

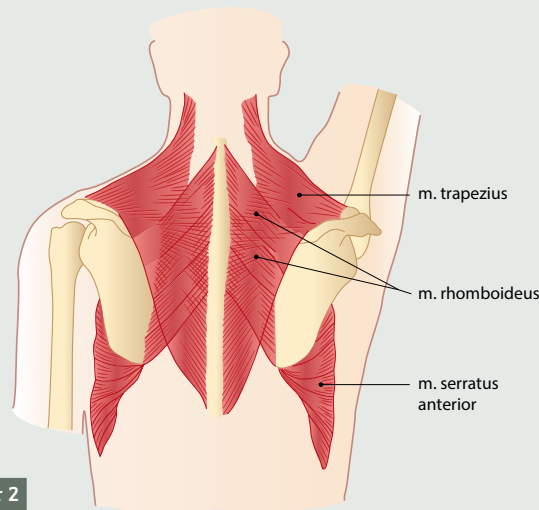
Een afwijking aan de schouder

Diagnose

Klinisch bleek sprake van een geïsoleerde parese van de m. serratus anterior links. Op grond hiervan werd de waarschijnlijkheidsdiagnose neuropathie van de n. thoracicus longus links gesteld, waarschijnlijk als gevolg van druk door het dragen van een rugzak. In overleg met de patiënte en haar ouders werd afgezien van verder aanvullend onderzoek.

Een scapula alata kent een brede differentiaaldiagnose bestaande uit een cervicale radiculopathie, een amyotrofische schouderneuralgie, een plexopathie van de plexus cervicobrachialis anderszins, een mononeuropathie, of een spieraandoening (vooral fascioscapulohumerale dystrofie (FSHD)). Vaak kan klinisch een goed onderscheid worden gemaakt tussen deze diverse aandoeningen. Bij zowel een radiculopathie als schouderneuralgie/plexopathie staan hevige pijnklachten (aanvankelijk) op de voorgrond, of is er anamnestic duidelijk een voorafgaand trauma geweest. Bilaterale betrokkenheid en bijkomende zwakte van zowel de aangezichtsmusculatuur als meerdere spieren in de bovenarm/schouder moeten, naast een positieve familieanamnese, FSHD doen vermoeden. Bij een pijnloze unilaterale scapula alata moet een mononeuropathie worden overwogen. Het kan dan de n. accessorius (m. trapezius), de n. dorsalis scapulae (m. rhomboideus) of de n. thoracicus longus (m. serratus anterior) betreffen (figuur 2). Het onderscheid is klinisch gemakkelijk te maken (zie tabel 1).

De n. thoracicus longus is door zijn verloop gevoelig voor druk. Uitval van deze spier is in verschillende omstandigheden beschreven. Het bekendst zijn het dragen van een zware last op de schouders (*Steinträgerlähmung*) en het tillen van een rugzak (*Rucksacklähmung*). Waarschijnlijk is bij onze patiënte sprake geweest van het laatste door het tillen van een zware boekentas. Wanneer de voorgeschiedenis en de familieanamnese meer (druk-) neuropathische klachten/verschijnselen vermelden, moet men bedacht zijn op een onderliggende 'hereditary neuropathy with liability to pressure palsy' (HNPP). Kennis van het klinisch beeld maakt aanvullend onderzoek



Figuur 2

Ligging van m. trapezius, m. dorsalis scapulae en m. serratus anterior.

meestal onnodig. In geval van differentiaaldiagnostische twijfel kan een elektromyografisch onderzoek met gerichte naaldmyografie worden overwogen. Ook prognostisch kan naaldmyografie van enige waarde zijn, maar het is meestal niet noodzakelijk. Incidenteel is beeldvormende diagnostiek geïndiceerd.

Het herstel bij een drukneuropathie van de n. thoracicus longus vergt meestal tussen de 6 en 24 maanden. Daarbij wordt fysiotherapie geadviseerd om de m. trapezius en de m. rhomboideus te versterken, zodat er geen bewegingsbeperking ontstaat. Tot slot is het van belang geen zware last op de linkerschouder te tillen, om nieuw letsel zo veel mogelijk te vermijden.

De patiënt uit deze casus kreeg fysiotherapeutische begeleiding en heeft geen zware tassen meer getild met de linkerschouder. Bij controle na drie maanden werd een duidelijk minder evidente scapula alata gezien.

Financiële banden: de auteurs hebben geen financiële banden die betrekking hebben op dit onderwerp.

Trefwoorden

scapula alata, *Rucksacklähmung*, n. thoracicus longus

	mediale deviatie	laterale deviatie	
betrokken zenuw	n. thoracicus longus	n. accessorius	n. dorsalis scapulae
spier	m. serratus anterior	m. trapezius	m. rhomboideus
lichamelijk onderzoek	anteflexie schouder, leunen tegen muur	abductie schouder	anteflexie schouder
positie scapula	volledig naar boven/mediaal	bovenste punt meer naar lateraal (<i>drooping shoulder</i>)	onderste punt subtiel naar lateraal

Tabel 1

Klinisch onderscheid tussen mononeuropathie van n. accessorius (m. trapezius), n. dorsalis scapulae (m. rhomboideus) en n. thoracicus longus (m. serratus anterior).