

Gerçek Nörojenik Torasik Çıkış Sendromu: Nadir Bir Olgu Sunumu

True Neurogenic Thoracic Outlet Syndrome: A Rare Case Report

Levent ÖZGÖNENEL,¹ Hüsniye ASLAN²

ÖZET

Torasik çıkış sendromu (TÇS), üst ekstremiteye giden nörovasküler yapıların toraks üst çıkışında bası altında kalmasına bağlı ortaya çıkan klinik semptomlar kompleksidir. Vasküler ve nörojenik olarak iki tipte sınıflandırılmış olup objektif nörolojik bulguların eşlik ettiği gerçek nörojenik tip TÇS çok nadirdir. Karpal tünel sendromu ön tanısı olup TÇS tanısı koyduğumuz bir olgu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Nörojenik tip; torasik çıkış sendromu; elektromiyografi.

SUMMARY

Thoracic outlet syndrome (TOS) is defined as a constellation of clinical symptoms caused by the entrapment of neurovascular structures (subclavian vessels and the brachial plexus) en route to the upper extremity via the superior thoracic outlet. TOS is classified into two categories as vascular and neurogenic. True neurogenic type TOS is a very rare entity. We present a case with true neurogenic type TOS.

Key words: Neurogenic; thoracic outlet syndrome; electrophysiology.

GİRİŞ

Torasik çıkış sendromu (TÇS), üst ekstremiteye giden nörovasküler yapıların toraks üst çıkışında bası altında kalmasına bağlı ortaya çıkan klinik semptomlar kompleksidir. TÇS, Wilbourn ve Porter^[1] tarafından vasküler ve nörojenik olarak iki tipte sınıflandırılmış olup objektif nörolojik bulguların eşlik ettiği gerçek nörojenik tip TÇS ve objektif bulgu olmaksızın semptomların düşündürdüğü tartışmalı nörojenik tip TÇS olarak ikiye ayrılmıştır. Gerçek nörojenik tip TÇS insidansı çok düşük olup genel nüfusta milyonda bir olasılıkla görüldüğü tahmin edilmektedir.^[2] Etiyolojide boyun travması veya postür bozuklukları ve eşlik eden servikal kot, doğumsal dar inter skalen üçgen sayılabilir. Sıklıkla kadınları etkiler. En sık nörolojik semptom ağrıdır ve ağrı paterni aralıklı bir ağrıdan sürekli şiddetli bir ağrı-

ya kadar değişebilir. Ağrı sıklıkla boyun, omuz, kol, ön-kol ve ele uzanır. Anterior göğüs duvarı ve paraspinal alanda da ağrı duyulabilir. Parestezi, karıncalanma sıklıkla elde hissedilir. Hipoestezi veya hiperestezi oluşabilir ve çoğunlukla C₈-T₁ dermatomuna uyar. Saç tarama, çamaşır asma, omuz üstü ağırlık taşıma ile ağrı ve güçsüzlük yakınması olabilir. Fizik muayenede gerçek nörojenik TÇS'li hastada düşük omuz ve uzun boyun postürü vardır. Aynı zamanda abduktör pollicis brevis (APB) kasında atrofi, daha az tutulumla interossöz ve hipotenar kaslarda atrofi mevcuttur (Gilliat-Summer eli). El ve önkolun ulnar yüzünde hipoestezi olabilir. Supraklavikuler bölgede Tinnel testi pozitifdir. Skalen kaslar, trapez ve göğüs ön duvarında palpasyonla hassasiyet vardır. Brakiyal plexusu geren çeşitli provokatif manevralar semptomları ortaya çıkarır.^[3]

Geliş tarihi (Submitted): 07.08.2010 Kabul tarihi (Accepted): 23.11.2010

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

İletişim (Correspondence): Dr. Levent Özgönenel. e-posta (e-mail): levento26@yahoo.com

OLGU SUNUMU

Sağ elindeki güçsüzlük ve ağrı nedeniyle fizik tedavi polikliniğine başvuran 29 yaşındaki kadın hasta, karpal tünel sendromu ön tanısıyla elektrofizyoloji laboratuvarına yönlendirildi.

