

Trafik Kazasına Bağlı Bilateral Anterior Omuz Çıkığı: Olgusu

Bilateral Anterior Shoulder Dislocation Due to Traffic Accident: Case Reports

Okhan Akdur, MD.

Department of Emergency Medicine,
Erciyes University Medical Faculty
oakdur@erciyes.edu.tr

Seda Özkan, MD.

Department of Emergency Medicine,
Erciyes University Medical Faculty
sedacil@yahoo.com

Polat Durukan, MD.

Department of Emergency Medicine,
Erciyes University Medical Faculty
polatdurukan@gmail.com

İbrahim İkiçeli, MD.

Department of Emergency Medicine,
Erciyes University Medical Faculty
ikiçeli@erciyes.edu.tr

Levent Avşaroğulları, MD.

Department of Emergency Medicine,
Erciyes University Medical Faculty
lavsar@erciyes.edu.tr

Alper Vardar, MD.

Department of Emergency Medicine,
Erciyes University Medical Faculty
ha.vardar@hotmail.com

Erdoğan M. Sözüer, MD.

Department of General Surgery,
Erciyes University Medical Faculty
esozuer@erciyes.edu.tr

This study was presented in the II. National Emergency Medicine Congress, 22-25th September, 2005, Çeşme, Turkey.

Submitted : March 14, 2007
Revised : June 14, 2007
Accepted : July 16, 2007

Corresponding Author:

Okhan Akdur, MD.
Department of Emergency Medicine,
Erciyes University Medical Faculty
Kayseri, Turkey

Telephone : +90 - 352 4374937
E-mail : oakdur@erciyes.edu.tr

Özet

Acil servis hekimlerinin en sık karşılaştıkları çıkık, omuz ekleminin anterior çıkığıdır. Omuz ekleminin bilateral çıkığı ise nadir görülen bir klinik durumdur. Hastadan alınan hikayede, travma sırasında dirseklerin gergin (ekstansiyonda), kolların omuzdan abduksiyonda iken elleri üzerine düşmüş olduğu öğrenildi. Bu pozisyonun anterior çıkık oluşumunu açıklayabilecek bir mekanizma olduğunu düşünmekteyiz. Bu olgu sunumu ile acil servislerde sık karşılaşılan bir klinik durumun, nadir görülen formuna ve oluşumunu sağlayan travma nedenine dikkati çekmek istedik.

Anahtar Sözcükler: **Omuz çıkığı; Tanı; Travma.**

Abstract

The most common dislocation seen by emergency physicians is anterior dislocation of the shoulder joint. Bilateral dislocation of this joint is rarely seen. From the history of the patient it was discovered that during the trauma elbow joints were tense (hyperextension), arms were abducted from the shoulder and the patient had fallen on his hands. This position explained how anterior dislocation had happened. With this case presentation we aimed to draw attention to a frequently seen clinical entity in emergency departments and its rarely seen form.

Key Words: **Diagnosis; Shoulder dislocation; Trauma.**

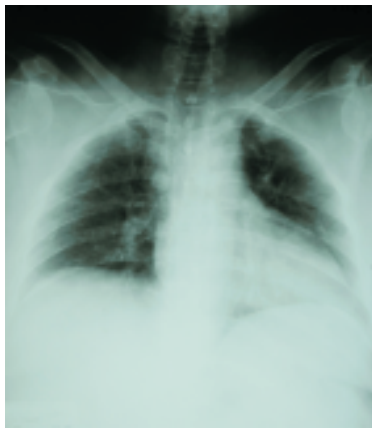
Giriş

Acil servis hekimlerinin en sık karşılaştıkları çıkık, omuz eklemine anterior çıkığıdır (1,2,3,4). Erişkinlerde anterior omuz çıkıklarının oluşumuna en sık neden olan mekanizma dirsekler bükülmeden, eller açık durumda iken avuç içi üzerine olan düşmelerdir (5). Bu çıkıklar, humerusun tuberculum majus kırığı ve plexus brachialis zedelenmesi gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir (2,6). Omuz eklemine bilateral çıkığı ise çıkığı oluşturan kuvvetlerin her iki eklemde, benzer biçimde ve aynı anda etkili olması gerekliliğinden dolayı nadir görülen bir klinik durumdur (1,3,6,7). Biz de acil servisimize trafik kazası sonrasında getirilen ve bilateral anterior omuz çıkığı tespit edilen bir olgumuzu sunuyoruz.

