

BÖLÜM 5

KİLİTLİ POSTERİOR OMUZ ÇIKIĞI: VAKA EŞLİĞİNDE TANI VE TEDAVİ YÖNETİMİ

Yüksel Uğur YARADILMIŞ¹
Bahtiyar HABERAL²

GİRİŞ

Posterior omuz çıkıkları anterior omuz çıkıklarına göre daha nadir görülmektedir ve tüm omuz çıkıklarının yaklaşık %3-5'ini oluşturur(1). Etiyolojide yüksek enerjili travmanın yanında nöbetler ve elektrik çarpması dikkat çekmektedir(2). Hastaların %79 ilk başvuruda atlanır ya da geç tanı alırlar(3).

İzole posterior omuz çıkığı oldukça nadirdir. Sıklıkla yumuşak doku lezyonları ve kemik defektleri gözlenmektedir(4). Eşlik eden lezyonlar için şüphelenmek ve ileri tetkikler yapmak gerekmektedir. Tipik kemik yaralanması anterior eklem yüzeyinde olan çökme kırığı olan reverse Hill Sachs lezyonudur. Reverse Hill-Sachs (RHS) lezyonu, farklı büyüklüklerde olmak üzere çıkıkların %40-90 eşlik ettiği bildirilmiştir(5). Çökme kırığı haricinde sıklıkla anatomik boyun kırığını da içeren Neer tip2 ya da tip 3 kırıkları da gerçek posterior kırıklı çıkığı başlığı altında gözlemlenebilir. Bu kırıklı çıkıklarda da çıkık atlanma ihtimali yüksektir ve kompleks kırıklı çıkık olarak da adlandırılmaktadır(6).

Sıklıkla atlanan bu çıkıklar tanı alma zamanına göre sınıflandırılmaktadır. Yaralanmadan

3 hafta sonra tanı alan çıkıklar ihmal edilmiş 6 hafta sonra tanı alanlar ise kronik olarak değerlendirilmektedir (7). Seçilecek tedavi yöntemini etkileyen en önemli etkenler; 1) hasta bağımlı faktörler (yaş, ek hastalıklar, hasta beklentisi), 2) eşlik eden kemik ya da yumuşak doku yaralanmaları, 3) tanı alma zamanıdır.

Kemik yaralanmalarının olduğu posterior çıkıklar sıklıkla kilitli posterior omuz çıkığı (KPOÇ) hastalarıdır(8). Avasküler nekroz ve kırıklardan sakınmak için kapalı redüksiyonun iyi bir sedasyon altında ve nazikçe yapılması gerekmektedir. Tedavide stabil ve hareketli bir eklem hedeflenmelidir. Konservatif tedavi izole posterior çıkıklar ve RHS lezyonun eklem yüzeyinin <%20 için geçerlidir(9). Cerrahi tedavi seçenekleri kompleks kırıklar için (Neer tip2 ya da tip3) açık redüksiyon internal tespit (ARİF) ya da artroplasti iken, RHS ise ARİF, allo/oto greft ile kemik defekt onarımı , subskapularis transferi (Mc Laughlin), tuberkulum minus ile birlikte subskapularis transferi (modifiye Mc Laughlin)(10-12) idir. Kronik vakalarda ise total omuz protezi veya rotasyonel osteotomiler alternatif tedavi olarak bulunmaktadır(13,14).

¹ Uzm. Dr., Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, ugur_yaradilmis@outlook.com

² Uzm. Dr. Başkent Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, bahtiyarhaberal@hotmail.com

sonrası tanı alan hastamızda %25-50 arası kemik defekti gözlenmekte idi. Hastamızda çökme kırığı kaldırıldı başsız vidalar ile fikse edilerek eklem yüzeyi restore edildi. Akut yaralanmalarda açık redüksiyon sonrası fiksasyon mümkündür. Fiksasyon sonrası stabilite değerlendirilmez.

Atlanmış veya kronik vakalarda benzer cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmakla birlikte hem fonksiyon sonuçlarda düşüklük hem de komplikasyonlarda artma gözlenmektedir. Avasküler nekroz major komplikasyon olarak görülmektedir. Zorlayıcı manipülasyonlara karşı dikkatli olunmalıdır. Tekrar çıkıklar, artroz ve allogreftler için kollaps diğer komplikasyon olarak gözlenmektedir. Takiplerde değerlendirilmesi önemlidir.

