

Traumatisk bilateral posterior skulderfraktur-luksation efter krampeanfald

Mazaher Azizpour¹, Peter Anton Suder¹ & Rebekka Fønnesbæk²

KASUISTIK

1) Ortopædkirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Horsens
2) Health, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger
2016;178:V05160315

Posteriore skulderluxationer er generelt sjældne og har en incidens på blot 2-4% af alle skulderdislokationer. Traumatiske posteriore luksationer kan være associeret med frakturer i form af avulsion af *cavitas* eller *caput humeri*-fraktur (*head-splitting*-fraktur eller revers Hill-Sachs-skade). Bilaterale posteriore luksationer udgør < 5% af alle posteriore luksationer – og associerede bilaterale frakturer er yderst sjældne, men kan dog ses ved svære traumer, *grand mal*-epileptiske anfald eller elektriske shock [1]. Halvdelen af alle bilaterale posteriore skulderluxationer med eller uden fraktur skyldes epilepsiudløste krampeanfald med efterfølgende fald [2]. Elektriske shock er årsag til < 5% af alle bilaterale posteriore skulderluxationer med eller uden fraktur [1].

SYGGEHISTORIE

En 52-årig mand blev ved midnat modtaget på akutafdelingen efter at være fundet på gulvet i en sauna. Ved indlæggelsen var han konfus og havde amnesi for evt. krampeanfald eller fald. Han havde smerter i begge skuldre, og objektivt fandt man nedsat både aktiv og passiv bevægelse af begge skuldre, der var ingen tegn på skade af albuer eller hænder, og han var neurologisk intakt. Han havde ikke epilepsi, men var tidligere blevet opereret for benign meningiom.

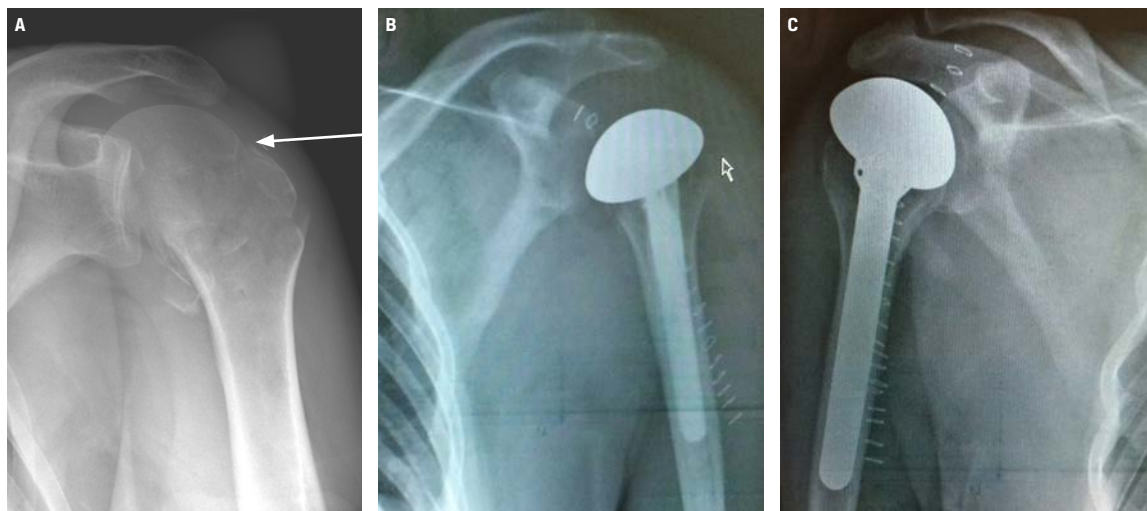
En røntgenundersøgelse af begge skuldre viste bilateral posterior skulderluxation med mistanke om ventresidig knogleafrivning (**Figur 1A**). Begge skuldre var irreponible i generel anæstesi under gennemlysning. En røntgenoptagelse efter repositionsforsøg viste fortsat bilateral posterior luksation med tegn på bilateral subkapital fraktur (**Figur 1B**).

Patienten fik foretaget åben reposition den følgende dag. Peroperativt blev der konstateret bilateral *head-splitting*-fraktur med et stort fragment og øget risiko for kompromitteret blodforsyning, så bilateral behandling med skulderprotese/hemialloplastik blev anvendt (**Figur 1C**).

