

Spontan Gelişen İzole Axiller Sinir Lezyonu

Isolated Axillary Nerve Lesion Occuring Spontaneously

Ramazan Gündüz¹, İsmail Boyraz²

¹Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Karabük
²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu

ÖZET

68 yaşındaki, avukat erkek hasta 3 ay önce sol omuzda gelişen ağrı ve güçsüzlük şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın ilk muayenesinde omuz abduksiyon kas gücü 0/5 idi. Diğer kas güçleri ve nörolojik muayenesi normaldi. Anamnezinde herhangi bir travma ve tekrarlayıcı spor aktivitesi tariflemiyordu. EMG si sol axiller sinirin ağır aksonal hasarı, sol elde hafif-orta derecede karpal tünel sendromu olarak rapor edildi. Akut gelişen şiddetli omuz ağrısı ve güçsüzlüğü gelişen hastalarda izole axiller sinir lezyonu akla gelmelidir. Ayırıcı tanıda travma tariflemeyen hastalarda nevralkjik amiyotrofi, vaskülit ve lokalize nörit düşünülmelidir

Anahtar Kelimeler: axiller sinir, sinir hasarı, nevralkjik amiyotrofi

ABSTRACT

68-year-old patient who is lawyer admitted to our clinic because of occurring weakness and pain on the left shoulder 3 months ago. His abductor muscle strength of left shoulder was 0/5 in the first examination. The strenght of other muscles and neurological examinations were normal. He did not describe any trauma and repetitive sport activities in the anamnesis. EMG was reported as severe axonal damage of the left axillary nerve and mild to moderate carpal tunnel syndrome.

Isolated axillary nerve palsy should be kept in mind in patients with acute severe shoulder pain and weakness. Neuralgic amyotrophy, vasculitis, localized neuritis should be considered in the differential diagnosis in patients who dont describe any trauma.

Keywords: axillary nerve, nerve injury, neuralgic amyotrophy

İletişim (Correspondence):

Yard. Doç. Dr. İsmail Boyraz

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu - Türkiye
Tel: 05054691728 / E-Mail: boyraz@yahoo.com

GİRİŞ

Aksiller sinir, brakial pleksusun üst trunkus, posterior kord kısmından çıkmaktadır ve ağırlıklı olarak C5-C6 spinal sinir liflerini taşır. Sinir trasesi ise korddan çıktıktan sonra önce radyal sinirin lateralinde seyrederek, daha sonra laterale ve arkaya doğru ilerleyerek omuz eklemi altından geçer. Humerus boynu, triseps, teres minör ve major kaslarından oluşan kuadriangüler alan boyunca ilerler. Deltoid kası içinde anterior ve posterior olmak üzere 2 dal verir. Axiller sinir motor lifleri deltoid ve teres minör kaslarını innerve ederken, duyuşal lifleri deltoid kası üstündeki dermatomun duyuşunu sağlar. Axiller veya circumfleks sinirin izole hasarı çoğu kez akut travmaya bağlı skapulohumeral eklem dislokasyonu ya da fraktürü sonucu oluşur. Ancak bazen idiopatik olarak izole sinir lezyonu gelişebilir (1).

Bizde kliniğimizde izole axiller sinir lezyonu tanısı koyulan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

68 yaşındaki avukat erkek hasta 3 ay önce sol omuzda gelişen ağrı ve güçsüzlük şikayeti nedeniyle polikliniğimize başvurdu. İlk olarak ortopedi ve beyin cerrahisi bölümü doktorları tarafından değerlendirilen hasta, teşhis ve tedavi amaçlı fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine yönlendirilmiş. Hastanın yapılan ilk muayenesinde omuz abduksiyon kas gücü 0/5 idi. Diğer kas güçleri ve nörolojik muayenesi normaldi. Anamnezinde herhangi bir travma ve tekrarlayıcı spor aktivitesi tariflemiyordu. Vakamızın özgeçmişinde takip edildiği herhangi bir hastalık ve düzenli kullandığı bir ilaç yokmuş.

