

# Αμφοτερόπλευρο luxatio erecta, ως μεμονωμένη κάκωση, χωρίς συνοδές επιπλοκές, μετά από μηχανισμό υψηλής ενέργειας

Δημήτριος Ντουραντώνης<sup>1</sup>, Θεόδωρος Μπούρας<sup>2</sup>, Ιωάννα Λιανού<sup>3</sup>, Χριστίνα Αραχωβίτη<sup>2</sup>

1. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
2. Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, «Άγιος Ανδρέας»
3. Ορθοπαιδική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

## Εισαγωγή

Το luxatio erecta (έσω εξάρθρωμα της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης) αποτελεί μια σπάνια κάκωση και εμφανίζεται με συχνότητα 0,5% των εξαρτημάτων του ώμου<sup>1,2</sup>, με τις αμφοτερόπλευρες περιπτώσεις να είναι ακόμη πιο σπάνιες και να απαριθμούν ένα μικρό σχετικά αριθμό περιπτώσεων σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Μεταξύ των μηχανισμών κάκωσης περιγράφονται τα τροχαία ατυχήματα, οι πτώσεις από μεγάλο ύψος, οι πτώσεις εξ ιδίου ύψους και σπανιότερα οι αθλητικές κακώσεις<sup>3</sup>. Περίπου το 31% όλων των ασθενών με luxatio erecta εμφάνισαν νευρολογική βλάβη, το 9% αγγειακή κάκωση, ενώ στις περιπτώσεις των αμφοτερόπλευρων εξαρτημάτων το 60 % παρουσιάζει κάποιου είδους νευραγγειακή βλάβη<sup>4</sup>. Επιπλέον, συχνά παρατηρούνται μυοσκελετικές κακώσεις συμπεριλαμβανομένων των ρήξεων των μυών του στροφικού πετάλου, κατάγματα κλείδας και λοιπών οστικών δομών που είτε ανευρίσκονται κατά την αρχική εκτίμηση, είτε απαιτούν περαιτέρω έλεγχο (MRI, CT scan) , εφόσον συνυπάρχει εμμένουσα συμπτωματολογία πόνου ή αστάθειας. Παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό αμφοτερόπλευρου έσω εξαρτημάτος της γληνοβραχιόνιας συνέπεια τροχαίου ατυχήματος υψηλής βίας χωρίς άλλες συνοδές κακώσεις.

## Υλικά και μέθοδος

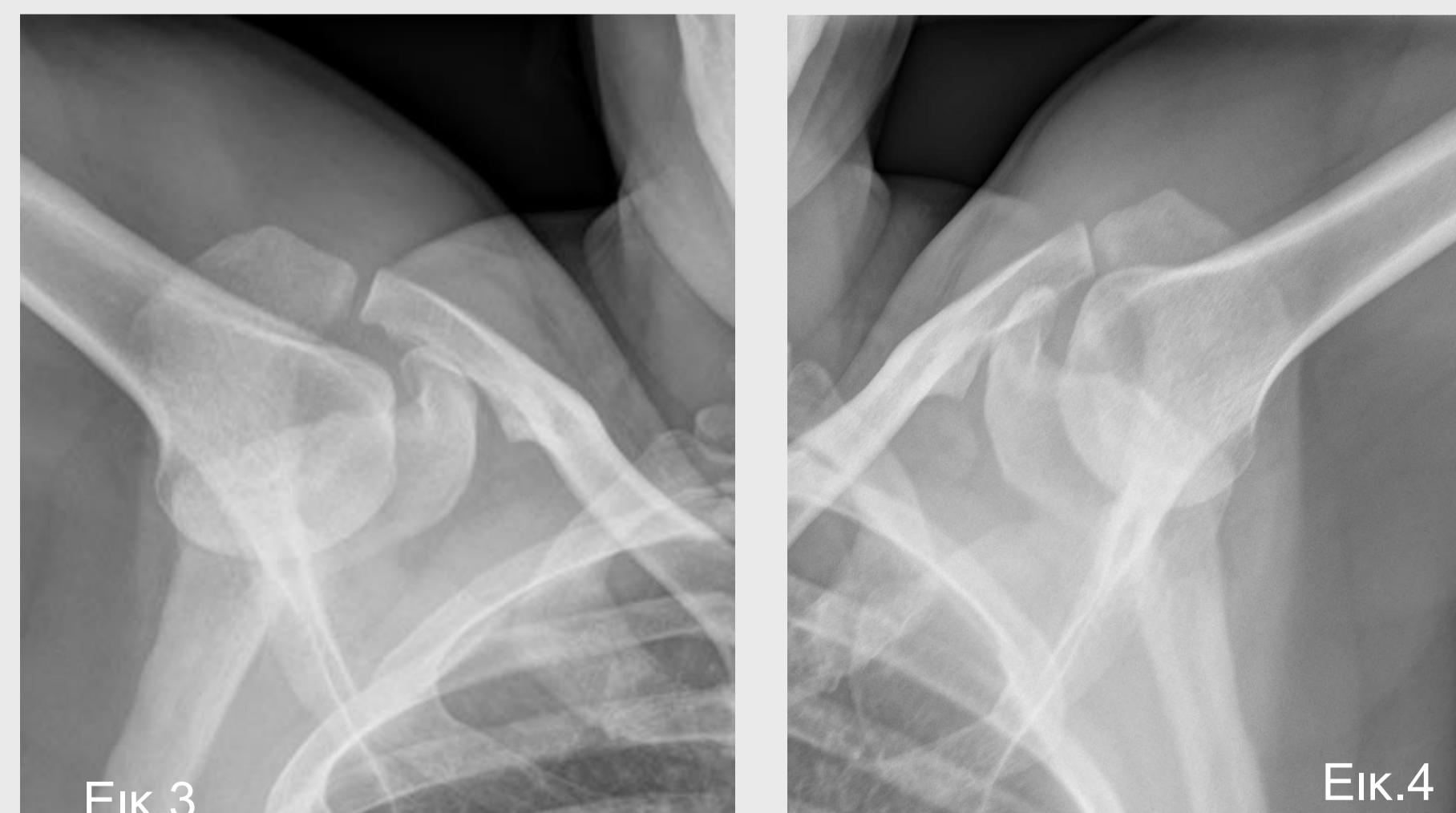
Άνδρας 31 ετών, οδηγός δικύκλου μεταφέρθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μετά από σύγκρουση του οχήματός του με αυτοκίνητο, με επακόλουθη εκτίναξη και πρόσκρουσή του στην οροφή του αυτοκινήτου.

