

İpsilateral distal radius kırığı, posterolateral dirsek çıkığı ve gözden kaçmış proksimal humerus kırığı

Adem ŞAHİN (*), Afşar ÖZKUT (**), Esat UYGUR (**), Engin ECEVİZ (**), Abdullah EREN (***)

ÖZET

Yüksek enerjili travma olgularında çoklu kemik-eklem patolojilerine sık rastlanılmasına rağmen, aynı taraflı çoklu yaralanmalara daha az rastlanılmaktadır ve acil serviste gözden kaçabilmektedir. Hastanın kırık paterni yüksekte düşme sırasında açık el üzerine aksiyel yüklenme ve dirsek valgusu sonucu distal radius kırığı ve dirsek çıkığı, daha sonra omuz üzerine düşme sonucu proksimal humerus kırığı olduğunu tahmin ettik. Çok ender görülen bu aynı taraflı çoklu travma olgusunun olabileceğini ve gözden kaçmaması amacı ile yayınlamayı düşündük.

Anahtar kelimeler: Distal radius kırığı, posterolateral dirsek çıkığı, proksimal humerus kırığı, ipsilateral

SUMMARY

Ipsilateral distal radius fracture, posterolateral elbow dislocation and neglected proximal humerus fracture

After high-energy traumas it is common to see multiple bone-joint pathologies but it is uncommon to see these pathologies ipsilaterally and these cases can be overlooked in the emergency departments. We thought that after a fall on the open hand; because of the axial loading and elbow valgus stress, patient suffered from distal radius fracture and elbow dislocation and afterwards as the patient fell over the shoulder, this caused proximal humeral fracture. Although ipsilateral multiple trauma case is very rare, it can still happen and should not be overlooked.

Key words: Distal radius fracture, posterolateral elbow dislocation, proximal humerus fracture, ipsilateral

OLGU SUNUMU

Elli üç yaşındaki erkek hasta yaklaşık 10 m yükseklikten sol tarafına düşme öyküsü ile acil servise başvurdu. Hastanın yapılan fizik ve radyolojik değerlendirmesi sonucu sol dirsek posterolateral çıkık ve medial kolleteral ligaman üzerine uyan bölgede yaklaşık 12 cm'lik laserasyon ve sol tip 1 açık radius distal uç fraktürü saptandı. Nörovasküler patolojiye rastlanılmadı. Dirsekteki açık yarasına irrigasyon ve debridman uygulandı. Tetanoz profilaksisi, birinci jenerasyon sefalosporin (cefazolin 1 gr/8 saat), aminoglikozid (gentamycin 5 mg/kg/gün) ve antianeorobik profilaksi (metronidazol 500 mg/12 saat) başlandı. Dirsek çıkığı kapalı olarak redükte edildi ve uzun kol atele alındı. Çekilen kontrol röntgeninde eklemin redükte olduğu görül-

dü ve ek kırığa rastlanılmadı. İleri tetkik ve tedavi için ortopedi servisine yatırılan hastanın omuz bölgesinde de ağrı tariflemesi üzerine yapılan radyolojik tetkikleri sonucu proksimal humerus kırığı saptandı.

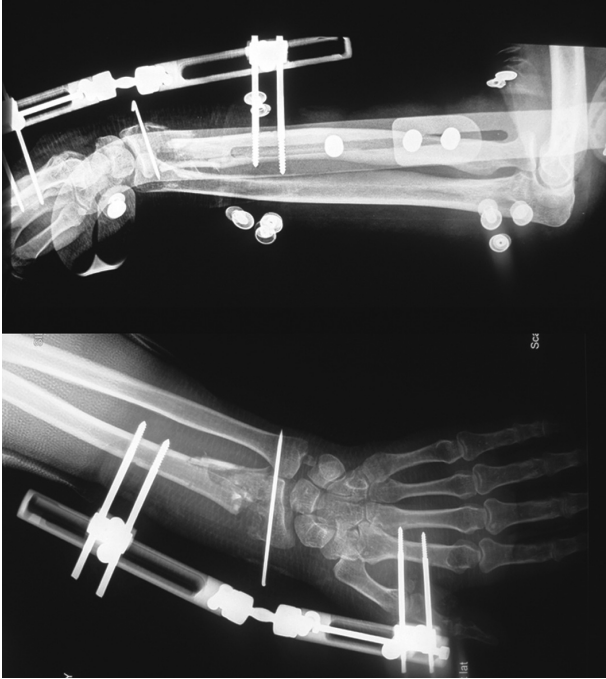
Hasta dirsekte yumuşak doku iyilişmesi olması açısından 15 gün sonra ameliyata alındı. Ameliyat genel anestezi ve floroskopi kontrolünde yapıldı. Ameliyata başlamadan önce redüksiyon manevraları esnasında yine dirsek çıkığı olamaması açısından dirsek doksan derecede kol 1/3 distal ve ön kol 1/3 proksimalini alacak şekilde alçı yapıldı steril drape ile örtüldü.

