

ULNAR NÖROPATİ: İLGİNÇ BİR NEDEN VE LOKALİZASYON

*Nesrin TAN BAŞER, *Ahmet TERZİOĞLU, *Serdar GÖRKEM, *Volkan IŞIK, *Gürcan ASLAN

*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Plastik Cerrahi Kliniği Cebeci, Ankara

ÖZET

Bu makalede kübital tünel sendromu şikayetlerine yol açan ön kolda endonöral yerleşimli yabancı cisim vakası sunuldu. Semptomlar her ne kadar kübital tünel sendromunu düşündürse de klinik muayene bulguları, ne kübital tünelde ne de Guyon kanalında olabilecek bir basıyı desteklemiyordu. Çekilen EMG ise kübital tünelde basıyı işaret ediyordu. Hastanın daha önce ön kol seviyesinde geçirilmiş bir yaralanması olduğu öğrenildi. Çekilen grafilinde ulna distal ucun 3 cm proksimalinde radyoopak cisim izlendi. Cerrahi esnasında endonöral yerleşimli olduğu izlenen bu cismin kırık yapıda olduğu görüldü. Yabancı cismin basıya bağlı olarak ulnar sinirin 1,5 cm lik kısmında proksimal ve distale göre belirgin bir incelmeye yol açtığı tespit edildi. Cerrahi sonrası 6. ayda hastanın şikayetleri geçti ve EMG bulguları normale döndü.

Anahtar Kelimeler: Kübital tünel, ulnar sinir, kübital tünel sendromu, nöropati.

THE ULNAR NEUROPATHY: AN INTERESTING CAUSE AND LOCATION

ABSTRACT

In this article a case of endoneural placed foreign body in the forearm that mimics cubital tunnel syndrome is presented. Although the symptoms resemble cubital tunnel syndrome physical examination findings did not support a compression in the cubital tunnel nor the Guyon canal. The results of EMG testing demonstrated compression in the cubital tunnel. Patient's history revealed previous forearm injury. Radiographies confirmed a radio-opaque body 3 cm proximal to the distal ulnar end. During surgery the foreign body was seen to be placed endoneurally and had cartilage structure characteristics. At the location of the foreign body the ulnar nerve was seen to be atrophied. 6 months following the surgery the patient recovered totally and EMG results returned to normal values.

Keywords: Cubital tunnel, ulnar nerve, cubital tunnel syndrome

GİRİŞ

Ulnar sinir sıkışması, üst ekstremitede ikinci sıklıkta görülen bir kompresyon nöropatisidir.¹ Ulnar sinirin anatomik pozisyonundan dolayı bu sinirin sıkışmasına neden olan birçok etyolojik faktör sunulmuştur. Literatür incelendiğinde bu nedenlerin çoğunlukla fasiyal bandlar, ulnar sinir subluksasyonu, kubitus valgus, kemik çıkıntılar, tümörler, ganglionlar ve heterotipik ossifikasyonlar olduğu izlenmektedir.^{1,4}

Biz bu makalede kübital tünelde yerleşmemesine rağmen kübital tünel sendromu (CuTS) şikayetlerine yol açan şaşırtıcı bir nedeni sunduk.

OLGU SUNUMU

36 yaşında balıkçılık yapan bir hasta kliniğimize zaman zaman sol el 4 ve 5. parmaklara vuran, ön kol ve kolda ağrıya yol açan ve omuz bölgesine yayılan, ağrı şikayeti ile başvurdu. Ağrısı 6 aydır varmış. Yapılan muayenesinde; dirsek fleksiyon ve ekstansiyonunda ağrıda değişiklik olmuyordu. Duyu muayenesinde; el sırtı ulnar yarısında ve 4 ve 5. parmaklarda hipoestezi tespit

