

KARPAL TÜNEL SENDROMU
(iki taraflı KARPAL TÜNEL sendromlu bir
vak'a münasebeti ile)

Ayhan ARITAMUR*

Yılmaz AKALIN**

Aziz ALTURFAN***

Ö Z E T

Büyük travmalar sonucu, N. Medianus'un Karpal Tünel seviyesinden kompresyonu; çok eskiden beri klasik olarak bilinen bir gerçektir.

TILLAUX-BOUILLY gibi müellifler, bu kompresyonu hafifletmek için zor kemiksel müdahaleler tarif etmişlerdir. Buna karşılık, hafif travmalar sonucu veya hiçbir travma olmadan sinirin kompresyonu sendromu ve bilhassa bu sendromun, sadece yumuşak kısım ameliyatları ile cerrahi tedavisi oldukça yeni bir yöntemdir.

Bu çalışmada; gerek klinik, gerekse tipik bulgular gösteren iki taraflı karpal tünel sendromlu bir vak'a münasebetiyle, 5 vak'alık operatif tedavi edilmiş bir serinin sonuçları ortaya konulmuştur.

Büyük travmalar neticesinde, karpal tünel seviyesinde N. Medianus kompresyonu çok eskiden beri bilinmektedir.

TILLAUX, BOUILLY gibi yazarlar; sınır kompresyonunu hafifletmek için karışık ve zor kemiksel müdahaleler tavsiye etmişler ve yapmışlardır (4).

Buna karşılık, gizli travmalar neticesi veya hiçbir travma olmadan meydana gelen sinir kompresyonu sendromu ve bilhassa bu kompresyonun sadece yumuşak doku ameliyatları ile cerrahi tedavisi oldukça yeni olarak tarif edilmiştir.

Bilhassa İngiliz yazarlarından; BRAIN, WRIGHT, WILKINSON, NEWMANN, SEDDON, BROOKS bu metodu benimsemişlerdir (1,2,5).

* İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kürsüsü Profesörü

** İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kürsüsü Uzman Asistanı

*** İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kürsüsü Uzman Asistanı

Bu sendromda, en önemli semptom ağrıdır. Ağrı median sinirin eldeki sahasına dağılır ve yukarı doğru (kol ve omuza kadar) bir yayılma gösterir. Bu yukarı doğru yayılan ağrılar o şekilde olur ki; lokal ağrıları bastırır ve bazan serviko-brakial nevralsi, skalenus, antikus sendromu ve hatta syringomyeli ile karıştırılabilir (3,4). Bazan ilk üç parmağın parestezisi veya anestezi görülebilir. Bu nedenle, hasta, tutmak istediği cisimleri sıkı olarak tutamamaktan ve kontrol edememekten şikâyetçidir.

Teşhis, klinik muayenede; hissiyet bozukluğu, lokal ağrının ve thenar adalelerdeki atrofinin görülmesi ile konulur.

N. Medianus sahasında ağırlı bir hipotezi bölgesi, daha nadir olarak saf bir hiperestezi ve daha da nadir olarak bir anestezi bölgesi vardır (4).

Hasta, hemen hemen daima patolojik bölge ile normal bölge arasını; 4.cü parmağın veya orta parmağın ortası olarak gösterir. Buna karşılık, motör bozukluklar oppozisyonun kaybolması görülebilir. Elektrodiagnostik genellikle normal olup, nadir olarak bir dejeneresans gösterir. Radiolojik muayenede, genellikle patolojik bir durum görülmez. Bazan eski bir travma şekeli görülebilir.

Gerçekte, bu sendroma sebep olan nedenler değişiktir. İyi redüksiyon yapılmamış Colles kırığı, navicular kırığı, enfeksiyon veya travma nedeni ile meydana gelen ödem gibi KARPAL TÜNEL kapasitesini azaltan veya bozan durumlar sebep olarak görülebilir. Daha sık olarak; basit bir travma veya zorlama hareketi, bir hiperekstansiyon, bu rahatsızlığın ksantom gibi durumlar da sebepler arasındadır. Colles kırığında redüksiyondan sonra, bileğin ileri derecede fleksiyon ve ulnar deviasyonda immobilizasyonu da median sinirin akut kompresyonuna sebep olabilir (3).

Bu saf kompresyon şekillerinin dışında, SEDDON ve BROOKS gibi bazı yazarlar; ufak sinovial kistlere rastladıklarını belirtmişlerdir (2,5).

