

Grandmal Nöbet Sonrası Bilateral Anteriyor Omuz Çıkığı ve Bilateral Tuberkulum Majus Kırığı: Olgu Sunumu

Bilateral Anterior Dislocation of Shoulders Associated with Greater Tuberosity Fractures Following Grandmal Seizure: Case Report

Bora Bostan

Asist. Prof., M.D.
Department of Orthopedics and Traumatology
Gaziosmanpaşa University
borabostan@gmail.com

Taner Güneş

Assoc. Prof., M.D.
Gaziosmanpaşa University
Department of Orthopedics and Traumatology
drtgunes@gmail.com

Mehmet Erdem

Assoc. Prof., M.D.
Gaziosmanpaşa University
Department of Orthopedics and Traumatology
drmehterdem@gmail.com

Cengiz Şen

Prof., M.D.
Gaziosmanpaşa University
Department of Orthopedics and Traumatology
senc64@yahoo.com

The present study was presented at the XXIIth National Orthopedics and Traumatology Congress, 3-8 November, 2009, İzmir, Turkey.

Submitted : August 24, 2009
Revised : September 28, 2010
Accepted : April 26, 2011

Corresponding Author:

Yard. Doç. Dr. Bora Bostan
Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
60100 Tokat, Turkey.

Phone : +90 - 356 2129500
e-mail : borabostan@gmail.com

Özet

Proksimal humerus kırıkları ile birlikte bilateral anteriyor omuz çıkıkları çok nadir görülür. Bu yazıda grand mal nöbet sonrası oluşan tuberkulum majus kırıkları ile birlikte bilateral anteriyor omuz çıkığı olan bir hastayı sunmaktayız. Redüksiyon kolay ve güvenli bir yöntem olan external rotasyon metodu ile yapıldı. Redüksiyon sonrası 4 hafta omuzlar adduksiyon ve dış rotasyona Velpau bandajı içinde tespit edildi. Sonrasında nazik rehabilitasyon başlandı. Sekizinci hafta sonunda hasta ağrısız tam hareket açıklığına kavuştu. Sonuç olarak, bu tür nadir olgular detaylı radyolojik inceleme sonrasında nazik redüksiyon manevrası ile konservatif tedavi edilebilir.

Anahtar kelimeler: **Grand Mal Nöbet Bozukluğu; Omuz Eklemleri Çıkığı.**

Abstract

Bilateral anterior shoulder dislocations associated with proximal humerus fractures are extremely rare. In the present paper we report patient suffered from bilateral anterior shoulder dislocations associated with greater tuberosity fractures following a grand mal seizure. Reduction was achieved with external rotation method which is safe and easy to perform. After reduction, shoulders were fixed for four weeks in adduction and external rotation in Velpau bandages then gentle physical therapy was started and lasted for four weeks. Eighth weeks examination revealed full range of motion without pain.

Key words: **Glenohumeral Dislocation; Grand Mal Seizure Disorder.**

Giriş

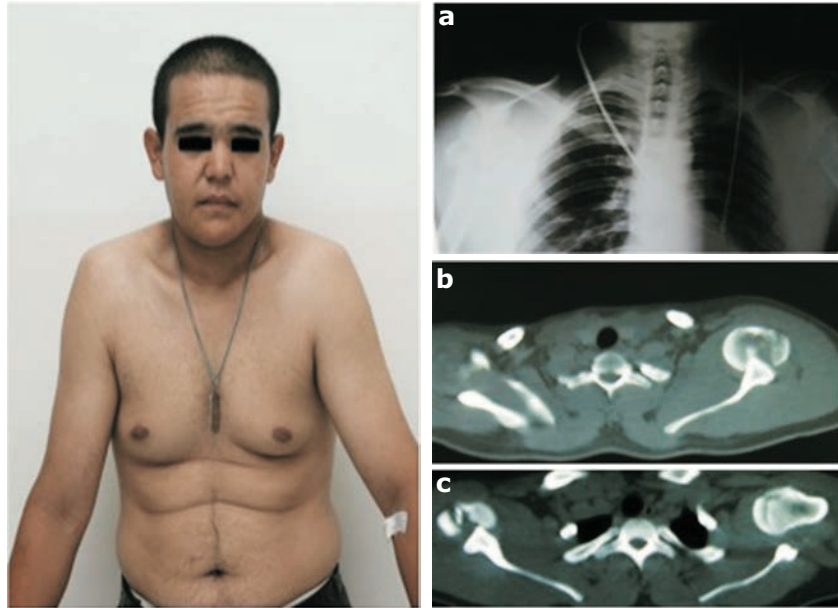
Tek taraflı anteriyor omuz çıkığı sık karşılaşılan ortopedik acil durumlardandır (1). Fakat çift taraflı omuz çıkıkları daha az görülür ve genelde posteriyor çıkık şeklindedir (2). Bilateral anteriyor omuz çıkığı ise çok daha az görülür (1, 3, 4). Literatürde 30 kadar bilateral anteriyor omuz çıkığı bildirilmiştir. Ancak bilateral anteriyor omuz çıkığı ile birlikte tuberkulum majus kırığı bu sayıdan çok daha azdır (5).