Από την αξιολόγηση του ασθενούς από την Ομάδα Τραύματος, σύμφωνα με τις αρχές του ATLS προέκυψαν μόνο κακώσεις στους δυο ώμους, οι οποίοι ήταν σε απαγωγή, με τα χέρια πίσω από το κεφάλι του ασθενούς και αδύνατη κάθε προσπάθεια προσαγωγής λόγω του έντονου άλγους (εικ. 1,2)

Η κλινική εξέταση δεν ανάδειξε νευραγγειακή συμμετοχή στα άνω άκρα, κάθε προσπάθεια παθητικής κινητοποίησης των άκρων λόγω του έντονου άλγους ήταν αδύνατη. Από την κλινική εικόνα του ασθενούς με δεδομένη την θέση των άκρων και του μηχανισμού της κάκωσης ετέθη η υποψία του αμφοτερόπλευρου luxatio erecta.



Εικόνες 1,2: ο ασθενής κατά την άφιξή του στο ΤΕΠ, χαρακτηριστική κλινική εικόνα με τα άνω άκρα σε θέση απαγωγής, πίσω από το κεφάλι



Εικόνες 3,4: προσθιοπίσθιες ακτινογραφίες ώμων άμφω, επιβεβαιώνουν την αρχική κλινική υποψία

