

BÖLÜM 6

İNFERİOR OMUZ ÇIKIĞI (LUKSASYO EREKTA) SONRASI GELİŞEN EŞ ZAMANLI DAMAR VE SİNİR YARALANMASI

Turan Bilge KIZKAPAN¹

GİRİŞ

Omuz eklemi; humerus başı ve skapulanın glenoid fossa yapılarının arasında, fleksiyon, abduksiyon, adduksiyon, iç/dış rotasyon ve 360° kadar dairesel hareket kabiliyeti olan, oldukça hareketli fakat instabiliteye yatkın bir eklemdir(1). Bu eklem çukukları acil serviste tedavi edilen tüm akut büyük eklem çukukları içinde %45 gibi yüksek bir orana sahiptir(2). Omuz eklemi çukukları içinde en sık görüleni anterior çukuklardır. Latince “Luksasyo erekta” olarak da bilinen inferior omuz çukukları ise tüm omuz çukuklarının %0,5’ini oluşturmakta, en az görülen çeşididir ve kolun tipik dik pozisyonu nedeniyle bu ismi almıştır(3). Bu omuz çukuklarında tipik olarak hastanın çıkık taraf kolunun yukarı kalkık pozisyonunda kilitlenmiş olduğu görülmektedir ve hasta kolunu hareket ettirememektedir(4). Bu çukuklarda tanı koymak tipik hasta durumu sayesinde oldukça kolaydır. Hastanın ilk muayenesi yapıldıktan sonra ön arka ve “Y” radyografileri çekilmeli, ek bir kırık açısından mümkünse bilgisayarlı tomografi tetkiki yapılmalıdır. Hemen olmasa da redüksiyon sonrası olası damar ve sinir yaralanmasından şüpheleniyorsa doppler ultrasonografi ya da elektromyografi yapılabilir.

Sıklıkla motorsiklet ya da bisiklet gibi bir araçtan kol kalkık pozisyonunda düşme ile gerçekleşmekte, humerus boynu akromiona takılıp itilmek suretiyle inferior eklem kapsülü yırtılmakta ve humerus başı çıkmaktadır(6). Inferior omuz çukukları ile beraber sıklıkla omuz eklemine statik ve dinamik stabilizatörlerinde yaralanma, humerus büyük tüberküle kırık ya da nörovasküler yaralanma riskleri bildirilmiştir(2,3). Bu riskler nedeniyle hastada komplikasyonlar görülebilmektedir.

Tedavide vakit kaybedilmeden sedasyon altında yeterli kas gevşemesi sağlandıktan sonra omuz eklemine redüksiyon uygulanmalı, olası bir damar ve/veya sinir yaralanması açısından hem redüksiyon öncesi hem de sonrası iyi bir damar sinir muayenesi yapılmalıdır(5).

Bu bölümde araç içi trafik kazası sonrası sol omuz eklemi inferior çukukları sonrası gelişen damar ve sinir etkilenmesi olgusu paylaşılacaktır.

VAKA SUNUMU

41 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonrası acil servise getirildi. Hayati bulguları stabil olan hastanın sol kolunun omuz ekleminden

¹ Uzm. Dr. Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, turanbilgekickapan@gmail.com

palı redüksiyon için 2 ayrı metod tanımlanmıştır. Birincisi bizim olgumuzda da uyguladığımız Freundlich(11) tarafından tanımlanan traksiyon – karşı traksiyon ve başın ittirilmesi şeklinde olan metod, ikincisi Nho ve ark.'ları(12) tarafından tanımlanmış ve inferior çıkığın önce anterior çıkığa dönüştürüp sonrasında anterior çıkık redüksiyonu yapmak suretiyle iki aşamalı olarak uygulanan methodur.

Inferior omuz çıkıkları ile beraber bir çok komplikasyon karşımıza çıkabilmektedir. Büyük tüberkül, glenoid, akromiyon, spina skapula, korakoid çıkıntı gibi kemik yapıların kırıkları; eklem kapsülü, rotator manşet, labrum gibi çevre yumuşak doku yaralanmaları sıklıkla bu omuz çıkıklarından sonra görülebilmektedir(13,14). Bizim olgumuzda da büyük tüberkül kırığı mevcut idi. Röntgende anlaşılır olsa da bilgisayarlı tomografi ek kırıkları değerlendirmek açısından daha güvenilirdir. Takiplerde omuzunda ağrı ve yumuşak doku yaralanmalarını düşündürecek şikayetleri olmaması sebebiyle ek manyetik rezonans görüntülemesi yapılmamıştır. Fakat takiplerde bu tarz yaralanmalardan şüphelenilmesi durumunda manyetik rezonans görüntüleme yapılması önerilmektedir. Bu çıkılardan sonra gelişebilen brakial pleksus yaralanması ya da aksiller ven trombozu gibi nörovasküler komplikasyonlar da oldukça önemlidir(13,15). Önceden yapılmış bir çalışmada 26 nörolojik defisiti olan inferior omuz çıkığı nedeniyle tedavi görmüş hasta incelenmiş ve bu hastaların 19' unun nörolojik bulguları 12 ay içinde düzelmiş, 6 tanesinde ise tam düzelme görülmemiştir(5). Brakial pleksus ve sinir arazi gelişiminin muhtemel sebebi humerus başının çıkık sonrası aksillada yaptığı baskı olarak düşünülmektedir(12,16). Brakial pleksusla beraber aksiller arterin aynı şekilde baskı altında kalması ile vasküler komplikasyonların geliştiği düşünülmektedir. Mevcut olguda da hastada akut bir radial sinir arazi gelişmiş, redüksiyon sonrası düşük el hali düzelmiştir. Aynı doğrultuda ilk muayenesinde periferik nabızları palpe