Bazı vak'alarda ise, kompresyon sendromu, fleksor tendonların kılıflarının tenosynovite bağlanmıştır. Bu tenosynovit tek başına olabildiği gibi, bazan kronik evolitif poliartrit sendromunun bir kısmı olarak da görülebilir (3,4).

MATERYEL VE METOD :

Bu çalışmada, gerek klinik gerek operatif tipik bulgular gösteren iki taraflı bir vak'a münasebetiyle, 5 vak'alık operatif tedavi edilmiş bir serinin sonuçları ortaya konulmuştur. Vak'alarımızın 4'ü kadın, 1'i erkektir (Tablo: I).

Vaka No.	Adı, Soyadı	Prot. No.	Cins	Yaşı	Taraf	Travma olup olmadığı
1	Ü.Ş.	15732	Kadın	29	Sağ	6 sene evvel Colles kırığı
2	H.K.	24541	Kadın	39	Sağ	Travma yok
3	N.E.	24524	Erkek	32	Sağ	2 ay önce düşme
4	A.S.	34494	Kadın	44	Sağ	Travma yok
5	A.Ö.	35071	Kadın	52	Bilateral	Travma yok

TABLO : I

Lezyon, vak'alarımızdan 4'ünde sağ tarafta 1 vak'ada ise bilateral olarak bulunuyordu. Sendromu meydana getiren neden olarak 1 vak'ada kırık, 1 vak'ada el bileği üzerine düşme hikâyesi mevcuttu. Diğer 3 vak'a travma tarif etmiyordu.

Vak'alarımızdan 29 yaşında bir ev kadını; 6 sene evvel bir travma neticesi Colles kırığı olmuş. Kırıktan 3 sene sonra, bileğinde ağrı ve şişlik meydana gelmiş, zamanla şikâyetleri artmış. Fizik tedavi görmüş, şikâyetleri bir miktar azalmış. Kliniğe müracaatından 2 ay önce; şikâyetleri tekrar başlamış ve artmış. Bu nedenlerle, kliniğimizde operatif tedavi yapılmış. Ameliyattan kısa bir müddet sonra ağrıları geçmiş ve şikâyeti kalmamış. Ancak; ameliyattan 5-6 ay sonra, tekrar şikâyetleri başlamış ve zamanla artmış. Ameliyatından 14 ay sonra, tekrar kliniğimize müracaatla muayenesi yapılmış ve karpal tünel sendromunun klinik belirtilerinin aynen görülmesi üzerine tekrar bir ameliyat endikasyonu konulmuştur. İkinci ameliyatında; N. Medianus eksplere edilmiş ve sinirin bütün alt loju boyunca civar dokularla iltisaklı ve ödemli olduğu, yer yer tazyik bölgeleri bulunduğu ve karpal tünel seviyesinde, reaksiyone dokularla çevrili olduğu görülmüştür. Median sinirin tam bir serbestleştirilmesi yapılmıştır. Ameliyattan sonra; hastanın ağrıları hemen geçmiş ve sonraki kontrollerde, bir nüks görülmemiştir.

Diğer bir vak'amız ise; iki taraflı tipik karpal tünel sendromu gösteren 52 yaşında bir köylü kadını idi. Travma tarif etmiyordu. An-

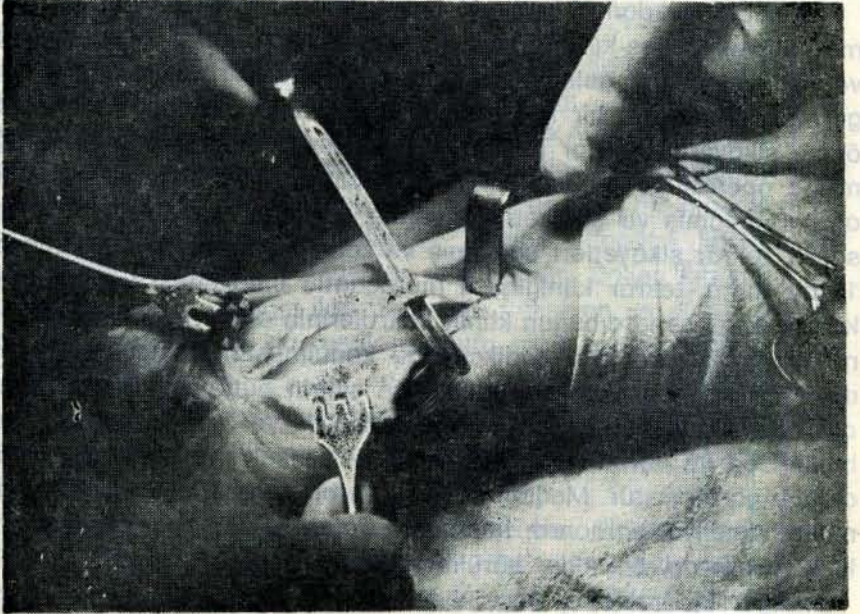
cak senelerdir bahçe işlerinde çalıştığını ifade ediyordu. Sağ el bileğindeki şikâyetleri; 20 seneden beri mevcutmuş, zamanla artmış. Sol el bileği ise, 3-4 seneden beri ağrıyormuş.