edildi. Elin motor muayenesi olağan değerlendirildi. Phalen testi, Guyon kanalı üzerindeki Tinel işareti negatifti. Hastanın fizik muayenesinde ayrıca el bileğinde orta hattan ulnar yöne doğru uzanan 4 cm uzunluğunda oblik dikiş izi tespit edildi. Bu izi sorgulamasında, 1 yıl önce asılı duran kılıç balığının temizlerken balığın kayması üzerine yüzgecin sol el bileğine battığını belirtti. Batan cisimle birlikte hastaneye başvurmuş ve lokal anestezi altında yapılan bir ameliyat ile çıkarılmış. Bu olaydan sonra bir şikayeti olmamış fakat 6 ay önce sol ön kol ve kolda ağırları olmaya başlamış. Çekilen 2 yönlü el bilek grafisinde karpal kemiklerin 3 cm proksimalinde, ulna distal uçta radyoopak yabancı cisim tespit edildi (Şekil1). Yapılan EMG sonucu ise, kübital tünel sendromunu destekler yönde idi. Tüm bu bulgular değerlendirildiğinde öncelikle yabancı cismin çıkarılması planlandı. X-ray'de izlenen cisme uyan lokalizasyondan lazy S insizyon ile girildi. Ulnar sinire ulaşmak için yapılan diseksiyonda çevre dokuların fibrotik olduğu dikkati çekti. Eksplozasyonda ulnar sinirin içinde endonöral



Şekil 1:Ameliyat öncesi çekilen sol el-bilek grafisi. Ok yabancı cisimi göstermekte.

yerleşimli yabancı bir cisim Guyon kanalının 3-4 cm. proksimalinde bulundu. Büyütme altında yabancı cisim sinirden ayrıldı (Şekil 2,3). Yabancı cismin etrafında yalancı bir kılıf oluşturduğu, sinirin o bölgesinde 1,5 cm.lik kısımda proksimal ve distale göre inceleme olduğu dikkati çekti. Sinir bütünlüğünde bozulma yoktu. Hastanın takiplerinde 6. ayda ulnar sinir motor ve duyu fonksiyonları tam olarak değerlendirildi. 6. ayda EMG bulgularının normale döndüğü gözlemlendi.

TARTIŞMA

Kol ve ön kol medialinde seyreden ulnar sinir, sekizinci servikal ve birinci torakal radiklerin birleşmesinden oluşur. Dirseğe geldiğinde olekranon ile humerusun mediyal epikondili arkasındaki retroepikondiler oluğa girer. Bu oluğun tabanını kollateral ulnar ligaman oluşturur. Üstünde fibröz retinakulum bulunur. Bu retinakulum olekranon ve mediyal epikondil arasındaki sert yapıdır. Ulnar sinirin en sık kompresyona uğradığı bölge dirsek seviyesidir ve kübital tünel sendromu olarak bilinir. Ulnar sinir bu kanaldan çıktıktan sonra önkolda parmak fleksörlerinin derin ve yüzeysel başı arasında ilerler. Önkolun distal yarısında ulnar arterin lateraline geçer. Bileğin proksimalinde ulnar sinir geniş bir dorsal dal verir. Bu dorsal dal el sırtının ulnar tarafının duysunu verir. Ulnar sinir Guyon kanalının içinden el bölgesine geçer^{1,5}

Dirsek bölgesi ve guyon kanalında ulnar sinirin sıkışmasının semptomlarının benzer olduğu, ayırıcı tanıda fizik muayenenin önemli olduğu belirtilmektedir.³ Kubital tünel sendromunda dirsek ve ön kolda ağrı ile birlikte elin dorsoulnar yüzünde parmaklarda parestezi tipiktir.^{4,5} Semptomlar dirsek fleksiyonu ile artarken ekstansiyonda geriler.¹ Bu kübital tünel sendromu için tanı koydurucu bir test olarak kabul edilmektedir.^{1,3} Buehler ve Thayer tarafından tanımlanan bu testin %91

