



Lipoma bağlı posterior interosseöz sinir felci

Posterior interosseous nerve palsy due to lipoma

Levent ERALP, Harzem ÖZGER, Korhan ÖZKAN

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

El kaslarında ve sağ önkolda yavaş bir şekilde başlayan paralizisi ile başvuran 45 yaşındaki erkek hastaya yapılan elektromiyografide, posterior interosseöz sinir tarafından uyarılan kaslarda şiddetli denervasyon saptandı. Manyetik rezonans görüntülemeye posterior interosseöz sinire bası yapan kitle görüldü. Hasta siniri sıkıştıran lipom öntanısıyla dirseğinden ameliyat edildi. Tanı cerrahi eksizyon sırasında ve biyopsi ile doğrulandı. Üç hafta sonra aktif el bileği ve parmak ekstansiyonuna başlayan hasta ameliyattan altı hafta sonra tam gücüne kavuştu.

Anahtar sözcükler: Cerrahi dekompresyon; lipom/komplikasyon; sinir kompresyon sendromu; radius/innervasyon; yumuşak doku neoplazisi.

A 45-year-old male patient presented with paralysis of slow onset in the right forearm and hand muscles. Electromyographic assessment revealed severe denervation in the muscles innervated by the posterior interosseous nerve. Magnetic resonance imaging demonstrated a tumoral mass compressing the nerve. The patient underwent surgical excision with an initial diagnosis of lipoma. Surgical exploration and a biopsy confirmed the diagnosis. Active wrist movements and digital extension were possible after three weeks and the patient resumed full strength six weeks after the operation.

Key words: Decompression, surgical; lipoma/complications; nerve compression syndromes; radius/innervation; soft tissue neoplasms.

Posterior interosseöz sinirin travmatik olmayan paralizisi, supinatör kasın kenarında sıkışma, boşluk kaplayan lezyonun kompresyonu, enflamatuvar değişiklikler ve nöraljik amiyotrofi gibi çok çeşitli durumlarla birlikte gözlenebilir.^[1] Boşluk kaplayan lezyonlar genellikle lipomdur.^[2]

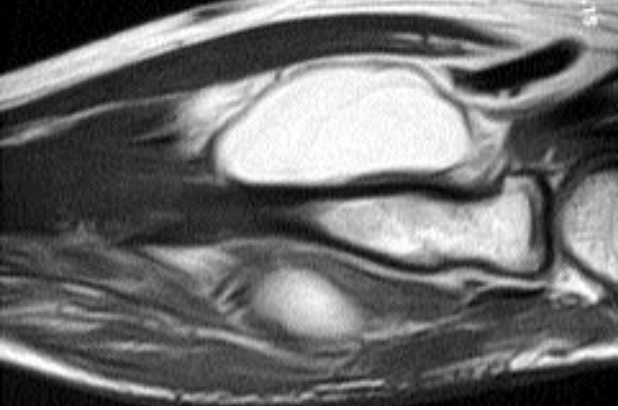
Posterior osseöz sinir paralizisine yol açan lipomlar, çoğunlukla radius boynu çevresinde yerleşmişlerdir.

Olgu sunumu

Kırk beş yaşındaki erkek hasta, sağ el bileği ve başparmak ekstansörlerinde yavaş paralizisiyle başla-

yan yakınmalarla başvurdu. Hastanın önkol ve elindeki ağrısı dört ay önce başlamış, ağrıyı takiben önkol ve el kaslarında güçsüzlük ve erken yorulma gelişmişti. Daha sonra, hastaya dirseğinde tendinit tanısıyla, sonucu başarısız olan tıbbi tedavi uygulanmıştı.

İlk incelemede, düşük el ve başparmak saptandı. Elektromiyografide, posterior interosseöz sinir tarafından uyarılan kaslarda şiddetli denervasyon gözlemlendi. Dirsek bölgesinde sıkıştırıcı bir lezyondan şüphelenilerek manyetik rezonans görüntülemeye başvuruldu ve supinatör kasın üst kutbunda posterior interosseöz sinire bası yapan lipom görüldü (Şekil 1).



