

بالی شدن ارادی یا خود خواسته اسکاپولا

چکیده

*دکتر مجید عیوض ضیایی I

دکتر فرشاد شرفی II

بالی شدن ارادی یا Voluntary Winging ناهنجاری بسیار نادری است که هیچ گونه ضایعه عضوی در بیمار وجود ندارد و این پدیده یک مجموعه عضوی - روحی (Sycho-somatic) می باشد. در این مقاله ۳ بیمار مبتلا به بالی شدن ارادی اسکاپولا در محدوده سنی ۱۲ تا ۳۵ سال که در مدت ۸ سال به کلینیک شانه بیمارستان شفاپایان مراجعه کرده و تحت نظر و درمان قرار گرفته بودند گزارش می شوند.

کلیدواژه‌ها: ۱ - اسکاپولا ۲ - بالی شدن اسکاپولا ۳ - بالی شدن ارادی یا خود خواسته

مقدمه

بالی شدن اسکاپولا مترادف با فلج عضله سراتوس قدامی می باشد (۱). این ناهنجاری در سال ۱۸۲۵ توسط ولپو گزارش شد (۱ و ۲).

پدیده بالی شدن اسکاپولا یک اختلال معمول در مفصل اسکاپو لوتوراسیک است اما بالی شدن ارادی یا خود خواسته بسیار نادر می باشد.

در رابطه با این بیماری طبقه بندی های مختلفی از نظر علت یا آناتومی ارائه شده است. عده ای آن را به ۴ گونه عصبی - عضلانی، استخوانی، مفصلی و ارادی تقسیم می کنند و گروهی دیگر آن را به ۳

دسته استاتیک، دینامیک و ارادی طبقه بندی کرده اند.

در بالی شدن نوع دینامیک، در حالت معمولی شکل اسکاپولا عادی است اما با انقباض عضلات، اسکاپولا به حالت بالی در می آید.

در نوع ارادی نیز بیمار این حالت را دارد در حالی که در نوع استاتیک در تمام حالت ها بالی شدن با شدت های متفاوت وجود دارد.

(I) استادیار گروه ارتوپدی، بیمارستان شفاپایان، خیابان مجاهدین اسلام، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران. (*مؤلف مسئول)

(II) دستیار ارتوپدی، بیمارستان شفاپایان، خیابان مجاهدین اسلام، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

تاکنون موارد بسیار کمی از این بیماری گزارش شده است.

Rowe ۴ مورد آن را در کتاب شانه در سال ۱۹۸۸ و Cregg یک مورد آن را در یک دستیار ارتوپدی گزارش کرده‌اند.

معرفی بیماران

- مورد اول: پسر بچه‌ای ۱۲ ساله با سابقه ۱ ساله ناهنجاری ظاهری دو طرفه اسکاپولا بود که والدین وی از برجسته شدن اسکاپولا به صورت گه‌گاه و بدون نظم خاصی در یک طرف یا دو طرف شکایت داشتند.

بیمار مشکل خود را به شانه‌های برجسته شیرجنگلی که در حال راه رفتن سریع می‌باشد تشبیه می‌کرد.

در تاریخچه و شرح حال بیمار سابقه ضربه وجود نداشت، ورزشکار نبود و سابقه فامیلی قابل‌ذکری نداشت.

بیمار به خوبی همکاری می‌کرد و به سوال‌ها پاسخ صحیح می‌داد.

وی فرزند دوم خانواده بود، از نظر تحصیلی وضعیت خوبی داشت اما از معلم خود راضی نبود.

از نظر معاینات بالینی ضعف و آتروفی عضلانی و علائم عصبی در اطراف شانه و اندام‌ها وجود نداشت.

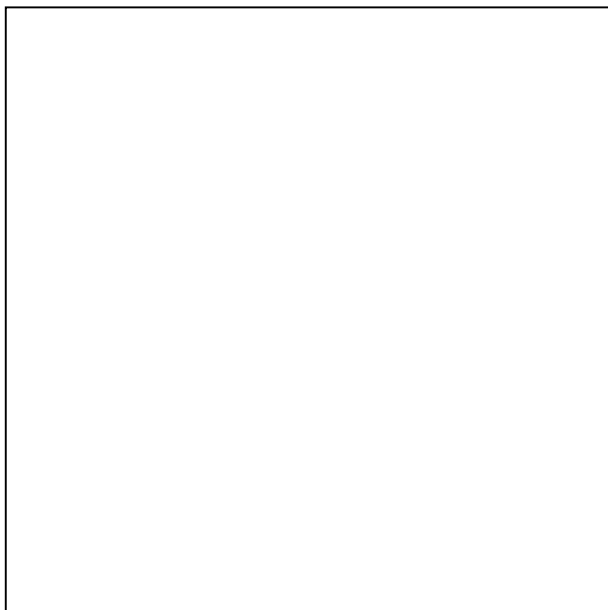
در نمای عادی، شانه‌ها شکل هنجاری داشتند اما با درخواست معاینه کننده او قادر بود با انجام حرکاتی خاص، اسکاپولا را به حالت بالی در آورد و این عمل را می‌توانست به طور هم‌زمان و دو طرفه یا به تنهایی در یک شانه انجام دهد (تصویرهای شماره ۱ و ۲).

