

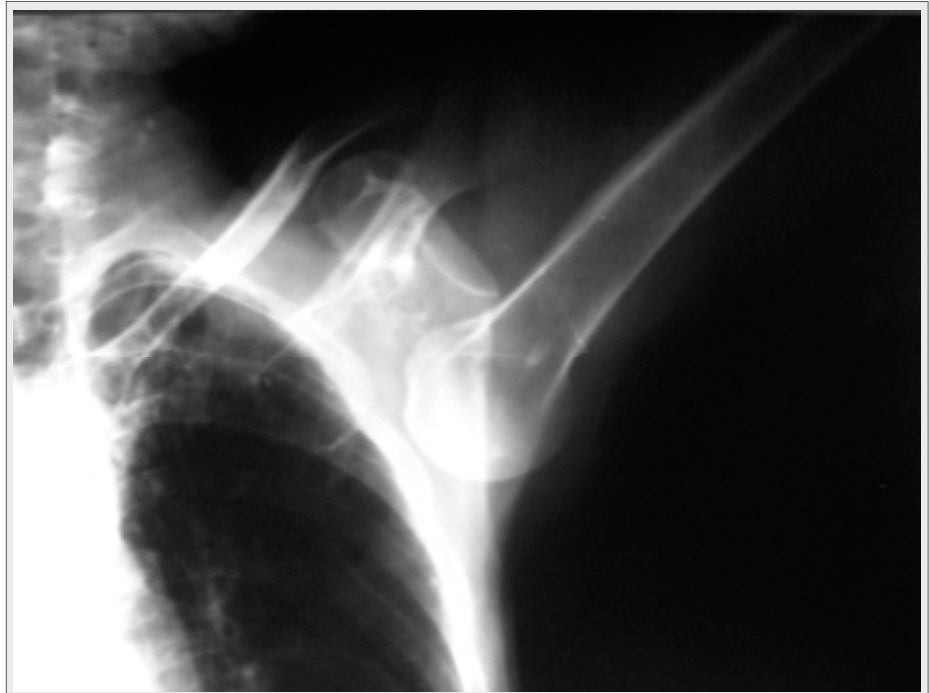
# Omuzda Ağrı ve Kilitlenme

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2008;8(3):132 [143]

Mehmet Serhan ER, Sermet İNAL

S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

Yetmiş üç yaşında tarımla uğraşan erkek hasta, üzerine traktör devrilmesi sonucu acil servise omuzda ağrı ve kilitlenme şikâyeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ omuz hiperabduksiyon ve dış rotasyon pozisyonunda, sağ dirsek fleksiyonda ve önkol ise pronasyondaydı. Periferik nabızlar açıktı. Motor nörolojik defisit yoktu ancak aksiller sinir duyu alanında hipostezi mevcuttu. Direkt grafide sağ omuz ön-arka grafide humerus başının glenoid kavitenin inferioründe olduğu izlendi (Şekil 1).



Şekil 1. Sağ omuz anteoposterior radyografide humerus başı glenoid kavitenin inferioründe izlenmekte.

## İletişim (Correspondence)

Dr. Mehmet Serhan ER

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği,  
Ulucanlar, Ankara, Turkey.  
Tel: +90 - 312 - 595 30 00  
e-posta (e-mail): mserhan2005@hotmail.com

\*Tanı için, bkz. s. 143

132. sayfanın devamıdır.

## Tanı

### *Inferior Omuz Çıkığı*

Omuz çıkıkları tüm çıkıkların %45'ini oluşturur. Bunların da %85'ini anterior glenohumeral dislokasyonlar oluşturur. Inferior glenohumeral dislokasyonlar ise bütün omuz çıkıklarının %0,5'ini oluşturur. Inferior omuz çıkığı genellikle humerusun hiperabduksiyona zorlanması sonucu humerusun akromiyona dayanmasıyla oluşur. Inferior omuz çıkıklarıyla birlikte genellikle rotator kılıf yırtığı ya da tüberkülem majus kırığı oluşmakta ve hastaların bir kısmında nörolojik hasar gelişmektedir (genellikle aksiler sinir hasarı). %3 oranında da ciddi vasküler patoloji gelişmektedir ki bu oran tüm omuz çıkıkları arasında en büyük oranı oluşturmaktadır. Tanı ön-arka radyografilerde humerus başının glenoid kavitenin inferioründe görülmesi ile konulur.

Tanı konur konmaz inferior omuz çıkığı acil olarak traksiyon-kontur traksiyon redüksiyon manevrası (ekstansiyonda kola traksiyon ve omuzdan konturtraksiyon) ile redükte edilmeli, kapalı metotla redüksiyon sağlanamaz ise açık redüksiyon uygulanmalıdır. Bizim olgumuz da inferior omuz çıkığı tespit edildikten sonra redükte edildi (Şekil 2).



Şekil 2. Redüksiyon sonrası sağ omuz anteoposterior radyografide humerus başı glenoid kavitenin tam karşısında izlenmekte.

## Kaynaklar

1. 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;32:601-3.
2. Karaoglu S, Guney A, Ozturk M, Kecec Z. Bilateral luxatio erecta humeri. Arch Orthop Trauma Surg 2003;123:308-10.
3. Padgham M, Walker JS. Inferior glenohumeral dislocation (luxatio erecta humeri). J Am Osteopath Assoc 1996;96:478-81.
4. Mesa M, Carpintero P, Carpintero J. Bilateral luxatio erecta humeri. Acta Orthop Belg 1996;62:116-9.
5. Mallon WJ, Bassett FH 3rd, Goldner RD. Luxatio erecta: the inferior glenohumeral dislocation. J Orthop Trauma 1990;4:19-24.
6. Yanturali S, Aksay E, Holliman CJ, Duman O, Ozen YK. Luxatio erecta: clinical presentation and management in the emergency department. J Emerg Med 2005;29:85-9.