

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية . دولة الكويت



سلسلة الثقافة الصحية (190)

أمراض مفصل الكتف



تأليف

أ. د. فتحي جابر محمد خلاف

مراجعة: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

2023م

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - دولة الكويت



سلسلة الثقافة الصحية

أمراض مفصل الكتف

تأليف

أ. د. فتحي جابر محمد خلاف

مراجعة

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

الطبعة العربية الأولى 2023م

ردمك: 978-9921-782-51-6

حقوق النشر والتوزيع محفوظة

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب يعبر عن وجهة نظر المؤلف ولا يتحمل المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أي مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

هاتف : + (965) 25338610/1 فاكس : + (965) 25338618

البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org



بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلا عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

المحتويات

ج	المقدمة :
هـ	المؤلف في سطور :
1	الفصل الأول : الوصف التشريحي لمفصل الكتف.....
5	الفصل الثاني : مقدمة عامة عن أمراض مفصل الكتف.....
9	الفصل الثالث : أمراض مفصل الكتف الشائعة.....
33	الفصل الرابع : أمراض مفصل الكتف الأقل شيوعاً.....
47	الفصل الخامس : أمراض مفصل الكتف نادرة الحدوث.....
55	المراجع :

المقدمة

مفصل الكتف هو أحد المفاصل حُرّة الحركة التي تُعدّ من أكثر أنواع المفاصل شيوعاً وانتشاراً في الجسم البشري، وتختلف هذه المفاصل عن غيرها بوجود أجواف مبطّنة بغشاء زُلالي، يحتوي على سائل زُلالي يغذي الطبقة الغضروفية؛ مما يساعد على تيسير الحركة، وهو عبارة عن مفصل مُتحد مع أربطة وعضلات؛ مما يسمح للذراع بالتحرك ضمن نطاق واسع، وتتصل الكتف بثلاثة عظام رئيسية هي: عظم العضد، وعظم الترقوة، وعظم لوح الكتف.

تُعدّ أمراض الكتف وإصاباتنا شائعة جداً، حيث إن الكتف وجميع أجزائها عضو حيوي في الجسم، وتسمح الكتف للذراع بالتحرك والعمل بشكل طبيعي، وقد يُصاب الشخص إصابات بالكتف من خلال الممارسات اليومية نتيجة حركة خاطئة ومفاجئة، أو نتيجة ممارسة أنواع مختلفة من الرياضة، أو نتيجة الأعمال اليدوية المُرهقة، كما أن هناك بعض الأمراض التي تصيب هذا المفصل، كذلك فإن التقدم في العمر يلعب دوراً مهماً، إذ إن الأشخاص الذين تجاوزت أعمارهم 60 عاماً هم الأكثر عُرضة للإصابة بأمراض الكتف.

ونظراً لأهمية هذا الموضوع فقد جاء اختيار المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية لتأليف هذا الكتاب (أمراض مفصل الكتف) ليكون ضمن سلسلة الثقافة الصحية، وقد قُسم الكتاب إلى خمسة فصول، حيث تناول الفصل الأول الوصف التشريحي لمفصل الكتف، واستعرض الفصل الثاني مقدمة عامة عن أمراض مفصل الكتف، ثم ناقش الفصل الثالث أمراض مفصل الكتف الشائعة، واستعرض الفصل الرابع أمراض مفصل الكتف الأقل شيوعاً، وأختتم الكتاب بفصله الخامس الذي تناول بالشرح أمراض مفصل الكتف نادرة الحدوث.

نأمل أن يفيد هذا الكتاب قراء سلسلة الثقافة الصحية، وأن يكون أداة إرشاد لمرضى مفصل الكتف، وأن يكون إضافة قيّمة تُضم إلى المكتبة العربية.

والله ولي التوفيق،،

الأستاذ الدكتور مرزوق يوسف الغنيم

الأمين العام

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

المؤلف في سطور

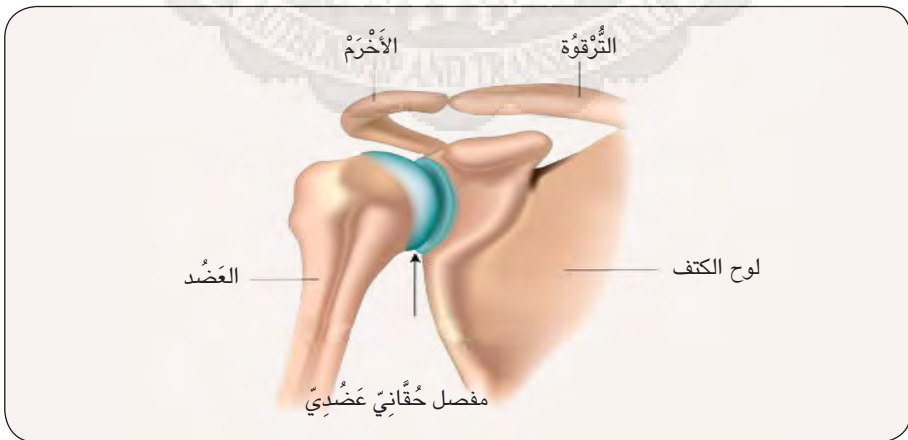
• أ. د. فتحي جابر محمد خلاف

- مصري الجنسية - مواليد عام 1951م.
- حاصل على بكالوريوس الطب والجراحة - جامعة الإسكندرية - جمهورية مصر العربية - عام 1976م.
- حاصل على زمالة كلية الجراحين البريطانية - جلاسجو - المملكة المتحدة - عام 1986م.
- محاضر - كلية الطب - جامعة الكويت.
- يعمل حالياً استشاري جراحة العظام - مستشفى مبارك الكبير - وزارة الصحة - دولة الكويت.

الفصل الأول

الوصف التشريحي لمفصل الكتف

إن مفصل الكتف أو المفصل الحُقَّانِي العَضُدِيّ (Glenohumeral joint) هو أحد المفاصل الزلالية (Synovial joints) (وهي مفاصل تحتوي على سائل مزلق لتسهيل حركة تلك المفاصل) حُرّة الحركة، وهي أكثر أنواع المفاصل شيوعاً وانتشاراً في الجسم البشري، وتختلف هذه المفاصل الزلالية عن غيرها بوجود أجواف مبطنة بغشاء زلالي، وتحتوي كذلك على سائل زلالي لتغذية الطبقة الغضروفية وتيسير الحركة، إن مفصل الكتف كمفصل زلالي يُعدّ نوعاً من أنواع مفاصل الكرة والتجويف (مفصل كروي حقي)، حيث يشتمل على تمفصل بين الجُوف الحُقَّانِيّ (Glenoid Cavity) لعظم لوح الكتف مع رأس عظم العضد وتحيط به مَحْفَظَةٌ مَفْصِلِيَّة (Articular Capsule) ويُعدّ التجويف الحُقَّانِي لعظم الكتف تجويفاً ضحلاً جداً، ولكنه أصبح أكثر عمقاً من خلال الإضافة التي وفرها له الشِّفا الحُقَّانِي الذي يحيط بحافة الجوف الحُقَّانِي وهو نسيج ليفي غضروفي ملتصق بمحيط الجوف الحُقَّانِي مثل: حلقة تتصل بوتر العضلة ذات الرأسين العضدية.



شكل يوضح مفصل الكتف، أو المفصل الحُقَّانِي العَضُدِيّ.

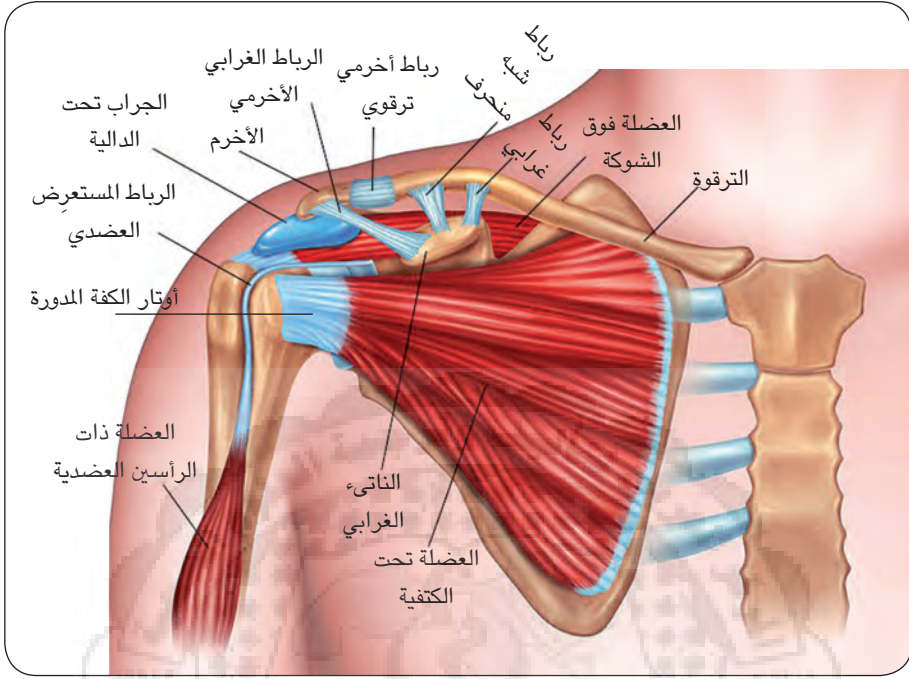
أجربة مفصل الكتف

الأجربة أو الأكياس الزلالية (Bursae) هي عبارة عن أكياس صغيرة ممتلئة بسائل زلالي لتقلل حدوث الاحتكاك بين الأجزاء المتحركة في مفصل الكتف، وتوجد هذه الأجربة حول المحفظة المفصليّة للمساعدة في نعومة الحركة، ومن أهم هذه الأجربة الجراب تحت الأخرمي (Subacromial Bursa) الذي يقع بين المحفظة المفصليّة وعظم الأخرم. ويُعدّ الكتف من أكثر الأماكن شيوعاً لالتهاب الجراب (Bursitis) وهي حالة مؤلمة تؤثر في الأكياس الزلالية التي تسمى بالأجربة.

العضلات المحيطة بمفصل الكتف

يعتمد مفصل الكتف على العضلات المحيطة به في تحقيق ثباته واستقراره؛ لأنه لا توجد مساحة كبيرة بين تجويف الجوف الحقاني، ورأس عظم العضد، وعدم وجود أربطة قوية وهي العوامل الأساسية في ثبات واستقرار أي مفصل؛ مما شكل أهمية بالغة لدور العضلات في تحقيق هذا الاستقرار؛ إضافة إلى قيام العضلات بإحداث حركة المفصل في الاتجاهات المختلفة، وتشتمل عضلات مفصل الكتف على العضلة ذات الرأسين العضديّة (Biceps Brachii Muscle) وعضلات الكفة المدورة (Rotator Cuff Muscles) حيث تحيط أوتارها وتلتحم بجميع جوانب محفظة المفصل باستثناء الحافة السفلية، ويبدأ وتر العضلة ذات الرأسين العضدية من الحافة العلوية للجوف الحقاني؛ ليضغط على رأس عظمة العضد ضد الجوف الحقاني مانعاً أي خلع جزئي خارج الجوف الحقاني في أثناء حركة رأس عظمة العضد في مفصل الكتف، خاصة في حركة رفع الذراع أعلى الرأس، أما أوتار الكفة المدورة فعضلاتها تشمل العضلة فوق الشوكة (Supraspinatus Muscle)، والعضلة تحت الشوكة (Infraspinatus Muscle)، والعضلة المدوّرة الصّغيرة (Teres Minor Muscle)، والعضلة تحت الكتف (Subscapularis Muscle)، وتعمل أوتار هذه العضلات على تثبيت واستقرار مفصل الكتف، أما بالنسبة للعضلة الدّاليّة (المثلثة) (Deltoid Muscle) فلها دور حيوي ومهم في تثبيت مفصل الكتف ومنع خلعه خاصة في أثناء حمل الأثقال.

تمثل أربطة مفصل الكتف عامل ثبات مهم لهذا المفصل، وتشتمل على الأربطة الحُقانيّة العَضُديّة العلوية والمتوسطة والسفلية، والرباط الغرابي العضدي والرباط المُسْتَعْرِض العَضُديّ، والرباط الغرابي الأخرميّ.



شكل يوضح أربطة وعضلات مفصل الكتف.

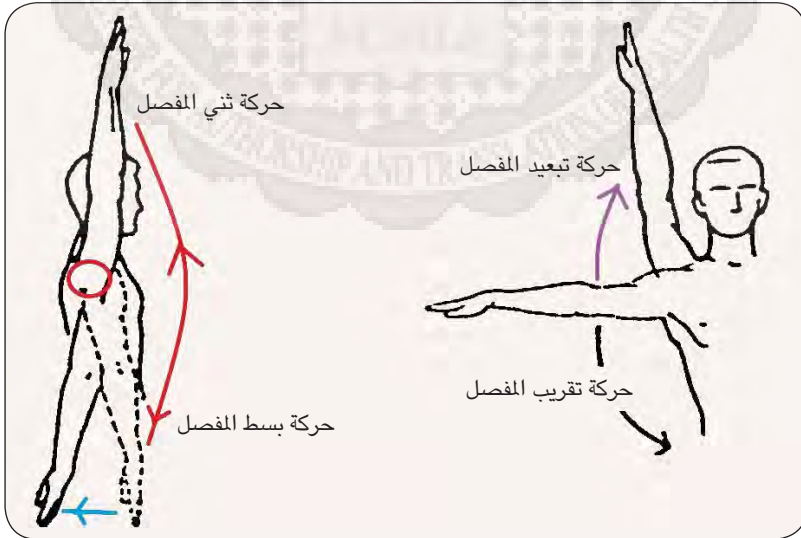
التغذية العصبية والدموية

تنشأ كل الأعصاب الواردة لمفصل الكتف من الضفيرة العضدية (Brachial Plexus)، وتشمل العصب فوق عظم الكتف، والعصب الإبطي، والعصب الصدري الوحشي وبالنسبة للإمداد الدموي، فيتم تزويد مفصل الكتف بالدم عن طريق الشريان المنعطف العضدي الأمامي، والشريان المنعطف العضدي الخلفي، والشريان فوق الكتف (Suprascapular Artery)، والشريان المنعطف الكتفي.

وظيفة مفصل الكتف

إن مفصل الكتف من أكثر مفاصل الجسم حركة؛ إذ يمكنه أن يبتثني إلى 120 درجة، ولكي يتم الثني إلى 180 درجة يحتاج إلى حركة عظمة لوح الكتف عبر القفص الصدري وهو ما يُعرف بالمفصل الكتفي الصدري؛ مما يساعد على تحقيق مجال ومدى حركة أكبر، أما بالنسبة لمحاور حركة مفصل الكتف فتشمل حركة ثني المفصل بتحريك الذراع للأمام وحتى أعلى الرأس 180 درجة، وتتم هذه الحركة بواسطة الجزء

الأمامي للعضلة الدالية (المثلثة) وبمساعدة عضلات أخرى مثل: العضلة الصدرية الكبرى والعضلة الغرابية العضدية، أما حركة بسط (تمديد) مفصل الكتف التي تؤدي إلى تحريك الذراع إلى الخلف حوالي 60 درجة فإنها تتم بواسطة العضلة الظهرية العريضة والجزء الخلفي للعضلة الدالية (المثلثة)، وفي حركة تباعد مفصل الكتف يتم رفع الذراع إلى 180 درجة أعلى الرأس وتتم بواسطة العضلة فوق الشوكة إلى 30 درجة وبالعضلة الدالية (المثلثة) إلى 120 درجة، ثم بواسطة العضلة شبه المنحرفة، والعضلة المنشارية الأمامية إلى 180 درجة، وتتم حركة تقريب مفصل الكتف بوضع الذراع عبر الصدر إلى محور الجسم بواسطة العضلة الصدرية الكبيرة، والعضلة الظهرية العريضة، والعضلة المدورة الكبرى، والعضلة تحت الكتفية إلى 50 درجة ويتم الدوران الإنسي الداخلي للكتف بواسطة الجزء الأمامي للعضلة الدالية (المثلثة)، والعضلة المدورة الكبيرة، والعضلة تحت الكتفية، والعضلة الصدرية الكبيرة، والعضلة الظهرية العريضة، إلى 70 درجة، أما الدوران الخارجي فيتم بواسطة الجزء الخلفي للعضلة الدالية (المثلثة)، والعضلة تحت الشوكة، والعضلة المدورة الصغيرة إلى 70 درجة، وهكذا نرى مدى الحركة الكبير في محاور ومستويات مختلفة عديدة لمفصل الكتف؛ مما يعكس كفاءة بالغة لهذا المفصل حتى يمكنه تحريك الذراع؛ لتتمكن اليد من أخذ أوضاع عديدة للحركة في الهواء حتى تقوم بوظيفتها الحيوية في نشاطات الإنسان الحياتية اليومية المختلفة.



صورة توضح الحركات الوظيفية لمفصل الكتف.

الفصل الثاني

مقدمة عامة عن أمراض مفصل الكتف

تتنوع أمراض مفصل الكتف بين التهابات أوتار الكفة المدورة، وتمزقاتها الجزئية والكاملة، ومرض الكتف المتجمدة (التهاب المحفظة اللاصق)، ومتلازمة الانحشار، وما تتضمنه من التهاب وتر العضلة فوق الشوكة، أو التهاب الجراب تحت الأخرمي، وأمراض وتر الرأس الطويلة للعضلة العضدية ذات الرأسين من التهابات وتمزقات وخلع من الأخدود ذي الرأسين، والالتهاب المتكلس لوتر عضلة فوق الشوكة، والاعتلال العضلي الليفي مع خلل حركة عظم لوح الكتف وانضغاط العصب فوق عظم الكتف، وخشونة المفصل الحقاني العضدي، وخشونة المفصل الأخرمي الترقوي، والتهاب مفصل الكتف الروماتويدي، والالتهاب الإنتاني لمفصل الكتف وأورام مفصل الكتف والأمراض الخلقية نادرة الحدوث.

وبصفة عامة تنقسم أمراض مفصل الكتف إلى أمراض شائعة، وأمراض أقل شيوعاً، وأمراض نادرة الحدوث، وهو ما سنتناوله بالشرح خلال الفصول التالية من الكتاب.

زاد الاهتمام بشكل كبير بأمراض الكتف منذ صدور كتاب كودمان (Codman) "الكتف" (The shoulder) عام 1934م، وأدى هذا الاهتمام إلى اكتشاف أن أمراض الكتف تنتشر انتشاراً كبيراً في المجتمعات، وظهرت إحصائيات حديثة تبين أن نسبة عدد المرضى الذين يعانون آلام الكتف وأمراضه تبلغ (18-26%) من البالغين. وفي إحصائيات أخرى بواسطة الأطباء الاستشاريين قُدِّر انتشار أمراض الكتف بـ 29.3 لكل 1000 شخص سنوياً، أما الإحصائيات تبعاً لتقديرات الممارس العام فُقِّدَت بـ 11.2 لكل 1000 شخص سنوياً؛ مما يجعل الكتف أكثر مناطق الجسم تعرّضاً للأمراض والشكاوى المرضية. وتزداد أمراض الكتف مع تقدُّم العمر، ولكنها تحدث مبكراً عند الأشخاص الذين تتطلب وظائفهم إجراء حركات فوق مستوى الرأس بشكل متكرر من مثل: الرسامين والنجارين وأيضاً الرياضيين مثل: لاعبي كرة السلة والكرة الطائرة، حيث تمثل أمراض وإصابات الكتف 54.9% من اضطراباتهم الصحية

المرتبطة بالرياضة. وتمثل التهابات أوتار الكفة المدورة (Rotator Cuff Tendinitis) الأعلى حدوثاً بين جميع أمراض الكتف، حيث تقدّر بـ 29% من هذه الأمراض، وخاصة التهاب وتر عضلة فوق الشوكة، وما يصاحبه من مرض متلازمة الانحشار (Impingement Syndrome)، وهي حالة سريرية تحدث عندما تلتهب عضلات الكفة المدورة بمرورها في المسافة تحت الأخرمية، ويليه في الانتشار الخلع المتكرر لمفصل الكتف (Recurrent Shoulder Dislocation)، حيث تبلغ نسبة انتشاره 28.7% ممن يتعرضون للخلع أول مرة في كل الفئات العمرية، بينما تبلغ تلك النسبة 90% في الشباب تحت 20 عاماً، ثم يأتي بعد ذلك مرض التهاب المحفظة اللاصق (Adhesive Capsulitis)، أو ما يسمى بمرض الكتف المتجمدة حيث يقدر انتشاره بـ (2-5%) من عدد السكان خاصة في فئة العمر من (40-70) عاماً، ثم تتتابع أمراض مفصل الكتف حتى تصل إلى أدنى انتشار لها في أورام الكتف نادرة الحدوث.

ومن الجدير بالذكر أن بعض آلام الكتف قد تنشأ من أمراض أخرى خارج النطاق التشريحي للكتف ويشعر بها المريض في كتفه كآلم رجيح كما في حالات خشونة الفقرات العنقية وهي من أكثر الأسباب انتشاراً لآلام الكتف، وفي حالات التهاب المرارة من الممكن شعور المريض بالآلم في كتفه اليمنى، وفي حالات مرض نقص تروية القلب (داء قلبي إقفاري) في آلام الكتف الأيسر، وكذلك حالات ورم التلم الرئوي (Pulmonary Sulcus Tumor).

