

Skapular Kanatlanmaya Bağlı Pektoralis Minör Sendromu (Hiperabduksiyon Sendromu)

Pectoralis Minor Syndrome Associated With Scapular Winging (Hyperabduction Syndrome)

Erkan KAYA, İlknur TUĞCU*, Bilge YILMAZ*

Bursa Asker Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bursa, Türkiye

*TSK Rehabilitasyon Merkezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

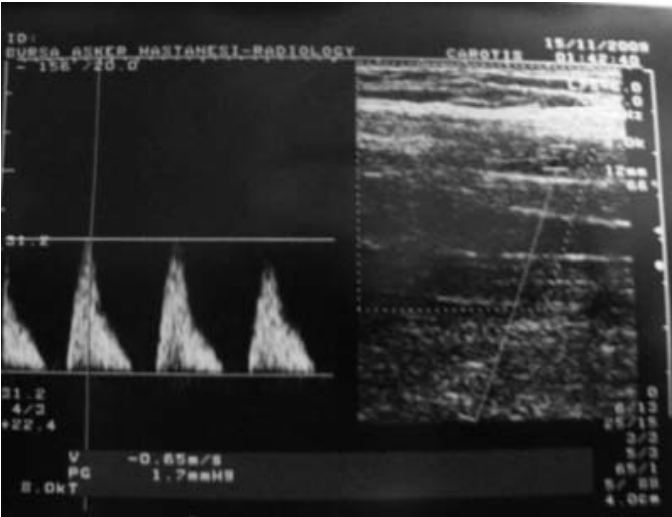
Sayın Editör;

Kolon tekrarlayıcı ve uzun süreli hiperabduksiyonu ile brakial pleksus, subklavian arter veya vende torasik çıkış bölgesinde kompresyon ve irritasyon oluşmasına bağlı olarak üst ekstremitede görülen nörovasküler semptomlarla karakterize pektoralis minör sendromu (PMS) nadir bir omuz ağrısı nedenidir. Üst ekstremitenin uzamış hiperabduksiyonu sıklıkla uyku sırasında görülmekle birlikte boya işleri ve elektrik tamiri gibi işlerde çalışanlarda da siktir (1,2). Skapular kanatlanma görülen durumlarda skapulohumeral ritmin bozulması nedeniyle de PMS görülebilir (3). Bir aydır sağ omuz ağrısı ve sağ omzunu kaldırmakta güçlük şikâyeti olan 38 yaşında, elektrik tamircisi erkek hastaya PMS tanısını koyduk. Ancak başlangıç muayene bulguları ve hastanın elindeki 1 hafta öncesine ait ortopedi uzmanı tarafından planlanmış sağ omuz MR bulguları supraspinatus tendonunda sıkışma sendromu ile uyumluymdu. Hastaya uygulanan subakromiyal enjeksiyon testi de pozitif. Hastada sıkışma sendromu düşünöldü ve hastanın sağ üst ekstremitesine yönelik 15 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon programı uygulandı. Tedavi bitiminde hasta ağrısının geçtiğini ifade ediyordu. Omuz eklem hareketleri tüm yönlerde ağrısız ve tamdı. Hasta normal iş yaşantısına dönebildi ancak tedavi bitiminden 1 hafta sonra işi gereği kollarını yukarıda tuttuğu sırada, sağ kolunda 1-2 dakika içinde renk değışikliğı ve yorgunluk oluşmaya başlaması şikâyetleri ile tekrar polikliniğimize başvurdu. Hastada sağ serratus anterior kası atrofik görünümde idi, sağ skapulada medial kanatlanma olduğu tespit edildi (Resim 1). Sağda Adson testi

