

Dirsek Osteoartrozu Sonucu Gelişen Kubital Tünel Sendromu

Halil KOYUNCU¹, Şeniz ÖK²

ÖZET

Dirsek osteoartrozu klinik olarak nadir olmasına rağmen kadavralarda şaşılacak kadar sık gözlenmektedir. Osteoartroza ait bulguların sıklıkla radius başı ve capitellumda ortaya çıktığı, humeroulnar eklemin genellikle korunduğu bildirilmektedir.

Kübital oluk sendromunun primer nedeni, ulnar sinirin altında bulunan humeroulnar eklemin dirsek osteoartrozuna bağlı osteofitidir. Ulnar sinir, bunun yanında romatoid nodül, gut tofusü, ganglion veya yumuşak doku tümörlerinin basısı sonucu da gelişebilir. Kubital tünelin tabanını dirsek eklemi medial ligamanı, tavanını fleksör karpı ulnaris kasının aponorözü oluşturur.

Bu makalede, dirsek artrozu ve kübital tünel sendromu olan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Dirsek osteoartrozu, kübital tünel sendromu.

SUMMARY

CUBITAL TUNNEL SYNDROME CAUSED BY ELBOW OSTEORHROSIS

The osteoarthritis of the elbow, although rarely clinically significant, is surprisingly prevalent in pathologic specimens. The findings of the osteoarthritis is frequently appear in the radial head and capitellum, but the humeroulnar joint is usually spared.

Primary cause of cubital tunnel syndrome caused by osteoarthritis of the elbow joint to be degenerative osteophytes originating in the humeroulnar joint underneath the ulnar nerve. The ulnar nerve can be also compressed within the cubital tunnel by ganglia, soft tissue tumors, rheumatoid nodul and tophus. The floor of the cubital tunnel is formed by the medial ligament of the elbow joint and the roof by the aponeurosis of the flexor carpi ulnaris muscle.

In this study, a cases with elbow osteoarthritis and cubital tunnel syndrome was presented.

Key words: elbow osteoarthritis, cubital tunnel syndrome.

GİRİŞ

Eklemlerin dejeneratif hastalığı olan, progresyon gösteren, sakatlık yapabilen osteoartroz, yerleşim bakımından generalize ya da lokalize olabilir. Dirsek osteoartrozu klinik olarak nadir olmasına rağmen kadavralarda şaşılacak kadar sık gözlenmektedir. Onbeş yaş üstü 1000 kadavrada yapılan çalışmada, % 95 oranında dirsek osteoartrozu saptandığı bildirilmiştir. Osteoartroza ait bulguların sıklıkla radius başı ve capitellumda ortaya çıktığı, humeroulnar eklemin genellikle korunduğu bildirilmektedir (1).

Dirsek osteoartrozu tekrarlayan minör veya makro travmalar sonucunda gelişebilir. Karakteristik bulgusu zorlu ekstansiyon veya fleksiyonda ağrıdır. Radyolojik incelemede olekranon ve koronoid çıkıntı üzerinde osteofitler izlenir (1).

Kübital tünel sendromu, karpal tünel sendromundan sonra, üst ekstremitede en sık

gözlenen tuzak nöropatisidir (2). Ulnar sinir, brakial pleksusun medial dalı olup kübital tünelde basıya maruz kalabilir. Bu kompresyon, kısa veya uzun süreli travma, osteoartritik spurlar, romatoid nodül, gut tofusü, ganglion ve yumuşak doku tümörlerinden kaynaklanabilir (3-8). Elin son iki parmağında uyuşma, ağrı, interosseöz-hipotenar kas atrofisi klinik olarak saptanabilir (8).

Bu makalede, generalize osteoartroz kliniği çerçevesinde dirsek artrozu ve buna sekonder olarak gelişen kübital tünel sendromu olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

EE, 54 yaşında, ev hanımıdır. Sağ dirsekte ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleri ile kliniğimize müracaat etti. Ağrısı ilk kez yaklaşık 2 yıl önce ortaya çıkmış. Bir yıl önce hareket kısıtlılığı gelişmeye başlamış. Kliniğimize müracaatından 4

¹ Doç. Dr., İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.D.

² Arş. Gör. Dr., İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.D.

ay önce fizik tedavi uygulanmış. Sabah sertliği kısa süreli idi. Ayrıca boyun, bel, el ve dizlerde de ağrıları vardı.