الفحص العام لمفصل الكتف

تتم معاينة مريض الكتف بواسطة طبيب العظام بتوجيه سؤال للمريض عن عمره، وطبيعة مهنته، وعن ممارسته للرياضة، وإن كان هاوياً، أو محترفاً وعن يده المهيمنة إن كان أيمن أو أعسر، وعن أي إصابة سابقة، أو خلع أو أي تدخل جراحي بمفصل الكتف، ثم يقوم الطبيب بسؤاله عن شكواه الحالية مستفسراً عن طبيعة الألم وتاريخه ومكانه بمفصل الكتف، وإن كان هذا الألم يحدث وقت الحركة، أو وقت الراحة والنوم موقظاً المريض من سباته، ويقوم الطبيب أيضاً بسؤاله إذا كان قد عانى إصابة خلع متكرر، وما مدى شدته وتكراره، ويتم سؤال المريض أيضاً عن التصلب الصباحي للمفصل والذي قد يحدث للمريض كما في التهاب المفاصل الروماتويدي.

ثم يقوم الطبيب بفحص المريض بالنظر إلى الكتف محل الشكوى من الأمام ومقارنتها بالكتف الأخرى باحثاً عن أي تشوه بها كما يحدث في خلع المفصل، وأيضاً في الضمور الشديد لعضلة الدالية (المثلثة)، حيث تفقد الكتف استدارتها وشكلها العادي مقارنة بالكتف السليمة، ويقوم الطبيب أيضاً بالبحث عن أي تشوه في المفصل القصي الترقوي وفي الترقوة والمفصل الأخرمي الترقوي، كما على الطبيب ملاحظة وجود أي احمرار بالجلد حول مفصل الكتف الذي قد يشير إلى وجود التهاب المفصل الإنتاني ثم يقوم الطبيب من الناحية الجانبية بالبحث عن أي تورم بالكتف كما في حالة ارتشاح أو التهاب المفصل، وأما من الناحية الخلفية فيتيقن الطبيب أن موقع وحجم عظم لوح الكتف طبيعي، حيث يوجد مرض خلقي نادر يُعرف بتشوه سبرينجل يكون فيه عظم لوح الكتف صغيراً وضامراً وفي موضع أعلى من مكانه الطبيعي، ويبحث الطبيب أيضاً عن وجود أي ضمور بالعضلة فوق الشوكة والعضلة تحت الشوكة والذي قد يحدث نتيجة انضغاط أعصاب تلك العضلات، أو عن وجود الكتف المجنحة وهو بروز لعظم الكتف عن جدار الصدر في حالة أن يثني المريض ذراعيه إلى الأمام 90 درجة، وخاصة إذا دفع بقوة حائط أمامه.

يلي ذلك جس كتف المريض وفحصها بحثاً عن مواطن الألم بداية من المفصل القصي الترقوي، ثم الترقوة، ثم المفصل الأخرمي الترقوي في الناحية الأمامية والجانبية والخلفية للمفصل الحقاني العضدي، ثم جس البروزات العظمية مثل: الأخرم، والنتوء الغرابي، والحديبة الكبيرة، وشوكة عظم لوح الكتف والحد الإنسي لعظم لوح الكتف، ثم جس وتر الرأس الطويلة في الأخدود ذي الرأسين، ثم يقوم الطبيب بجس المفصل الحقاني العضدي والمفصل الأخرمي الترقوي بحثاً عن طقطة مفصلية في أثناء الحركة، وأخيراً يقوم بجس أي تورم، أو ورم بالكتف، وكذلك جس حرارة جلد الكتف.

تكون الخطوة التالية بفحص مدى الحركة بالمفصل من ثني بمعدله الطبيعي من ثني (0-180 درجة)، وبسط من (0-60 درجة)، وتبعيد من (0-180 درجة)، وتقريب من (0-50 درجة)، ودوران خارجي من (0-70 درجة)، ودوران داخلي إنسي من (0-70 درجة).

أخيراً يقوم الطبيب بعمل اختبارات سريرية استثنائية لتدقيق التشخيص مثل: اختبار خوف الخلع (اختبار نقطة ارتكاز الكتف) في مرض الخلع المتكرر، واختبار نير (Neer's test) في متلازمة الانحشار، واختبار أوبراين (O'Brien test) في تمزق الشفا الحقاني، واختبار سبيد (Speed test) لأمراض وتر الرأس الطويلة للعضلة العضدية ذات الرأسين، واختبار التقريب عبر الصدر لمرض خشونة المفصل الأخرمي الترقوي، ثم اختبارات عضلات الكفة المدورة مثل: اختبار جوب (Jobe's test)، واختبار يوكوم (Yocum test) لعضلة فوق الشوكة، واختبار نقص الدوران الخارجي لعضلة تحت الشوكة، واختبار نافخ البوق (Hornblower test) لعضلة المدورة الصغيرة، واختبار جربل للرفع بعيداً (Gerber's lift off test) للعضلة تحت الكتفية.

بعد الفحص يطلب الطبيب من المريض عمل بعض الفحوص التي من أهمها عمل التصوير الطبي الشعاعي والتي قد تشتمل على الأشعة السينية العادية فقط، أو عمل أشعة رنين مغناطيسي، وقد يطلب الطبيب في أحوال قليلة عمل أشعة مقطعية، أو عمل أشعة نظائر مُشعة للعظام كما في حالة أورام مفصل الكتف، أو الالتهاب الإلتاني بالمفصل.

وتتنوع طرق العلاج حسب نوع المرض وشدته بين علاج تحفظي والذي قد يشتمل على تغيير أو تعديل في نمط طريقة الحياة ونشاطاتها المختلفة مع تناول الأدوية المضادة للالتهابات، ويشتمل العلاج التحفظي أيضاً على الحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي في مفصل الكتف وخضوع المريض لجلسات العلاج الطبيعي، أما التدخل الجراحي فغالباً ما يتم بواسطة المنظار، ولكن أحياناً يتطلب الأمر تدخلاً جراحياً مفتوحاً، وقد يتطلب الأمر إجراء جراحة مفصل اصطناعي بأنواعه المختلفة من نصف مفصل اصطناعي، أو مفصل كتف اصطناعي كامل، أو مفصل كتف عكسي.



الفصل الثالث

أمراض مفصل الكتف الشائعة

يمكن أن يصاب الأفراد بأمراض في الكتف؛ نتيجة الممارسات اليومية المختلفة أو طبيعة العمل التي تتطلب حركة مستمرة لمفصل الكتف؛ مما يتسبب ذلك في الإحساس بالألم فيه، وأيضاً يلعب العمر دوراً مهماً، وسنقوم بذكر أمراض مفصل الكتف الأكثر شيوعاً وهي كما يأتي:

1. متلازمة الانحشار تحت الأخرم

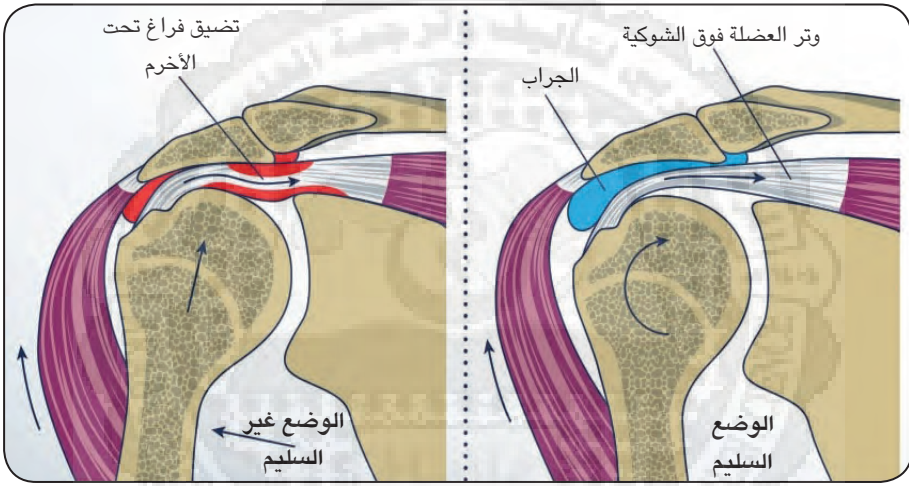
(Subacromial Impingement syndrome)

تحدث هذه المتلازمة السريرية عند تعرُّض أوتار الكفة المدورة والجراب تحت الأخرمي للضغط والتهيج والالتهاب عند مرورها خلال الفراغ تحت الأخرمي؛ مما يؤدي إلى الشعور بالألم والضعف ونطاق حركة منخفض لمفصل الكتف. وتعدّ متلازمة الانحشار تحت الأخرم من أكثر أمراض الكتف حدوثاً، وهي كذلك أكثر الأسباب شيوعاً لآلام الكتف وتمثل (44-65%) من أمراض الكتف.

أسباب حدوث المرض

وترجع أسباب هذه المتلازمة إلى تضيق الفراغ الذي تمر به أوتار الكفة المدورة والذي يوجد به أيضاً الجراب تحت الأخرمي وهو الحيز الواقع بين أخرم عظم لوح الكتف ورأس عظم العضد، ويحدث هذا التضيق نتيجة للتباين في شكل عظم الأخرم فيكون معقوفاً، أو مقوساً، أو نتيجة لوجود تراكيب عظمية مثل: البروزات العظمية من الأخرم، أو تكلس، أو زيادة سماكة الرباط الغرابي الأخرمي؛ مما يؤدي إلى انضغاط والتهاب الجراب تحت الأخرمي وأوتار الكفة المدورة، خاصة وتر العضلة فوق الشوكية؛ نتيجة لهذا الانضغاط المتكرر بين الأخرم ورأس عظم العضد في أثناء

حركة الكتف خلال النشاطات الحياتية اليومية خاصة تلك الوظائف التي تستدعي رفع الذراع المتكرر أعلى مستوى الرأس كما في حالة النجارين والرسامين والرياضيين؛ مما يؤدي إلى فقدان عضلات الكفة المدورة لقوتها ووظيفتها من حيث تثبيت رأس عظم العضد في أثناء حركة الكتف؛ ويؤدي ذلك إضافة لحدوث الألم بالكتف وتقيد وتحديد حركته إلى اشتداد الوضع إلى ما هو أسوء، وقد تؤدي الإصابة بهذه المتلازمة إلى حدوث تفاقم المرض، والإصابة بالتمزقات، وحدوث خشونة بمفصل الكتف نتيجة لاعتلال أوتار الكفة المدورة.



شكل يوضح متلازمة الانحشار تحت الأخرم تظهر ضيق فراغ تحت الأخرم مقارنة بالوضع السليم لهذا النفق.

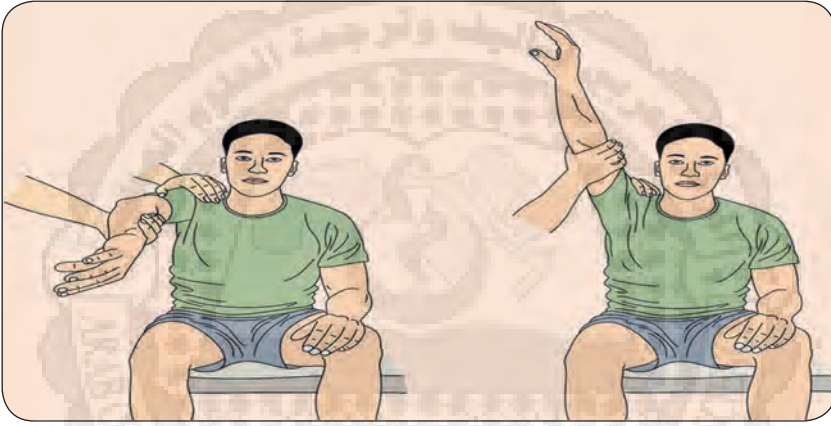
أعراض المرض

تظهر عديد من الأعراض في هذا المرض أهمها الألم الذي يظهر بصورة متدرجة بداية ويزداد مع حركة الكتف خاصة خلال النشاطات التي تتطلب رفع الذراع فوق مستوى الرأس، أو حمل أشياء ثقيلة بعيداً عن الجسم، ويزداد الألم بصورة كبيرة ليلاً خاصة إذا استلقى المريض على كتفه المتضررة، وأحياناً يشعر المريض بألم حاد مستمر، وأيضاً قد يشكو قيئاً وتحديداً مؤلماً بحركة الكتف، خاصة حركتي الدوران الخارجي والتبعيد، وقد يشعر المريض أيضاً بصوت طقطقة مفصليّة عند تحريك كتفه.

الفحص السريري للمرض

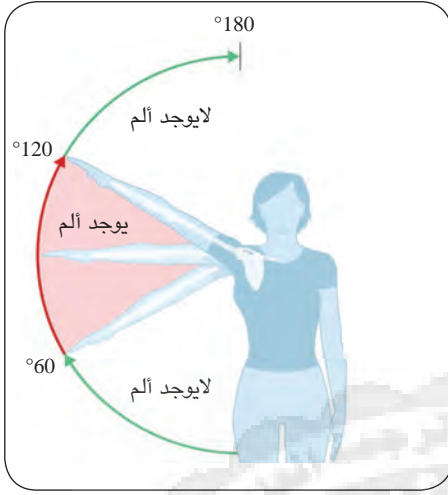
عادة ما يرى الطبيب في مريض متلازمة الانحشار تحت الأخرم قيماً وأماً في مدى حركة المفصل، خاصة في حركة التباعد وحركة الدوران الخارجي، أو الداخلي مع إيجابية الاختبارات الاستثنائية الآتية:

- علامة نير للانحشار (Neer impingement sign)، وتكون هذه العلامة إيجابية حينما يشعر المريض بالألم في كتفه المتضررة في أثناء ثني الطبيب لكتفه برفع ذراعه إلى الأمام إلى أكثر من 90 درجة وحتى أعلى مستوى الرأس.

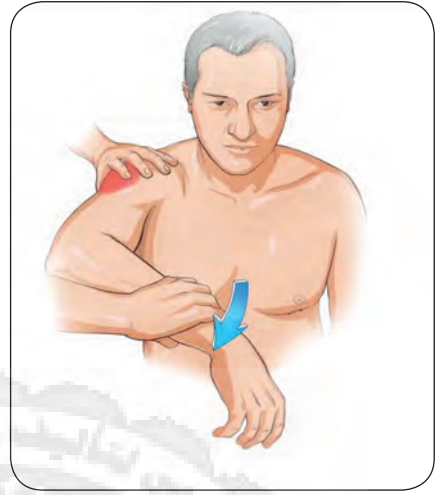


صورة توضح اختبار نير.

- اختبار نير للانحشار (Neer impingement test) ويكون هذا الاختبار إيجابياً حينما لا يشعر المريض بالألم في كتفه المتضررة في أثناء ثني الطبيب لكتفه برفع ذراعه إلى الأمام إلى أكثر من 90 درجة بعد حقن كتفه بمخدر موضعي.
- اختبار هوكنز (Hawkins test) وهو اختبار يقوم به الطبيب بثني الكتف برفع الذراع إلى الأمام 90 درجة مع ثني الكوع 90 درجة، ثم القيام بحركة دوران مفصل الكتف الإنسي للداخل، ويكون هذا الاختبار إيجابياً إذا شعر المريض بألم في كتفه المتضررة في أثناء أداء هذا الاختبار.
- اختبار القوس المؤلم (Painful arc test)، ويكون هذا الاختبار إيجابياً إذا شعر المريض بألم في كتفه المتضررة في أثناء رفعه لذراعه بحركة تباعد في مستوى عظم لوح الكتف من (60-120 درجة).



صورة توضح اختبار القوس المؤلم.



صورة توضح اختبار هوكنز.

الفحوص التشخيصية

ولتأكيد تشخيص هذه المتلازمة يجب إجراء التصوير الطبي وهذا يشمل:

- عمل أشعة سينية عادية (X-ray radiographs) أمامية وخلفية وصورة لمخرج عضلة فوق الشوكة، وقد تُظهر الصورة الشعاعية صعود رأس عظم العضد إلى أعلى؛ نتيجة لتمزقات أوتار الكفة المدورة واعتلال مفصل الكتف نتيجة لذلك، وقد تُظهر أيضاً وجود زوائد عظمية (osteophytes) أو تكلس بالرباط الغرابي الأخرمي، وقد تُظهر أيضاً تغيرات كيسية بالحديبة الكبيرة لعظم العضد وتقوس أو انعكاف عظم الأخرم.
- التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) الذي قد يُظهر التهابات وتمزقات أوتار الكفة المدورة، والتهابات الجراب تحت الأخرم، ودرجة هذه الالتهابات وشدها.
- الفحص بفائق الصوت (السونار) (Ultrasound) الذي قد يصور بدقة أوتار وعضلات الكفة المدورة.

العلاج

خط العلاج الأول لمتلازمة الانحشار تحت الأخرم هو العلاج التحفظي الذي قد يشتمل على تعديل في نمط الحياة ونشاطاتها المختلفة مع تناول الأدوية المضادة

للالتهابات اللاستيرويدية، ويشتمل أيضاً على الحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي في مفصل الكتف، ثم خضوع المريض لجلسات مكثفة للعلاج الطبيعي، خاصة تمارين تقوية عضلات الكفة المدورة. وفي حالة وجود خلل في حركة عظم الكتف عبر الصدر فيتم التركيز على إعادة تأهيل عضلات الكتف مع محاولة إعادة كامل مدى حركة مفصل الكتف واستعادة التنسيق مع حركة عظم الكتف عبر الصدر.

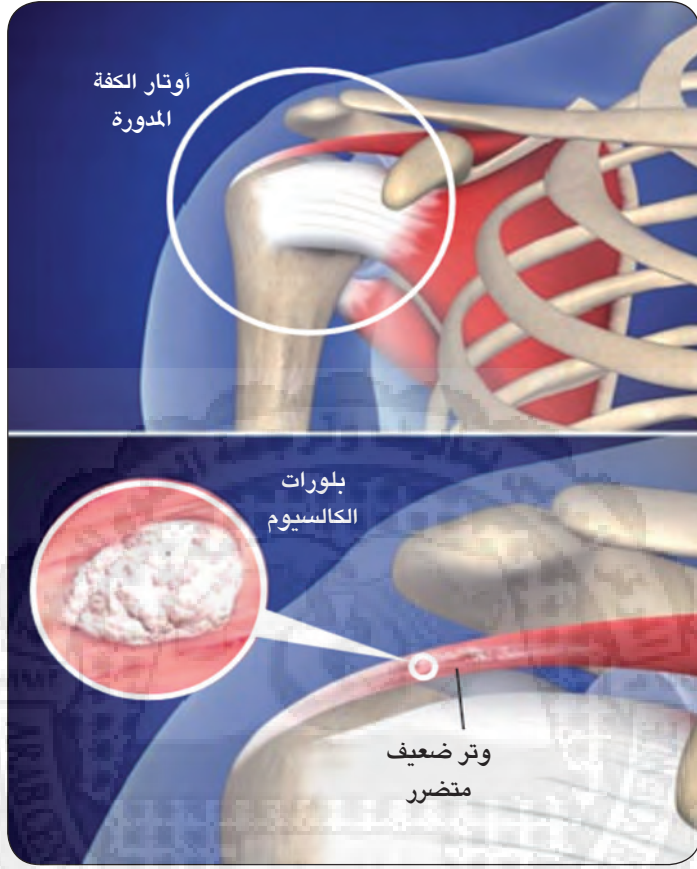
ويوصى باستخدام التدخل الجراحي بعد فشل العلاج التحفظي لمدة (4-6) أشهر من دون تحقيق أي فائدة للمريض، وعادة يكون هذا التدخل باستخدام جراحة المنظار حيث يجري الطبيب الجراح عملية تخفيف للضغط تحت الأخرم مع رأبه، وفي هذه العملية يقوم الجراح بكشط العظم تحت سطح الأخرم باستخدام كاشط، أو مثقاب، وذلك لتوسيع المساحة بين تحت الأخرم ورأس عظم العضد، ثم يقوم باستئصال جراب تحت الأخرم والرباط الغرابي الأخرمي، ثم يتبع هذا التدخل الجراحي إخضاع المريض لبرنامج مُفصّل ومكثف للعلاج الطبيعي.

2. التهاب الأوتار التكلّسي (Calcific tendinitis)

إن التهاب الأوتار التكلّسي هو شكل من أشكال التهاب الأوتار ويحدث تحديداً في أوتار الكفة المدورة للكتف، حيث تتكلس تلك الأوتار بعد موتها وانحلالها. يحدث هذا المرض في البالغين من العمر من (30-50) عاماً وهو أكثر شيوعاً بين النساء عن الرجال بمقدار الضعف، خاصة لدى مرضى داء السكري، ومرضى قصور الغدة الدرقية، ومرضى النقرس، ومرضى التهاب المفاصل الروماتويدي.

أسباب حدوث المرض

يحدث مرض تكلّس أوتار الكفة المدورة؛ نتيجة لترسبات بلورات أملاح الكالسيوم، والفسفات، وكالسيوم هيدروكسي أباتيت (Calcium hydroxyapatite crystals) وذلك لسبب غير واضح وغير معروف، ولكن هناك نظريات لتفسير السبب مثال على ذلك: التمايز الخلوي (Cell differentiation) لخلايا الأوتار إلى خلايا غضروفية، أو خلايا عظمية والتي من ثمّ تستثير حدوث التكلّس حولها، ولكن يبقى التساؤل هنا ما الذي يدفع خلايا الأوتار للتحوّل لخلايا غضروفية أو عظمية؟ وهناك نظرية التكلّس بعد موت الخلايا نتيجة للتقدم في العمر، أو نقص الأكسجين، أو تآكل أنسجة الجسم وخلاياه، ولكن هذا المرض غير شائع في المتقدمين جداً في العمر، وغير مرتبط بممارسة الرياضة، حيث تحدث حالات نقص الأكسجين كما تدّعي النظرية.



