

Inferior omuz çıkığı (Luxatio erecta)

Adem ŞAHİN (*), Abdulkadir DOST (*), Salih SÖYLEMEZ (*), Korhan ÖZKAN (*), Abdullah EREN (*)

SUMMARY

Inferior dislocation of the shoulder (Luxatio erecta): Case report

Inferior omuz çıkığı bütün omuz çıkıkları arasında oldukça nadir görülür. Görülme sıklığı bütün omuz çıkıkları içinde %0,5 oranındadır ve literatürdeki vakaların çoğu olgu sunumu şeklindedir(1). Yüksek enerji sonucu olan bu çıkıklar ile beraber kırıklar, damar- sinir problemleri ve vücudun diğer bölgelerinde de hasar olabileceğinden dikkatle incelenmesi gereken bir durumdur. Çalışmamızda tedavi ettiğimiz bir olguya dayanarak literatür değerlendirmesi yapmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Glenoid, lüksasyo erekta, inferior omuz çıkığı

Key words: Shoulder, luxatio erecta, inferior shoulder dislocation

OLGU

65 yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası sonrası acil polikliniğe başvurdu. Sağ üst ekstremitisini elevasyon pozisyonunda tutan hastanın, aşırı ağrı şikâyeti mevcut idi. Yapılan fizik muaynesinde üst ekstemite elevasyonda, fikse ve humerus başı aksiller bölgede palpe edildi. Nabızları palpe edilebilen hastanın elinde radial sinirin innervasyon alanında parestezi tespit edildi. Çekilen grafisinde humerus başının glenoidin inferiorunda olduğu görüldü, eşlik eden bir kırığa rastlanmadı. 1 saat içinde Diazem IM. ile sedasyon sağlandıktan sonra traksiyon-abdüksiyon ve karşı traksiyon manevrası ile redüksiyon sağlandıktan sonra humerus başının glenoid ile normal dizilimi radyolojik olarak teyit edildi. Velpau askıya alınan hastanın nabızları tek-

rar palpe edildi. Radial sinirdeki paraestezi yaklaşık yarım saat sonra düzeldi. Diğer cerrahi bölüm muayanelerinde hastada herhangi bir patoloji saptanmadı. Velpau bandajı 3 hasta sonra çıkarılan hastaya omuz egzersizleri tarif edildi. Hastamız 2 ay sonraki takibinde normal yaşantısına ve omuz hareketlerine kavuştu.



Şekil 1. Üst ekstremitede elevasyonda, humerus başı glenoidin altında ve humerus şaftı spina skapulaya paralel.

Geliş tarihi: 22.01.2010

Kabul tarihi: 20.05.2010

S.B Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Dr.*



Şekil 2. Redüksiyon sonrası omuz ekleminin radyolojik görüntüsü.

TARTIŞMA

İnförör omuz çıkığı ilk olarak Middeldorff ve Scharus tarafından 1859 tarafından tarif edilmiştir (2). Literatürdeki çoğu yayın olgu sunumu veya küçük vaka serileri şeklindedir. Yamamoto İngilizce literatürdeki tüm sporadik vakaları derlediği 2003 yılındaki çalışmasında 102 olgu bildirilmiştir (3). Langovitz, Murrad, Piero ve Kumar bilateral çıkık olgularını yayınlamışlardır (4).

David ve Talbott lüksasyo erekta'yı oluşturan mekanizmaları indirekt ve direkt olarak iki şekilde tariflemişlerdir. İndirekt mekanizmada genellikle abduksiyon manevrası ile humerus proksimali akromiyona dayanır ve humerus başı inferiora doğru yer değiştirir ve eklem çıkığı meydana gelir. Direkt mekanizmada kol abduksiyonda iken direkt aksiyel yüklenme ile eklem çıkığı bildirilmiştir (5).

Hastanın kolu elevasyonda, dirsek fleksiyonda ve

ön kol pronasyon şeklindedir. Humerus başı göğüs duvarında palpe edilir. Radyolojik olarak sıklıkla AP görüntü yeterlidir. Humerus başı glenoid dudak altına ve humerus shaftı spina skapulaya paralel görülür (6).

Tedavi olarak bildirilen tüm olgularda genel veya sedasyon ile anestezi altında kapalı redüksiyon önerilmiştir (7). Hastalarda redüksiyon sonrası ön arka ve yan grafi çekilerek redüksiyon ve herhangi bir kırık olup olmadığı görülmelidir. Bazı luksasyo erekta vakalarında inferior kapsülden dolayı düğme iliği deformitesi oluşabilir ve bu tür vakalarda açık redüksiyon gerek olabilir (8).

