

FİZİKSEL TIP

OLGU SUNUMU: BRAKIAL NÖRİT

CASE REPORT: BRACHIAL NEURITIS

Lale YILMAZ, MD*, Hatice BODUR, MD*, O. Hakan GÜNDÜZ, MD*, Halil UÇAN, MD*, Selçuk COŞKUN, MD*

* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

ÖZET

Brakial nörit omuz ve üst ekstremitede ağrı ve kuvvetsizliğe neden olan etiyojisi bilinmeyen nadir bir hastalıktır. Burada brakial nörit gelişen iki hasta sunuldu ve literatür ışığında tartışıldı.

Anahtar sözcükler : Brakial nörit

SUMMARY

Brachial neuritis is a rare disorder of unknown etiology that causes pain and weakness of shoulder and upper extremity. Herein we present two patients with brachial neuritis and discussed the cases under the light of the literature.

Key words : Brachial neuritis

GİRİŞ

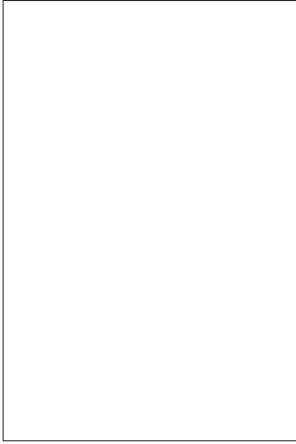
Brakial nörit, etiyojisi bilinmeyen omuz kuşağını, üst ekstremitayı veya her ikisini de etkileyen nadir bir hastalıktır (1). Hastalık brakial nöralji, brakial pleksus nöropatisi, paralitlik brakial nörit, nöraljik amiyotrofi, akut brakial radikülit ve Parsonage-Turner sendromu gibi isimlerle anılmaktadır (2). İlk olarak 1897'de Feinberg tarafından influenza ile ilişkili komplet tek taraflı brakial pleksus nöriti tanımlanmıştır. 1940'ların başına kadar bir çok vaka bildirilmiştir, en çarpıcı olanı Spillane tarafından Orta Doğu'da 46 askerde omuz kuşağını tutan lokalize nörit gelişmesidir. 1948 yılında Parsonage ve Turner, II. Dünya Savaşı'nda 136 askerde omuz üstünde ani başlayan, boyuna veya kola yayılan daha sonra motor kayıp ve atrofi gelişen vakalarını yayınlamışlardır. Daha sonra 1957'de benzer bulgularla İngiltere'de bir çalışma yayınlanmıştır (1).

Hastalığın insidansı bir çalışmada 100.000'de 1,64 olarak bildirilmiştir. Hastaların yaşı 3 ay ile 75 yaş arası gibi geniş bir aralığa sahiptir. En sık 3. dekat ve 7. dekatta rastlanır. Erkekler de kadınlara göre 2/1-11,5/1 oranda daha sık rastlanır. Tutulumda sağ veya sol ekstremitate arasında fark yoktur ve dominant elle ilgili bir korelasyon bulunmamaktadır. Klinik olarak bilateral tutulum 1/3 oranındadır ve eğer bilateral tutulursa

başlangıç ve hastalığın gidişi asimetriktir (1,3,4). Bu yazıda brakial nöritli iki olgu sunulup, literatür ışığında tartışılmıştır.