شكل يوضح التهاب أوتار الكفة المدورة التكلسي.

باتولوجيا المرض

يحدث مرض التهاب الأوتار التكلسي غالباً في وتر العضلة فوق الشوكية من عضلات الكفة المدورة في 63% من الحالات، وفي وتر العضلة تحت الشوكية في 7%، وفي العضلة تحت الكتفية في 3% وفي عضلتي فوق الشوكية وتحت الكتفية في 20% من الحالات في الوقت نفسه.

ويحدث مرض التهاب الأوتار التكلسي بأوتار الكفة المدورة في ثلاث مراحل، ففي المرحلة الأولى التي تسمى مرحلة قبل التكلس يتم تمايز وتحول خلايا الأوتار إلى خلايا أخرى تكون غالباً خلايا غضروفية عظمية تثير ترسب أملاح الكالسيوم،

وهذه المرحلة غير مؤلمة للمريض، في المرحلة الثانية التي تسمى مرحلة التكلس تنقسم إلى طورين الطور الأول الذي يسمى طور التكوين حيث يتكون التكلس، يتبع هذا الطور الثاني والذي يسمى طور الهدم أو التآكل، حيث يقوم الجسم بهدم وامتصاص ترسبات التكلس، وهذه المرحلة تكون مؤلمة للمريض بين ألم حاد و آلام مزمنة، وأخيراً مرحلة ما بعد التكلس، حيث تتكون أنسجة جديدة مكان الترسبات الكلسية وتلتئم الأوتار تماماً وبشكل كامل حتى من دون استخدام أي علاج.

أعراض المرض

قد لا يشعر بعض المرضى بأي أعراض على الإطلاق، أما الذين يشعرون بأعراض فإنها تتوقف على المرحلة التي يكون فيها المرض، فمثلاً في طور التكوين من مرحلة التكلس لا يشعر المرضى بأي أعراض، ونادراً ما يشعرون بالألم متقطع بالكتف خاصة عند ثني الكتف برفع الذراع إلى الأمام، أما في طور الهدم من مرحلة التكلس. وعند امتصاص الترسبات الكلسية فيشعر أغلب المرضى بالآلام حادة شديدة تكون أسوأ ليلاً، حيث لا يستطيع المريض أن يستلقي على كتفه المتضررة، وبعض المرضى قد يشعرون بحرارة واحمرار بالكتف مع قيد شديد بحركته، وقد يضطر المريض إلى تثبيت مفصل كتفه في وضع الدوران الإنسي الداخلي ليقفل من حدة الألم.

الفحص السريري للمرض

يلاحظ الطبيب وضعية الدوران الداخلي لمفصل الكتف والذراع التي يتخذها المريض لتقليل شعوره بالألم مع قيد وتحديد شديدين في مدى الحركة النشطة التي يقوم فيها المريض بتحريك المفصل مع وجود آلام شديدة عند جس الطبيب لكتف المريض، وإيجابية الاختبارات الاستثنائية مثل: علامة نير، واختبار هوكنز، وقد يجد الطبيب ضعفاً بعضلات الكفة المدورة، خاصة عضلة فوق الشوكة مع إيجابية اختبارات عضلات الكفة المدورة مثل: اختبار جوب (Jobe's test)، واختبار يوكوم (Yocum test) لعضلة فوق الشوكة، واختبار نقص الدوران الخارجي لعضلة تحت الشوكة، واختبار نافخ البوق (Hornblower test) لعضلة المدورة الصغيرة، واختبار جبر للرفع بعيداً (Gerber's lift off test) للعضلة تحت الكتفية.

الفحوص التشخيصية

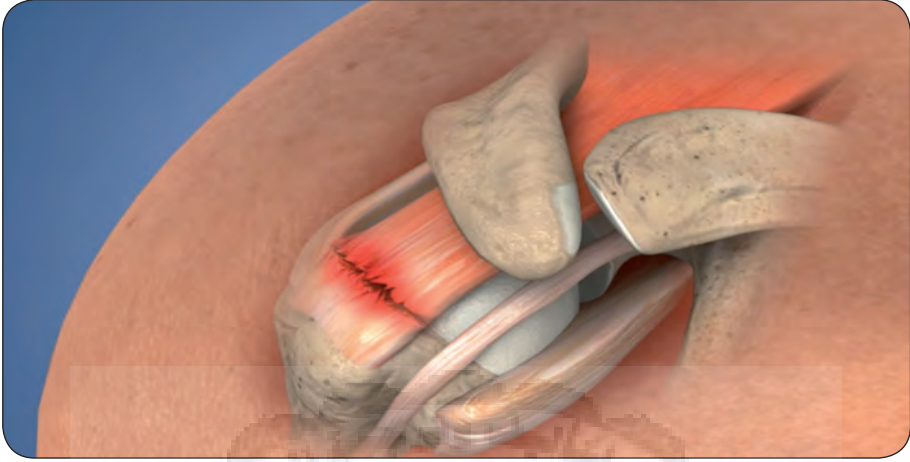
يستلزم للتشخيص إجراء أشعة سينية أمامية وخلفية وجانبية وصورة لمخرج عضلة فوق الشوكة، وتُظهر الصورة الشعاعية، وهي الفحص الأساسي لمرض التهاب الأوتار التكلسي لأوتار الكفة المدورة، وجود الترسبات الكلسية حوالي من (1-1.5) سنتي متر من قمة الحديبة الكبيرة لعظم العضد، ونادرًا ما يكون هناك حاجة لعمل أشعة مقطعية، أو أشعة رنين مغناطيسي، أو حتى أشعة سونار لتشخيص هذا المرض.

العلاج

يكون علاج مرض التهاب أوتار الكفة المدورة التكلسي بتناول الأدوية المضادة للالتهابات اللاستيرويدية، ويشتمل أيضًا على الحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي في المكان الأكثر ألمًا بالكتف في حالات الألم الشديد وفي الحالات التي لا يقل فيها الألم ولا يهدأ باستخدام الأدوية والراحة، فيكون العلاج باستخدام تقنية وخز الإبر مسترشدًا بسونار الموجات فوق الصوتية، حيث يُستخدم السونار في تحديد مكان الترسبات الكلسية في الكتف المتضررة، وحقن محلول ملحي ومخدر موضعي من مثل: الليدوكاين لإذابة الترسبات وإزالتها، وأيضًا قد تُستخدم تقنية الموجات التصادمية خارج الجسم لتفتيت الترسبات والمساعدة على الالتئام، ولا تستخدم الجراحة سواءً أكانت بالمنظار كما في معظم الحالات، أو الجراحة المفتوحة في النادر من الحالات لإزالة الترسبات إلا بعد فشل العلاج التحفظي واستمرار شكوى المريض لمدة ستة أشهر، وقد يستلزم الأمر عمل رأب للأخزم، أو تصليح ورتق لأوتار الكفة المدورة عند إجراء هذه الجراحة.

3. تمزق أوتار الكفة المدورة (Rotator cuff tears)

يُعد واحدًا من أكثر الأسباب شيوعًا لآلام الكتف وسبب مراجعة عديد من المرضى للطبيب ويُعدّ تمزق أوتار الكفة المدورة الذي هو عبارة عن تمزق في مجموعة من أربع عضلات تعمل على تثبيت مفصل الكتف وتتيح لنا رفع الذراعين وتدويرهما، ويمكن أن يكون التمزق كاملاً أو جزئياً. يحدث تمزق كامل لأوتار الكفة المدورة في 28% لمن هم تخطوا سن 60 عاماً وفي 65% لمن تخطوا 70 عاماً، وتمثل عوامل الخطورة المتمثلة في التقدم بالعمر في التدخين، وارتفاع الكوليستيرول في الدم، والتاريخ العائلي، كما يقدر انتشار هذا التمزق سواءً أكان تمزقاً كاملاً، أو جزئياً ب (5-11) من الأفراد ممن أعمارهم بين (40 و 60) عاماً.



صورة توضح تمزق أوتار الكفة المدورة.

أسباب حدوث المرض

معظم حالات تمزق أوتار الكفة المدورة تحدث بشكل مزمن في المسنين ومن تخطوا 40 عاماً؛ نتيجة للتتكس والانحلال الذي يصيب هذه الأوتار نتيجة التقدم في العمر، وأيضاً بسبب الإصابة بمتلازمة الانحشار بشكل مزمن خاصة فيمن تستدعي وظائفهم استخدام أذرعهم ورفعها بشكل متكرر أعلى الرأس، ويحدث هذا التمزق أيضاً؛ نتيجة للإصابات والرضوض في البالغين من صغار السن خاصة الرياضيين، وأيضاً فيمن تخطوا 40 عاماً في إصابتهم بخلع مفصل الكتف، حيث تُقدر نسبة حدوث التمزق في أوتار الكفة المدورة بـ 54% في هؤلاء المرضى وبـ 100% لمن تخطوا 70 عاماً.

باثولوجيا المرض

يقع معظم تمزق أوتار الكفة المدورة بأوتار العضلة فوق الشوكة والعضلة تحت الشوكة والعضلة المدورة الصغيرة ونتيجة لمتلازمة الانحشار وما تتعرض له هذه الأوتار من تنكس وانحلال في المرضى، ويقع هذا التمزق بدرجة أقل في وتر العضلة تحت الكتفية، وغالباً يتراوح حجم تمزق أوتار الكفة المدورة الكامل بين صغير (1) سنتي متر ومتوسط (1-3) سنتي متر وكبير (3-5) سنتي متر وجسيم أكثر من (5) سنتي متر والذي غالباً ما يمتد إلى وترين أو أكثر، ويكون شكل التمزق هلالياً، أو على شكل حرف U، أو L، وهناك التمزق المتقهقر للداخل وهو تمزق شديد الصعوبة

في علاجه، أما التمزق الجزئي فيأخذ أطوالاً مختلفة من سماكة الوتر ما بين 25% إلى أكثر من 50%، أما مكان التمزق الجزئي فقد يكون في الطبقة المفصالية من الوتر، أو في طبقة الوتر أسفل الجراب تحت الأخرمي، أو يكون في داخل الوتر، ويصاحب وجود التمزق ضمور دهني للعضلات؛ نظراً لعدم تحريك الكتف، ولقد وجد أن 29% من التمزقات الجزئية تتحول بمرور الوقت إلى تمزق كامل.

أعراض المرض

يشعر المرضى في حين إصابتهم بهذا المرض بألم مزمن يزداد ضراوة بمرور الوقت خاصة عند القيام برفع الذراع فوق مستوى الرأس في نشاطات الحياة المختلفة، ويكون الألم أسوأ ما يكون ليلاً وقد يحرم المريض من النوم، وقد يكون الألم حاداً مع إحساس بضعف عضلات الكتف وعدم القدرة على تحريك الكتف في الاتجاهات المختلفة.

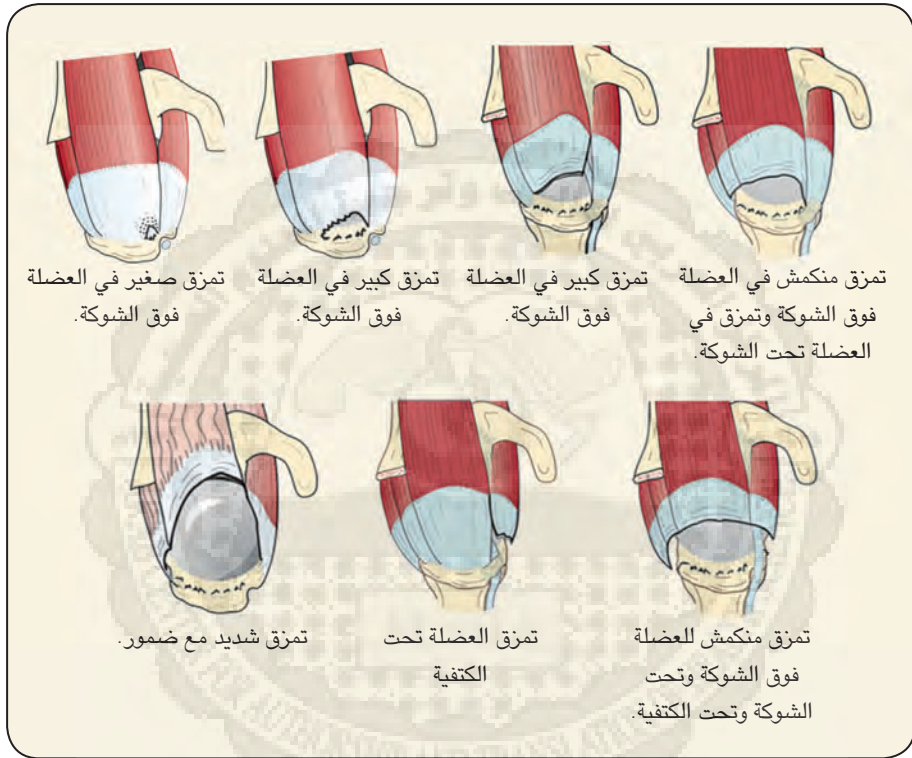
الفحص السريري للمرض

عندما يقوم الطبيب بفحص مرضى هذا المرض فإنه يجد ضعفاً بعضلات الكفة المدورة، والعضلة فوق الشوكة، والعضلة تحت الشوكة، والعضلة المدورة الصغيرة، والعضلة تحت الكتفية مع إيجابية اختبارات عضلات الكفة المدورة مثل: اختبار جوب، واختبار يوكوم، واختبار كودمان لعضلة فوق الشوكة، واختبار نقص الدوران الخارجي لعضلة تحت الشوكة، واختبار نافخ البوق للعضلة المدورة الصغيرة، واختبار جربل للرفع بعيداً واختبار ضغط الباطن (أو البطن وفيه يتم تطبيق الضغط على البطن لعزل العضلة تحت الكتفية واختبارها بحثاً عن التمزق، أو الخلل الوظيفي فيها) للعضلة تحت الكتفية.

الفحوص التشخيصية

إجراء التصوير الطبي ويشمل: إجراء أشعة سينية أمامية خلفية وجانبية وصورة لمخرج عضلة فوق الشوكة، ولكن الفحص الذهبي لهذا المرض هو التصوير بأشعة الرنين المغناطيسي، حيث تُظهر هذه الأشعة حجم وشكل التمزق، ودرجة تفهقره الداخلي، ودرجة الضمور الدهني للعضلات، ودرجة الإزاحة الداخلية للوتر الطويل للعضلة ذات

الرأسين العضدية والتي قد تشير إلى تمزق وتر العضلة تحت الكتفية وتُظهر تلك الأشعة أيضاً وجود تغيرات كيسية في رأس عظم العضد وهو موجود في كل مرضى تمزق أوتار الكفة المدورة، وأحياناً تُستخدم أشعة السونار لانخفاض تكلفتها، ولكن من عيوبها وضعف نوعيتها أنها تعتمد بشكل كبير على خبرة طبيب الأشعة.



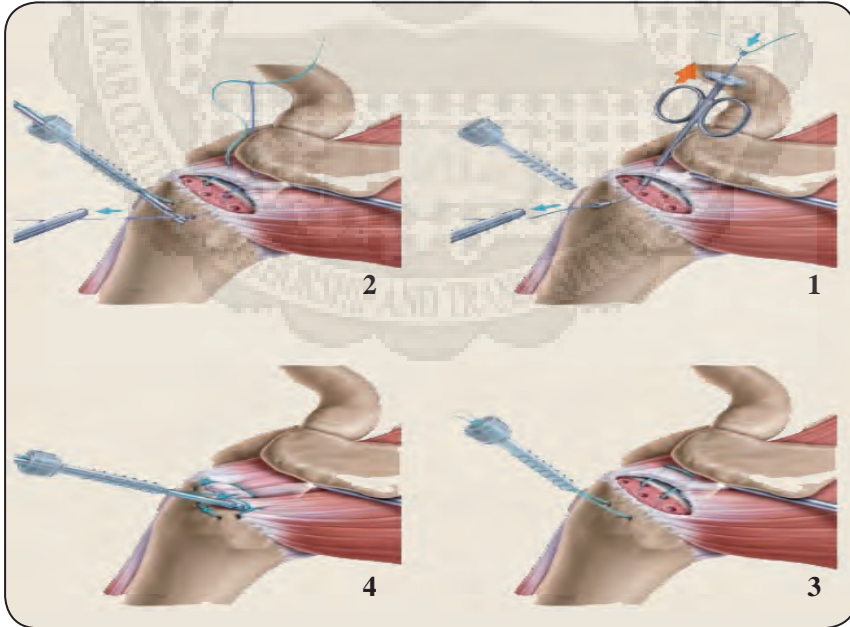
شكل يوضح تمزق وتر العضلة فوق الشوكة أنواعه ومدى تدهوره.

العلاج

يتوقف علاج تمزق أوتار الكفة المدورة على عمر المريض وحجم نشاطه وعلى سبب التمزق ما إذا كان نتيجة لتناكس وانحلال الوتر، أو نتيجة إصابة ما، ويعتمد أيضاً على حجم التمزق ومدى تقهقره للداخل، وعلى درجة الضمور الدهني في العضلات، وعلى ما إذا كان التمزق كاملاً أو جزئياً. وفي حالة التمزق الجزئي يعتمد على مكان التمزق الجزئي في الطبقة المفصالية من الوتر، أو في طبقة الوتر

أسفل الجراب تحت الأخرمي، ويتراوح العلاج بين العلاج التحفظي بتناول الأدوية الالاستيرويدية المضادة للالتهابات، والحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي وإخضاع المريض للعلاج الطبيعي كما في حالة علاج التمزق الجزئي البسيط، وإلى العلاج الجراحي من رتق وتصليح تمزق الوتر باستخدام المنظار كما في حالة التمزق الكامل أو التمزق الجزئي، وفي حالات التمزق الجسيم الذي لا يمكن رتقه أو تصليحه يكون العلاج بنقل الأوتار مثال على ذلك: نقل وتر العضلة الصدرية الكبيرة، أو وتر العضلة الظهرية العريضة، أو يكون بعمل مفصل الكتف العكسي.

قد يؤدي إهمال علاج تمزق أوتار الكفة المدورة إلى مرض خشونة مفصل الكتف لاعتلال الكفة المدورة، حيث تُظهر الأشعة السينية وجود خشونة في مفصل الكتف مع صعود وإزاحة رأس عظم العضد إلى أعلى مع ضيق المسافة بينها وبين الأخرم، ويكون العلاج بالحقن الموضعي والعلاج الطبيعي وفي حالة زيادة الآلام واستمرارها يكون العلاج الأمثل هو التدخل الجراحي، وذلك بعمل مفصل الكتف العكسي.



شكل يوضح رتق أوتار الكفة المدورة وتصليحها.

4. أمراض وتر الرأس الطويل للعضلة ذات الرأسين العضدية (Diseases of the tendon of long head of biceps)

تتنوع الحالات الإكلينيكية (السريرية) التي تصيب الوتر الطويل للعضلة ذات الرأسين العضدية بين التهاب بالوتر (Tendinitis)، وخلع للوتر (Tendon subluxation) من الأخدود ذي الرأسين (bicipital groove)، وتمزق جزئي، أو كامل بالوتر وهي سبب مهم من أسباب آلام الكتف.

باثولوجيا المرض وأسبابه

دائماً يرتبط التهاب الوتر الطويل للعضلة ذات الرأسين العضدية بحالات باثولوجية وأمراض أخرى بالكتف، حيث يُعدّ حالة ثانوية لتلك الأمراض الابتدائية، ومن هذه الحالات ضيق الأخدود ذي الرأسين (stenosis of bicipital groove) ومتلازمة الانحشار تحت الأخرم وتمزق أوتار الكفة المدورة خاصة تمزق وتر العضلة تحت الكتفية، بينما يرتبط خلع الوتر من الأخدود ذي الرأسين بتمزق وتر العضلة تحت الكتفية وتمزق حمالة الوتر (biceps sling).

أعراض المرض والفحص السريري

في حالة التهاب الوتر أو خلعه يشكو المريض أولاً بالجزء الأمامي من الكتف مع حدوث صوت نقرة في الكتف في حالة الخلع، وبالفحص قد يشعر المريض بألم حينما يجس الطبيب الجزء الأمامي من الكتف، وقد يسمع الطبيب صوت نقرة حينما يحرك المريض مفصل الكتف في حركتي التباعد والدوران الداخلي الإنسي مع إيجابية اختبار جربل للرفع بعيداً، واختبار ضغط الباطن للعضلة تحت الكتفية، واختبار سبييد، واختبار يارجسون للعضلة ذات الرأسين العضدية، ففي اختبار سبييد يطلب الطبيب من المريض رفع الذراع وثنيه 90 درجة بمفصل الكتف مع بسط كامل لمفصل الكوع وبطح (Supination) للساعد ومحاولة رفع الذراع من هذا الوضع تحت مقاومة من الطبيب، فإذا شعر المريض بألم في الأخدود ذي الرأسين في أعلى العضد، أو فشل في رفع ذراعه يكون الاختبار إيجابياً للالتهاب، أو الخلع، أو التمزق الجزئي بالوتر. أما في حالة التمزق الكامل للوتر فيلاحظ الطبيب وجود كدمات بالعضد مع وجود تشوه بوباي (Popeye deformity) (وهو تشكيل كتلة كبيرة مؤلفة فوق الوتر) وألم عند جس الأخدود ذي الرأسين في أعلى العضد.