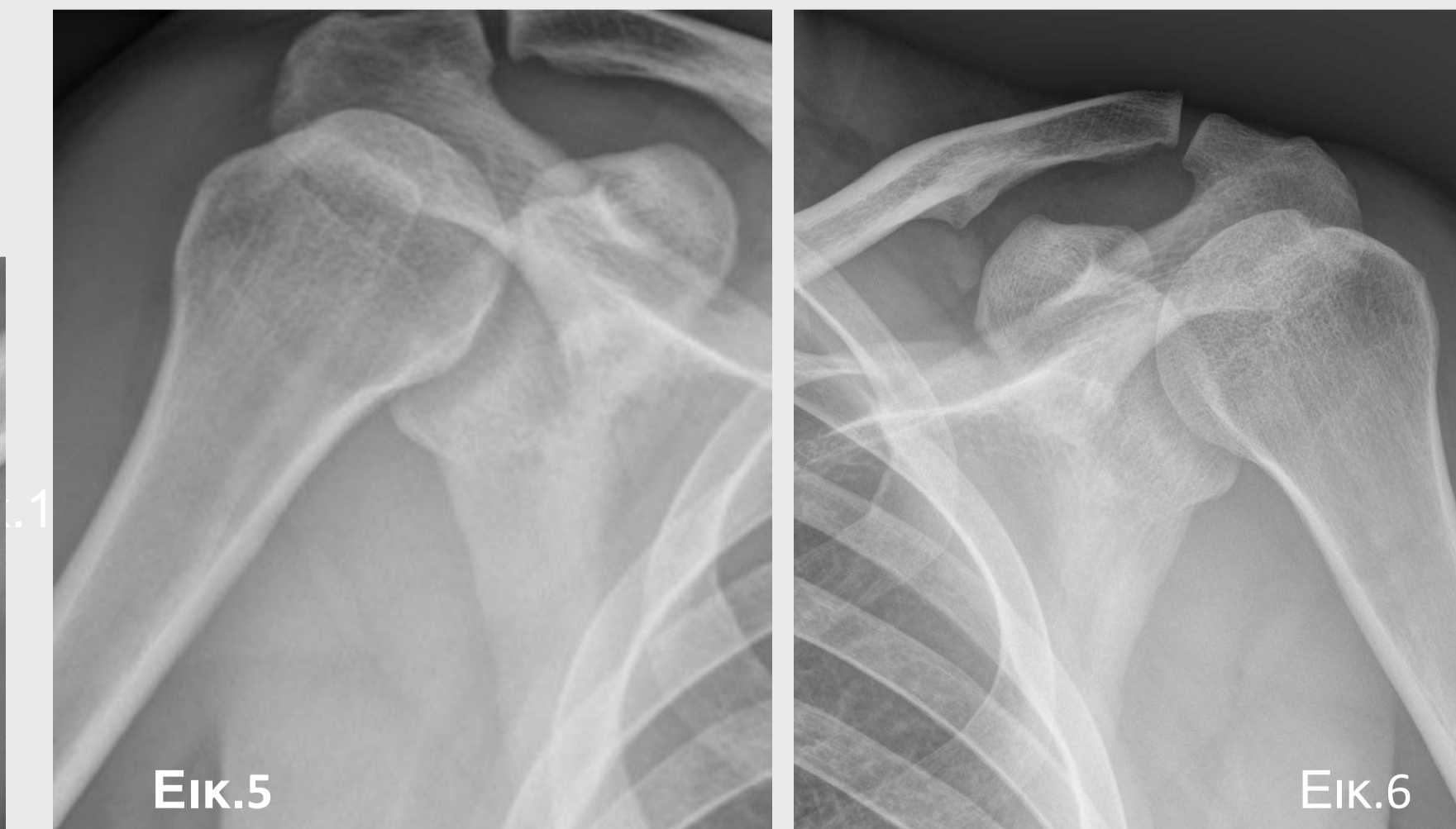
## Αποτελέσματα

Ο ακτινολογικός έλεγχος με ακτινογραφίες προσθιοπίσθιες και των δυο ώμων επιβεβαίωσε την αρχική διάγνωση (εικ. 3,4), ενώ δεν ανεδείχθη περαιτέρω οστική βλάβη.

Ακολούθησε, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών υπό ικανοποιητική ενδοφλέβια αναλγησία κλειστή ανάταξη των δυο άκρων, με χειρισμούς traction – countertraction σύμφωνα με τις γνωστές μεθόδους. Αφού η ανάταξη θεωρήθηκε επιτυχημένη κλινικά, επιβεβαιώθηκε με επαναληπτικό ακτινολογικό έλεγχο (εικ. 5,6), κατά τον οποίο δεν ανεδείχθη συνοδό κάταγμα.

Από τον επαναληπτικό έλεγχο δε διαπιστώθηκε μεταβολή της νευραγγειακής κατάστασης μετά τους χειρισμούς της ανάταξης. Ακολούθησε τοποθέτηση αναρτήσεων και ο ασθενής εισήχθη στην κλινική για παρακολούθηση.

Κατά τον τακτικό επανέλεγχο στους 4 μήνες δε διαπιστώθηκε οποιαδήποτε μη διαγνωσθείσα νευραγγειακή κάκωση, έκπτωση της μυϊκής ισχύος ή αστάθεια.



Εικόνες 5,6: προσθιοπίσθιες ακτινογραφίες ώμων , που επιβεβαιώνουν την επιτυχή ανάταξη, χωρίς εμφανές συνοδό κάταγμα

## Συμπεράσματα

Οι περιπτώσεις αμφοτερόπλευρου luxatio erecta αποτελούν εξαιρετικά σπάνιες κακώσεις και συνοδεύονται σε μεγάλο ποσοστό από νευραγγειακές βλάβες.

Η πρόληψη και η αποκατάσταση αυτού του είδους των βλαβών σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την έγκαιρη αναγνώριση, τη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών και την επιτυχή ανάταξη.

Σημαντική, για την αποκατάσταση του ασθενούς είναι η στενή παρακολούθηση, η τήρηση των πρωτοκόλλων κινησιοθεραπείας, η συμμόρφωση και ο τακτικός επανέλεγχος προκειμένου να αποκλειστούν τυχόν συνοδές κακώσεις , και ενδεχόμενη εμμένουσα αστάθεια. Σε περιπτώσεις υποψίας συνυπάρχουσας βλάβης απαιτείται περαιτέρω έλεγχος και αντιμετώπιση.

## Βιβλιογραφία

1. Szalay E, Rockwood CJ. Injuries of the shoulder and arm. Emerg Med Clin North Am. 2(2):279-294.
2. McLaughlin H. Posterior dislocation of the shoulder. J Bone Jt Surg Am. 24(A)(3):584- 590.
3. Nambiar M, Owen D, Moore P, Carr A, Thomas M Traumatic inferior shoulder dislocation: a review of management and outcome European Journal of Trauma and Emergency Surgery (2018) 44:45–51 doi.org/10.1007/s00068-017-0854-y
4. Middlerdorff M. De nova Humeri Luxationis specie. Clin Eur. 1859;2(12).