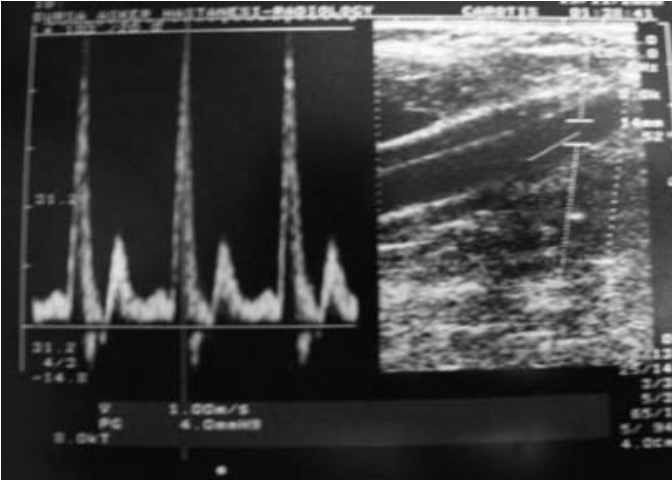
pozitif, Roos egzersiz testi pozitif idi. Hastanın görüntülenme yöntemleri (brakial pleksus Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), radyografi, servikal MRG) ve laboratuvar değerleri normal olarak değerlendirildi. Yapılan elektrofizyolojik incelemede, serratus anterior kasında istirahatte pozitif keskin dalga ve fibrilasyon potansiyelleri saptandı. Ultrason ile yapılan Doppler incelemede sağ aksiller arterde piksistolik akım hızı brakial arterde 98 cm/sn olarak ölçöldü. Skapuların stabilize olduğu supin pozisyonda omuz abduksiyonda yapılan incelemede arterial akımlarda farklılık saptanmadı. Ancak ayakta ve abduksiyonda yapılan incelemede aksiller ve brakial arterlerde monofazik düşük debili (10 cm/sn) akım izlendi (Resim2,3). Bulgular vasküler torasik çıkış sendromu olarak yorumlandı. Bulguların hiperabduksiyonda ortaya çıkması ise daha spesifik bir tanı olan PMS'yi düşöndürdü. Hastaya skapular stabilizasyon egzersizleri ve omuz kuşağını güçlendirme egzersizleri gösterildi. Oral B12 vitamini başlandı. Hastanın bir yıl sonra yapılan kontrol muayenesinde, hasta ağrı oluşmadan kollar baş seviyesinin üzerinde uzun süreli çalışabiliyordu. Her iki hemitoraksta asimetri yaratacak kas atrofisi kaybolmuştu. Skapular kanatlanma azalmakla birlikte devam etmekte idi. Hasta kontrol elektrofizyolojik değerlendirmeyi kabul etmedi. Yapılan kontrol doppler ultrason incelemesinde sağ aksiller arterde piksistolik akım hızı brakial arterde 100 cm/sn olarak ölçöldü. Yatarak omuz abduksiyonda yapılan incelemede arterial akımlarda farklılık saptanmadı. Ayakta abduksiyonda yapılan incelemede brakial arterde monofazik ancak artmış debili (70 cm/sn) akım izlendi. İki yıl sonra yapılan kontrolde ise hastanın herhangi bir şikâyetinin kalmadığı saptandı.



Resim 1. Sağ skapulada kanatlanma.



Resim 2. Oturur pozisyonda sağ omuzda abduksiyonda düşük debili monofazik akım.



Resim 3. Supin pozisyonda kol abduksiyonda skapulanın stabilizasyonuna bağlı olarak monofazik akımın kaybolması ve trifazik akım oluşması.