Luksasyo erekta ile birlikte yumuşak doku, kemik, nörolojik ve vasküler patolojiler de görülebilir. Mallon araştırdığı 80 vakanın %80'inde tüberkulum majus kırığı veya rotator kaf yırtığı saptamıştır. Nörolojik problemler % 60 ve vasküler patoloji % 3.3 oranında görülmüş (9). Vasküler patoloji olarak en sık aksiler arter ve ven etkilenir. Genellikle vasküler patoloji çıkık redüksiyonundan sonra geri dönmeye rağmen, aksiler arter tıkanıklığına bağlı safen ven bypass gerekliliği 2 hastada tarif edilmiştir (6).

Yumuşak doku yaralanmaları olarak rotator kas lezyonları, supraspinatus avülsiyonu, pektoralis major avülsiyonu ve supskapularis avülsiyonunda literatürde bildirilmiştir (9). Shai ve Hinter artroskopik olarak luksasyo erekta vakalarında SLAP lezyonu gelişebileceğini saptamışlardır (10). Çıkık ile beraber sıklıkla akromiyon, klavikula, korokoid, tüberkulum majus ve humerus başı kırıkları görülebilir (11-12).

Nörolojik hasar olarak sıklıkla aksiler sinir etkilenir (13). Pleksus yaralanması ve izole radial ve ulnar sinir yaralanmaları tarif edilmiştir (14). Nörolojik yaralanmalarda prognoz iyidir, 2 hafta ile 1 sene arasında iyileşme sağlanır (13). Prognoz komplike olmayan vakalarda iyi olmasına rağmen eklem instabilitesi ve adheziv kapsülite yol açarak önemli morbitideye yol açabilir (15).

KAYNAKLAR

1. **Laskin RS, Sedlin ED.** Luxatio erecta in infancy. Clin Orthop 1971;80:126-9.
2. **Middeldorpf M, Scharm B.** De nova humeri luxationis specie. Clinique Eurpenne 1859;2:12-6.
3. **Yamamoto T, Yoshiya S, Kurosaka M, Nagira K, Nabeshima Y.** Luxatio erecta (Inferior dislocation of the shoulder): a report of 5 cases and a review of the literature. Am J Orthop 2003;32(12):601-3.
4. **A. Baba AN, Bhat JA, Paljor SD, Mir NA, Majid S.** Luxatio erecta: Inferior glenohumeral dislocation- a case report 2007;1(3):100-2.
5. **David JR, Talbott RD.** Luxatio erecta humeri. A case report. Clin Orthop 1990;252:144-9.
6. **Elsayed S, Hussein A, Konyves A, Jones DG.** Bilateral luxatio erecta humeri: case report. Injury Extra 2005;36:447-449.
7. **Bülbül M.** Luksasyo Erekt (Omuz Eklemine Aşağıya Çıkışı): Olgu Sunumu ve Literatür Değerlendirmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009;16(2):113-5.
8. **Pirrallo RG and Bridges TP.** Luxatio erecta: a missed diagnosis. Am J Emerg Med 1990; 4:315-7.
9. **Mallon WJ, Basset FH, Goldner RD.** Luxatio erecta: The inferior glenohumeral dislocation. J Orthop Trauma 1990;4:19-24.
10. **Schai P, Hinterman B.** Arthroscopic findings in luxatio erecta of the glenohumeral joint: A case report and review of literature. Clin J Sports Med 1998;8:138-41.
11. **Lashkin RS, Sedlin ED.** Luxatio erecta in infancy. Clin Orthop Relat Res 1971;80:126-9.
12. **Meadowcroft JA, Kain TM.** Luxatio erecta- shoulder dislocation: Report of two cases. Jefferson Orthop J 1977;6:20-4.
13. **Mallon WJ, Bassett FH 3rd and Goldner RD.** Luxatio erecta: the inferior glenohumeral dislocation. J Orthop Trauma 1990;1:19-24.
14. **Karaoglu S, Guney A, Ozturk M and Kecec Z.** Bilateral luxatio erecta humeri. Arch Orthop Trauma Surg 2003;6:308-310.
15. **Grate I Jr.** Luxatio erecta: A rarely seen but often missed shoulder dislocation. Am J Emerg Med 2000;18(3):317-321.