

Son ütücü olarak çalışan bir olguda spinal aksesuar sinir hasarına bağlı kanat skapula A case of spinal accessory nerve palsy with winged scapula as a result of ironing

Azize Serçe^{ID} Özgür Zeliha Karaahmet^{ID} Eda Gürçay^{ID} Ece Ünlü^{ID} Aytül Çakıcı^{ID}

Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

Öz

Spinal aksesuar sinir (SAS), 11. kranial sinir olup trapezius kasının pür motor innervasyonunu sağlar. Hastalarda SAS yaralanması nedeni ile omuz ağrısı, kas kuvvetsizliği ve kanat skapula gelişebilir. SAS hasarına bağlı gelişen kanat skapula nadir görülür. Tanısı elektromiyografi (EMG) ile konulmaktadır, ayırıcı tanı ve ek patolojiler açısından ultrasonografi (USG)'ye başvurulabilmektedir. Son yıllarda ise non-invaziv, ucuz, kullanım kolaylığı olan bir yöntem olması nedeniyle USG'nin periferik sinirlerin görüntülenmesinde kullanımı artmaktadır. Bu yazıda, kanat skapula gelişmiş son ütücü olarak çalışan bir hasta EMG ve USG bulguları eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Spinal aksesuar sinir, elektromiyografi, ultrasonografi.

Abstract

Spinal accessory nerve (SAN) which is the 11. cranial nerve, provides motor innervation of the trapezius muscle. Shoulder pain, muscle weakness and winged scapula can be developed in patients with SAN injury. Winged scapula which is caused by SAN damage is rare. The diagnosis is confirmed with electromyography (EMG), ultrasonography (USG) can be referenced in terms of differential diagnosis and additional pathologies. In recent years, because of being non-invasive, inexpensive, user-friendliness method, the use of USG is increasing to view of the peripheral nerves. Herein, a patient with winged scapula who was employed as a making ironing was discussed by the EMG and USG findings.

Keywords: Spinal accessory nerve, electromyography, ultrasonography.

Giriş

Kanat skapula (skapula alata) sıklıkla skapulotorasik stabilize edici kaslar olan serratus anterior, trapezius ve rhomboid kasların disfonksiyonuna bağlı gelişen, skapula medial kenarının torakstan uzaklaşması ile karakterize bir klinik durumdur (1,2). Skapulohumeral ritmin bozulmasına bağlı omuz kas gücünde azalma, eklem hareket açıklıklarında azalma, kozmetik problemler, periskapular kaslarda gerginlik ve spazma bağlı ağrıya neden olabilir (3,4).

Trapezius paralizisine bağlı gelişen skapular kanatlanma oldukça nadir bir durum olup Spinal aksesuar sinir (SAS) yaralanmalarına bağlı gelişir. Etkilenen omuzda düşüklük vardır ve kanatlanma omuz abduksiyonu ve dirence karşı aktif eksternal rotasyon ile belirginleşir.

Ağır yük torbası taşıma, travma ve sporla ilişkili yaralanmalara bağlı gelişebileceği gibi sıklıkla servikal lenf doku diseksiyonu ve kitle eksizyonu gibi cerrahiler sırasında iatrojenik olarak görülür (4,5). Donner ve Kline (6) tarafından yapılan bir çalışmada SAS hasarı olan olguların %71 iatrojenik, %24 travma ile ilişkili olduğu görülmüştür. Spontan veya idiyopatik olan olgular ise son derece nadirdir.

Burada tekrarlayan travma sonrası SAS hasarı gelişen bir olgu ultrasonografi (USG) ve elektrofizyoloji eşliğinde sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Yirmi bir yaşında erkek hasta yaklaşık bir yıldır olan sağ omuz ağrısı ve düşüklüğü yakınması ile başvurdu. Omuz ağrısının özellikle abduksiyon ve aktivite sırasında arttığını belirtti. Uyuşma karıncalanma yakınması yoktu. Ek bir hastalığı, travma, ilaç kullanım, cerrahi öyküsü ve aile öyküsünde özellik yoktu. Dominant eli sağ olan hastanın 4 yıldır ütücü olarak çalıştığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde omuzlar arasında asimetri, sol omzunda düşüklük, trapezius kasının üst bölümünde atrofi ve omuz abduksiyonu ile belirgin hale gelen, istirahatte kaybolan sağ tarafta kanat skapulası

