

GLENOHUMERAL EKLEM ÇIKIĞI

Ömer Halit KESKİN¹

GİRİŞ

Glenohumeral eklem, hareket genişliği çok fazla olduğu için dislokasyonu en sık görülen büyük eklemdir. Bu nedenle M.Ö. 3000’li yıllara dayandığı düşünülen dokümantasyonlar mevcuttur. Günümüzde artan spor aktiviteler ve yaşam tarzının değişmesi sebebi ile bu alanda halen hızlı bir gelişme yaşanmaktadır.

EPİDEMİYOLOJİ

Glenohumeral eklem dislokasyonu tüm dislokasyonların %45’ini oluşturur.⁽¹⁾ En sık görülen büyük eklem dislokasyonudur. Amerika’da ki insidansı yılda 23.9/100,000’dir.⁽²⁾ Türkiye’de ki insidansı yılda 5.3/100,000’dir.⁽³⁾ En sık düşme, tabiki spor aktivite oluşum mekanizmasında yer alır. Glenohumeral dislokasyon insidansı bimodal dağılım göstermektedir. 21-30 yaş arası erkeklerde ve 70-89 yaş arası kadınlarda pik yapmaktadır.

⁽¹⁾ Tüm glenohumeral dislokasyonların yaklaşık %95-97’si anterior dislokasyon iken bunu %2-5 ile posterior ve %0,5 ile inferior dislokasyon izler. Süperior dislokasyon anterosüperior olarak meydana gelmekle birlikte çok nadir görülür ve literatürde vaka raporu olarak bildirilmiş vakalar bulunmaktadır. İlerleyen zamanda tekrarlayan

dislokasyon ve instabilite gelişim oranının %14 – 89 arasında olduğu gösterilmiştir. Genç erkek hastalarda rekürren instabilite gelişme riski daha fazladır.

ANATOMİ

Omuz eklemi glenohumeral ve akromioklaviküler eklem olmak üzere temelde iki eklemden oluşur. Sternoklaviküler ve skapulotorasik eklem de omuz hareketlerine katkı sağlar. Konumuz olan temel hareket açıklığını sağlayan ve en sık çıkığı görülen eklem glenohumeral eklemdir. Ball-socket (top-yuva) tipi bir eklemdir. İnsan vücudunda hareket açıklığı en fazla olan büyük eklemdir. Glenoid humerus başının eklem yüzünü tam saracak genişlikte değildir. Humerus başı glenoid çapının 3 katı büyüklüğündedir. Ancak glenoidde bulunan labrum yapısının varlığı eklem yüzey alanını %50 artırarak eklem hareket açıklığında ve stabilitede rol oynar.

Omuz stabilitesinde rol oynayan faktörler aktif ve pasif olmak üzere iki grupta incelenir.

Pasif (Statik) Stabilizatörler:

1. Kemik yapılar: Glenoid fossa, akromion, kora-koid

¹ Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, omerhalitkeskin@gmail.com,

hasarı, kapsulolabral hasar ve kemik lezyonları (tuberkulum majus ve minus fraktürü) belli başlı komplikasyonlarıdır.

SUPERİOR GLENOHUMERAL DİSLOKASYON

Çok nadir görülür. Literatürde bildirilen nadir vakalar olmakla birlik büyük seriler yoktur. Anterosuperior, superolateral, kilitli superior ve posterosuperior dislokasyonlar bildirilmiştir.⁽²⁰⁾ Oluşma mekanizması genellikle addüksiyondaki omuzda anterior ve superior yönünde gelen yüksek enerjili travmadır. Omuz kuşağında kemik kırıkları (akromiyon, klavikula, korakoid, tuberkulum minus ve majus) ve yumuşak doku (rotator manşet, kapsül, biceps tendonu ve perskapular kaslar) hasarı ile birliktelik gösterir.

Hasta başvurusunda üst ekstremité kısalmıştır ve akromion üzerinde humerus başı palpe edilebilir. Eşlik eden yaralanmalar çok sık olduğu için nörovasküler muayene dikkatli yapılmalıdır.

Görüntülemeye omuzun travma serisi kullanılır. AP grafide akromion üzerine yükselmiş humerus başını görmek tanıda faydalıdır. Eşlik eden başka kemik lezyon açısından değerlendirme iyi yapılmalı gerekirse ek tetkik istenmelidir.

