

BÖLÜM 4

NADİR GÖRÜLEN BİR YARALANMA, SKAPULA KIRIĞI İLE BİRLİKTE HUMERUS CİSİM PARÇALI KIRIĞI, OLGU SUNUMU

Burak GÜNAYDIN¹

GİRİŞ

Kemik kırıkları çeşitli travmalara bağlı olarak gelişebilmektedir. Özellikle yüksek enerjili travmalar sonrası hastanın aynı veya karşı taraf ekstremitelerinde birden fazla kemikte kırık görülebilmektedir. Aynı taraf üst ekstremitede skapula parçalı kırığı ile birlikte humerus cisim parçalı kırığı saptanan olgu sunulmaktadır.

Skapula kırıkları tüm kırıkların %1'ini, tüm omuz bölgesi kırıklarının ise %3-5'ini oluşturmaktadır(1,2). Skapula boyun kırıkları ise skapula kırıklarının %7-25'ini oluşturur(3,4). Skapula kırıklarının çoğu yüksek enerjili travmalar ile ilişkili olup, erkeklerde dört kat fazla sıklıkla görülmektedir(1). Bu kırıklar ile birlikte, omuz ve göğüs bölgesi gibi yakın veya uzak bölge kemiklerinde de kırıklara, yumuşak doku ve diğer organ yaralanmaları eşlik edebilir(5). Skapula boyun kırıkları, cerrahi, anatomik ve trans-spinöz bölge kırıkları olarak üçe ayrılır. En sık görülen skapula boyun kırığı, cerrahi boyun kırığıdır(4). Minimal deplase olan skapula cerrahi boyun kırıklarının tedavisi, konservatif olarak planlanabilmektedir(6). Cerrahi tedavi kırık hattında 40°nin üzerinde açılanma olması ve glenoid tarafın iç tarafa doğru 1 cm'nin üzerinde yer deği-

tirmesi olduğu durumlarda düşünülmelidir(7). Bu olguda skapulunun cerrahi boyun hizasından kırıldığı, glenoide uzanmayan parçalı bir kırık olması nedeniyle skapula kırığı için konservatif tedavi planlanmıştır.

Humerus cerrahi boynunun distali ile epikondillerin proksimali arasında kalan bölge 'humerus cisim' olarak tanımlanmaktadır(8). Humerus cisim kırıkları için, tüm ekstremitte kırıklarının %5-8'ini oluşturduğu bildirilmektedir(9,10). Ortopedistlerin bir çoğu, humerus cisim kırıklarında cerrahi dışı tedavi olan konservatif tedaviyi önerirler(11). Konservatif tedavi ile uygun dizilimin sağlanamaması, açık kırıklar, damar yaralanmasının eşlik ettiği kırıklar, brakial pleksus yaralanmasının eşlik ettiği kırıklar, patolojik kırıklar, kırığın redüksiyonu sonrası radial sinir arazının görülmesi, kırığın ekleme uzanımı olması ve yüzen dirsek varlığı gibi durumlarda ise cerrahi tedavi planlanmalıdır(11). Humerus cisim kırıklarının cerrahi tedavisinde uygulanan yöntemler, açık redüksiyon plaklama, intramedüller çivileme ve eksternal fiksatördür(12). Humerus cisim kırıkları için sıklıkla tercih edilen yöntemlerden biri açık redüksiyon ve plak vida tabiki ameliyatıdır(11). İntramedüller çivileme

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim dalı, docburak@gmail.com

vida ile osteosentez uygulamasında ise 8.9-10.4 hafta olarak bildirilmektedir(23-25). Skapula boyun kırığı ile birlikte segmenter parçalı humerus cisim kırığı olan bu olgunun üçüncü ayda çekilen grafisinde kaynama tam olarak saptandı.