آزمایش‌های پاراکلینیکی مانند الکترومیوگرافی و بررسی هدایت عصبی و هم چنین آزمایش میزان C.P.K - آلدولاز و L.D.H طبیعی گزارش شد در

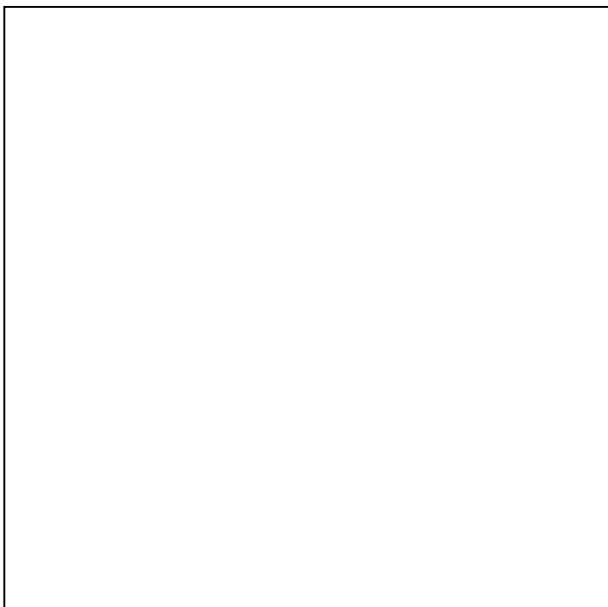
رادیوگرافی از ۳ جهت در شانه و ۲ جهت از گردن مشکلی وجود نداشت.

بیمار به مدت ۶ سال پی‌گیری شد که در آخرین پی‌گیری بهبودی نسبی شرایط بیمار مشاهده گردید.

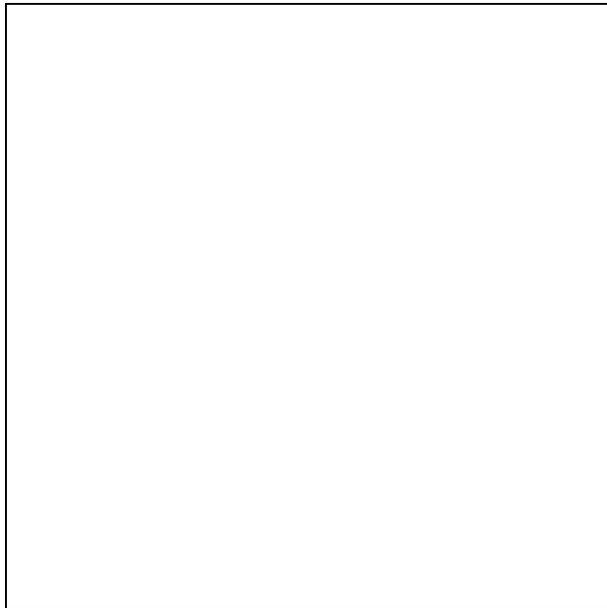
درمان بیمار به علت اهمیت بیماری و جلب رضایت او از معلم توسط والدین و آموزش سفت نکردن عضلات اطراف اسکاپولا در موقع استفاده از دست صورت گرفت.



تصویر شماره ۱- بیمار اول - بالی شدن طرف راست طرف چپ در حالت عادی است



تصویر شماره ۲- بیمار اول - بالی شدن ارادی دو طرفه



تصویر شماره ۳- بیمار دوم - طرف چپ شدید و طرف راست خفیف

- مورد سوم: بیمار آقای ۳۰ ساله و تکنسین پرستاری بود و از کار خود رضایت داشت.

وی به طور فعال کار می کرد، سابقه ضربه در گردن و ناحیه شانه و سابقه خانوادگی بیماری خاصی را نداشت.

ناراحتی بیمار چند ماه قبل از مراجعه که به عنوان تکنسین پرستاری در جنگ عراق و ایران حضور داشت شروع شده بود.

