

BÖLÜM 3

OMUZ ÇEVRESİ KIRIKLARI

İbrahim ALTUN¹

GİRİŞ

Üst ekstremitte travma sonrası kırıkları veya çıkıkları, yumuşak dokularda veya nörovasküler yapılarda ciddi yaralanmaların da görülebileceği cerrahisi riskli ve zor olan yaralanma tipidir. Bu tip yaralanmalar, özellikle genç nüfus artışı ve sanayileşmenin artması ile omuz çevresi çıkık ve kırıkların görülme insidasında artış gözlenmektedir. Genç nüfusda spor veya trafik kazaları gibi yüksek enerjili yaralanmalarla sıklıkla karşımıza çıkmakta olup yaşlı popülasyonda ise düşük enerjili travmalarla meydana gelebilmektedir. Bu tip yaralanmalarda, teknolojinin gelişmesi ile yeni tedavi yöntem ve metodlar geliştirilmesinin yanında genel hatlarıyla geleneksel yöntemler de güncelliğini korumaktadır.

Omuz çevresini oluşturan bir çok anatomik yapılar mevcut. Bunlarda ana yapıyı humerus, skapula ve klavikuladan oluşmaktadır. Omuz eklemi kolun her tarafa ulaşabilen, 3 boyutlu hareket edebilen bir eklemdir. Omuz eklemi humerus ve glenoidden oluşmaktadır. Eklem sıg bir yapıda olmasına rağmen labrum, eklem kapsülü, glenohumeral ligamentler ve rotator cuff gibi yapılar sayesinde stabilitesini koruyabilmekte ve hareketlerini 3 boyutlu olarak gerçekleştirebilmektedir.

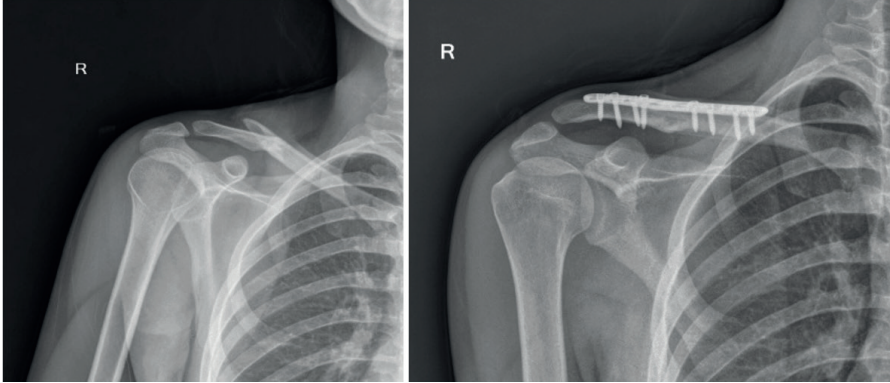
Bu bölümde, omuz çevresinde sık karşılaşılan kırıkların tanı ve tedavilerini değerlendireceğiz.

HUMERUS ÜST UÇ KIRIKLARI

Toplumda sık karşılaşılan humerus üst uç kırıkları, kadınlarda 2 kat daha fazla görülür. Yaşlılarda osteoporozla bağılı olarak direk omuz üzerine veya indirekt

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, ortdrialtun1@gmail.com

esnasında klavikulanın yaklaşık olarak 15 mm altından geçen damar paketine dikkat edilmelidir. Uygulanacak diğer yöntemler ise uygun endikasyonlu hastalarda, intramedüller çivi ve eksternal fiksatörde yapılabilmektedir.



