

Ulnar tuzak nöropatisiyle opere edilen hastada pancoast tümörü: Olgu sunumu

Selin TURAN TURGUT (*), Bekir TURGUT (**), Özge ÜNAL BAYRAKTAR (***),
Afıtap İÇAĞASIOĞLU (****), Tülin KUYUCU (***)

ÖZET

Pancoast tümörü brakial pleksus alt trunkusunun ve vertebra corpusunun invazyonu sonucu üst ekstremitede, boyunda ağrıya, el ve parmak kaslarında motor ve duyuşsal kayıplara neden olabilen bronkojenik karsinomdur. Tümörün periferik yerleşiminden dolayı akciğer semptomları hastalığın geç dönemlerinde görülmektedir. Bu nedenle hastalar yanlış tanılarla takip edilmektedir. Biz ulnar tuzak nöropatisi nedeniyle opere edilip yakınmaları geçmeyen ve akciğere yönelik radyolojik incelemelerde sağ akciğer apeksinde tümör saptanan 53 yaşında bir erkek hasta sunduk. Bu olgu ile tuzak nöropatinin ayırıcı tanısında iğne EMG ile brakial pleksopati ve radikülopatinin dışlanması gerektiğini, boyun-kol ağrısı olan, sigara kullanım öyküsü olan erkek hastalarda ayırıcı tanıda akciğer patolojilerinin de düşünülmesi gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Pancoast tümörü, ulnar tuzak nöropatisi, iğne EMG

Akciğerin apikal tümörü ya da süperior sulcus tümörü olarak da bilinen pancoast tümörleri sıklıkla brakial pleksusun alt trunkusunu, üst torasik kurguları, vertebra corpusunu, stellar gangliyon ve subclavian damarları invaze ederek damar sinir paketinin geçtiği alanı daraltır ve buna bağlı omuz ve kolda ağrıya, kol, el ve parmak kaslarında motor ve duyuşsal kayıplara, atrofilere ve Horner sendromuna (pitozis, miyozis, enoftalmus, yüzde terleme kaybı) yol açar^(1,2). Tümörün periferik yerleşiminden dolayı hastalığın geç dönemlerinde öksürük, hemoptizi, nefes darlığı gibi semptomlar hastaların çoğunda görülebilmekle beraber, erken dönemlerde bu yakınmalar enderdir. Bu nedenle hastalar uzun

SUMMARY

Pancoast tumor in an operated patient with the diagnosis of the ulnar nerve entrapment: Case report

Pancoast tumor is a bronchial carcinoma which can cause neck and upper extremity pain, motor and sensory deficits in the hand due to infiltration of the lower trunk of the brachial plexus, and corpus of vertebra. The pulmonary symptoms occur later because of tumor's peripheral localisation. Therefore patients can be followed up with inaccurate diagnosis. Here, we describe a case of A 53-year-old man with a Pancoast tumor, presenting with ulnar nerve entrapment and operated with this indication. However, his complaints were not relieved, and his pulmonary radiograms revealed the presence of a tumor at the apex of his right lung. This case is reported to emphasize the importance of needle EMG for the exclusion of radiculopathy and brachial plexopathy in the differential diagnosis of nerve entrapments and necessity of considering pulmonary diseases in smokers with cervicobrachialgia.

Key words: Pancoast tumor, ulnar nerve entrapment, needle EMG

bir süre yanlış tanılarla takip edilmekte ve zaman kaybına yol açmaktadır. Tanıdaki gecikme tedavi planını ve hastalığın prognozunu etkileyebileceğinden akciğer yakınmaları olmayan bu olguyu sunmak istedik.

OLGU

Elli üç yaşındaki erkek hasta, 5 aydır sağ elde uyuşma, güçsüzlük ve son bir aydır şiddetli boyun ağrısı yakınması ile başvurdu. Öyküsünde boyun ağrısının sağ omuzdan kola yayıldığını, ağrı kesicilere yanıt vermediğini, ağrının gece gündüz devam ettiğini belirtiyordu. Hastanın aynı yakınmalarla 5 ay önce

