

Kolda Ağrı ve Morarma

Vaner KÖKSAL

Rize 82. Yıl Devlet Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Rize

Yirmi bir yaşında erkek kolda ağrı ve morarma şikayetleri ile başvurdu. Yaklaşık 20 gün öncesinde, askeri eğitim aldığı sırada 5 metre yükseklikte, tırmanma halatında sağ eli ile 10 dakika süreyle asılı kaldığı öğrenildi. Sonrasında sağ kolunun tamamının morarıp şiştiğini, omuzdan kola yayılan ve hareketle daha da artan ağrısı olduğunu tarif ediyordu. Başlangıçta olguda yumuşak doku travması düşünülerek, sağ kolu uzun sirkü-

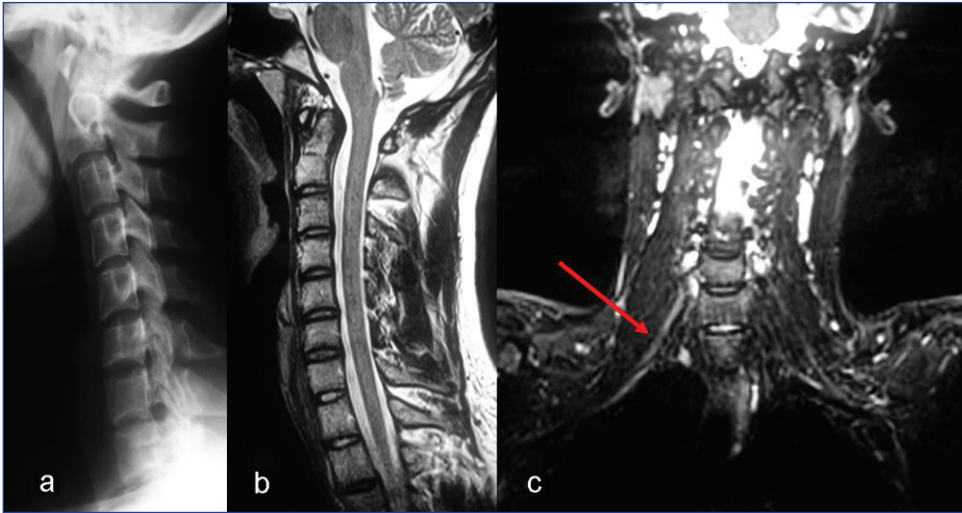
ler bir alçı ile 12 gün boyunca boyununa asılı tutulmuştu. Atel çıkarıldığında sağ kol tamamında 2/5 kas gücü olduğu ve sağ el intrinsek kaslarındaki gücün 1/5 olduğu görüldü. Sağ kolu, sola göre atrofik görünümündü. Olgunun elini aşağıya sarkıtmasıyla sağ elinin tamamen morardığı (ciltte renk değişikliği), şiştiği ve omzundan eline yayılan ağrısının arttığı gözlemlendi (Şekil 1a, b). Olgunun vital bulguları ve diğer sistemik muayene-

nesi doğaldı. Sağ kolunun distal nabız pulsasyonları solu ile aynıydı. Nörolojik olarak motor defisit haricinde duyu-sal hipoestezi şeklinde bir defisiti ve patolojik refleksi bulunmuyordu. Servikal manyetik rezonans görüntüleme kesitlerinde ve yan servikal röntgende servikal lordozdaki düzleşme haricinde anormal bir bulgu yoktu (Şekil 2a, b).

Tanı için, bkz. s. 125



Şekil 1. (a, b) Travma sonrası 1. ay; sağ el sola göre daha büyük, ödemli ve mor renkli. Özellikle parmak uçlarında daha belirgin olan morarma mevcut. Avuç içinde de aynı renk değişimi izleniyor. (c, d) Operasyon sonrası elin görünümü.



Şekil 2. (a) Yan servikal direk grafide, servikal lordozda düzleşme mevcut. (b) Sagittal MRG'de anormal bir bulguya rastlanmadı. (c) Koronal MRG kesitlerinde brakiyal pleksusun (BP) sağdaki dallarında avulsiyon-traksiyon tipi hasarı düşündürülen meningeal değişiklikler mevcut. Normalde bu kesitte BP dalının tamamının görünmemesi gerekirken, sağdaki dal tam olarak takip edilebiliyor.

