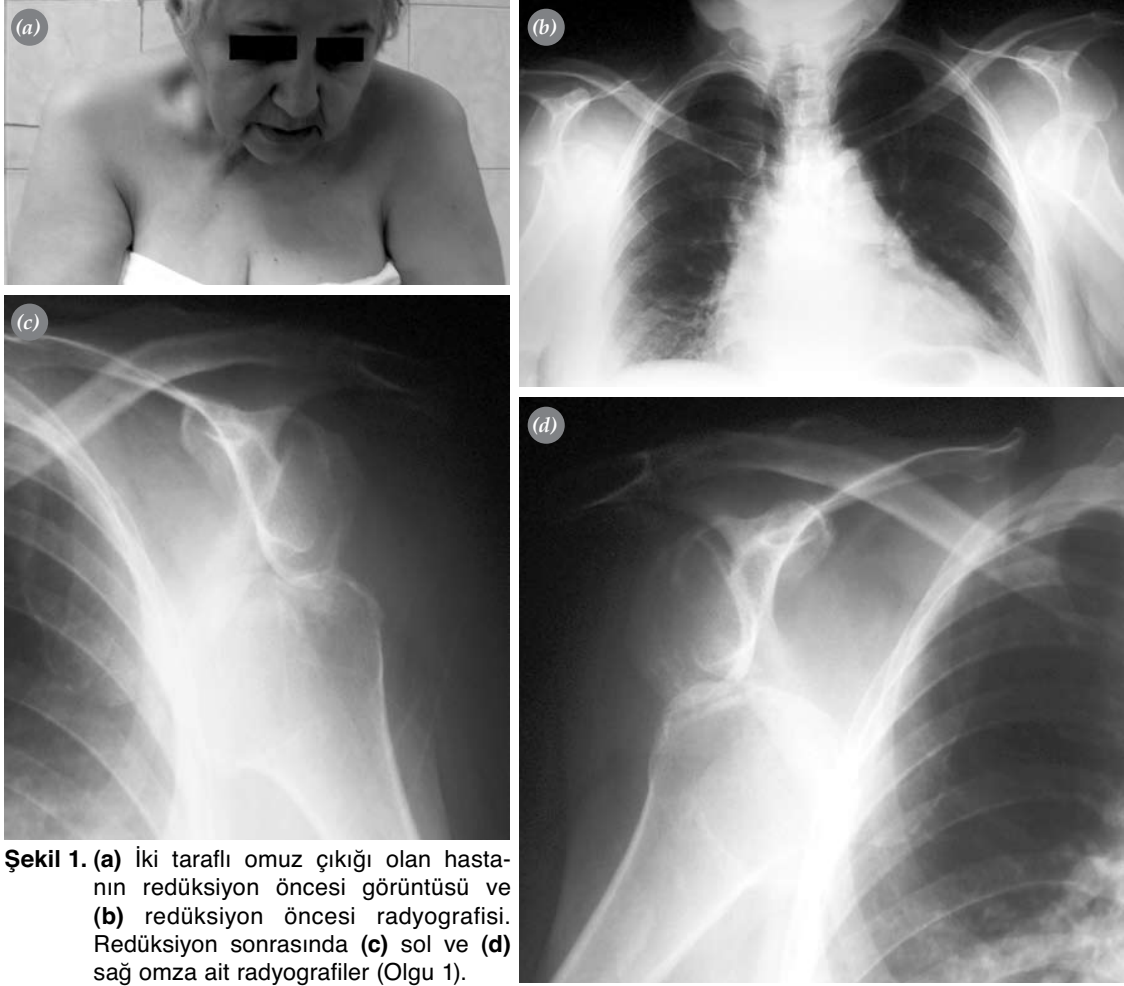
Key words: Shoulder dislocation/physiopathology/therapy; shoulder joint/physiopathology.

Omuz çıkıkları acil servislere en sık karşılaşılan büyük eklem çıkıklarıdır ve bu çıkıklara Neer kırıkları eşlik edebilir.^[1,2] İleri yaşta, kollajen yapısındaki değişiklikler çıkıklarla birlikte rotator manşet yaralanmalarının da artmasına neden olmaktadır. Omuz instabilitesinin çıkık sonucu manşet yırtığına neden olup olmayacağı konusu hala belirsizdir.^[3] Rotator manşet omzun önemli bir stabilizatörüdür. Çıkık sonrasında omuz hala ağrılı ve abduksiyon azalmış ise rotator manşet yırtığı sorgulanmalı, 40 yaş üstü hastalarda beraberindeki olası kapsüler lezyon araştırılmalıdır.^[4]

Bu yazıda, dengesiz pozisyonda korkulukları yakalama çabası sonucu iki taraflı anterior omuz çıkığı gelişen ileri yaşta iki kadın hasta sunuldu.