الفحوص التشخيصية

تُظهر أشعة الرنين المغناطيسي التهاب الوتر، أو إزاحة الوتر خارج الأخدود ذي الرأسين وقد تُظهر أيضاً وجود تمزق بوتر العضلة تحت الكتفية وقد تُستخدم أشعة السونار نظراً لانخفاض تكلفتها لبيان التهاب الوتر، أو بيان صورة ديناميكية لعدم ثبات الوتر في الأخدود ذي الرأسين.

العلاج

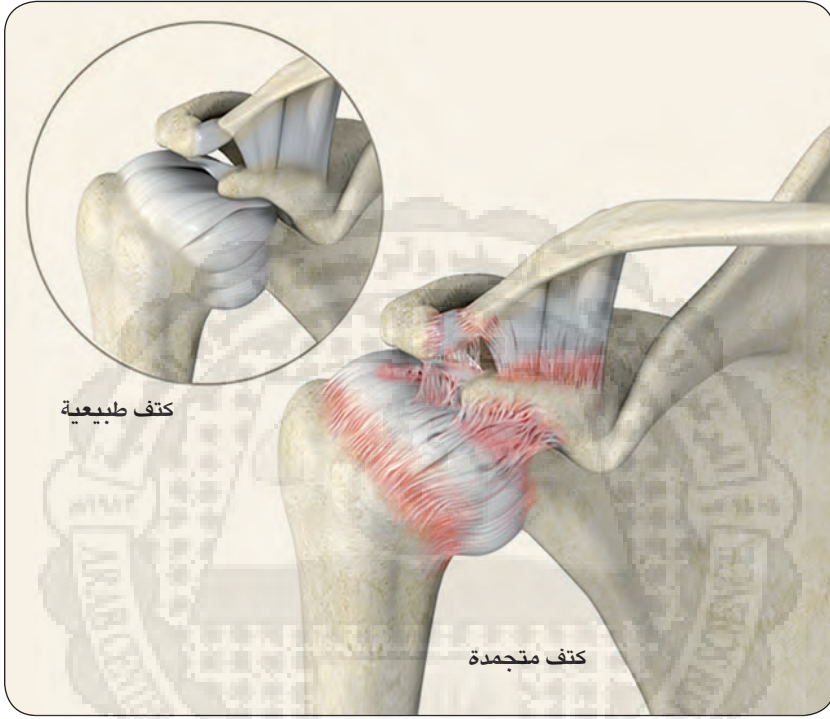
في بداية العلاج يكون العلاج التحفظي بتناول الأدوية الالتهابية المضادة للالتهابات والحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي، وإخضاع المريض لتمارين تقوية العضلات بجلسات العلاج الطبيعي، وفي حالة فشل العلاج التحفظي واستمرار شكوى المريض تكون هذه إشارة للتدخل الجراحي الذي يشتمل على جراحة بالمنظار لقطع الوتر المتضرر (بضع الوتر) (Tenotomy)، أو تثبيته (خياطة الوتر بالعظم) (Tenodesis) مع أو من دون رتق وتصليح وتر العضلة تحت الكتفية، وفي أحوال نادرة تكون هذه جراحة مفتوحة. وفي حالة التمزق الكامل للوتر يكون العلاج تحفظياً باستخدام المسكنات والأدوية الالتهابية المضادة للالتهابات؛ لتقليل الألم والالتهاب وتجنب النشاطات التي تزيد من الألم ووضع كمادات ثلج، ومن ثم الخضوع لجلسات العلاج الطبيعي لتقوية العضلات، وفي معظم المرضى يكون هذا العلاج كافياً لاحتفاظهم بوظيفة مرضية للكتف، ولكن في حالة استمرت شكوى المريض من ألم الكتف، أو ضعف العضلات، أو عدم رضاه عن التشوه بالعضد نتيجة لتمزق الوتر يكون العلاج جراحياً بتثبيت الوتر.

5. مرض الكتف المتجمدة (التهاب المحفظة اللاصقة)

Frozen shoulder (adhesive capsulitis)

تُعرف الجمعية الأمريكية لجراحي العظام مرض الكتف المتجمدة أو التهاب المحفظة اللاصقة على أنه حالة تتباين شدتها وتتميز بزيادة متدرجة وعلى نطاق واسع في تحديد وتقييد حركة مفصل الكتف النشطة أي: التي يقوم بها المريض والحركة التي يقوم فيها الطبيب بتحريك كتف المريض للكشف عليه واحتمالية عدم وجود أي خلل داخلي بالكتف، حيث لا تُظهر صور الأشعة أي علامات مرضية باستثناء هشاشة

قليلة محدودة من عدم الاستخدام في بعض الأحيان. يصيب مرض الكتف المتجمدة الأفراد من سن (40-60) عاماً وفي (2-5%) من عدد السكان، ويصيب النساء أكثر ما يصيب الرجال، خاصة النساء المصابات بداء السكري.



شكل يوضح مرض الكتف المتجمدة (التهاب المحفظة اللاصق).

أسباب حدوث المرض

يحدث مرض الكتف المتجمدة بصورة أولية دون سبب واضح، ويحدث بصورة ثانوية في وجود أسباب واضحة مرتبطة بعدم تحريك مفصل الكتف لفترات طويلة كما في بعض حالات كسور أعلى عظم العضد وغيرها من كسور الذراع وفي حالات الجلطات الدماغية، أو بعد بعض العمليات الجراحية مثل: رتق وتصلب أوتار الكفة المدورة، واستئصال الثدي مع التشريح الجراحي الكامل للإبط في حالة سرطان الثدي، ويرتبط هذا المرض بأمراض أخرى أهمها: داء السكري بنوعيه، وأمراض زيادة نشاط أو قلة نشاط الغدة الدرقية، وأمراض القلب، وأمراض العمود الفقري بالرقبة، ومرض باركنسون.

باطولوجيا المرض

يحدث في هذا المرض التهاب وتكاثر للخلايا الليفية والخلايا الليفية العضلية وألياف الكولاجين بمحفظة مفصل الكتف والكفة المدورة وبالرباط الغرابي العضدي؛ مما يؤدي إلى تليف محفظة المفصل وزيادة سماكتها والتصاقها بعظم العضد مُحَدِّثَةً ضيقاً في سعة المحفظة يؤدي إلى قيد وتحديد في حركة مفصل الكتف قد يكون شديداً والمرض قد يصيب الكتفين، ولكن بالتعاقب وليس في الوقت نفسه.

أعراض المرض والفحص السريري

يتميز هذا المرض بالتدرج في ظهور الألم بالكتف وزيادة شدته قبل ظهور أي تحديد في الحركة ويمر المرض خلال ثلاث مراحل، وتتنوع أعراض المرض وعلاماته حسب كل مرحلة، ففي مرحلة التجميد (Freezing) يشعر المريض بألم يزداد بمرور الأيام، ويكون هذا الألم في الراحة، وفي أثناء حركة الكتف وأسوأ ما يكون وقت النوم ليلاً، ولا يظهر قيد في حركة الكتف في تلك المرحلة التي تستمر من ستة أسابيع إلى تسعة أشهر، ثم يلي ذلك المرحلة الثانية وهي مرحلة التجمد (Frozen)، حيث يبدأ الألم في الزوال تدريجياً مع ظهور قيد الحركة الذي يزداد تدريجياً إلى حد تيبس شديد بالكتف وتستمر تلك المرحلة من (4-9) أشهر، ثم تأتي مرحلة الشفاء وانحسار المرض مع العودة التدريجية لمدى الحركة الطبيعي لمفصل الكتف مع عدم وجود آلام، وقد تستمر تلك المرحلة من (5-26) شهراً، وفي أثناء الفحص قد يلاحظ الطبيب إيجابية الاختبارات الاستتارية لمتلازمة الانحسار مثل: علامة نير للانحسار، واختبار هوكنز وأيضاً اختبار سبييد واختبار يارجسون للعضلة ذات الرأسين العضدية.

ويُعد هذا المرض من الأمراض تلقائية الشفاء، حيث يُشفى المريض خلال (1-3) سنوات من دون علاج، ولكن قد يبقى من (7-15%) من المرضى يعانون ألماً وقيداً بحركة الكتف بشكل دائم.

الفحوص التشخيصية

لا يحتاج الطبيب في هذا المرض إلا لعمل أشعة سينية أمامية خلفية وجانبية وذلك لاستبعاد وجود أمراض أخرى مثل: خشونة مفصل الكتف، وخلع الكتف الخلفي، وقد يلاحظ الطبيب وجود هشاشة قليلة محدودة بالجوف الحقاني، أو برأس عظم العضد.

العلاج

يكون العلاج في هذا المرض من خلال العلاج التحفظي، وذلك بتناول الأدوية الالاستيرويدية المضادة للالتهابات والحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي، وإخضاع المريض لجلسات العلاج الطبيعي وتحسين مدى الحركة، وفي حالة فشل هذا العلاج يمكن معالجة المريض بتحريك المفصل تحت المخدر الموضعي أو العام مع الحقن الموضعي، أو عمل جراحة بالمنظار لتوسيع المحفظة المفصالية وإزالة الالتصاقات.

6. خلع الكتف المتكرر (Recurrent shoulder dislocation)

يُشكل الخلع المتكرر لمفصل الكتف بعد الخلع الأولي مشكلةً كبيرةً، فقد يعوق ممارسة الحياة بشكل طبيعي ويحدث بشكل رئيسي عند الشباب للفئات العمرية دون 40 عاماً وخاصة الأقل من 20 عاماً، وكذلك عند الرياضيين، وفي بعض الحالات الشديدة يحدث خلع الكتف بسهولة فقط عند رفع المريض لذراعه في اتجاه ما، أو قيامه بأحد نشاطات الحياة اليومية العادية، وقد يحدث هذا بشكل متكرر جداً شبه يومي، حيث يقوم المريض نفسه برد المفصل وإرجاعه إلى مكانه تلقائياً.

يحدث خلع الكتف الأولي بمعدل يصل إلى 1.7% من عدد السكان ويحدث الخلع المتكرر في المتوسط في 28.7% من هؤلاء ويصل إلى 90% من مرضى الخلع الأولي في الشباب دون 20 عاماً، ويقل تدريجياً حتى عمر الـ 40، حيث يبلغ (10-15%) فيمن هم في سن 40، أو أكثر عمراً، ومعظم حالات خلع الكتف المتكرر تحدث في خلال سنتين من تاريخ الخلع الأولي.

باثولوجيا المرض وأسبابه

يحدث الخلع الأولي نتيجة لإصابة قوية تؤدي إلى تمزق المحفظة المفصالية والأربطة والشفا الحقاني (وهو الحلقة الليفية الغضروفية التي ترتبط بمحيط الجوف الحقاني والمحفظة المفصالية)، وتشكل 50% من عمق الجوف الحقاني، وأيضاً يحدث تمزق أوتار الكفة المدورة فيمن تخطت أعمارهم 40 عاماً؛ مما يؤدي إلى فقدان عوامل ثبات المفصل واستقراره وحدوث الخلع المتكرر، حيث تتنوع فيه الإصابات من مثل: آفة بانكارت (Bankart lesion)، حيث يقتلع الجزء الأمامي من الشفا الحقاني والرباط الحقاني العضدي الأسفل من ناحية ارتباطه بالجوف الحقاني في جزئه الأسفل الأمامي،

ويحدث ذلك في (80-90%) من حالات الخلع المتكرر وأفة بانكارت العظمية، حيث يكون هناك كسر لقطعة صغيرة من الجزء الأسفل الأمامي من الجوف الحقاني، وتوجد في 49% من الحالات، وهناك أيضاً نقص هيل - ساكس (Hill-Sachs defect) وهو كسر انحشاري في الجزء الخلفي الأعلى من رأس عظم العضد، ويحدث ذلك في (80-90%) من حالات الخلع المتكرر. كل هذا يُفقد مفصل الكتف عوامل ثباته، وقد يجعله عُرضةً للخلع المتكرر لأبسط نشاط يقوم به المريض بمفصل الكتف.

الأعراض والعلامات السريرية

في حالات الخلع المتكرر لا بد أن يفصح المريض للطبيب في أثناء سرده لتاريخه المرضي عن إصابته بخلع الكتف المتكرر وعدد مرات الخلع وشدته، وإذا ما كان باستطاعته رده دون مساعدة طبية، أو أنه يلجأ في كل مرة يُصاب فيها بخلع كتفي إلى الطبيب لرده، ولا بد أن يكون لديه الوثائق التي تُثبت حدوث هذا الخلع بصورة متكررة كصور الأشعة وتقارير أطباء آخرين، ويقوم الطبيب بفحص المريض باستخدام الاختبارات الاستثنائية لخلع الكتف التي من أهمها وأكثرها استخداماً اختبار خوف الخلع (Apprehension test)، حيث يقوم الطبيب بوضع ذراع المريض في 90 درجة تبعيد بمفصل الكتف و 90 درجة ثني بمفصل الكوع ووضع يده اليسرى على كتف المريض من الخلف لدفع رأس عظم العضد إلى الأمام مع زيادة مدى حركة الدوران الخارجي الوحشي بمفصل الكتف بيده اليمنى، ويلاحظ خوف المريض عند إحساسه أن كتفه على وشك الخلع وعندها يقوم الطبيب برد المفصل الذي على وشك الخلع بأصابعه الموضوعة على الجزء الأمامي من الكتف بدفع رأس العضد للخلف وإيجابية هذا الاختبار تؤكد وجود الخلع المتكرر.

الفحوص التشخيصية

وتشمل تلك الفحوص عمل أشعة سينية أمامية خلفية وجانبية وصورة استريكر (Stryker view) (وضعية أشعة خاصة للكتف لتقييم عظم العضد الخلفي) لبيان أفة هيل - ساكس، وقد تشمل أشعة مقطعية لبيان أي فقد لعظم الجوف الحقاني، ولا بد أن تشمل تلك الفحوص على أشعة رنين مغناطيسي لتصوير وبيان تمزق الشفا الحقاني وأفة بانكارت وأفة هيل - ساكس وتمزق الأربطة وتوسع المحفظة المفصالية، وأيضاً لبيان فقد عظم الجوف الحقاني كما في أفة بانكارت العظمية.

العلاج

يتوقف علاج خلع الكتف المتكرر على عدد مرات حدوثه وتكراره وشدته، فإذا كان يحدث بتكرار يعوق المريض عن القيام بنشاطات حياته اليومية، أو كان المريض رياضياً محترفاً فيكون العلاج بالتدخل الجراحي سواءً أكانت جراحة بالمنظار، أو جراحة مفتوحة بعد إخضاع المريض لبرنامج مكثف من العلاج الطبيعي، وتوجد تقنيات متعددة للتدخل الجراحي لعلاج خلع الكتف المتكرر مثال على ذلك: تصليح بانكارت بالمنظار بإعادة ربط الشفا الحقاني لحافة الجوف الحقاني مع تفضين وطي محفظة المفصل في حالة وجود آفة بانكارت، ومنها كذلك تصليح بانكارت المفتوح مع زيجان المحفظة المفصالية إلى أسفل ومنها أيضاً تقنيات جراحية مفتوحة لنقل عظم الناتيء الغرابي وما يرتبط به من عضلات إلى الحافة الأمامية السفلية للجوف الحقاني للعمل كحُمالة لتثبيت المفصل في حالة ما زاد فقد عظم الجوف الحقاني عن (20-25%) ويمكن إجراء تقنية رمبليسج مع تصليح بانكارت (Remplissage with Bankart repair) في حالة وجود نقص هيل ساكس برأس عظم العضد يزيد عن (25-40%) وهي جراحة بالمنظار لتثبيت الجزء الخلفي من المحفظة المفصالية مع وتر العضلة تحت الشوكية في نقص هيل - ساكس مع إجراء تصليح بانكارت أيضاً للشفا الحقاني.

7. تمزق شفا الجوف الحقاني (Labral tears)

تمزق شفا الجوف الحقاني هو إصابة في خلف الغضروف في مفصل الكتف ويوجد نوعان من تمزق الشفا الحقاني العلوي الأمامي الخلفي، وقد يوجد مع إصابات أو أمراض أخرى بالكتف مثل: تمزق أوتار الكفة المدورة، واعتلال حركة عظم لوح الكتف وعدم ثبات المفصل.

ينتشر تمزق شفا الجوف الحقاني بكثرة بين الرياضيين، حيث يشكون ألاماً وضعفاً وإعاقةً في وظيفة الكتف فيمثل تمزق شفا الجوف الحقاني العلوي الأمامي الخلفي 5% من إصابات الكتف، خاصة بين الرياضيين الذين يمارسون رياضة تنطبل الرماية بمستوى أعلى من مستوى الرأس، أما التمزق الخلفي فينتشر أكثر بين رافعي الأثقال والحكام حاملي الراية في كرة القدم، وأيضاً بين السباحين و لاعبي الجمباز والمصارعين، وينتشر التمزق أيضاً في 55% بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (45-60) عاماً والذين خضعوا لفحص أشعة رنين مغناطيسي للكتف وهم لا يعانون ألاماً، أو أعراضاً أخرى ولديهم قدرة وظيفية كاملة للكتف .

باطولوجيا المرض وأسبابه

تمثل الحركات المتكررة لأعلى مستوى الرأس بين الرياضيين السبب الأساسي في حدوث تمزق أو اهتراء شفا الجوف الحقاني، ونظرًا لارتباط 50% من ألياف الوتر الطويل للعضلة ذات الرأسين العضدية بالشفا الحقاني، فإنه حينما يحدث تمزق أو اهتراء في شفا الجوف الحقاني يحدث أيضًا تمزق أو اهتراء بالوتر وبدرجات مختلفة وقد يكون تمزق الشفا على شكل مقبض الدلو، أو يكون في الجزء الأمامي السفلي على شكل آفة بانكارت، أو يكون على شكل سديلة، أو محيطيًا، أو يقع في الجزء الخلفي السفلي.

الأعراض والعلامات السريرية

يشعر المريض في حالة تمزق شفا الجوف الحقاني العلوي الأمامي الخلفي بألم عميق غير محدد بالكتف، وقد يشعر أيضًا بقطعة، أو فرقة في أثناء حركة الكتف في الاتجاهات المختلفة مع تعب سريع وضعف في أدائه الرياضي، أما في حالة التمزق الخلفي فقد يشعر المريض بالقطعة نفسها في أثناء حركة الكتف مع ألم وضعف في رفع الأثقال وفي عمل تمارين ضغط الصدر.

أما بالنسبة للفحص السريري فقد يجد الطبيب في حالة التمزق العلوي أن المريض يشعر بالألم عند جسسه لعظمة العضد في الأعلى عند الأخدود ذي الرأسين مع إيجابية الاختبارات الاستثنائية مثل: اختبار أوبراين (O'Brien test)، واختبار كرانك (Crank test)، حيث يجري الطبيب هذا الاختبار ويكون المريض في وضع الرقود أو الجلوس برفع ذراعه بتباعد الكتف 160 درجة مع ثني الكوع 90 درجة ودفع عظم العضد في اتجاه الجوف الحقاني في أثناء دوران الكتف من أقصى الدوران الخارجي إلى أقصى الدوران الداخلي، ويكون الاختبار إيجابيًا حينما يسمع الطبيب صوت قطعة أو يشعر المريض بالألم وأيضًا مع إيجابية الاختبارات الاستثنائية للعضلة ذات الرأسين العضدية مثل: اختبار سبيد واختبار يارجسون، أما في فحص التمزق الخلفي السفلي فيقوم الطبيب بالبحث عن إيجابية الاختبارات الاستثنائية مثل: اختبار خوف الخلع الخلفي، واختبار كيم (Kim test) وهذا الاختبار من أكثر الاختبارات دقة ونوعية وحساسية في تشخيص تمزق الشفا الحقاني، حيث يقوم الطبيب برفع الذراع بتباعد الكتف 90 درجة وثني الكوع 90 درجة مع دفع عظم العضد باتجاه الجوف الحقاني بضغط من جسم الطبيب، ثم يقوم الطبيب بتحريك الذراع إلى الأمام 45 درجة، ويستمر في دفع عظم العضد للخلف وإلى أسفل فإذا شعر المريض بالألم يكون الاختبار إيجابيًا وهذا الاختبار ذو قيمة عالية في التشخيص.

الفحوص التشخيصية

يقوم الطبيب بعمل أشعة سينية أمامية خلفية وجانبية كروتين لاستبعاد أمراض الكتف الأخرى، ولكن الفحص القياسي، أو المعياري لهذا المرض هو أشعة الرنين المغناطيسي، حيث تبين وجود التمزق وحجمه وشكله وامتداده.

العلاج

يكون خط العلاج الأول بالراحة من ممارسة الرياضة، وأيضاً بتناول الأدوية الالاستيرويدية المضادة للالتهابات، وإخضاع المريض لجلسات العلاج الطبيعي وفي حالة استمرار شكوى المريض يكون الحل في التدخل الجراحي بإجراء جراحة بالمنظار لإزالة الأنسجة الميتة وتصليح للشفة الحقاني، وعمل قطع أو تثبيت للوتر الطويل للعضلة ذات الرأسين، أما في حالة التمزق الخلفي فتكون أيضاً الجراحة بالمنظار لتصليح تمزق الشفا والمحفظة المفصالية، وفي حالة وجود آفة بانكارت يتم تصليح التمزق عبر عملية تسمى تصليح بانكارت (Bankart Repair).