Geliş tarihi: 01.02.2012

Kabul tarihi: 27.04.2013

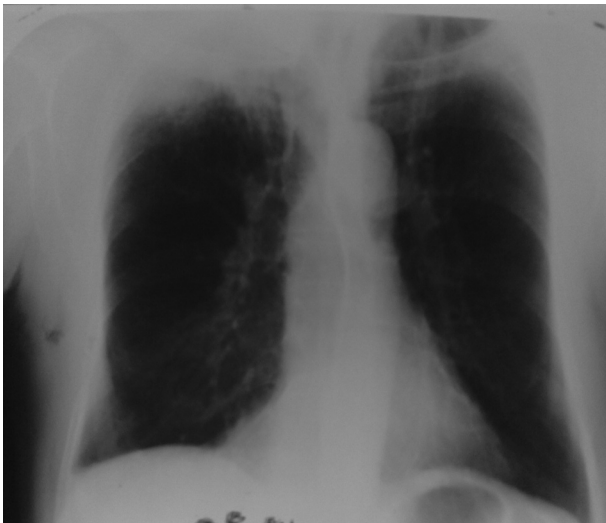
Karaman Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzm. Dr.*; Karaman Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği, Uzm. Dr.**; İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Doç. Dr.***; İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Doç. Dr.****

Resim 1 bana gelmemiş.

başvurduğu dış merkez tarafından istenen EMG tetkik raporları mevcuttu. Mevcut EMG raporlarından sağ ulnar sinirin medial epikondil hattının 2 cm proksimalinde tuzaklanması şeklinde rapor edildiği anlaşıldı. Hastanın sağ ulnar sinir tuzaklanması nedeniyle 4 ay önce yine dış bir merkezde opere edildiği, fakat yakınmalarının geçmediği öğrenildi. Özgeçmişinde 23 yıl önce akciğer tükülozu (tb) nedeniyle tedavi gördüğü, 36 paket/yıl sigara kullanım öyküsü vardı. Soygeçmişinde özellik yoktu.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde boyun hareketleri her yöne ağırlı ve kısıtlıydı. Motor manuel kas gücü değerlendirmesinde sağda C8-T1'e uyan kaslarda 4/5 kas gücü, aynı seviye dermatomal alanlarda hipostezi saptandı. Sağ el hipotenar ve interosseöz kaslarda atrofi vardı.

Laboratuvar değerlendirmesinde CRP (14,3mg/dl) ve sedimentasyon (50 mm/saat) yüksekliği dışında özellik yoktu. Hastanın özgeçmişinde uzun süre sigara kullanımı ve geçirilmiş akciğer tb olması üzerine postero-anterior (PA) akciğer grafisi istendi. Şiddetli boyun ağrısı olması ve fizik muayenede radikülopati bulgularının olması nedeniyle servikal MRI istendi. PA akciğer grafisinde sağ akciğer apeksinde bu alanı tamamen dolduran düzensiz sınırlı yaygın opasite tespit edildi (Şekil 1). Servikal MRI'da C7 servikal vertebra korpusunda patolojik

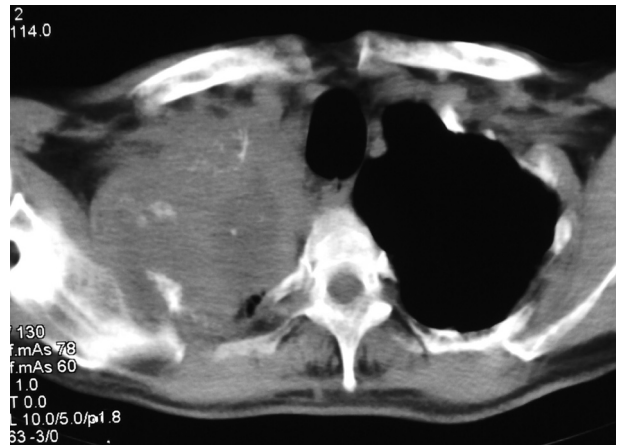


Şekil 1. PA akciğer grafisinde sağ akciğer apekste bu alanı dolduran, düzensiz sınırlı dansite.

kompresyon fraktürü, sağ akciğer apeksini doldurup, göğüs duvarına invazyon oluşturan ve brakiyal pleksusu invaze eden yer kaplayıcı lezyon tespit edildi (Şekil 2). Hastadan göğüs hastalıkları konsültasyonu istendi. Yapılan toraks BT de sağ hemitoraks apikal alanda kostaları destrükte ederek toraks içine ve dışına uzanım gösteren heterojen dansitede yer kaplayıcı lezyon tespit edilerek transtorakal ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı (Şekil 3). Biyopsi sonucunda patolojik olarak küçük hücreli dışı kar-



Şekil 2. Servikal MRI'da C7 servikal vertebra korpusunda patolojik kompresyon fraktürü.



