

ACIL SERVİSTE OMUZ ÇIKIĞI YÖNETİMİ

Dr. İlker Akbaş

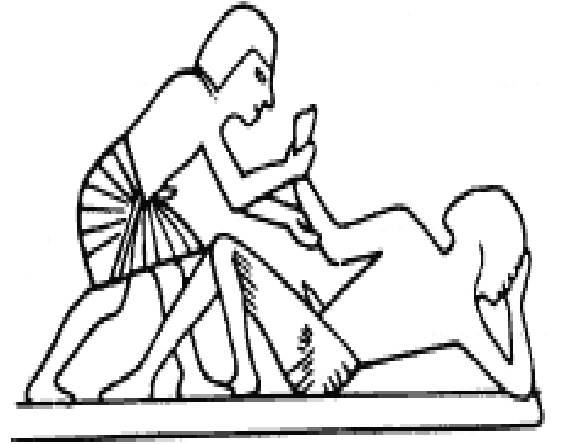
Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servisi

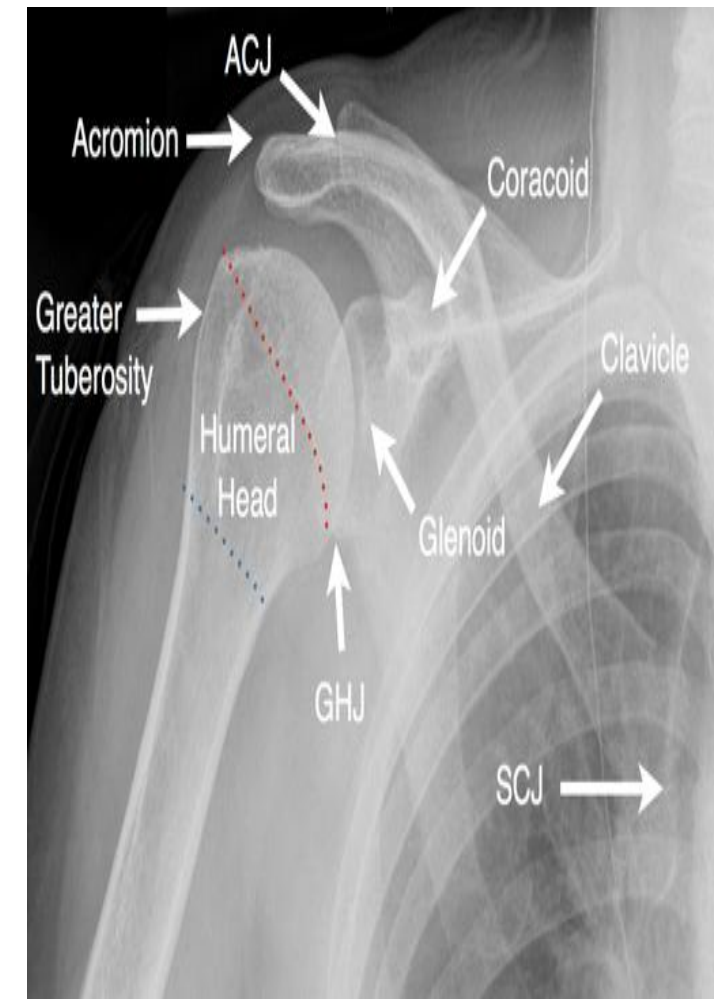
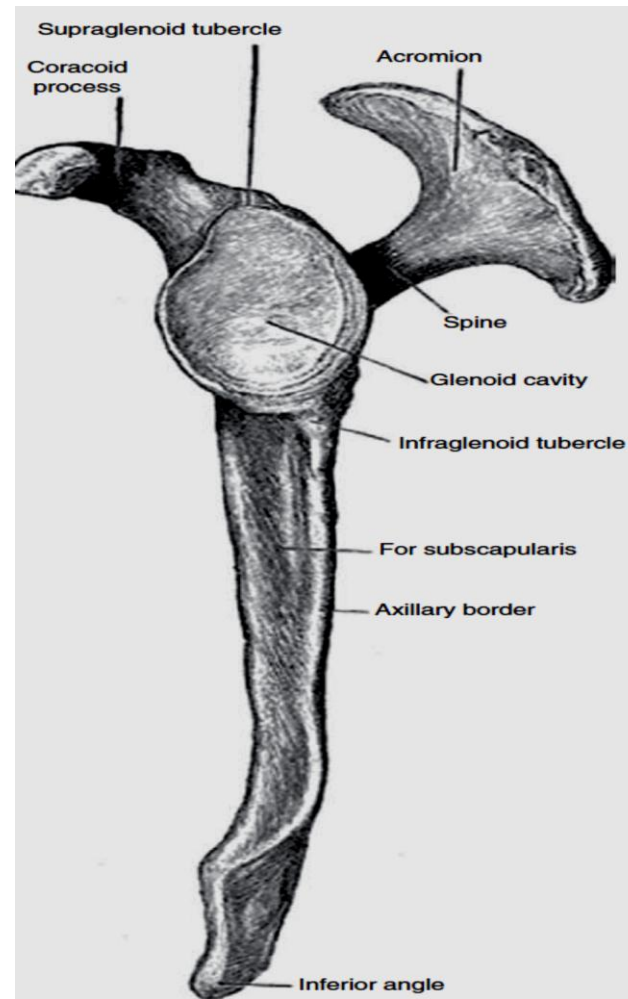
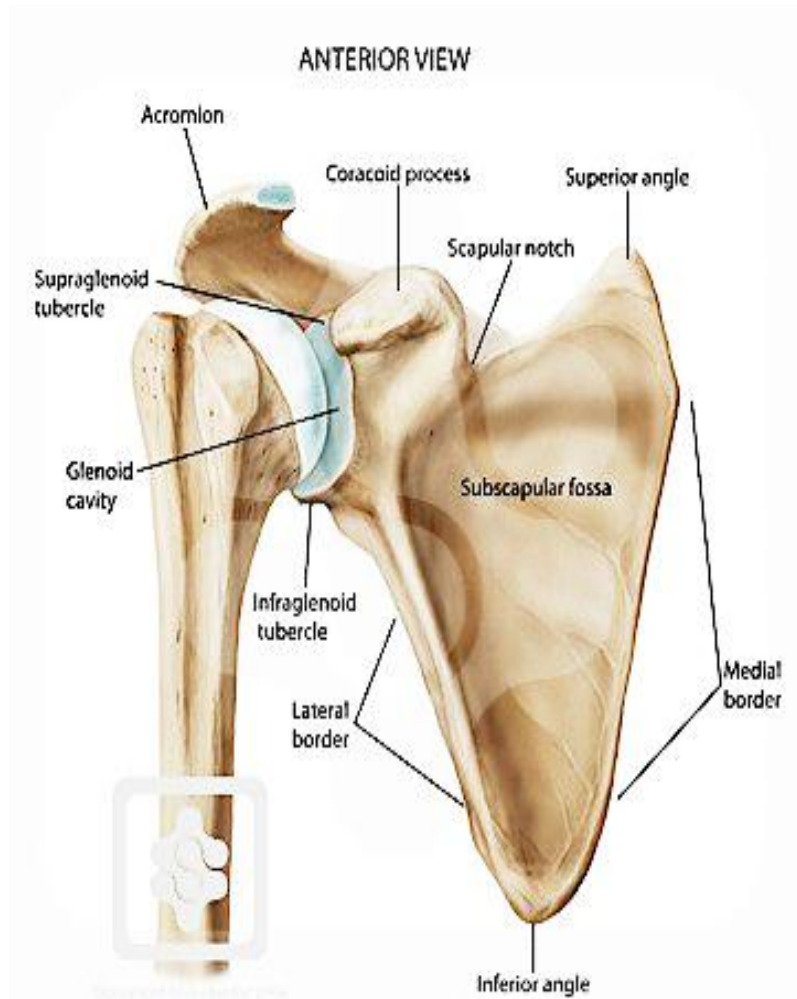
Antalya - Nisan 2018