Ağrısı istirahatte ve gece yokmuş, hareket esnasında ortaya çıkıyormuş. Bavul, çanta veya pazar torbası gibi ekstansiyona zorlayan günlük yaşam aktiviteleri sırasında ağrı artışı oluyormuş.

Bir ay önce sağ el 4.ve 5.parmakta uyuşukluk tabloya eklenmiş. Kuvvet kaybı yokmuş.

Özgeçmişinde; 12 yıl önce geçirilen sol meme karsinomu ve operasyon hikayesi vardı. Ancak takip sonuçları normalmiş. Diabetes mellitus, alkol ve sigara alışkanlığı yokmuş.

Sistemik muayenesinde inspeksiyonla sol mastektomi skarı, sol kolda yaygın ödem gözlemlendi. Olekranonun 10 cm. üstünden ölçüldüğünde sol kol, sağ kola göre 5.5 cm. daha kalın idi.

Sağ dirsekte inspeksiyonda 30°'lik ekstansiyon kaybı görüldü. Palpasyonla krepitasyon alındı. Aktif eklem hareket açıklığı muayenesinde fleksiyon 130° idi ve ekstansiyonda 20° kayıp vardı. Pronasyon ve supinasyon normal olarak değerlendirildi.

Nörolojik muayenede, sağ el 4.ve 5. parmakta hipoestezi, başparmak ve 5. parmak

opozisyonunda (Pinch testi) opponator kas kuvveti 4/5 idi. Hipotenar atrofisi tesbit edilmedi.

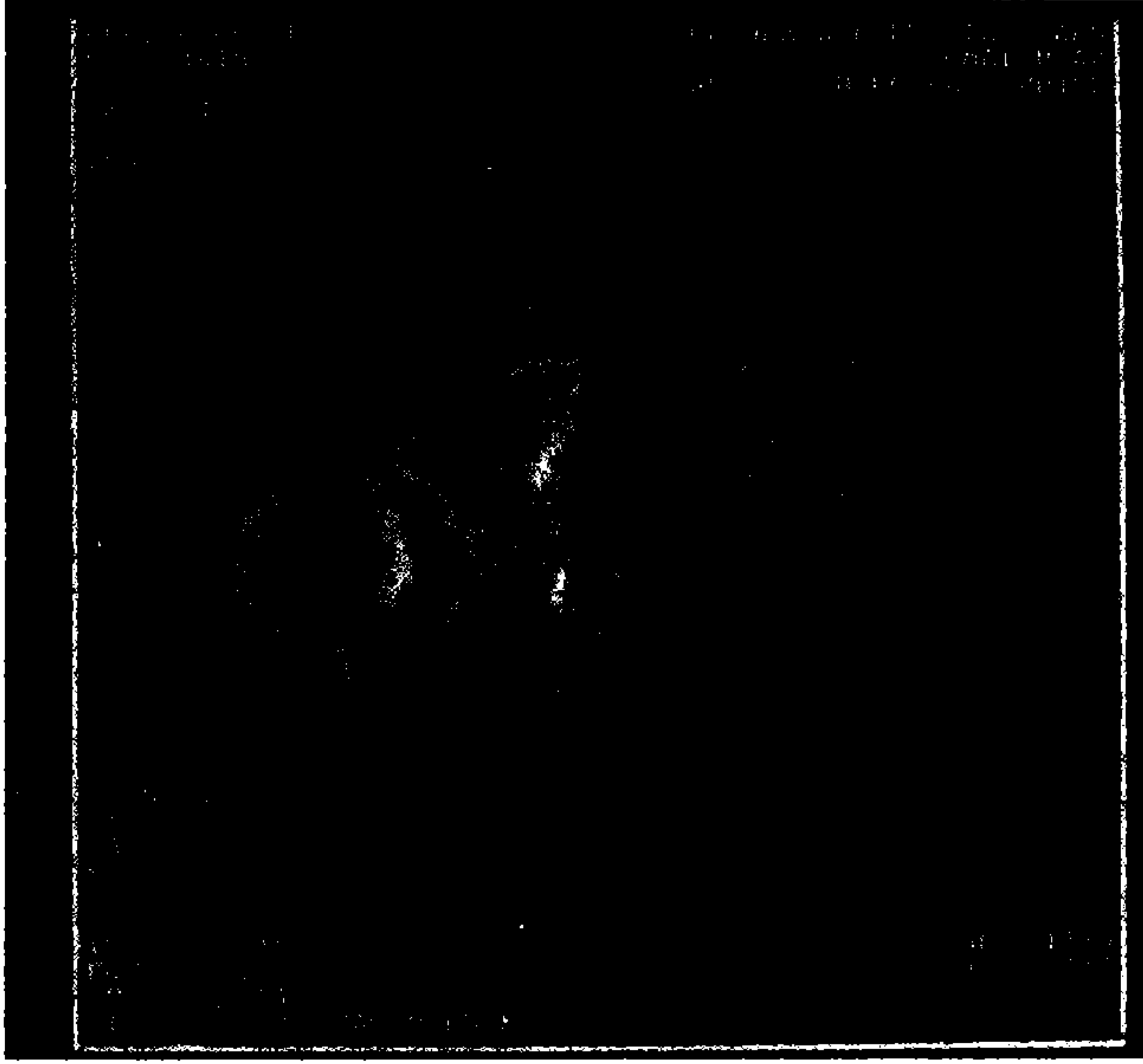
Direkt grafide sağ olekranon ve koronoid çıkıntıda osteofit ve sağ humeroulnar eklem mesafesinde daralma tespit edildi. Bilgisayarlı tomografide sağ humeroradioulnar eklemden aralığında daralma, eklem yüzlerinde skleroz, yer yer milimetrik subkondral kistler, humerus eklem köşelerinde kondromatö oluşumlar, proksimal ulna epifizi anterior korteksinden distale doğru 62 mm uzunluğunda ekzofitik kemik yapısı izlenmiştir (Resim 1, 2).