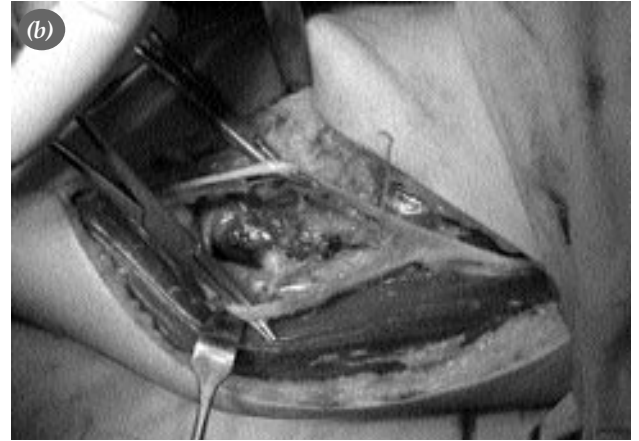
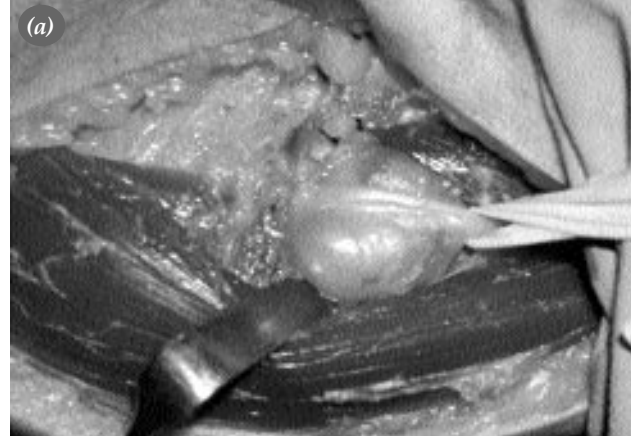
Şekil 1. Ön koldaki kitlenin T₂-ağırlıklı sagittal manyetik rezonans görüntüsü.

Anterior yaklaşımla yapılan ameliyatta posterior interosseöz sinirin kitle ile supinatör kas arasında sıkışmış olduğu görülerek sinir diseke edildi, serbestleştirildi ve kitle *en blok* olarak çıkarıldı (Şekil 2a, b). Biyopsi sonucunda tanı lipom olarak kesinleştirildi. Ameliyat sonrası ikinci günden itibaren elektrik stimülasyonunu içeren fizik tedaviye başlandı ve dinamik el bileği ateli takıldı. Aktif el bileği ve parmak ekstansiyonu üç hafta sonra başladı ve hasta tam gücüne ameliyattan altı hafta sonra kavuştu.

Tartışma

Lipomlar genel olarak her yerde oluşabilir ve çoğunlukla subkütan yerleşimlidir; ancak, daha derin dokularda da görülebilir.^[3] Radius boynunu çevreleyen ve supinatör kasın içinde yer alan lipomlar posterior interosseöz siniri sıkıştırabilir.^[4] Posterior interosseöz sinirin travmatik olmayan diğer paralizisi nedenleri ve ayırıcı tanıları arasında supinatör kasın fibröz köşesinin sıkıştırması, gangliyonlar, fibröz yapışıklıklar, sarkom, nöraljik amiyotrofi ve kronik tekrarlayan hafif travmalar yer alır.^[5-9] Tanıdan şüphe edilen olgularda *tru-cut* iğne biyopsisi yapılarak, mümkün olduğu kadar erken cerrahi girişimle kalıcı sinir hasarının oluşması engellenmelidir.

Olgumuzda cerrahi eksizyon için anterior yaklaşım^[4] tercih edildi; bu yaklaşım brakioradialis ve brakialis kasları arasından ilerleyerek, supinatör kasının hemen proksimalinde radial siniri ayırt etmemize olanak sağladı. Posterior interosseöz siniri ortaya çıkartabilmek için ekstansör dijitorum ve ekstansör karpı radialis brevis kasları arasından gi-



Şekil 2. (a) Ameliyatta tümör kitlesinin posterior interosseöz siniri sıkıştırdığı izleniyor. (b) Tümöral kitlenin çıkarılmasından sonraki görünüm.

rildikten sonra ortaya çıkan supinatör kasın split olarak ayrılmasını gerektiren posterior yaklaşım ise, sinir hasarı riskinin daha fazla olması nedeniyle tercih edilmedi.

Kaynaklar

1. Misamore GW, Lehman DE. Parsonage-Turner syndrome (acute brachial neuritis). J Bone Joint Surg [Am] 1996;78: 1405-8.
2. Werner CO. Radial nerve paralysis and tumor. Clin Orthop Relat Res 1991;(268):223-5.
3. Leffert RD. Lipomas of the upper extremity. J Bone Joint Surg [Am] 1972;54:1262-6.
4. Fitzgerald A, Anderson W, Hooper G. Posterior interosseous nerve palsy due to parosteal lipoma. J Hand Surg [Br] 2002; 27:535-7.
5. Capener N. The vulnerability of the posterior interosseous nerve of the forearm. A case report and an anatomical study. J Bone Joint Surg [Br] 1966;48:770-3.
6. Bowen TL, Stone KH. Posterior interosseous nerve paralysis caused by a ganglion at the elbow. J Bone Joint Surg [Br] 1966;48:774-6.

7. Sharrard WJ. Posterior interosseous neuritis. *J Bone Joint Surg [Br]* 1966;48:777-80.
8. Marmor L, Lawrence JF, Dubois EL. Posterior interosseous nerve palsy due to rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg [Am]* 1967;49:381-3.
9. Maffulli N, Maffulli F. Transient entrapment neuropathy of the posterior interosseous nerve in violin players. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991;54:65-7.