Glenohumeral eklem çıkıkları

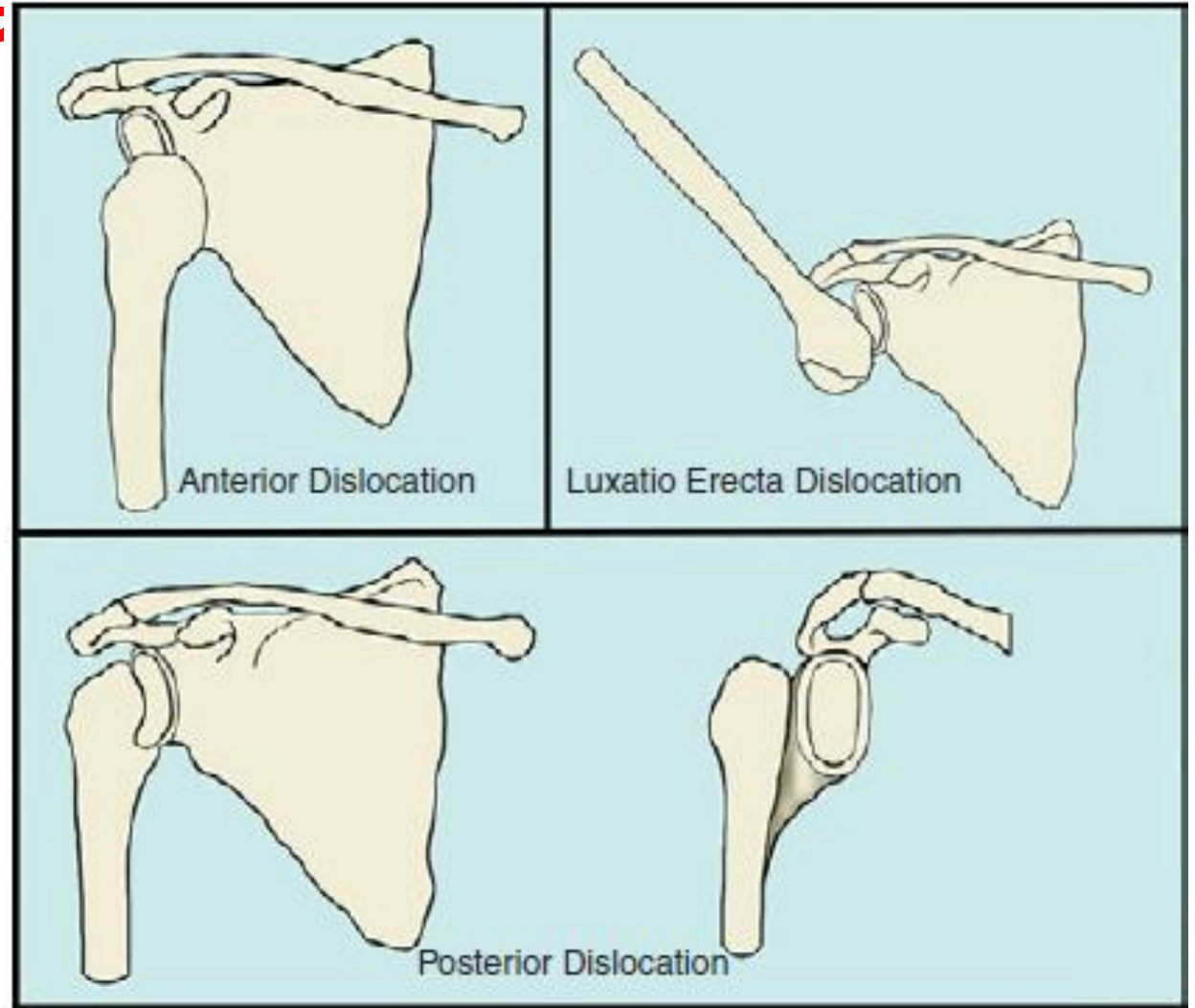
- Omuz eklemi (glenohumeral eklem) en sık çıkan eklem
- Tüm acil servis başvurularının %1,7
- İki yaş grubunda pik yapar (20 ve 30'lar, 60'lar)
- %95 travmatik, % 5 non-travmatik





Omuz Çıkığı Tipleri:

- Anterior >%95
- Posterior <%5
- İnferior <%0,5
- Superior



Yönetim

- Hızlı olunmalı
- Tedavi öncesi-tedavi sonrası grafi çekilmeli
- Redüksiyon öncesi ve sonrası nörovasküler muayene yapılmalı ve kayıt altına alınmalı
- Redüksiyon öncesi ağrı kontrolü yapılmalı
- Uygun redüksiyon tekniği seçilmeli
- Tedavi sonrası immobilizasyon, analjezi, ortopedi kontrolü sağlanmalı

