

Tekrarlayan Omuz Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Parsonage Turner Sendromu (Nöraljik Amiyotrofi)

A Rare Cause of Recurrent Shoulder Pain: Parsonage Turner Syndrome (Neuralgic Amyotrophy)

Rabia Terzi¹, Ebru Yaşar², Zahide Yılmaz², Doğan Atlıhan³

¹Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli, Türkiye

²Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye

³Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, Kocaeli, Türkiye

ÖZET

Parsonage Turner Sendromu, omuz kuşağında ani ağrı ile başlayan; gün veya aylar içerisinde kuvvet kaybına ilerleyen klinik bir sendromdur. Sıklığı 100 binde 1.64 olarak bildirilmiştir. Hastalığın seyri sırasında nadir de olsa rekürrensler gözlenebilir. Bu olgu sunumunda sol omuz ağrısı ve kolda güçsüzlük yakınmasıyla başvuran 51 yaşında erkek hastada, supraspinatus tendinitiyle birlikte klinik ve elektro fizyolojik incelemeler ile ikinci kez tekrarlayan, akut brakial pleksit tanısı konulmuştur. Parsonage – Turner sendromu omuz, kol ve skapula çevresinde ağrı ve kuvvetsizlik yakınması olan hastalarda mutlaka düşünülmesi gereken bir tanıdır. Tanı; dikkatli bir anamnez, klinik muayene, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri, EMG testi ile birlikte değerlendirilmelidir. Hastalık takibinde rekürrenslerin olabileceği, rotator kaf lezyonlarıyla birlikte de görülebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Omuz ağrısı, brakial pleksus nöriti, rotator kaf

ABSTRACT

Parsonage Turner syndrome is a clinical syndrome beginning with sudden pain in the shoulder region with a progressive loss of strength in days or months. The incidence is 1.64 per 100 thousand. During the course of the disease, recurrences are rarely observed. A 51-year-old male patient with complaints of pain in the left shoulder and weakness in the left arm was admitted to our hospital. He was diagnosed to have supraspinatus tendinitis. The clinical and the electro-physiological investigations have also revealed a recurrent acute brachial plexopathy. Parsonage - Turner syndrome should be considered in patients with shoulder pain and weakness in the arms and around the scapula. The diagnosis should be made with a carefully taken history, clinical examination, radiological and laboratory tests, and the EMG test. It should be kept in mind that recurrences may be encountered in the follow-up, and it can be accompanied by rotator cuff lesions.

Keywords: Shoulder pain, brachial plexus neuritis, rotator cuff

Yazışma Adresi
Corresponding Author

Rabia Terzi

Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği,
Kocaeli, Türkiye

Tel: 0 262 317 00 00

E-posta: drrabia1@yahoo.com

Geliş Tarihi/ Received: 01.10.2012

Kabul Tarihi/Accepted: 15.02.2013

Giriş

Parsonage – Turner sendromu; brakial pleksus nevriti, nöraljik amiyotrofi isimleriyle de bilinen üst ekstremitelerde şiddetli ağrı atağı ile başlayan ve ilerleyen dönemde

parezi ve atrofiye neden olan yavaş ve inkomplet iyileşmenin görüldüğü klinik bir sendromdur (1).

Hastalığın etiyolojisi, patogenezi, hatta yerleşim yeri tam olarak bilinmemektedir (2). Klinik ve elektrodiagnostik

olarak, multipl mononöropati, mononöropati, brakial pleksopati olmak üzere üç değişik klinik tablodan söz edilebilir. Erişkin erkeklerde daha sık görülür. Olguların %10'unda karşı tarafta tutulum olabilir. Bazı olgular ikinci kez tekrarlayabilir (3). Herediter formlar tanımlanmış ve sorumlu genin 17q 25 de olduğu bildirilmiştir (4).