Klinik muayenede; sağ el bileğinde, önyüzde, yarım badem cesametinde, sol el bileğinde ise yarım fındık cesametinde bir şişlik mevcuttu. Tinel belirtisi her iki tarafta müsbetti. Sağda daha bariz olmak üzere her iki elde ileri derecede thenar atrofi mevcuttu. Ağrıları sağ omuzuna ve önkola yayılıyor, sağ elinde daha bariz olmak üzere ilk 3 parmağında hypoestezi gösteriyordu.

Sağ el hareketlerinde, beceriksizlik mevcuttu. Oponens hareketini tam olarak yapamıyordu. Hasta sağ elinden sık sık bardak düşürüp kırdığından şikâyet ediyordu.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde kayda değer bir özellik bulunmadı. Elektromiyografide; sağ N. Medianusun ineksitabl olduğu bulunmuştur.

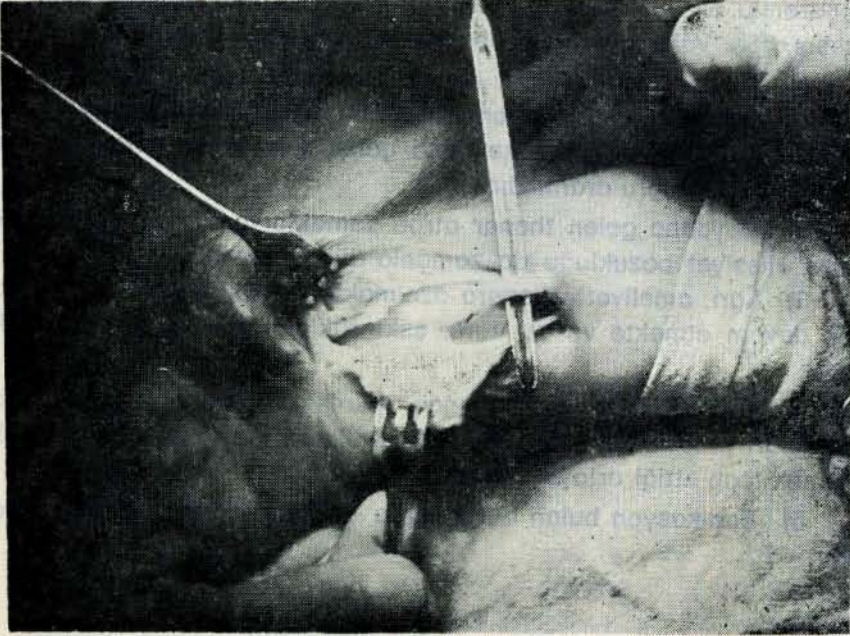
Bu tipik bulguları ile ameliyat edilen hastada, N. Medianus eksplere edildiğinde; gerek karpal tünel üstünde, gerekse karpal tünel içinde sinirin kalınlaşmış olduğu görüldü (Resim: 1-2).



Resim : 1

Karp kanalının ön kenarı tamamen insize edildi ve sinir iyice sabitleştirildi. Aynı ameliye, sol el bileğinde de yapıldı. Sol tarafta; bulgular sağa nazaran daha hafif derecedeydi.

Hastanın ameliyattan sonra, ağrıları azaldı. Fakat tamamen geçmedi. İkişer ay ara ile kontrol muayeneleri yapıldı; ve şikâyetlerinin her kontrolde biraz daha azaldığı fakat tamamen kaybolmadığı saptandı. Ameliyatından 1 sene sonraki kontrolde; sağ ve soldaki ağrıların çok azalmış olduğunu, ancak tamamen geçmediğini, thenar adale atrofisinin ve hypoestezisinin kaybolduğunu, hastanın sağ ve sol elini rahatlıkla kullandığını gördük.



