

İZOLE FLEKSÖR POLLİSİS LONGUS KASI TUTULUMU İLE GİDEN ANTERİOR İNTEROSSEÖZ SİNİR PALSİ: BİR OLGU SUNUMU

Muhsin DURSUN,¹ Serhat Gafur KARACA,² Haldun ORHUN,³
Volkan GÜRKAN,³ Ender SARIOĞLU,³ Güray ALTUN³

¹Sinop Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği;

²Adıyaman 82. Yıl Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği;

³Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Sol kolunun üzerinde yattıktan sonra kolunda ağrı ile uyanan ve sadece fleksör pollisis longus kasında kuvvet kaybı gelişen 28 yaşında erkek hasta polikliniğimize sol el 1. parmak interfalangial eklemi fleksiyona getirememe şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan elektromiyografi incelemesinde anterior interosseöz sinir tuzak nöropatisi tespit edildi. Hastada antiinflamatuvar tedavi ile beraber eklem hareket açıklığını koruyucu rehabilitasyona başlandı. Altı hafta sonunda tam iyileşme sağlanan hastada bir yıllık takip neticesinde nüks saptanmadı.

Anahtar Sözcükler: Median nöropati; median sinir hastalıkları; sinir tuzaklanması.

ISOLATED FLEXOR POLLICIS LONGUS MUSCLE PARALYSIS WITH ANTERIOR INTEROSSEOUS NERVE PALSY: A CASE REPORT

In this report, a 28-year-old male patient with acutely developing muscle weakness in the flexor pollicis longus is described. The patient presented with inability to flex his left interphalangeal joint. Electromyographic studies showed anterior interosseous nerve entrapment neuropathy, and antiinflammatory drug therapy was initiated. Complete remission was achieved at the end of six weeks and no recurrence was observed during the one-year follow-up.

Key Words: Median neuropathy; median nerve diseases; nerve entrapments.

Anterior interosseöz sinir median sinirin önkola girdikten sonra, lateral epikondilin yaklaşık 5-8 cm distalinde, fleksör ve pronator kas kitlesi arasında ilerlerken verdiği motor dalıdır. Bu sinir *pronator teres* kasının derininde anterior interosseöz arter ile birlikte interosseöz membranın anteriorundan distale ilerler. Seyri boyunca fleksör

pollisis longus (FPL) kasını, 2. ve 3. parmakların fleksör dijitorum profundus kaslarını ve *pronator quadratus* kasını inerve eder. Distalde *pronator quadratus* kasına girerek bu kasta sonlanır. Saf motor dal olup duysal innervasyona sahip değildir.^[1] Anterior interosseöz sinir bası nöropatisi anterior interosseöz sinirin inerve ettiği 1. parmak

Başvuru tarihi: 12.12.2007 **Kabul tarihi:** 27.12.2008

İletişim: Dr. Muhsin Dursun. Sinop Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Boyabat, Sinop.

Tel: +90 - 368 - 315 38 28 **e-posta:** drmuhsin0@yahoo.com

FPL, 2. parmak fleksör dijitorum profundus ve *pronator quadratus* kaslarında motor kayıp ya da güçsüzlük şeklinde başlar ve duysal herhangi bir problem görülmez. Bazı olgularda önkolun proksimal volar bölgesinde ağrı olaya eşlik edebilir.^[2]

Biz olgumuzu, izole FPL tutulumu ile giden ve literatürde daha önce rastlanmamış olması nedeni ile önem arzeden bir olgu olduğu için yayınlıyoruz.

OLGU SUNUMU

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, 2 gün önce uykudan uyandığında sol el başparmağını interfalangial eklemden katlayamadığını farkederek kliniğimize başvurdu. Gece sol kolunun üzerine yattığını ve uyandığında kolunda kısa bir süre ağrı olduğunu ifade eden hastanın yapılan fizik muayenesinde, sol el 1. parmak interfalangial eklem aktif fleksiyonunu yapamadığı tespit edildi. Aynı zamanda hastanın 1. ve 2. parmakları ile sıkıştırma hareketini yapamadığı gözlemlendi (Şekil I).

