

Ulnar Sinirin Dirsekte Tuzak Nöropatisi Yanlış Tanısı Alan Mediastinal Schwannom Olgusu

A Case of Mediastinal Schwannoma Misdiagnosed as Ulnar Nerve Entrapment at the Elbow

Özlem Yılmaz Taşdelen¹, Yeşim Garip², Filiz Eser¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

²Özel Başak Tıp Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Schwannom, periferik sinir kılıfının schwann hücrelerinden köken alan iyi huylu tümördür. Genellikle ağrı ve parastezi gibi klinik semptomlara neden olur. Burada, 'ulnar sinirin dirsekte tuzak nöropatisi' hatalı tanısı ile opere edilen 23 yaşında bir kadın olgu sunulmuştur. Cerrahi sonrası takiplerinde düzelme izlenmemesi nedeni ile hastanın tanısı tekrar gözden geçirilmiştir. Hasta radyolojik görüntüleme ve elektrofizyolojik inceleme sonrası C8-T1 düzeyinde pregangliyonik kökleri etkileyen mediastinal schwannom tanısı almış ve tümör tamamen çıkarıldıktan sonra 3 hafta süre ile rehabilite edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Schwannom, elektrofizyoloji, rehabilitasyon

ABSTRACT

Schwannoma is benign tumor, originating from schwann cells of peripheral nerve sheath. Usually it causes clinical symptoms like pain and paresthesia. Herein, a case of 23-year-old woman, who underwent a surgery with a misdiagnosis of 'ulnar nerve entrapment at the elbow' was presented. Since no improvement was seen in the follow-up after the surgery, the diagnosis of the patient was revised. After radiological imaging and electrophysiological analysis, she was diagnosed as mediastinal schwannoma involving C8-T1 preganglionic roots. She was underwent 3 weeks of rehabilitation after the tumor was completely resected.

Keywords: Schwannoma, electrophysiology, rehabilitation

Yazışma Adresi
Corresponding Author

Filiz Eser
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
Kliniği, Ankara, Türkiye
E-posta: filizeser@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 06.05.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 03.09.2014

Giriş

Schwannomlar, periferik, kranial ve sempatik sinirlerin schwann hücrelerinden köken alan iyi huylu tümörleridir (1). Yavaş seyirli ve soliter olma eğilimindedir (2). Tümörün yerine bağlı olarak klinik semptomlar da farklılık gösterir.

Burada ulnar sinirin dirsekte tuzak nöropatisi tanısı ile gevşetme operasyonu yapılan, fakat semptomlarında iyileşme olmayan, C8-T1 düzeyinde pregangliyonik kökleri etkileyen Schwannom olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yirmi üç yaşında bayan hasta, güzel sanatlar fakültesinin resim bölümünde öğrenci, 2 yıldır devam eden sağ önkol iç yüzünde uyuşma, ağrı ve güçsüzlük şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Bu şikayetleri ile bir yıl önce, beyin cerrahisi bölümüne başvuran hastaya elektrofizyolojik inceleme yapılmaksızın, dirsek seviyesinden ulnar tuzak nöropati tanısı ile gevşetme operasyonu yapılmış (Şekil 1). Ancak operasyondan sonra şikayetleri giderek artmış. Fizik muayenesinde



Şekil 1. Dirsek seviyesinde ulnar sinir gevşetme operasyon skarı.



Şekil 2. Sağ elde tenar, hipotenar ve interosseal kaslarda atrofi.

sağ elde tenar, hipotenar, interosseal kaslarda atrofi ve pençe ele gidiş mevcuttu (Şekil 2). Motor muayenesinde, sağ omuz abduksiyonu, dirsek fleksiyonu ve el bilek fleksiyonu 5/5, 2.-5. parmakların abduksiyon ve adduksiyonu 4/5, birinci parmak abduksiyonu ve adduksiyonu 1/5 kuvvetinde idi. Duyu muayenesinde ise C7 dermatomunda hipostezi, C8'de anestezi ve T1'de hipostezi mevcuttu. Üst ekstremitte periferik sinirlerine

ait yüzeysel duyu muayenesinde, ulnar sinir innervasyonlu sağ el 5. parmakta ve 4. parmağın medial yarısında anestezi saptandı. Yapılan elektronöromiyografisi (ENMG); sağda C8-T1 düzeylerinde preganglionik lezyon ve dirsek seviyesinde hafif parsiyel ulnar sinir lezyonu (iyatrojenik) ile uyumlu idi (Tablo 1, 2). Elektrofizyoloji laboratuvarımızın normal sinir iletim çalışması değerleri Tablo 3'te gösterilmiştir (3). Servikal görüntülemeye

Tablo 1. Elektronörografi (ENG) bulguları.