Tanı

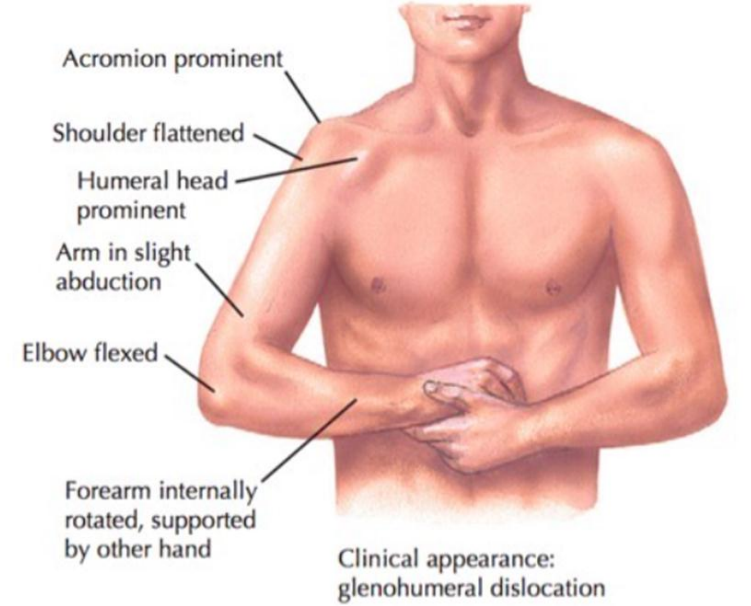
- Hikaye, fizik muayene ve grafi
- İki yönlü direkt grafi zorunludur
- AP ve lateral (skapular Y grafi veya aksiyel grafi)
- Redüksiyon öncesi grafi çekilmeli
- Çıkıkların ve kırıklı-çıkıkların tedavileri teknikleri farklıdır
- Hastaların %30'unda eşlik eden küçük kırıklar
- İyi grafi yoksa CT düşünülmeli
- Yatak başı USG tanı aracı
- Redüksiyon sonrası grafi çekilmeli

Anterior omuz çıkığı

- En sık görülen
- Zorlu abdüksiyon, ekstansiyon, eksternal rotasyon
- Kol açıkken el üzerine düşme
- Subkorakoid (en sık), subglenoid, subklavikular, intratorasik

Klinik

- Hastalar genellikle kol hafif abdüksiyon ve eksternal rotasyonda olacak şekilde başvurur
- Hareket genişliği azalmıştır
- Şiddetli ağrı
- Çıkık taraf sağlam ekstremita ile desteklenir
- Omuz yuvarlak konturundan yoksundur karemsi bir görünüm almıştır
- Akromiyon lateral kenarı belirgindir
- Humerus başı genellikle anteriorda hissedilir
- Hasta abdüksiyon ve internal rotasyona direnç gösterir





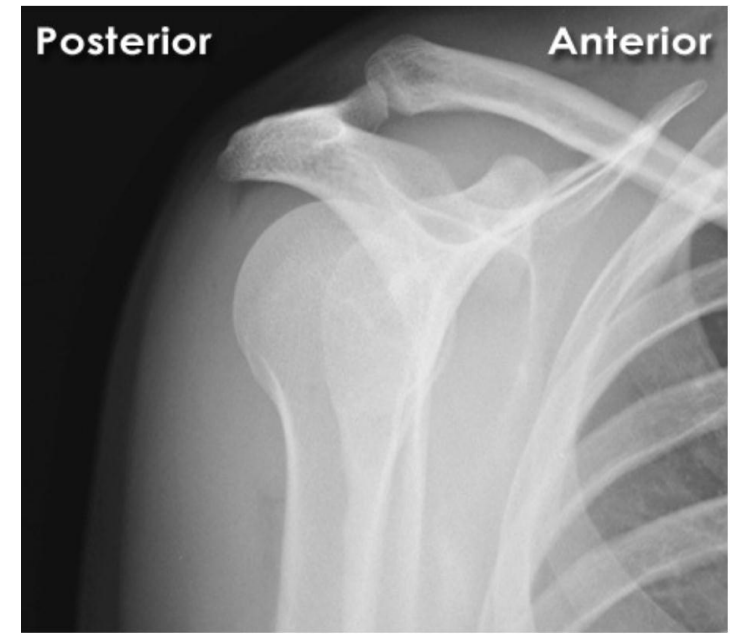
AP grafide anterior glenohumeral çıkık



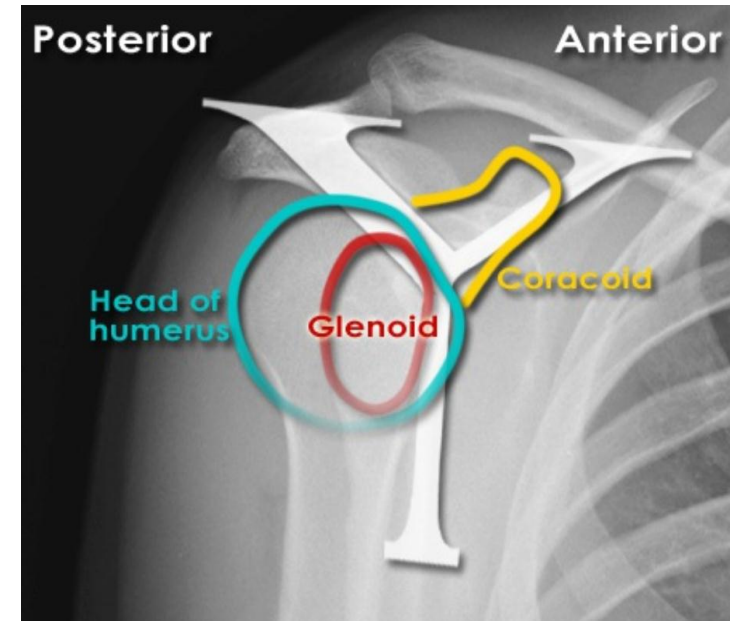
Normal glenohumeral eklem AP görüntüsü



Skapular Y grafide anterior glenohumeral çıkık



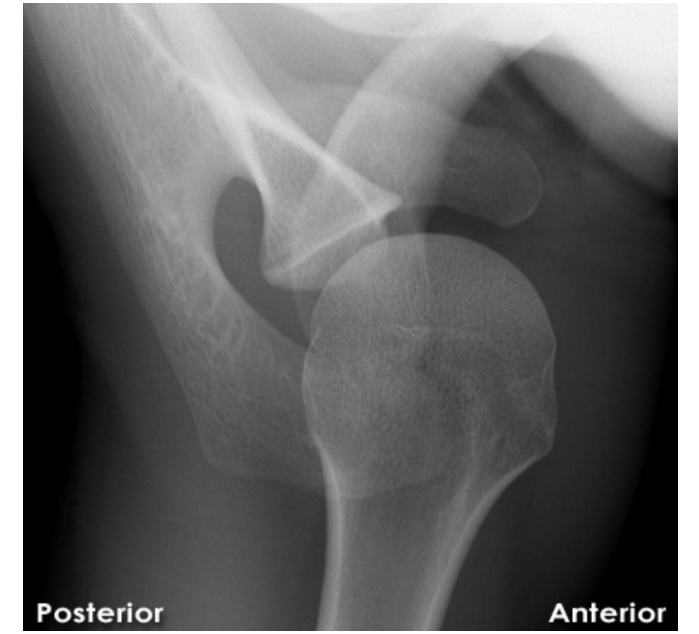
Normal glenohumeral eklem skapular Y grafi görüntüsü



