

İyatrojenik Kanat Skapula: Bir Olgu Sunumu

Iatrogenic Winging Scapula: A Case Report

Özgür Zeliha KARAAHMET, Ebru UMay, Ece ÜNLÜ, Şehmus DEMİR, Aytül ÇAKCI
Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Kanat skapula (KS), skapulunun medial kenarının veya inferior açısının göğüs duvarından uzaklaşmasıdır. KS nedenlerinden biri olan Spinal aksesuar sinir (SAS) yaralanmaları seyrek görülür ve çoğunlukla iyatrojeniktir. Sinirin yüzeye yakın seyri, posterior lenf nodu zincirine olan yakın komşuluğu ve posterior servikal üçgenin sadece cilt ve boyun fasyası ile kaplı olması, aksesuar siniri travmalara yatkın kılmaktadır. SAS yaralanması trapezius kası disfonksiyonuna neden olur. Trapezius kası skapulunun major stabilizör kaslarından biridir. KS klinik bir tanıdır. Bununla birlikte ileri tanısıl testlerle nedeni irdelemek gerekir. Elektrodiagnostik çalışmalar, nöromüsküler nedenleri ortaya koymak için önemlidir. Burada iyatrojenik olarak SAS felci gelişmiş olan bir olgu sunuldu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2011;57 Özel Sayı 2: 348-50.*

Anahtar Kelimeler: Kanat skapula, spinal aksesuar sinir hasarı

Summary

Winging scapula (WS), is a condition of scapula's medial edge or inferior border which is displaced away from the rib cage. One of the WS causes is the spinal accessory nerve (SAN) injuries which are rare and mostly iatrogenic. It is susceptible to iatrogenic injury as its course is superficial and close to the posterior lymph node chain and the posterior cervical triangle is covered only by skin and investing fascia of neck. Injury to the SAN can lead to dysfunction of the trapezius muscle. Trapezius is one of the major stabilizer muscles of the scapula. WS is diagnosed clinically. However, further diagnostic evaluations should be performed to determine the underlying etiologies. Electrodiagnostic studies are important to determine the neuromuscular causes. Herein, a patient with iatrogenic SAN palsy is presented. *Turk J Phys Med Rehab 2011;57 Suppl 2: 348-50.*

Key Words: Winging scapula, spinal accessory nerve injury

Giriş

Kanat skapula (KS), skapulotorasik eklemdaki kemik, yumuşak doku ve nörolojik patolojiler sonucu ortaya çıkar. Nörolojik kökenli KS sıklık sırasına göre serratus anterior (uzun torasik sinir), trapezius (spinal aksesuar sinir (SAS) ve romboid major kaslarının paralizisi (dorsal skapular sinir) sonucu gelişmektedir (1).

SAS 11. kranial sinir olup trapezius kasının pür motor innervasyonunu sağlar (2). SAS posterior servikal üçgende yüzeyel seyri nedeniyle travmalara daha yatkın hale gelmektedir. En sık boyun bölgesinde cerrahi girişimler sonucu iyatrojenik olarak hasara uğramaktadır (3-5). Literatürde boyun bölgesi cerrahilerinde %10 ile %67 arasında SAS yaralanması bildirilmektedir (6,7). Yapılan

çalışmalarda, hastaların SAS yaralanması nedeni ile omuz ağrısı, kas kuvvetsizliği ve omuzda düşüklük semptomları ile başvurdukları bildirilmektedir (2,4,6).

Burada, polikliniğimize omuz ağrısı ile başvuran ve ayrıntılı anamnez ve fizik muayene sonrasında geçirilmiş boyun cerrahisine bağlı SAS yaralanması olduğu saptanan bir olgu sunuldu. Bu olgunun sunulmasında, omuz ağrısı ile gelen hastaların ayırıcı tanısında düşünlmesi gereken bir durum olduğunun hatırlatılması amaçlandı.