Yazışma Adresi: Özgür Zeliha Karaahmet

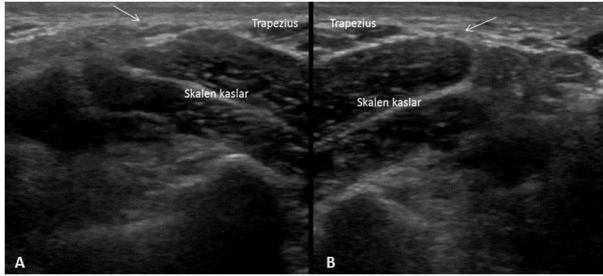
Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 11.07.2016 Kabul Tarihi: 05.09.2016

mevcuttu. Nörolojik muayenesinde sağ trapezius kasının motor fonksiyonu +3/5 idi. Kranial sinir muayenesi, *sternocleidomastoideus* (SCM) ve diğer kas kuvvetleri normaldi. Rutin hemogram, biyokimya tetkikleri, vitamin B12 düzeyi, tiroid fonksiyon testleri, omuz, servikal ve akciğer direkt grafileri normaldi.

Elektromiyografi (EMG)'sinde sağ üst ekstremitte median ve ulnar sinir motor ve duyu iletim çalışmaları normaldi. İğne EMG'de sağ SCM, deltoid, supraspinatus, infraspinatus, serratus anterior, levator skapula ve romboid major kasları normal olarak değerlendirildi. Sağ trapezius kası üst, orta ve alt kısımlarında spontan aktivite, hafif kasıda polifazik motor ünite potansiyellerinde artış ve tam kasıda interferans paterninde seyrelme tespit edildi.

Hastanın interskalen bölgedeki transvers USG görüntülerinde semptomlarının olduğu sağ tarafta skalen posterior kasının ön kenarında SAS'ın ödematöz, hipoekojen ve genişlemiş olduğu görüldü. Sol tarafta ise SAS normal ekojenite ve boyutta izlendi (Şekil-1).



Şekil-1. Sağ tarafta kanat skapulası ve düşük omuzu olan bir hastanın interskalen bölgedeki transvers ultrason görüntüleri. Skalen posterior kasının ön kenarında okla gösterilen aksesuar sinir ödematöz, hipoekojen ve genişlemiş olarak izlenmektedir (A). Karşı tarafta, aksesuar sinir normal ekojenite ve boyuttaki izlenmektedir (B).

Hastaya yapılan tetkiklerle SAS hasarı tanısı konulduktan sonra elektrik stimülasyonu, aşamalı olarak aktif asistif ve rezistif egzersiz programı önerildi ve 4 hafta sonra tetkiklerinin yeniden yapılması amacıyla kontrole çağırıldı. Kontrolüne gelmeyen hastaya telefonla ulaşıldı. Ağrısının azaldığını fakat sol omuzundaki düşüklük ve omuzlar arasında asimetri yakınmasının hala devam ettiğini belirtti.

Hastadan tıbbi verilerinin yayınlanabileceğine ilişkin yazılı onam belgesi alındı.

Tartışma

Trapezius kas paralizisi sıklıkla nörojenik olup SAS hasarına bağlı gelişir. Sinirin yüzeysel seyretmesi, posterior

servikal bölge travmaları, servikal lenf nodu diseksiyonu ve kitle eksizyonu sırasında yaralanmasına daha yatkın yapar. Boyun cerrahisi sırasında meydana gelen SAS hasarı son yıllarda yeni tekniklerin gelişmesi nedeniyle azalmıştır (4). Spontan veya idiyopatik olarak nadiren görülmekle birlikte meslek hastalığı olarak da marangoz, araba tamircisi, kaynakçı ve terzilerde tanımlanmış olgular vardır (4).