Hastadan tetkik olarak ilk önce boyun ve sol omuz MR tetkikleri istendi. Çekilen servikal MR sonucunda C3 ve 4'de grade 1 hafif posterolistezis, multiple bulging saptandı. Sol omuz MR ise impingement sendromu ile uyumlu bulgular, biceps kası uzun başı ile subskapuler kasta tendinozis olarak rapor edilmişti. Hastanın çekilen EMG'sinde sol axiller sinir BKAP yanıtı elde edilememiştir. Motor latans uzamış, duyu iletim hızı yavaşlamış olarak elde edildi. Diğer periferik sinirlerin

incelemesinde herhangi bir anormal ölçüm saptanmamıştı. İğne EMG değerlendirmesinde sol deltoid kasında yaygın akut denervasyon potansiyeli saptanmıştı ve MUP elde edilememişti. C5/C6 ön kök/ön boynuz innervasyonlu kaslar biyoelektriksel faaliyet açısından normal bulunmuştu. Sonuç olarak EMG sol axiller sinirin ağır aksonal hasarı, sol elde hafif-orta derecede karpal tünel sendromu olarak rapor edildi. Rutin biyokimyasal laboratuvar incelemeleri normal sınırlar içerisindeydi. Vaskülit ve diğer bağdoku hastalıklarının ayırıcı tanısı için ANA, dsDNA, ASMA, Anti Jo-1, Anti Scl 70 parametrelerine bakıldı ve hepsi negatif olarak saptandı. Enfeksiyon açısından klinik ve laboratuvar incelemelerinde patolojik bir durum saptanmadı. Hastanın ilaç kullanmasını gerektirmeyecek seviyede hiperglisemisi vardı. Hastaya medikal tedavi olarak pregabalın, vitamin B kompleksi ve non-steroid antiinflamatuvar ilaç başlandı. Takibe alınan hastanın 3 ay sonra yapılan kontrolünde deltoid kas gücü 4/5 olarak bulundu.

TARTIŞMA

İzole axiller sinir lezyonu tanısıyla izlenen hastamız diğer dahili bölümlere başvurmuş fakat tanı konulamayınca kliniğimize yönlendirilmişti. Benzer semptomlarla başvuran hastaların teşhis ve tedavilerinin belirlenmesi için ayırıcı tanısının iyi yapılması gerekmektedir. EMG teşhis ve takipte en önemli tetkiklerden biridir.

Axiller sinir lezyonu genelde travmaya sekonder olup tüm sinir yaralanmaları içinde %1 oranında meydana gelmektedir. Deltoid kasta paralizisi olsa da bazen duyu korunabilir. Lezyon eğer inkomplet ise iyileşme genelde birkaç ay ile 12 ay arasında olmaktadır. Lezyon komplet ise aylık takip yapılmalıdır. 4. ayda hala iyileşme bulguları gözlenmiyorsa cerrahi tedavi önerilmelidir. Posterior kord lezyonları genelde iyi prognozlu olsa da Leffert ve Seddon izole axiller sinir lezyonunun tam olarak iyileşmediğini bildirmiştir (2). Blom ve Dahlback hasardan sonra 12 ay süre geçmesine olmasına rağmen sinirde spontan iyileşmenin olabileceğini iddia etmiştir. 3-5 ay sonra tatmin edici iyileşme olduğunu cerrahi explorasyonun şart

olmadığını söylemişlerdir (3). Kirby ve kraft paraplejik hastada hipertrofiye sekonder quadrangular boşlukta daralmaya sekonder sinir basısı oluşan bir vaka bildirdi (4).

Literatürde omuz travması sonucu, quadrilateral boşluğa travma, beyzbol, voleybol, tenis gibi sporla uğraşan sporcular, komşu kasların hipertrofisi ve sabit kullanıma sekonder, üst extremité protezi kullananlar hastalar, quadrilateral boşluktaki fibrozitlere bağlı sinir hasarı oluşan vakalar bildirilmiştir. Predispozan aktivitelerin azaltılması yada bırakılması iyileşmeye yardımcı olmaktadır. Her sporcuda bu hasarın olmaması, quadrilateral boşlukta azalmaya neden olabilecek anomalilerin olması gerektiği ve genetik yatkınlık olma ihtimalini desteklemektedir (5,6).

