



## Yüksekten Düşme Nedenli İki Taraflı Öne Doğru Omuz Çıkığı

Metin Uzun\*, Şenol Akman\*\*, Faik Seçkin\*\*

\*Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul

\*\*Şişli Efal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Sıklıkla travmalardan sonra oluşan omuz çıkıkları çoğunlukla tek taraflı ve öne doğrudur,<sup>5</sup> nadir de olsa iki taraflı omuz çıkığına rastlanmaktadır.<sup>4</sup> Yapılan literatür çalışmasında eş zamanlı, iki taraflı omuz çıkığı spor yaralanmalarında, diyabetik hastalarda gelişen hipoglisemide, konvülyonlarda, elektrokonvülfif tedavi esnasında, çeşitli kas hastalıklarında (skapular miyopati, miyastenya gravis), beyin felcinde ve istemli çıkık şeklinde tanımlanmıştır.<sup>2,5</sup> Yüksekten düşme sonrası eş zamanlı iki taraflı omuz çıkığına sık rastlanmadığı için bu nadir rastlanan olguyu bildirmek istedik.

**Anahtar Kelimeler :** Omuz Çıkığı, İki Taraflı, Öne Doğru, Yüksekten Düşme

### Bilateral Anterior Glenohumeral Dislocation due to Falls From Height

Traumatic shoulder dislocations are usually unilateral and anterior,<sup>5</sup> bilateral shoulder dislocations are rarely seen.<sup>4</sup> The literature study showed that simultaneous, bilateral shoulder dislocation are defined as a sports injuries, diabetic patients who developed hypoglycemia, the seizure disorders, during electroconvulsive therapy, the various muscle diseases (scapular myopathy, myasthenia gravis), cerebral palsy and voluntary dislocations.<sup>2,5</sup> We want to report a rare case of bilateral simultaneous anterior shoulder dislocation after falling from a height.

**Key Words:** Shoulder Dislocation, Bilateral, Anterior, Falls From Height

### Giriş

Acil polikliniğimize çok sayıda omuz çıkığı başvurmaktadır. Bu olgular genellikle tek taraflı ve çoğunlukla öne çıkık tipinde olup, etyolojilerinde sıklıkla düşme, darp ve spor yaralanmaları yer almaktadır.<sup>1-3</sup>

Nadir de olsa iki taraflı öne doğru çıkıklı olgulara literatürde rastlanmıştır. Yapılan literatür çalışmasında eş zamanlı iki taraflı omuz çıkığı spor yaralanmalarında, diyabetik hastalarda gelişen hipoglisemide, konvülyonlarda, elektrokonvülfif tedavi esnasında, çeşitli kas hastalıklarında (skapular miyopati, miyastenya gravis), beyin felcinde ve istemli çıkık şeklinde tanımlanmıştır.<sup>1-7</sup> Olgumuzdaki gibi yüksekten düşme şeklinde bildirilen bir yayına daha önce rastlanmamıştır.

### Olgu

Kamyon şoförlüğü yapan ellibeş yaşındaki erkek hasta, aracının temizliğini yaparken kasasının üzerinden her iki el üstüne kollar ekstansiyondayken düşmüştür. Travma sonrası sekizinci saatte acil birimimize getirilen hastanın, iki taraflı omuz ağrısı mevcuttu.

Başvuru Tarihi: 03.05.2010, Kabul Tarihi: 10.08.2010

Muaynesinde iki taraflı 'apolet belirtisi' nin görülmesi ve her iki üst ekstremitelerini hareket ettirememesi üzerine çekilen direkt AP grafisinde; iki taraflı öne doğru omuz çıkığı tespit edildi. (Resim 1).



**Resim 1.** Olgunun başvuru anındaki toraks AP direkt grafisi

Dolaşım bozukluğu ve sinir yaralanması tespit edilmedi. Hastanın sorgulanmasında, benzer bir hikâyeye rastlanmadı. Özgeçmişinde epilepsi, konvülyon,

## Uzun ve ark.

diyabet, sistemik kas hastalığı ve serebral palsi hikayesi yoktu. Laboratuvar değerlendirmesinde hemogram, idrar analizi ve rutin biokimyası normal sınırlardaydı.

Hastanın propofol ile sedasyonunu takiben iki taraflı Hipokrat manevrası uygulanarak omuz redüksiyonu başarıyla yapıldı ve Velpeau bandajı ile tespit edildi (Resim 2a-b). Üç haftalık tespit sonrasında fizik tedaviye başlandı.



**Resim 2a.** Redüksiyon sonrası sol omuz direkt AP grafisi



**Resim 2b.** Redüksiyon sonrası sağ omuz direkt AP grafisi

Fizik tedavi altı hafta süresince yapılmasına rağmen, ağrı ve sağ üst ekstremitede hareket kısıtlılığı olan hastaya, iki taraflı omuz Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG) yapıldı. Sağ tarafta tam kat supraspinatus tendon yırtığı saptandı ve rotator manşet tamiri yapılarak akromiyoplasti uygulandı. Ameliyat sonrası takiplerinde kontrolden çıkan hasta, ameliyat sonrası ikinci yılda

tekrar başvuruda bulundu ve fonksiyonel durumu resim 3'de sunulmuştur.