Kanat skapula dinamik veya statik olabilir. Osteokondroma, skolyoz, konjenital musküler distrofi, postravmatik kontraktür ve iatrojenik sebeplere bağlı gelişebilen statik kanat skapulada istirahat halinde kanatlaşma görülür. Dinamik kanat skapulada ise skapula hareket ile belirgin hale gelir, istirahatte patoloji görülmez (7). Uzun torasik sinir hasarı nedeniyle oluşan serratus anterior kas zayıflığı medial skapulada kanatlanmaya yol açar. Kanatlanma hasta kollarını fleksiyona getirirken belirginleşir. Bizim olgumuzda olduğu gibi trapezius kas yetmezliğinde ise omuz düşüklüğü olur ve kol abduksiyonda iken belirginleşen lateral kanatlanma mevcuttur.

Fizyopatolojisinde tekrarlayan travmalara bağlı olarak sinirde nöropraksi geliştiği düşünülmektedir. Kasın fasyasında fibrozis ve mikrovasküler yetmezlik ve buna bağlı olarak da nöropati gelişmektedir (1). Tanısında EMG altın standart olup, kompresif sendromlar dahil farklı periferik nörolojik durumların tanımlanması ve sinir hasarını göstermesi açısından çok önemlidir (1).

USG son yıllarda periferik sinirlerin görüntülenmesinde sıklıkla kullanılan maliyeti düşük, taşınabilir, non-invaziv, kontraendikasyonu olmayan bir yöntem olup klinisyene etiyoloji ve ek patolojilere yönelik bilgiler de verir (8,9). Bizim olgumuzda SAS hasarı EMG ile tespit edildikten sonra USG ile değerlendirildi ve kompresyona bağlı gelişen nöropatilerde görülen sıkışmanın proksimalinde sinirde ödem ve çap değişikliği görüldü, ek patoloji saptanmadı.

SAS hasarına bağlı gelişen kanat skapula nadir görülmekle birlikte hastanın üst ekstremitte fonksiyonlarını kısıtlayan ve etiyolojisi çok çeşitli olabilen bir klinik durumdur. Birçok hastalığı taklit edebilmesi tanısını zorlaştırabilir ve tanının gecikmesine yol açabilir (10). Doğru tanı için öncelikle iyi bir klinik muayene gereklidir. Elektromiyografik ve ultrasonografik incelemeler tanıyı doğrulamak için oldukça faydalıdır. Bu olguyu sunmaktaki amacımız ultrasonun periferik sinir görüntülemesinde kullanımının giderek arttığını vurgulamak ve USG konusundaki gelişmeler arttıkça bu konudaki çalışmaların artacağını, hatta EMG yapılamayan durumlarda yerini alabileceğini belirtmekti.

Kaynaklar

1. Silva JB, Gerhardt S, Pacheco I. Syndrome of fascial incarceration of the long thoracic nerve: Winged scapula. *Rev Bras Ortop* 2015;50(5):573-7.
2. Chillemi C, Franceschini V, Ippolito G, et al. Osteochondroma as a cause of scapular winging in an adolescent: A case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2013;23(7):220.
3. Gregory J, Galano MD, Louis U, et al. Surgical treatment of winged scapula. *Clin Orthop Relat Res* 2008;466(3):652-60.
4. Ryan MM, David EF. Scapular winging: Anatomical review, diagnosis and treatments. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2008;1(1):1-11.
5. Karahmet OZ, Umay E, Ünlü E, Demir Ş, Çakıcı A. Iatrogenic winging scapula: A case report. *Turk J Phys Med Rehab* 2011; 57(2):348-50.
6. Donner TR, Kline DG. Extracranial spinal accessory nerve injury. *Neurosurgery* 1993;32(6):907-11.
7. Orth P, Anagnostakos K, Fritsch E, Kohn D, Madry H. Static winging of the scapula caused by osteochondroma in adults: A case series. *J Med Case Rep* 2012;25(6):363.
8. Ali ZS, Pisapia JM, Ma TS, Zager EL, Heuer GG, Khoury V. Ultrasonographic evaluation of peripheral nerves. *World Neurosurg* 2015;15(1):1347-9.
9. Bianchi S. Ultrasound of the peripheral nerves. *Joint Bone Spine* 2008;75(6):643-9.
10. Akgun K, Aktas I, Terzi Y. Winged scapula caused by a dorsal scapular nerve lesion: A case report. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89(10):2017-20.