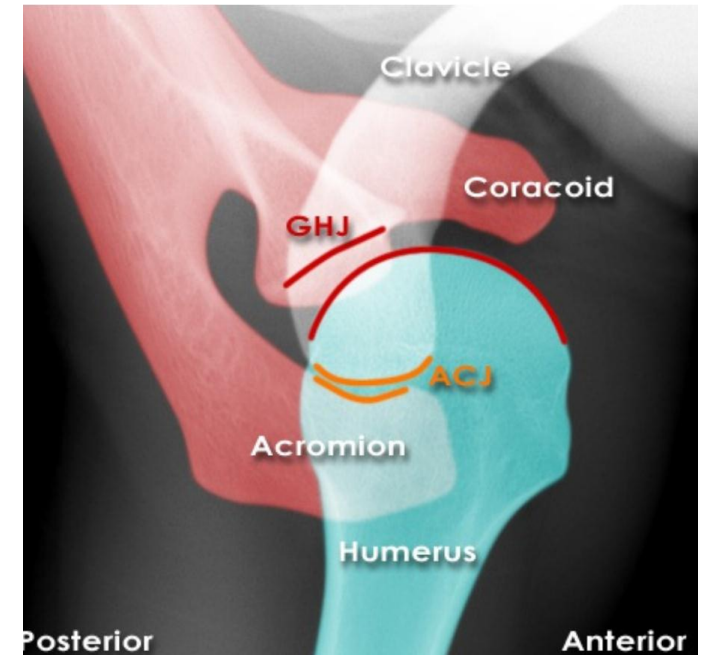
Normal glenohumeral eklem skapular Y grafi görüntüsü