PMS tanısı iyi bir anamnez ve fizik muayene ile konulabilir. Ancak tüm hastaların omuz kuşağını ilgilendiren servikal kosta, skalenus antikus, kostaklavikular sendrom, rotator manşon patolojileri ve sıkışma sendromu gibi olası tanılardan önce değerlendirilmesi gerekir (2). Başlangıç muayenesinde hastada sıkışma sendromu düşünülmesi ve tedavinin buna göre düzenlenip hastanın günlük yaşam faaliyetlerine kısa bir sürede geri dönmesi skapular kanatlanma sonucunda ortaya çıkan ek bir diğer hastalığın tanısının konmasını hızlandırmıştır. Şikâyetlerin hiperabduksiyonda ortaya çıkması, arteryel dopplerde akım hızlarının düşük saptanması ve trifazik dalga paterninin kaybolması hastada aynı zamanda PMS geliştiğini göstermiştir. Serratus anterior kası skapulanın ana stabilizatörüdür. Uzun torasik sinir lezyonlarında skapulanın inferior açısı yukarı doğru rotasyon yapar, orta hattan uzaklaşır ve sonuçta skapular kanatlanma ortaya çıkar (3). Normal hareket ritminin bozulması omuz bölgesindeki anatomik yapıların yerleşimini de etkiler. Skapular kanatlanma, üst ekstremiteye giden nörovasküler yapıların bulunduğu anatomik boşluklarda bu yapıların sıkışmasına veya sessiz durumda bulunan konjenital fibromusküler bantların semptomatik hale gelmesine sebep olabilir. Ultrasonografik değerlendirmede, skapulanın yatarak stabilizasyonunda akım hızlarında anormallik olmayışı ve tedavide uyguladığımız skapular güçlendirme egzersizleri sonucunda da hasta şikâyetlerinin hafiflemesi görüşümüzü desteklemiştir. Skapular kanatlanma basit bir estetik sorun olmaktan çok önemli bir fonksiyonel problem olarak görülmeli ve tedavi edilmelidir. Bu dönemde hastada ağrı oluşturacak kolun yukarıda olmasını gerektiren hareketlerden uzak durmalıdır. Ayrıca serratus anterior ve perikapsüler kaslardaki aşırı gerilmenin önlenmesi ve alt trapezius kas liflerinin kuvvetlendirilmesi de önem taşır (4). Eklem hareket açıklığı egzersizlerinin mutlaka supin pozisyonda yapılması reçete edilmelidir. Skapular kanatlanma gelişen hastalarda skapular breyslerin kullanılması da skapulayı toraks duvarına yapıştırmakla birlikte aynı zamanda serratus anterior kasının aşırı gerilmesini de engeller (5).

Sonuç olarak, omuz ağrısının ayrı bir tanısının yapılmasında hastalar mutlaka dinamik bir görüntüleme yöntemi olan ultrason ile değerlendirilmeli ve skapular kanatlanmanın da skapulohumeral ritmi bozarak nörovasküler yapılarda kompresyona neden olabileceği akıldan bulundurulmalıdır. Özellikle kas iskelet sistemi rahatsızlıkları ile ilgilenen uzmanların tanıya yönelik görüntüleme yöntemleri konusunda bilgi ve becerilerini geliştirmesi önemlidir. Tanıya yönelik ultrasonografik değerlendirmenin fizyatrik muayenenin bir parçası olarak kullanılması, omuz eklemine yanında diğer tüm eklemlerle ilgili hastalıkların ayrı bir tanısının yapılmasında güvenilirlik ve kolaylık sağlayacaktır.

Çıkar Çatışması:

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Lord JW, Stone PW. Pectoralis minor tenotomy and anterior scalenotomy with special reference to the hyperabduction syndrome and "effort thrombosis" of the subclavian vein. *Circulation* 1956;13:537-42.
2. Sanders RJ, Hammonds SL, Rao NM. Thoracic outlet syndrome. *Neurologist* 2008;14:365-73.
3. Ryan MM, David EF. Scapular winging: anatomical review, diagnosis and treatments. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2008;1:1-11.
4. Watson CJ, Schenkman M. Physical therapy management of isolated serratus anterior muscle paralysis. *Phys Ther* 1995;75:194-202.
5. Marin R. Scapula winger's brace: a case series of the management of long thoracic nerve palsy. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79:1226-30.