Postoperativt blev han behandlet med immobilisering i slynge og passive øvelser i seks uger. Røntgenkontrol blev udført efter hhv. seks uger til vurdering af ossøs indheling af tub. major/minor og seks måneder. Han blev relevant undersøgt i både medicinsk og neurologisk regi med elektroencefalografi og MR-skanning, uden at man fandt en påviselig årsag til evt. epilepsi, fraset et mindre postoperativt restmeningiom, der ikke menes at kunne være forklaring på krampeanfaldet. Patienten blev anbefalet at påbegynde standardprofylaktisk antiepileptisk behandling (levetiracetam) ved en neurolog.

FIGUR 1

A. Bilateral posterior skulderluxation inden lukket reponeringsforsøg. Obs. knogleafrivning på venstre skulder (pil). **B.** Bilateral posterior skulderluxation efter lukket reponeringsforsøg. Tegn på bilateral subkapital fraktur. **C.** Postoperativ hemialloplastik.



DISKUSSION

Bilaterale posteriore skulderfraktur-luksationer blev først beskrevet i 1902 af *Mynter* [1]. De er meget sjældne, og den hyppigste årsag til dem er krampeanfald [4]. Reponering af posteriore traumatiske luksationer, hvor fraktur ikke er påvist, er mulig i lokal anæstesi, mens posteriore fraktur-luksationer skal reponeres i fuld anæstesi med mulighed for åben reponering foretaget af en skulderkirurg og supplerende anæstesiologisk relaxsation. Forkert og/eller voldsom lukket reponeringsteknik ved posteriore traumatiske luksationer kan forårsage associerede ossøse skader. Åben reponering ved en skulderkirurg skal derfor overvejes ved en mislykket lukket reposition, da det er kompliceret kirurgi, der kræver ekspertviden.

Hos patienten i sygehistorien medførte manglende præoperativ CT, at de associerede frakturer ikke blev opdaget ved de første almindelige røntgenundersøgelser. Retrospektivt kan der på de venstresidige primære røntgenbilleder ses en knogleafsprængning, der burde have udløst en præoperativ CT – hvorved identifikation af velkendte frakturer (*head-splitting*-fraktur eller Hill-Sachs-skade på caput humeri eller avulsion af cavitas) havde været mulig allerede præoperativt, og ikke først peroperativt. Dette havde sikret sufficient præoperativ planlægning og information af patienten inden forsøg på åben reposition.

Konklusivt bør patienter med traumatisk posterior skulderluxation altid skannes præoperativt med CT inden forsøg på lukket reposition og for at udelukke eventuelle frakturer, der kan være overset på en konventionel røntgenoptagelse, således at der sikres sufficient præoperativ planlægning for kirurgen og korrekt præoperativ information af patienten. Åben reposition af traumatisk posterior skulderfraktur-luksation bør foretages af en skulderkirurg for at sikre bedst mulig behandling og postoperativ prognose.

SUMMARY

Mazaher Azizpour, Peter Anton Suder & Rebekka Fønnesbæk:

Traumatic bilateral posterior shoulder dislocation after a seizure

Ugeskr Læger 2016;178:V05160315

We report a rare case in which a 52-year-old man was found lying on the floor of a sauna. He was confused and complained of pain in both shoulders. He had previously had surgery of a benign meningioma. The initial X-ray examination of both shoulders showed bilateral posterior shoulder dislocation, but no fractures were detected. An attempt to reposition the shoulder dislocation was performed but with no success. Intraoperative examination on the next day detected bilateral fractures with partially destroyed joint head. The fractures could not be healed by osteosynthesis, and a bilateral prosthesis was used instead.

KORRESPONDANCE: Mazaher Azizpour. E-mail: dr.m.azizpour@gmail.com

ANTAGET: 31. august 2016

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 28. november 2016

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Blackstone M, Patterson SD, Kertesz A. Triple "E" syndrome: bilateral locked posterior fracture dislocation of the shoulders. *Neurology* 2001;56:1403-4.
2. Kokkalis ZT, Mavrogenis AF, Ballas EG et al. Bilateral neglected posterior fracture-dislocation of the shoulders. *Orthopedics* 2012;35:e1537-e1541.
3. Cooke SJ, Hackney RG. Bilateral posterior four-part fracture-dislocations of the shoulders following electric shock: a case report and literature review. *Injury* 2005;36:90-5.
4. O'Connor-Read L, Bloch B, Brownlow H. A missed orthopedic injury following a seizure: a case report. *J Med Case Rep* 2007;1:20.