او از مشکل خود آگاه بوده و آن را بیماری خاصی نمی دانست و به خوبی قادر بود با انقباض عضله سراتوس و خم کردن مختصر ناحیه گردن عمل بالی شدن اسکاپولا (winging) را در هر دو طرف در یک زمان و در یک طرف به تنهایی انجام دهد.

وی در حالت عادی از نظر معاینه ظاهری مشکلی نداشت (تصویرهای شماره ۴ و ۵).

بررسی آزمایشگاهی از نظر L.D.H و آلدولاز - C.P.K، الکترومیوگرافی و سرعت جریان عصبی و رادیوگرافی گردن و شانه ها و ستون فقرات پستی کاملاً طبیعی بود.

- مورد دوم: جوان ۲۸ ساله با سابقه ورزش های بدن سازی بود که از تغییر شکل کتف در دو طرف به ویژه طرف چپ شکایت داشت.

مشکل وی از ۲ سال قبل به دنبال کناره گیری از ورزش، به تدریج شروع شده بود.

بیمار لاغر اندام بود و درد روی دنده ها را به خصوص در طرف چپ، در محل چسبندگی عضله سراتوس قدامی بیان می کرد.

ناهنجاری ظاهری در اسکاپولا نداشت اما برای نشان دادن بیماری اش با حرکت دنده ها و بازو، اسکاپولا را به طور ارادی به صورت بالی در می آورد.

بیمار قادر بود اسکاپولای راست و چپ را جداگانه یا هم زمان به حالت بالی در آورد (تصویر شماره ۳).

آزمایش های پاراکلینیکی از نظر L.D.H و آلدولاز - C.P.K، رادیوگرافی گردن، قفسه سینه و شانه ها، الکترومیوگرافی و سرعت هدایت عصبی طبیعی بودند وی در هنگام صحبت کردن در مورد بیماری اش نگرانی و ترس داشت و در مورد این که قادر است ورزش را به طور مجدد شروع کند یا نه، سؤال می کرد.

در مورد لاغری اش نگران بود اما زمانی که به او گفته شد ناراحتی اش یک مشکل عضوی و جدی نیست بسیار خوش حال شده و توصیه های پزشک را برای ادامه ورزش به خوبی پذیرفت.

بیمار به مدت ۱ سال پی گیری شد و در حال حاضر قادر نیست تا به راحتی مثل قبل به طور ارادی در اسکاپولا تغییر حالت ایجاد نماید اما از درد در مسیر عضله سراتوس قدامی شاکی می باشد.

بحث

بالی شدن اسکاپولا یک پدیده معمولی در اختلالات مفصل اسکاپولوتوراسیک می باشد (۱ و ۳). این ناهنجاری به علت منظره بد و ناهنجار و درد و اختلال در عملکرد شانه نیاز به بررسی و درمان دارد.

بالی شدن ارادی یا خودخواسته اسکاپولا بسیار نادر بوده (۴) و تا امروز شاید ۵ مورد آن گزارش شده باشد (۱، ۲ و ۳).

چهار مورد از این بیماری به کلینیک شانه بیمارستان شفا مراجعه کرده بودند که ۳ مورد از آن ها با پی گیری گزارش شدند. این پدیده وضعیت روحی بیماران در ارتباط بوده و مسلم است که آموزش صحیح استفاده کردن از مفصل اسکاپولوتوراسیک در کارهای روزمره و عدم انقباض و سفت کردن بی مورد عضلات این ناحیه و آگاه شدن بیمار از عدم ابتلا به بیماری عضوی و رسیدگی به شرایط روحی بیمار موجب حل این مشکل خواهد شد (۱، ۲ و ۵).

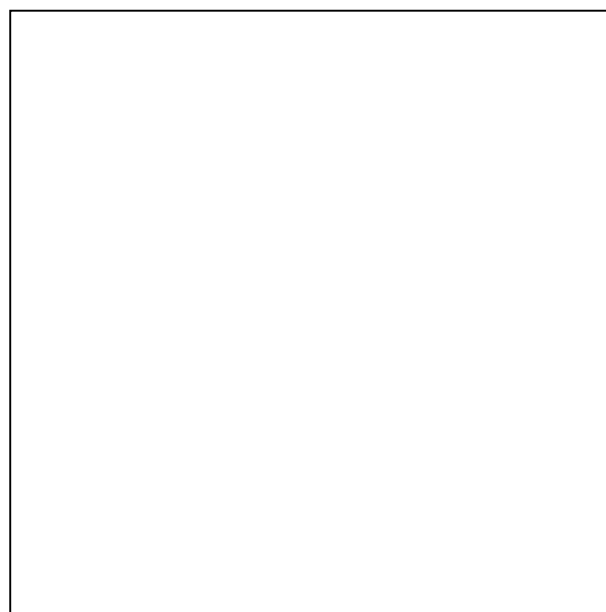
در ۳ بیمار گزارش شده مورد سوم به خوبی از مشکل خود آگاه است و این عمل را تکرار نمی کند اما به خواست پزشک قادر است که این کار را انجام دهد و ۲ مورد اول و دوم با پی گیری لازم بهبود یافته اند.

