

Pilates sporu yaparken minör travma sonrasında gelişen bilateral anterior omuz çıkığı

Sami Sökücü¹, Özgür Mengeş², Murat Gül¹, Yavuz Kabukçuoğlu¹

¹Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

²Özel Alman Hastanesi, İstanbul

ÖZET:

Pilates sporu yaparken minör travma sonrasında gelişen bilateral anterior omuz çıkığı

İki taraflı omuz çıkıkları nadirdir. Anterior omuz çıkığı aşırı ekstansiyon, abduksiyon ve dış rotasyon zorlaması ile oluşur. 29 yaşında kadın hasta pilates sporu yaparken her iki omuzda başlayan ani ağrı şikayeti ile Ekim 2007 tarihinde acil servise başvurdu. Yapılan klinik ve radyolojik inceleme sonrası iki taraflı anterior glenohumeral çıkık tespit edildi. Her iki omuzu Kocher metodu ile redukte edildi.

Anahtar sözcükler: Bilateral, omuz çıkığı, pilates

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2009;43;45-47

ABSTRACT:

Bilateral anterior shoulder dislocation which developed after a minor trauma during plates sport

Bilateral shoulder dislocations are rare. Anterior shoulder dislocation occurs by extreme extension, abduction and external rotation strain. Twenty nine years old female patient admitted to emergency service on October 2007 by bilateral shoulder pain with an acute onset during plates sport. After clinical and radiological evaluation bilateral anterior glenohumeral dislocation was detected. Both shoulders were reduced by Kocher method.

Key words: Bilateral, glenohumeral dislocation, plates

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2009;43;45-47

GİRİŞ

Glenohumeral eklem çıkıkları en sık görülen çıkık tipidir (1). Bu çıkıklar geliştiği yöne göre; anterior, posterior ve inferior (luxatio erecta) şeklinde sınıflandırılır. En sık görüleni anterior yönde olanıdır ve %95 oranında gözlenir (2). Anterior omuz çıkığı aşırı ekstansiyon, abduksiyon ve dış rotasyon zorlaması ile oluşur (3). İki taraflı omuz çıkıkları ise nadir görülür. Bu olgular içerisinde bilateral anterior çıkıkları, bilateral posterior omuz çıkıklarına oranla daha da az görülürler (4,5). Klinik olarak hastaların çıkık olan taraftaki omuzu hafif abduksiyonda ve dış rotasyondadır. Bu vakalarda kas spazmı ile birlikte ağrı ve hareket kısıtlılığı mevcuttur. Fizik muayenede çıkık olan taraftaki omuz yuvarlaklığı kaybolur ve akromion altında oluk oluşur. Tedavide tanımlanan çeşitli manevralar ile çıkık reduksiyonu sağlandıktan sonra, omuz 3-6 hafta arasında immobilize edilerek

yumuşak doku iyileşmesi sağlanır.

Bu çalışmada vücut esnekliği sağlamada kullanılan ve kalça ve diz protezi sonrasında rehabilitasyonda önerilen bir spor olan pilates yaparken minör travmaya bağlı oluşan bilateral anterior omuz çıkığı değerlendirildi (6-7).

OLGU SUNUMU

29 yaşında kadın hasta Ekim 2007 tarihinde her iki omuzda ağrı, hareket kısıtlılığı ve şekil bozukluğu şikayeti ile acil servise başvurdu. Daha öncesinde omuzları ile ilgili şikayeti olmayan ve omuz çıkığı, genel eklem laksitesini tariflemeyen hastanın anamnezinde Pilates sporu yaparken hastanın her iki omuz eklemi abduksiyonda, dirsek eklemi ekstansiyonda, el bileği dorsifleksiyonda iken yere doğru düşme ve yükselme (kamikaze hareketi) esnasında her iki omuzda ani başlayan ağrı şikayeti mevcuttu. Yapılan muayenesinde her iki omuzun abduksiyon ve dış rotasyonda durduğu, bilateral omuz yuvarlaklığının kaybolduğu ve hareket kısıtlılığı olduğu saptandı. Hastanın her iki üst ekstremité nörovasküler muayenesinde patoloji saptanmadı. Klinik olarak bilateral omuz çıkığı düşünülen hastaya her iki omuz AP ve axiller radyografileri çekilerek bilateral anterior omuz