Olgu sunumu

Olgu 1- Altmış beş yaşında kadın hasta, her iki omuzda ağrı, deformite ve hareket kısıtlılığı yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Yaralanmanın, hasta sandalye üzerinde perde asmakta iken dengesini kaybedip, her iki eli ile kendini koruma amaçlı olarak pencere üzerindeki demirlerden tutunmaya çalışması ve düşmesi sonucu meydana geldiği öğrenildi. Hastanın periferik nörovasküler muayenesi normal bulundu; her iki omzunda apolet bulgusu vardı ve her iki omzu abduksiyon ve dış rotasyonda idi (Şekil 1a). Radyografik incelemede kırık olmaksızın iki taraflı subkorakoid anterior omuz çıkığı saptandı (Şekil 1b). Beş miligram morfin ile analjezi sağlandıktan sonra, Kocher manevrası uygulanarak ilk denemede kapalı



Şekil 1. (a) İki taraflı omuz çıkığı olan hastanın redüksiyon öncesi görüntüsü ve (b) redüksiyon öncesi radyografisi. Redüksiyon sonrasında (c) sol ve (d) sağ omza ait radyografiler (Olgu 1).

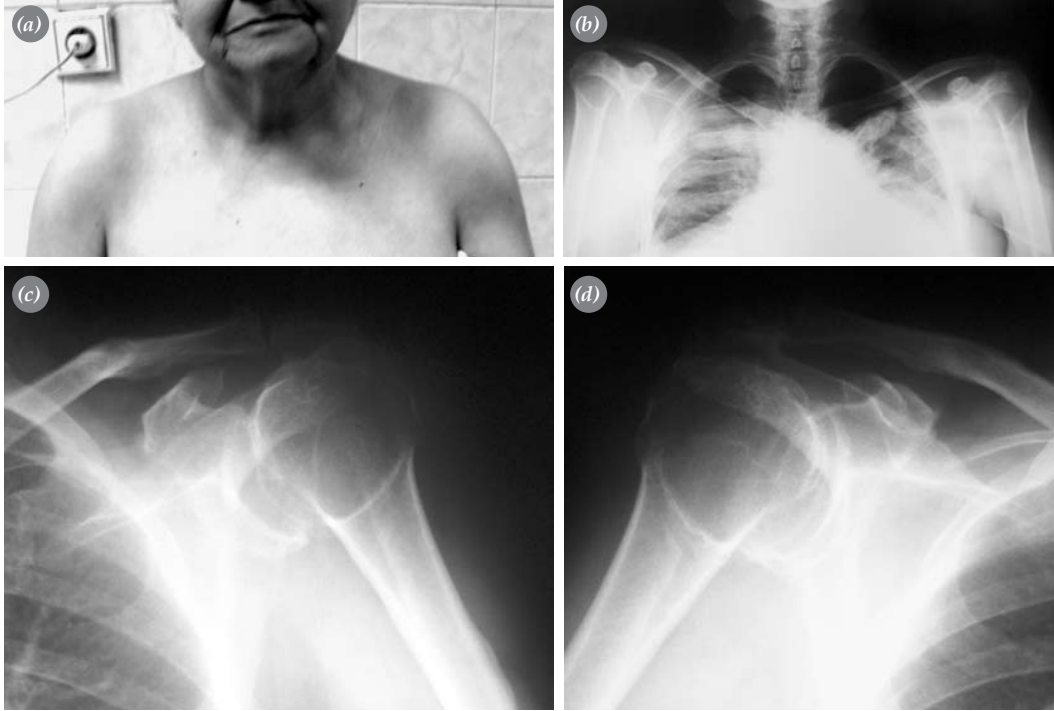
redüksiyon sağlandı. Redüksiyon radyografisi ile kontrol edildi (Şekil 1c, d). Redüksiyon sonrasında her iki omzunda öne fleksiyon ve abduksiyonu 75 derecenin üzerinde olan hastaya kol-gövde bandajı ile üç hafta immobilizasyon uygulandı. Bandaj çıkartıldıktan sonra pendulum egzersizlerine başlandı. Hastanın 1.5 yıllık takibinde eklem hareket açıklığında azalma ya da kuvvet kaybı görülmedi, her iki omuz da stabil olarak değerlendirildi.