Aksiyel grafide anterior glenohumeral çıkık



Normal glenohumeral eklem aksiyel grafi görüntüsü

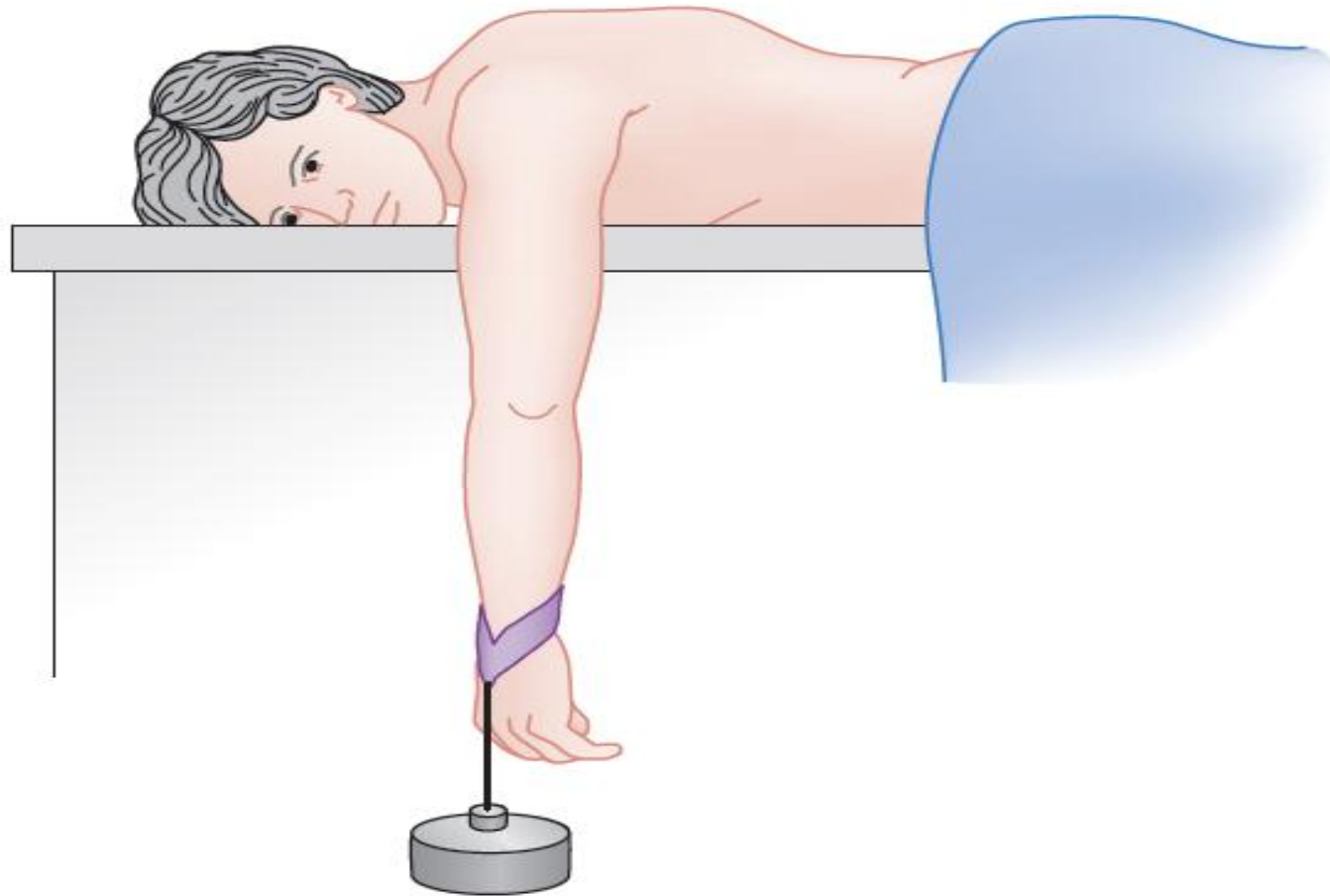


Normal glenohumeral eklem aksiyel grafi görüntüsü

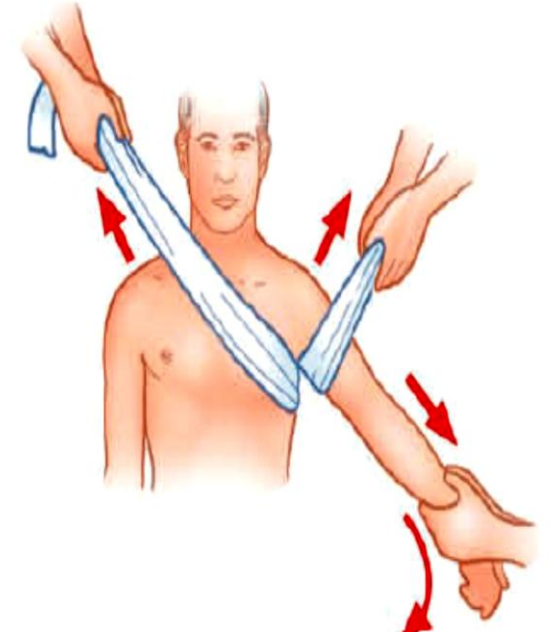
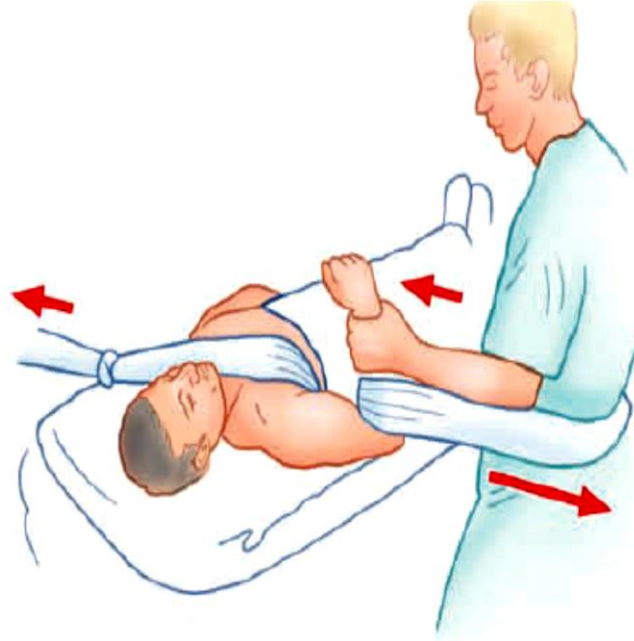
Redüksiyon yöntemleri

- Stimson
- Traksiyon/kontr-traksiyon
- External rotasyon
- Skapular manüpilasyon
- Milch tekniği
- Cunningham tekniği
- Hennepin Tekniği
- Snowbird Tekniği
- Hipokratik Yöntem
- Kocher Tekniği
- Pnömotik Sedye Yöntemi
- Spaso Tekniği
- Oza Manevrası
- Best Of Both (Bob) Manevrası
- Legg Reduction Manevrası
- Boss-holzach-matter Tekniği
- Fares Metodu
- Eskimo Tekniği
- Sandalye Tekniği
- Güreşçi Tekniği
- Çingene Yöntemi