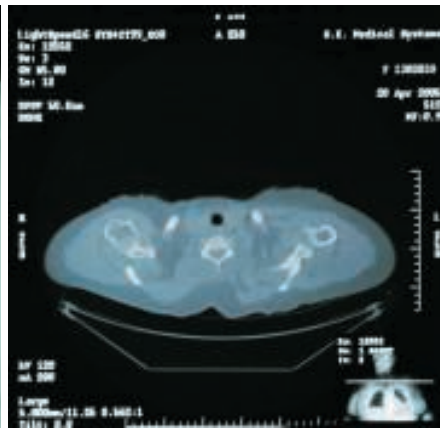
Olgu Sunumu

Ellibeş yaşında bayan hasta yaklaşık 1 saat önce geçirdiği araç dışı trafik kazası sonrasında ambulans ile acil servisimize getirildi.

Hastanın başvuru sırasındaki arteriyel kan basıncı 140/90 mmHg, nabız 92/dk ve solunum sıklığı 16/dk idi. İlk bakıda şuuru açık olan hastanın sol göz kapağında ödem ve ekimoz, skalpta, sol parietal alanda 1x2 cm boyutunda sefal hematoma, her iki omuzda ağrı, deformite (apolet belirtisi), hareket kısıtlılığı ve pelvis kompresyonunda hassasiyet tespit edildi. Bilateral radial nabız normal alınıyordu. Hikayesinde araç çarpmasından sonra yere düştüğü ve sonrasında yerde yuvarlandığı öğrenildi. Direkt grafilerinde sol iskiyum pubis kolunda kırık, bilateral anterior omuz çıkığı tespit edildi (Resim 1).



Resim 1. Olgunun trafik kazası sonrasında çekilen, her iki omuz çıkığını gösteren direkt grafi görüntüsü.



Resim 2. Olgunun redükte edildikten sonra izlenen bilgisayarlı tomografi kesiti.



Resim 3. Redüksiyon sonrası her iki omuzun tomografi görüntüsü.

Batın ultrasonografisi ve beyin tomografisi normal olan hasta ortopedi, beyin cerrahisi, plastik cerrahi ve göz hastalıkları ile konsülte edildi. Meperidin (1mg/kg intravenöz) ve midazolam (0,01 mg/kg intravenöz) ile sedasyon ve analjezi sağlanan olgunun her iki omuzu Kocher yöntemi ile kapalı redükte edildi. Redüksiyon sonrasında vasküler bir hasar ve nörolojik defisit tespit edilmedi. Redüksiyondan sonra omuz bölgesinin direkt grafi ile görüntülenmesinde güçlükle çekilmesi üzerine bu bölge bilgisayarlı tomografi ile görüntüldü. Bilgisayarlı tomografi görüntülerinde de fraktür izlenmedi (Resim 2-3). Her iki omuz Velpeau bandajı ile tespit edildi. Pubis kol kırığı için 6 hafta yatak istirahati önerildi. Hasta acil serviste yaklaşık 24 saatlik bir takipten sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma

Omuz çıkıkları omuzda alınan direkt veya indirekt travmalar ile meydana gelebilir (8). Omuz çıkıkları humerus başının bulunduğu bölgeye göre, anterior, posterior, inferior, süperior olmak üzere 4'e ayrılır (9). Tüm travmatik omuz çıkıklarının %85-90'ı anterior omuz çıkığıdır (8). Anterior omuz çıkığı ileri yaşlarda, genellikle kol abduksiyon ve ekstansiyonda iken açık el üzerine olan düşmeler sonucunda görülür (5). Glenoid sığıdır ve büyük olan humerus başı burası ile eklem yapar. Bu yüzden vücudun en az stabil olan eklemidir. Bilateral çıkığı oluşturmak için gerekli güçlerin, aynı anda her iki eklemde de benzer biçimde etkilerini göstermeleri gerekir (6). Bu da bilateral omuz çıkıklarının nadir görülmesine neden olur (6).

Omuz eklemine bilateral çıkıkları çoğunlukla epileptik konvülsiyonlar sırasında ciddi kas kasılmalarına bağlı olarak humerus başının çıkması şeklinde görülür (2,6,7). Bu durumda çıkık genellikle posteriora olur (6,10). Bizim olgumuzda olduğu gibi travma sonrasında görülen bilateral anterior omuz çıkığı ise seyrek rapor edilmiştir (2).