Resim : 2

TARTIŞMA VE SONUÇ :

Burada belirtmek istediğimiz husus şu olmaktadır : Çok gecikmiş vak'alarda; ameliyattan hemen sonra ağrının kaybolması beklenmemelidir. Uzun süreli tazyik neticesi meydana gelen sinir kontüzyonu ve civar dokulardaki ve sinirdeki reaksiyon ve ödem zamanla azalmaktadır. Ancak bu iyileşme süresi vak'alar eskidikçe daha da uzamaktadır. Bizim iki taraflı bu vak'amızda; sağ el bileği 20

senelik bir geçmişe sahipti, ve median sinirde meydana gelen reversibl dejeneratif hadiselerin düzelebilmesi 1 seneye yakın bir zaman almıştı. Bu vakamızda; thenar atrofinin bir sene içinde kaybolduğunu gördük. Hypoestezi bölgeleri de, 6 ay içinde normale yakın bir duruma ulaştı. Ağrı ise çok azalmış olmasına rağmen yine de devam ediyordu.

Diğer 3 vak'a fazla bir özellik göstermeyen ve nisbeten taze vak'alardı. Bu vak'alarda, klasik kitapların da belirttiği gibi; ameliyattan sonra hastaların bütün şikâyetleri hemen kayboldu.

Bizim iki taraflı ve 20 senelik bir hikâyeye sahip karpal tünel sendromlu bir vak'a ve 6 senelik bir hikâyesi olan, reoperasyon yapılmış diğer vak'amız münasebetiyle şu sonuçları çıkarabiliriz :

1) Çok eski vak'alarda, sinirde meydana gelen dejeneratif hadiseler; ameliyattan sonra kompresyonun ortadan kalkmasıyla yavaş yavaş kaybolmaktadır ve meydana gelen rejenerasyon hızı hadisenin süresiyle doğru orantılıdır.

2) Meydana gelen thenar atrofi zamanla tamamen kaybolmaktadır. Hissiyet bozukluğu da zamanla düzelmektedir.

3) Ağrı, ameliyattan sonra azalmakta ancak; bir süre hafif olarak devam etmekte ve bu süre, eski vak'alarda epey uzun olmaktadır.

4) Karpal tünel sendromunda, teknik bakımından basit fakat sonuçları mükemmel olan ameliyat endikasyonu konulmakta gecikmemek icap ettiği ortaya çıkmaktadır.

5) Endikasyon bulan durumlarda reoperasyondan kaçınmalıdır.

SUMMARY

Syndrome of the carpal tunnel

Compression of the median nerve at the level of the carpal tunnel due to major trauma is a condition which is classically known for a long time.

Workers such as Tillaux, Bouilly have described difficult bone procedures in order to relieve this compression. However the nerve compression syndrome may result from minor trauma or may be unaccompanied by any injury and especially the treatment of this syndrome only by surgical intervention on the soft tissue is a relatively new procedure.

In the present study, in connection with a patient with bilateral carpal tunnel syndrome presenting both clinically and surgically typical findings, the results are presented of a series of 5 cases treated by surgery.

LİTERATÜR

- 1 — BRAIN, W., RUSSELL, WRIGHT, A., DICKSON and WILKINSON, Marcia : Spontaneous compression of both median nerves in the carpal tunnel. Six cases treated surgically, *Lancet* 1:277, 1947.
- 2 — BROOKS, Donald : Nerve Compression by simple ganglia. *J. Bone and Joint Surg.* Aug. 52, Vol. 24 B, No. 3, P. 391.
- 3 — LEE, Milford : Carpal tunnel syndrome, *Campbell's Operative Orthopaedics*, Editör : A. H. Crenshaw, Fifth Edition, Volume: 1, page: 368-369. The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1971.
- 4 — R. MERLE d'AUBIGNE, J. BENASSY et J. O. RAMAIDER : Syndrome du canal Carpien, *Chirurgie Orthopedique des Paralysies*. P: 159-162. Masson et Cie, Editeurs, Paris 1956.
- 5 — SEDDON, H. J. : Carpal ganglion of a cause of paralysis of the deep branch of the ulnar nerve. *J. Bone and Joint Surg.* Aug. 52, Vol. 24 B, No. 3, P. 386.