

Snapping scapula. Leikkaushoidon pitkäaikaistulokset

Martti Vastamäki

Sairaala ORTON, Helsinki

Snapping scapula is an infrequently described source of shoulder discomfort in which the patient, usually a young adult, complains of an audible, and often palpable as well as painful snapping sound on shoulder girdle movements. This symptomatic condition has mostly been treated conservatively but various effective operative methods have also been described. This paper presents the long-term results for cases after surgery of snapping scapula.

Skapulokostaalinen krepitaatio, snapping scapula johtuu lapaluun jonkin osan, useimmiten mediaaliylänurkan ja kylkiluiden välisestä hankauksesta, joka aiheuttaa selkeästi kuuluvan ja palpoitavan rutinan. Useimmiten tästä ilmiöstä ei ole merkittävää haittaa, mutta joillakin se saattaa kehittyä varsinkin rasituksen myötä kivuliaaksi, jopa invalidisoivaksi vaivaksi. Vaiva reagoi yleensä hyvin konservatiivisiin keinoihin kuten lihasten kunnon ja ryhdin parantaminen, hieronta, fysioterapia ja paikalliset injektiot, mutta tarvitssee joskus myös leikkaushoitoa^{1,2,6,7,9}. Tämä kirjoitus esittelee snapping scapulan operatiivisen hoidon pitkäaikaistulokset.

Aineisto ja menetelmät

10 vuoden aikana 1984-1993 kirjoittaja suoritti lapaluun mediaaliylänurkan resektion 19 potilaalle, joilla oli vaikea konservatiivisiin hoitoihin reagoimaton snapping scapula -kipu. Potilaiden keski-ikä leikkaushetkellä oli (-) vuotta, miehiä oli 7 ja naisia 12. He olivat kärsineet vaivastaan keskimäärin (-) vuotta. Lapaluun röntgenkuvassa todettiin 3 potilaalla osteochondroma ja kahdella eksostoosi, muilla rtg oli normaali. Kaikki potilaat olivat saaneet konservatiivista hoitoa ilman riittävää apua.

Leikkauksessa resekoitiin kylkiluita hankaava lapaluun osa pois eli 14 potilaalla lapaluun mediaaliylänurkka (n. 2x3x2 cm suuruinen kolmio) ja muilta rtg-kuvissa näkyneet tuumorit. Potilas makasi vatsallaan käsi liikkuvaksi peitettyinä siten, että lapaluun asento saatiin mahdollisimman edulliseksi. Viilto oli 12 cm pitkä lapaluun mediaalireunan suuntainen. Samalla alueella kulkeva N. dorsalis scapulae identifioitiin sähköärsytyksellä ja pidettiin suojassa. Leikkauksen jälkeen käden vapaa liike oli sallittu. Levator scapulae insertiota ei kiinnitetty uudelleen.

Tulokset

8 potilaan leikkauksen tulokset tutkittiin jälkitarkastuksessa 1991 keskimäärin 3.5 (1-7) vuoden kuluttua leikkauksesta. Heidän ikänsä leikkaushetkellä oli ollut 36,5 (16-56) vuotta, 3 oli miehiä ja 5 naisia. Heidän vaivansa oli kestänyt 7 (2-20) vuotta ja fysikaalisia hoitoja he olivat saaneet noin 24 kertaa ilman apua. Leikkauksen tulos oli kuudella potilaalla hyvä ja kahdella vain kohtalainen. Heistä toisella oli saman puolen olkanivelessä huomattava kuluma.

Syyskuussa 2002 lähetettiin kaikille 19 vuosina 1984-1993 leikatuille elossa oleville samansisältöinen kyselykirje kuin 1991. Potilaista kaksi oli kuollut seuranta-aikana. Potilaista 9 vastasi 30.9. mennessä. Heidän leikkauksistaan oli kulkunut keskimäärin 15 vuotta. Vaiva oli kestänyt ennen leikkausta keskimäärin 6 vuotta. Useimmilla vaiva oli alkanut vähitellen, yleensä rasitukseen liittyen. Useimmilla vaiva oli ollut jokapäiväistä. Ennen leikkausta he olivat saaneet hoidoksi mm. fysioterapiaa keskimäärin 22 kertaa ja 3 kortisoniruisketta kipualueelle ilman riittävää apua. Useimpien työ oli ollut keskiraskasta. Sairausloma ennen leikkausta oli ollut keskimäärin 5.3 kk ennen ja 1.6 kk jälkeen leikkauksen. Kolmella potilaalla vaiva oli ei-dominantilla puolella. Leikkauksen tuloksen arvioi erinomaiseksi tai hyväksi 6, kohtalaiseksi 3 potilasta. Kaikki olisivat halunneet leikkauksen uudestaan samoissa olosuhteissa. Potilaiden keski-ikä leikkaushetkellä oli ollut 35 vuotta.