Olgu 2– Altmış dört yaşında kadın hasta acil servise omuz ağrısı, deformite ve hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Yaralanması, sandalye üzerinde perde asarken dengesini kaybederek düşmemek için korkuluklardan tutunmaya çalışması ve düşmeyip bir süre asılı kalması sonucu meydana gelmişti. Fizik muayenesinde, her iki omuz abduksiyon ve dış rotasyonda iken iki taraflı apolet bulgusu izlendi (Şekil 2a); omuz ön yüzünde duyu kaybı, sol el başparmak abduksiyonunda ve el bileği dorsifleksiyonunda kayıp vardı. Röntgen

muayenesinde ise kırık olmaksızın iki taraflı subkorakoid anterior omuz çıkığı saptandı (Şekil 2b). Sedasyon altında Kocher manevrası ile her iki omuzda ilk denemede redüksiyon sağlandı ve redüksiyon düz grafileriyle kontrol edildi (Şekil 2c, d). Kol-gövde bandajı ile üç hafta immobilizasyon uygulanan hastanın omuz hareket açıklığı ile kuvvet muayenesi normal idi. Nörolojik durumun değerlendirilmesi için uygulanan EMG testinde, alt trunkus ve posterior kordda parsiyel aksonal dejenerasyon saptandı. Omuzlardan parmaklara yayılan yanıcı ağrısı olan hasta konservatif olarak takip edildi ve altıncı ay sonunda şikayetleri tamamen geçti. Hastanın 1.5 yıl sonunda yapılan son kontrolünde omuzlarında instabilite ya da kuvvet kaybı yoktu.

Tartışma

Glenohumeral çıkıkların çoğu genç erkeklerde ve travma sonucu meydana gelir. Bunu, ileri yaşta kadın hastalarda düşme riskinin artması ve eklem



Şekil 2. (a) İki taraflı omuz çıkığı olan hastanın redüksiyon öncesi görüntüsü ve (b) redüksiyon öncesi radyografisi. Redüksiyon sonrasında (c) sol ve (d) sağ omza ait radyografiler (Olgu 2).

kapsülündeki kollajenin çapraz bağlarının sayısında azalma sonucu oluşan çıkıklar izlemektedir.^[5] Travma sonucu kolun ekstansiyonu ve abduksiyonuyla birlikte, korakoakromiyal ark ve rotator manşet humerus başının aşağıya deplasmanına, fleksör ve dış rotatorlar ise öne deplasmanına neden olur.^[6] Omuz çıkıklarının %96'sı anterior, %3'ü posterior, %1'i inferior çıkıklardır.^[7] İki taraflı omuz çıkığı yaklaşık 30 olguda, iki taraflı anterior omuz çıkığı ise sekiz olguda bildirilmiştir.^[8]

Travma, diyabetik nokturnal hipoglisemi, grand mal nöbetler, ağırlık kaldırma ya da elektrik çarpması sonucu genellikle posterior çıkıklar görülmesine karşın, iki taraflı anterior çıkıklar nadirdir ve genellikle travma kökenlidir.^[9-11] Travma sonrası iki taraflı çıkık gelişen olguların %10'dan fazlasına geç tanı konduğu bildirilmiştir.^[9] Çıkık sonrasında, kırık, brakial pleksus yaralanması, vasküler yaralanma, yumuşak doku yaralanmaları ve tekrarlayan çıkıklar gibi komplikasyonlar görülebilir. Gençlerde omuz çıkığı sonrası nüksleri önlemek birincil tedavi seçeneği olmasına karşın, ileri yaştaki hastalarda öncelik kompleks yapısal yaralanmaların tedavisidir. İleri yaşla birlikte, omuz çıkığı sonrasında rotator manşet yaralanması riski artmakta, instabilitenin yerini al-

maktadır.^[12] Bu hastalardaki rotator manşet yırtıklarının tedavisi tartışmalı olsa da, öncelik konservatif tedaviye tanınmaktadır.

Terapötik yaklaşım uygulanan ya da elektroşok tedavisi gören hastalarda şiddetli kas spazmı nedeniyle posterior omuz çıkıkları oluşabilmektedir. Brown^[13] iki taraflı omuz çıkıklarının etyolojisini akut kasılma (%41), travma (%23) ve travmatik olmayan yaralanma (%36) olarak bildirmiştir. Asimetrik eşzamanlı omuz çıkıkları emosyonel bozukluğu olan hastalarda görülebilmektedir.

