

Posterior Omuz Çıkığında Radyolojik Bulgular: Olgu Sunumu

Asım Kalkan¹, Ferit Boğatekin², Mehmet Gem², Gökhan Meriç²

¹Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

²Diyarbakır Eğitim Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

ÖZET

Posterior omuz çıkıkları nadir yaralanmalardır. Bu çıkıklar klinik ve radyolojik bulguların yanıltıcı olması nedeniyle acil servise ilk başvuru sırasında atlanabilirler. Bu yazıda posterior omuz çıkığı olan bir hasta sunularak, klinik ve radyolojik bulgular tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: posterior omuz çıkığı, radyoloji

RADIOLOGICAL FINDINGS OF POSTERIOR SHOULDER DISLOCATION: A CASE REPORT

ABSTRACT

Posterior shoulder dislocations are rare injuries. The diagnosis may be missed during the initial admission to emergency department due to misleading clinical and radiographic finding. Here in, we report a case of posterior shoulder dislocation, and discuss its clinical and radiographic findings.

Key words: posterior shoulder dislocation, radiology

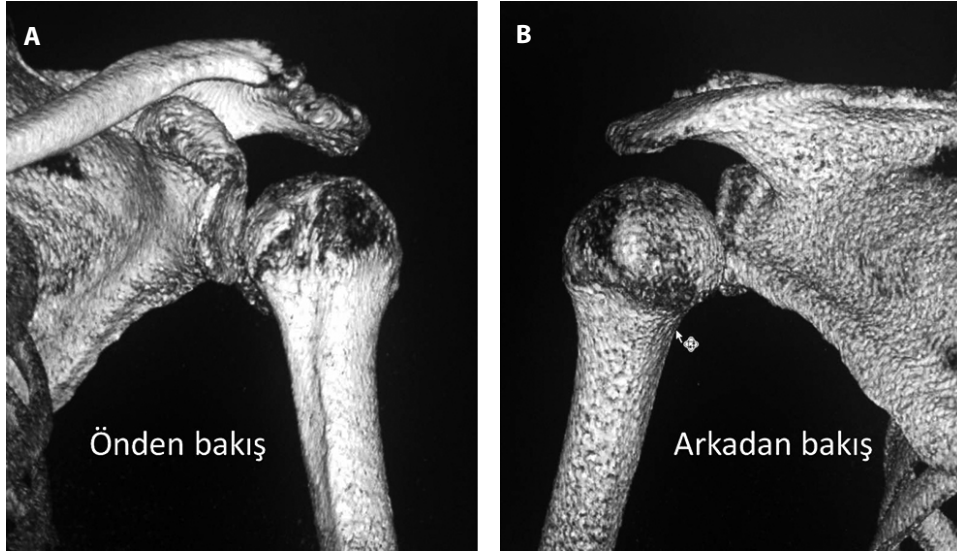
Omuz çıkığı en sık karşılaşılan büyük eklem çıkığıdır ve tüm çıkıkların %45'ini oluştururlar (1). Omuz çıkıkları humerus başının çıktığı yöne göre sınıflandırılırlar. En sık anterior omuz çıkığı görülmekle birlikte, omuz posterior, inferior veya süperiora doğru çıkabilir (2). Posterior omuz çıkıkları omuz çıkıklarının %4'ünü oluşturur ve genellikle acil serviste ilk tanı sırasında atlanabilirler (3). Klinik ve radyolojik bulguların yanıltıcı olması tanının atlanmasında en önemli iki faktördür. Bu yazıda posterior omuz çıkığı nedeniyle acil servisimize başvuran bir hasta sunularak, tanının atlanmaması için dikkat edilmesi gereken klinik ve radyolojik bulgular tartışılmıştır.

Olgu sunumu

35 yaşında erkek hasta, düşme sonrası sol omuz ağrısı ve sol kolda hareket kısıtlılığı şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Anamnezinde daha önceden omuz çıkığı hikâyesi



Şekil 1. Hastanın ilk başvuru sırasında çekilen ön-arka omuz grafisi.



Şekil 2. Üç boyutlu BT rekonstrüksiyonu. **(A)** Önden bakış. Glenoid eklem yüzünün boş olduğu, humerus başının posteriora çıktığı görülüyor. **(B)** Arkadan bakış. Humerus başının glenoid posterior kenarına dayandığı ve humerus başında impaksiyon kırığı oluşturduğu (*Ters Hill-Sach lezyonu*) görülüyor.

yoktu. Sol omuz ilk bakışta normal görünümdeydi. Ancak deltoid kasının anterior kısmında düzleşme ve korakoid çıkıntıda belirginleşme mevcuttu. Palpasyonla omuz üzerinde yaygın hassasiyet mevcuttu. Hasta kolunu iç rotasyonda adduksiyonda vücuduna yakın tutuyordu. Omuz hareketleri aktif ve pasif ağrılıydı. Nörovasküler muayenesi doğaldı.

