



Lüksasyo Erehta (Omuz Eklemine Aşağıya Çıkığı): Olgu Sunumu ve Literatür Değerlendirmesi

Murat Bülbül

Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta acil servise ağrı ve sol omuz yukarı elevasyon ve abduksiyon pozisyonunda başvurdu. Bu pozisyondan dolayı sol kolunu hareket ettiremiyordu. Radyografide humerus başının inferiora lükse olduğu saptandı. Kapalı redüksiyon manevrası ile omuz eklemi redükte edildi. Redüksiyon öncesi ve sonrası nörolojik yaralanma saptanmadı. Takiplerinde herhangi sekonder patolojiye rastlanmadı. Çalışmamızda tedavi ettiğimiz bir olguya dayanarak literatür değerlendirmesi yapmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Omuz, Inferior, Lüksasyon

Luxatio Erecta Humeri: A Case Report and Review of the Literature

A 28-year old male patient was admitted to the emergency room with severe pain on his left shoulder, keeping his shoulder firmly at upward elevation and abduction position, which rendered him to be unable to move his left arm. Plain radiography revealed inferior dislocation of the left glenohumeral joint. Closed reduction was applied and no neurologic deficit has been noted either before or after reduction. During follow up, no secondary deterioration was observed. In this study, we aimed reviewing the literature referring to the case we treated.

Key Words: Shoulder, Inferior, Luxation

Glenohumeral eklemine aşağıya çıkığı (luxatio erecta humeri) omuzun oldukça nadir görülen patolojilerindendir. Tüm omuz çıkıklarının %0.5 i olduğu bildirilmiştir.¹⁻⁷⁻⁹ Literatürde bildirilen vakaların çoğu sporadik olarak bildirilmişlerdir.^{2,3,4} Lüksasyo erehta olgularında sporadik damar ve sinir yaralanmalarında bildirilmiştir.^{2-5-7-10,11,12} Literatürde tuberkulum majus kırığı oranlarının anterior ve posteriora oranla daha çok olduğunu bildirmişlerdir.¹² Biz bu çalışmamızda tedavi ettiğimiz bir olguya dayanarak literatür değerlendirmesi yapmayı amaçladık.

OLGU

Yirmisekiz yaşında erkek hasta uykusunda fark edemediği bir hareketten sonra ağrı ile uyandığını ve kolunu abduksiyondan nötrale getiremediğini ifade ederek acil polikliniğimize başvurdu. Klinik muayenesinde sol omuz yukarı eleve ve aşırı ağırlı bir pozisyonda fiksede idi. Sol omuz 120 derece abduksiyonda ve sol aksillada şişlik palpe ediliyordu. Nörovasküler patoloji saptanmadı. Radyolojik değerlendirme sonucu humerus başının glenoidin inferioruna çıktığı saptandı (Şekil 1).

Redüksiyon Kocher manevrası yapılarak sedasyon ve analjezi ile sağlandı (Şekil 2). Redüksiyon sonrası sol omuzu içine alan üçgen bandaj uygulandı. Redüksiyon sonrası damar sinir muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Redüksiyon sonrasında direkt grafide anatomik dizilimin sağlanmış olduğu gözlenmiş olup herhangi kemik patoloji saptanmadı. Üç hafta immobilizasyon sonrası Codman egzersizlerine başlandı. Üç hafta egzersizler uygulandıktan sonra aktif hareketlerine izin verildi. Redüksiyondan sonra 15. ayda yapılan son kontrolde herhangi bir şikayet ve klinik bulguya rastlanmadı. Olgunun her iki üst ekstremitelerinin muayenesi sonucu aktif ve pasif eklem hareket genişliğinde ve kas güçlerinde bir fark saptanmadı.

TARTIŞMA

Omuzun aşağıya çıkığı (lüksasyo erehta) tüm omuz çıkıklarının içerisinde %0.5 olarak Laskin ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir.¹ 1859 yılında Middeldorpf ve Scharm ilk lüksasyo erehta vakalarını literatüre sunmuşlardır.^{2-5,6,7} Yamamoto isimli yazarın İngilizce literatürdeki tüm sporadik vakaları derlediği 2003 yılındaki çalışmasında 100 olgu bildirilmiştir.⁴

Başvuru Tarihi: 13.01.2009, Kabul Tarihi: 26.05.2009

David ve Talbott² isimli yazarlar lüksasyo erekta' yı oluşturan mekanizmaları indirekt ve direkt olarak iki şekilde tariflemişlerdir. İndirekt mekanizmada genellikle abduksiyon manevrası ile humerus proksimali akromiyondan kayar ve eklem çıkığı meydana gelir. Direkt mekanizmada kol abduksiyonda iken direkt aksiyel yüklenme ile eklem çıkığı bildirilmiştir. Olgumuzda gelişen çıkığın, uykuda olan indirekt abduksiyon mekanizması ile meydana geldiğini düşünüyoruz.

Klinik görünüm çok karakteristik olup kol elevasyonda önkol başın üzerinde fıkse pozisyonda gözlenir. Humerus başı aksiller bölgede palpe edilir⁶ Bu olgularda Schai ve ark. in yaptığı tanısal artroskopik çalışmada anterior labrum ve ligament kompleksin (SLAP) tam ayrışması gözlenmiştir.^{8,9} Biz olgumuza takiplerinde hiçbir şikayeti olmaması sebebiyle tanısal artroskopi uygulamadık. Luksasyo erekta olgularında sporadik damar ve sinir yaralanmaları bildirilmiştir.^{2-5-7-10,11,12-16-19} Somville redüksiyon sonrası pleksus yaralanması olabileceğini bildirmiştir.¹⁸ Olgumuzda redüksiyon öncesinde ve sonrasında herhangi bir damar sinir patolojisine rastlanmamıştır. Mallon ve arkadaşları literatürde yaptıkları değerlendirmede damar yaralanma



Şekil 1. Redüksiyon öncesi A-P grafi.