Elektromiyografik incelemede sağ kübital tünel sendromu ile uyumlu bulgular saptandı. Sağ ulnar sinir distal latansı 2.20 msn, sol ulnar sinirde 3.56 msn. idi. Denervasyon potansiyelleri saptanmadı.

Dirsek osteoartrozuna bağlı olarak gelişen kübital tünel sendromu ve eklem hareket kısıtlılığı tanısıyla tedavi planlandı. İlaç ve fizik tedavi sonrası ağrı şikayetinin % 80-85 oranında, uyuşma hissinin % 90 oranında iyileştiği, fizik muayenede dirsekte aktif olarak yapılan ekstansiyonda 10°'lik kayıp olduğu (% 66.6 düzelme) ve hipoestezinin, kuvvet kaybının tamamen düzeldiği saptandı.

Resim 1: Direkt grafide dirsek osteoartrozu bulguları



Resim 2: Bilgisayarlı tomografide dirsek osteoartrozu bulguları

TARTIŞMA

Dirsek osteoartrozuna ender rastlanır. Tekrarlayan minör travmalar sonucunda veya eklem yüzeylerini kapsayan eski fraktürlere ve osteokondritis dissekansa sekonder olarak gelişebilir. Dirsek hareket açıklığının son sınırlarında ve özellikle ekstansiyonda ağrı oluşabilir. Yaklaşık 30°'lik fleksiyon kontraktürü tipiktir. Dirsekte krepitasyon alınabilir (1). Generalize osteoartroz ve bunun bir klinik komponenti olarak dirsek osteoartrozu tanısı konan bu olguda, 30° ekstansiyon kaybı vardı. Bavul, çanta veya pazar torbası gibi ekstansiyona zorlayan günlük yaşam aktiviteleri sırasında ağrı artışı olduğu saptandı.

Kübital tünel sendromu diabet ve alkolizm zemininde daha kolay gelişebilir (8). Ancak olgumuzda diabet ve alkol kullanma alışkanlığı saptanmadı. Kübital tünel sendromu, bu sinirin kısa süreli-ani travma veya uzun süreli dış basınç, osteoartritik spurlar, romatoid nodül, gut tofusü, ganglion veya yumuşak doku tümörlerinin basısı sonucu gelişebilir (3-8). Olgumuzda minör veya major travma hikayesi saptanmadı. Romatoid artrit, guta, tümöre ait klinik ve laboratuvar bulgular yoktu. Ancak dirsek grafisinde ve BT'de dirsek ekleminde osteofit, kondromatö oluşumlar ve eklem mesafesinde daralma tespit edildi.

