

# BÖLÜM 8

## TRAVMATİK OMUZ ÇIKIĞINA EŞLİK EDEN AVÜLSE KORAKOİD PROSES KIRIĞI: VAKA SUNUMU

Muhammed Bilal KÜRK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

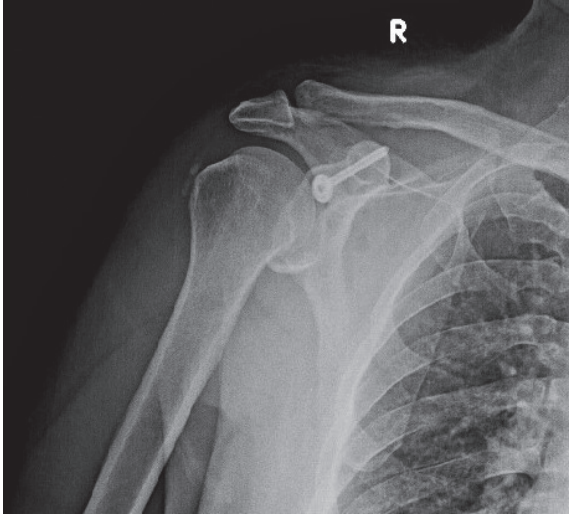
Korakoid kırıkları, nadir görülen ve genellikle akromioklavikular çıkıklara eşlik eden kırıklar olup, çekilen konvansiyonel grafilerle kolayca atlanabilmektedirler(1-3). Omuz eklemi çıkığına eşlik eden avülse korakoid kırıkları ise çok nadir olup, bu konuda literatürde bildirilmiş az sayıda vaka mevcuttur(4-6). Bu çalışmada travmatik anterior glenohumeral çıkığa eşlik eden avülse korakoid kırığı olan bir hastanın tanı ve tedavisinde izlenen yol paylaşılacaktır.

### VAKA SUNUMU

Yaklaşık üç metre yükseklikten düşme sonrası sağ omuzda ağrı ve hareket ettirememeye nedeniyle acil polikliniğimize başvuran 50 yaşında erkek hastada çekilen direk grafide sağ glenohumeral eklem çıkığı ve şüpheli korakoid kırığı saptandı(-Şekil 1). Acil koşullarında sedasyon ve analjezik uygulandıktan sonra kapalı redüksiyon ve velpau bandajı yapıldı. Redüksiyon sonrası konvansiyonel grafi ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsünde eklem redükte olduğu fakat ek olarak yaklaşık 1 cm'lik avülse olmuş korakoid fragmanı saptandı(Şekil 2,3). Hastanın redüksiyon sonrası

sağ humerus medialinde ve sağ hemitoraks süperolateralde ekimoz, sağ omuz ön kısımda lokal hassasiyet mevcuttu (Şekil 4). Pasif omuz eklem hareketleri ağrılı fakat açıktı. Hasta daha önce omuz çıkığı geçirmemiş olup ek hastalık olarak hipertansiyonu vardı. Kapalı redüksiyon öncesi ve sonrası yapılan muayenesinde nörolojik ve vasküler patoloji saptanmadı. Literatür taraması sonrası hastanın ameliyat olmasına karar verildi. Ameliyat öncesi alınan rutin laboratuvar değerleri glukoz değerindeki yükseklik dışında (AKŞ:130) normal sınırlardaydı. Genel anestezi altında açık redüksiyon ve 4,5 mm'lik kanüllü vida ile fiksasyon sağlandı(Şekil 5,6). Ameliyat sonrası omuz kol askısı uygulanmış olup pandüler egzersizler hemen başlandı. 2. haftada pasif, 4. haftada ise aktif hareketlere başlanmasına rağmen omuz hareketlerinde kısıtlılık olması nedeniyle hasta fizik tedaviye yönlendirildi. 4. ayın sonundaki kontrol muayenesinde omuz eklem hareket açıklığı tama yakın olup, omuz ve dirsek eklem hareketlerinde güç kaybı yoktu. Omuz çevresine yönelik yapılan fonksiyonel değerlendirmelerde UCLA (The University of California–Los Angeles) skoru: 34, Constant-Murley skoru: 100, Quick DASH skoru: 25' di.

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul, Ortopedi ve Travmatoloji, muhammedbilal\_34@hotmail.com



Şekil 6. Erken postop omuz AP grafisi

## TARTIŞMA

Korakoklaviküler bağlarla ilişkilerine göre iki tip korakoid proses kırığı vardır(1,3,7,8). Tip 1, skapuloklaviküler bağlantının koştığı ve superior suspensatuar omuz kompleksinin zarar gördüğü, korakoklaviküler bağlar ile skapula gövdesi arasındaki kırıklardır. Tip 2 kırıklar ise, genellikle humerus başının impaksiyonu veya konjoint tendonun avülse etmesi sonucu oluşmuş, superior suspensatuar omuz kompleksinin zarar görmediği, korakoklaviküler bağların korakoid prosese yapıştığı yerin daha distalinden olan kırıklardır. Korakoid proses kırıklarının semptomları non-spesifiktir. Omuz çıkığının redüksiyonu sonrası ağrı azalma olsa bile yumuşak dokudaki yaralanmadan dolayı bir miktar ağrının olması beklenen bir durum olduğundan kolayca atlanabilir(9). Bu kırıkların teşhisi için iyi bir klinik muayeneye ek olarak skapular Y, Stryker notch, aksiller grafi gibi özel grafiler veya bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmesiyle konulabilir(10).