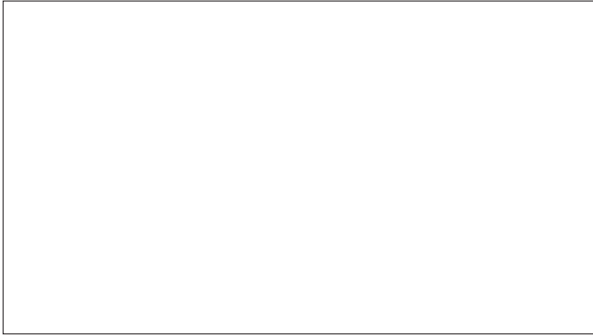
OLGU SUNUMU

OLGU 1: 42 yaşında kadın hasta, 30 gün önce sabah uyanığında ani başlayan şiddetli sağ omuz ve kol ağrısı ve bundan 5 gün sonra gelişen sağ kolda kuvvetsizlik, sağ omuz hareketlerinde kısıtlılıktan yakınıyordu. Ağrının çok şiddetli, kıvrandırıcı tarzda olduğu, ağrı nedeni ile hastanın omuzunu ve kolunu kullanamadığı ve uyumakta güçlük çektiği öğrenildi. Hasta bize gelmeden önce acil servise başvurmuştu. Hastaya monoparezi ön tanısı ile çekilen acil kranial bilgisayarlı tomografi (BT) normal bulunmuştu. Daha sonra çekilen servikal Magnetik Resonans Görüntüleme (MRG)'de C4, C5 ve C6 vertebra larda milimetrik osteofitik değişiklikler ve C5 vertebra korpusunda 8 mm çaplı hemanjiyom tespit edilmişti. Tüm servikal intervertebral disk konturları, faset eklemler ve intervertebral nöral foramen genişlikleri normal idi (Şekil 1). Analjezik (Contramal 100mg/gün) ve miyorelaksan ilaçlar verilen hasta, yakınmalarının azalmayışi nedeni ile polikliniğimize başvurduğunda yapılan fizik muayenede bilinci açık, koopere, vital bulguları stabil, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve batin muayenesi normaldi. Boyun hareketleri açık ve ağrısızdı. Pa-

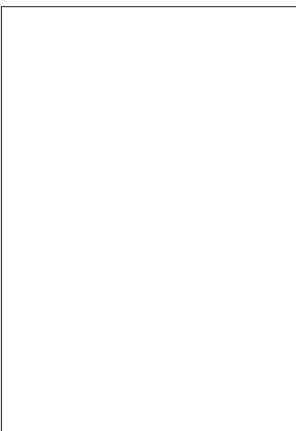


ravertebral spazm yok idi. Hasta sağ omuzunu ve kolunu adduksiyonda, sağ dirseğini fleksiyonda tutuyor ve diğer eli ile kolunu destekliyordu. Sağda supraspinatus, infraspinatus, deltoid, biceps ve trisepste atrofi ve kuvvet kaybı mevcuttu (Şekil 2). Adale gücü yaklaşık 3 değerindeydi. Sağ kol, sol kola göre 2.5 cm atrofikti. Valsalva

ve Spurling testleri negatifti. Sağ omuzda pasif olarak tüm hareketler açık ve ağrılı idi. Hastanın anamnezinde daha önce geçirilmiş enfeksiyon, aşılama, travma, cerrahi ve fiziksel bir zorlama yoktu.



Laboratuvar analizlerinde sedimentasyon 5 mm/sa, rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkikleri, tam idrar tetkiki normal sınırlarda, ASO, CRP, RF negatif idi. Hastada enfeksiyon odağı tespit edilmedi. Omuz grafileri ve omuz ultrasonografisi normaldi (Şekil 3).



Hastanın yapılan boyun ultrasonografisinde tiroide minimal diffüz büyüme dışında bir patolojiye ve kitleye rastlanmadı.

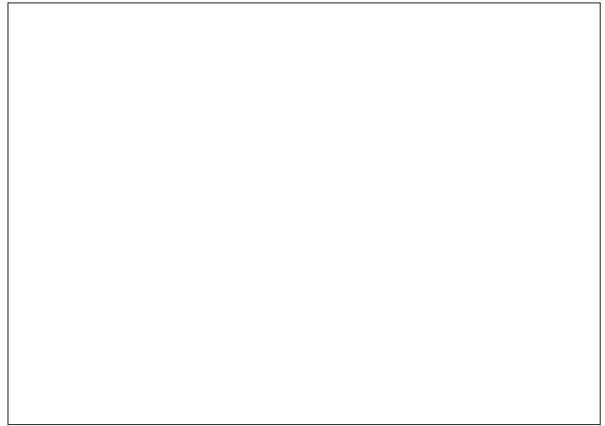
Elektromiyografide sağ supraspinatus, infraspinatus, deltoid, biceps, triseps ve servikal paraspinal kaslarda yaygın akut dener-

vasyon bulguları izlendi. Median, ulnar ve radial sinir motor ve duyu iletim çalışmaları normal bulundu. Hasta bu bulgularla brakial nörit olarak değerlendirildi.