Pohdinta

Snapping scapulassa ääni syntyy kontaktista lapaluun ja kylkiluiden välillä ja rintakehä voimistaa ääntä. Lapaluuta peittää sisäpinnalla

serratus anterior ja subscapularis, mutta lapaluun mediaaliylänurkka on huonosti pehmustettu. Se voi olla myös kääntynyt tavallista enemmän sisäänpäin, mikä edesauttaa scapulokostaalisyndroman syntyä (4). Näin pienikin epätasaisuus voi aiheuttaa kivuliaan hankauksen, esim. luinen tai rustoinen pieni paksuuntuma, Luschkan tuberkeli. Oireen ilmaantumista edistävät heikot lihakset ja huono ryhti sekä käden rasittava käyttö ja staattiset kohoasennot.

Kivuton snapping scapula on varsin yleinen varsinkin nuorilla, jotka tahdonalaisesti voivat saada aikaan ankaraakin lavan rutinaa, kuten kirjoittajan nuorin tytär alakouluiässä. Tällöin riittää hoidoksi kyseisen toiminnan välttäminen niin, ettei se kehity tic-oireeksi.

Snapping scapulan diagnoosi on kliininen, potilaat saavat hartian pyörityksellä aikaan rutinan, jota voidaan vähentää nostamalla lapaluuta irti rintakehästä. Rutinakohta on usein palpaatioarkea. Niissä tapauksissa, joissa on lapaluun tuumori, voi lapa siirtää tuumorin nostaessa lapaluuta rintakehästä. Lapaluun röntgenkuvaus (antero-posteriorinen ja tangentialinen kuva) on syytä ottaa. Eräät suosittelevat myös 3D -CT:n ottamista (8).

Kivuliaan snapping scapulan hoito on konservatiivinen. Vain vaikeassa kroonisessa vaivassa harkitaan leikkaushoitoa, jonka tulos saattaa olla hyvä pysyvästikin. Operatiivinen hoito voidaan suorittaa myös tähystysleikkauksena (3,5).

Kirjallisuutta

1. Arntz CT, Matsen FA III: Partial scapulectomy for disabling scapulothoracic snapping. *Orthop Trans* 14: 252 - 253, 1990.
2. Carlson HL, Haig AJ, Stewart DC: Snapping scapula syndrome: three case reports and an analysis of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* 78: 506 - 511, 1997.
3. Ciullo JV, Jones E: Subscapular bursitis: Conservative and endoscopic treatment of "snapping scapula" or "washboard syndrome." *Orthop Trans* 16: 740, 1992-1993.
4. Edelson JG: Variations in anatomy of the scapula with reference to the snapping scapula. *Clin Orthop* 322: 111-115, 1996.
5. Harper GD, Mc Ilroy S, Bayley JI, Calvert PT: Arthroscopic partial resection of the scapula for snapping scapula: a new technique. *J Shoulder Elbow Surg* 8:53 - 57, 1999.
6. Kuhn JE, Plancher KD, Hawkins RJ: Symptomatic scapulothoracic crepitus and bursitis. *J Am Acad Orthop Surg* 6: 267 - 272, 1998.
7. Milch H: Snapping scapula. *Clin Orthop* 20: 139-150, 1961
8. Mozes G, Bickels J, Ovadia D, Dekel S: The use of three-dimensional computed tomography in evaluating snapping scapula syndrome. *Orthopedics* 22: 1029 - 1033, 1999.
9. Percy EC, Birbrager D, Pitt MJ: Snapping scapula: A review of the literature and presentation of 14 patients. *Can J Surg* 31: 248-250, 1988.