Olgu

Yirmi yaşında erkek hasta sol omuzunda ağrı şikayeti ile başvurdu. Omuz ağrısının özellikle abduksiyon sırasında arttığını,

eşya kaldırmakta güçlük çektiğini ve bu şikayetlerinin bir ay önce boynundan geçirdiği benign kitle eksizyonu operasyonu sonrasında geliştiğini belirtti. Hastanın fizik muayenesinde, omuzları arasında asimetri, sol omuzunda düşüklük ve trapezius kasının üst bölümünde atrofi olduğu görüldü. Hastanın pasif omuz eklem hareket açıklıkları tamdı. Aktif sol omuz abduksiyonunu 90 dereceden sonra güçlkle tamamlayabiliyordu ve sol skapulada hafif bir kanatlanma gözlendi (Resim 1). Hastanın nörolojik muayenesinde sol trapezius kasının motor fonksiyonu +3/5 idi. Kranial sinir muayenesi normaldi. Sternokleidomastoid (SCM) ve diğer kas kuvvetleri de normal olarak bulundu. Hastanın yapılan elektromiyografi (EMG) incelemesinde, sol üst ekstremité median ve ulnar sinir motor ve duyu iletim çalışmaları normaldi. İğne EMG’de sol trapezius kası üst, orta ve alt kısmında spontan aktivite saptandı. Hafif kasıda polifazik motor ünite potansiyellerinde artış ve tam kasıda interferans paterninde seyrelme tespit edildi (Tablo 1). Sol SCM, deltooid, supraspinatus, infraspinatus, serratus anterior, levator skapula ve romboid major kaslarının EMG incelemesi normal sınırlarda bulundu. Bu bulgularla cerrahi kesiyeye bağlı SAS felci tanısıyla hasta trapezius kasına 10 sn kontraksiyon, 50 sn dinlenme aralığı olacak şekilde Russian akımı uygulandı. Bu program 14 seans fizik tedavi programına alındı. Ayrıca günde dört kez ve her sette 20 tekrar olarak eklem hareket açıklığı egzersizleri, 10 saniye gerilip 10 saniye dinlendirme şeklinde, günde iki kez her sette 10 tekrar olacak şekilde germe egzersizleri ve günde iki kez 10 tekrarlı omuz kasları ve skapula kuvvetlendirme egzersizleri hem fizyoterapist gözetiminde tedavi boyunca yapıldı, hem de ev programı olarak verildi. Tedavi sonrası yapılan kontrolde kas kuvveti 4/5 olarak değerlendirildi.



Resim 1. İnspeksiyonda sol skapulada "kanat skapula" görünümü: Sol tarafta okun ucunda, skapulada abduksiyon hareketi ile laterale doğru kayma ve skapula medialinde belirginleşme görülmektedir.

Tablo 1. Hastamıza ait trapezius kası iğne EMG çalışması bulguları sonuçları.

	Spontan aktivite				Hafif kası MÜP özelliği			Seyrelme Paterni
	GA	Fibrilasyon	PKD	Fasikülasyon	Amplitüd	Süre	Polifazi	
Trapezius (üst)	N	+2	+3	Yok	N	+1	+1	-2
Trapezius (orta)	N	+1	+2	Yok	N	+1	N	-2
Trapezius (alt)	N	+1	+2	Yok	N	+1	N	-2

EMG: Elektromiyografi, N: Normal sınırlarda, GA: Giriş aktivitesi, PKD: Pozitif keskin dalga, MÜP: Motor ünite potansiyeli.

Tartışma

Glenohumeral ve skapulotorasik eklem biomekaniğine katkıda bulunan birçok kas olmasına rağmen üst ekstremité hareketleriyle skapulanın göğüs duvarından uzaklaşmasını önleyen anahtar kaslar; serratus anterior, trapezius, romboidler ve levator skapula (3). Trapezius kası fonksiyonel açıdan üçe ayrılır. Üst 1/3 lifleri skapulanın elevasyonunu ve yukarı rotasyonunu, orta 1/3 lifleri skapulanın addüksiyonunu ve retraksiyonunu sağlar. Alt 1/3 lifleri ise skapulayı stabilize ederek aşağı yönde rotasyonunda ve depresyonunda rol oynar (6).

