



Rotator manşet yırtığı olan bir olguda omuz ağrısının ana nedeni: Nöraljik amiyotrofi

Neuralgic amyotrophy as the primary cause of shoulder pain in a patient with rotator cuff tear

Ebru ŞAHİN, Özlem ŞENOCAK, A. Kadir BACAĞOĞLU,¹ İbrahim ÖZTURA,² Mehtap GÖZÜM, Özlen PEKER

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,
¹Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ²Nöroloji Anabilim Dalı*

Öncesinde travma öyküsü olmayan 66 yaşında kadın hastada, şiddetli omuz ağrısı nedeniyle yapılan manyetik rezonans görüntüleme supraspinatus tendonunda tam kat yırtık saptandı ve hastaya cerrahi tedavi planlandı. Ancak, omuz ağrısına omuz kuşağında güçsüzlük eşlik etmesi nedeniyle yapılan elektroneuromyografik incelemede nöraljik amiyotrofi tanısı kondu. Uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon programı ve medikal tedavi sonucunda hastanın semptomlarında belirgin gerileme oldu. Travmanın eşlik etmediği şiddetli omuz ağrılarında, ağrının özellikleri iyi değerlendirilmeli ve ayırıcı tanıda nöraljik amiyotrofi de düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Brakiyal pleksus nöriti/terapi; tanı, ayırıcı; elektromiyografi; rotator manşet/yaralanma; omuz ağrısı/etiolojisi.

A 66-year-old woman with no history of trauma presented with severe shoulder pain. Magnetic resonance imaging revealed rupture of the supraspinatus tendon, for which surgical treatment was considered. However, it was noted that shoulder pain was accompanied by weakness in the shoulder muscles, and the patient underwent electroneuromyographic examination, which revealed neuralgic amyotrophy. Following physical therapy and rehabilitation combined with appropriate medical therapy, her symptoms significantly improved. In cases with severe shoulder pain without a trauma history, characteristics of pain should be thoroughly analyzed and neuralgic amyotrophy considered in the differential diagnosis.

Key words: Brachial plexus neuritis/therapy; diagnosis, differential; electromyography; rotator cuff/injuries; shoulder pain/etiology.

Nöraljik amiyotrofi, ayrıntılı klinik özellikleri 1948 yılında Parsonage ve Turner tarafından ortaya konduğu için Parsonage-Turner sendromu ya da akut brakiyal nöropati, akut brakiyal pleksit, idiyopatik brakiyal pleksopati gibi isimlerle de anılmaktadır.^[1] Başlangıç semptomu ani başlangıçlı şiddetli omuz ağrısıdır. Ağrı nöropatik karakterde ve yanıcı özelliindedir. Ağrıyı omuz kuşak kaslarında güçsüzlük izler. Klinik olarak sıklıkla omuz ve boyun sorunları ile karışır.^[2] Tanıda akla gelmemesi, yanlış tedavi yaklaşımlarına neden olur.

Bu yazıda, rotator manşet yırtığı ve nöraljik amiyotrofinin bir arada görüldüğü bir olgu sunuldu.

Olgu sunumu

Altmış altı yaşında kadın hasta, yaklaşık üç ay önce başlayan sürekli, yanıcı ve hareketle artan sol omuz ağrısı yakınmasıyla hekime başvurmuştu. Belirgin bir travma öyküsü olmayan hastanın omuz manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) supraspinatus tendonunda tam kat yırtık saptanmıştı. Medikal tedavisi düzenlenip, cerrahi tedavi planlanan hastanın daha sonra sol omuzunda güçsüzlük yakınması başlamıştı. Bunun üzerine tekrar hekime başvuran hasta tarafımızdan görülüp, servisimize alındı.

Hastanın ağrı ve güçsüzlük yakınmaları yanı sıra parestetik şikayetleri de vardı. Özgeçmişinde hiper-

Yazışma adresi / Correspondence: Dr. Ebru Şahin, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 35340 Balçova, İzmir. Tel: 0232 - 412 39 68 e-posta: ebru.sahin@deu.edu.tr