Anterior omuz instabilitesine karşı ön taraftaki bariyer, derinden yüzeye anterior kapsül, subskapularis kası ve konjoint tendondan oluşur(11). Konjoint tendon, omzun hiperabduksiyonu sırasında dinamik koruyucu horizontal

addüksiyon uygular. Ayrıca hiperabduksiyonda subskapularis tendonunun humerus başı merkezinin alt seviyesinde kalmasını sağlar. Avülse fragmanın fikse edilmemesi, konjoint tendonun bu işlevlerini yerine getirememesine ve anterior omuz instabilitesine yol açar(12,13).

Tekrarlayan omuz çıkıklarında anterior omuz instabilitesini önlemek için literatürde tanımlanmış Latarjet ve modifiye Boytchev gibi prosedürler vardır(14,15). Bizim vakamızda daha önce hastanın çıkık hikayesi olmaması sebebiyle bu prosedürleri uygulamaya ihtiyaç duymadık.

## Sonuç

Travmatik anterior glenohumeral çıkıklı vakalara korakoid kırıklarının eşlik edebileceği akılda tutulmalı ve bu vakalarda redüksiyon sonrası direkt grafi ve şüpheli durumlarda bilgisayarlı tomografi (BT) çekilerek değerlendirme yapılmalıdır. Avülse korakoid kırıklarında bizim vakamızda olduğu gibi açık redüksiyon ve bir adet 4,5 mm' lik kanüllü vida ile başarılı sonuçlar elde edilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Garcia-Elias M, Salo JM. Non-union of a fractured coracoid process after dislocation of the shoulder. A case report. *J Bone Joint Surg Br* 1985;67:722-3. PMID: 4055868.
2. Bernard TN Jr, Brunet ME, Haddad RJ Jr. Fractured coracoid process in acromioclavicular dislocations. Report of four cases and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res* 1983;175:227-32.
3. Cottias P, le Bellec Y, Jeanrot C. Fractured coracoid with anterior shoulder dislocation and greater tuberosity fracture—report of a bilateral case. *Acta Orthop Scand* 2000;71:95-7. <https://doi.org/10.1080/00016470052943982>
4. Subramanian AS, Khalik MA, Shah MM. Isolated fracture of the coracoid process associated with unstable shoulder. *ANZ J Surg* 2007;77:188-9. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2006.04005.x>
5. Kalicke T, Andereya S, Gekle J. Coracoid pseudarthrosis caused by anterior shoulder dislocation

- with concomitant coracoid fracture [in German]. *Unfallchirurg* 2002;105:843-4.
6. Wong-Chung J, Quinlan W. Fractured coracoid process preventing closed reduction of anterior dislocation of the shoulder. *Injury* 1989;20:296-7. DOI: 10.1016/0020-1383(89)90173-3
  7. Ogawa K, Yoshida A, Takahashi M. Fractures of the coracoid process. *J Bone Joint Surg Br* 1997;79:17-9. DOI: 10.1302/0301-620x.79b1.6912
  8. Thomas K, NgVY, Bishop J. Nonoperative management of a sagittal coracoid fracture with a concomitant acromioclavicular joint separation. *Int J Shoulder Surg* 2010;4:44-7. DOI: 10.4103/0973-6042.70823
  9. Zilberman Z, Rejovitzky R. Fracture of the coracoid process of the scapula. *Injury* 1981;13:203-6
  10. Moneim MS, Balduini FC. Coracoid fractures as a complication of surgical treatment by coracoclavicular tape traction. A case report. *Clin Orthop Relat Res* 1982;168:133-5.
  11. Jiang LS, Cui YM, Zhou ZD. Stabilizing effect of the transferred conjoint tendon on shoulder stability. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2007;15:800-5. DOI: 10.1007/s00167-006-0239-y
  12. Dalsgaard HL, Gothgen CB, Hoogmartens MJ. The Boytchev procedure for recurrent anterior dislocation of the shoulder. A controversial technique. *Acta Orthop Belg* 2000;66:248-50. PMID: 11033913
  13. Matthes G, Horvath V, Seifert J. Oldie but goldie: Bristow-Latarjet procedure for anterior shoulder instability. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2007;15:4-8. DOI: 10.1177/230949900701500102
  14. Boytchev B. Treatment of recurrent shoulder instability. *Minerva Orthopedica*. 1951;2:377-9.
  15. Latarjet, M. (1954) A propos du traitement des luxations recidivantes de l'épaule. *Lyon Chir*. 49, 994-997.