

Morton nöromaya bağlı ağrı nedeniyle diğer bacakta aşırı yüklenme sonrası gelişen stres fraktürlü bir olgu

A stress fracture occurred by overuse of the other leg to be cause of the Morton neuroma paint: a case report

Emrah AYTAÇ,¹ Arzu ALDEMİR,¹ Selim Selçuk ÇOMOĞLU¹



Özet

Morton nöroma özellikle 3. ayak parmağı ve bu bölge ayak tabanını etkileyen paroksizmal bir nevraljidir. Ağrı nedeniyle hastalar genellikle yürümek ve yere basmakta tereddüt ederler. Bu yazıda, Morton nöroma nedeniyle diğer bacağı aşırı yüklenen ve bunun sonucunda da stres fraktürü gelişen 40 yaşında bir hasta sunuldu.

Anahtar sözcükler: Morton nöroma; MRG bulguları; stres fraktürü; tuzak nöropati.

Summary

Morton neuroma is a paroxysmal neuralgia form pain usually occurs at the 3rd finger and sole of the foot. The patient mostly suffer from pain while walking. In this report a 40-year-old man with Morton neuroma who has a stress fracture in the other leg because of not using the affected painful foot.

Key words: Morton neuroma; magnetic resonance findings; stres fracture; entrapment neuropathy.

Giriş

Morton nöroma (MN) tibial sinir plantar dalına ait dijital sinirin transvers intermetatarsal ligament tarafından sıkıştırılması sonucu gelişen bir tuzak nöropatidir.^[1] İlk olarak 1876 yılında Thomas Morton tarafından tanımlanmıştır, ancak etyolojisi halen tam olarak bilinmemektedir.^[2] Nadir görülen bir hastalık olsa da, sanılanın aksine sadece bazı meslek grupları yada sporcularda (atletlerde) değil, toplumun tüm katmanlarında görülebilmektedir.^[3]

Histolojik olarak gerçek bir tümör olmayıp, perinö-

ral fibrozis, endonörial ödem, aksonal dejenerasyon ve lokal vasküler profilerasyon saptanabilir. Tanı klinik bulgular ve görüntüleme ile konur. Elektrofizyolojik inceleme tanı için zorunlu değildir. Ayrıca lokal kortizon enjeksiyonuna verilen yanıt da tanıyı doğrulamakta kullanılabilir.^[3]

Hastaların esas yakınması yürümekle ve dar burunlu ayakkabılar giymekle artan, dinlenmekle azalan zonklayıcı tipte ağrıdır. Bu yazıda, benzer şikayetleri olan ve buna bağlı sağ bacağı aşırı yüklenme sonucu stres fraktürü gelişen MN'li bir olgu sunuldu.

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Nöroloji Kliniği, Ankara

²2nd Department of Neurology Clinic, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

Başvuru tarihi - 28 Mayıs 2010 (Submitted - May 28, 2010) Düzeltme sonrası kabul tarihi - 3 Ekim 2010 (Accepted after revision - October 3, 2010)

İletişim (Correspondence): Dr. Emrah Aytaç, Basınevleri Mah., Yayın Sok., Çetin Apt. No: 5/15, Keçiören Ankara, Turkey.

Tel: +90 - 312 - 596 28 14 e-posta (e-mail): dremrah_aytac@hotmail.com

Olgu Sunumu

Kırk yaşında, diş hekimi, erkek hasta. Yaklaşık 15 yıl önce başlayan ve son zamanlarda şiddeti giderek artan sol ayak 2-3. metatarsaller arasında ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ağrısı özellikle ayakta durmakla ve dar burunlu ayakkabı giymekle şiddetleniyor, dinlenmekle azalıyor. İşinin özelliği sebebiyle uzun süre ayakta durması gereken hasta, son zamanlarda çalışırken ağrısını azaltmak için sürekli sağ bacağına yüklediğini, bunun sonucunda sağ bacağına da ciddi ağrılar eklendiğini ifade etti. Öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenesi doğal, nörolojik muayenesi de sol ayak tabanında 2-3. metatarsaller arasında palpasyon ile hassasiyet ve Mulder bulgusu pozitifliği dışında normaldi.

Laboratuvar tetkiklerinden rutin tam kan ve biyokimya incelemeleri normaldi. Radyolojik incelemelerinden sol ayak manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda ağrıya lokalize alanlarda MN ile uyumlu hipointensite izlendi. Sağ bacak direkt grafisinde (Şekil 1) şüpheli stres fraktörü görünümü üzerine, yapılan MRG'siyle stres fraktörü tanısı kesinleştirildi (Şekil 2). Klinik ve görüntüleme bulguları ile MN, diğer bacakta da stres fraktörü tanısı alan hasta ameliyat edildi. Postoperatif çıkarılan materyalin histopatolojik inceleme sonucu da MN ile uyumlu geldi. Stres fraktörü-

ne yönelik operasyon düşünülmeyen hastaya istirahat ve medikal tedavi önerildi. Ameliyat sonrası yapılan takiplerinde MN'ye bağlı ağrıları büyük ölçüde azalmıştı.