Omuz ağrılarıyla bir çok klinisyen sıklıkla karşılaşmaktadır. Bu hastaların ayırıcı tanısında mutlaka ayrıntılı anamnez ile ağrı ayrıntılı sorgulanmalı, beraberinde güçsüzlük olup olmadığı fizik muayene ile tespit edilmelidir. Bu yazıda şiddetli omuz kuşağı ağrısı, ağrı şiddetinde azalmayı takiben, sol kolda belirgin kuvvet kaybı şikayeti ile başvuran ve supraspinatus tendiniti ile birlikte, tekrarlayan nöraljik amiyotrofi tanısı almış 51 yaşında erkek hasta literatür eşliğinde sunulmuş ve tartışılmıştır.

Olgu

51 yaşında erkek hasta, 2 ay önce sol omuz ve çevresinde başlayan şiddetli ve yanıcı tarzda ağrı yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Ağrı hareket sırasında artmakta ve sol skapular bölge ile kola yayılım göstermekteydi. Hasta ağrı yakınmasının başlangıcından üç gün sonra sol kolunda kuvvet kaybının geliştiğini ifade etti. Bütün bu şikayetlerinden önce, enfeksiyon travma ve aşırı fiziksel aktivite tariflememi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Bir yıl önce sağ omuzunda da benzer şikayetlerin yaşandığı öğrenildi.

Fizik muayene de sol omuz eklem hareket açıklıkları (aktif/pasif) fleksiyon 60/100, abduksiyon 45/120,



Şekil 1. Omuz kaslarında atrofi

external rotasyon 20/30, internal rotasyon 30/40, adduksiyon 30/40 derece olarak bulundu. Sağ omuzun abduksiyonu (aktif/pasif) 150/160 derece iken diğer eklem hareket açıklıkları normal, sol omuz hareketleri tüm yönlere ağırlıydı. Solda infra spinatus, sağda deltoid kasda belirgin atrofi gözlemlendi (Şekil 1). Sol omuz proksimal kaslarda kas gücü 3/5 idi. Boyun hareketleri açık ve ağrısız bulundu. Derin tendon reflexleri normoaktif, duyu olağandı.

Rotator kaf lezyonu, servikal diskopati, paraneoplastik sendrom, polimaljia romatika, proksimal myopati ön tanıları ile; omuz ön-arka grafisi, posterior anterior akciğer grafisi, sol omuz, servikal ve brakial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemeleri; rutin kan testleri, kreatin kinaz ve tümör markerleri istendi. Laboratuvar testleri ve akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Sol omuz MRG'de supraspinatus tendonunda tendinit,

Tablo 1. Motor sinir ileti çalışması.

	Distal Motor Latans	İleti Hız	Amplütüd
N.Axillaris (Deltoid)	N	N	N
N.Muskulokutanöz (Biceps Brachi)	N	N	N
N.Radialis (Triceps,Extensör İndicis Proprius)	İlimli Uzamış	N	İlimli Küçültme
N.Medianus (Abductor Pollicis Brevis)	N	N	N
N.Ulnaris (Abductor Digiti Minimi)	N	N	N
N.Tibialis posterior (Abduktör Halusis)	N	N	N
N.peronealis (Extensör Digitorum Breves)	N	N	N

Tablo 2. Duyusal sinir iletim çalışması.

	Distal Duyusal Latans	İleti Hız	Amplütüd
1.Parmak (N.Radialis)	N	N	N
2.Parmak (N.Medianus)	N	N	N
5.Parmak (N.Ulnaris)	N	N	N

Tablo 3. Konsantrik iğne EMG çalışması.

	Spontan Aktivite Potansiyelleri		Motor Ünite Potansiyelleri		İnterferans Paterni	
	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Servikal Parasipinal Kaslar	-	-				
Dorsal Scapular Sinir (M.Rhombodius)	-	+	Yüksek amplitüdümlü Polifazik Uzun Süreli	Tek MÜP	Seyrelme	Tek Osilasyon
Suprascapular Sinir (M.Supraspinatus)	-	+	Normal	Yüksek amplitüdümlü Polifazik Uzun Süreli	Normal	Seyrelme
Suprascapular Sinir (İnfraspinatus)	-	-	Normal	Yüksek amplitüdümlü Polifazik Uzun Süreli	Normal	Seyrelme
N.Axillaris (M.Deltoid)	-	-	Normal	Yüksek amplitüdümlü Polifazik Uzun Süreli	Normal	Seyrelme
N.Medianus (Abductor pollicis brevis)	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal
N.Ulnaris (Adductor digiti minimi)	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal
N.Radialis (M.Triceps)	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal
N.Radialis (M.Extensör digitorum Communis)	-	-	Normal	Normal	Normal	Normal