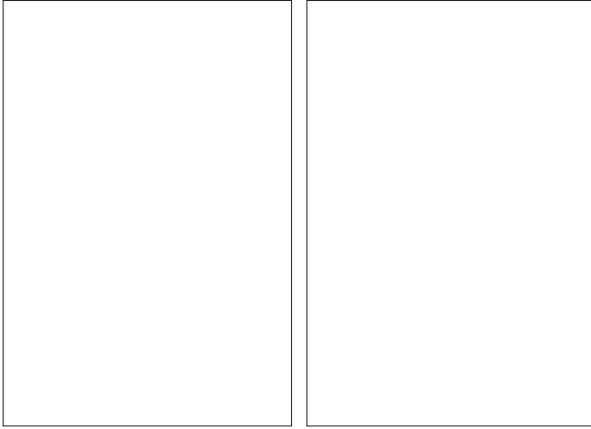
Hastaya karbamazepin 300 mg, infraruj, TENS, sağ paraskapular ve omuz kaslarına ultrason ve sağ omuz ROM egzersizleri uygulandı. Hasta bu tedaviye dramatik olarak cevap verdi. Ağrı ve kuvvet kaybı giderek düzelmeye başladı.

OLGU 2: 71 yaşında erkek hasta 25 gün önce ani olarak başlayan boyun ve sol kol ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastada ağrı başlangıcı ile birlikte sol kolda güçsüzlük ve uyuşma, karıncalanma hissinin geliştiği ve sol kolunu kaldırmakta güçlük çektiği öğrenildi. Hastanın öyküsünde bu şikayetler öncesinde travma, cerrahi, aşılama, enfeksiyon, aşırı egzersiz yoktu.

Hasta polikliniğimize başvurduğunda yapılan fizik muayenesinde bilinci açık, koopere, vital bulguları stabildi. Genel sistem muayeneleri doğal olarak değerlendirildi. Hareket sistemi muayenesinde boyun ekstansiyonu EHA sonu kısıtlı ve ağrılı idi. Sol omuz çevresi kaslar atrofikti ve belirgin kuvvet kaybı mevcuttu (Şekil 4). Sol omuzda pasif olarak hareketler açık ancak ağrılı idi. Solda C6 ve C7 dermatomlarına uyan bölgelerde hipoestezi tespit edildi. DTR'leri normoaktif olarak alındı.



Hastada yapılan laboratuvar çalışmalarında sedimentasyon 6 mm/sa, CRP < 6 mg/l, rutin hematolojik, biyokimyasal ve idrar analizleri normal olarak tespit edildi. Çekilen servikal grafide dejeneratif değişiklikler mevcuttu. Omuz grafisi normal olarak değerlendirildi. Omuz MRG'si kaslarda atrofi dışında normaldi (Şekil 5). Hastanın servikal MRG'nde C5, C6, C7 vertebralarda tip 2 dejenerasyon, C5-6 ve C6-7 düzeylerinde minimal disk bulging ve C3-4 düzeyinde posterosantral minimal protrüzyon tespit edildi (Şekil 6).



Elektromiyografik çalışmada solda deltoid ve bisepte yaygın akut denervasyon izlendi. Servikal paraspinal kas EMG'si normaldi. Erb stimülasyonunda normal latanslı ve amplitüdü potansiyeller elde edildi. Median, ulnar ve radial sinir iletim çalışmaları normaldi.

Hasta bu bulgularla brakial nörit olarak değerlendirildi. Hastaya medikal tedavi olarak analjezik-antiinflamatuvar ilaçlar başlandı. Sol omuz ve paraskapular kaslara hot-pack, ultrason, interferans ve egzersiz uygulandı. Hastanın 6 haftalık takibinde ağrısında azalma, kuvvet kaybında hafif bir iyileşme gözlemlendi.