Redüksiyon inferior yönde uygulanan aksiyal traksiyon – karşı traksiyon tekniği ile yapılır. Diğer dislokasyonlarda olduğu gibi öncesinde sedasyon, analjezi ve yeterli kas gevşemesi sağlanmalıdır. Redüksiyonun ardından nörovasküler muayene tekrarlanmalıdır. Genellikle redüksiyon sonrası nörovasküler muayene normale döner. Redüksiyon sonrası immobilizasyon ve fizyoterapi uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Smith G.C.S., Chesser T.J.S., Packham I.N., et al. First time traumatic anterior shoulder dislocation: A review of current management. 2013. Injury. 44(4), 406-408.
2. Zacchilli M.A., Owens B.D. Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume. 2010. 92(3), 542-549. Doi: 10.2106/jbjs.i.00450.

3. Tas M., Canbora K.M., Kose O., et al. Demographic and clinical characteristics of traumatic shoulder dislocations in an urban city of Turkey: a retrospective analysis of 208 cases. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica. 2013; 47: 147-152
4. Kammel KR, Leber EH. Inferior Shoulder Dislocations (Luxatio Erecta). StatPearls Publishing; 2020 Jan PMID:28846308.
5. Wirth M, Rockwood C. Subluxations and dislocations about the glenohumeral joint. In: Bucholz R, Heckman J, eds. Rockwood and Green's Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001; 1109 – 1207
6. David W. S., James G. J., Andrew J. B., et al. Epidemiology of glenohumeral dislocation and subsequent instability in an urban population Journal of Shoulder and Elbow Surgery. 2018. 27(2), 189-195. Doi: 10.1016/j.jse.2017.09.006.
7. Te Slaa R, Wijffels M, Brand R, et al. The prognosis following acute primary glenohumeral dislocation. The Journal of Bone and Joint Surgery.British Volume. 2004; 86-B:58-64. Doi: 10.1302/0301-620x.86b1.13695.
8. Wakai A, O'Sullivan R, McCabe A. Intra-articular lignocaine versus intravenous analgesia with or without sedation for manual reduction of acute anterior shoulder dislocation in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(4):CD004919. Doi: 10.1002/14651858.cd004919.
9. Hendey, G. W. Managing anterior Shoulder Dislocation. 2016. Annals of Emergency Medicine 67(1), 76-80.
10. Alkaduhimi H., Linde V.D., Flipsen M., et al. A systematic and technical guide on how to reduce a shoulder dislocation. Turkish Journal of Emergency Medicine. 2016. 16(4), 155-168.
11. Smith B.I., Bliven K.C., Morway G.R., et al. Management of Primary Anterior Shoulder Dislocations Using Immobilization. Journal of Athletic Training. 2015. 50(5), 550-552. Doi: 10.4085/1062-6050-50.1.08.
12. Murray J. C., Leclerc A., Balatri A., et al. Immobilization in external rotation after primary shoulder dislocation reduces the risk of recurrence in young patients. A randomized controlled trial. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2018. Doi: 10.1016/j.otsr.2018.10.007
13. Kavaja L., L ä hdeoja T. , Malmivaara A., et al. Treatment after traumatic shoulder dislocation: a systematic review with a network meta-analysis. British Journal of Sports Medicine. 2017. Bjsports-2017-098539. Doi: 10.1136/bjsports-2017-098539.
14. Hovelius L., Rahme H. Primary anterior dislocation of the shoulder: long-term prognosis at the age of 40 years or younger. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy. 2016. 24(2), 330-342.
15. Netto N. A., Tamaoki M.J.S., Lenza M., et al. Treatment of Bankart lesions in traumatic anterior instability of the shoulder: a randomized controlled trial comparing arthroscopy and open techniques. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery. 2012. 28(7), 900-908.
16. Rouleau D. M., Hebert-Davies J., Robinson, C.M. Acute Traumatic Posterior Shoulder Dislocation. 2014. Jour-

- nal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 22(3), 145-152. Doi:10.5435/jaaos-22-03-145
17. Rouleau D. M., Hebert-Davies J. Incidence of associated injury in posterior shoulder dislocation: Systematic review of the literature. *Journal of Orthopaedic Trauma*. 2012. 246-251.
 18. Kowalsky M.S., Levine W.N. Traumatic Posterior Glenohumeral Dislocation: Classification, Pathoanatomy, Diagnosis, and Treatment. *Orthopedic Clinics of North America*. 2008. 39(4), 519-533.
 19. Cift H., Soylemez S., Demiroglu M., et al. Rare Inferior Shoulder Dislocation (Luxatio Erecta). *Case Reports in Orthopedics*. 2015. 1-3. Doi: 10.1155/2015/624310.
 20. Furuhashi R., Kiyota Y., Ikeda T., et al. Posterosuperior shoulder dislocation due to the rupture of deltoid posterior fibers: a case report. *Bmc Musculoskeletal Disorders*. 2019. Doi: 10.1186/s12891-019-2727-5