SONUÇ

Ciddi ağrı ve hareket kısıtlılığında posterior omuz çıkığı her zaman aklımızda olmalıdır ve tanıda ileri tetkikten kaçınılmamalıdır. Tedavi ise hasta spesifik olmakla birlikte; tedavi ana değişkenler olan hasta yaşı, tanı zamanı ve eşlik eden kemik patolojiye göre değişkenlik göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Kowalsky M.S., Levine W.N. Traumatic posterior glenohumeral dislocation: Classification, pathoanatomy, diagnosis, and treatment. *Orthop Clin North Am.* 2008;39:519-533.
2. McLaughlin HL: Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am.* 1952;24(3): 584-590.
3. Hatzis N, Kaar TK, Wirth MA, Rockwood CA Jr: The often overlooked posterior dislocation of the shoulder. *Tex Med.* 2001;97(11):62-67.
4. Rouleau DM, Hebert-Davies J: Incidence of associated injury in posterior shoulder dislocation: Systematic review of the literature. *J Orthop Trauma.* 2012;26(4):246-251.
5. Altan E, Senaran H, Acar MA, Aydın K, Ozbaydar MU. Mozaicplasty technique for treatment of reverse Hill-Sachs lesion. *Tech Shoulder Elbow Surg.* 2013;14:1-4.
6. Robinson CM, Akhtar A, Mitchell M, et al. Complex posterior fracture-dislocation of the shoulder. Epidemiology, injury patterns, and results of operative treatment. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89(7):1454-66.
7. Abdel-Hameed SK, Alzalabany AK, Abdel-Aal MA, Soltan AA. Reconstruction of humeral head defect in locked posterior dislocation shoulder. A case series of nine patients. *Open Journal of Orthopedics.* 2015;5:25-33.
8. Basal O, Dincer R, Turk B. Locked posterior dislocation of the shoulder: A systematic review. *EFORT Open Rev.* 2018;3(1):15-23. doi:10.1302/2058-5241.3.160089
9. Duralde XA, Fogle EF. The success of closed reduction in acute locked posterior fracture-dislocations of the shoulder. *J Shoulder Elbow Surg.* 2006;15:701-706.
10. Torrens C, Santana F, Melendo E, Marlet V, Caceres E. Osteochondral autograft and hemiarthroplasty for bilateral locked posterior dislocation of the shoulder. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 2012;41:362-364.
11. Soliman OA, Koptan WM. Four-part fracture dislocations of the proximal humerus in young adults: results of fixation. *Injury.* 2013;44:442-447
12. Cheng SL, Mackay MB, Richards RR. Treatment of locked posterior fracture-dislocations of the shoulder by total shoulder arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg.* 1997;6:11-17.
13. Keppeler P, Holz U, Thielemann FW, Meinig R. Locked posterior dislocation of the shoulder: treatment using rotational osteotomy of the humerus. *J Orthop Trauma.* 1994;8:286-292.
14. Xu W, Huang LX, Guo JJ, Jiang DH, Zhang Y, Yang HL. Neglected posterior dislocation of the shoulder: A systematic literature review. *Journal of orthopaedic translation.* 2015;3(2), 89-94.
15. Cooper A. On the dislocations of the os humeri upon the dorsum scapulae, and upon fractures near the shoulder joint. *Guy's Hosp Rep.* 1839;4:265-284
16. Cisternino SJ, Rogers LF, Stufflebam BC, Kruglik GD: The trough line: A radiographic sign of posterior shoulder dislocation. *AJR Am J Roentgenol.* 1978; 130(5):951-954.
17. Hawkins RJ, Neer CS II, Pianta RM, Mendoza FX: Locked posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am.* 1987; 69(1):9-18.

18. Wadlington VR, Hendrix RW, Rogers LF: Computed tomography of posterior fracture-dislocations of the shoulder: Case reports. *J Trauma*. 1992;32(1):113-115.
19. Aydin N, Enes Kayaalp M, Asansu M, Karaismailoglu B. Treatment options for locked posterior shoulder dislocations and clinical outcomes. *EFORT open reviews*. 2019;4(5), 194-200.