8. خشونة مفصل الكتف (الحقاني العضدي) (Glenohumeral osteoarthritis)

يتمتع مفصل الكتف بمدى واسع للحركة في عديد من الاتجاهات التي تتم بنعومة وسلاسة في الحركة، ولكن عند الإصابة بمرض خشونة المفاصل وتآكل الطبقة الغضروفية التي تغطي رأس عظم العضد والجوف الحقاني التي توفر له ذلك يفقد المفصل نعومة الحركة وتطابقه التام، وينعكس ذلك سريراً بشعور المريض بألم بالكتف مع قيد في الحركة. ينتشر هذا المرض في 32% من الأفراد لمن تخطت أعمارهم 60 عاماً ويزداد انتشاره بتقدم العمر وينتشر أكثر في النساء عن الرجال.

باثولوجيا المرض وأسبابه

يوجد نوعان من خشونة المفصل هما: الخشونة الأولية غير معروفة السبب، والخشونة الثانوية والتي تحدث نتيجة لوجود مرض آخر بالمفصل مثل: الخشونة التي تحدث بعد كسور وخلع المفصل، فكسور رأس عظم العضد يتبعها خشونة ثانوية في (35-90%) منها والذين يتعرّضون لخلع مفصل الكتف ولو لمرة واحدة قد

يصاب 56% منهم بخشونة المفصل بعد مرور حوالي 25 عامًا من الإصابة، وتحدث الخشونة الثانوية أيضًا نتيجة لمرض تمزق أوتار الكفة المدورة ومرض التهاب المفاصل الروماتويدي في (25-50%) من الحالات وأمراض النقرس، والنقرس الزائف ومرض النخر العظمي لرأس عظم العضد، وتحدث خشونة المفصل الأخرمي الترقوي متزامنة مع خشونة مفصل الكتف (5-10%) من الحالات. ويحدث في مرض خشونة المفصل تآكل الطبقة الغضروفية المبطنة لأسطح المفصل وتتواصل القُرح الغضروفية؛ مما يؤدي إلى خلع جزئي خلفي للمفصل وتكوين الزوائد العظمية والتصلب تحت الغضروفي وفقد خلفي لعظم الجوف الحقاني.

الأعراض والعلامات السريرية

يشكو المريض في مرض الخشونة ألمًا بالكتف وخاصة في أثناء الحركة مع قيد في مدى حركة المفصل ويجد الطبيب بالفحص تحديداً وقيداً بحركة الكتف خاصة الثني إلى الأمام والدوران الخارجي والداخلي، وقد يسمع الطبيب صوت طقطقة في أثناء فحصه لمدى حركة المفصل، وعلى الطبيب القيام بعمل الاختبارات الاستثنائية لعضلات الكفة المدورة لمعرفة مدى كفاءة وظيفتها وقوتها.

الفحوص التشخيصية

يقوم الطبيب بعمل أشعة سينية أمامية خلفية وجانبية لمفصل الكتف والتي قد تُظهر علامات الخشونة بالمفصل من ضيق في فراغ المفصل والتصلب تحت الغضروفي، ووجود كيسات تحت الغضروفية، وزوائد عظمية على محيط رأس عظم العضد، وقد تُظهر تآكلاً في الجزء الخلفي للجوف الحقاني وقد تُظهر أسباب الخشونة الثانوية مثل: الكسور الملتئمة ووجود آلات جراحة العظام من شرائح معدنية ومسامير، أو وجود قلة تكوّن عظمي حول المفصل كما في التهاب المفاصل الروماتويدي، أو وجود تآكل في الطبقة الغضروفية للمفصل كما في النقرس الزائف، أو وجود مناطق من قلة العظم في تبادل مع مناطق من التصلب، أو تفلطح وانبعاج وتسطح برأس عظم العضد يفقدها كرويتها التشريحية الطبيعية؛ مما يثير حدوث الخشونة كما في مرض النخر العظمي، أو إزاحة رأس عظم العضد إلى أعلى كما في الاعتلال المفصلي المصاحب لتمزق أوتار الكفة المدورة، ويشتمل التصوير الطبي الشعاعي أيضاً على عمل أشعة مقطعية لبيان مورفولوجيا (البنية التشريحية والشكل) الجوف الحقاني وأيضاً الفحص بأشعة الرنين المغناطيسي لبيان باثولوجيا أو أمراض الكفة المدورة.

العلاج

يكون خط العلاج الأول بالعلاج التحفظي بتناول الأدوية المضادة للاستيرويديية لالتهابات والحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي وإخضاع المريض لجلسات العلاج الطبيعي لمد وتحسين مدى الحركة، وفي حالة فشل هذا العلاج واستمرار شكوى المريض، فإنه يمكن علاجه بجراحة مفتوحة لعمل مفصل كتف اصطناعي كامل، أو عمل مفصل كتف اصطناعي عكسي.

9. خشونة المفصل الأخرمي الترقوي (Acromioclavicular osteoarthritis)

تعدُّ خشونة المفصل الأخرمي الترقوي من أهم أسباب آلام هذا المفصل وهي أكثر نوع من الخشونة شيوعاً يصيب مفصل الكتف وهي ليست في انتشار خشونة الركبة، أو مفصل الورك، ولكنها تصيب عدداً كبيراً من كبار السن. تُقدرُ الإحصائيات انتشار هذا المرض بوجوده في واحد من كل ثلاثة أفراد ممن تخطت أعمارهم 60 عاماً، ومنتشر أيضاً بين الرياضيين من رافعي الأثقال، وبعض الرياضيين في رياضات أخرى.

باطولوجيا المرض وأسبابه

قد تكون خشونة المفصل الأخرمي الترقوي خشونة أولية كما في كبار السن، وقد تكون خشونة ثانوية، نتيجة لكسور الترقوة، أو الخلع الجزئي للمفصل، أو التهاب المفصل الإنتاني، أو الالتهاب المفصلي الروماتويدي.

الأعراض والعلامات السريرية

يشعر المرضى في هذا المرض بالألم بأعلى الكتف خاصة عند رفع الذراع إلى أعلى فوق مستوى الرأس، أو في حركة تقريب الكتف بوضع الذراع عبر الصدر، أو في رفع الأشياء الثقيلة أو عمل تمارين ضغط الصدر، ويزداد الألم عند محاولة المريض الاستلقاء أو النوم على جانب الكتف المتضررة.

وبالفحص يشعر المريض بالألم حينما يجس الطبيب كتفه مع إيجابية اختبار التقريب عبر الصدر وهو من الاختبارات الاستثنائية للمفصل الأخرمي الترقوي وأكثرها استخداماً في فحص المرضى.

الفحوص التشخيصية

إن أفضل مناظر أو صور الأشعة التي تُظهر علامات هذا المرض هو منظر زنكا (Zanca view) ويكون بإمالة أنبوب الأشعة 15 درجة إلى أعلى في اتجاه المفصل، حيث يظهر وجود الزوائد العظمية مع ضيق فراغ المفصل، وتُظهر أشعة الرنين المغناطيسي علامة ساطعة ووذمة (تورم) بأسطح المفصل في مرض الخشونة، وتبين أيضًا أمراض وراثولوجيا أوتار الكفة المدورة والوتر الطويل للعضلة ذات الرأسين العضدية إن وُجدت.

العلاج

يكون خط العلاج الأول بالعلاج التحفظي عن طريق تناول الأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهابات والحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي وإخضاع المريض لجلسات العلاج الطبيعي، وفي حالة فشل هذا العلاج واستمرار شكوى المريض يمكن معالجته بجراحة مفتوحة، أو جراحة بالمنظار لقص الجزء الأخير من عظم الترقوة بطريقة خاطئة.



الفصل الرابع

أمراض مفصل الكتف الأقل شيوعاً

يمكن أن يُصاب الشخص بأمراض الكتف وإصابات ناتجة عن الممارسات اليومية نتيجة حركات خاطئة، أو أنواع معينة من الرياضة، كما يمكن لطبيعة العمل والحياة أن تكون سبباً في أمراض وآلام في الكتف، وسنذكر الأقل شيوعاً من أمراض مفصل الكتف كالآتي:

1. خلل الحركة الكتفية الصدرية (Scapulothoracic dyskinesia)

إن خلل الحركة الكتفية الصدرية من الأمراض النادرة التي تصيب حركة عظم لوح الكتف على القفص الصدري، وتؤدي إلى تدهور كفاءة وظيفة الكتف، وقد تؤدي أيضاً إلى حدوث متلازمة الانحسار.

باثولوجيا المرض وأسبابه

قد يُرى هذا المرض في الرياضيين خاصة لاعبي البيسبول، وقد ترجع أسبابه إلى تحنّب (انحناء غير طبيعي) بجزء من العمود الفقري وتحديداً الجزء الصدري (Thoracic spine kyphosis)، أو إلى إصابة عصبية، أو إلى إجهاد العضلات حول لوح الكتف، أو نتيجة لآلام الرقبة، أو أمراض الكتف الأخرى، ويؤدي فقدان التوازن الكتفي الصدري إلى وجود عظم الكتف في وضع الإطالة وتغيير في ديناميكية المفصل الحقاني العضدي، وقد يؤدي أيضاً إلى إصابات بشفا الجوف الحقاني، أو أوتار الكفة المدورة، أو المحفظة المفصليّة لمفصل الكتف.

الأعراض والعلامات السريرية

يشعر المريض بالآلام بالكتف خاصة عند رفع الذراع إلى أعلى، وقد يلاحظ الطبيب وجود طقطقة في أثناء حركة مفصل الكتف، وقد يلاحظ الطبيب أيضاً وجود

لوح الكتف في موقع أكثر انخفاضاً من وضعه الطبيعي وفي وضع حركة الإطالة حينما يكون لوح الكتف بعيداً عن العمود الفقري، وتخففي آلام المريض حينما يقوم الطبيب بتثبيت حركة عظم لوح الكتف.

الفحوص

لا تظهر الأشعة السينية للكتف أي علامات مرضية.

العلاج

ويكون العلاج في هذا المرض تحفظياً بتناول الأدوية الالاستيرويدية المضادة للالتهابات واستخدام الحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي، وإخضاع المريض لجلسات مكثفة للعلاج الطبيعي؛ ذلك لتقوية العضلات خاصة العضلة شبه المنحرفة والعضلة المنشارية الأمامية.

2. التهاب الإنتاني لمفصل الكتف (Shoulder septic arthritis)

قد يصيب الالتهاب الإنتاني لمفصل الكتف كل أجزاء مفصل الكتف من المفصل الحقاني العضدي، والمفصل الأخرمي الترقوي، والمفصل القصي الترقوي، ويتطلب سرعة في التشخيص والعلاج للحفاظ على وظيفة الكتف وإلا أصاب حزام الكتف بأذية شديدة.

باطولوجيا المرض وأسبابه

تعد البكتيريا العنقودية الذهبية (*Staphylococcus aureus*) هي أكثر أنواع البكتيريا المسببة لهذا المرض، والغالبية العظمى من مرضى التهاب الإنتاني لمفاصل الكتف إما يعانون أمراضاً مزمنة عديدة، أو ممن هم من منقوصي المناعة، وتمثل عوامل التقدم في السن وداء السكري والتهاب المفاصل الروماتويدي، ومرض تشمع الكبد، وفيروس الإيدز، والإدمان على مخدرات الحقن الوريدي، والتهاب الشغاف، ومرض النقرس عوامل خطيرة للإمكانية العالية لحدوث هذا المرض، ويكون التهاب الإنتاني للمفصل الحقاني العضدي أكثر انتشاراً في كبار السن والأفراد ناقصي المناعة، بينما يكثر التهاب المفاصل الأخرمي الترقوي والقصي الترقوي في صغار السن والشباب، خاصة التهاب الإنتاني للمفصل القصي الترقوي الذي يحدث بين مدمني مخدرات الحقن الوريدي.

وتصل البكتيريا إلى المفصل عن طريق ثلاث طرق وهي تجرثم الدم، أو التلقيح المباشر كما في حالات الجراحة والإصابة، أو الانتشار المجاور كما في مرض التهاب العظم والنقي لعظام الحزام الكتفي. يؤدي مرض الالتهاب الإنتاني لمفصل الكتف إلى تدمير لا رجعة فيه لغضروف المفصل إذا استمر من دون علاج لأكثر من ثماني ساعات، ويحدث هذا نتيجة لإفراز خلايا الالتهاب لإنزيمات حالة للبروتين تقوم بتحطيم بروتين الغضروف، ومن ثمّ تدميره.

الأعراض والعلامات السريرية

يشكو مريض الالتهاب الإنتاني لمفاصل الكتف ألماً وتورماً واحمراراً في الكتف مع قيد في حركة الكتف، مع ارتفاع في درجة حرارة الجسم، وبالفحص الموضوعي للكتف قد يجد الطبيب تورماً واضحاً في حالي التهاب المفصل الأخرمي الترقوي، والمفصل القصي الترقوي، ولا يظهر تورم المفصل الحقاني العضدي بذات الوضوح؛ نظراً لوجوده تحت كتلة من عضلات الكتف، بينما يكون المفصلان الأخران سطحيين، وقد يشعر المريض بالآلم بالكتف عند جس الطبيب وقد يتبين للطبيب أيضاً في أثناء جس كتف المريض وجود ارتفاع في حرارة الجلد، وأما بالنسبة لتحديد حركة الكتف فيجد الطبيب قيلاً كبيراً يصل إلى حد التيبس وفقد كلتا الحركتين النشطة والسلبية في حالة الالتهاب الإنتاني للمفصل الحقاني العضدي، بينما يحتفظ الكتف بمدى مقبول للحركة، ولكن غير كامل أي: بوجود قيد بسيط بحركة الكتف في الالتهاب الإنتاني للمفصلين الآخرين، وقد يجد الطبيب إيجابية اختبار التقريب عبر الصدر (Across chest adduction test) في حالة الالتهاب الإنتاني للمفصلين القصي الترقوي، والأخرمي الترقوي.

الفحوص التشخيصية

يشتمل العمل التشخيصي في هذا المرض على ثلاثة محاور هي: التصوير الطبي، والفحوص المختبرية من مثل: عمل مزرعة دم، والشطف التشخيصي، أو سحب سائل أو صديد (قيح) من المفصل فهو يُعدّ المعيار الأساسي في تشخيص هذا المرض وتحديد المضاد الحيوي المناسب، ولا تُظهر صور الأشعة السينية الروتينية عادة وجود أي علامات مرضية، ولكنها مهمة كونها مرجعاً لتطورات المرض الذي قد ينتهي بتدمير عظمي، وتشتمل تلك الأشعة على صور أمامية خلفية وجانبية لمفصل الكتف وعلى

منظر زنكا (طريقة عرض تستخدم لتقييم إصابات المفصل الأخرمي الترقوي الحادة والمزمنة) للمفصل الأخرمي الترقوي ومنظر السرنديبية (Serendipity view) (سمي بهذا الاسم نظرًا لاكتشافه بالصدفة)، حيث تظهر بوضوح تفاصيل المفصلين الأخرمي الترقوي والقصي الترقوي، وقد تستخدم أشعة فائق الصوت أيضًا حيث قد تظهر وجود انصباب بالمفصل وتضخم زلالي. أما أشعة الرنين المغناطيسي فهي أكثر أنواع التصوير الطبي فائدة في ذلك المرض، حيث يمكنها أن تبين انصباب المفصل والتغيرات التي قد يحدثها المرض في العظم والأنسجة الرخوة، وكذلك وجود الخراج.

العلاج

يكون العلاج بإعطاء المريض المضادات الحيوية بطريق الحقن الوريدي وإجراء جراحة عاجلة سواءً أكانت جراحة مفتوحة، أو بواسطة المنظار لتفريغ المفصل من الصديد، ثم إروائه بمحلول الملح بكميات كبيرة لإزالة الصديد والخلايا الميتة والإنزيمات الضارة مع أخذ عينات لعمل مزرعة من السائل، أو الصديد، ومن ثمَّ إعطاء المريض المضادات الحيوية المناسبة والحساسة للقضاء على البكتيريا المسببة للالتهاب، ويستمر إعطاء المريض المضاد الحيوي المناسب لمدة ستة أسابيع ثلاثة منها بالحقن الوريدي، وثلاثة بالفم مع وضع مسند للكتف لمدة أسبوعين يستأنف بعدها المريض عمل جلسات علاج طبيعي لتحسين مدى الحركة في الكتف.

3. نخر انعدام الأوعية بالكتف

(Avascular necrosis of the shoulder)

إن نخر انعدام الأوعية بمفصل الكتف هي حالة تموت فيها خلايا الأنسجة بسبب انقطاع إمدادات الدم لرأس عظم العضد وما يتبع ذلك من تغييرات باثولوجية من تصلب و تآكل عظمي، ثم تفلطح وانبعاج وهبوط برأس العظم ينتهي إلى خشونة (فصال عظمي) (Asteoarthritis) بمفصل الكتف.

باثولوجيا المرض وأسبابه

إن كثيرًا من حالات هذا المرض ليس لها سبب حدوث واضح، أو تسبقها وتسببها حالة مرضية مؤكدة، ولكن يحدث المرض أيضًا نتيجة تناول الستيرويد

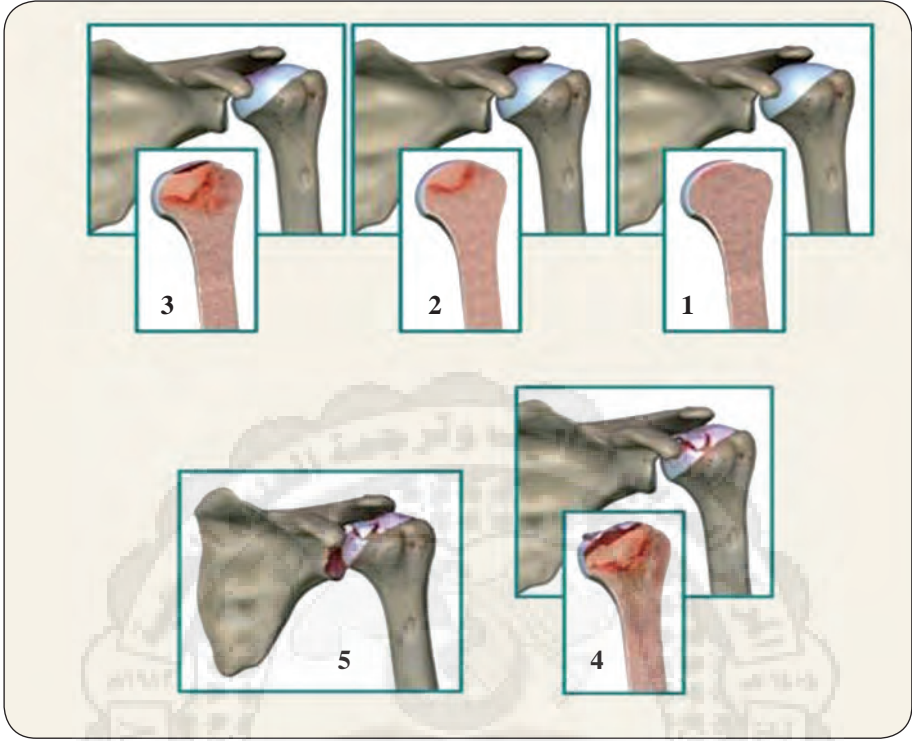
سواءً أكان بالحقن، أو عن طريق الفم وهو أكثر أسباب هذا المرض شيوعاً، ويحدث المرض أيضاً؛ نتيجة فقر الدم المنجلي (Sickle cell anemia) ومرض غوشيه (Gaucher's disease) في اليهود الشرقيين، ومرض كايسون (Caisson's disease) في الغواصين، وفي التهاب البنكرياس وفي كسور رأس عظم العضد، خاصة الكسور التي تحدث مع خلع المفصل، ويؤدي انقطاع إمدادات الدم إلى موت الخلايا العظمية، ومن ثمَّ يقوم الجسم بامتصاص النسيج العظمي الميت لإحلاله بنسيج جديد فتتفلسخ وتنبعج وتتسطح وتهبط رأس عظم العضد؛ مما يؤدي إلى حدوث خشونة المفصل.

الأعراض والعلامات السريرية

يشعر المريض في هذا المرض بألم متدرج مع قيد بحركة الكتف وضعف في عضلات الكتف، ويجد الطبيب في أثناء فحصه للمريض تحديداً في حركتي الكتف النشطة والسلبية، وقد يسمع صوت طقطقة في أثناء حركة المفصل مع وجود ضعف بعضلات الكفة المدورة والعضلة الدالية (المثلثة).

الفحوص التشخيصية

لا تُظهر الأشعة العادية أي علامات مرضية في المرحلة الأولى للمرض، وهنا يبرز دور أشعة الرنين المغناطيسي في تشخيص المرض، حيث تُظهر علامة عالية ساطعة برأس عظم العضد مشيرة إلى وجود وذمة بنقيّ العظم، وهذه تمثل أول مراحل المرض المبكرة وأيضاً يبرز دور فحص العظام بالنظائر المشعة، حيث تُظهر هذه الأشعة رأس عظم العضد وبها منطقة بيضاء خالية من امتصاص النظير المشع ومحاطة بمنطقة امتصاص كثيف لذاك النظير، أما بالنسبة للأشعة العادية فتُظهر مراحل تطور المرض، فكما أسلفنا لا تظهر تلك الأشعة أية علامات مرضية في المرحلة الأولى وتبين وجود آفات حالة للعظم في تبادل مع آفات أخرى لتصلب العظم في المرحلة الثانية، ويظهر هبوط وتفلسخ وانبعاج رأس العضد في المرحلة الثالثة، وتكون بدايته بهبوط وسقوط تحت غضروفي فيما يُعرف بعلامة الهلال ونتيجة لكل هذه التغييرات الباثولوجية برأس العضد تحدث خشونة بالمفصل الحقاني العضدي في المرحلة الرابعة والأخيرة من تطور هذا المرض.



صورة توضح مراحل تطور مرض نخر انعدام الأوعية بالكتف.

