

OLGU SUNUMU**NADİR BİR YARALANMA: İPSİLATERAL HUMERUS CİSİM KIRIğI VE ANTERİOR OMUZ KIRIKLI ÇIKIğI****A RARE INJURY: ANTERIOR SHOULDER FRACTURE-DISLOCATION WITH IPSILATERAL HUMERAL SHAFT FRACTURE****Mert KUMBARACI
Levent KARAPINAR
Ahmet KAYA
Mustafa İNCESU
Ahmet SAVRAN****ÖZET**

Bu çalışmamızda tuberkulum majus ve anterior Hill-Sachs lezyonu olan anterior omuz çıkığı ve aynı taraftaki humerusun cisim kırığının birlikte olduğu olgumuzu sunmaktayız. Genel anestezi altında tekrarlayan kapalı redüksiyon manevraları ile hastanın omuz çıkığı düzeltilmesi başarısız oldu. Humerusun proksimal kısmından geçirilen Kirschner telleri yardımıyla omuz çıkığı redükte edildi. Humerus cisim kırığı açık redüksiyon ve kilitli kompresyon plağı ve vidalar ile tedavi edildi. Operasyondan bir yıl sonra hastanın sağ omzunda hafif dışa rotasyon ve fleksiyon kısıtlılığı dışında tama yakın hareket genişliği vardı.

Anahtar Sözcükler: Anterior omuz kırıklı çıkığı, humerus cisim kırığı

SUMMARY

Here we present a case with anterior shoulder dislocation with greater tuberosity fracture with anterior Hill-Sachs lesion and shaft of humerus fracture. Repeated attempts for closed reduction with manual manipulation of the dislocated shoulder failed. Under general anesthesia the dislocation was closely reduced by means of Kirchner wires passed through the proximal part of humerus. Humeral shaft fracture was treated by open reduction and internal fixation by locking compressive plate and screws. One year after the operation the patient had nearly full range of motion on her shoulder except slight limitation of the external rotation and flexion.

Keywords: Anterior shoulder fracture dislocation, humeral shaft fracture

GİRİŞ

Anterior omuz çıkığı ile beraber aynı taraftaki humerusun cisim kırığı nadir görülen, ciddi yaralanmalardır. Literatüre bakıldığında bu tarz yaralanma ile ilgili birkaç olgu sunumunun olduğu görülür (1-5). Dirsek fleksiyonda, omuz hafif abduksiyonda iken ani ve büyük bir aksiyel yüklenme, aynı taraftaki omuz eklemine çıkmasına ve humerus cisminin kırılmasına neden olmaktadır. Bu karmaşık yaralanma tedavisi güç bir durum ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmamızın amacı böyle bir hastada tedavi seçeneklerini ve olası komplikasyonları tartışmaktır.

OLGU

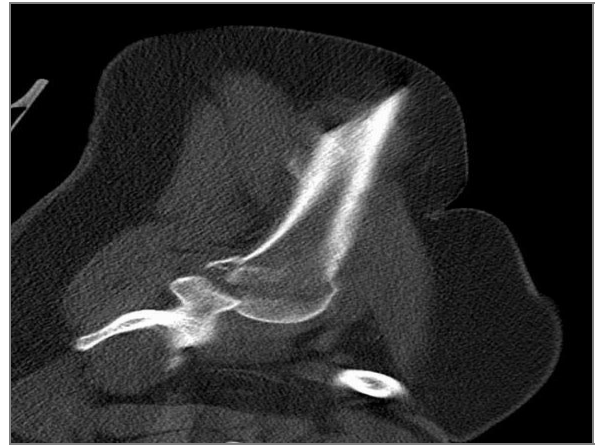
Kırkbir yaşındaki kadın hasta 3 metre yükseklikten düşme sonucu sağ omuz ve sağ kolunda ağrı yakınması ile acil servisimize başvurdu. Acil serviste yapılan ilk bakışında hastanın bilincinin açık, ve yaşamsal bulgularının normal olduğu saptandı. Ortopedik fizik bakıda ise sağ omuz ve sağ kolunun ağrılı, şiş ve deforme olduğu ayrıca sağ omzunun normal görünümünü kaybettiği görüldü. Nörovasküler değerlendirmede; sağ üst ekstremitenin dolaşımının olağan olduğu ve nöral sorun olmadığı saptandı. Sağ üst ekstremitenin çekilen ön-arka ve yan grafilerinde sağ omuz çıkığı, tuberkülüm majus kırığı ve sağ humerus cisim kırığı saptandı (Şekil 1). Çekilen sağ omuz BT'sinde sağ humerus başında Hill-Sachs lezyonu ile birlikte öne çıkık ve tuberkülüm majus kırığı tespit edildi (Şekil 2).