sensitif, %97 spesifik olduğunu gösteren yayınlar vardır.⁵ Ulnar sinir, el sırtının ulnar yarısının duysunu sağlayan dorsal kutanöz dalını Guyon kanalına girmeden verir. Bu bölgenin parestезisi ya da hipoestезisi sinir sıkışmasının Guyon kanalının proksimalinde olduğunu gösterir.¹ Bu yazıda sunulan hastada; dirsek fleksiyon testi negatif olarak değerlendirilmiştir. Bu bizi kübital tüneldeki bir sinir sıkışmasından uzaklaştırırken, hastanın el sırtı ulnar taraftaki hipoestезi şikayeti ulnar sinirin Guyon kanalının proksimalinde sıkıştığını düşündürmekte idi. Hastanın elektrodagnostik değerlendirmesi kübital tünel seviyesinde bir bası olabileceğini belirtmekteydi. Fakat EMG sonuçları klinik muayene sonuçları ile uyumlu değildi. EMG'nin, klinik muayene bulguları aşikar ise kübital tünel sendromu tanısı için gerekli olmadığı², ayrıca EMG'nin %15 hastada yanlış pozitif sonuç verdiğini gösteren yayınlar mevcuttur.³ Bizim hastamızda klinik muayene bulgularına göre kübital tünelden kaynaklanmayan ama guyon kanalının da proksimalinden kaynaklandığını düşündüğümüz ulnar sinir basısı vardı. EMG tetkiki ise kübital tünelde bir bası olduğunu gösteriyordu. Bu çelişkili bulgulara ek olarak daha önce geçirilmiş yaralanmaya bağlı olduğu düşünülen ve çekilen X-ray grafide ön kol distal uçta tesbit edilen bir yabancı cisim mevcuttu. Bütün bu bulgular değerlendirilerek öncelikle yabancı cisimin çıkarılmasına karar verildi. Ameliyatta, önkolun 1/3 distalinde endonöral yerleşimli bir yabancı cisimin ulnar sinire bası etkisi yaptığı görüldü.

Ulnar sinirin kompresyon nöropatisi genel olarak dirsek ve el bileği seviyesinde görülür. Bu bölgeler dışında ulnar sinirin ön kolda seyri esnasında basıya uğraması nadirdir. Literatür gözden geçirildiğinde ön kol seviyesinde kas anomalilerine bağlı olarak gelişen ulnar sinir kompresyon nöropatisi ile ilgili yayınlar mevcuttur.^{6,7} Fakat yabancı cisime bağlı gelişen ulnar kompresyon nöropatisi daha önce literatürde belirtilmemiştir.



Şekil 2:Ameliyat sonrası çekilen sol el-bilek grafisi.



Şekil 3:Endonöral yerleşimli olarak bulunan yabancı cisim.

SONUÇ

Bu vaka ile önkolda endonöral yerleşimli bir lezyonunda sinire bası yaparak bilinen kompresyon nöropatilerinden farklı fizik muayene bulgularına yol açabileceğini gördük. Ayrıca EMG'nin kübital tünel sendromu tanısında her zaman güvenilir olmadığını, klinik muayene bulgularının daha değerli olduğunu göstermesi bakımından ilginç bir vaka olduğunu düşünürüz.

KAYNAKLAR

1. Rich BC, McKay MP. The cubital tunnel syndrome: A case report and discussion. The Journal of Emergency Medicine 2002;23:347.
2. Szebo RM, Steinberg DR. Nerve entrapment Syndromes in the wrist. J Am Acad Orthop Surg 1994;4:115.
3. Taha A, Galarzo M, Zuccarello M, Taha J. Outcomes of cubital tunnel surgery among patients with absent sensory nerve conduction. Neurosurgery 2004;54:891.
4. Galluci GZ, Galluci JL, Carli p, Morgnon GD. Entrapment of the ulnar nerve in heterotrophic ossification of the elbow: A case report. J Shoulder Elbow Surg 2003;12:637.
5. Posner MA. Compressive ulnar neuropathies at the elbow: Etiology and diagnosis. J Am Acad Orthop Surg 1988;6:282.
6. Robinson SC. An anomalous flexor digitorum superficialis muscle- tendon unit associated with ulnar neuropathy. Clinical Orthopedics and Related Research 1985;194:169.
7. Jeffery AK Compression of the deep branch of the ulnar nerve by an anomalous muscle. Case report and review. J Bone Joint Surg 1971;54:718.

NESRİN TAN BAŞER
KORU MAH. 499. SOK. ARI SİTESİ,
NO:46, ÜMİTKÖY, ANKARA
Tel: 312 5953662
Fax: 312 4676511
E-posta: drtanbaser@superonline.com