Omuz anterior-posterior grafisinde humerus ve glenoid ilişkisinin devam ettiği, belirgin bir kırık olmadığı saptandı (Şekil 1). Ağrı nedeniyle hastaya aksiller omuz grafisi çekirilemediği için, omuz bilgisayarlı tomografi (BT) ile ileri görüntüleme yapıldı. Omuz BT incelemesinde ise posterior omuz çıkığı tanısı konuldu (Şekil 2). Hasta sedasyon altında, omuz eklemi kapalı redükte edildi. Redüksiyon sonrası nörovasküler muayenesi doğaldı. Çekilen kontrol radyografisinde omuz eklemine redükte olduğu gözlemlendi (Şekil 3). Omuzu nötral pozisyonda ve abduksiyonda tutan yastıklı destekli Velpeau bandaj takıldı, ortopedi polikliniğine kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma

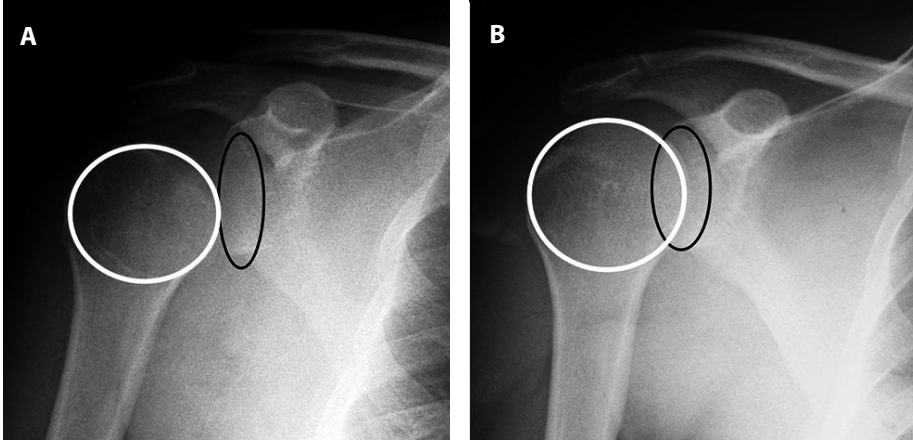
Posterior omuz çıkıkları nadir görülen omuz yaralanmalarıdır. Posterior omuz çıkıkları, omuza anterior doğrultuda gelen direkt bir travma ile oluşabilirler. Ancak sıklıkla kolun fleksiyon, iç rotasyon ve adduksiyonu sırasında düşme sonrası indirekt yaralanma ile gerçekleşir. Nadiren de epileptik nöbet veya elektrik çarpmaları gibi omuz internal rotator kaslarının ani ve güçlü kasılması ile gerçekleşebilir (4,5).



Şekil 3. Hastanın redüksiyon sonrası ön-arka omuz grafisi.

Tüm travma hastalarında olduğu gibi bu hastalarda da yaralanmanın nasıl gerçekleştiği ile ilgili öykü alınması tanıda ipuçları sağlayabilir.

Bu çıkıklar dikkatli bir klinik muayene ve uygun radyolojik görüntüleme ile tetkik edilmediğinde ilk tanı sırasında gözden kaçırabilir. Atlanmış ve redüksiyon yapılmamış olgularda omuz fonksiyonları ciddi şekilde bozulmaktadır. Hareket kısıtlılığının yanı sıra eklem dejenerasyonu gelişmektedir ve gecikmiş olgularda ek cerrahi müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (6). Bu çıkıkların genç hastalarda



Şekil 4. (A) Hastanın ilk grafisinde humerus başı (*beyaz daire*) ile glenoid kenarları arasında (*siyah daire*) arasında bir kesişme olmadığı görülüyor. **(B)** Redüksiyon sonrası grafisinde ise beyaz ve siyah dairelerin eliptik bir kesişim oluşturduğu gözleniyor.

daha sık olduğu düşünülürse, oluşan morbitite tanının ve tedavinin ilk başvuru sırasında yapılmasını gerekli kılar.

Posterior omuz çıkığında omuzda klinik olarak belirgin bir deformite gözlenmez. Hastanın kolu tipik olarak internal rotasyondadır. Humerus başı posteriorda, korakoid çıkıntı ise anteriorda daha belirgin olarak palpe edilebilir. Omuz hareketlerinden öne elevasyon, abduksiyon ve dış rotasyon kısıtlanmıştır (7).