Proksimal humerus kırığı kapalı redüksiyondan sonrası proksimal ve distalden 2'şer adet K teli ile

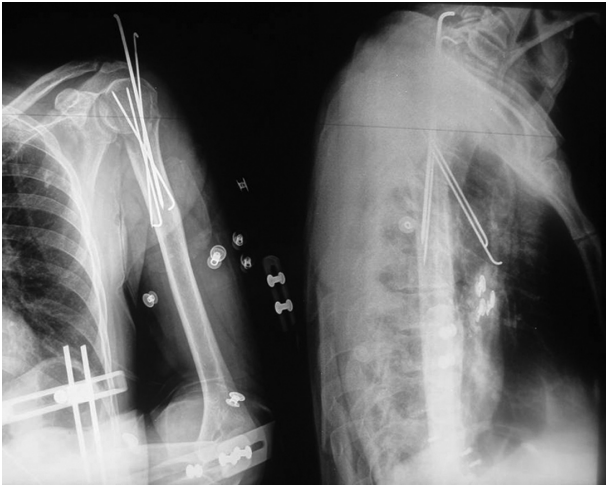
Geliş tarihi: 01.07.2012

Kabul tarihi: 30.07.2012

Çorlu Devlet Hastanesi*; Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi**; Florence Nightingale Hastanesi***



Resim 1.



Resim 2.

fiske edildi. Distal radius uzunluğu ve inklinasyonu sağlandıktan sonra 1 adet k teli ve eksternal fiksatorle tespit edildi.

Ameliyat sonrası fleksiyon-ekstansiyona izin veren breys ile 1 hafta sonra dirsek hareketlerine başlandı. Omuz sarkaç egzersizleri ameliyat sonrası 3. haftada başlandı. Ameliyat sonrası 6. haftada kay-



Resim 3.



Resim 4.

nama görülen hastanın omuzdaki k telleri ve el bileğindeki eksternal fiksator çıkarıldı.

Yapılan 6. ay takiplerinde omuz öne elevasyonu ve abduksiyonu 170 derece dirsek hareketleri tam ve el bileği dorsifleksiyonu 25 palmar fleksiyonu 30 derece olarak saptandı.

TARTIŞMA

Acil servislerde yüksek enerjili travma sonrası multipl kırıkları olan hastalarda ek kırıklar ilk muayene sonrası gözden kaçabilmektedir. Özellikle kafa travması olan ve koperasyon kurulamayan hastalarda daha sık rastlanılmaktadır. Olgu olarak sunduğumuz hastada ilk değerlendirmede makroskopik olarak görülen dirsek çıkığı ve radius distal uç kırığına yönelik müdahale yapılmış hasta koopere olmasına rağmen humerus kırığı gözden kaçmıştır.

Aynı ekstremitede çoklu ortopedik sorun görülmesi enderdir. Pubmed taraması yapıldığında 2 tane olguya rastlanılmıştır. Bir olguda aynı taraflı distal radius kırığı (1) ve gözden kaçmış dirsek çıkığı; ikinci olguda (2) aynı taraflı dirsek çıkığı ve omuz çıkığı tespit edilmiş. Bu iki olguda 2 ortopedik sorun görülmesine rağmen, bizim olgumuzda 3 sorun mevcut idi.

Dirsek çıkıkları omuz ekleminde sonra ikinci sırada yer almaktadır (3). Birçok kez çıkıkla beraber dirsek kırığı gözlenmekte olup, kırısız saf çıkık oranı tüm çıkıkların % 18-28'i arasındadır (4). Dirsek çıkıkları sıklıkla posterior ve posterolaterale çıkar, anterior-medial veya lateral çıkıklar ender olarak gözlenir (5).

Basit dirsek çıkıklarında sıklıkla konservatif tedavi tavsiye edilir ve kapalı redüksiyon-immobilizasyon 2-4 hafta uygulanması ile iyi sonuçlar bildirilmiştir. Dirsek çıkıklarında cerrahi, redükte edilemeyen çıkıklar, eklem içinde serbest cisim ve redüksiyon sonrası major instabilitelerde ve vasküler yaralanma mevcut ise tavsiye edilmektedir (6). Konservatif tedavi ile akut ligaman tamirini karşılaştıran çalışmalarda, her iki yöntem arasında anlamlı fark bulunamamıştır (7,8). İleri yıllarda meydana gelen anstabil dirseklerde ligament tamiri önerilmektedir (9). Mehlhoff ve ark. çalışmalarında, uzun süreli tespit ile hareket kısıtlılığın arttığı ve stabilite açısından da fark olmadığı ortaya çıkmıştır (4).