TARTIŞMA

Brakial nörit klinik olarak çok iyi tanımlanmış bir hastalık olmasına rağmen kesin nedeni bilinmemektedir. Allerjik mekanizmalar ve enfeksiyöz etiolojiden şüphelenilmektedir ancak kesin kanıtlar saptanmamıştır. Bildirilen vakaların yarısından fazlasında daha önce bir hastalık yoktur (1,2,5). Travma, enfeksiyon, viral hastalıklar, ağır egzersiz, cerrahi, aşılama ve otoimmün mekanizmalar tartışılmış, ayrıca nadir bir herediter form da bildirilmiştir (1,6). Bizim her iki olgumuzda da etiolojide bir neden bulunamadı. Ancak şimdiye dek bu tür olguya hiç rastlamayıp sonra iki ay ara ile 2 olguyu görmemiz dikkatimizi çekti. Bizi enfeksiyöz etioloji üzerinde düşündürdü. Ancak herhangi bir neden belirlenemedi.

Hastalığın en belirgin semptomu omuz kuşağında ve etrafındaki ağrıdır. Ağrı, çok şiddetli, yanıcı ve keskindir, omuzdan yukarıya boyuna veya kolun lateraline yayılır, sıklıkla dirseğin altına kadar uzanır. Ağrının başlangıcı anid ve geceleri daha şiddetlidir (1,5,6).

Ağrı birkaç saat ile 2-3 hafta arasında yoğun olarak devam

eder. Omuz hareketleri ağrıyı arttırırken, boyun hareketleri ve Valsalva tipi yüklenmekle ağrı etkilenmez ve bu, ağrının radiküler orjinli olmadığını gösterir. Hastalar Vaxman tarafından 'fleksiyon-adduksiyon' bulgusu olarak tanımlanan omuz ve kolu adduksiyonda ve dirseği fleksiyonda tutarlar (1,3).

Kuvvet kaybı bazen ağrı başlangıcı ile aynı zamanda başlasa da, genellikle ağrı azaldıktan sonra kendini gösterir (1,7). İlk semptom başladıktan 2 hafta sonra % 70, 1 ay sonra % 85 hastada güçsüzlük gelişir (1). Bizim 1. olgumuzda kuvvet kaybı 5. gün, 2. olgumuzda ağrı ile eşzamanlı başlamıştı.

Kas güçsüzlüğü, bir veya bir kaç periferik sinirin veya trunkusun innerve ettiği kaslarda ya da kombine olmak üzere farklı şekillerde ortaya çıkabilir. En sık etkilenen aksiller (yaklaşık % 70) sinirdir ve bunu sırası ile suprakapular, uzun torasik ve muskulokutaneus sinir izler. Radial, anterior interosseoz, median ve frenik sinirlerde de tutulum bildirilmiştir (1,2,5). Kaslardaki güçsüzlük, ağrının başladığı lokalizasyonu takip etmek zorunda değildir. Tutulan kaslarda belli derecelerde atrofi gelişebilir (1).

Duyusal kayıp çok az olabilir veya yoktur. Duyusal kayıp genellikle etkilenen sinir bölgesinde, en sık omuz lateralinde ve üst kolda (aksiller sinir), ikinci sıklıkta da ön kolun radial yüzünde görülür (1,5,6). Bizim 1. vakamızda duyu kaybı yoktu, ancak 2. vakamızda omuz lateralinde duyu kaybı mevcuttu.

Hastalarda kontralateral omuz tutulursa genellikle bulgular asimetrik ve subklinikdir, ancak güçsüzlük ve duysal değişiklikler tespit edilebilir (1).

Brakial nöritli hastalarda tanısal çalışmaların büyük bir kısmı normaldir. Tam kan sayımı, sedimantasyon hızı, serum elektrolitleri, karaciğer fonksiyon testleri, idrar analizi normaldir. Beyin omurilik sıvısı genellikle normaldir, ancak bir kaç vaka da total proteinde hafif derecelerde yükseklik bildirilmiştir. İmmünolojik çalışmalar normal sınırlardadır (1,6). Bizim olgularımızda da laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda idi.