**Resim 3.** Ameliyat sonrası 2 yıldaki fonksiyonel görüntüsü

## Tartışma

Glenohumeral eklem, çıkıklara yatkındır ve stabilitesi etrafındaki yumuşak dokuların bütünlüğüne bağlıdır. Tüm çıkıkların %45'ini omuz çıkıkları oluşturur,<sup>8</sup> ve bunların %96'sı öne, %3'ü arkaya, %0,5'i aşağı omuz çıkığıdır.<sup>9-12</sup> Eş zamanlı iki taraflı omuz çıkığı ise nadir görülmektedir ve etyolojide epilepsi nöbeti, diyabetik hipoglisemi, elektroşok tedavisi, spor yaralanmaları- özellikle halter kaldırma sırasında - yer almaktadır.<sup>1-7</sup> Tedavi genellikle kapalı redüksiyon yöntemleri ile yapılmaktadır. Nadiren de olsa genel anestezi altında, kasların gevşemesi sağlanarak, kapalı olarak redükte etmek gerekmektedir. Bizim olgumuzda, ilk çıkık olması, iki taraflı olması ve travma ile başvuru zamanı arasındaki sürenin fazla olmasından dolayı redüksiyonu sedasyon altında yaptık.

Öne doğru omuz çıkığı birçok mekanizma ile oluşmaktadır, el üstüne dirsek ekstansiyondayken düşme,<sup>3,7</sup> omuz ekstansiyon, abdüksiyon veya iç rotasyondayken düşme; zorlu hiperabdüksiyon pozisyonunda akromiyonun pivot etkisi, traksiyon. Bizim olgumuzda da yüksekte düşme sonrasında aynı anda iki taraflı omuz çıkığı, literatürde belirtildiği gibi el üzerine dirsek ekstansiyondayken düşme sonucu ile oluşmuştur.

Omuz çıkıklarının redüksiyonundan sonra istirahat dönemini takiben hastalarda hareket kısıtlılığı gelişebilmektedir. Tespit açıldıktan sonra uygun bir fizik tedavi ile hareket kısıtlılığı en az seviyelere indirebilmek mümkün olmaktadır. Tedaviye rağmen ağrıları ve

## Yüksekten Düşme Nedenli İki Taraflı Öne Doğru Omuz Çıkığı

hareket kısıtlılığı devam eden hastalarda rotator manşet yırtığı düşünülmelidir. Simank yaptığı çalışmasında, ileri yaştaki hastalarda, omuz çıkığı sonrası %54 oranlarında rotator manşet yırtığı bildirmiştir.<sup>13</sup> Bizim olgumuzda da sağ üst ekstremitesinde rehabilitasyon sonrası şikayetlerin geçmemiş ve radyolojik değerlendirmesi yapıldığında, rotator manşet yırtığı saptanmış ve cerrahi tedavisi yapılmıştır.

Tedavi sonrası, uygun rehabilitasyon yapılmayan hastalarda sağlam bir rotator manşet olmasına rağmen, fonksiyonel sonuçlar kötü olabilmektedir. Bizim olgumuzda, hastanın kontrolden çıkarak, uygun olmayan rehabilitasyon sonrası hareket kısıtlılığı gelişebileceği gibi rotator manşetin de tekrar yırtılmış olabileceği düşünülmelidir. Hastanın çekilen MRG lerinde rotator manşet yırtığı saptanmıştır. Hastanın ikinci bir ameliyatı istememesi ve rehabilitasyon dönemine uyum sorunundan dolayı, ikincil ameliyatı planlamadık.

Olgumuzda olduğu gibi rehabilitasyon programına uyum sağlayamayan hastalarda, gözden geçirme cerrahisinin dikkatlice düşünülmesi gereken bir durum olduğu kanaatindeyiz.

### Kaynaklar

1. Creswell TR, Smith RB. Bilateral anterior shoulder dislocations in bench pressing: an unusual cause. Br J Sports Med 1998;32(1):71-2.

2. Maffuli N, Mikhail HM. Bilateral anterior glenohumeral dislocation in a weight lifter. Injury 1990;21(4):254-6.
3. Segal D, Yablon IG, Lynch JJ, et al. Acute bilateral anterior dislocation of the shoulders. Clin Orthop 1977;140:21.
4. Carew-McColl M. Bilateral shoulder dislocation caused by electric shock. Br J Clin Pract 1980;34:251.
5. Brown RJ. Bilateral dislocation of the shoulders. Injury 1984;15:267.
6. Litchfield JC, Subhedar VY, Beevers DG, et al. Bilateral dislocation of the shoulders due to nocturnal hypoglycaemia. Postgrad Med J 1988;64:450.
7. McFie J. Bilateral anterior dislocation of the shoulders: A case report. Injury 1976;8:67.
8. Kazar B, Relovszky E. Prognosis of primary dislocation of the shoulder. Acta Orthop Scand 1969;40:216-24.
9. Cave EF, Burke JF, Boyd RJ. Trauma Management. Chicago, Year Book Medical, 1974:437.
10. Bülbül M. Luksasyo erekte (omuz ekleminin aşağıya çıkığı): Olgu sunumu ve literatür değerlendirmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009;16(2):113-5.
11. Iosifidis MI, Giannoulis I, Traios S, Giantsis G. Simultaneous bilateral posterior dislocation of the shoulder: diagnostic problems and management. A case report. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2006;14:766-70.
12. Kalkan T, Demirkale I, Öçgüder A, Ünlü S, Bozkurt M. Bilateral anterior shoulder dislocation in two cases due to housework accidents. Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43(3):260-3.
13. Simank HG, Dauer G, Schneider S, Loew M. Incidence of rotator cuff tears in shoulder dislocations and results of therapy in older patients. Arch Orthop Trauma Surg 2006; 126(4):235-40.

**İletişim Adresi:** Uzm.Dr. Metin UZUN

Acıbadem Maslak Hastanesi.  
Dartuşşafaka Mah. Büyükdere Cad.No:40  
Maslak/Sarıyer/İSTANBUL  
Cep: 0 532 559 22 26  
İş : – 212 304 44 20  
[drmetinuzun@gmail.com](mailto:drmetinuzun@gmail.com)