Şekil 1. Hastanın acil servise başvurduğunda çekilen sağ omuz ve humerusun AP grafisinde tuberkülüm majus kırığının eşlik ettiği anterior omuz çıkığı ve aynı tarafta humerus diyafiz kırığının görünümü.

Klinik değerlendirme tamamlandıktan sonra hasta operasyona alındı. Genel anestezi altında birkaç kez kapalı redüksiyon denenmesine rağmen proksimal humerus parçasının yeterli uzunlukta olmaması nedeniyle redüksiyon sağlanamadı. Proksimal humerus parçasının distalinden 2.5 mm'lik Kirschner teli

geçirildi ve nazik traksiyon ve redüksiyon manevraları ile kapalı olarak omuz eklemine redüksiyonu sağlandı. Floroskopik kontrolünde humerus diyafiz kırığı kapalı olarak redükte edilmeye çalışıldı fakat yeterli redüksiyon sağlanamaması nedeniyle açık redüksiyon ve kilitli kompresyon plağı (Synthes, Solothurn, Switzerland) ve vidalar ile internal fiksasyon uygulandı. Kol-boyun askısı ile sağ üst ekstremitenin sabitliği sağlandı. Operasyondan 3 hafta sonra sağ omuz ve dirsek hareket açıklığı egzersizlerine başlandı. Beşinci ayda humerus cisim kırığı ve tuberkülüm majus kırığının kaynadığı görüldü. Hasta, operasyonun 6. ayında normal günlük yaşamına tamamen dönmüş oldu.

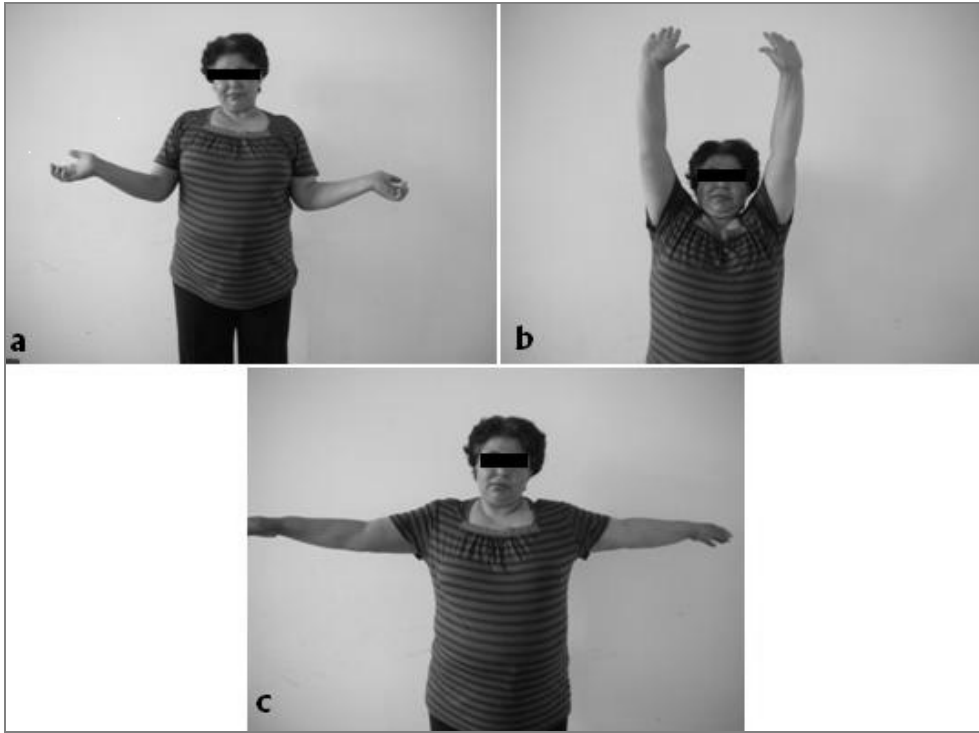


Şekil 2. BT'de sağ omuz anterior çıkığı ile birlikte Hill-Sachs lezyonunun görüntüsü

Hastanın operasyondan bir yıl sonra yapılan kontrolünde sağ omuz dışa rotasyonu ve fleksiyonundaki hafif kısıtlılık dışındaki hareketlerinin tama yakın ve ağrısız olduğu saptandı.



Şekil 3. Sağ omuz ve humerusun çekilen AP grafisinde 1 yıl sonrada kırığın kaynamış hali.



Şekil 4. Operasyondan 1 yıl sonra hastanın sağ omzunda tama yakın hareket genişliği sağlandı.

TARTIŞMA

Omuz hafif abduksiyonda ve dirsek fleksiyonda iken bu ekstremiteye uygulanan ani ve büyük yüklenme sonucu ortaya çıkan enerjinin humerus cisimi boyunca iletilip omuza ulaştığı ve bunun da omuzda çıkık ile birlikte humerus cisiminde kırığa neden olduğu ileri sürülmüştür (1). İleri sürülen bu teori 3 metre yükseklikten sağ kolu açık konumda sağ elinin üzerine düşen hastamızda oluşan yaralanmayı açıklamaktadır.