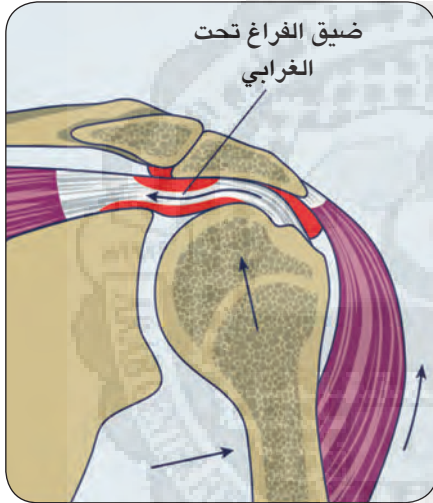
العلاج

يكون خط العلاج الأول في مرض نخر انعدام الأوعية بتناول الأدوية الستيرويدية المضادة للالتهابات، وإخضاع المريض لجلسات العلاج الطبيعي لمد وتحسين مدى الحركة، وفي حالة فشل هذا العلاج واستمرار شكوى المريض وآلامه يمكن علاجه جراحياً في المرحلة الأولى والثانية من مراحل تطور المرض بإجراء جراحة لتخفيف الضغط الأساسي، حيث يتم حفر نفق بعنق ورأس عظم العضد لإتاحة الفرصة لتكوين أوعية دموية جديدة تساعد على تروية رأس العضد بإمدادات الدم وتأخير مضاعفات المرض، أما في المرحلة الأخيرة للمرض ومع ظهور خشونة المفصل (الفصال العظمي) يكون العلاج بجراحة مفتوحة لعمل مفصل كتف اصطناعي كامل، أو عمل مفصل كتف اصطناعي عكسي.

4. متلازمة الانحشار تحت الغرابي (Subcoracoid impingement syndrome)

تمثل متلازمة الانحشار تحت الغرابي مرضاً وسبباً غير شائع للألم الأمامي للكتف، حيث تنتشر في حوالي 5% فقط من المرضى الذين يشكون آلام الكتف خاصة بين الرياضيين.

باتولوجيا المرض وأسبابه



صورة توضح كتفًا مصابةً بمتلازمة الانحشار تحت الغرابي.

يُعد جريبر (Gerber) 1985 أول من وصف هذا النوع من الانحشار بوجود ضيق في الفراغ تحت الغرابي بين السطح العميق للنتأ الغرابي، والرباط الغرابي الأخرمي والحديبة الصغيرة العضدية وما يرتبط بها من وتر العضلة تحت الكتفية، وتمثل زيادة طول النتأ الغرابي وانحرافه والجراحة المسببة لشد الجزء الخلفي لمحفظة مفصل الكتف مع فقدان الدوران الداخلي للمفصل عوامل خطيرة لحدوث هذا الانحشار والذي غالباً ما يرتبط بتمزق وتر العضلة تحت الكتفية، ويكون أقصى ما يكون في وضع الثني والتقريب والدوران الداخلي للإنسي للمفصل.

الأعراض والعلامات السريرية

يشعر المريض بهذا المرض عند إصابته بألم بالجهة الأمامية من الكتف خاصة في أثناء حركة المفصل في الثني والتقريب والدوران، وبالفحص يشعر المريض بالألم حينما يجس الطبيب النتأ الغرابي، ويكون أقصى ما يشعر به المريض من ألم عند ثني المفصل برفع الذراع إلى الأمام (120-130 درجة) مع الدوران الداخلي، وأيضاً

بالفحص يجد الطبيب إيجابية الاختبارات الاستثنائية مثل: اختبار الانحشار تحت الغرابي، حيث يضع الطبيب ذراع الكتف المتضررة في وضع التقريب عبر الصدر مع رفع الذراع ودورانه إلى الداخل على مفصل الكتف، فإذا شعر المريض بألم، أو سمع الطبيب صوت طقطقة أو نقرة يكون الاختبار إيجابياً، وأما في أثناء إجراء اختبار يوكوم (Yocum test): فيقوم المريض بوضع يد الجانب المتضرر على الكتف المقابل وعليه مقاومة دفع الطبيب لذراعه إلى أسفل، فإذا شعر بألم، أو بعدم قدرة على مقاومة دفع الطبيب يكون الاختبار إيجابياً.

الفحوص التشخيصية

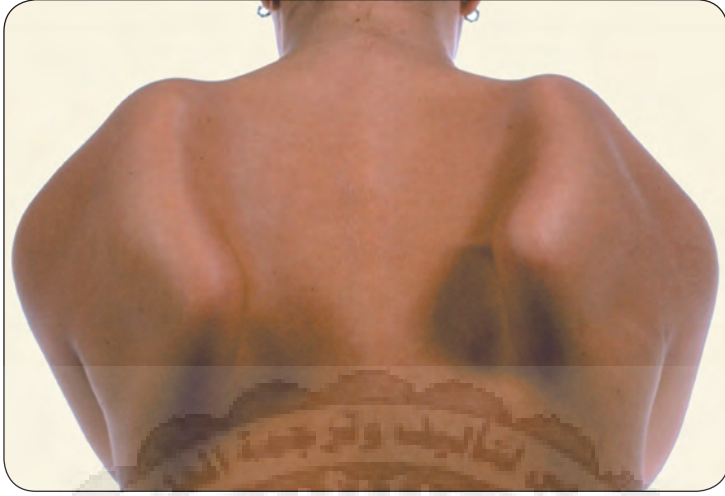
قد تُظهر الأشعة السينية قصر المسافة الغرابية العضدية (Coracohumeral distance)، ولكن تكون الأشعة المقطعية أكثر دقة وأكثر كفاءة للتشخيص في تصوير مفصل الكتف وذراع المريض موضوعة على الصدر. وتُظهر أشعة الرنين المغناطيسي علامة عالية ساطعة بالحديبة الصغيرة العضدية، وقد تُظهر أيضاً علامة عالية وواضحة لوتر العضلة تحت الكتفية، أو قد تُبين وجود قطع بذلك الوتر، وتكون المشاهدة المحورية لتلك الأشعة مهمة للغاية في إظهار قصر المسافة الغرابية العضدية.

العلاج

يكون العلاج بداية في هذا المرض بتناول الأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهابات والحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي مع ضرورة إخضاع المريض لجلسات مكثفة للعلاج الطبيعي لتقوية العضلات وتعديل في أوجه النشاطات الحياتية للمريض، وفي حالة فشل العلاج التحفظي واستمرار شكوى المريض يكون الحل في العلاج الجراحي برأب الناتئ الغرابي مع أو من دون رتق وتصليح وتر العضلة تحت الكتفية سواءً أكان ذلك بالجراحة التنظيرية، أو الجراحة المفتوحة.

5. الكتف المجنحة (Scapular winging)

مرض يحدث فيه اختلال وظيفي للعضلات المحركة والمثبتة لعظم لوح الكتف؛ مما يخلق حالة من عدم التوازن ومن الحركة غير الطبيعية للوح الكتف.



صورة توضح الكتف المجنحة.

باثولوجيا المرض وأسبابه

يوجد نوعان من الكتف المجنحة حسب اتجاه الركن الإنسي (الداخلي) العلوي لعظم الكتف فتوجد الكتف المجنحة الإنسية؛ نتيجة لإصابة العصب الصدري الطويل وشلل العضلة المنشارية الأمامية أو ضعفها؛ نتيجة لشد متكرر ومزمن في 50% من الحالات، ويحدث أيضاً في أثناء الجراحة كما في جراحة الصدر، وجراحة استئصال الثدي الجذري، وجراحة تشريح الغدد اللمفاوية الإبطية في 10% من الحالات. ويكثر هذا النوع في الرياضيين الشباب وهو أكثر انتشاراً من النوع الثاني وهو الكتف المجنحة الوحشية (الخارجية) التي تحدث نتيجة لإصابة العصب الإضافي وشلل العضلة شبه المنحرفة أو ضعفها، ويحدث هذا النوع غالباً من خطأ طبي في أثناء إجراء الجراحة كما في جراحة أخذ العينة من الغدد اللمفاوية العنقية وجراحة تشريح الرقبة الجذري.

الأعراض والعلامات السريرية

يشكو المريض في هذا المرض ألماً وضعفاً بحزام الكتف، وقد يشكو أيضاً عدم الراحة في الجلوس على كرسي، وبالفحص يجد الطبيب في نوع الكتف المجنحة الإنسية أن الجزء السفلي الإنسي (الداخلي) لعظم لوح الكتف يرتفع إلى أعلى ويبرز للخلف وإلى الداخل، خاصة عند مد الذراع للأمام بثني مفصل الكتف وعند إجراء الاختبار الاستثنائي الخاص بدفع الحائط، أما في نوع الكتف المجنحة الوحشية فيجد

الطبيب أن الجزء العلوي الداخلي لعظم لوح الكتف يهبط إلى أسفل ويبرز للخلف وإلى الخارج، خاصة عند إجراء حركة تبعيد الذراع ودوران الكتف والذراع الخارجي في وجود مقاومة من الطبيب، وقد يلاحظ الطبيب وجود ضمور بالعضلة شبه المنحرفة في هذا النوع.

الفحوص التشخيصية

يمكن الاستعانة بعمل مخطط كهربية العضل لتأكيد التشخيص.

العلاج

يكون العلاج في النوع الأول من خلال العلاج الطبيعي وتعديل النشاط والملاحظة لفترة من (6-18) شهرًا، وفي حالة الفشل يكون العلاج جراحياً بعمل تسليك للعصب الصدري الطويل، أو بعمل نقل عضلات مثل: النقل المشقوق للعضلة الصدرية الكبيرة، أو بعمل نقل عصب من الفرع الوحشي للعصب الصدري الخلفي، أو من العصب الصدري الإنسي مع أخذ طعم وترقيع من العصب الربلي، أو عمل إيثاق (هي عملية جراحية لوصل عظمتين بينهما مفصل) للمفصل الكتفي الصدري، وأما النوع الثاني فيكون العلاج فيه جراحياً، فنتائج العلاج التحفظي محدودة ومشكوك في قيمتها، وذلك باستكشاف العصب الإضافي وعمل تسليك، أو تصليح له، أو بنقل للعضلات، أو بعمل إيثاق للمفصل الكتفي الصدري كما في النوع الأول.

6. انفخاخ العصب فوق عظم الكتف

(Suprascapular nerve entrapment)

انفخاخ (انضغاط) العصب فوق عظم الكتف من الأسباب غير الشائعة لألم خلف الكتف، ونظراً لندرة هذا المرض فإنه قد لا يُشخص لمدة شهور، أو سنوات؛ مما يؤدي إلى ضمور بالعضلات فوق الشوكة وتحت الشوكة.

باطولوجيا المرض وأسبابه

يتعرض العصب فوق عظم الكتف للانفخاخ والانضغاط الذي يحدث في أغلب الأحيان عند ثلمة (حديبة) فوق عظم الكتف، أو عند الثلمة الشوكية الحفانية، ويؤدي

انفخاخ العصب عند ثلمة فوق عظم الكتف إلى ضعف وضمور العضلة فوق الشوكة والعضلة تحت الشوكة ويحدث ذلك نتيجة انضغاط العصب عند هذه الثلمة بواسطة عقدة كيسية، أو بواسطة الرباط الأفقي الكتفي، أو بواسطة دشبذ عظمي (مادة التئام الكسور) في كسور عظم الكتف، أما انفخاخ العصب عند الثلمة الشوكية الحقانية والذي يؤدي إلى ضعف وضمور العضلة تحت الشوكة فقط، ويحدث نتيجة لانضغاط العصب عند هذه الثلمة بواسطة الكيس المصاحب للتمزق الخلفي لشفا الجوف الحقاني، أو بواسطة الرباط الشوكي الحقاني، أو عقدة الثلمة الشوكية الحقانية، أو نتيجة للشد المتكرر للعصب كما يحدث في لاعبي الكرة الطائرة.

الأعراض والعلامات السريرية

يشعر المريض بألم عميق منتشر بالجزء الخلفي الوحشي للكتف وبالفحص قد يشعر بألم عند جس الطبيب لثلمة عظم الكتف مع وجود ضعف بعضلاتي فوق الشوكة وتحت الشوكة، أو بعضلة تحت الشوكة، فقط مع إيجابية الاختبارات الاستثنائية مثل: اختبار جوب، واختبار يوكوم لعضلة فوق الشوكة، واختبار نقص الدوران الخارجي لعضلة تحت الشوكة، وقد يلاحظ الطبيب عند معاينته لظهر المريض وجود ضمور بعضلاتي فوق الشوكة، وتحت الشوكة، أو عضلة تحت الشوكة فقط طبقاً لمكان انفخاخ العصب.

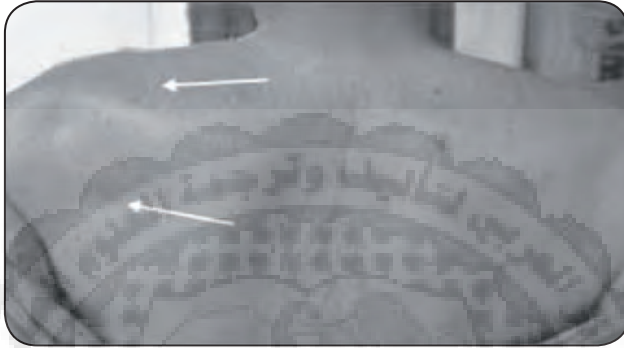
الفحوص التشخيصية

يقوم الطبيب بعمل مخطط كهربية العضل للمريض لتأكيد التشخيص، وكذلك يُنصح بعمل أشعة رنين مغناطيسي والتي قد تُظهر سبب انفخاخ وانضغاط العصب مثل: العقدة الكيسية، وقد تُظهر أيضاً وجود تمزق الشفا الحقاني وما يصاحبه من وجود كيس ضاغط على العصب.

العلاج

ويكون العلاج بإخضاع المريض لبرنامج مكثف من العلاج الطبيعي حينما لا تُظهر أشعة الرنين المغناطيسي وجود أية آفات، أو عقدة، أو أكياس، أو تمزق بالشفا الحقاني، أو يكون العلاج جراحياً بترك وإزالة الضغط على العصب عند ثلمة فوق عظم

الكتف، أو بتصليح ورتق تمزق الشفا الحقاني مع فك الضغط على العصب بإزالة الكيس الضاغط من خلال جراحة بالمنظار عند الثلمة الشوكية الحقانية، أو بتحرير الرباط الشوكي الحقاني وفك ضغط العصب في حالة وجود ضغط على العصب من الرباط الشوكي الحقاني عند الثلمة الشوكية الحقانية.



صورة توضح ضمور بعضلتي فوق الشوكة وتحت الشوكة في انفخاخ عصب فوق عظم الكتف عند الثلمة.



صورة توضح ضمور بعضلة تحت الشوكة في انفخاخ عصب فوق عظم الكتف عند الثلمة الشوكية الحقانية.

7. التهاب المفاصل الروماتويدي لمفصل الكتف

(Shoulder Rheumatoid Arthritis)

إن التهاب المفاصل الروماتويدي مرض مزمن مجموعي (جهازي) متعلق بالمناعة الذاتية يؤدي إلى تدمير المفاصل الزلالية للأصابع الرخوة من حولها، وغالباً ما ينتشر في المفاصل الصغيرة من مثل: مفاصل اليدين والقدمين وفي مفاصل أخرى عديدة في الوقت نفسه، ولكن قد يصيب المفاصل الكبيرة أيضاً مثل: مفصل الكتف، ويكون الالتهاب في هذه الحالة متناظراً وثنائي الجانب، حيث يصيب المرض مفصلي الكتفين معاً في الوقت ذاته.

باثولوجيا المرض وأسبابه

وفي هذا المرض يقوم الجسم بمهاجمة أنسجته خاصة ما تحويه المفاصل من أنسجة من خلال تكوين أجسام مضادة وإحداث تفاعلات مناعية ضد الأنسجة الرخوة المحيطة بالمفصل (مفصل الكتف في هذه الحالة) مثل: الطبقة الزلالية المبطنة للمفصل والمحفظة المفصالية؛ مما يحدث التهاباً وتسميماً بالطبقة الزلالية مع تكاثر وعائي مجهري بها؛ مما يؤدي إلى تكوين السبيل الروماتويدي وهو غشاء التهابي ليفي وعائي دموي سطحي يكسو سطح المفصل فيساعد في تدمير الطبقة الغضروفية المبطنة للمفصل وموت الخلايا الغضروفية، ثم يتطور الأمر بتدمير عظم المفصل وإحداث خلع جزئي وتشويه به مع حدوث تقفع وتليف بالمحفظة المفصالية والتهاب زليل الأوتار؛ مما يؤدي إلى تمزقها كما يحدث في المحفظة المفصالية للمفصل الحقاني العضدي، كما أنه يحدث لأوتار الكفة المدورة بالكتف، وينتهي الأمر بحدوث خشونة ثانوية نتيجة لتدمير المفصل.

الأعراض والعلامات السريرية

يشكو المريض الذي يعاني التهاب الروماتويدي لمفصل الكتف آلاماً بالكتفين تتراوح بين بسيطة ومبرحة وأساء ما تكون ليلاً، وقد يجد المريض صعوبة في النوم مع وجود هذه الآلام مع شعور بفتيد وتيبس بحركة الكتف وتزداد شدة الألم عند الحركة، كما يزداد تيبس المفصل في فترة الصباح، وقد يتطور الأمر إلى حد يجد معه المريض صعوبة شديدة في القيام بالنشاطات الحياتية اليومية، خاصة أنه قد

يعاني إصابة مفاصل أخرى بالمرض مثل: مفاصل اليدين، والقدمين؛ مما يُشكّل إعاقةً كبيرةً للمريض ويجري هذا المرض على المرضى في شكل نوبات بين هدأة تهدأ فيها آلام وشكوى المريض، أو انتكاسة تزداد فيها حدة آلام المريض وشكواه، وفي أثناء الفحص قد يشعر المريض بالألم عند جس الطبيب لكتفه، وقد يلاحظ الطبيب وجود تورّم بالكتف، أو ضمور بعضلات الكتف مع قيد في حركتي الكتف النشطة والسلبية كما في حالة الكتف المجمّدة، وقد يُسمع صوت طقطقة في أثناء حركة المفصل، وقد يتبين للطبيب أيضاً وجود تشوه وآلام وقيد في حركة مفاصل أخرى من مثل: مفاصل اليدين والقدمين، ومفصل الورك، ومفصل الركبة.

الفحوص التشخيصية

قد تُظهر الأشعة العادية للكتف وجود ضيق متناظر بفارغ المفصل، وقد تُبين العلامات الشعاعية للخشونة الثانوية في مراحل المرض المتقدمة، وتُظهر أيضاً وجود قلة عظم حول المفصل، أما الفحوص المختبرية فقد تُبين ارتفاعاً وزيادةً في سرعة تثقل (ترسيب) الكريات الحمر وفي البروتين المتفاعل وفي الجسم المضاد للبروتين السيتروليني (Anti-CCP; cyclic citrullinated peptide) وهو أكثر الفحوص العملية حساسية ونوعية ودقة في تشخيص هذا المرض، وأيضاً أكثر ارتفاعاً في عيار العامل الروماتويدي (Rh factor).

العلاج

و يكون أساس العلاج في هذا المرض بالأدوية مثل: الأدوية اللاستيرويدية المضادة للالتهابات، وأدوية الستيرويد، والميثوتركسات، والإيتانيرسيبت، والريميكاد، وهيوميرا وغيرها. وفي حالة فشل العقاقير السابقة في تسكين الآلام المُبرحة بكتف المريض مع تدمير المفصل وظهور خشونة ثانوية متقدمة يكون الحل جراحياً بإجراء عملية عمل نصف مفصل اصطناعي للكتف، أو عمل مفصل كتف اصطناعي كامل، أو عمل مفصل كتف اصطناعي عكسي.

الفصل الخامس

أمراض مفصل الكتف نادرة الحدوث

إن مفصل الكتف من أكثر المفاصل المهمة في جسم الإنسان وهو من أكثر المفاصل المعرضة لحدوث أذى وأمراض مسببة آلاماً وتشوهات عديدة، وسوف نستعرض بعضاً من تلك الأمراض نادرة الحدوث من مثل: الأورام، والاعتلالات المفصالية العصبية فيما يأتي:

1. أورام مفصل الكتف (Shoulder joint tumors)

إن أورام مفصل الكتف نادرة الحدوث جداً، حيث يحدث لمفصل الكتف حالة واحدة من الورم الخبيث (ساركومة) بين كل 1000.000 من السكان سنوياً وتنشأ هذه الأورام من عظام المفصل سواءً أكان ذلك من رأس جسم عظم العضد، أو من أعلاه، أو من عظم الكتف، أو من الأنسجة الرخوة مثل: المحفظة المفصالية وغيرها، وتتراوح الآفات مثل: الأورام، من مثل كيسة العظم البسيطة التي نسبياً تُعد الأكثر انتشاراً خاصة بين الأطفال بدرجة عالية، فوجود ورم ملحوظ بالنظر في الكتف قد يختلف بين ورم شحمي حميد غير مؤلم تحت الجلد والذي يكثر نسبياً بالكتف، وبين ساركومة الأنسجة الرخوة وهو ورم خبيث غير مؤلم أيضاً ينشأ في النسيج الضام للعضلات والأوتار والأعصاب بمفصل الكتف.