akromioklavikuler eklemdede hipertrofi, ve akromioklaviküler mesafede azalma tespit edildi. Servikal MRG de minimal dejeneratif değişiklikler dışında özellik izlenmedi. Brakial pleksus MRG olağan olarak değerlendirildi. Hastanın kas güçsüzlüğünü açıklamak amacıyla, elektromyografi (EMG) testi yapıldı. Sinir ileti çalışmasında motor yanıtlar median, ulnar, muskulokutanöz, aksiller, radial sinirler için sırasıyla abduktör pollicis brevis, abduktör digiti minimi, biceps braki, deltoid ve triceps kaslarından bilek, dirsek ve erb noktalarından uyarılarak kaydedildi (Tablo 1).

Duyusal yanıtlar median sinir için ikinci parmak, ulnar sinir için beşinci parmaktan antidromik yöntem ile elde edildi ve normal olarak değerlendirildi (Tablo 2).

EMG incelemesinde mevcut bulgular ile dorsal skapular sinir solda totale yakın subakut-kronik, sağda parsiyel kronik; supraskapular sinirin solda subakut-kronik sağda parsiyel kronik; aksilerin sinir sağda parsiyel kronik aksonal dejenerasyon ve rejenerasyon ile giden multipl mononöropati olduğu düşünülmüştür (Tablo 3).

Anamnez özellikleri ile birlikte değerlendirildiğinde klinik tablo tekrarlayan bilateral, nöraljik amiyotrofi ile uyumlu bulundu. Hastaya medikal tedavi olarak 1500 mg/gün parasetamol ile 10 mg/gün amitriptilin verildi. Fizik tedavi programına alındı. Sol omuza 20 seans TENS, sıcak paket, ultrason ile her iki omuza egzersiz programı (eklem hareket açıklığı, güçlendirme ve germe egzersizleri) verildi. Tedavi sonrası hastanın omuz ağrısı oldukça rahatladı, aktif ve pasif eklem hareket açıklıkları arttı. Hasta 6. ayında tekrar değerlendirildiğinde omuz ağrısı tariflemiyordu. Sağ omuz eklem hareket açıklıkları aktif ve pasif olarak tamdı. Sol omuz eklem hareket

açıklıkları (aktif/pasif) fleksiyon 150/180, abduksiyon 130/180 olarak değerlendirildi. Omuz fleksiyon ve abduksiyon kas gücü 3+/5, iç ve dış rotasyon kas gücü 4/5 olarak bulundu.

Tartışma

Akut brakial pleksit nadir görülen bir hastalık olup 100 binde 1.64 olarak bildirilmiştir (5). Erkek-bayan oranı 2/1 ile 11,5/1 oranında bildirilmiştir (6,7,8). Etkilenen yaş 3 ay (9) ile 75 yaş arasında (12) değişir. Üçüncü ve yedinci dekatlarda pik yapar. Bizim hastamız 51 yaşında erkek hastaydı.

Hastalığın etiolojisinde ağır egzersiz, travma, cerrahi enfeksiyonlar, aşılama, otoimmün mekanizmalar, interferon tedavisi, botulinum toksin enjeksiyonu, radyasyon terapisi, kontrast madde enjeksiyonu, doğum ve abortus sonrası, herediter geçiş ve lomber ponksiyon yer almaktadır (4). Hastamızda etiolojik bir faktör tespit edilememiştir. Litaretürde rekürrensler %1- 26 oranında bildirilmiştir (10,11,12,13). Olgumuzda da bir yıl önce sağ omuzda benzer şikayetler ifade edilmiştir.