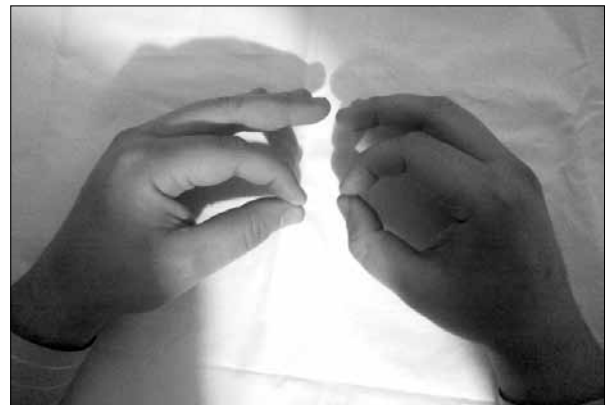
İnterfalangial eklemin pasif eklem hareket açıklığı tamdı. Hikayesinde kolunun üzerine yatma dışında travma öyküsü bulunmayan hastanın diğer el fonksiyonlarının muayenesinde bir özellik saptanmadı. Elde duyu muayenesi doğaldı. Hastaya ekstansiyonda takılmış olan bir tetik parmak olma ihtimaline karşı 100 mg flurbiprofen başlandı ve aynı zamanda FPL kiriş kopmasını ekarte etmek amaçlı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesi yapıldı. Birinci haftasında çekilen MRG’inde fleksör kirişte düzensiz atrofi dışında özellik saptanmadı. Hastanın FPL kirişinin bütünlüğü sağlam olarak gözlenmekte idi. Hastada tetik parmağı düşündürecek bir öykü bulunmaması ve şikayetlerin bir gecede oluşması bizi tetik parmak öntanısından uzaklaştırdı. Üçüncü haftada hastadan istenen üst ekstremité sinir iletim çalışması ve iğne elektromiyografi (EMG) incelemesi sonucunda hastada reinnervasyon gösteren anterior interosseöz sinir tuzak nöropatisi tespit edildi. Motor iletim çalışması fleksör polllis longus, önkol yüzeyel ve derin fleksör kasları ve *pronator teres* kaslarına yapıldı. Fleksör polllis longus dışındaki kasların hepsinde normal motor iletim alındı. Duysal sinir iletim çalışmasında sol median sinir distal latansı 1,81 msn, amplitüdü 70,3 mikrovolt,

sinir iletim hızı ise 74,6 m/sn olarak tespit edildi ve duysal çalışma normal olarak değerlendirildi. EMG incelemesi sonucunda tanı konan hastada eklem hareket açıklığını koruyucu pasif egzersizlere başlandı.

Antienflamatuvar tedavi ve eklem hareket açıklığını koruyucu pasif egzersizlere devam edilen hastanın 6. hafta sonunda FPL kiriş fonksiyonu tamamen düzeldi.

TARTIŞMA

Anterior interosseöz sinir tuzak nöropatisi, dirseğin akut veya tekrarlayan kronik travmaları neticesinde meydana gelen ağrılı bir önkol nöropatisidir.^[3] Sinir, önkolun aşırı pronasyonu ile *pronator teres* gövdesi veya arkuat bağ altında sıkışır. Fern ve Goodfellow^[4] tarafından tarif edilen arkuat bağ, *pronator teres* ve fleksör dijitorum süperfisiyalis kaslarına karışan fibröz bir dokudur. Akut veya tekrarlayan kronik travmalar neticesinde kalınlaşarak anterior interosseöz siniri sıkıştırır. Bununla beraber, median sinirin bölgesel basısına bağlı gelişen anterior interosseöz sinir nöropatisi bazı travma tipleri ile veya yumuşak doku tümörü ile beraber olabilmektedir. Klinik olarak FPL, 2. parmak FDP ve *pronator quadratus* kasının motor zayıflığı meydana gelir. Bazen 3. parmak FDP kirişini de etkileyebilir.^[5] Gerçek bir anterior interosseöz sinir sendromunda motor kayıp veya zayıflık kendiliğinden ortaya çıkar. Hasta yazı yazma ve 1. ve 2. parmaklar arasında sıkıştırma hareketini yapmada zayıflık şikayeti ile başvurur. Anterior interosseöz sinirin duysal görevi olmadığı



Şekil I. Sol el 1. ve 2. parmaklar arasında sıkıştırma hareketinin kaybı.

için hiçbir duysal problem eşlik etmez. Kesin tanısı elektrodyagnostik çalışmalarla ortaya konur.^[6] FPL kirişinin aktif hareketinin olmadığı durumlar değerlendirilecek olursa ekstansiyonda kilitli kalmış bir tetik parmak buna sebep olabilir.