Hastanın 1 yıldır sağ elde güçsüzlük, ağrı ve uyuşma şikayeti vardı. Muayenesinde boyun eklem hareket açıklıkları açık ağrılı, servikal kompresyon testi (Spurling testi) pozitif. Sağda Adson, Halstead ve Roos testleri pozitif. Motor muayenede sağ elde interosseöz, tenar ve hipotenar kaslarda atrofi mevcuttu. Sağ elde parmak abduksiyonları, fleksiyonları, el bileği fleksiyonu, baş parmak oppozisyonu 4/5 gücünde saptandı. Diğer kaslarda motor defisit yoktu.

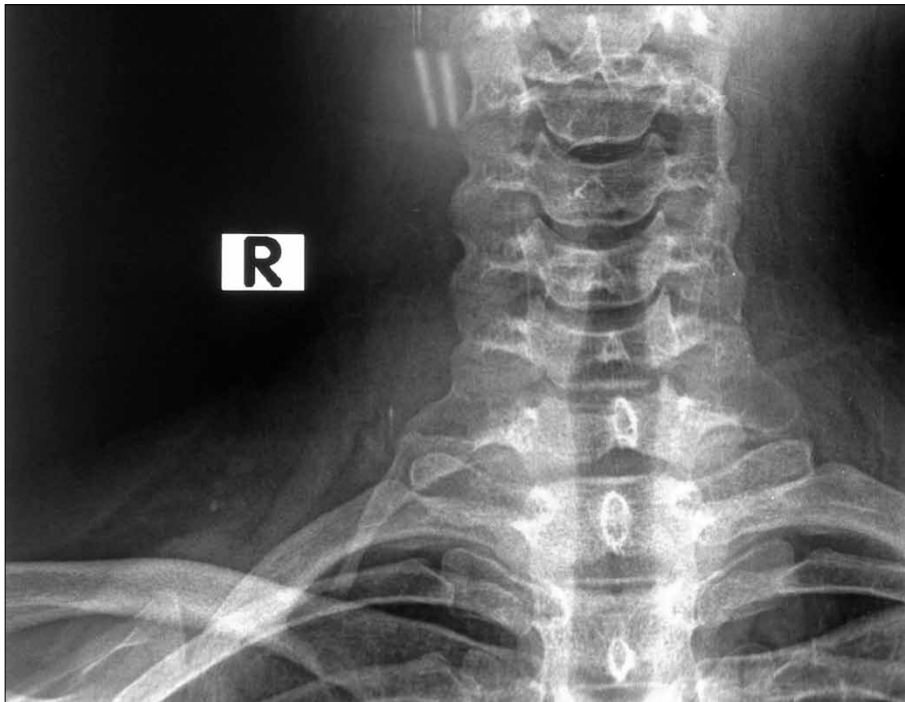
Duyu muayenesinde sağ elde lateral palmar bölgede hipoestezi tarif ediyordu. Hastanın iki yönlü direkt servikal grafisinde sağda servikal kosta mevcuttu (Şekil 1). Yapılan elektrofizyolojik incelemede sağ median sinirin motor yanıt amplitü düşüktü. Median sinir duyu iletimi normaldi. Sağ ulnar sinirin motor ve duysal yanıt amplitü düşük saptandı. Sağ medial antebrakial kutanöz sinir duysal yanıt elde edilemedi.

Elektromiyografide incelen kaslarda spontan ak-

tivite saptanmadı. Abdüktör pollisis brevis abduktör digiti minimi, 1. dorsal interosseöz, fleksör karpi ulnaris kaslarında nörojen tutumla uyumlu uzun süreli, yüksek amplitüdlü seyrelme paterni gösteren motor ünite potansiyelleri mevcuttu. Bu elektrofizyolojik bulgularla hastaya sağ nörojenik torasik çıkış sendromu tanısı konuldu. Göğüs cerrahisi tarafından ameliyat kararı alınan hastada kot rezeksiyonu ile skalenotomi yapıldı (Şekil 2). Ameliyat sonrası dördüncü haftada değerlendirilen hasta ağrı ve uyuşmanın azaldığını ifade ediyordu, atrofi ve kuvvet kaybında henüz fark yoktu. Adson testi (-) idi. Ameliyat sonrası 1. ayda yapılan sinir ileti çalışmaları daha önce elde edilmeyen sağ medial antebrakial kutanöz sinir duysal yanıt alındı. Sağ median ve ulnar sinir motor yanıt amplitüdlere bir önceki çalışmaya göre yüksekti.