Hastamızın omuz MRG'de supraspinatus tendiniti ve dejeneratif değişiklikler tespit edilmiştir. Hastanın kuvvet kaybının varlığı ve nöropatik tarzda ağrı yakınmasının olması bu bulgularla açıklanamadığından EMG yapılmış ve tanı konulmuştur. Literatürde benzer şekilde rotator kaf yırtığı olan bir hastada gecikmeli olarak, nöraljik amiyotrofi tanısı konulmuş ve yanıcı omuz ağrısı ve kuvvetsizlik olan hastalarda ayrıntılı nörolojik değerlendirme ile nörolojik problemlerin ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (14). EMG parezinin başlamasını takiben üç ve/veya dördüncü haftalarda yapılır. Distal sinirler ve kaslar

çoğu olguda klinik ve EMG olarak normaldir (15). Bizim olgumuzda da distal sinirler ve kaslarda patolojik bulguya rastlanmamıştır. Mononöropati olguların %18'inde, multipli mononöropati % 55, brakial pleksopati % 27'sinde görülür. En çok süperior turunkus tutulumu ile kendini gösterir. Supra-infra spinatus romboid kaslar, deltoid ve biceps braki kasları en fazla tutulur (15). Olgumuzda dorsal skapular ve supraskapular sinirde subakut- kronik ve aksiler sinirde kronik aksonal dejenerasyon ve rejenerasyonla giden etkilenim olduğu görüldü. Ayırıcı tanıda herediter akut pleksus brakialis nöropatisi düşünüldü. Herediter formlar genellikle 20-30 yaş kadınlarda görülür, sık tekrarlar ve tabloya ağrı genellikle eşlik etmez. Fasial sinir 8 ve 10. kranial sinir tutuluşları, lumbosakral pleksopatiler ve fibuler sinir tutuluşu görülebilir. Sorumlu genin kromozom 17q 25'te olduğu bildirilmiştir (3). Cinsiyet klinik gidiş ve EMG bulguları ile herediter formda olmadığı düşünülmüş fakat; hastanın onayı alınmadığı için kromozom analizi ile desteklenememiştir.

Hastalığın tedavisi semptomatiktir. Tedavide amaç; ağrının azaltılması hareket açıklığının korunması ve kas gücünün iyileştirilmesidir. Herhangi bir tedavi modalitesinin diğerine üstünlüğünü gösteren bir kanıt yoktur. Kortikosteroid ve immunglobulin tedavisi hastalığın erken döneminde kas güçsüzlüğünün kötüye gidişini önlemede tavsiye edilmesine rağmen, bu tedavilerin etkinliği ispatlanmamıştır (16,17). Ağrı kontrolünde analjezikler, non steroid anti enflamatuar ajanlar, gabapentin, opioidler, nöroleptikler ve TENS(transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu) kullanılır. Fizik tedavi ve rehabilitasyon, kas kuvvetinin ve mobilitenin sürdürülmesinde yararlıdır (2,18). Eklem hareket açıklığı egzersizleri tedavide önemli yer tutar. Denervasyon süresi uzamış vakalarda tartışmalı olmakla birlikte, elektrik stimülasyonu önerilir (18). Vakamızda medikal tedavi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ağrı ve hareket kısıtlılığında iyi sonuçlar elde edilmiştir.

Hastalığın seyirinde genellikle 3 ya da 4 ayda kademeli iyileşme ve kas güçsüzlüğünde düzelme görülür (19). Bazı hastalarda önemsiz ölçüde kalıcı kuvvetsizlik ya da birkaç yıl süren kas kuvvetsizliği oluşabilir. Genelde uzun süren ağrı periyotları olan hastalarda kuvvette gecikmiş iyileşme görülür (20). Hastamızda şikayetlerinin başlamasını takiben 6. ayda tama yakın düzelme gözlenmiştir.