Şekil 3. Toraks BT'de sağ hemitoraks apikal alanda kostaları destrükte ederek toraks içine ve dışına uzanım gösteren heterojen dansitede yer kaplayıcı lezyon.

sinom olarak değerlendirildi. T4 olarak evrelenen hasta onkoloji merkezine yönlendirildi.

TARTIŞMA

1932 yılında yedi olgu bildiren radyolog Henry Pancoast'ın adıyla anılan Pancoast tümörleri kendine özgü klinik bulgular oluşturarak sıklıkla brakial pleksus alt kısmını, üst torasik kaburgaları ve vertebra korpuslarını, stellat ganglion ve subclavian damarları invaze eder. Karakteristik olarak kol ve omuzda ağrı, el kaslarında atrofi, Horner sendromu ve akciğer grafisinde apikal opasite bulgularından oluşur ve "Pancoast sendromu" olarak da adlandırılır^(3,4). Ağrı başlangıçta aynı taraf omuzda, skapulanın vertebral sınırı boyunca hissedilir ve daha sonra kolun ulnar sinir dağılımının olduğu bölgede yayılır (T1 sinir kökü tutulumu), C8 sinir kökü tutulumu ile ön kolun ulnar yüzü ve 4., 5. parmaklarda duyulur⁽⁵⁻⁸⁾. Hastamızda da sağ elde güçsüzlük, uyuşukluk, ağrı yakınması vardı. Bu durum klinik muayenenin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Sağ elde bulunan uyuşukluk ve ağrı yakınması olan hastadan yalnızca tuzak nöropati protokolüyle EMG istenmiş, dirsek bölgesinde tuzaklanma saptanmış fakat pleksopati ve radikülopati açısından değerlendirilmemişti. Ulnar nöropatide lezyon yeri sıklıkla dirsek olmasına rağmen, ulnar sinirin bilekte tuzaklanması, brakial pleksus alt trunkus veya medial kord tutulumu veya C8-T1 kök tutulumları da ulnar sinirin dirsek lezyonlarını taklit edebilir. Sinir iletim çalışmaları ve EMG anomalileri ulnar nöropatinin dirsek lezyonlarının tanınmasında ve diğer olasılıklardan ayırımında önemli rol oynamaktadır⁽⁹⁾. Sinir aksonu bir lokalizasyonda tuzaklanırsa bozulmuş aksonal devamlılık ve aksoplazmik transport nedeniyle başka bir lokalizasyonda tuzaklanmaya duyarlı hale gelir. Buna "double crush sendromu" adı verilir⁽¹⁰⁾.

Brakial pleksopati ya da C8-T1 radikülopatisi olan bir hastada ulnar sinir gövdesi proksimal ve distalden tutulduğu için klinik tablonun ortaya çıkması kolaylaşabilir. Pleksopatilerde; lezyon yeri arka

kök ganglionunun distalinde kaldığından EMG'de duyusal aksiyon potansiyelleri kayıp ya da düşük amplitüdüdür. Bu bulgu radikülopati ile pleksopatinin ayırıcı tanısı için gereklidir. Radikülopatilerde ise; lezyon yeri arka kök ganglionunun proksimalinde olduğundan, duyu kusuru olmasına karşın duyusal potansiyeller normal bulunur. Pleksopatilerde paraspinal kasların normal olmasına karşın, radikülopatilerde bu kaslarda fibrilasyon-pozitif diken potansiyelleri izlenir.

Bu nedenle konsantrik iğne EMG muayenesi ulnar sinir lezyonlarında çok önemlidir⁽¹²⁾. Dirsekte ulnar nöropati için ulnar inervasyonlu el ve ön kol kaslarında denervasyon ya da reinervasyon aranır. Abduktor digiti minimi, 1. Dorsal interosseus, Fleksör digitorum profundus ve fleksör karpi ulnaris kasları uygundur. Median ve radial sinirle inerve olan C8-T1 innervasyonlu kaslar radikülopati ve pleksopatiyi ekarte etmek için incelenmelidir (Abduktor pollicis brevis, fleksör pollicis longus, ekstansör indicis proprius).