Her iki olgumuzdaki çıkık nedeni literatürde bildirilenlerden farklıdır. Her iki hastada da çıkıklar, dengesizlik sonucu düşmemek için tutunma çabasında iken tipik omuz çıkığı mekanizmasına uyan yaralanma sonucu meydana gelmiştir. Bildirilen olguların çoğunda posterior çıkık oluşmasına karşın, ileri yaş ve kas dengesizliği nedeniyle iki taraflı anterior omuz çıkığı meydana gelmiştir. Bu gibi olgularda hekim nörolojik yaralanma olasılığına karşı uyanık olmalıdır.^[14]

Cerrahi tedavi planlanan hastalarda olası rotator manşet yaralanması ve diğer omuz patolojilerini inceleyebilmek için manyetik rezonans görüntüleme

(MRG) yapılmalıdır.^[5] Olgularımıza, ileri yaşta olmaları ve diğer sağlık sorunları nedeniyle cerrahi tedavi planlanmadığı için MRG uygulanmadı.

Dış kuvvet vektörlerinin her iki omuz eklemine eşzamanlı olarak aynı yönde etki etme olasılığının düşük olmasından dolayı, kırıkla birlikte veya kırıksız iki taraflı anterior omuz çıkıkları çok nadirdir. Bildirilen olgular daha çok travma ya da epileptik nöbetler sırasında ortaya çıkan posterior çıkıklardır.^[8,9] Çıkıklarla birlikte kırık, rotator manşet yaralanması ya da nörovasküler yaralanma görülebilir. Özellikle ileri yaştaki hastalarda, denge sorunları ve çevre yumuşak doku dengesindeki bozulma nedeniyle iki taraflı anterior omuz çıkıklarına eğilim yüksek olabilir.

Kaynaklar

1. Sharma L, Pankaj A, Kumar V, Malhotra R, Bhan S. Bilateral anterior dislocation of the shoulders with proximal humeral fractures: a case report. *J Orthop Surg* 2005; 13:303-6.
2. Nagi ON, Dhillon MS. Bilateral anterior fracture dislocation of the shoulders. *J Orthop Trauma* 1990;4:93-5.
3. Hintermann B, Gächter A. Theo van Rens Prize. Arthroscopic assessment of the unstable shoulder. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 1994;2:64-9.
4. Porcellini G, Paladini P, Campi F, Paganelli M. Shoulder instability and related rotator cuff tears: arthroscopic findings and treatment in patients aged 40 to 60 years. *Arthroscopy* 2006;22:270-6.
5. Fung DA, Menkowitz M, Chern K. Asymmetric bilateral shoulder dislocation involving a luxatio erecta dislocation. *Am J Orthop* 2008;37:E97-8.
6. Solomon L, Warwick D, Nayagam S, editors. Injuries of the shoulder, upper arm and elbow. In: *Apley's system of orthopaedics and fractures*. 8th ed. London: Arnold; 2001. p. 587-91.
7. Kumar KS, O'Rourke S, Pillay JG. Hands up: a case of bilateral inferior shoulder dislocation. *Emerg Med J* 2001; 18:404-5.
8. Segal D, Yablon IG, Lynch JJ, Jones RP. Acute bilateral anterior dislocation of the shoulders. *Clin Orthop Relat Res* 1979;(140):21-2.
9. Dinopoulos HT, Giannoudis PV, Smith RM, Matthews SJ. Bilateral anterior shoulder fracture-dislocation. A case report and a review of the literature. *Int Orthop* 1999; 23:128-30.
10. Page AE, Meinhard BP, Schulz E, Toledano B. Bilateral posterior fracture-dislocation of the shoulders: management by bilateral shoulder hemiarthroplasties. *J Orthop Trauma* 1995;9:526-9.
11. Sreesobh KV, Chacko B. An unusual case of bilateral anterior dislocation of shoulder. *J Orthopaedics* 2005;2(4):e6.
12. Simank HG, Dauer G, Schneider S, Loew M. Incidence of rotator cuff tears in shoulder dislocations and results of therapy in older patients. *Arch Orthop Trauma Surg* 2006; 126:235-40.
13. Brown RJ. Bilateral dislocation of the shoulders. *Injury* 1984;15:267-73.
14. de Laet EA, Visser CP, Coene LN, Pahlplatz PV, Tavy DL. Nerve lesions in primary shoulder dislocations and humeral neck fractures. A prospective clinical and EMG study. *J Bone Joint Surg [Br]* 1994;76:381-3.