

Posterior skulderluxation – en diagnostisk udfordring

1. reservelæge Anton Mitchell Trollegaard

KASUISTIK

Holbæk Centralsygehus,
Ortopædkirurgisk
Afdeling

Posterior skulderluxation (PS) udgør 1-2% af alle skulderluxationer. Primært overses 50-60% af tilfældene [1, 2]. Luxationen kan opstå ved et direkte traume mod anteriore del af skulderen eller ved et indirekte traume ved fald med aksial belastning på strakt indadroteret og adduceret arm [1]. Ved skuldersmerter efter elektrochockbehandling eller epileptisk krampeanfald skal tilstanden mistænkes på grund af den involuntære voldsomme indadrotation, der kan forekomme [3].

Posterior skulderluxation medfører betydelige smerter, afladet anterior skulderkontur og posterior fylde [3], og slanke individer har tydeligt prominente processus coracoideus [4]. Armen er indadroteret og adduceret og kan ikke abduceres væsentligt.

Aktiv udadrotation er totalt ophævet, fordi caput humeri er fikseret i indadrotation bag cavitas glenoidalis. Differentialdiagnoser er skulderkontusion eller rotatormanchetskade [3].

Posterior skulderluxation kan kompliceres af humerusfraktur, posterior skade på labrum (omvendt Bankartlæsion) samt kompressionsfraktur i den anteromediale del af caput humeri (omvendt Hill-Sachslæsion) [2]. Radiologisk kan caput humeri ses displaceret lateralt i forhold til den anteriore rand af cavitas glenoidalis. En forskydning på mere end 6 mm kaldes *rim sign*. Grundet indadrotation antager caput en »elpærefacon« (*light bulb appearance*). Moloneylinjens konvexitet kan være brudt. En Hill-Sachslæsion ses som en vertikal linje på den mediale side af caput. Sammenholdt med mediale cortex ligner mellemrummet en rende (*trough sign*) [2, 4]. Lateral optagelse viser caput beliggende posterior for leddskålen. Aksiloptagelse skal foreligge ved mistanke om PS. Ved behov for supplerende billeddiagnostik er computertomografi (CT) relevant for at kortlægge associerede frakturer. Magnetisk resonans (MR)-optagelse er ikke nødvendig, idet isoleret rotatormanchetskade er uhyre sjælden ved posterior skulderluxation [2, 3].

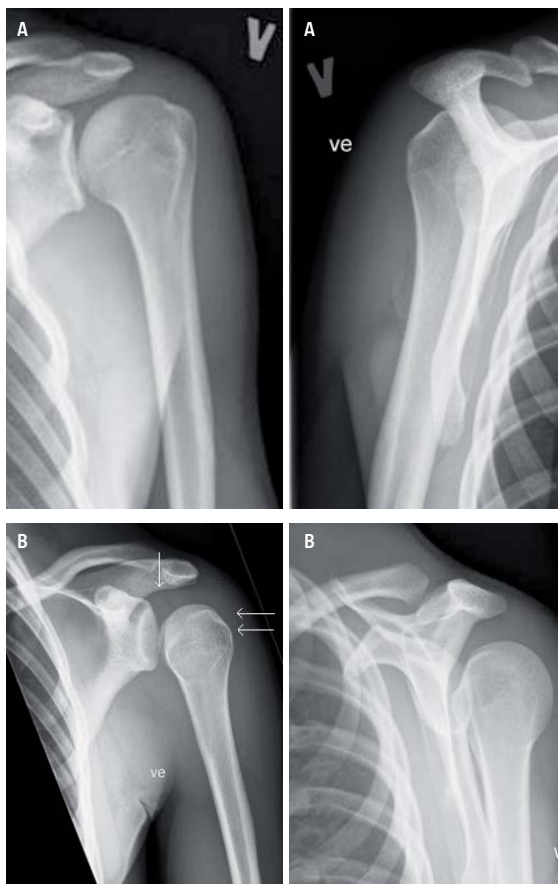
SYGEHISTORIE

En 19-årig mand stødte sin venstre skulder voldsomt mod en medspiller under fodboldspil. Patienten blev undersøgt og røntgenfotograferet på to forskellige skadestuer i løbet af de følgende to døgn. Tilstanden blev tolket som kontusion. På en tredje skadestue fandtes stærke smerter i venstre skulder. Der var breddeøget skulderregion, manglende fylde anterior, og processus coracoideus føltes tydeligt. Armen lå i indadrotation og adduktion og kunne ikke bevæges fra denne position aktivt eller passivt. Neurovaskulære forhold var normale. Røntgen viste posterior skulderluxation (se **Figur 1**). I morfin- og stesolidrus foretog man reposition, hvorefter patienten kunne udadrottere. Røntgenkontrol blev tolket som skulderledet in situ. Leddet blev bedømt til at være stabilt, hvorefter armen blev bandageret i indadrotation med fikseret mitella.