Bu hastanın mevcut EMG raporunda, motor sinir iletim çalışmalarının sağda median ve ulnar sinirlerde uygulandığı görüldü. Median sinir motor ileti çalışması abduktor pollicis brevis kasından dirsek ve bilekten uyarı verilerek, ulnar sinir motor ileti çalışması ise abduktor digiti minimi kasından dirsek üstü, dirsek altı ve bilek seviyelerinden uyarı verilerek kaydedilmişti. Duyusal sinir ileti çalışmaları için uyarı bilekten verilip median sinir için 2. parmak, ulnar sinir için 5. parmaktan kayıt alınarak yapılmışti. Dirsek altı ve dirsek üstü segmentteki hızın ön kola göre -11m/sn yavaşladığı görülyordu. Sağda ulnar sinirin dirsek seviyesinde tuzaklandığı rapor edilmişti. Hastaya iğne EMG yapılmadığı için aynı zamanda pleksopati ve radikülopati olup olmadığını söyleyemez.

Hastada yeni başlayan boyun ağrısı ve radikülopati bulgularının olması nedeniyle olabilecek disk ve vertebra patolojilerini ekarte edebilmek için EMG den önce servikal MRI görüntüleme istenildi. Travma öyküsü olmayan, yoğun sigara kullanımı olan

erkek hastanın servikal MRI tetkikinde C7 vertebra korpusunda patolojik kompresyon fraktürü saptandı. Akciğer grafisinde de apikal bölgede heterojen dansite artışı saptandı.

Bu olguda, tuzak nöropati saptanan hastalarda ayırıcı tanı için konsantrik iğne EMG ve anamnezin önemini vurgulamayı amaçladık. Pancoast tümörleri yalnız omuz ağrısı, kol ağrısı, boyun ağrısı olarak karşımıza çıkabilir. Bu nedenle boyun-kol ağrısı olan, radikülopati bulguları olan hastalarda anamnez detaylı sorgulanmalı, sigara kullanımı olan erkek hastalara kesinlikle akciğer grafisi de çekilerek akciğer patolojilerinin dışlanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Talu GK.** Thoracic Outlet Syndrome. *Ağrı* 2005;17(2):5-9.
2. **Fechter JD, Kuschner SH.** The Thoracic Outlet Syndrome. *Orthopedics* 1993;16(11):1243-51.
3. **Silvestri GA, Jett JR.** Clinical aspects of Lung cancer. In Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 5th Edition, Saunders Elsevier, Philadelphia, 2010, 1134.
4. **Ginsberg RJ, Martinin N, Zaman M, et al.** Influence of surgical resection and brachytherapy in the management of superior sulcus tumor. *Ann Thorac Surg* 1994;57:1440-5. [http://dx.doi.org/10.1016/0003-4975\(94\)90098-1](http://dx.doi.org/10.1016/0003-4975(94)90098-1)
5. **Tembeck BK, Okunieff PG, Pass HI.** Chest wall disease including superior sulcus tumors. Lung cancer; principles and practice. edited by Pass HI, Mitchell JB, Johnson D, Turrisi A. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996, pp.585.
6. **Ziporyn T.** Upper body pain; possible tipoff to Pancoast tumor. *JAMA* 1981;246:1759-63. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1981.03320160005003>
7. **Paulson DL.** Carcinomas in the superior pulmonary sulcus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978;70:1095-104.
8. **Urschel HC Jr.** Superior pulmonary sulcus carcinoma. *Surg Clin North Am* 1988;68:497-509.
9. **Preston DC, Shapiro BE.** Ulnar neuropathy at the elbow. Electromyography and neuromuscular disorders 2nd ed. Pennsylvania, Butterworth-Heinemann pub, 2005; 291-313.
10. **Upton ARM, McComas AJ.** The double crush in nerve entrapment syndromes. *Lancet* 1973;2:359-362. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(73\)93196-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(73)93196-6)
11. **Dumitru D.** Electrodiagnostic Medicine I: Basic aspects. In Braddom RL, ed. Physical Medicine and Rehabilitation. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1996: 114-131.
12. **Campbell WW.** Guidelines in electrodiagnostic medicine. Practice parameter for electrodiagnostic studies in ulnar neuropathy at the elbow. *Muscle Nerve Suppl* 1999;8:171-205.