باثولوجيا المرض وأسبابه

تنقسم أورام مفصل الكتف وما حولها من الأنسجة إلى أورام حميدة، وآفات وأورام خبيثة، وتنقسم أيضاً إلى أورام عظمية، وأورام الأنسجة الرخوة فأكثر الأورام العظمية الحميدة، أو الآفات مثل: الأورام المنتشرة نسبياً حول مفصل الكتف وفي الحزام الكتفي في أعلى عظم العضد هو الكيسة العظمية البسيطة، والكيسة العظمية مدمية الشكل (عبارة عن أكياس ليفية مملوءة بالدم تسبب الألم والتورم والكسور)، أما الأورام الخبيثة في رأس عظم العضد وأعلى جسم العظم وأيضاً بعظم لوح الكتف فتتباين بين أورام ثانوية لورم خبيث لرأس عظم العضد، وفي الغالب الأعم يمثل ورماً

ثقيلاً من سرطان الرئة والثدي والبروستاتة والغدة الدرقية والكلية وهي نسبياً الأكثر انتشاراً من النوع الثاني من الأورام الخبيثة وهي الأورام الخبيثة الأولية التي تصيب مفصل الكتف في حالات نادرة للغاية مثل: الساركومة العظمية في المراهقين وفي العقد الثاني من العمر، والورم النقيي المتعدد والساركومة الغضروفية والمفومة، أما ورم الخلايا العملاقة فهو ورم يصيب رأس عظم العضد بمفصل الكتف وهو غالباً ورم حميد، ولكنه يتطور مسبباً نمواً عظميةً وورماً خبيثاً يصيب حوالي 5% من الحالات، ونظراً لتكراره الكبير والمتعدد بعد إزالته جراحياً فيطلق عليه ورم خبيث محلياً، وبالنسبة لأورام الأنسجة الرخوة لمفصل الكتف فتتراوح بين أورام حميدة مثل: الورم الشحمي والذي يصيب أنسجة تحت جلد الكتف وبين الساركومة الليفية التي تصيب محفظة مفصل الكتف وهي نسبياً أكثر أنواع أورام الأنسجة الرخوة الخبيثة حدوثاً بالمفاصل.



شكل يوضح ورماً شحمياً بالكتف.



شكل يوضح كيسة عظمية بسيطة بأعلى عظم العضد.

الأعراض والعلامات السريرية

يشكو المريض عادة في أورام الكتف الخبيثة وفي بعض الأورام الحميدة ألاماً متدرجة موجودة في الراحة، وفي الحركة تزداد حدةً بمرور الوقت، وتكون أسوأ ليلاً

وقد تحرم المريض من النوم، أو قد توقظه منه مع قيد بحركة المفصل، وقد يشكو المريض آلاماً حادة؛ نتيجة إصابة بكسرٍ مرضي بسبب تآكل العظم بفعل الورم. كما يشكو بعض المرضى فقدان الوزن وفقدان الشهية والتعب لأقل مجهود، ونتيجة للضغط على الأعصاب قد يشعر المريض بخدر وتنميل في الكتف، أو في الذراع مع ضعف بالعضلات.

ويقوم الطبيب بفحص أي ورم ظاهر من حيث موقعه في الكتف وحجمه ومدى حركته، أو ثباته وتماسكه وسطحه، وفحص الغدد اللمفاوية بالإبط، وفحص مدى حركة المفصل، وفي حالة الشك في وجود نمو ثانوي لورم خبيث يقوم الطبيب بفحص الغدة الدرقية والثدي في النساء، والفحص من خلال الشرج والمستقيم للبروستاتة في الرجال وفحص البطن والصدر أيضًا.

الفحوص التشخيصية

ما تزال الأشعة السينية العادية تمثل المعيار الأساسي في تشخيص الأورام العظمية، حيث يقوم الطبيب بتحديد موقع الورم وما إذا كان ورمًا حاليًا للعظم، أو متصلبًا، أو الاثنيين معًا وتحديد حدود الورم في العظم، وما إذا كانت واضحة، أو مبهمه وبالبحث عن وجود تفاعل سمحائي (هو تكوين عظام جديدة استجابة لإصابة أو محفزات أخرى للسمحاق المحيط بالعظم) بجسم عظم العضد، أو وجود انتشار للورم العظمي خارج حدود العظم إلى الأنسجة الرخوة؛ مما يمكن الطبيب من تحديد ما إذا كان الورم حميدًا أم خبيثًا، ثم يأتي دور الأشعة المقطعية وأشعة الرنين المغناطيسي للكتف لتبين وجود الورم ومدى امتداده داخل وخارج العظم، ثم يطلب الطبيب من المريض إجراء أشعة فحص العظام بالنظائر المشعة، وأشعة مقطعية للصدر والبطن والحوض لتحديد وجود أي انتشار ونمو ثانوي للورم بالعظام الأخرى والرئة والبطن والحوض، وكل ذلك جزء من عمل تصنيف المراحل، ثم يأتي وقت الفحص الأهم، وهو الخزعة (أخذ العيئة) سواءً أكانت خزعة إبرة، أو خزعة مفتوحة من خلال عملية جراحية، وذلك لتحديد الطبيعة الباثولوجية للورم، وما إذا كان حميدًا أم خبيثًا، وإذا كان خبيثًا هل كان عالي الدرجة أو منخفضًا.

العلاج

في حالة الأورام الحميدة يكون العلاج جراحياً بكحت الورم من داخله (عمقي) أو باستئصال الورم على حدوده، أو في حالة آفات مثل: الورم كما في الكيسة العظمية البسيطة يكون العلاج أحياناً بالحقن الموضعي المتكرر للكورتيكوستيرويد.

أما في حالة أورام العظم الخبيثة فيكون العلاج بإنقاذ الطرف من خلال إخضاع المريض لجلسات العلاج الكيماوي، ثم إعادة عمل تصنيف مراحل الورم مرة ثانية بعد إجراء العلاج الكيماوي، وكذلك إجراء جراحة باستئصال الورم على حدود أوسع من حدوده، وقد يتطلب هذا استئصال المفصل كلياً أو جزئياً وعمل جراحة إعادة بناء تعويضية بواسطة مفصل اصطناعي مصنوع خصيصاً، ثم يتبع هذا إخضاع المريض مرة ثانية للعلاج الكيماوي وبعض العقاقير مثل: الميثوتريكسات، والفينكريستين، والدوكسوروبيسين، والسيكلوفسفاميد وغيرها، وفي حالة الورم النقبي المتعدد والمفومة تكون المعالجة بالعلاج الكيماوي والإشعاعي فقط دون الحاجة للجراحة، وفي حالة الساركومة الغضروفية يكون العلاج بالجراحة فقط، حيث إن العلاج الكيماوي والإشعاعي ليس لهم أدنى تأثير علاجي على هذا الورم، أما في حالة الأورام الخبيثة بالأنسجة الرخوة فتكون المعالجة بالإشعاعي أولاً، ثم استئصال الورم جراحياً، ثم العودة للعلاج الإشعاعي بعد الجراحة.

2. مفصل شاركو (اعتلال مفصلي عصبي المنشأ)

(Charcot neuropathic shoulder)

مفصل شاركو (اعتلال مفصلي عصبي المنشأ) هو مرض مزمن مترق يصيب المفاصل ومنها مفصل الكتف الذي يصاب بذلك المرض غالباً جرّاء وجود مرض آخر بالنخاع الشوكي وهو مرض تكهّف النخاع العنقي الذي يقع في المنطقة العنقية من النخاع الشوكي، ويحدث مفصل شاركو بمفصل الكتف أيضاً، نتيجة لأمراض أخرى مثل: داء السكري، والزهري العصبي ويؤدي إلى تدمير مفصل الكتف والأنسجة المحيطة، ويُعد هذا المرض نادراً للغاية فقد سجلت النشريات الطبية حتى الآن حوالي 70 حالة من هذا المرض فقط.

باطولوجيا المرض وأسبابه

يصيب مفصل شاركو من تخطت أعمارهم 50 عاماً ويقع في الرجال أكثر من النساء ويحدث مرض تكهف النخاع في المنطقة العنقية من النخاع الشوكي والمسبب لتدمير مفصل الكتف بسبب وجود تجويف ممتلئ بسائل بالنخاع الشوكي، وبمواصلة زيادة حجمه سيؤدي إلى تدمير الألياف العصبية خاصة للعمود الخلفي؛ مما يؤدي إلى تدمير مستقبلات الحس العميق لمفصل الكتف، وأيضاً يؤدي إلى تدمير السبيل العصبي النخاعي المهادي الوحشي؛ مما يفقد معه المريض الإحساس الخارجي للألم والحرارة بمنطقة الكتف ويؤدي كل ذلك في وجود رضح مجهري متكرر إلى تدمير مفصل الكتف.

الأعراض والعلامات السريرية

يعطي 30% من المرضى في هذا المرض تاريخاً مرضياً بتعرض الكتف لإصابة رضة شديدة، ويشكو المرضى تورماً وعدم ثبات وفقداناً لوظيفة مفصل الكتف، ولا يشكو المرضى من أي آلام في 50% من الحالات، وبالفحص يجد الطبيب تورماً بالكتف مع احمرار، وزيادة حرارة جلد في منطقة الكتف مع فقدان حركة المفصل ووجود صوت طقطقة عند محاولة تحريك المفصل مع عدم ثباته، وقد تتشابه هذه العلامات المرضية مع مثيلاتها في مرض الالتهاب الإنتاني لمفصل الكتف، ولكن الفحص العصبي الذي يبين وجود ضعف في العضلات والإحساس والانعكاسات لمفصل الكتف يمكنه التفريق بينهما.

الفحوص التشخيصية

قد تُظهر الأشعة العادية وهي الفحص الأهم في هذا المرض وجود ما يشبه خشونة المفصل في البداية، ثم بتطور المرض تُظهر تفلطح رأس عظم العضد وتسطحها مع وجود تكتلات في الأنسجة الرخوة حول المفصل، وفي النهاية خلع بالمفصل مع تدمير كامل له، وقد تُستخدم الأشعة المقطعية وأشعة فحص العظام بالنظائر المشعة للتفريق بين هذا المرض ومرض الالتهاب الإنتاني لمفصل الكتف، وأيضاً لا بد من عمل أشعة رنين مغناطيسي على فقرات الرقبة للكشف عن وجود تكهف النخاع العنقي وتُستخدم أيضاً اختبارات المعمل مثل: عدّ كريات الدم البيضاء، وسرعة تثقل الكريات الحمراء والبروتين المتفاعل للفرقة بين هذا المرض والالتهاب الإنتاني لمفصل الكتف.

العلاج

يشمل العلاج في هذا المرض العلاج التحفظي بتناول الأدوية الالاستيرويدية المضادة للالتهابات والحقن الموضعي للكورتيكوستيرويد مع مخدر موضعي في حالة وجود ألم شديد مع تقييد لحركة الكتف بوضع الذراع في علاقة وبالتدخل الجراحي لتخفيف ضغط تجويف تكهف النخاع في حالة وجوده، وأما في حالة وجود آلام شديدة وفشل العلاج التحفظي في تسكينها، فيكون الحل جراحياً بعمل إيثاق (تثبيت) لمفصل الكتف.

3. تشوه سبرينجل (ارتفاع الكتف الخَلقي)

(Sprengel's deformity of the shoulder)

إن تشوه سبرينجل للكتف هو مرض خَلقي يتميز بوجود عظم كتف صغير ومرتفع عن موضعه الطبيعي مع نقص تنسُّج وكتف مجنحة.

باثولوجيا المرض وأسبابه

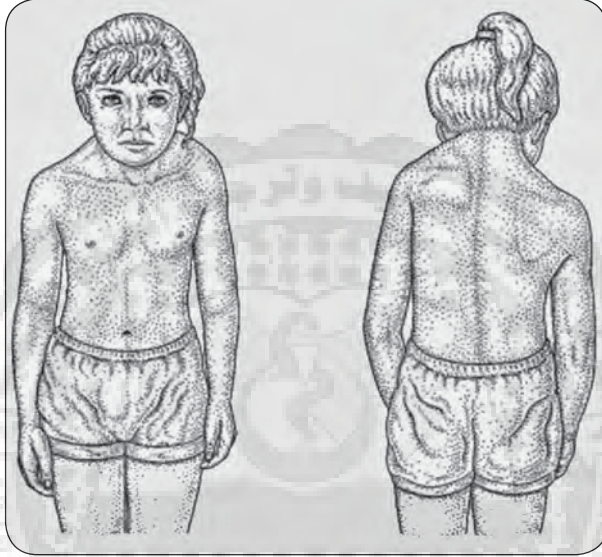
هذا التشوه هو نسبياً أكثر تشوهات الكتف الخَلقية، مع ندرتها وجوداً في الأطفال، وفي الذكور عن الإناث بنسبة 1:3 ويحدث بالكتفين في (10-30%) من الحالات، وقد يصاحبه ارتباط كنفقي فقري بفقرات العنق في (30-50%) من الحالات وبمتلازمة كليبل فايل (Klippel-Feil Syndrome) لاندماج الفقرات العنقية في حوالي ثلث عدد الحالات، وقد يصحبه أيضاً جنف خَلقي (انحناء العمود الفقري في المستوى الإكليلي)، أو فرق نخاعي (نشطار)، أو تشوهات خَلقية أخرى بالطرف العلوي.

الأعراض والعلامات السريرية

يشكو مرضى هذا المرض تشوهاً بظهر الكتف وبالفحص يجد الطبيب عظم كتف صغير على شكل مثلث متساوي الأضلاع عالٍ مع دورانه إلى الداخل، وارتفاع الكتف المتضررة مقارنة بالكتف الطبيعية الأخرى، ويجد الطبيب أيضاً قيوداً في حركة المفصل، خاصة حركتي التباعد، وثني المفصل إلى الأمام.

الفحوص التشخيصية

تُظهر الأشعة السينية العادية والأشعة المقطعية تشوه عظم الكتف، وقد تُظهر أيضاً الارتباط الكتفي الفقري بفقرات العنق، أو متلازمة كليبيل فايل لاندماج الفقرات العنقية إن وُجدت.



شكل يوضح تشوه سبرينجل للكتف.



شكل يوضح متلازمة كليبيل فايل.

العلاج

يكون العلاج فقط إذا كان التشوه كبيراً بالتدخل الجراحي لتصليح التشوه بواسطة إجراء وودورد المعدل (Modified Woodward procedure)، أو إجراء شروك جرين (Schrock Green procedure)، حيث يقوم الجراح بنزع العضلات المحيطة بالعمود الفقري والمرتبطة بعظم الكتف، ويعيد وصلها بعد تحريك عظم الكتف إلى أسفل.



المراجع

References

أولاً: المراجع العربية

- تيموثي بريجز (تأليف)، د. الأخرس، طريف محمد رجائي (ترجمة) - عمليات جراحة العظام والمفاصل، دار جامعة الملك سعود للنشر، المملكة العربية السعودية، عام 2018م.
- سيفو، سنان بن هشام، نهج الكامبل في جراحة العظام والمفاصل، دار اللآلىء - دمشق - الجمهورية العربية السورية، عام 2008م.
- هاري ب. سكر وميشيل فيتزباتريك (تأليف) د. الأخرس، طريف محمد رجائي (ترجمة)، أساسيات جراحة العظام المعاصرة، دار جامعة الملك سعود للنشر - المملكة العربية السعودية، عام 2012م.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Shoulderology, Eiji Itoi, Springer International Publishing, 2023.
- The Shoulder Made Easy, Charalambos Panayiotou Charalambous, Springer International Publishing, 2019.
- Disorders of the Scapula and Their Role in Shoulder Injury, Aaron D. Sciascia, W. Ben Kibler, Springer International Publishing, 2017.

إصدارات

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

أولاً : سلسلة الثقافة الصحية والأعراض المعدية

- 1 - الأسنان وصحة الإنسان تأليف: د. صاحب القطان
- 2 - الدليل الموجز في الطب النفسي تأليف: د. لطفي الشربيني
- 3 - أمراض الجهاز الحركي تأليف: د. خالد محمد دياب
- 4 - الإمكانية الجنسية والعقم تأليف: د. محمود سعيد شلهوب
- 5 - الدليل الموجز عن أمراض الصدر تأليف: د. ضياء الدين الجماس
- 6 - الدواء والإدمان تأليف الصيدلي: محمود ياسين
- 7 - جهازك الهضمي تأليف: د. عبد الرزاق السباعي
- 8 - المعالجة بالوخز الإبري تأليف: د. لطفية كمال علوان
- 9 - التمنيع والأمراض المعدية تأليف: د. عادل ملا حسين التركيت
- 10 - النوم والصحة تأليف: د. لطفي الشربيني
- 11 - التدخين والصحة تأليف: د. ماهر مصطفى عطري
- 12 - الأمراض الجلدية في الأطفال تأليف: د. عبير فوزي محمد عبدالوهاب
- 13 - صحة البيئة تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 14 - العقم: أسبابه وعلاجه تأليف: د. أحمد دهمان
- 15 - فرط ضغط الدم تأليف: د. حسان أحمد قمحية
- 16 - المخدرات والمسكرات والصحة العامة تأليف: د. سيد الحديدي
- 17 - أساليب التمريض المنزلي تأليف: د. ندى السباعي
- 18 - ماذا تفعل لو كنت مريضاً تأليف: د. چاكلين ولسن
- 19 - كل شيء عن الربو تأليف: د. محمد المنشاوي
- 20 - أورام الثدي تأليف: د. مصطفى أحمد القباني
- 21 - العلاج الطبيعي للأمراض الصدرية عند الأطفال تأليف: أ. سعاد الثامر
- 22 - تغذية الأطفال تأليف: د. أحمد شوقي
- 23 - صحتك في الحج تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- 24 - الصرع، المرض.. والعلاج تأليف: د. لطفي الشربيني

- 25 - نمو الطفل
تأليف: د. منال طييلة
- 26 - السمنة
تأليف: د. أحمد الخولي
- 27 - البهق
تأليف: د. إبراهيم الصياد
- 28 - طب الطوارئ
تأليف: د. جمال جودة
- 29 - الحساسية (الأرجية)
تأليف: د. أحمد فرج الحسانين
- 30 - سلامة المريض
تأليف: د. عبدالرحمن لطفي عبد الرحمن
- 31 - طب السفر
تأليف: د. سلام محمد أبو شعبان
- 32 - التغذية الصحية
تأليف: د. خالد مدني
- 33 - صحة أسنان طفلك
تأليف: د. حبابة المزيدي
- 34 - الخلل الوظيفي للغدة الدرقية عند الأطفال
تأليف: د. منال طييلة
- 35 - زرع الأسنان
تأليف: د. سعيد نسيب أبو سعدة
- 36 - الأمراض المنقولة جنسياً
تأليف: د. أحمد سيف النصر
- 37 - القثطرة القلبية
تأليف: د. عهد عمر عرفة
- 38 - الفحص الطبي الدوري
تأليف: د. ضياء الدين جماس
- 39 - الغبار والصحة
تأليف: د. فاطمة محمد المأمون
- 40 - الكاتاركت (الساد العيني)
تأليف: د. سُرى سبع العيش
- 41 - السمنة عند الأطفال
تأليف: د. ياسر حسين الحصريني
- 42 - الشخير
تأليف: د. سعاد يحيى المستكاوي
- 43 - زرع الأعضاء
تأليف: د. سيد الحديدي
- 44 - تساقط الشعر
تأليف: د. محمد عبد الله إسماعيل
- 45 - سن الإياس
تأليف: د. محمد عبيد الأحمد
- 46 - الاكتئاب
تأليف: د. محمد صبري
- 47 - العجز السمعي
تأليف: د. لطيفة كمال علوان
- 48 - الطب البديل (في علاج بعض الأمراض)
تأليف: د. علاء الدين حسني
- 49 - استخدامات الليزر في الطب
تأليف: د. أحمد علي يوسف
- 50 - متلازمة القولون العصبي
تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش
- 51 - سلس البول عند النساء (الأسباب - العلاج)
تأليف: د. عبد الرزاق سري السباعي
- 52 - الشعرانية «المرأة المشعرة»
تأليف: د. هناء حامد المسوكر
- 53 - الإخصاب الاصطناعي
تأليف: د. وائل محمد صبيح
- 54 - أمراض الفم واللثة
تأليف: د. محمد براء الجندي

- 55 - جراحة المنظار تأليف: د. زُلى سليم المختار
- 56 - الاستشارة قبل الزواج تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
- 57 - التثقيف الصحي تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
- 58 - الضعف الجنسي تأليف: د. حسان عدنان البار
- 59 - الشباب والثقافة الجنسية تأليف: د. لطفي عبد العزيز الشربيني
- 60 - الوجبات السريعة وصحة المجتمع تأليف: د. سلام أبو شعبان
- 61 - الخلايا الجذعية تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- 62 - ألزهايمر (الخرف المبكر) تأليف: د. عبير محمد عدس
- 63 - الأمراض المعدية تأليف: د. أحمد خليل
- 64 - آداب زيارة المريض تأليف: د. ماهر الخانتي
- 65 - الأدوية الأساسية تأليف: د. بشار الجمال
- 66 - السعال تأليف: د. جُلنار الحديدي
- 67 - تغذية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تأليف: د. خالد المدني
- 68 - الأمراض الشرجية تأليف: د. زُلى المختار
- 69 - النفايات الطبية تأليف: د. جمال جوده
- 70 - آلام الظهر تأليف: د. محمود الزغبى
- 71 - متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) تأليف: د. أيمن محمود مرعي
- 72 - التهاب الكبد تأليف: د. محمد حسن بركات
- 73 - الأشعة التداخلية تأليف: د. بدر محمد المراد
- 74 - سلس البول تأليف: د. حسن عبد العظيم محمد
- 75 - المكملات الغذائية تأليف: د. أحمد محمد الخولي
- 76 - التسمم الغذائي تأليف: د. عبد المنعم محمود الباز
- 77 - أسرار النوم تأليف: د. منال محمد طييلة
- 78 - التطعيمات الأساسية لدى الأطفال تأليف: د. أشرف إبراهيم سليم
- 79 - التوحد تأليف: د. سميرة عبد اللطيف السعد
- 80 - التهاب الزائدة الدودية تأليف: د. كفاح محسن أبو راس
- 81 - الحمل عالي الخطورة تأليف: د. صلاح محمد ثابت
- 82 - جودة الخدمات الصحية تأليف: د. علي أحمد عرفه
- 83 - التغذية والسرطان وأسس الوقاية تأليف: د. عبد الرحمن عبيد مصيقر
- 84 - أنماط الحياة اليومية والصحة تأليف: د. عادل أحمد الزايد