به نظر می رسد که در برخورد با پدیده بالی شدن اسکاپولا، همیشه باید به فکر نوع ارادی آن باشیم زیرا تشخیص صحیح سبب درمان مناسب و به موقع می شود و چه بسا بیماران از قرار گرفتن در معرض یک جراحی بزرگ رهایی می یابند.

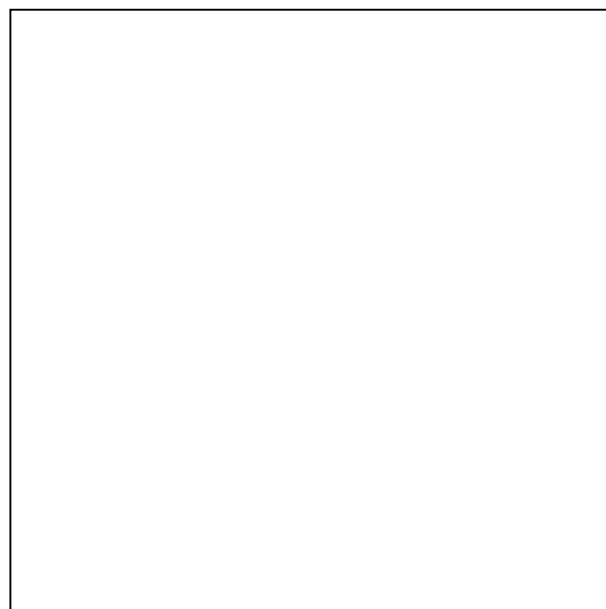
منابع

- 1- Carter R.Rowe. The Shoulder, First edition, NewYork. U.S.A. Churchill Livingston, 1988, PP: 642-643.
- 2- John E., Kevin D., Dlancher MD., Richard Howkins MD. Scapular winging journal of the

به دنبال پی گیری ۳ ساله در حال حاضر با توجه تمرین های تقویتی عضلات اطراف شانه و گردن مشکل عمده ای ندارد اما با درخواست پزشک معالج به سختی می تواند حالت بالی شدن کتف را با انقباض عضله و خم کردن گردن و پشت انجام دهد.



تصویر شماره ۴- بیمار سوم - بالی شدن دو طرفه اسکاپولا



تصویر شماره ۵- بیمار سوم - بال شدن یک طرفه راست

شدیدتر از چپ

American academy of orthopaedic surgery. 1995, November Decembers, 3(6): 303-308.

3- Atasoy E., Majd MD. Scapula thoracic stabilization for winging of scapula using strips of fascia late, J.B.J.S, 2000, 82(B): 812.

۴- عیوض ضیایی - م، ناپایداری شانه (فیزیولوژی،

تشخیص و درمان)، چاپ اول، تهران، دانشگاه علوم پزشکی

ایران، فصل هشتم، سال ۱۳۸۱، صفحه ۱۷۴.

5- N.J. Fiddian., MA. FRCS., R.J. King-FRCS. The winged scapula Clinical orthopaedic and related reseal, 1984 May, 165: 228.

VOLUNTARY SCAPULAR WINGING: A CASE REPORT

^I
*M. Eyvaz Ziaee, MD ^{II}
F. Sharafi, MD

ABSTRACT

Voluntary winging of scapula is a very rare anomaly. There is no organic defect in the patient. It is a psychosomatic disorder. We report three cases of voluntary winging of scapula between 12 to 35 years of age, who referred to Shoulder Clinic of Shafa Hospital within 8 years. They were under treatment and control in shoulder surgery unit of Shafa Hospital.

Key Words: 1) Scapula 2) Scapular winging 3) Voluntary winging

I) Assistant Professor of Orthopedics. Shafa Yahyaian Hospital, Mojahedin-e-Eslam Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding author)

II) Resident of Orthopedics, Shafa Yahyaian Hospital, Mojahedin-e-Eslam Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.