Biz bu yazıda literatürde nadir bildirilmiş epileptik konvulsiyon sonrası oluşan bilateral omuz anteriyor kırıklı çıkığı olan bir hasta ile ilgili tecrübemizi sunmaktayız.

Olgu Sunumu

Üç yıldır Epilepsi tanısı ile tedavi gören yirmi yaşındaki erkek hasta, geçirdiği Grand Mal nöbet sonrası acil serviste

değerlendirildi. Her iki kol hafif abduksiyon ve iç rotasyonda idi. Omuzlar normal yuvarlak konturlarını kaybetmişler ve akromion altında tipik çöküntü oluşmuştu (Resim 1). Omuz hareketleri çok kısıtlı ve ağrılı idi. Damar sinir yaralanması saptanmadı. Röntgen ve bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde bilateral anteriyor omuz çıkığı ve tuberkulum majus kırığı tespit edildi (Resim 1). Hasta bunun ilk çıkığı olduğunu ifade etti. Acil serviste her iki omuz dış rotasyon metodu ile sedasyon anestezisi altında (0,05 mg/kg midalozam intravenöz) redükte edildi (6). Omuzlar kullanılan splint ile adduksiyon ve dış rotasyonda tespit edildi. Redüksiyon sonrası kontrol röntgen ve bilgisayarlı tomografide çıkığın ve kırık fragmanların redükte olduğu tespit edildi (Resim 2). Dört hafta tespit sonrasında rehabilitasyona başlandı. Travmadan sonra sekizinci haftada yapılan kontrolde hastanın omuz hareketlerinde kısıtlılık veya ağrı saptanmadı (Resim 2).



Resim 1. Sunulan olgunun epileptik nöbet sonrası klinik görünümü (üst) ve radyolojik görüntüleme bulguları (yan). Redüksiyon öncesi omuzlar hafif abduksiyon ve iç rotasyonda. Redüksiyon öncesi ön-arka grafi (a), sağ omuz (b) ve sol omuz (c) bilgisayarlı tomografi görüntülerde her iki omuz anteriyor çıkığı ve bilateral tuberkulum majus kırığı dikkati çekiyor.

Tartışma

Çok az görülen bilateral anteriyor omuz çıkığında sebep genellikle ani ve aşırı kas kasılmalarına neden olan epilepsi, elektrik şoku, alkol yoksunluğu, hipoglisemiye bağlı gelişen konvulsiyonlardır (2, 7-9). Diğer nedenler arasında ağırlık kaldırma, suya dalma, traksiyon yaralanmaları

sayılabilir (1, 3, 10). Çıkık mekanizması humerusun zorlamalı abduksiyon ve dış rotasyonu ile tuberkulum majusun akromiona dayanması ve kaldıraç kolu etkisi oluşmasıdır (1).



Hastanın omuzları dış rotasyon tekniği ile sedasyon altında redükte edildi. Bu metotla tecrübesiz ellerde bile başarı oranının yüksek olduğu belirtilmiştir (6). Redüksiyon sonrası tuberkulum majusun iç ve dış rotasyonlardaki 15° lik sefalik tilt grafiyle değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (11). Bu tür kırıklı çıkıklarda korakoid ve humerus başında olabilecek müphem kırıklar gözden kaçırılmamalıdır (9, 12). Humerus başındaki gözden kaçırılan kırıklar redüksiyon manevrası sırasında deplase olabilir (12). Bizde olgumuzu redüksiyon öncesi gerek olabilecek ek kırıkları gözden kaçırmamak, gerekse çıkığın yönünü teyit etmek için redüksiyon öncesi BT ile değerlendirdik. Ayrıca eşlik eden tuberkulum majus kırık fragmanlarının kayma riskini azaltmak amacı ile redüksiyon yöntemi olarak dış rotasyon tekniğini kullandık.

Bu teknik sayesinde herhangi bir zorlukla karşılaşmadan ve minimal güç uygulayarak eklemlerin ve kırık fragmanların redüksiyonu mümkün oldu.