SONUÇ

Sonuç olarak skapula boyun kırığı ile humerus cisim kırıklarının birlikte görüldüğü ve literatürde nadir olduğu düşünülen bu olgu, yaşanan zorlukların irdelenmesi ve bu zorlukların giderilmesi için uygulanan manevra ve redüksiyon yöntemlerinin sunulmasının, benzer bir vaka ile karşılaşan ortopedistlere yol gösterici olması açısından sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Van Oostveen DP, Temmerman OP, Burger BJ, et al. Glenoid fractures: a review of pathology, classification, treatment and results. *Acta Orthop Belg.* 2014;80(1):88-98.
2. Zamani A, Sharifi MD, Farzaneh R, et al. The Relationship between Clinical Findings of Shoulder Joint with Bone Damage of Shoulder Joint in Patients with Isolated Shoulder Blunt Trauma. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018;6(11):2101-2106.
3. Goss TP. (2004) Fractures of the scapula. In: Rockwood CA, Matsen FA, Wirth MA, Lippitt SB (Ed.) *The Shoulder*, (3rd ed., pp. 413-454). Philadelphia : Saunders.
4. Bartoniček J, Tuček M, Frič V, et al. Fractures of the scapular neck: diagnosis, classifications and treatment. *Int Orthop.* 2014;38(10):2163-2173. doi: 10.1007/s00264-014-2434-7.
5. Edwards SG, Whittle AP, Wood GW 2nd. Nonoperative treatment of ipsilateral fractures of the scapula and clavicle. *J Bone Joint Surg [Am].* 2000;82:774-780.
6. Klassen JF, Cofield RH. Surgical management of scapular fractures. *Oper Tech Orthop.* 1994;4:58-63.
7. Ada JR, Miller ME. Scapular fractures. Analysis of 113 cases. *Clin Orthop.* 1991;269:174-180.
8. Klenerman L. Fractures of the shaft of the humerus. *J Bone Joint Surg Br.* 1966;48:105-111.
9. Ekholm R, Adami J, Tidermark J, et al. Fractures of the shaft of the humerus. An epidemiological study of 401 fractures. *J Bone Joint Surg Br.* 2006;88:1469-1473. doi: 10.1302/0301620X.88B11. 17634.
10. Volgas DA, Stannard JP, Alonso JE. Nonunions of the humerus. *Clin. Orthop Relat Res.* 2004;419:46-50.
11. Updegrave GF, Mourad W, Abboud JA. Humeral Shaft Fractures. *J Shoulder Elbow Surg .* 2018;27(4):87-97. doi: 10.1016/j.jse.2017.10.028.
12. Bhandari M, Devereaux PJ, McKee MD, et al. Compression plating versus intramedullary nailing of humeral shaft fractures—a meta-analysis. *Acta Orthop.* 2006;77:279-284.
13. Ricci WM, Brett B. (2015). Principles of nonunion treatment. In: Court-Brown CM, Heckman JD, McQueen MM, (Eds.), *Rockwood and Green's Fractures in Adults*, (8th ed., pp.827-860). Philadelphia; Wolters Kluwer Health.
14. Volpin G, Shartker H. (2014). Management of delayed union, nonunion and mal-union of long bone fractures. In: Bertley G. (ed.), *European Surgical Orthopaedics and Traumatology The EFORT Textbook*, (pp.241-260). London, Springer
15. Klenerman L. Fractures of the shaft of the humerus. *J Bone Joint Surg* 1966;48B:105-111.
16. Modabber MR, Jupiter JB. Operative management of diaphyseal fractures of the humerus. Plate versus nail. *Clin Orthop.* 1998;347:93-104.
17. Kessler SB, Nast-Kolb D, Brunner U, et al. Marknagelung des Oberarms als Alternative zur Konservativen Therapie und zur Plattenosteosynthese. *Orthopade.* 1996;25:216-222.
18. Moran MC. Distal interlocking during intramedullary nailing of the humerus. *Clin Orthop.* 1995;317:215-218.
19. Zifko B, Poigenfurst J, Pezzei C. Die Markdrahtung instabiler proximaler Humerus frakturen. *Orthopade.* 1992;21:115-120.
20. Vaidya R, Sethi A, Oliphant BW, et al. Civilian gunshot injuries of the humerus. *Orthopedics.* 2014;37(3):307-312. doi:10.3928/01477447-20140225-66.
21. Kesemenli CC, Subaşı M, Arslan H, Necmioğlu S, Kapukaya A. Comparison between the results of intramedullary nailing and compression plate fixation in the treatment of humerus fractures. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2003;37(2):120-125.
22. Pidhorz L. Acute and chronic humeral shaft fractures in adults. *Orthop Traumatol Surg*

- Res. 2015;101(1 Suppl):41-49. doi: 10.1016/j.otsr.2014.07.034.
23. Sarmiento A, Zagorski JB, Zych GA, et al. Functional bracing for the treatment of fractures of the humeral diaphysis. *J Bone Joint Surg Am.* 2000;82:478-486.
 24. Changulani M, Jain UK, Keswani T. Comparison of the use of the humerus intramedullary nail and dynamic compression plate for the management of diaphyseal fractures of the humerus. A randomized controlled study. *Int Orthop.* 2007;31:391-395. doi:10.1007/s00264-006-0200-1.
 25. Chapman JR, Henley MB, Agel J, et al. Randomized prospective study of humeral shaft fracture fixation: intramedullary nails versus plates. *J Orthop Trauma.* 2000;14:162-166.