Şekil 2. Klavikulanın cisim kırığının preop ve postop görünümü

SONUÇ

Klavikula kırıklarında, cerrahi kriterleri karşılayan hastalarda ameliyat sonrası eklem hareket kısıtlılığının olmaması, düşük enfeksiyon oranlarının olması, cerrahi komplikasyonun düşük olması ve yüksek kaynama oranlarından dolayı tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Gorschewsky, O., et al. The treatment of proximal humeral fractures with intramedullary titanium helix wire by 97 patients. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*, 2005, 125.10: 670-675.
2. Kristiansen, B., et al. The Neer classification of fractures of the proximal humerus. *Skeletal radiology*, 1988, 17.6: 420-422.
3. Neer, C.S. 2nd. Displaced proximal humeral fractures. Part I. Classification and evaluation. *J Bone Joint Surg Am*. 1970;52(6):1077-89.
4. Hertel, R., Hempfing, A., Stiehler, M., Leunig, M. Predictors of humeral head ischemia after intracapsular fracture of the proximal humerus. *J Shoulder Elbow Surg* 2004;13:427-3
5. Wild, J.R., DeMers, A., French, R., et al: Functional outcomes for surgically treated 3- and 4-part proximal humerus fractures, *Orthopedics* 34:e629, 2011.
6. Corbacho, B., Duarte, A., Keding, A., et al: Cost effectiveness of surgical versus non-surgical treatment of adults with displaced fractures of the proximal humerus: economic evaluation alongside the PROFHER trial, *Bone Joint J* 98B:152, 2016.
7. Perez, E. A., (2017). Campbell's Operative Orthopaedics. (13th edition). Copyright © by Elsevier, Inc. All rights reserved.

8. Solberg, B. D., Moon, C. N., Franco, D. P., & Paiement, G. D. Surgical Treatment of Three and Four-Part Proximal Humeral Fractures. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American* (2009). , Volume 91(7), 1689–1697. doi:10.2106/jbjs.h.00133
9. Jawa, A., & Burnikel, D. Treatment of Proximal Humeral Fractures. *JBJS Reviews*, (2016). 4(1), e31–e39. doi:10.2106/jbjs.rvw.o.00003
10. Mease, S. J., et al. Current Controversies in the Treatment of Geriatric Proximal Humeral Fractures. *JBJS*, 2021, 103.9: 829-836.
11. Demirtaş, M., Aydın, M. Humerus üst kırıklarında kilitli plak ile tespit ve minimal invaziv cerrahi uygulamalar. *Totbid Dergisi* , 2012, 11.1: 20-27.
12. Court-Brown, Ch., McQueen, M.M., Tornetta, P. *Trauma (shoulder girdle)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:68–88.
13. Bartonicek, J.(2015). *Rockwood and Green's Fractures in Adults*. (8th edition). Copyright © 2015 Wolters Kluwer Health.
14. Harris, R.D., Harris, J.H., Jr. The prevalence and significance of missed scapular fractures in blunt chest trauma. *Am J Roentgenol* 1998; 151: 743
15. Anavian, J., Conflitti, J.M., Khanna, G., et al: A reliable radiographic measurement technique for extra-articular scapular fractures, *Clin Orthop Relat Res* 469:3371, 2011.
16. Cole, P.A., Gauger, E.M., Schroder, L.K. Management of scapular fractures, *J Am Acad Orthop Surg* 20:130, 2012.
17. Anavian, J., Gauger, E.M., Schroder, L.K., et al: Surgical and functional outcomes after operative management of complex and displaced intra-articular glenoid fractures, *J Bone Joint Surg* 94:645, 2012.
18. McKee MD.(2015) Clavicle fractures. *Rockwood and Green's fractures in adults* (7th ed). Copyright © 2015 Wolters Kluwer Health
19. Neer CS. Fractures of the distal clavicle with detachment of the coracoclavicular ligaments in adults. *J Trauma*. 1963;3:99–110.
20. Zlowodzki M, Zelle BA, Cole PA, et al: Treatment of acute midshaft clavicle fractures: systematic review of 2144 fractures. On behalf of the Evidence-Based Orthopaedic Trauma Working Group, *J Orthop Trauma* 19:504, 2005
21. Canadian Orthopaedic Trauma Society: Nonoperative treatment compared with plate fixation of displaced midshaft clavicular fractures: a multicenter, randomized clinical trial, *J Bone Joint Surg* 89A:1, 2007.)
22. Brinker MR, Edwards TB, O'Connor DP. Letter to the editor. *J Bone Joint Surg Am*. 2005;87 A(3):677–678.
23. Hill JM, McGuire MH, Crosby LA. Closed treatment of displaced middle-third fractures of the clavicle gives poor results. *J Bone Joint Surg Br*. 1997;79(4):537–539.
24. Robinson CM, Court-Brown CM, McQueen MM, et al. Estimating the risk of nonunion following nonoperative treatment of a clavicle fracture. *J Bone Joint Surg Am*. 2004;86- A(7):1359–1365.
25. McKee MD, Pedersen EM, Jones C, et al. Deficits following nonoperative treatment of displaced midshaft clavicular fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88(1):35–40.