Kurosawa ve ark. yaptığı çalışmada, dirsek osteoartrozuna bağlı olarak gelişen kübital tünel sendromunda primer neden humeroulnar eklemin

ulnar sinire yakın bölgesinden kaynaklanan osteofitlerdir (6). John ve Palmaz'ın yaptığı karşılaştırmalı çalışmada, kübital tünel sendromu olan olguların % 20'sinde osteofit saptanırken kübital tünel sendromu olmayan olguların hiçbirinde osteofit saptanmadığını bildirmiştir (7). Kübital tünelin tabanını dirsek eklemi medial ligamanı, tavanını fleksör karpi ulnaris kasının aponorözü oluşturur. Humeroulnar eklem osteoartrozunda oluşan osteofit, kondromatö yapılar veya kalınlaşan sinovyal doku, yakın komşuluk nedeniyle kübital tünelde ulnar sinir sıkışmasına sebep olabilmektedir (8). Klinik ve radyolojik dirsek osteoartrozu bulguları saptanan bu olgumuzda, belirtilen mekanizma üzerinden artroza sekonder kübital tünel sendromu geliştiği kanaatine ulaşıldı.

Eksternal basınçtan oluşan ulnar sinir felcinin konservatif tedavisi genellikle etkilidir (8). Nitekim ilaç ve fizik tedavi uyguladığımız hastanın eklem hareket kısıtlılığında 2/3 ve ağrıda % 85 düzelme saptanmıştır. Uyguladığımız tedavi kuşkusuz, osteofit, kondromatö oluşum, sinovyal kalınlaşma gibi artroza bağlı doku değişikliklerini ortadan kaldırmamaktadır. Ancak sinirde bası sonucu meydana gelen ödemin rezolüsyonunu sağlayarak, tünel içinde ulnar sinirin rahatlamasını sağladığı kanaatindeyiz.

Dirsek osteoartrozu klinik olarak nadir olmasına rağmen kadavralarda şaşılacak kadar sık gözlenmesi nedeniyle, ön kol ve elde ağrı, uyuşma,

his kaybı veya kuvvetsizlik şikayeti olan hastalarda, kübital oluk sendromu nedenleri arasında dirsek

osteoartrozunun araştırılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Figgie MP, Figgie HE, Goldberg VM, Inglis AE: Osteoarthritis of the Elbow and Shoulder chap 26 In: Moskowitz RW, Howell DS, Goldberg VM, Mankin HJ Eds., Osteoarthritis Diagnosis and Medical / Surgical Management. Second ed. WB Saunders Company, 1992: 561.
2. Seror P, Nathan PA: Relative frequency of nerve conduction abnormalities at carpal tunnel and cubital tunnel in France and the United States: importance of silent neuropathies and role of ulnar neuropathy after unsuccessful carpal tunnel syndrome release. *Ann Chir Main Memb Super* 1993;12:281-285.
3. Oka Y, Ohta K, Saitoh I: Debridement arthroplasty for osteoarthritis of the elbow. *Clin Orthop* 1998, 351:127-134.
4. Tsujino A, Itoh Y, Hayashi K, Uzawa M: Cubital tunnel reconstruction for ulnar neuropathy in osteoarthritic elbows: *J Bone Joint Surg Br* 1997, 79:390-393.
5. Fujioka H, Nakabayashi Y, Hirata S, Go G, Nishi S, Mizuno K: Analysis of tardy ulnar nerve palsy associated with cubitus varus deformity after a supracondylar fracture of the humerus: a report of four cases *J Orthop Trauma* 1995, 9:435-440.
6. Kurosawa H, Nakashita K, Nakashita H, Sasaki S: Pathogenesis and treatment of cubital tunnel syndrome caused by osteoarthrosis of the elbow joint. *J Shoulder Elbow Surg* 1995, 4:30-34.
7. St John JN, Palmaz JC: The cubital tunnel in ulnar entrapment neuropathy. *Radiology* 1986, 158:119-123.
8. Stewart DJ: Compression and Entrapment Neuropathies. Chap 50 Vol 2 In: Dyck PJ, Thomas PK (Ed) *Peripheral Neuropathy*. Third ed. WB Saunders Co 1993, 965-968.