Aynı taraftaki omuz çıkığı ve humerus cisim kırığının tedavisi zorluklar ve komplikasyonlar içermektedir. Humerusun proksimal parçasının yeterli uzunlukta olmayışı ve kilitli Hill-Sachs lezyonu kapalı redüksiyonu zorlaştırmakta hatta bazen olanaksız hale getirmektedir. Literatüre bakıldığında bazı yazarların genel anestezi altında çıkığın kapalı olarak redükte edilebildiğini bildirmelerine karşın bazılarının ise redüksiyonun kapalı olarak sağlanamaması üzerine ek yöntemlerden faydalandığı görülmektedir (1-5).

Humerus proksimalinin kısa oluşu nedeniyle redüksiyon manevraları ile çıkığı kapalı olarak redükte edilemediği bununla birlikte humerusa uygulanan eksternal

fiksator yardımıyla çıkığın redükte edilebildiği aynı zaman da fiksatorün cisim kırığının iyileşmesinde de kalıcı tedavi olarak rol oynadığını belirtilmiştir (1).

Genel anestezi altında kırığın zorlanmadan redükte edilebildiği, 2 hafta sonra uygulanan retrograd intramedüller çivi ile kırık fiksasyonunun sağlanabildiği buna bağlı gelişen radyal sinir hasar bulgularının 5. ay sonunda işlevsel olarak tamamen düzeldiği bildirilmiştir (2).

Aynı tarafta omuz çıkığı, humerus açık kırığı ve dirsek çıkığı olan bir hastanın omuz ve dirsek çıkıklarının kapalı olarak redükte edilebildiği, kırığın ise LC-DCP plak ve vidalar ile fikse edildiğini bildirilmiştir. Olguda postoperatif olarak gelişen yüksek radyal sinir hasarı bulgularının 3. ayda tamamen düzeldiğini, 15 nci ayda yapılan kontrolde ise sağ omuz ve dirseğin işlevlerinin iyi olduğu saptanmıştır (3).

Aynı tarafta omuz çıkığı ve humerus kırığı bulunan bir hastanın çıkığının kapalı redüksiyonun sağlanamaması üzerine humerus cisim kırığına intramedüller çivi ile osteosentez sağlandıktan sonra omuz çıkığını redükte ettikleri bildirilmiştir (4).

Bu tip tehlikeli ve ciddi yaralanmalarda üst ekstremitenin nörovasküler yapıları da yaralanabilmektedir. Bu nedenle acil serviste yapılan ilk bakıda dolaşım ve sinir kontrollerinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Ayrıca kırık olan kemiğin alt ve üst komşu eklemleri de mutlaka radyolojik ve fizik bakı ile değerlendirilmelidir.

Özellikle kilitli anterior Hill-Sachs lezyonunun eşlik ettiği ve proksimal parçası kısa olan aynı tarafta omuz çıkığı ve humerus cisim kırığının beraber görüldüğü hastalarda çıkık kapalı olarak redükte edilemiyorsa, proksimal parçadan Kirschner telinin geçirilmesi çıkığın redüksiyonunda kolay ve etkili bir yöntem olarak görülmektedir.

İLETİŞİM

Op. Dr. M. Kumbaracı
Tepecik Eđit. Ve Araş. Hast.1.
Ortopedi ve Travmatoloji Klin. İzmir
Cep: 0 532 353 18 47
Tel: 0 232 469 69 69/1415
E – posta: kumbaracimert@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Sankaran- Kutty M, Sadat-Ali M. Dislocation of the shoulder with ipsilateral humeral shaft fracture. Arch Orthop Trauma Surg. 1989; 108:60-2
2. Sasashige Y, Kurata T, Masuda Y, Shimono K .Dislocation of the shoulder joint with ipsilateral humeral shaft fracture: two case reports. Arch Orthop Trauma Surg.2006;126:562-7
3. Inan U, Çevik AA, Ömerođlu H. Open humerus shaft fracture with ipsilateral anterior shoulder fracture-dislocation and posterior elbow dislocation: A case report. J Trauma. 2008; 64: 1383-6
4. Kazakos K, Paraschou S, Lasanianos NG, Verettas D. A humeral shaft fracture complicated with anterior shoulder dislocation in a young male treated with modified intramedullary nailing prior to reduction: A case report. Cases Journal. 2009; 2: 9075-9
5. Calderone RR, Ghobadi F, McInerney V. Treatment of shoulder dislocation with ipsilateral humeral shaft fracture. Am J Orthop 1995; 24(2): 173-6