

LUXATIO ERECTA (GLENOHUMERAL EKLEMİN İNFERİÖR ÇIKIĞI)

Ayhan BARAN (1), Muzaffer YILDIZ (2), Güven BULUT (1), Akif TEKÖZ (3), Halil UÇAKTÖRK (3)

Omuz eklemi sirkundüksiyon yapabilen bir eklemdir. Humerus başını fossa glenoideada kapsül ve kaslar tutar. Omuz bu özelliği dolayısıyla çıkığı en sık görüldüğü eklemdir. Çıkıklar öne, arkaya, yukarı ve aşağıya olabilir. Aşağıya çıkık (luxatio erecta) oldukça nadir görülür. Klinik ve radyolojik bulgular değerlendirilerek bir olguda luxatio erecta tanısı konmuştur. Literatürde oldukça nadir olmasından dolayı sunuldu.

LUXATIO ERECTA

Shoulder joint can do circunduction. The joint capsule and the muscles preserve caput humeri in fossa glenoidea. Therefore the shoulder joint is the most luxatable joint. Luxation may take place either anterior, posterior, superior or inferior. Inferior luxation (luxations erecta) is rarely encountered. A man with luxatio erecta humeri, diagnosed clinically and them confirmed radyologically, was reported as it is rarely seen in the literature.

Inferior omuz çıkığı, kolun aşırı abdüksiyonunda humerus boyununun akromiona çarpması sonucu manivela etkisiyle başın glenoid fossa altına çıkması sonucu oluşur. Humerus başı glenoid fossanın altında olacak şekilde kilitlenir (1,3,4)

Inferior çıkığı ilk kez 1859 yılında Middeldorpf ve Scharn tanımlamıştır. Günümüze kadar yüze yakın olgu yayınlanmıştır (2).

Bazı yazarlar bu çıkığı anterior çıkığın nadir görülen bir subgrubu olarak tanımlarlar. Gerçekte ise humerus başının tamamı glenoid fossanın altındadır ve humerus tepetaklak olmuştur. Bu nedenle ayrı bir gruptur (1,3,4)

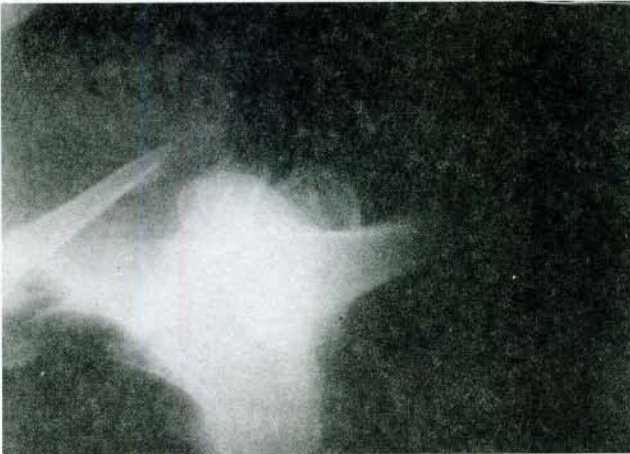
Bu çıkıkla birlikte ağır yumuşak doku yaralanmaları (rotator cuff, pectoralis major, teres minor), humerus proksimalinde ve tuberkulum majusta kırık olabilir (1,3)

Tanı kolaydır. Kol 110-160 derece abdüksiyonda takılmıştır. Baş koltuk altında glenoidin inferiorunda palpe edilir. Hastanın şiddetli ağrısı vardır. Direkt radyografilere tanı kesinleştirilir.

Redüksiyon acil olarak genel anestezi altında yapılır. Humerus abdüksiyonda iken dışarı doğru çekilir, redüksiyon kolaylıkla başlar, omuz Velpeau bandajıyla tespit edilir (1,4)

OLGU

40 yaşında erkek hasta, şoför. Trafik kazası sonrası acil olarak sağ omuzundaki ağrı, şekil bozukluğu yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesinde sağ kol 120 derece abdüksiyonda idi. Humerus başı glenoid fossa altında palpe ediliyordu. Nörovasküler bozukluk yoktu. Klinik olarak luksasyo erecta tanısı konulan hastanın direkt radyografilerinde tuberkulum majusta kırıkla birlikte aşağıya çıkık vardı (Şekil 1). Hastanın aşırı derecede ağrısı vardı. Genel anestezi altında traksiyonla çıkık kolayca redükte oldu. Kontrol grafisinde kırığında çıkıkla birlikte redükte olduğu görüldü (Şekil 2). Omuz eklemi Velpeau bandajıyla tespit edildi.



Şekil 1: Hastanın geliş grafisi. Tuberkulum majus kırığı ile birlikte luxatio erecta görülüyor.



Şekil 2: Redüksiyon sonrası. Tuberkulum majus'taki kırığın da çıkıkla birlikte redükte olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Glenoid eklem inferior çıkığı (Luxatio erecta) oldukça nadir görülür. 1859'dan günümüze kadar yüz kadar olgunun yayınlanmış olması bunun kanıtıdır (1,4).

Hastalar şiddetli ağrı ve omuzdaki tipik deformiteyle acil servise başvururlar. Tanı için luksasyo erekteyi düşünmek yeterlidir. Redüksiyon genel anesteziyle kolayca yapılır. Rowe takip ettiği iki olgudan birini traksiyonla kolayca redükte ettiğini, diğer olgunun ise grafi çekilirken film masasında redükte olduğunu belirtmiştir (4).

Luxatio erecta genellikle konservatif olarak tedavi edilir. Hastanın yaşı ve ek patolojinin varlığına göre süre ayarlanarak omuz eklemi tespit edilir (1,4).

Bizim olgumuz tuberkulum majus kırığıyla birlikteydi. Konservatif olarak tedavi ettik. Omuzu 33 hafta tespit ettik. 3 ay sonraki kontrolde 90 derece abduksiyon yapılabilirdi. Literatürde ender görülen bu olguda elde ettiğimiz sonuç yüz güldürücüdür.

KAYNAKLAR

1. Ege R: Travmatoloji, Ankara, 4 baskı II: 1396, 1989.
2. Rockwood-Matsen: The shoulder. W B Saunders Company, Philadelphia, I: 543, 1990
3. Rockwood, A.C.: Fractures in adults. Lippincott Company. Philadelphia, I: 13, 1050-2, 1991.
4. Rowe, C.R: The Shoulder, Churchill-Livingstone, Philadelphia, 165-291, 1988.