Şekil 2. Redüksiyon sonrası A-P grafi.

oranını %3,3 olarak bildirmişlerdir.¹² Gardau ve ark. ile Lev-al ve ark.in ayrı zamanlarda bildirdiği iki olguda aksiller arter yaralanması sonucunda safen ven interpozisyon grefti uygulanmıştır.^{10,11} Mallon ve ark. literatürde tuberculum majus kırığı oranlarının anterior ve posteriora oranla daha çok olduğunu bildirmişlerdir.¹² En sık bildirilen komplikasyonlardan biri de uzun dönemde ortaya çıkan adeziv kapsülit olgularındır.⁷⁻¹³

Tedavi olarak bildirilen tüm olgularda genel veya sedasyon ile analjezi altında kapalı redüksiyon önerilmiştir.²⁻⁷⁻¹⁴ Nadir görülen Lüksasyo Erekte vakalarında prognoz genelde iyi olarak bildirilmiş olup tekrarlayan çıkılar tarif edilmemiştir.⁹ Yanturalı ve ark. ile Karaoğlu ve ark. bu olgularda rotator manşet yırtığı olabileceğini bildirmişlerdir.^{16,17} Bu olgularda rotator manşet yırtığı görülürse subakut dönemde cerrahi tamir çeşitli yazarlarca önerilmiştir.¹⁻⁴⁻¹⁵⁻¹⁷⁻¹⁹

KAYNAKLAR

1. Laskin RS., Sedlin ED. Luxatio erecta in infancy. Clin.Orthop. 1971;80:126-9.
2. David JR., Talbott RD. Luxatio erecta humeri. A case report Clin Orthop 1990;252:144-9.
3. Fery A, Sommelet J. Erect dislocation of the shoulder (Luxatio Erecta Humeri) General Review apropos of 10 cases. Int Orthop 1987;11(2) 95-103.
4. Yamamoto T, Yoshiya S, Kurosaka M, Nagira K, Nabeshima Y. Luxatio erecta (Inferior dislocation of the shoulder): a report of 5 cases and a review of the literature. Am J Orthop 2003; 32(12):601-3.
5. Downey EF Jr, Curtis JR, Brower AC. Unusual dislocations of shoulder. Am J Roentgenol 1983;140: 1207-10.
6. Freudlich BD. Luxatio erecta. J Trauma 1996; 23:434-6.
7. Rockwood CA, Michael AW. Fractures in adults. In: Rockwood CA, Bucholz RW, Heckman JD. (eds) Lippincott-Raven, Philadelphia 1996.
8. Schai P, Hintermann B. Arthroscopic findings in luxatio erecta of glenohumeral joint: case report and review of the literature. Clin J Sport Med 1998;8(2): 138-41.
9. Matsumoto K, Ohara A, Yamamoto K, Takigami I, Nagawara T. Luxatio erecta (inferior dislocation of the shoulder): A report of two cases and a review of the literature. Injury Extra 2005; 36: 450-3.
10. Gardham JR, Scott JE. Axillary artery occlusion with erect dislocation of the shoulder. Injury 1979;11(2):155-8.
11. Lev-Al A., Adar R., Rubinstein Z. Axillary artery injury in erect dislocation of the shoulder. J Trauma 1981; 21(4): 343-51.
12. Mallon WJ, Bassett NFH, Goldner RD. Luxatio erecta: The inferior glenohumeral dislocation. J Orthop Trauma 1990;4(1):19-24.
13. Newman KJ, Bendall R. Bilateral inferior shoulder dislocation both subglenoid and subcoracoid types seen in the same patient. Injury 1993;24:684-6.
14. Lill H, Sangsmeister M, Hillrichs B, Lange K, Echtermeyer V. Bilateral luxatio erecta of shoulder joint – a rare injury. Management and therapy in polytrauma patients. Unfallchirurg 1996 ;99(10):801-5.
15. Saxena K, Stavas J. Inferior glenohumeral dislocation An Emerg Med 1983;12:718-20.
16. Yanturalı S, Aksay E, Holliman CJ, Duman O, Özen YK. Luxatio erecta: clinical presentation and management in the emergency department. J Emerg Med 2005;29(1):85-9.

Luksasyo Erehta (Omuz Ekleminin Aşağıya Çıkığı): Olgu Sunumu ve Literatür Değerlendirmesi

17. Karaoğlu S, Güney A, Öztürk M., Kekeç Z. Bilateral luxatio erecta humeri. Arch Orthop Trauma Surg 2003; 123: 308–10.
18. Somville FJ. Plexus injury after reduction of anterior caudal dislocation of the shoulder. Acta Chir Belg. 08;108(3):362-4.
19. Musmeci E, Gaspari D, Sandri A, Regis D, Bartolozzi P. Bilateral luxatio erecta humeri associated with a unilateral brachial plexus and bilateral rotator cuff injuries: a case report. J Orthop Trauma 2008; 22(7):498-500.

Yazışma Adresi: Murat BÜLBÜL
Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Adnan Menderes Bulvarı Fatih -İstanbul
Tlf: 0212 5346900 Cep Tlf: 0542 2153173
E-mail: muratbulbul@yahoo.com