Parçalı radius distal uç kırıklarında eksternal fiksator ile tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Eksternal fiksator ile distal radius kırıklarını düzeltmedeki amaç ligamentotaksis prensibine dayanır (10). Eksternal fiksatorlerin komplikasyonları arasında pin yolu infeksiyonu, pin gevşemesi ve kırılması, radial ve median sinirlerde nöropati, tendon rüptürleri, metakarpal kırıklar, refleks sempatik distrofi, kaynamama ve yanlış kaynama yer alır (11).

Yardımcı k-teli kullanımı rijiditenin artmasını sağlar, fakat aynı zamanda yumuşak dokulara özellikle yüzeysel radial sinir dallarına zarar verme riski artar. Radial sinir yaralanması riski değişkendir, ama birçok seri olguların % 16-21'inde geçici distezi bildirilmektedir. Bu komplikasyonu azaltmak amacıyla birçok araştırmacı açık uygulamayı önermektedir (12). Olgumuza ameliyat sonrası dönemde başparmağı dorsaline oluşan hipoestezi destek amaçlı kullandığımız k teline bağladık ve yaklaşık 6 hafta sonra iyileşme görüldü.

Anstabil proksimal humerus kırıklarının tedavisinde çeşitli fiksasyon metotları tanımlanmıştır (13). Ameliyat süresinin kısa olması ve morbiditeye neden olmamak için k telleri ile perkütan fiksasyon yöntemini tercih ettik. K telleri ile perkütan fiksasyon da; kemik fragmalarının devaskularizasyonun kaçınılması, humerus başının dolaşımının bozulmasının minimal olması, açık cerrahi sonrası morbiditenin görülmemesi gibi teorik olarak yararları görülmektedir. Dezavantajları olarak pin migrasyonu, redüksiyon kaybı ve pin yolu infeksiyonudur (13).

KAYNAKLAR

1. **Batra S, Andrew JG.** Ipsilateral compound distal radius fracture with missed elbow dislocation. A rare injury pattern. *Eur J Emerg Med* 2007;14(6):363-4. <http://dx.doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32823a3cad> PMID:17968206
2. **Ali FM, Krishnan S, and Farhan MJ.** A case of ipsilateral shoulder and elbow dislocation: an easily missed injury. *J Accid Emerg Med* 1998;15(3):198. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.15.3.198>
3. **Linscheid RL, O'Driscoll SW.** Elbow dislocations. In: Morrey BF, ed. *The Elbow and ITS Disorders*, 2 nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1993: 441-452.

4. **Mehlhoff TL, Noble PC, Bennet JB, et al.** Simple dislocation of the elbow in the adult. Result after closed treatment. *J Bone Joint Surg* 1988;70A:224-249.
5. **Roberts PH.** Dislocation of the elbow. *Br J Surg* 1969;56:806-815.
<http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800561103>
PMid:5350049
6. **Lansinger O, Karlsson J, Krner L, and Mare K.** Dislocation of the Elbow Joint. *Arch Archives of Orthopaedic and Orthop Trauma Surg* 1984;102:183-18.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF00575230>
7. **Josefsson PO, Gentz CF, Joohnell O, et al.** Surgical versus nonsurgical treatment of ligamentous injuries following dislocation of the elbow joint. *Clin Orthop* 1987;214:165-169.
PMid:3791739
8. **Lasinger O, Karlsson J, Körner L, et al.** Dislocation of the elbow joint. *Arch Orthop Trauma Surg* 1984;102:183-186.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF00575230>
9. **Tscherne H, Rojczyk M, Trentz O.** Diagnostik und Therapie frischer und veralteter Bandverletzungen im Bereich des Ellbogengelenkes Chirurg 1978;49:6-12.
10. **Agee JM.** Distal radius fractures. Multiplanar ligamentotaxis. *Hand Clin* 1993;9:577-85.
PMid:8300728
11. **Anderson JT, Lucas GL, Buhr BR.** Complications of treating distal radius fractures with external fixation: a community experience. *Iowa Orthop J* 2004;24:53-9.
PMid:15296207 PMCID:1888410
12. **Robert WB, James DH, Charles MCB.** Rockwood and Green's Fractures in adults. Trans. Ed. Ugur Sayli. 6 ed. s.929.
13. **Douglas JR and James EM.** Percutaneous pinning of the proximal part of the humerus: An anatomic study. *J Bone Joint Surg Am* 2001;83:1695-1699.
PMid:11701793