Ayrıca FPL aktif hareketinin olmadığı olgularda ilk akla gelen durumlardan biri de kendiliğinden FPL kiriş kopmasıdır. MRG incelemesi, FPL kirişinin devamlılığını göstermek açısından değerli bir yöntemdir. Parsonage-Turner Sendromu (Kiloh-Nevin Sendromu) veya mononöritis, anterior interosseöz sinir palsili hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer tanılardır.^[7] Bu hastalar tipik olarak birkaç hafta ciddi ağrı şikayeti ifade ederler. Ağrı viral bir hastalığı takiben ortaya çıkabilir. Eğer nörit erken dönemde teşhis edilirse yüksek doz steroid ve antiviral tedavi fayda sağlar.^[8,9]

Tuzak nöropatiler, periferik sinir yaralanmalarının bir tipidir. Periferik sinir yaralanmaları Seddon tarafından sınıflandırılmıştır. Seddon periferik sinir yaralanmalarını 3'e ayırmaktadır: nöropraksi, aksonotmezis ve nörotmezis. Tuzak nöropatiler sıklıkla nöropraksi şeklinde meydana gelmektedir. Nöropraksi, hafif ezilme veya baskı sonucunda periferik sinirin bütünlüğünün korunduğu ve muhtemelen miyelin kılıfının belirli bir bölgesini içeren hafif derecede ödem veya kesinti sonucunda oluşur.^[10] Böylece bir süre için uyarı iletimi fizyolojik olarak kesilmiştir, fakat birkaç gün veya hafta içinde tam geri dönüş olur. Anterior interosseöz sinir tuzak nöropatisinde antiinflamatuvar ilaç tedavisi önemli bir yere sahiptir. Antiinflamatuvar tedavi sinir çevresindeki ödemin azaltılmasında etkilidir. İlaç tedavisine cevap vermeyen olgularda cerrahi tedavi uygulanır.

Bizim olgumuzda sadece FPL kası tutulumu ile giden bir nöropati mevcuttu. Anterior interosseöz sinir tuzak nöropatisinin sadece FPL kası tutulumu ile ortaya çıkması oldukça nadir bir durum olup literatürde böyle bir olguya rastlanmamıştır. Bu açıdan rapor edilen olgu orijinal bir olgudur. Hastaya 100 mg flurbiprofen 6 hafta süreyle kullanıldı ve eklem hareket açıklığını koruyucu egzersizlerle ilaç tedavisi desteklendi. Hastada tam iyileşme tespit edildi. Bir yıllık takibinde nüks tespit edilmedi.

KAYNAKLAR

1. Mazurek MT, Shin AY. Upper extremity peripheral nerve anatomy: current concepts and applications. *Clin Orthop Relat Res* 2001;(383):7-20.
2. Wertsch JJ. AAEM case report #25: anterior interosseous nerve syndrome. *Muscle Nerve* 1992;15(9):977-83.
3. Kaplan EB, Spinner M. The anterior interosseous nerve syndrome. *J Bone Joint Surg* 1969;51A:1677.
4. D'A Fearn CB, Goodfellow JW. Anterior interosseous nerve palsy. *J Bone Joint Surg* 1965;47B:91-3.
5. Rask MR. Anterior interosseous nerve entrapment. *Clin Orthop* 1979;142:176.
6. Keçik A, Sönmez E. Elin periferik sinir lezyonları. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2005;15/3:220-4.
7. Stern MB. The anterior interosseous nerve syndrome (the Kiloh-Nevin syndrome). Report and follow-up study of three cases. *Clin Orthop Relat Res* 1984;(187):223-7.
8. Kiloh LG, Nevin S. Isolated neuritis of the anterior interosseous nerve. *Br Med J* 1952;1(4763):850-1.
9. Mackinnon SE, Colbert SH. Nerve transfers in the hand and upper extremity surgery. *Tech Hand Up Extrem Surg* 2008;12(1):20-33.
10. Canale ST. *Campbell's operative orthopaedics*. Vol. 4, 10th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Mosby; 2003. p. 3222-32.