Başvuru tarihi / Submitted: 15.07.2008 **Kabul tarihi / Accepted:** 23.02.2009

© 2009 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği / © 2009 Turkish Association of Orthopaedics and Traumatology

tansiyonu vardı ve antihipertansif ilaç kullanıyordu. Fizik muayenede boyun hareketleri ağrısız ve hareket açıklıkları normaldi. Sağ omuz hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık yoktu. Sol omuz hareketleri her yöne ağrılı ve kısıtlı bulundu. Eklem hareket açıklığı ölçümleri (aktif/pasif) fleksiyon 30°/120°, abduksiyon 30°/100°, iç rotasyon (İR) gluteal/lomber 3, dış rotasyon (DR) 25°/35° idi. Kas gücü değerlendirmesinde, sol omuz fleksiyon ve abduksiyonu 2/5, DR 2/5, İR 2/5, dirsek fleksiyonu 2/5 bulunurken, diğerleri normaldi. Deltoid ve supraspinatus kasında atrofi vardı. Derin tendon refleksi sağda normoaktif, solda biceps refleksi hipoaktif saptandı. Duyu defisiti ve patolojik refleks yoktu. Kranial sinir muayenesi normal bulundu. Laboratuvar testlerinde serolojik, biyokimyasal ve hematolojik bulgular normal idi. Daha önceden çekilen sol omuz MRG'sinde supraspinatus tendonunda tam kat yırtık ve akromiyohumeral sıkışma vardı. Akciğer grafisi normal idi. Servikal MRG'de multisegmenter disk patolojileri saptandı; ancak, spinal kord basısı yoktu. Hastanın elektronöromiyografi (ENMG) incelemesinde, biceps brakii ve deltoid kaslarında denervasyon potansiyelleri ile bu kaslarla birlikte infraspinatus ve supraspinatus kaslarında da nörojenik motor ünit potansiyelleri (MÜP) saptandı. Servikal paraspinal kaslar ve plexus brakialis ait diğer kaslar normal sınırlarda değerlendirildi. Sinir iletim çalışmalarında, radial ve median sinir birinci parmak duysal sinir yanıtları düşük amplitüdü olarak elde edildi, diğer duysal sinir iletim değerleri, median ve ulnar sinir motor iletim hızları ve M(kas) yanıt amplitüdüleri normal sınırlardaydı. Bu bulgular ile sol plexus brakialis üst trunkusunun etkilendiği düşünüldü ve hastaya nöraljik amiyotrofi tanısı kondu.

Hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındı. Sol omzuna transkütan elektriksel sinir uyarıları (TENS), sıcak paket, ultrason ve egzersiz programı (eklem hareket açıklığı egzersizleri, germe egzersizleri ve pasif hareket cihazı ile egzersiz) uygulandı. Hastanın ağrısının 1500 mg/gün parasetamol ve 150 mg/gün diklofenak sodyum ile geçmemesi ve ağrının nöropatik karakteri nedeniyle gabapentin tedavisine başlandı ve dozu kademeli olarak 1800 mg/gün'e artırıldı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programı 20 seans uygulandı. Hasta uygulanan tedavi programına belirgin yanıt verdi; ağrısı azaldı, pasif hareketlerde tam eklem hareket açıklığına ulaşıldı. Aktif hareketlerde her planda yaklaşık 30 derecelik artış elde edildi. Kas güçlerinde değişiklik olmadı. Hasta, gabapentin (1800 mg/gün), ev

egzersiz programı ve izlem önerilerek taburcu edildi. İzlemlerinde ağrısı kontrol altına alındığı için gabapentin dozu kademeli olarak azaltılmaya başlandı. Altıncı ayda yapılan kontrolde hastanın ağrısı yoktu. Bunun üzerine gabapentin kesildi. Eklem hareket açıklık ölçümlerinde fleksiyon 130°/180°, abduksiyon 110°/180°, İR lomber 3/torakal 12, DR 45°/50° bulundu. Kas güçleri omuz fleksiyon ve abduksiyonu 3+/5, DR 4/5, İR 4+/5, dirsek fleksiyonu 3/5 idi. Kontrol ENMG'de, radial, median sinir duysal potansiyel amplitüdülerinde artış ve deltoid, supraspinatus, infraspinatus kaslarında rejenerasyon MÜP'leri saptandı.

Hasta 12. ayda tekrar değerlendirildi. Ağrısı olmayan hastanın fleksiyonu 150°/180°, abduksiyonu 140°/180°, İR lomber 2/torakal 11, DR 50°/60° idi. Kas güçleri değerlendirildiğinde, omuz fleksiyon ve abduksiyonu 5/5, DR 5/5, İR 5/5, dirsek fleksiyonu 4/5 bulundu. Bu dönemde yapılan ENMG incelemesinde, etkilenen kaslarda kronik nörojenik MÜP değişiklikleri ve MÜP sayısında artış görüldü.