edilemeyen ve kolunda dolaşım problemi olan hastanın redüksiyon sonrası dolaşımı normale gelmiştir. Redüksiyon sonrası hem sinir hem de damar yapılarındaki bu dramatik düzelme, humerus başının bu dokuları yalnızca baskı altında tuttuğu, anatomik bütünlüklerine zarar vermediğini düşündürmektedir.

SONUÇ

Inferior omuz çıkıkları tipik klinik bulgularıyla kolayca tanı koyulabilen fakat oldukça nadir görülmesi sebebiyle akla kolay gelemeyebilecek bir omuz problemidir. Ek kemik, yumuşak doku ve de en önemlisi nörovasküler yaralanmalar dikkatlice değerlendirilmeli, bu yaralanmalar mevcut ise vakit kaybedilmeden omuz eklemi redükte edilmelidir. Redüksiyon sonrası hasta takip edilmeli, nörovasküler problemler devam ediyor ise gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- İmerci, A., Gölcük, Y., Uğur, S. G., Ursavaş, H. T., Savran, A., & Sürer, L. (2013). Inferior glenohumeral dislocation (luxatio erecta humeri): report of six cases and review of the literature. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 19(1), 41-44.
- Kalitsis C, Kantas T, Biniaris G. Inferior Dislocation of Shoulder Complicated with Undisplaced Greater Tuberosity Fracture, Rupture of the Supraspinatus Tendon, and Brachial Plexus Injury in the Elderly: Case Report and Literature Review. *Case Reports in Orthopedics*, 2020 vol 2020 5 pages
- Saseendar, S., Agarwal, D. K., Patro, D. K., & Menon, J. (2009). Unusual inferior dislocation of shoulder: reduction by two-step maneuver: a case report. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 4(1), 40.
- Owen, D., Nambiar, M., Moore, P., & Thomas, M. (2016). Luxatio erecta humeri with neurovascular compromise: inferior glenohumeral dislocation illustrating associated injuries. *Case Reports*, 2016.
- Vasiliadis AV, Kalitsis C, Kantas T, Biniaris G. Inferior Dislocation of Shoulder Complicated with

- Undisplaced Greater Tuberosity Fracture, Rupture of the Supraspinatus Tendon, and Brachial Plexus Injury in the Elderly: Case Report and Literature Review. *Case Rep Orthop.* 2020;2020:9420184. Published 2020 May 30.
6. Kammel KR, Leber EH. Inferior Shoulder Dislocations (Luxatio Erecta) [Updated 2020 Jun 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-.
 7. Middeldorpf, M. "De nova humeri luxationis specie." *Clin. Eur.* 2 (1859): 12.
 8. Newman, Kj H.; Bendall, R. Bilateral inferior shoulder dislocation: both subglenoid and subcoracoid types seen in the same patient. *Injury*, 1993, 24.10: 684-685.
 9. Muzaffar, N., Ahmad, N., Ahmad, A., & Ahmad, N. (2011). Luxatio erecta: a rare case of inferior dislocation of the shoulder.
 10. Sogut O, Yigit M, Karayel E, Demir N. Luxatio Erecta Humeri: Hands-up Dislocation. *J Emerg Med.* 2015;49(2):e53-e55.
 11. Freundlich, Bernard D. Luxatio erecta. *The Journal of trauma*, 1983, 23.5: 434-436.
 12. Nho, S. J., Dodson, C. C., Bardzik, K. F., Brophy, R. H., Domb, B. G., & MacGillivray, J. D. (2006). The two-step maneuver for closed reduction of inferior glenohumeral dislocation (luxatio erecta to anterior dislocation to reduction). *Journal of orthopaedic trauma*, 20(5), 354-357.
 13. K. Petty, J. Price, M. Kharasch, and J. Novack, "Bilateral luxatio erecta: a case report," *Journal of Emergency Medicine*, vol. 46, no. 2, pp. 176-179, 2014.
 14. H. Sharma and F. Denolf, "Atypical subglenoid inferior glenohumeral dislocation clinically mimicking anterior dislocation," *European Journal of Trauma*, vol. 30, no. 4, 2004.
 15. C. A. X. Acosta, E. da Silva Resch, and R. Rodrigues, "Bilateral luxatio erecta, a case report," *Revista Brasileira de Ortopedia*, vol. 47, no. 1, pp. 130-132, 2012.
 16. A. C. Fox and D. R. Martin, "Up in arms: bilateral luxatio erecta fracture-dislocations," *American Journal of Orthopedics (Belle Mead NJ)*, vol. 45, no. 6, pp. E328-E330, 2016.