Servikal vertebra ve omuz grafilerinde genellikle spesifik bir değişiklik bulunmaz (1). Brakial nörit, omuzda ağrı ve güçsüzlüğe neden olabilecek rotator manşon yırtıkları, impingement sendromları, adeziv kapsülit ve kalsifik tendinit gibi bir çok durumla karışabilir (1,4). Hastalarımızda omuz ağrısı nedenlerinin ayırıcı tanısı için yapılan omuz incelemeleri normaldi. Ayırıcı tanıda ayrıca, servikal disk hernileri, poliomyelit, ami-

yotrofik lateral skleroz, herpes zoster, spinal kord veya brakial pleksus tümörleri ve travmatik, kompresif sinir yaralanmaları sayılabilir (1,3-6).

Akut üst servikal disk hastalıkları mutlaka ekarte edilmelidir. Sinir kökü kompresyonu yapan akut servikal disk tablosu brakial nöritle benzer tabloya neden olur, ancak disk basısında ağrı boyun ekstansiyonu ile artar ve Spurling, Valsalva manevraları pozitifdir. Diskojenik ağrıda duyuşsal kayıp genellikle brakial nöritte görüldüğünden daha fazladır ve ağrı daha uzun süre devam eder. BT'li miyelogramlar veya MRG sinir kökü basısını ayırt etmede yardımcı olabilir (1,3). Biz de her iki hastamızda öncelikle akut servikal disk hernisi ve kök basısı düşündük. Ancak servikal MRG'de bu klinik tabloyu izah edecek her hangi bir spesifik patoloji tespit edilmedi.

Elektronöromiyografi (ENMG) lezyonun lokalizasyonun tespiti ve tanının doğrulanması için en faydalı tanınal çalışmadır (1,5,6). Elektromiyografik bulgular değişken olabile de en önemli özellik aksonal nöropatiyi gösteren fibrilasyon ve pozitif keskin dalgalar gibi akut denervasyon bulgularının bulunmasıdır (1,3,5,6). Motor iletim çalışmaları genellikle normaldir. Duyusal potansiyeller düşük amplitüdüli olabilir. İzlenen anormallikler bazen pleksus dağılımına uygun olmayabilir. Çünkü aksonal kayıp yamalı tarzdadır (6).

ENMG ile periferik kompresyon nöropatilerinin, travmatik üst trunkus lezyonlarının ve diğer trunkus lezyonlarının brakial nöritten ayırt edilmesi sağlanır ve kontrilateral üst ekstremitede subklinik tutulum varsa ortaya konulur.

Hastalarımızda ENMG bulguları brakial nörit ile uyumlu idi. Paraspinal kaslarda denervasyon brakial nöritte nadir bir durum olduğu için kök basısı yapan nedenlerin mutlaka ayırt edilmesi gereklidir (3,8).

Son zamanlarda MRG'nin brakial nörit tanısında yardımcı olabileceği vurgulanmaktadır. T2 ağırlıklı görüntülemelerde supraspinatus, infraspinatus ve deltoide yüksek intensiteli sinyaller alınmaktadır. Semptomlar başladıktan birkaç hafta sonra aynı kas gruplarında atrofi izlenir. Brakial pleksusun görüntülenmesinde herhangi bir patolojik değişiklik tespit edilmez. Ayrıca MRG ile diğer omuz patolojilerinin ayırıcı tanısı yapılabilir (1,4,9). İkinci olgumuzun omuz MRG'inde deltoide ve supraspinatus kaslarında atrofi tespit edildi.

Brakial nöritli bazı hastalarda biyopsi uygulanmış ve ciddi

pleksus tutulumlu iki hastada radial sinirin kutanöz dalında aksonal dejenerasyon tespit edilmiştir (1).

Hastalığın gidişini değiştirecek bir tedavi yöntemi olmadığından destek tedavisi uygulanır. Ekstremitte hareketi ile ağrı artabileceğinden istirahat önerilir. Tutulan üst ekstremitenin immobilizasyonu etkilenen kaslarında gerilmesini önleyecektir (1,7).