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Sami Sökücü
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-505-451-1874

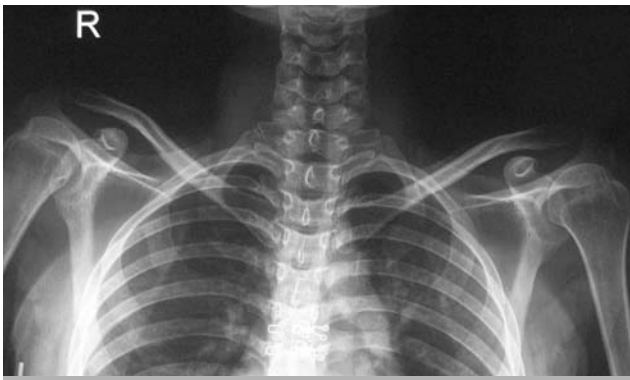
E-posta / E-mail: dr_samis@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 4 Eylül 2008 / September 4, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 2 Ocak 2009 / January 2, 2009



Resim 1: Hastanın her iki omuz çıkığı ile başvurduğunda çekilen grafisi



Resim 2: Redüksiyon sonrası çekilen her iki omuz AP grafisi

çıkığı tanısı konuldu (Resim 1).

Hastaya 10 mg diazepam (im) sedasyonu uygulanarak her iki omuzu Kocher metodu ile redükte edildi. Redüksiyon sonrasında yapılan muayenede nörovasküler patoloji saptanmadı, çekilen radyografilerde her iki omuzun redükte olduğu gözlemlendi (Resim 2).

Hastanın her iki omuzu 3 hafta süre ile immobilize edilerek konservatif tedavi uygulandı. Bu süre sonunda omuz egzersizleri başlandı ve egzersizler progresif olarak artırıldı. Travmadan sonraki 6. haftadaki son muayenesinde hastada omuz laksitesini değerlendirmek için, yapılan ön çekmece (anterior drawer test), arka çekmece (posterior drawer test) ve shift testlerinin normal olduğu, oluk bulgusunun (sulcus sign) ve korkutma testlerinin negatif olduğu, her iki omuzun normal hareket açıklığına kavuştuğu görüldü.

TARTIŞMA

Glenohumeral eklem çıkıkları %95 oranında anterior, %4.5 posterior ve %0.5 oranında inferior (luxatio erecta) yönde görülür (2). Bilateral anterior omuz çıkıkları nadirdir ve genellikle unilateral anterior omuz çıkığına benzer şekilde travmaya sekonder meydana gelir (8). Anterior omuz çıkıklarının travma dışında ağırlık kaldırma, suya dalma, nöbet geçirme, hipoglisemi ve romatoid artrit gibi nedenler sonucunda gelişebildiği de bildirilmiştir (9-13). Oluş mekanizması; forse edilmiş ekstansiyon, abduksiyon ve dış rotasyonun neden olduğu tuberkulum majus'un akromion üzerine impingementi ve buna bağlı gelişen humerus başının dislokasyonudur (14). Tek taraflı posterior omuz çıkıkları nöbet geçirmeye, travmaya ve elektroşoka bağlı olabilir. Özellikle inferior omuz çıkıklarında sinir arazi gözlenebilmektedir. Literatürde bilateral inferior omuz çıkığı sonrasında aksiler ve median sinir arazi geliştiği bildirilmiştir(16).

Bilateral omuz çıkığı ilk olarak 1902 de Mynter tarafından aşırı dozda madde kullanımına bağlı kas kontraksiyonları sonrasında tanımlanmıştır (15). Dinopoulos ve ark.nın 1999 yılında yaptığı çalışmada bilateral anterior omuz çıkığı olan 28 hasta bildirmişlerdir. Bu hastalarda en sık rastlanılan çıkık mekanizmasının travmaya bağlı ani kas kontraksiyonları veya travmaya bağlı şiddetli bilateral traksiyon kuvvetleri olduğunu saptamışlardır (14). Bilateral posterior omuz çıkıkları sıklıkla nöbet geçirmeye (epilepsi, alkol, elektroşok v.s) sekonder oluşur (2,15). Pubmed te yapılan taramada pilates sporu yaparken meydana gelen bilateral omuz çıkığı vakasına rastlanmamıştır.