- 85 - حرقة المعدة تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش
- 86 - وحدة العناية المركزة تأليف: د. عادل محمد السيسى
- 87 - الأمراض الروماتزمية تأليف: د. طالب محمد الحلبي
- 88 - رعاية المراهقين تأليف: أ. ازدهار عبد الله العنجري
- 89 - الغنغرينة تأليف: د. نيرمين سمير شنودة
- 90 - الماء والصحة تأليف: د. لمياء زكريا أبو زيد
- 91 - الطب الصيني تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 92 - وسائل منع الحمل تأليف: د. نورا أحمد الرفاعي
- 93 - الداء السكري تأليف: د. نسرين كمال عبد الله
- 94 - الرياضة والصحة تأليف: د. محمد حسن القباني
- 95 - سرطان الجلد تأليف: د. محمد عبد العاطي سلامة
- 96 - جلطات الجسم تأليف: د. نيرمين قطب إبراهيم
- 97 - مرض النوم (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. عزة السيد العراقي
- 98 - سرطان الدم (اللوكميما) تأليف: د. مها جاسم بورسلي
- 99 - الكوليرا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. أحمد حسن عامر
- 100 - فيروس الإيبولا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. عبد الرحمن لطفي عبد الرحمن
- 101 - الجهاز الكهربائي للقلب تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 102 - الملاريا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. أحمد إبراهيم خليل
- 103 - الأنفلونزا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 104 - أمراض الدم الشائعة لدى الأطفال تأليف: د. سندس إبراهيم الشريدة
- 105 - الصداع النصفي تأليف: د. بشر عبد الرحمن الصمد
- 106 - شلل الأطفال (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 107 - الشلل الرعاش (مرض باركنسون) تأليف: د. سامي عبد القوي علي أحمد
- 108 - ملوثات الغذاء تأليف: د. زكريا عبد القادر خنجي
- 109 - أسس التغذية العلاجية تأليف: د. خالد علي المدني
- 110 - سرطان القولون تأليف: د. عيد السلام عبد الرزاق النجار
- 111 - قواعد الترجمة الطبية تأليف: د. قاسم طه الساره
- 112 - مضادات الأكسدة تأليف: د. خالد علي المدني
- 113 - أمراض صمامات القلب تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 114 - قواعد التأليف والتحرير الطبي تأليف: د. قاسم طه الساره
- 115 - الفصام تأليف: د. سامي عبد القوي علي أحمد

- 116 - صحة الأمومة تأليف: د. أشرف أنور عزاز
- 117 - منظومة الهرمونات بالجسم تأليف: د. حسام عبد الفتاح صديق
- 118 - مقومات الحياة الأسرية الناجحة تأليف: د. عبير خالد البحوه
- 119 - السيجارة الإلكترونية تأليف: أ. أنور جاسم بورحمه
- 120 - الفيتامينات تأليف: د. خالد علي المدني
- 121 - الصحة والفاكهة تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- 122 - مرض سارس (المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة) تأليف: د. مجدي حسن الطوخي
(سلسلة الأمراض المعدية)
- 123 - الأمراض الطفيلية تأليف: د. عدوب علي الخضر
- 124 - المعادن الغذائية تأليف: د. خالد علي المدني
- 125 - غذائنا والإشعاع تأليف: د. زكريا عبد القادر خنجي
- 126 - انفصال شبكية العين تأليف: د. محمد عبدالعظيم حماد
- 127 - مكافحة القوارض تأليف: أ.د. شعبان صابر خلف الله
- 128 - الصحة الإلكترونية والتطبيب عن بُعد تأليف: د. ماهر عبد اللطيف راشد
- 129 - داء كرون تأليف: د. إسلام محمد عشري
أحد أمراض الجهاز الهضمي الالتهابية المزمنة
- 130 - السكتة الدماغية تأليف: د. محمود هشام مندو
- 131 - التغذية الصحية تأليف: د. خالد علي المدني
- 132 - سرطان الرئة تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 133 - التهاب الجيوب الأنفية تأليف: د. غسان محمد شحرور
- 134 - فيروس كورونا المستجد (nCoV-2019) إعداد: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية
- 135 - التشوهات الخلقية تأليف: أ.د. مازن محمد ناصر العيسى
- 136 - السرطان تأليف: د. خالد علي المدني
- 137 - عمليات التجميل الجلدية تأليف: د. أطلال خالد اللافي
- 138 - الإدمان الإلكتروني تأليف: د. طلال إبراهيم المسعد
- 139 - الفشل الكلوي تأليف: د. جود محمد يكن
- 140 - الداء والسدواء من الألم إلى الشفاء تأليف: الصيدلانية. شيماء يوسف ربيع
- 141 - معلومات توعوية للمصابين بمرض كوفيد - 19 ترجمة وتحرير: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية
تساعد هذه المعلومات على التحكم في الأعراض
والتعافي عقب الإصابة بمرض كوفيد - 19

- 142 - السرطان
تأليف: أ. د. سامح محمد أبو عامر
- 143 - التصلب المتعدد
ما بين الوقاية والعلاج
تأليف: د. رائد عبد الله الروغانى
د. سمر فاروق أحمد
- 144 - المغص
تأليف: د. ابتهاج حكيم الجمعان
تأليف: غالب علي المراد
- 145 - جائحة فيروس كورونا المستجد
وانعكاساتها البيئية
- 146 - تغذية الطفل من الولادة إلى عمر سنة
إعداد: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية
- 147 - صحة كبار السن
تأليف: د. علي خليل القطان
- 148 - الإغماء
تأليف: د. أسامة جبر البكر
- 149 - الحول وازدواجية الرؤية
تأليف: د. نادية أبل حسن صادق
- 150 - صحة الطفل
تأليف: د. نصر الدين بن محمود حسن
- 151 - الجفاف
تأليف: د. محمد عبد العزيز الزبيق
- 152 - القدم السكري
تأليف: د. حازم عبد الرحمن جمعة
- 153 - المنشطات وأثرها على صحة الرياضيين
تأليف: د. مصطفى جوهر حيات
- 154 - التداخلات الدوائية
تأليف: الصيدلانية. شيماء يوسف ربيع
- 155 - التهاب الأذن
تأليف: د. سليمان عبد الله الحمد
- 156 - حساسية الألبان
تأليف: أ. د. لؤي محمود اللبان
- 157 - خطورة بعض الأدوية على الحامل والمرضع
تأليف: الصيدلانية. شيماء يوسف ربيع
- 158 - التهاب المفاصل الروماتويدي
تأليف: د. علي إبراهيم الدعوي
- 159 - الانزلاق الغضروفي
تأليف: د. تامر رمضان بلوي
- 160 - متلازمة داون
تأليف: د. أحمد عدنان العقيل
- 161 - عُسر القراءة
تأليف: د. أحمد فهمي عبد الحميد السحيمي
- الديسلكسيا
- 162 - الرعاية الصحية المنزلية
تأليف: أ. د. فيصل عبد اللطيف الناصر
- 163 - البكتيريا النافعة وصحة الإنسان
تأليف: أ. د. لؤي محمود اللبان
- 164 - الأطعمة الوظيفية
تأليف: د. خالد علي المدني
د. غالية حمد الشمالان
- 165 - الداء البطني والجلوتين
تأليف: د. عبدالرزاق سري السباعي
- 166 - خشونة المفاصل
تأليف: د. طالب محمد الحلبي
- 167 - الأمراض النفسية الشائعة
تأليف: د. ندى سعد الله السباعي

- 168 - عدم تحمّل الطعام ... المشكلة والحلول تأليف: د. خالد علي المدني
د. غالية حمد الشمالان
- 169 - كيف تتخلص من الوزن الزائد؟ تأليف: د. ميرفت عبد الفتاح العدل
- 170 - الترجمة الطبية التطبيقية تأليف: د. حسّان أحمد قمحيّة
- 171 - الأشعة التشخيصية ودورها في الكشف عن الأمراض تأليف: د. منى عصام الملا
- 172 - جذري القردة تأليف: أ. د. شعبان صابر محمد خلف الله
- 173 - اعتلال الأعصاب الطرفية تأليف: د. رائد عبد الله الروغاني
د. سمر فاروق أحمد
- 174 - هل نستطيع أن نصنع دواءنا؟ تأليف: أ. د. مرزوق يوسف الغنيم
- 175 - الأمراض التنفسية لدى الأطفال تأليف: د. نصر الدين بن محمود حسن
- 176 - الالتهابات تأليف: د. حسّان أحمد قمحيّة
- 177 - الفحوص المخبرية ودورها في الكشف عن الأمراض تأليف: د. محمد جابر صدقي
- 178 - التغذية والمناعة تأليف: د. خالد علي المدني
د. ليلى نايف الحربي
- 179 - التنظيم الغذائي لأمراض القلب والأوعية الدموية تأليف: د. حمده عبد الله قطبه
د. خالد علي المدني
- 180 - هل نستطيع أن نصنع دواءنا؟ (الطبعة الثانية) تأليف: أ. د. مرزوق يوسف الغنيم
- 181 - دليل التغذية الأنثوية والوريديّة تأليف: أ. د. لؤي محمود اللبان
- 182 - الجلوكوما (الزَّرَق) تأليف: د. بشار محمد عباس
- 183 - دليل تبريد الأغذية وتجميدها منزليًا تأليف: د. زكريا عبد القادر خنجي
- 184 - صعوبات التعلم... بين التشخيص والعلاج تأليف: أ. د. طلال إبراهيم المسعد
- 185 - دور التغذية في علاج اضطرابات الأكل تأليف: أ. د. عزة عبد الحافظ العريفي
د. خالد علي المدني
- 186 - حمى الوادي المتصدع تأليف: أ. د. شعبان صابر محمد خلف الله
- 187 - اضطراب دهون الدم تأليف: أ. د. يوسف أحمد بركات
- 188 - عُسْر الهضم تأليف: د. أحمد مهدي محمد عبد العليم
- 189 - حياة الأطفال المصابين بالتوحد وعلاقتها بصحة الفم والأسنان تأليف: د. عبد الكريم عادل مبروك
- 190 - أمراض مفصل الكتف تأليف: أ. د. فتحي جابر محمد خلاف

ثانياً : مجلة تعريب الطب

- 1 - العدد الأول «يناير 1997» أمراض القلب والأوعية الدموية
- 2 - العدد الثاني «أبريل 1997» مدخل إلى الطب النفسي
- 3 - العدد الثالث «يوليو 1997» الخصوية ووسائل منع الحمل
- 4 - العدد الرابع «أكتوبر 1997» الداء السكري (الجزء الأول)
- 5 - العدد الخامس «فبراير 1998» الداء السكري (الجزء الثاني)
- 6 - العدد السادس «يونيو 1998» مدخل إلى المعالجة الجينية
- 7 - العدد السابع «نوفمبر 1998» الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الأول)
- 8 - العدد الثامن «فبراير 1999» الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الثاني)
- 9 - العدد التاسع «سبتمبر 1999» الفشل الكلوي
- 10 - العدد العاشر «مارس 2000» المرأة بعد الأربعين
- 11 - العدد الحادي عشر «سبتمبر 2000» السمنة المشكلة والحل
- 12 - العدد الثاني عشر «يونيو 2001» الجينيوم هذا المجهول
- 13 - العدد الثالث عشر «مايو 2002» الحرب البيولوجية
- 14 - العدد الرابع عشر «مارس 2003» التطبيب عن بعد
- 15 - العدد الخامس عشر «أبريل 2004» اللغة والدماغ
- 16 - العدد السادس عشر «يناير 2005» الملاريا
- 17 - العدد السابع عشر «نوفمبر 2005» مرض ألزهايمر
- 18 - العدد الثامن عشر «مايو 2006» أنفلونزا الطيور
- 19 - العدد التاسع عشر «يناير 2007» التدخين: الداء والدواء (الجزء الأول)
- 20 - العدد العشرون «يونيو 2007» التدخين: الداء والدواء (الجزء الثاني)

- 21 - العدد الحادي والعشرون « فبراير 2008 »
البيئة والصحة (الجزء الأول)
- 22 - العدد الثاني والعشرون « يونيو 2008 »
البيئة والصحة (الجزء الثاني)
- 23 - العدد الثالث والعشرون « نوفمبر 2008 »
الألم .. « الأنواع، الأسباب، العلاج »
- 24 - العدد الرابع والعشرون « فبراير 2009 »
الأخطاء الطبية
- 25 - العدد الخامس والعشرون « يونيو 2009 »
اللقاحات .. وصحة الإنسان
- 26 - العدد السادس والعشرون « أكتوبر 2009 »
الطبيب والمجتمع
- 27 - العدد السابع والعشرون « يناير 2010 »
الجلد .. الكاشف .. الساتر
- 28 - العدد الثامن والعشرون « أبريل 2010 »
الجراحات التجميلية
- 29 - العدد التاسع والعشرون « يوليو 2010 »
العظام والمفاصل ... كيف نحافظ عليها ؟
- 30 - العدد الثلاثون « أكتوبر 2010 »
الكلبي ... كيف نرعها ونداويها ؟
- 31 - العدد الحادي والثلاثون « فبراير 2011 »
آلام أسفل الظهر
- 32 - العدد الثاني والثلاثون « يونيو 2011 »
هشاشة العظام
- 33 - العدد الثالث والثلاثون « نوفمبر 2011 »
إصابة الملاعب « آلام الكتف .. الركبة .. الكاحل »
- 34 - العدد الرابع والثلاثون « فبراير 2012 »
العلاج الطبيعي لذوي الاحتياجات الخاصة
- 35 - العدد الخامس والثلاثون « يونيو 2012 »
العلاج الطبيعي التالي للعمليات الجراحية
- 36 - العدد السادس والثلاثون « أكتوبر 2012 »
العلاج الطبيعي المائي
- 37 - العدد السابع والثلاثون « فبراير 2013 »
طب الأعماق .. العلاج بالأكسجين المضغوط
- 38 - العدد الثامن والثلاثون « يونيو 2013 »
الاستعداد لقضاء عطلة صيفية بدون أمراض
- 39 - العدد التاسع والثلاثون « أكتوبر 2013 »
تغير الساعة البيولوجية في المسافات الطويلة
- 40 - العدد الأربعون « فبراير 2014 »
علاج بلا دواء ... علاج أمراضك بالغذاء
- 41 - العدد الحادي والأربعون « يونيو 2014 »
علاج بلا دواء ... العلاج بالرياضة
- 42 - العدد الثاني والأربعون « أكتوبر 2014 »
علاج بلا دواء ... المعالجة النفسية

- 43 - العدد الثالث والأربعون « فبراير 2015 »
جراحات إنقاص الوزن: عملية تكميم المعدة ...
ما لها وما عليها
- 44 - العدد الرابع والأربعون « يونيو 2015 »
جراحات إنقاص الوزن: جراحة تطويق المعدة
(ربط المعدة)
- 45 - العدد الخامس والأربعون « أكتوبر 2015 »
جراحات إنقاص الوزن: عملية تحويل المسار
(المجازة المعدية)
- 46 - العدد السادس والأربعون « فبراير 2016 »
أمراض الشிخوخة العصبية: التصلب المتعدد
- 47 - العدد السابع والأربعون « يونيو 2016 »
أمراض الشيخوخة العصبية: مرض الخرف
- 48 - العدد الثامن والأربعون « أكتوبر 2016 »
أمراض الشيخوخة العصبية: الشلل الرعاش
- 49 - العدد التاسع والأربعون « فبراير 2017 »
حقن التجميل: الخطر في ثوب الحسن
- 50 - العدد الخمسون « يونيو 2017 »
السيجارة الإلكترونية
- 51 - العدد الحادي والخمسون « أكتوبر 2017 »
النحافة ... الأسباب والحلول
- 52 - العدد الثاني والخمسون « فبراير 2018 »
تغذية الرياضيين
- 53 - العدد الثالث والخمسون « يونيو 2018 »
البهاق
- 54 - العدد الرابع والخمسون « أكتوبر 2018 »
متلازمة المبيض متعدد الكيسات
- 55 - العدد الخامس والخمسون « فبراير 2019 »
هاتفك يهدم بشرتك
- 56 - العدد السادس والخمسون « يونيو 2019 »
أحدث المستجدات في جراحة الأورام
(سرطان القولون والمستقيم)
- 57 - العدد السابع والخمسون « أكتوبر 2019 »
البكتيريا والحياة
- 58 - العدد الثامن والخمسون « فبراير 2020 »
فيروس كورونا المستجد (nCoV-2019)
- 59 - العدد التاسع والخمسون « يونيو 2020 »
تطبيق التقنية الرقمية والذكاء الاصطناعي في
مكافحة جائحة كوفيد-19 (COVID-19)

- 60 - العدد الستون « أكتوبر 2020 »
الجديد في لقاءات كورونا
- 61 - العدد الحادي والستون « فبراير 2021 »
التصلبُ العصبي المتعدد
- 62 - العدد الثاني والستون « يونيو 2021 »
مشكلات مرحلة الطفولة
- 63 - العدد الثالث والستون « أكتوبر 2021 »
الساعة البيولوجية ومنظومة الحياة
- 64 - العدد الرابع والستون « فبراير 2022 »
التغيُّر المناخي وانتشار الأمراض والأوبئة
- 65 - العدد الخامس والستون « يونيو 2022 »
أمراض المناعة الذاتية
- 66 - العدد السادس والستون « أكتوبر 2022 »
الأمراض المزمنة ... أمراض العصر
- 67 - العدد السابع والستون « فبراير 2023 »
الأنيميا ... فقر الدم
- 68 - العدد الثامن والستون « يونيو 2023 »
أمراض المناعة الذاتية (الجزء الثاني)
- 69 - العدد التاسع والستون « أكتوبر 2023 »
أمراض سوء التغذية

الموقع الإلكتروني : www.acmls.org



/acmlskuwait



/acmlskuwait



/acmlskuwait



0096551721678

ص.ب: 5225 الصفاة 13053 - دولة الكويت - هاتف 0096525338610/1 - فاكس: 0096525338618

البريد الإلكتروني : acmls@acmls.org



ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Building of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopedias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

© COPYRIGHT - 2023

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE

ISBN: 978-9921-782-51-6

**All Rights Reserved, No Part of this Publication May be Reproduced,
Stored in a Retrieval System, or Transmitted in Any Form, or by
Any Means, Electronic, Mechanical, Photocopying, or Otherwise,
Without the Prior Written Permission of the Publisher :**

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE
KUWAIT

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + (965) 25338610/5338611

Fax. : + (965) 25338618

E-Mail: acmls@acmls.org

[http:// www.acmls.org](http://www.acmls.org)

Printed and Bound in the State of Kuwait.





ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE - KUWAIT

Health Education Series

Shoulder joint Diseases

By

Prof. Dr. Fathy G. M. Khalaf

Revised by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science



في هذا الكتاب

تُعدُّ أمراض الكتف وإصاباتهما شائعة جداً، حيث إن الكتف وجميع أجزائها عضو حيوي في الجسم، حيث تسمح للذراع بالتحرك والعمل بشكل طبيعي، وقد يُصاب مفصل الكتف عبر الممارسات اليومية نتيجة حركة خاطئة ومفاجئة، أو ممارسة أنواع مختلفة من الرياضة، أو الأعمال اليدوية المُرهقة، كما أن هناك بعض الأمراض التي تصيب المفصل، كذلك فإن التقدم في العمر يلعب دوراً مهماً؛ إذ إن الأشخاص الذين تجاوز عمرهم 60 عاماً هم الأكثر عُرضة للإصابة بأمراض الكتف.

ويعتبر مفصل الكتف أحد المفاصل حُرّة الحركة التي من أكثر أنواع المفاصل انتشاراً في الجسم البشري، وتختلف هذه المفاصل عن غيرها بوجود أجواف مبطّنة بغشاء زلالي، يحتوي على سائل زلالي يغذي الطبقة الغضروفية؛ مما يساعد على تيسير الحركة. وهو عبارة عن مفصل مُتحد مع أربطة وعضلات؛ مما يسمح للذراع بالتحرك ضمن نطاق واسع، وتتصل الكتف بثلاثة عظام رئيسية هي عظم العضد، وعظم الترقوة، وعظم لوح الكتف.

ونظراً لأهمية هذا الموضوع، فقد جاء اختيار المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية لهذا الكتاب "أمراض مفصل الكتف" ليكون ضمن إصدارات سلسلة الثقافة الصحية. قُسم الكتاب إلى خمسة فصول، تناول من خلالها الوصف التشريحي لمفصل الكتف، ومقدمة عامة عن أمراض مفصل الكتف، ثم استعرض أمراض مفصل الكتف الشائعة، وكذلك أمراض مفصل الكتف الأقل شيوعاً، وأختتم الكتاب بالحديث عن أمراض مفصل الكتف نادرة الحدوث.