Çok ciddi, günlük yaşamı etkileyen ağrı olduğu için analjezikler tedavide önemli rol oynar. Steroid uygulamasında belli bir fayda gözlenmemiştir. Ağrı azaldıkça, omuz ve dirseğin hareket açıklığının korunabilmesi için pasif ROM egzersizleri tedavi programına eklenmelidir. Etkilenen kaslarda iyileşme başlar başlamaz aktif rehabilitasyon programı da başlamalıdır. Subklinik tutulum olabileceğinden tüm gövde ve her iki üst ekstremite kasları aktif rehabilitasyona katılmalıdır. Masaj, ultrason ve elektriksel stimülasyon gibi diğer modaliteler yardımcı olabilir, ancak bunların kullanımı ile ilgili veriler yetersizdir (1).

Nadir olarak hastalarda iyileşme gözlenmez ve cerrahiye ihtiyaç duyulur. De Palma bir hastada skapulanın toraksa stabilizasyonunun, bir başka hastada da baş parmak, parmaklar ve el bileğinde yoğun tendon transferlerinin yapıldığını bildirmiştir (1).

Brakial nörit, benign bir hastalıktır, prognoz genellikle çok iyidir. Yaklaşık %80 hasta 2 yıl, %90 hasta 3 yıl içinde tam olarak iyileşir (2). Genellikle normal güç ve fonksiyon kazanılır ancak bunun ne kadar zaman alacağı değişkendir. Bir ay kadar kısa olabileceği gibi tam iyileşme 3 yıl da sürebilir. Duyusal ve motor iyileşme birbirine paraleldir. Ağrının ve/veya kuvvetsizliğin derecesi ve süresi daha şiddetli ise iyileşme daha fazla zaman alır. Ayrıca multipl sinir tutulumu olan hastalarda iyileşme daha yavaştır. Prognoz üst trunkus lezyonu olanlarda en iyidir (1,2,7,8). Bizim olgularımızda da prognoz oldukça iyiydi. Birinci olguda 14 haftalık, ikinci olguda ise 6 haftalık bir süreçte belirgin bir düzelme izlendi. Brakial nöritli olgularda %5'ten daha az rekürrens bildirilmiştir (5).

Sonuç olarak omuz ve kol ağrısı ve kuvvetsizliği nedenleri arasında ayırıcı tanıda brakial nöritin mutlaka düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. McCarty EC, Tsairis P, Warren RF. Brachial Neuritis. Clin Orthop Rel Res 1999; 368: 37-43.
2. Walsh NE, Dumitru D, Kalantri A, Roman AM. Brachial Neuritis Involving the Bilateral Phrenic Nerves. Arch Phys Med Rehabil 1987; 68: 46-48.
3. Dumitru D. Brachial Plexopathies and Proximal Mononeuropathies. In: Electrodiagnostic Medicine. Philadelphia: Hanley (Belfus, 1995:585-642
4. Helms CA, Martinez S, Speer KP. Acute Brachial Neuritis (Parsonage-Turner Syndrome): MR Imaging Appearance-Report of Three Cases. Radiology 1998; 207: 255-259.
5. Misamore GW, Lehman DE. Parsonage-Turner Syndrome (Acute Brachial Neuritis). J. Bone and Joint Surg 1996; 78-A: 1405-1408.
6. Campbell WW. Plexopathies. In: Essentials of Electrodiagnostic Medicine. Baltimore: Williams (Wilkins, 1999:207-224.
7. Kozin F. Painful Shoulder and The Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome. In: Koopman WJ, ed. Arthritis and Allied Conditions. Philadelphia: Williams (Wilkins, 1997:1887-1922.
8. Oh SJ. Nerve Conduction in Focal Neuropathies In: Clinical Electromyography, Nerve Conduction Studies. Baltimore: Williams (Wilkins, 1993: 496-574.
9. Bredella MA, Tirman PFJ, Fritz RC, Wischer TK, Stork A, Genant HK. Denervation syndromes of the shoulder girdle: MR Imaging with Electrophysiologic Correlation. Skeletal Radiol 1999; 28: 567-572.