Anteriyör omuz çıkığı ile birlikte olan tuberkulum majus kırıklarının tedavisi genellikle konservatiftir (9). Cerrahi tedavide amaç tuberkulum majus'un redüksiyonu,

posterosuperior kaymanın önlenmesi ve böylece sıkışma sendromu oluşumunun önüne geçilerek abduksiyon, dış rotasyon kısıtlılığına engel olunmasıdır (13, 14). Dinopoulos (1) konservatif tedavi ettiği ve redüksiyon sonrası tuberkulum majusun deplasmanının 1 cm kadar olduğu olgularda iyi sonuçlar bildirmiştir. Platzer ise minimal deplase (5mm ye kadar süperiyör ve 3mm inferiyör) tuberkulum majus kırıklarında konservatif tedavi ile %86 oranında çok iyi sonuçlar elde etmiştir. Ayrıca konservatif tedavi edilen izole tuberkulum majus kırıkları ile konservatif tedavi edilen omuz çıkığına tuberkulum majus kırığının eşlik ettiği olgularda benzer fonksiyonel sonuçlar elde etmiştir (15). Kesmezar yaptığı derlemede, akut anteriyör omuz çıkıklarında erken cerrahi ile oldukça iyi sonuçların alındığını belirtmektedir (16). Ancak her hastanın çok iyi değerlendirilmesi ve bütün özellikleri göz önünde bulundurularak uygun tedavinin seçilmesi önemlidir.

Sonuç olarak redüksiyon öncesi ve sonrasında ayrıntılı radyolojik değerlendirme yapılarak ve nazik bir redüksiyon manevrası ile bu tür kırıklı-çıkıkların konservatif tedavi edilebilmesi mümkündür.

Kaynaklar

1. Dinopoulos HT, Giannoudis PV, Smith RM, Matthews SJ. Bilateral anterior shoulder fracture dislocation. A case report and review of the literature. *Int Orthop* 1999; 23(2): 128-130.
2. Markel DC, Blasler RB. Bilateral anterior dislocation of the shoulders with greater tuberosity fracture. *Orthopaedics* 1994; 17(10): 945-949.
3. Lin CY, Chen SJ, Yu CT, Chang IL. Simultaneous bilateral anterior fracture dislocation of the shoulder with neurovascular injury: Report of a case. *Int Surg* 2007; 92(2): 89-92.
4. Brown RJ. Bilateral dislocation of shoulders. *Injury* 1984; 15(4): 267-273.
5. Sharma L, Pankaj A, Kumar V, Malhotra R, Bhan S. Bilateral anterior dislocation of shoulders with proximal humerus fractures: a case report. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2005; 13(3): 303-306.
6. Eachempati KK, Dua A, Malhotra R, Bhan S, Bera JR. The external rotation method for reduction of acute anterior dislocations and fracture dislocations of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86(11):2431-2434.
7. Hartney-Velazco K, Velazco A, Fleming LL. Bilateral anterior dislocation of the shoulder. *South Med J* 1984; 77(10):1340-1341.
8. Salem MI. Bilateral anterior fracture-dislocation of shoulder joints due to severe electric shock. *Injury* 1983; 14(4): 361-363.
9. Cottias P, le Bellec Y, Jeanrot C, Imbert P, Hutten D, Masméjean EH. Fractured coracoid with anterior shoulder dislocation and greater tuberosity fracture - report of a bilateral case. *Acta Orthop Scand* 2000; 71(1): 95-97.
10. Maffulli N, Mikhail HM. Bilateral anterior glenohumeral dislocation in a weight lifter. *Injury* 1990; 21(4):254-6.
11. Dimakopoulos P, Panagopoulos A, Kasimatis G, Syggelos SA, Lambiris E. Anterior traumatic shoulder dislocation associated with displaced greater tuberosity fracture: The necessity of operative treatment. *J Orthop Trauma* 2007; 21(2): 104-112.
12. Demirhan M, Akpınar S, Atalar AC, Akman S, Akalin Y. Primary replacement of humeral head in iatrogenically displaced fracture dislocations of the shoulder. A case report about six cases. *Injury* 1998; 29(7): 525-528.
13. Neviasser J. Complicated fractures and dislocations about the shoulder joint. *J Bone Joint Surg Am* 1962; 44: 984-988.
14. Flatow E, Cuomo F, Maday MG, Miller SR, McIlveen SJ, Bigliani LU. Open reduction and internal fixation of two-part displaced fractures of greater tuberosity of proximal part of humerus. *J Bone Joint Surg Am* 1991; 73(8): 1213-1218.
15. Platzer P, Kutscha-Lissberg F, Lehr S, Vescei V, Gaebler C. The influence of displacement on shoulder function in patients with minimally displaced fractures of the greater tuberosity. *Injury* 2005; 36(10): 1185-1189.
16. Kesmezacar H. The evaluation and treatment of acute anterior shoulder dislocation. (Turkish) *Acta Orthop Traumatol Turc* 2005; 39:40-47.