Geliş tarihi (Submitted): 24.03.2011 **Kabul tarihi (Accepted):** 30.05.2011

İletişim (Correspondence): Dr. Vaner Köksal, Rize 82. Yıl Devlet Hastanesi, 53020 Rize, Turkey

e-posta (e-mail): vanerkoksal@hotmail.com

[94. sayfanın devamıdır.]

TANI: Brakiyal Pleksusun Traksiyonel Travması

Hastamıza yapılan sinir ileti çalışmasında elektrofizyolojik bulguları normal sınırlarda saptandı. İğne EMG incelemesinde ise sağ abduktor pollicis brevis ve sağ ekstansor digitorum komminis kaslarında subakut evrede parsiyel aksonal etkilenme ile uyumlu bulgular elde edildi. Olgunun mevcut bulgularıyla brakiyal pleksus (BP) yaralanmasına bağlı kuvvet kaybı, torasik outlet sendrom (TOS) düşündürülen pozisyon değişikliği ile stimüle olan kola ve eline doğru yayılan ağrıları ve hem de Refleks Sempatik Distrofideki (RSD) sempatik hiperaktiviteyi düşündürülen ciltte renk değişiklikleri mevcuttu. Kolda çap artışı ve sıcaklık artışı olmadığından derin ven trombozu düşünülmeydi. Bu üç patolojinin klinik bulgularının uzun süreli traksiyonda kalınması ile oluşan brakiyal pleksus zedelenmelerinde oluştuğu bildirilmektedir.^[1,2]

Brakiyal pleksus boynun her iki yanında yer alan, üst ekstremitenin motor ve sensörsal fonksiyonlarını sağlayan, bir periferik sinir ağıdır. Brakiyal pleksus yaralanmalarının özellikle bebeklerde doğum eylemi esnasında kolun traksiyonu ile oluştuğu bilinmektedir.^[1] Brakiyal pleksusun diğer travmatik yaralanmaları açık (kesici/delici alet ve ateşi silah) ve kapalı (bası ve traksiyon) travmalar şeklinde sınıflandırılır. Brakiyal pleksusun yaralanmaları en sık olarak trafik kazaları ve spor yaralanmalarına bağlı traksiyon tipinde travmalar ile oluşmaktadır.^[1-3]

Sunduğumuz olguda güçlü traksiyona bağlı 2. derece aksonotmezis tipi hasar oluşmuştur. Akson de-

vamlılığı bozulduğu için komplet motor, duyuşsal ve otonom hasar oluşabilmektedir. Bu tip kapalı travmalarda başlangıçta defisit fazla olduğu ancak zamanla kısmi fonksiyon kayıplarının genellikle kendiliğinden azaldığı izlenmektedir. Ancak takipte fonksiyonel kaybı düzelmeyen ve sunduğumuz olgudaki gibi şiddetli ağrı ve otonomik bulguları olanlarda cerrahi tedavi tercih edilmelidir.^[3,4] Olgunun brakiyal pleksusu cerrahi olarak dekompresye edildi. Nöral dokuyu saran kılıf basitçe açıldı ve temizlendi (nöroliz uygulaması). Olgunun uzun süreli takibinde koluna yayılan ağrıların ve ciltteki renk değişikliğinin azaldığı, günlük işlerini yapabilecek hale geldiği gözlemlendi (Şekil 1c, d).

Kaynaklar

1. Greenberg MS. Brachial plexus. In: Greenberg MS, editor. Handbook of neurosurgery. 6th ed. Lakeland, Florida: Thieme; 2006. p. 551-5.
2. Terzis JK, Vekris MD. Surgical management of brachial plexus injuries in adults. In: Schmidek HH, Roberts DW, editors. Operative neurosurgical techniques. Vol 2, 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p. 2250-63.
3. Sedel L. Repair of severe traction lesions of the brachial plexus. Clin Orthop Relat Res 1988;237:62-6.
4. Nagano A. Treatment of brachial plexus injury. J Orthop Sci 1998;3:71-80.
5. Matejcik V, Penzesova G. Follow-up evaluation of neurolysis of brachial plexus and peripheral nerves of upper extremities. Bratisl Lek Listy 2004;105:424-7.