To uger senere kom patienten til kontrol i ambulatoriet. Skulderen var atter klinisk lukseret. Under fuld anæstesi blev ledet konstateret lukseret radiolo-

FIGUR 1

A: Skulderledet in situ efter reposition. Bemærk humerus' kølleform på det anteroposteriore billede. **B:** Anteroposteriort røntgenbillede viser posterior skulderluxation af articulatio humeri sinister. En pil viser *rim sign*. To pile viser den runde elpærefacon af caput humeri. Moloneylinjen (kurven fra margo lateralis scapulae til mediale proximale humerusskæft) med brudt konvexitet. Ingen tegn på omvendt Hill-Sachslæsion. Lateral optagelse med posteriort placeret caput



gisk, det blev reponeret og fikseret på udadrotationspude i fire uger, hvorefter bevægeøvelser blev opstartet. Ved undersøgelse efter tre måneder var der ingen svaghed eller instabilitet, og sportsaktiviteter kunne genoptages.

DISKUSSION

Posterior skulderluksation præsenterer sig med relativt ukarakteristiske fund og symptomer, og nøjagtig diagnostik kan være vanskelig [4]. Diagnostik fordrer korrekt radiologisk evaluering og forstærket mistanke, hvis de objektive fund ikke står mål med tilsyneladende normal billeddiagnostik.

Behandling er lukket reposition med traktion i adduktion. Yderligere indadrotation og lateral traktion kan være nødvendig (*ad modum* DePalma) suppleret med pres på den posteriore del af caput humeri i anterior retning [5]. Armen bør bandageres i neutral- eller udadrotation med diskret ekstension i 3-4 uger efterfulgt af stabilitetstest og begyndende belastning [3]. Irreponible posteriore skulderluksatio-

ner kan skyldes større Hill-Sachs-læsion, kronisk posterior luksation, dislocerede frakturer eller interponerede bløddele [5]. I disse tilfælde foretages åben reposition med eventuel osteosyntese, seneforflytning eller hemialloplastik. Stabilisering af den posteriore del af skulderledet kan blive aktuel [2].

KORRESPONDANCE: Anton Mitchell Trollegaard, Ortopædkirurgisk Afdeling, Holbæk Centralsygehus, DK-4300 Holbæk. E-mail: akulstrup@gmail.com

ANTAGET: 23. februar 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Overlæge Torben Palmer, Radiologisk Afdeling, Holbæk Centralsygehus, takkes for udlån af billedmateriale.

LITTERATUR

1. 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;21:150-2.
2. Cacak N. Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Br* 2004;86:324-32.
3. Hatzis N, Kaar TK, Wirth MA et al. The often overlooked posterior dislocation of the shoulder. *Tex Med* 2001;97:62-7.
4. Wolter D, Kortmann HR, Eggers C. Posterior dislocation of the shoulder – a frequently missed form of luxation. *Hefte Unfallheilkd* 1984;170:135-41.
5. Mimura T, Mori K, Matsusue Y et al. Closed reduction for traumatic posterior dislocation of the shoulder using the 'lever principle': two case reports and a review of the literature. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2006;14:336-9.

Luxatio erecta – en sjælden form for skulderluksation

Reservelæge Sammer Kadhum Al-Saadi & overlæge Bo Sanderhoff Olsen

Inferior skulderluksation – kaldet luxatio erecta – er sjælden med en incidens på 0,5% af alle skulder luksationer. Der er to former af luxatio erecta; subglenoid luksation (caput humeri ligger under den inferiore rand af glenoidalis) og subcoracoid luksation (caput humeri ligger foran collum scapulae).

Formålet med denne kasuistik er at henlede opmærksomheder på den kliniske præsentation samt behandling og efterundersøgelse af patienter med luxatio erecta.

SYGEHISTORIE

En 59-årig mand snublede i sit værksted og tog fra med højre arm, idet patienten forsøgte at gribe en kæde, der hang ned fra loftet. Herefter var der smerter, og patienten kunne ikke adducere armen.

Patienten mødte i skadestuen med fuldt abduceret og let udadroteret højre arm. Ved klinisk undersøgelse kunne man palpere caput humeri i aksillen, og der var svære smerter, hvis man forsøgte at adducere armen. Der var normal sensibilitet i nervus axillaris' område lateralt på skulderen (*regiment badge area*), dog var

der let snurrende fornemmelse i spidsen af fingrene, som forsvandt efter reponering. Røntgenundersøgelse af højre skulder viste inferior luksation (subcoracoid) uden synlige frakturer (**Figur 1**).

Patienten fik morfin som smertestillende og under lokal anæstesi med 20 ml. 1%-lidokain med adrenalin direkte i leddet – som beskrevet af *Suder et al* [1] – blev skulderen reponeret. *Traction-countertraction*-metoden blev anvendt som beskrevet af *Rockwood* ved reponering af skulderen [2], hvor armen blev trukket aksialt mod hovedet og i samme retning med humerus-skaftet, som så blev adduceret gradvis og jævnt til anatomisk stilling, hvor der hørtes et knæk halvvejs. *Countertraction* blev foretaget af en assistent, der anlagde et lagen over klaviklen og trak i modsatte retning. Kontrolrøntgen efter reposition af højre skulder viste, at skulderen sad i anatomisk stilling. Efter reposition blev der anlagt løs mitella i tre uger.

Ved klinisk kontrol tre uger efter skaden var der klinisk mistanke om *rotator cuff*-læsion, idet patienten kun kunne abducere og flektare til 40 grader (der kunne ikke undersøges for udadrotation pga. smer-

KASUISTIK

Herlev Hospital,
Ortopædkirurgisk
Afdeling