Tartışma

Gerçek bir neoplazi olmayan MN, perinöral fibrozis sonucu gelişir ve dijital sinir üzerinde tuzaklanma oluşturur.^[1] MN kadınlarda daha sık görülmektedir.^[4] Travmaya bağlı geliştiği de düşünüldüğünde, yüksek topuklu ayakkabı giyen orta yaşlı kadınlarda daha sık olması anlamlıdır.^[5] Hastalık oluşumu ile ilgili çeşitli görüşler ileri sürülmüştür, bunlar içerisinde patolojik materyalle de uyumlu olması sebebiyle perinöral fibrozis ilk sırada yer almaktadır, bazı yazarlara göre ise hastalık etyolojisinde vasküler nedenli iskemi, bu bölgeye ait lokalize inflamasyon ya da intermetatarsal bursanın genişlemesi sorumludur.^[2] Hastalık ayırıcı tanısında intermetatarsal bursitis, sesamoid kemik nekrozu, enfeksiyonlar ve nadiren malignite gibi her biri farklı klinik seyir ve de ayrı tedavi protokolleri olabilecek hastalıklar düşünülmelidir.^[4,6]

Elektron mikroskopisinde miyelin fibril kaybı, endonöral ödem, lökosit infiltrasyonu ve perinöral fibrozis demonstratiftir. Sıkışmış periferik sinirlerde "Renaut cisimcikleri" de karakteristik bir bulgudur.^[2]



Şekil 1. (Direkt grafisi): Sağ alt ekstremite tibia orta zonda stres fraktörü.



Şekil 2. (Sağ alt ekstremite MRI T2 sekansı): Sağ tibia stres fraktörü.

Görüntüleme tetkikleri içerisinde MRG incelemesinin önemi giderek artarken, hastalık tanısında sensitivitesi %87, spesifitesi %100 oranlarında çok yüksektir.^[2] MRG'de nöromanın baskın olan fibröz içeriğinden dolayı, T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde düşükten orta dereceye kadar değişen intensiteler görülebilir. Fibromatozis, noduler fasit, pigmente vilonoduler sinovit gibi diğer yumuşak doku oluşumları benzer sinyal paterni gösterebilir. Sonografi de MN tanısında %95-98 civarındaki sensitivitesi ile başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. MN'nin sonografik görünümü hipoeoik intermetatarsal oluşum şeklindedir.^[4,7,8]

Morton nöroma tedavisi konservatif ve cerrahi iki ana kısımdan oluşmaktadır. Konservatif tedavide yüksek topuklu olmayan, geniş burunlu, rahat ayakkabıların giyilmesi, metatarsal pedler, ayak kavşını destekleyen ortezler, NSAİ kullanımı ve lokal kortizon enjeksiyonları kullanılabilir. Konservatif tedaviye cevap vermeyen olgularda cerrahi girişim planlanmalıdır.^[1-3]

Sonuç olarak, erken dönemde ihmal edilen ya da tanısı geciken MN'li hastalarda sürpriz problemlerle

karşılaşılabılır, bu nedenle gerek hekimlerin ve gerekse hastaların bu hastalıkla ilgili bilinçlendirilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Hughes RJ, Ali K, Jones H, Kendall S, Connell DA. Treatment of Morton's neuroma with alcohol injection under sonographic guidance: follow-up of 101 cases. *AJR Am J Roentgenol* 2007;188(6):1535-9.
2. Zanetti M, Strehle JK, Zollinger H, Hodler. Morton neuroma and fluid in the intermetatarsal bursae on MR images of 70 asymptomatic volunteers. *J Radiology* 1997;203(2):516-20.
3. Spina R, Cameron M, Alexander R. The effect of functional fascial taping on Morton's neuroma. *Australas Chiropr Osteopathy* 2002;10(1):45-50.
4. Quinn TJ, Jacobson JA, Craig JG, van Holsbeeck MT. Sonography of Morton's neuromas. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174(6):1723-8.
5. Bencardino J, Rosenberg ZS, Beltran J, Liu X, Marty-Delfaut E. Morton's neuroma: is it always symptomatic? *Bencardino AJR Am J Roentgenol* 2000;175(3):649-53.
6. Lee MJ, Kim S, Huh YM, Song HT, Lee SA, Lee JW, et al. Morton neuroma: evaluated with ultrasonography and MR imaging. *Korean J Radiol* 2007;8(2):148-55.
7. Zanetti M, Strehle JK, Kundert HP, Zollinger H, Hodler. Morton neuroma: effect of MR imaging findings on diagnostic thinking and therapeutic decisions. *J Radiology* 1999;213(2):583-8.
8. Weishaupt D, Treiber K, Kundert HP, Zollinger H, Vienne P, Hodler J, et al. Morton neuroma: MR imaging in prone, supine, and upright weight-bearing body positions. *Radiology* 2003;226(3):849-56.