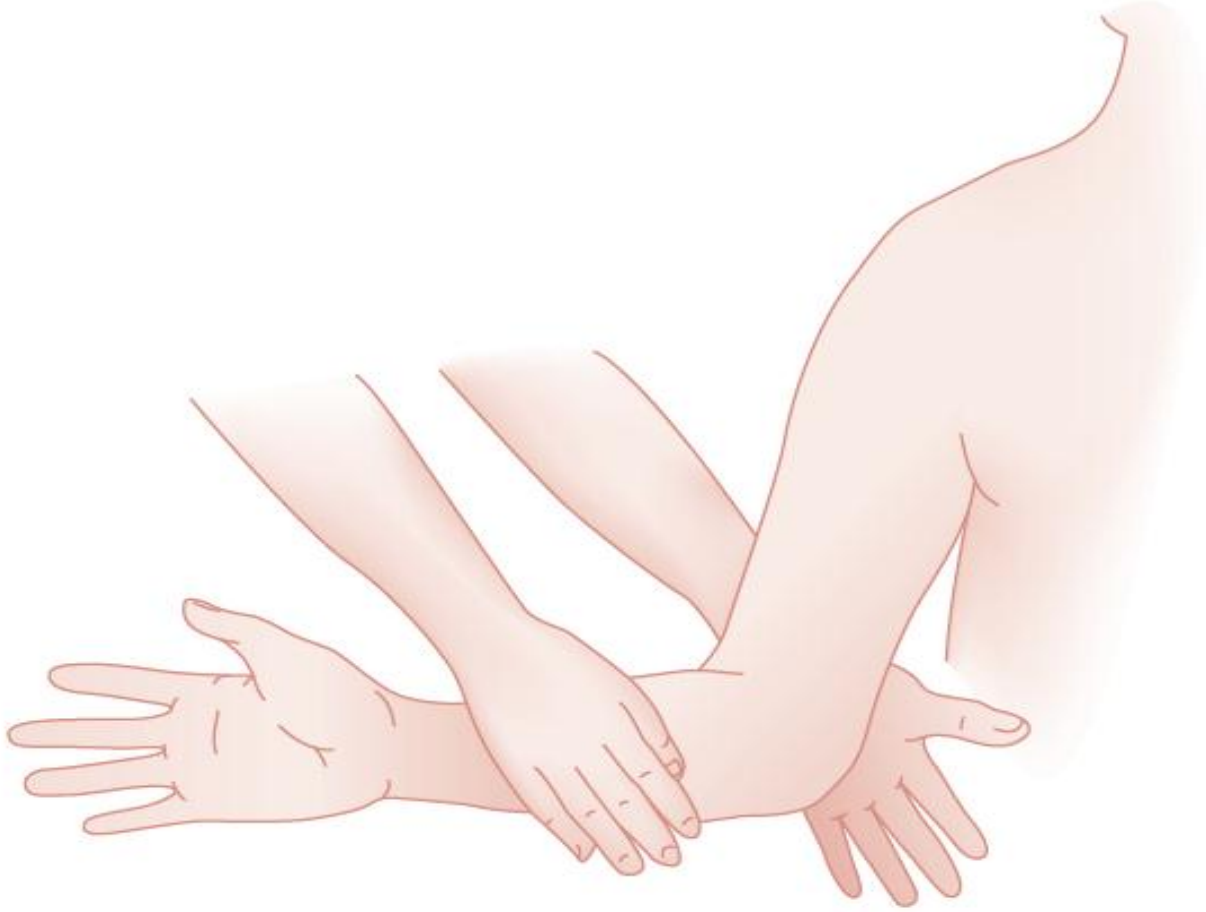
Stimson



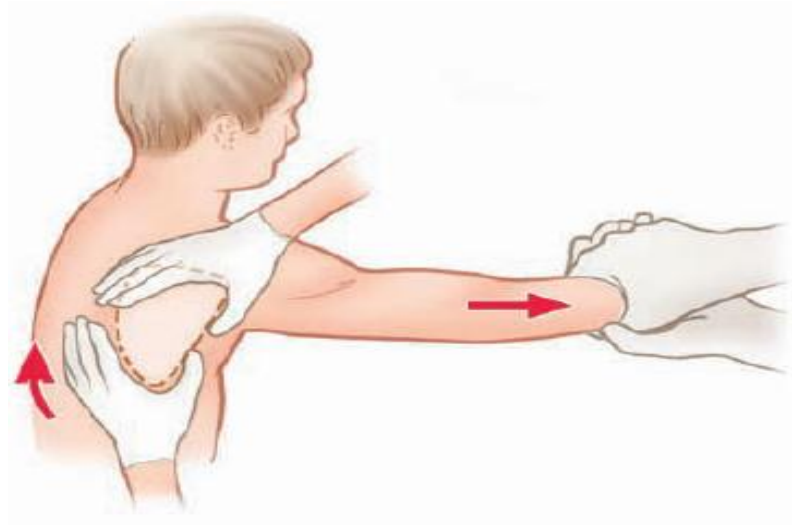
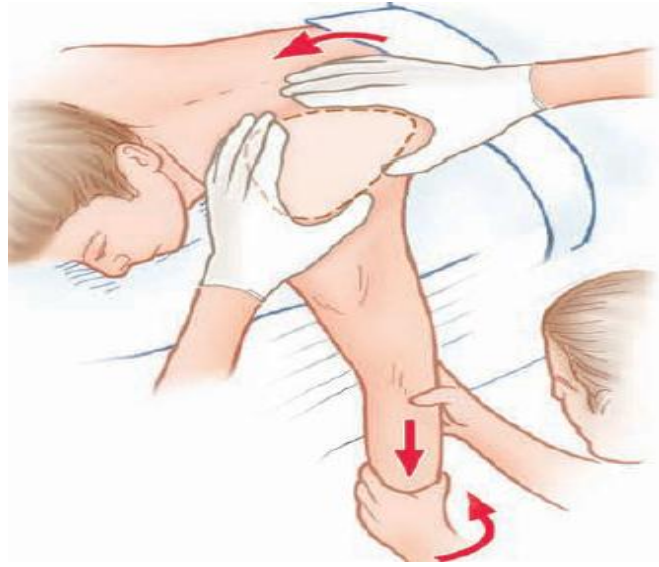
Traksiyon/kontr-traksiyon yöntemi



Eksternal rotasyon tekniği

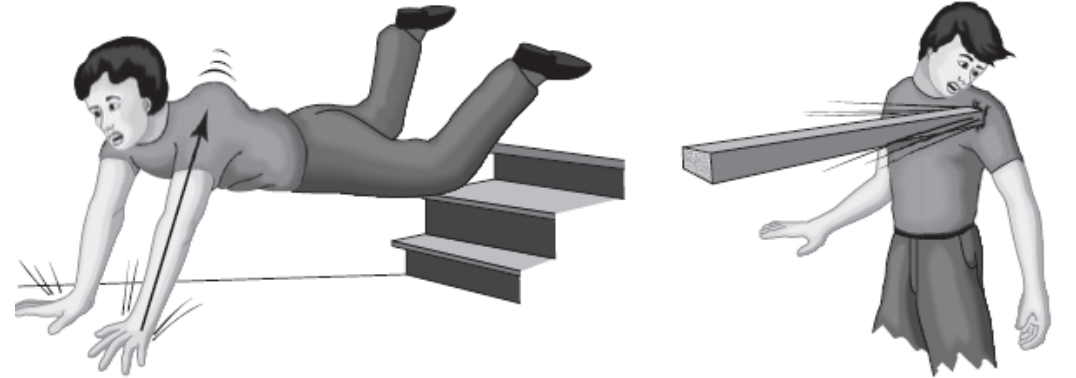


Skapular manipölasyon tekniği



Posterior omuz çıkıkları

- Tüm çıkıkların %5'i
- Zorlu internal rotasyon ve addüksiyon, omuz anterioruna travma
- Düşme, elektrik çarpması, konvülsif nöbet



Klinik

- Kolaylıkla atlanabilir
- Kol addüksiyon ve iç rotasyonda tutulur
- Omuz yuvarlak kontürü kaybolur
- Korokoid belirginleşir ve kolaylıkla palpe edilir
- Humerus başı akromiyon posteriorunda hissedilir
- Sınırlanmış abdüksiyon, bloke edilmiş eksternal rotasyon ve ön kol supinasyonu kısıtlanmıştır