Olgumuzda omuz çıkığına eşlik eden kırık görülmesine rağmen bu hastaların %15'inde tuberkulum majus kırığının çıkığa eşlik ettiği bildirilmiştir (17). Hasta yaşının 40 yaş ve üzerinde olması azalmış kemik dansitesinden dolayı, olayın ilk kez meydana gelmesi ligamentöz anatominin sağlamlığından dolayı ve çıkığın yüksek enerjili travmaya bağlı oluşması, çıkıkla birlikte kırık oluşumunda anlamlı olarak ilişkilendirilmiştir (18).

Sonuçta bilateral anterior omuz çıkıkları major travma sonrasında gözlemlense de minor travma sonrasında her iki omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı olan hastada bilateral omuz çıkığı ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kazar B, Relovszky E (1969) Prognosis of primary dislocation of the shoulder. *Acta Orthop Scand* 40(2):216-224
2. Price DD, Wilson SR (2006) Dislocations, shoulder. Available at: <http://www.emedicine.com/emerg/topic148.htm>.
3. Hartney-Velazco, K. Velazco, A., Fleming L. L.: Bilateral anterior dislocations of the shoulder. *South Med. J. Oct.:*77 (10) 1340-1, 1984.
4. Cave EF, Burke JF, Boyd JF (1974) *Trauma Management. Year Book Medical Publishers, Chicago*, p 437.
5. Honner R (1969) Bilateral posterior dislocation of the shoulder. *Aust N Z J Surg* 38(3):269-272.
6. Segal NA, Hein J, Basford JR. The effects of Pilates training on flexibility and body composition: an observational study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004 Dec; 85(12):1977-81.
7. Levine B, Kaplanek B, Scafura D, Jaffe WL. Rehabilitation after total hip and knee arthroplasty: a new regimen using Pilates training. *Bull NYU Hosp Jt Dis.* 2007;65(2): 120-5.
8. Peiro A, Ferrandis R, Correa F (1975) Bilateral erect dislocation of the shoulders. *Injury* 6(4):294-295.
9. N. Maffulli and H.M. Mikhail, Bilateral anterior glenohumeral dislocation in a weight lifter, *Injury* 21 (4) (1990), pp. 254-256.
10. R.D. Mathis, Bilateral shoulder dislocations: an unusual occurrence, *J Emerg Med* 8 (1) (1990), pp. 41-43.
11. D.C. Markel and R.B. Blasier; Bilateral anterior dislocation of the shoulders with greater tuberosity fractures, *Orthopedics* 17 (10) (1994), pp. 945-949.
12. A. Ozcelik, M. Dincer and H. Cetinkanat, Recurrent bilateral dislocation of the shoulders due to nocturnal hypoglycemia: a case report, *Diabetes Res Clin Pract* 71 (3) (2006), pp. 353-355.
13. R. Mihai and J.H. Dixon, Bilateral atraumatic dislocation of the shoulder, *J Accid Emerg Med* 16 (6) (1999), p. 460.
14. Dinopoulos H. T. Giannoudis P. V. Smith R. M. Matthews S. J. Bilateral anterior shoulder fracture-dislocation. *International Orthopedics(SICOT)* (1999) 23:128-130.
15. Mynter H (1902) Subacromial dislocation from muscular spasm. *Ann Surg* 36:117-119.
16. Mesa M, Carpintero P, Carpintero J. Bilateral luxatio erecta humeri. *Acta Orthop Belg* 1996;62:116-19.
17. Ferkel RD, Hedley AK, Eckardt JJ (1984) Anterior fracture-dislocations of the shoulder: pitfalls in treatment. *J Trauma* 24(4):363-367.
18. Emond M, Le Sage N, Lavoie A, Rochette L. Clinical factors predicting fractures associated with an anterior shoulder dislocation. *Acad Emerg Med* 2004;11:853-8.