Tartışma

Omuz ağrısı, ortopedi ve fizik tedavi kliniklerine başvuran hastalarda sık rastlanan yakınmalardan biridir. Omuz ağrısının ayırıcı tanısında omuz sorunları dışındaki nedenlerin de ayırıcı tanıda göz önüne alınması gerekir. Özellikle akut başlayan ve beraberinde travma öyküsü olmayan olgularda, nöraljik amiyotrofi de ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Sıklığı 1.64/100 000'dir.^[3] Literatürde brakial plexopatilerde en sık neden travma olarak gösterilmekle birlikte, Moghekar ve ark.^[4] brakial plexopatili 203 olguda en sık nedenin (%40) nöraljik amiyotrofi olduğunu bildirmişlerdir. Her yaşta görülmekle birlikte, en sık 20'li ve 60'lı yaşlarda görülür. Erkeklerde daha siktir.^[1]

Nöraljik amiyotrofinin kalıtsal ve idiyopatik şekilleri tanımlanmıştır. İdiyopatik şekli enfeksiyon, aşı, yoğun egzersiz veya cerrahi sonrası görülebilir; ancak, hastalarda herhangi bir neden saptanamaz.^[1] Olgumuzda daha önce benzer semptomlar olmamıştı ve buna yönelik aile öyküsü yoktu. Semptomları öncesinde enfeksiyon, aşılama, cerrahi, yoğun aktivite öyküsü bulunmamaktaydı. Laboratuvar testleri de normal olduğu için, nöraljik amiyotrofi açısından herhangi bir neden tanımlanamadı.

Tanı öykü, fizik muayene, radyolojik ve elektrofizyolojik incelemeler ile konur.^[3] Semptomların başlangıcından 3-4 hafta sonra yapılacak ENMG incelemesi

lezyonun yerini belirlemede ve ayırıcı tanıda yardımcıdır.^[3,5] Elektrofizyolojik çalışmalar ayrıca denervasyon derecesinin saptanması ve diğer ekstremitedeki subklinik etkilenmenin de ortaya konmasında yardımcı olur.^[6] Brakiyal pleksus kısmen ya da bütünüyle etkilenebilir. Üst ekstremitte sinirleri de tek başına tutulabilir. Uzun torasik sinir ve anterior interosseöz en sık tutulan sinirlerdir.^[7] Kranial sinir tutulumları da görülebilir.^[3] Manyetik rezonans görüntüleme, etkilenen omuz kuşağı kas gruplarında nöraljik amiyotrofi için spesifik olmayan, ancak tanıyı destekleyen anormal nörojenik yüksek T2 sinyal yoğunluğu ve atrofi ile uyumlu görünüm saptanabilir.^[8] Laboratuvar incelemeleri genellikle normaldir.^[3]

Nöraljik amiyotrofi tedavisi semptomatiktir. Tedavide, ağrının giderilmesi, eklem hareket açıklığı egzersizleri ile kısıtlılığın önlenmesi ve üst ekstremitte gücünün yeniden kazanılması hedeflenir.^[3,9] Herhangi bir tedavi girişiminin üstünlüğüne dair bir kanıt yoktur.^[9] Steroidler ve intravenöz immünglobulin erken dönemde güçsüzlüğün ilerlemesini önlemek amacıyla önerilmekle birlikte, etkisi kanıtlanmamıştır.^[1,3] Ağrı tedavisinde daha çok analjezikler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar önerilmektedir. Olgumuzda bu ilaçlara yanıt alınamaması nedeniyle gabapentin (1800 mg/gün) verilmeye başlanmış ve hastanın ağrıları kısa sürede gerilemiştir. Literatürde nöraljik amiyotrofi tedavisinde gabapentin kullanımına ilişkin bilgiye rastlanmamakla birlikte, ağrının nöropatik karakteri nedeniyle kullanılabileceğini düşünüyoruz. Hastalığın prognozu ile ilgili veriler değişkendir. Genellikle prognozun iyi olduğu belirtilmekle birlikte,^[6,10] van Alfen ve ark.^[5] nöraljik amiyotrofi hastalarının 2/3'ünde ağrı ve parezinin üçüncü yılda da devam ettiğini belirtmişlerdir. Üst trunkus etkilenmesinde prognoz alt trunkusa göre daha iyidir.^[3] Olguların %1-5'inde (özellikle kalıtsal türde ve frenik sinir tutulumunda) nüks görülebilir.^[3,11] Olgumuzda da ENMG incelemesinde üst trunkus tutulumu saptandı ve semptomlar yaklaşık bir yıl içinde büyük oranda geriledi.