Dikkat

- Tam AP grafi normal değerlendirebilir, mutlaka lateral grafi çekilmelidir



AP grafide glenohumeral eklem posterior çıkığı



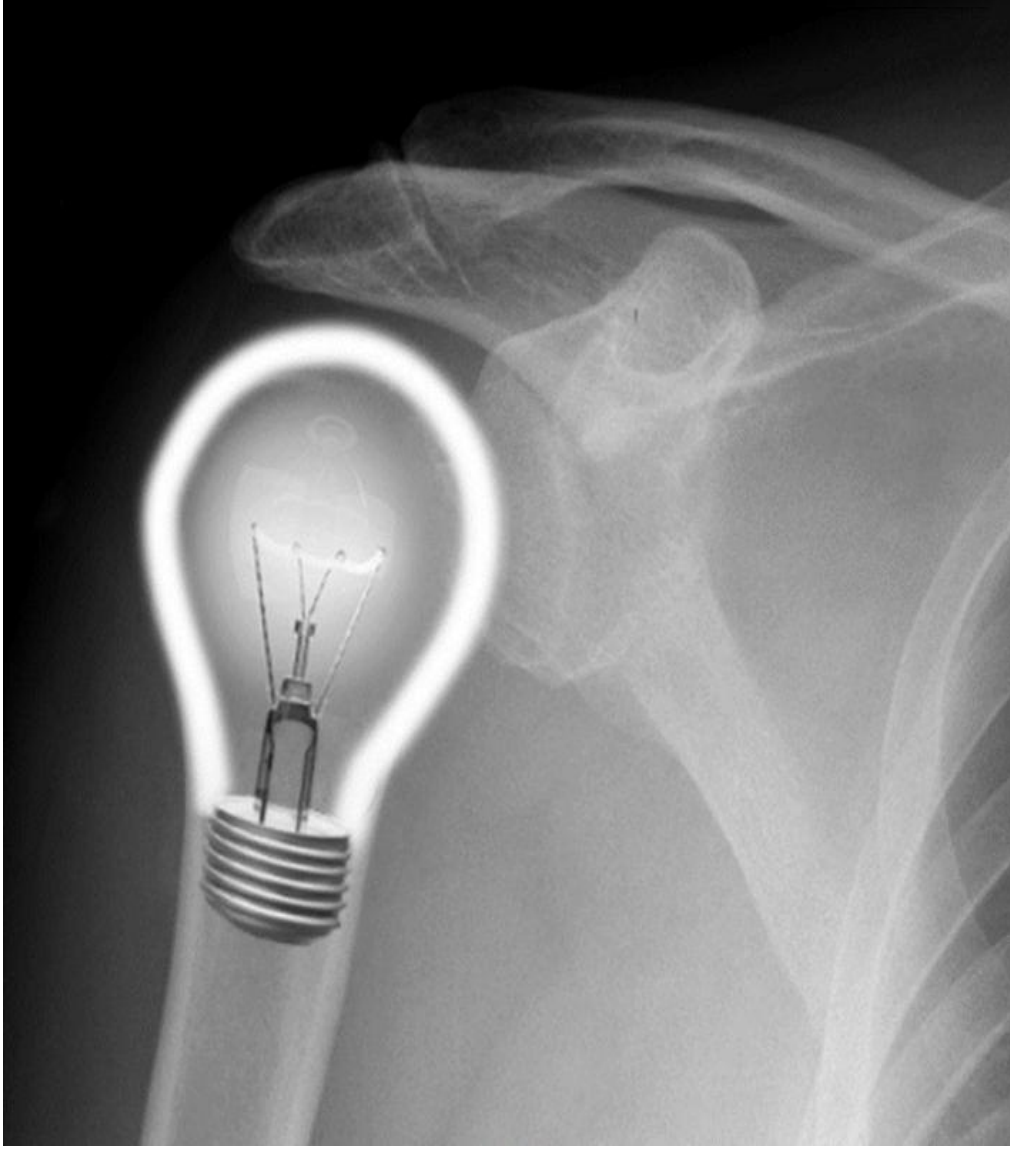
Normal glenohumeral eklem AP görüntüsü



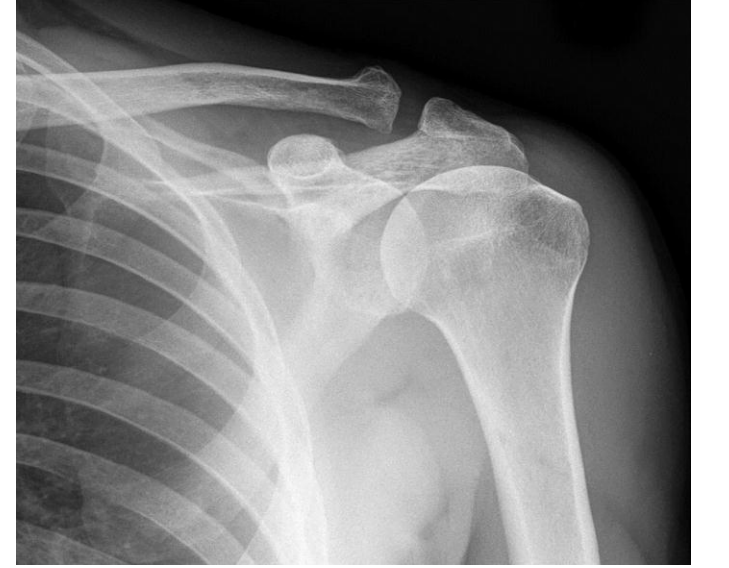
AP grafide glenohumeral eklem posterior çıkığı



Normal glenohumeral eklem AP görüntüsü



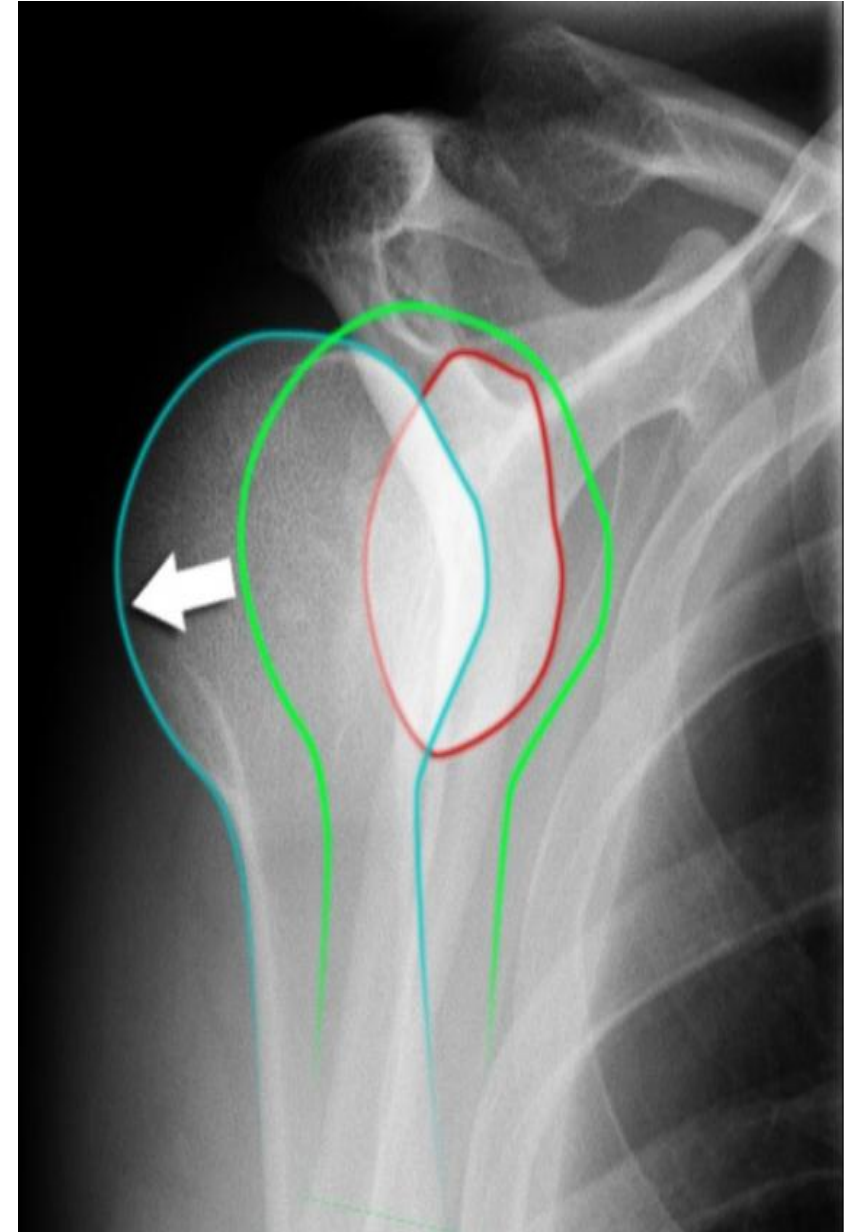
AP grafide glenohumeral eklem posterior çıkığı