Omuzun özellikle abduksiyon ve öne fleksiyon hareketleri sırasında stabilizör kasların yetersizliği nedeniyle skapula sabitlenememekte ve glenoid humerus başı için yeterli bir destek sağlayamamaktadır. Bu yüzden omuz fonksiyonlarında belirgin bir azalma gözlenmektedir. Stabilizasyondaki yetersizliğe bağlı olarak KS ve omuz asimetrisi problemleri oluşmaktadır (3,6,8). Uzun torasik sinir lezyonuna bağlı olarak gelişen KS’de kanatlanma, kol öne doğru kaldırıldığında belirginleşir ve skapulanın medial kenarı ortaya çıkar. C5 kaynaklı dorsal skapular sinir hasarına bağlı romboid kasların paralizisinde ise skapula medial kenarında ağrı, omuzun hafif depresyonu ile birlikte skapulanın laterale translasyonu, inferior köşesinin laterale rotasyonu ve skapula medial kenarında atrofi görülür. Aksesuar sinir felcine bağlı olanda ise, kolun abduksiyonu ile belirgin hale gelir ve skapula yukarı doğru hareket eder (3). SAS lezyonuna bağlı KS’li hastalarda omuz seviyesi sağlam tarafa göre düşüktür, skapula depresedir ve inferior açısı laterale kaymıştır. Genellikle 70-90 dereceden daha fazla abduksiyon zordur ve ağrılıdır. Omuz biyomekaniğinin bozulmasına bağlı olarak kronik kas atrofisi, kronik omuz ağrısı, ve kozmetik deformiteler gelişebilir (2,3,6). Bizim olgumuzda omuz abduksiyonunda belirgin bir kısıtlılık olmamasına karşın omuz abduksiyonu sırasında ciddi omuz ağrısı mevcuttu. Sol omuzunda düşüklük, sol üst trapezius kasında atrofi ve sol skapulada abduksiyon hareketi ile hafif bir kanatlanma gözlendi. Klinik bulgular bakımından abduksiyon pozisyonunda kanatlanmanın olması SAS hasarını düşündürmekte idi. Kesin SAS hasarı, elektrofizyolojik olarak yapılan değerlendirme sonucunda serratus anterior ve romboid major kaslarında paralizisi olmaması ile konuldu.

SAS hasarında komplikasyonların önlenmesi için tedaviye mümkün olan en kısa sürede başlanmalıdır. Tedavinin başında ağrının kontrolü gereklidir ve erken dönemde eklem hareket açıklığı egzersizleri, skapular stabilizasyon egzersizleri, kuvvetlendirme egzersizleri (trapezius, romboidler ve levator skapula kasları) verilir. Kronik ağrılı ve dirençli KS cerrahi tekniklerle tedavi edilebilir.

Cerrahi girişimler genellikle sinir fonksiyonlarının düzelmesi için yeterli bir zaman (bir yıl) bekledikten sonra önerilmektedir (3,6). Geç cerrahi uygulamalarda dahi iyi sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir (4). Biz de olgumuzda, ciddi omuz dizabilitesi olmaması nedeniyle öncelikle konservatif tedavi uygulamayı tercih ettik. Yapılan 14 seans tedavi programı sonrasında da hastanın yapılan kas kuvveti değerlendirmesinde kasın bir miktar dirence karşı koyabildiği saptandı.

Sonuç olarak, omuz ağrısı ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında anamnez ve fizik muayenenin önemini bir kez daha vurgulamak, özellikle posterior servikal üçgende bir operasyon hikayesi varlığında SAS hasarını ayırıcı tanıda düşünmek ve böyle bir durumda cerrahi öncesinde konservatif tedavinin denenmesi gerektiğini bildirmek amacı ile sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Akman Ş, Demirhan M, Akpınar S. Kanat skapula: Sınıflama, tanı ve tedavi prensipleri. Acta Orthop Traumatol Turc 1998;32:73-8.
2. Brown H, Burns S, Kaiser CW. The spinal accessory nerve plexus, the trapezius muscle, and shoulder stabilization after radical neck cancer surgery. Ann Surg 1988;208:654-61.
3. Aktaş I, Akgün K. Kanat skapula. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2007;53:113-7.
4. Daneyemez M, Gürkanlar D, Somaz I, Temiz Ç. Iatrogenic injury to the spinal accessory nerve: Late surgery. Turkish Neurosurgery 2005;15:203-6.
5. Chan PK, Hems TE. Clinical signs of accessory nerve palsy. J Trauma 2006;60:1142-4.
6. Wiater JM, Bigliani LU. Spinal accessory nerve injury. Clin Orthop Relat Res 1999;368:5-16.
7. McGarvey AC, Chiarelli PE, Osmotherly PG, Hoffman GR. Physiotherapy for accessory nerve shoulder dysfunction following neck dissection surgery: A literature review. Head Neck 2011;33:274-80.
8. Demirhan M, Uysal M, Onen M. The use of the cable-grip system in the treatment of winged scapula caused by post-traumatic combined nerve injury: a case report. Acta Orthop Traumatol Turc 2002;36:162-6.