Olgumuzun yakınmaları omuz ağrısı ile başlamış ve başlangıçta kas güçsüzlüğü saptanmamıştı. Travma öyküsü olmayan hastanın, ağrısı akut başlangıçlı, şiddetli ve yanıcı özellikteydi. Omuz MRG'de supraspinatus tendonunda tam kat yırtık saptandı ve yakınmaların buna bağlı olduğu düşünüldü. Hastada ağrı ile beraber omuz kuşağı ve biceps kaslarında güçsüzlük gelişmesi nedeniyle yapılan ENMG sonucunda nöraljik amiyotrofi tanısı kondu. Nöraljik amiyotrofinin ayırıcı tanısında rotator manşet sorunlarının de düşü-

nülmesi gerekir. Ancak, bu hastada her iki sorun bir aradaydı ve MRG bulguları nöraljik amiyotrofi tanısını geciktirmişti. Omuz ağrılı hastalarda tanı koyarken ağrının özellikleri göz önüne alınmalı ve uyarıcı olmalıdır. Ağrının nöropatik karakteri ve yayılımı sorgulanmalıdır. Yanıcı ve kola yayılan ağrı bildiren hastalarda nöraljik amiyotrofi tanıda akla gelmeli ve diğer nörolojik sorunlar da ayırt edilmelidir. Ayrıca, özellikle kronik rotator manşet sorunlarında kas güçsüzlüğü de olaya eşlik edebilir. Bu hastalarda ayrıntılı nörolojik muayene yapılması, olası brakiyal pleksus ve servikal sorunların ayırt edilmesinde ve bu sorunlara yönelik tetkikler istenmesinde hekime yardımcı olacaktır. Nöraljik amiyotrofi birçok uzmanlık alanını ilgilendirebilen bir durumdur. Doğru tanı konması durumunda gereksiz tetkikler ve invaziv yaklaşımların önüne geçilmiş olur. Ayrıca, hastalığın iyi prognozu konusunda hastaya verilecek bilgi hastanın kaygılarını da azaltıp, tedaviye uyumunu artıracaktır.^[3]

Kaynaklar

1. Sathasivam S, Lecky B, Manohar R, Selvan A. Neuralgic amyotrophy. *J Bone Joint Surg [Br]* 2008;90:550-3.
2. Hosey RG, Rodenberg RE. Brachial neuritis: an uncommon cause of shoulder pain. *Orthopedics* 2004;27:833-6.
3. Rubin DI. Neuralgic amyotrophy: clinical features and diagnostic evaluation. *Neurologist* 2001;7:350-6.
4. Moghekar AR, Moghekar AR, Karli N, Chaudhry V. Brachial plexopathies: etiology, frequency, and electrodiagnostic localization. *J Clin Neuromuscul Dis* 2007;9:243-7.
5. Van Alfen N, van Engelen BG. The clinical spectrum of neuralgic amyotrophy in 246 cases. *Brain* 2006;129(Pt2):438-50.
6. Cruz-Martínez A, Barrio M, Arpa J. Neuralgic amyotrophy: variable expression in 40 patients. *J Peripher Nerv Syst* 2002;7:198-204.
7. Preston DC, Shapiro BE, editors. Brachial plexopathy. In: *Electromyography and neuromuscular disorders: clinical-electrophysiologic correlations*. 2nd ed. Philadelphia: Butterworth-Heinemann; 2005. p. 479-500.
8. Gaskin CM, Helms CA. Parsonage-Turner syndrome: MR imaging findings and clinical information of 27 patients. *Radiology* 2006;240:501-7.
9. Mamula CJ, Erhard RE, Piva SR. Cervical radiculopathy or Parsonage-Turner syndrome: differential diagnosis of a patient with neck and upper extremity symptoms. *J Orthop Sports Phys Ther* 2005;35:659-64.
10. Tsairis P, Dyck PJ, Mulder DW. Natural history of brachial plexus neuropathy. Report on 99 patients. *Arch Neurol* 1972; 27:109-17.
11. Lahrman H, Grisold W, Authier FJ, Zifko UA. Neuralgic amyotrophy with phrenic nerve involvement. *Muscle Nerve* 1999;22:437-42.