Posterior omuz çıkığında sadece omuz ön-arka radyografi ile tanı koymak zordur. Anterior posterior grafideki en değerli bulgu yanan lamba görüntüsüdür. Humerus başı posteriora yer değiştirdiğinden humerus boynu üzerinde yanan bir lamba gibi görüntü verir (8). Ancak glenohumeral ilişki normal gibi görüldüğü için çıkık atlanabilir. Aslında dikkatli incelendiğinde humerus başı ve glenoid arasındaki eliptik kesişim kaybolmuştur (Şekil 4). Bu hastalarda tanı için mutlaka diğer omuz grafileri aksiller ve skapula Y grafilerinin çektilmesi gerekmektedir (9,10). aksiler ve skapula Y grafisinde humerus başının posterior yerleşimi gözlenir. Ancak bu grafilerin çektilmediği durumlarda humerus başı glenoid ilişkisi ve eşlik eden diğer patolojilerin tanımlanması amacıyla BT çekilebilir. Biz hastamıza, ileri tetkik olarak BT kullandık. BT kesitsel inceleme imkânı sağladığından tanının kolayca konulmasını sağlamıştır. Humerus başı ve glenoid ilişkisini oldukça net bir şekilde ortaya koyması açısından üç boyutlu rekonstrüksiyon, eğer yapılabilirse çok faydalıdır.

Posterior omuz çıkığına bağlı olarak posterior labral yırtıklar görülebilir. Posterior labral yırtıklar posterior yüzde rotator cuff yırtığı ve POLPSA (Posterior Labrum Periosteal Sleeve Avulsion) lezyonu ile birlikte görülebilir. Bu yırtıkların labrokapsüler bileşmeden avulsiyon tarzı olan tipi POLPSA lezyonu olarak tanımlanır (11). Posterior omuz çıkığı sonrasında gelişebilecek lezyonların tanımlanmasında MRI incelemesi oldukça faydalıdır. Bizde hastamızı, omuz MRI çekilmesi için ortopedi polikliniğine yönlendirdik.

Posterior omuz çıkığı redüksiyonu, anterior çıkıklara göre daha ağırlı olduğundan, redüksiyon genel anestezi altında yapılması önerilmektedir. Ancak, kas gevşemesi, sedasyon ve analjezi ile acil serviste de yapılabilir. Redüksiyon sırasında, kol adduksiyonda iken traksiyon ve yumuşak bir dış rotasyon yapılmalıdır. Dış rotasyona aşırı zorlama yapılırsa humerus başı kırıkları oluşabilir, dikkatli olunmalıdır. Redüksiyon sonrası kol iç rotasyona tespit edilirse omuz tekrar çıkabilir bu nedenle koltuk altında yastık desteği bulunan kolu abduksiyonda ve dış rotasyonda tutan bandajların kullanılması uygun olur (12).

Sonuç

Sonuç olarak dikkatli bir klinik muayene ve radyolojik bilgiler ışığında acil servise başvuran posterior omuz çıkıklarını tespit etmek daha kolay olacaktır.

Kaynaklar

1. Green DP, Bucholz RW, Heckman JD, Rockwood CA, Wirth WA. Rockwood's and Green's Fracture in Adults. Subluxations and dislocations about the glenohumeral joint. Editors. 5th ed. New York: Lippincott Raven; 1996. p. 1215.
2. Zacchilli MA, Owens BD. Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. *J Bone Joint Surg Am.* 2010;92:542-549.
3. Saupe N, White LM, Bleakney R, et al. Acute traumatic posterior shoulder dislocation: MR findings. *Radiology.* 2008;248:185-193.
4. Schoenfeld AJ, Lippitt SB. Rotator cuff tear associated with a posterior dislocation of the shoulder in a young adult: a case report and literature review. *J Orthop Trauma.* 2007; 21:150-152.
5. Bühler M, Gerber C. Shoulder instability related to epileptic seizures. *J Shoulder Elbow Surg.* 2002;11:339-344.
6. Robinson CM, Aderinto J. Posterior shoulder dislocations and fracture-dislocations. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:639-50
7. Perron AD, Jones RL. Posterior shoulder dislocation: avoiding a missed diagnosis. *Am J Emerg Med.* 2000;18:189-191.
8. B Wright and J Booth. The 'light bulb' sign. *J Accid Emerg Med.* 1994; 11: 210.
9. Clough TM, Bale RS. Bilateral posterior shoulder dislocation: the importance of the axillary radiographic view. *Eur J Emerg Med.* 2001;8:161-1633.
10. Espag MP, Back DL, Baroni M, Bennett AR, Peckham TJ. Diagnosing shoulder dislocations: time for a change of view. *Ann R Coll Surg Engl.* 2002;84:334-337.
11. Steinbach LS. "http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0720048X08001344" MRI of shoulder instability. *Eur J Radiol* 2008;68:57-71.
12. Galatz LM, Green A. Acute and chronic shoulder dislocations. *Shoulder and Elbow.* Editors. 3rd ed. AAOS: Illionis; 2008. p. 86.