Normal glenohumeral eklem AP görüntüsü

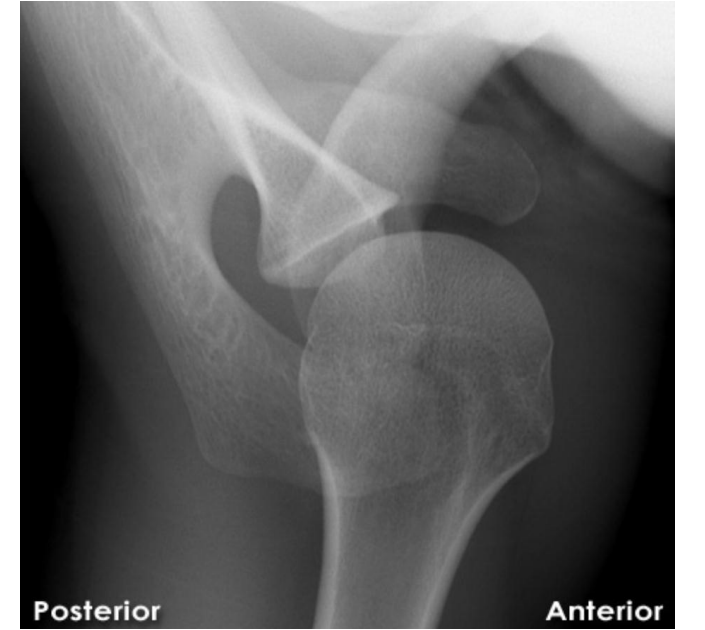


Skapular Y grafide glenohumeral eklem posterior ıkığı





Aksiyel grafide posterior glenohumeral çıkık



Normal glenohumeral eklem aksiyel grafi görüntüsü

Redüksiyon yöntemi

- Ortopedi konsültasyonu mutlaka istenmeli
- Lokal anestezi veya prosedürel sedasyon mutlaka yapılmalı
- Traksiyon/kontr-traksiyon tekniği



İnferior omuz çıkığı (luksasyo erekta)

- <0,5'den daha azını oluşturur
- Humerus başına superiordan gelecek bir kuvvetle
- Hiperabdüksiyon

Klinik

- Humerus tam abdüksiyonda, dirsek fleksiyonda, el başın üzerinde veya arkasında
- Kol 110° - 160° abdüksiyonda kilitlenmiştir
- Humerus başı göğüs duvarı lateralinde hissedilir
- Eşlik eden kemik kırığı ve yumuşak doku yaralanması



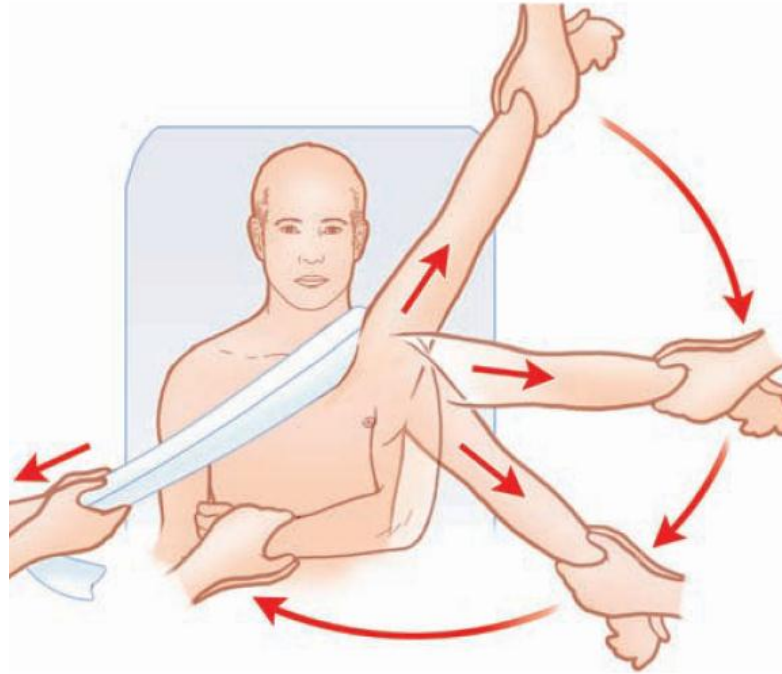


AP grafide glenohumeral eklem inferior ıkığı

Redüksiyon yöntemi

- Mutlaka ortopedi konsültasyonu istenmeli
- Mutlaka analjezi sağlanmalıdır
- Traksiyon/kontr-traksiyon yöntemi
- İki basamak yöntemi (two step technique)

Traksiyon/kontr-traksiyon



Komplikasyonlar

- Tekrarlayan çıkıklar en sık görülen komplikasyondur
- Fraktürler: Hill-sachs (posterior humeral başın kompresyon kırığı), bankart lezyonu (anterior inferior gelenoid labrumun ayrılması), tuberkulum majus kırığı, korokoid, akromion ve proksimal humerus kırıkları
- Rotator kaf kaslarında yırtık
- Sinir yaralanması
- Vasküler yaralanma

Taburculuk

- Taburculuk öncesi mutlaka kontrol filmi çekilmeli
- Taburculuk öncesi mutlaka nörovasküler muayene tekrarlanmalı ve kayıt altına alınmalı
- Uygun analjezi sağlanmalı
- Kol addüksiyon ve internal rotasyonda sabitlenmeli
- Sabitlenme süresi 1-3 hafta arasında olmalı
- Ortopedi kontrolü yapılmalı

Teşekkürler