Literatürde jimnastik aletleri kullanımına bağlı bilateral posterior omuz çıkıkları da mevcuttur. Bilateral yaralanmaların diğer nedenleri suya dalmalar, elektrikle idamlar, nöromusküler hastalıklar ve sunulan olguda olduğu gibi düşmelerdir (2,6) Hastadan alınan hikayede, düşme sırasında dirsekler gergin (hiperekstansiyonda) iken kolun omuzdan abduksiyona ve dış rotasyona geldiği öğrenildi. Bu mekanizmanın anterior çıkık oluşumunu açıklayabilecek bir mekanizma olduğunu düşünmekteyiz.

Omuz çıkığı olan olguların %25'inde aile hikayesi görülebilmektedir (8). Sunulan olguda böyle bir hikaye mevcut değildi.

Bilateral omuz çıkıkları çok nadiren meydana gelmekle beraber hemen her zaman posteriora olmakta ve humerus boyun kırıkları ile birlikte görülebilmektedir (6,7). Bilateral anterior omuz çıkıkları tuberculum majus kırıkları ile birlikte görülebilir (2,6). Eğer bu fragman yerinde ise uzun dönem instabilite problemi genelde beklenmez (7). Sunulan olguda redüksiyon sonrasında çekilen direkt grafilere ve bilgisayarlı tomografide üst ekstremitede herhangi bir fraktüre rastlanmamıştır. Brakial pleksusun dalları glenohumeral eklem anterior ve inferiorunda, aksiler sinir ise eklem inferiorunda bulunur. Omuz çıkığı olgularında komplikasyon olarak bu sinirlerin yaralanmaları söz konusu olabilir (6,7). Sunulan olguda sinir yaralanması olmamasına rağmen anterior çıkıklarda pleksus brakialis yaralanmaları bildirilmiştir (7,11).

Sonuç olarak, bu olgu sunumu ile acil servislerde sık karşılaşılan bir klinik durumun, nadir görülen formuna ve oluşumunu sağlayan travma nedenlerine dikkati çekmek istedik. Özellikle çoklu travmalı olguların değerlendirilmesinde çıkıklar hususunda da uyanık olunmalı, omuz çıkıklarının bilateral de görülebileceğini unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Yuen MC, Tung WK. The use of the Spaso technique in a patient with bilateral dislocations of shoulder. *Am J Emerg Med.* 2001;19:64-66.
2. Devalia KL, Peter VK. Bilateral post traumatic anterior shoulder dislocation. *J Postgrad Med.* 2005;51:72-73.
3. Singh S, Kumar S. Bilateral anterior shoulder dislocation: a case report. *Eur J Emerg Med.* 2005;12:33-35.
4. Durukan P, Yıldız M, Barik A, Kaya N, Yılmaz E. İnferior glenohumeral dislokasyon: İki olgu sunumu. *Türkiye Acil Tıp Dergisi.* 2005;5:142-144.
5. Thomas DP, Graham GP. Missed bilateral anterior fracture dislocations of the shoulder. *Injury* 1996;27:661-662.
6. Cresswell TR, Smith RB. Bilateral anterior shoulder dislocations in bench pressing: an unusual cause. *Br J Sports Med.* 1998;32:71-72.
7. Markel DC, Blasler RB. Bilateral anterior dislocation of the shoulders with greater tuberosity fractures. *Orthopedics.* 1994;17:945-949.
8. Liu SH, Henry MH. Anterior shoulder instability. *Clin Orthop Relat Res.* 1996;323:327-337.
9. Bölükbaşı S. Omuz çevresi kırık ve çıkıkları. In: Atik OŞ, Yetkin H, Kaymak Ö, Bölükbaşı S, Altun NŞ, Cila E, Şener EE, Şimşek A, editorler: *Ortopedi ve Travmatoloji.* 2. Baskı, Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaası; 1997. p. 280-296.
10. Dinopoulos HT, Giannoudis PV, Smith RM, Matthews SJ. Bilateral anterior shoulder fracture-dislocation. *Int Orthop.* 1999;23:128-130.
11. Saab M. Brachial plexus lesion following an anterior dislocation of the shoulder. *Eur J Emerg Med.* 2004;11:168-169.