Bir derlemede yaralanmaya bağlı izole axiller sinir izole lezyonunun daha çok glenohumeral ekleme karşı uygulanan zorlanmalardan kaynaklandığı, kombine axiller sinir lezyonunun ise skapulotorasik ekleme karşı oluşan zorlanmalardan kaynaklandığı bildirilmiştir. İster izole ister kombine sinir lezyonu olsun, skapulohumeral açının büyüklüğü supraskapuler sinir ve/veya rotator kuff hasarını tanımlamaya yardımcı olabilir. 2 ay geçmesine rağmen EMG'de hala reinnervasyon bulguları yoksa, 3. ay içinde mutlaka axiller ve/veya supraskapular sinir hasarı için greft yapılmalıdır (7).

Axiller sinir diyabet hastalığında izole sinir tutulumu şeklinde ve kollajen bağ doku hastalıklarında pek tutulumu olmaz. Spontan tutulum nevralkjik amiyotrofiye (Parsonage-Turner Sendromu, akut brakiyal pleksus nöropatisi) meydana gelebilir. Deltoid ve komşu kaslarda ani gelişen ağrılı paralizi nevralkjik amiyotrofi yada lokalize omuz nöritine sekonder oluşur ve bu vakaların %50'sinde izole deltoid kası tutulabilir. Hastaların yaklaşık yarısında komşu kaslarda tutulsa da vakaların yarısında deltoid kas tek başına tutulur. Nevralkjik amiyotrofi genelde sporadiktir, ancak ataklarla seyreden, otozomal dominant geçiş gösteren herediter formuda vardır. En sık nervus torasikus longus tutulur. Supraskapular ve aksiller sinir kombine tutulumu, genellikle multipl sinir

tutulumuyla beraber görülür. Aksiller sinirin izole tutulumu %10 oranında bildirilmiştir (8). Brakiyal amiyotrofiye önce şiddetli ağrı meydana gelir. Motor güçsüzlük daha sonra açığa çıkar ve motor defisit kalıcı yada progressif olup konvansiyonel tedavilere cevap vermez. İyileşme daha yavaş ve uzun sürede olur (9,10). Vakamızda ağrı ve güçsüzlüğün aynı zamanda gelişmesi, motor defisit hızla iyileşmesi brakiyal amiyotrofi kliniğinden bizi uzaklaştırmıştı.

Sonuç olarak akut, şiddetli omuz ağrısı ve güçsüzlüğü gelişen hastalarda izole axiller sinir lezyonu akla gelmelidir. Teşhis açısından MR'dan ziyade EMG yol göstericidir. Ayırıcı tanıda travma tariflemeyen hastalarda nevralkjik amiyotrofi, vaskülit ve lokalize nörit düşünülmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Guveli BT, Aysal F, Gursoy AE, et al. İzole aksiller sinir tutulumu: Olgu sunumu. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013; 26: 211-14.
2. Leffert RD, Seddon HJ. Intraclavicular brachial plexus lesions. J Bone Joint Surg 1965; 47(1): 9-22.
3. Blom S, Dahlback LD. Nerve injuries in dislocations of the shoulder joint and fractures of the neck of the humerus. Acta Chir Scand 1970; 136: 461-6.
4. Kirby JF, Kraft GH. Entrapment neuropathy of anterior branch of axillary nerve; report of case. Arch Phys Med Rehab 1972; 53: 383-7.
5. Henry Berry, Vera Bril. Axillary nerve palsy following blunt trauma to the shoulder region: a clinical and electrophysiological review. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1982; 45: 1027-32.
6. Paladini D, Dellantonio R, Cinti A, et al. Axillary neuropathy in volleyball players: report of two cases and literature review. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996; 60: 345-7.
7. Bonnard C, Anastakis DJ, van Melle G, et al. Isolated and combined lesions of the axillary nerve. J Bone Joint Surg Br 1999; 81: 212-7.
8. Goslin KL, Krivickas LS. Proximal neuropathies of the upper extremity. Neurol Clin 1999; 17: 525-45.

9.Smith CC, Bevelacqua AC. Challenging pain syndromes: Parsonage-Turner syndrome. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2014; 25(2): 265-77.

10.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(10): 659-64.