Sonuç

Parsonage – Turner sendromu omuz, kol ve skapula çevresinde ağrı ve kuvvetsizlik yakınması olan hastalarda mutlaka düşünülmesi gereken bir tanıdır. Fizik muayene sırasında omuz ve kol ağrısı ile gelen hastalarda tanı; dikkatli bir anamnez, klinik muayene, radyoloji ve laboratuvar tetkikleri, EMG testi

ile birlikte değerlendirilmelidir. Rotator kaf lezyonu olan hastalarda ağrının nöropatik karakterde olup olmadığı, ağrıya kas atrofisinin ve kuvvetsizliğinin eşlik edip etmediği mutlaka değerlendirilmeli, Parsonage – Turner sendromunun rotator kaf lezyonlarıyla birlikte de görülebileceği unutulmamalıdır. Hastalara hastalığın gidişatının genellikle iyi seyirli olduğu, nadir de olsa tekrarlayabileceği anlatılmalıdır.

Kaynaklar

1. Van Alfen N, Van Der Werf SP, Van Engelen BG. Long-term pain, fatigue, and impairment in neuralgic amyotrophy. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90:435-9.
2. Kimura J: Electrodiagnosis in diagnosis of nerve and muscle. Principle and practise.3rd edition. Oxford 2001.
3. Subramony SH: Neuralgic amyotrophy (acute brachial neuropathy). Muscle and Nerve; 1988;11;39-44.
4. Wilbourn AJ: Brachial plexus disorders. In:Peripheral Neuropathy-Dyck RJ-Thomas PK.3 rd edition. Saunders. Phyladelphia. Vol. 2,1993.p:911-950.
5. Beghi E, Kurland LT, Mulder DW, et al. Brachial plexus neuropathy in the population of Rochester, Minneosta. Ann Neurol.1985;18:320-23.
6. Misamore GW, Lehman DE. Parsonage-Turner syndrome (acute brachial neuritis). J Bone Joint Surg Am. 1996;78:1405-8.
7. Turner J. Acute brachial radiculitis. BMJ. 1944;2:592-4.
8. Turner JW, Parsonage MJ. Neuralgic amyotrophy (paralytic brachial plexus neuritis) with special reference to prognosis. Lancet. 1957;2:209-12.
9. Tsairis P, Dyck PJ, Mulder DW. Natural history of brachial plexus neuropathy. Report on 99 patients. Arch Neurol. 1972;27:109-117.
10. Parsonage MJ, Turner JW. Neuralgic amyotrophy; the shoulder-girdle syndrome.Lancet. 1948 Jun 26;1:973-8.
11. James JL, Miles DW. Neuralgic amyotrophy: a clinical and electromyographic study. Br Med J. 1966;2:1042-1043. doi: 10.1136/bmj.2.5521.1042.
12. Rubin DI. Neuralgic amyotrophy: clinical features and diagnostic evaluation. Neurologist 2001;7:350-6.
13. Lahrman H, Grisold W, Authier FJ, Zifko UA. Neuralgic amyotrophy with phrenic nerve involvement. Muscle Nerve 1999;22:437-42.
14. Sahin E, Senocak O, Bacakoğlu AK,et al. Neuralgic amyotrophy as the primary cause of shoulder pain in a patient with rotator cuff tear. Acta Orthop Traumatol Turc. 2009 ;43:190-2. Turkish.
15. Petrara JE: Electrophysiological methods and clinical facts in neurologic amyotrophy.Methods in Clinical neurophysiology.1993;4:29-53.
16. Alfen N, Van Engelen BG.The clinical spectrum of neuralgic amyotrophy in 246 cases. Brain.2006;129:438-450.

17. Aymond JK, Goldner JL, Hardaker WT. Neuralgic amyotrophy. Orthop Rev. 1989;18:1275-79.
18. Feinberg JH, Radecki J. Parsonage-turner syndrome. HSS J. 2010;6:199-205. Epub 2010 Jul 30.
19. Helms CA, Martinez S, Speer KP. Acute brachial neuritis (Parsonage-Turner syndrome): MR imaging appearance--report of three cases. Radiology.1998 ;207:255-9.
20. Dillin L, Hoaglund FT, Scheck M. Brachial neuritis. J Bone Joint Surg Am. 1985;67:878-80.