TARTIŞMA

Literatürde vasküler kaynaklı TÇS, tüm TÇS'li hastaların yaklaşık yüzde 4'ünü oluştururken gerçek nörojenik TÇS'nin milyonda bir olasılık olduğu tahmin edilmekte, geriye kalan çoğunluğu ise tartışmalı nörojenik tip TÇS oluşturmaktadır. Gerçek nöroje-



Şekil 1. Sağda servikal kot.



Şekil 2. Kot rezeksiyonu sonrası.

nik TÇS çok nadirdir. Gilliatt ve ark. yılda yaklaşık 2000 ENMG yapılan laboratuvarlarında 15-20 yıllık deneyimlerinde yalnızca 40 kadar olgu gördüklerini bildirmektedirler.^[4] Wilbourn ve ark.'nın deneyimi de benzerdir. Yılda 2500 ENMG olgusu ile 7 yıllık bir sürede yalnızca 12 olgu bildirmişlerdir.^[5] TÇS çok seyrek görülen ve ayırıcı tanısında birçok hastalığın düşünülmesi gereken bir klinik durumdur. Servikal disk hastalıkları, Pancoast tümörü, sinir kılıfı tümörleri, ulnar ve median sinir tuzaklanmaları, brakiyal pleksit, siringomiyeli, spinal kord tümörleri, omuz patolojileri, fibromiyalji, multipl skleroz, Reynaud hastalığı, akut koroner sendrom, vaskülitler, vazospastik bozukluk, kompleks bölgesel ağrı sendromu ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken klinik durumlardır.^[6] Nörojenik ve tartışmalı tip nörojenik TÇS'nin ayırımını yapmakda çok önemlidir. Çünkü 1. kosta rezeksiyonu basit ve zararlı bir işlem değildir. Bu majör torasik girişim sonrası sinir kökü veya diğer nöral kesilerle bir çok komplikasyon olabilir ki bu, TÇS şikayetlerinden daha ağır bir tablo doğurur.^[7] Torasik çıkış sendromu ön tanısı konulan hastaların büyük çoğunluğunu tartışmalı nörojenik tip TÇS oluştururken, bunun için kesin tanı koyduracak altın standart, hatta yardımcı olacak standart bir inceleme

yöntemi bile geliştirilememiştir. Nörojenik TÇS'de standart elektrofizyolojik bir tablo yoktur. Alt trunktaki kronik akson kaybını yansıtan elde median ve unlar innervasyonlu kaslarda birleşik kas aksiyon potansiyeli amplitüdlerinde anormallik bulunabilir. Median sinir duyu iletim çalışması sonuçları normalken ulnar sinir incelemesinde duysal aksiyon amplitüdü düşük bulunur. Ayrıca TÇS'de medial antebra-kial sinir iletimi bozuktur.^[8]

Sonuç olarak, gerçek nörojenik TÇS çok nadir olup cerrahi tedaviye karar vermeden önce ayırıcı tanı çok iyi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Wilbourn AJ, Porter JM. Thoracic outlet syndromes. In: Weiner MA, editor. Spine: state of the art reviews. Vol. 2, Philadelphia: Hanley & Belfus; 1988. p. 597-626.
2. Gilliatt RW. Thoracic outlet syndromes. In: Dyck PJ, editor. Peripheral Neuropathy; 1984.
3. Huang JH, Zager EL. Thoracic outlet syndrome. A Review. Neurosurgery 2004;4:897-903.
4. Sanders RJ, Hammond SL, Rao NM. Thoracic outlet syndrome: a review. Neurologist 2008;14:365-73.
5. Bodur H, Uçan H, Gündüz H, Kayalar G. Nörojenik Torasik outlet sendromu. Fiziksel Tıp 2000;3(2-

- 3):139-43.
6. Özşaraç GM, Zinnuroğlu M, Zinnuroğlu I, Karataş GK, Beyazova M. Karpal tünel sendromu tanısıyla opere edilen bir hastada torasik çıkış sendromu: Olgu sunumu. Ftr Bil 2008;3:147-49.
7. Murphy JB. Cervical rib excision: collective review on surgery of cervical rib. Surg Clin 1916;5:227-40.
8. Urschel JD, Hameed SM, Grewal RP. Neurogenic thoracic outlet syndromes. Postgrad Med J 1994;70:785-9.