

ALT VE ÜST EKSTREMİTE ÇIKIKLARI

Dr. Sıla Şadıllıoğlu
Dr. Zeynep Kekeç

Acil Yaklaşım ve Değerlendirme Çıkığı olan hastalar diğer büyük yaralanmalar yönünden dikkatlice araştırılmalıdırlar. Özellikle diz, kalça ve posterior sternoklavikular çıkıklar önemlidir ve detaylı nörovaskuler değerlendirme yapılmalıdır.Bazı çıkıklar ise kendiliğinden yerine oturur. Bu yönden dikkatli olunmalıdır. Özellikle diz eklemi yüksek enerji gerektirdiğinden dikkatli olunmalıdır. Her ne kadar işlem uygun yapılmış ve redüksiyonun kırıklara ve nörovasküler yaralanmalara yol açması düşük bir ihtimal olsada işlemden önce mutlaka hastalar bu yönden tetkik edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Hastaya verilecek ilaç cinsi ve dozuna klinisyen karar vermelidir. Her hasta değişik özellikler gösterebilir. Çoğu olguda intravenöz yolla uygulanan analjezi ve sedasyon gerekmektedir. Ek olarak lokal anesteziklerin eklem içi enjeksiyonu, periferik sinir blokları ve regional anestezi uygulanabilir.Kırıklı çıkıkların tanınabilmesi için redüksiyon öncesi grafilerin çekilmesi gerekmektedir. Redüksiyon tamamlandıktan sonra tekrar grafi istenmesi ve nörovasküler muaynenin yapılması gerekmektedir.

1. OMUZ ÇIKIKLARI

Gleno-humeral eklem vücuttaki en geniş hareket kapasitesine sahip eklemdir. Skapula ve kasların anatomik desteği nedeniyle posterior çıkıkları nadir görülür. En sık görülen anterior çıkıklardır ve çok nadir olarak inferior (luxatio erecta), superior ve intratorasik çıkıklar görülebilir. Çocuklarda her türlü omuz çıkığı çok nadir görülür.

Anterior Omuz Çıkıkları Omuzda en sık görülen çıkık tipidir. Yaralanma mekanizması sıklıkla doğr udan olmayan mekanizma ile olmakla beraber abduksiyon, ektansiyon ve dış rotasyonla birliktedir. Genç yaşta görülen çıkıklar %80-%92 oranında tekrarlar. Dört tipi vardır ve bu sınıflamalar humerus başının pozisyonuna göre yapılır;

• Subkorakoid (%75) • Subglenoid • Subklavikular • İntratorasik

Anterior çıkıklar klinik olarak rahatça tanınabilir. Hasta çıkığın olduğu extremiteyi desteklemeye çalışır ve ağrıyı azaltmak için aynı tarafa eğilir. Kol abduksiyonda ve hafif dış rotasyondadır. Hasta kolunu adduksiyona ve iç rotasyona getiremez. İnspeksiyonda omuz başının yuvarlağı kaybolmuştur. Akromion rahatça görülebilir veya elle hissedilir. İç rotasyon girişimi ağrılıdır ve hasta tarafından direnç gösterilir. Hasta elini sağlam omuzuna götüremez.

zorlanır. Siyatik sinir bu bölgede olduğunda posterior çıkıklarda siyatik sinir yaralanmaları görülebilir. Hastanın bacağı kısalmış, iç rotasyonda ve adduksiyondadır.

Redüksiyon Teknikleri

Stimson Yöntemi: Hasta yüzükoyun yatırılır. Hastanın pelvisinin distal kısmı boşta kalmalıdır. Kalça diz ve ayak bileği 90 derece fleksiyona getirilir ve proksimal posterior tibiadan aşağıya doğru bastırılır. Bu sırada kalçaya işlemi kolaylaştırmak için iç ve dış rotasyon yaptırılır.

Allis Yöntemi: Hasta sırtüstü yatar pozisyonda yattığı için travma hastalarında uygulanışı kolaydır. Bir kişi pelvisi sıkıca sabitler ve kalça 90 derece fleksiyonda iken yukarıya doğru traksiyon uygulanır. Bu esnada kalçaya iç ve dış rotasyon uygulanır.

Anterior Kalça Çıkıkları: Anterior kalça çıkıkları %10-15 oranında görülür. Femur başının pozisyonuna göre iliak veya subspinöz, pubik, inferior veya obturator olarak adlandırılırlar. Obturator (inferior) tipte kalça değişik derecelerde fleksiyonda, abduksiyonda ve dış rotasyondadır. Diğer tiplerinde ise ekstansiyon ve dış rotasyondadır.

Modifiye Allis Yöntemi: Hasta sırtüstü yatar pozisyona getirilir, bir kişi pelvisi sıkıca sabitler ve uyluğa lateral kontr-traksiyon uygular. Diğer uygulayıcı ise kalça hafif fleksiyondayken femurun uzun aksı boyunca traksiyon uygular.

Reverse Bigelow Yöntemi: Kalça kısmen fleksiyona ve abduksiyona getirilir. Deformite hizasına doğru traksiyon uygulanır ve daha sonra kalça adduksiyona, sertçe iç rotasyona ve ekstansiyona getirilir. Bu yöntem dikkatli uygulanmalıdır. Femur boyun kırığı gelişebilir.

Kaynaklar

1. Keany J.E., McKeever D., Sachter J.J., at al., Elbow Dislocation in Emergency Medicine (Last Updated : Jul 20, 2011) Emergency Medicine web site. Available at http://emedicine.medscape.com/article/823277-overview
2. Brenner B.E., Doty C.I.,Tham E.T., at al., Hip Dislocation in Emergency Medicine (Last Updated: Jul 11, 2012) Emergency Medicine web site. Available at http://emedicine.medscape.com/article/823471-overview
3. Wilson S.R., Price D.D., Shoulder Dislocation in Emergency Medicine (Last Updated: Oct 7, 2011) Emergency Medicine web site. Available at http:// emedicine.medscape.com/article/823843-overview