İncelenen sinir	Latans (ms)	Mesafe (cm)	Hız (m/sn)	Amplitüd	F ms
N. ulnaris motor bilek	2,80			2,53 mV	36,5
dirsek	7,28	23	51	2,47 mV	
aksilla	11,6	24	55	1,55 mV	
erb	14,8	15,5	49	0,68 mV	
N. ulnaris duyu Kayıt: Bilek Uyarı: 5.parmak	Dap Elde Edilemedi				
N.ulnaris Miks Kayıt: Dirsek Uyarı: Bilek	2,36	14	59,3	42,3 mV	
N.Medianus motor (iğne elektrod) bilek	3,36			3,6 mV	Alınamadı
dirsek	8,44	26	51,2	3,2 mV	
N. medianus duyu Kayıt: Bilek Uyarı: Avuç içi	1,52	6	39,5	65,3µV	
N. radialis duyu Kayıt: 1.web aralığı Uyarı: Distal önkol laterali	2,08	9,5	45,7	35 µV	
N. radialis Kayıt: M.EİP Uyarı: ön kol	6,92	12		4.07 µV	

N: Nervus, M: Muskulus, DAP: Duyusal Aksiyon Potansiyeli, 5.P-B: 5. Parmak-Bilek, Aİ-B: Avuç içi-Bilek, EİP: Ekstansör İndis Proprius

Tablo 2: Elektromyografi (EMG) bulguları.

İncelenen kaslar (sağ)	Tam kası	Süre	Amplitüd	Polifazi	Fibrilasyon	PKD
APB	TO	↑ 18 ms	↑ 4-5 mV	↑	+	++
ADM	İS	↑ 20 ms	↑ 4-5 mV		+	++
EİP	YK	N	N	N	-	-
Triceps	İ	N	N	N	-	-
Biceps	İ	N	N	N	-	-
Deltoid	İ	N	N	N	-	-

YK: Yetersiz Kası, İ: interferans, İS: İleri Seyrelme, PKD: Pozitif Keskin Dalga, APB: Abduktor Pollisis Brevis, ADM: Abduktor Digiti Minimi, EİP: Ekstansör İndisis Proprius

Tablo 3. Normal sinir iletim çalışması değerleri³.

	Distal Latans (ms) ve NCV (m/s)		Amplitüd
	Mean±SD	Normal Limit	
Median sinir			
Duyu			
Avuç içi-bilek	41.85±3.90	34.05	10 µV
2. parmak-bilek	49.54±4.14	41.26	10 µV
Motor			
Distal latans	2.78±0.41	3.60	5 mV
Bilek-dirsek	58.78±4.41	49.96	
Dirsek-aksilla	65.76±4.90	55.96	
F-dalgası	25.32±2.19	29.70	
Ulnar sinir			
Duyu			
5. parmak-bilek	47.48±4.11	39.26	8 µV
Motor			
Distal latans	2.03±0.24	2.51	5 µV
Bilek-dirsek	61.15±5.27	50.61	
Dirsek-dirsek üstü	51.31±4.25	42.81	
Dirsek-aksilla	63.33±5.47	52.69	
Erb noktası-aksilla	68.36±5.07	58.22	
F-dalgası	25.68±2.29	30.26	
Radial sinir			
Duyu (distal)	50.87±3.28	44.31	10 µV

NCV: Nerve conduction velocity (sinir iletim hızı)

belirgin patoloji izlenmeyen hastanın toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde, sağ arka supraklavikular bölgede skalen kas posteriorundan akciğer üst loba doğru uzanım gösteren kitle lezyonu tespit edildi. Hasta göğüs cerrahi kliniğine yönlendirildi. Konseyde tartışılarak operasyon kararı alındı. Cerrahi olarak çıkarılan kitlenin histopatolojik incelemesinde schwannom saptandı. Cerrahi sonrası 3.

haftada ağrısında belirgin azalma olan hastaya pençe el deformitesine yönelik metakarpofalanjial eklem hiperekstansiyonunu kısıtlayan ve ekstansör dijitorum kommunis tendonunun proksimal interfalanjial eklemleri ekstansiyona getirmesine izin veren splint reçete edildi. Hasta 3 hafta süre ile desensitizasyon, duyuusal reedükasyon, kas güçlendirme ve eklem hareket açıklığını korumaya yönelik fizik tedavi programına alındı. Kas güçsüzlüğü tam olarak düzelmese de tekrar resim yapabilir hale geldi, bir yıl sonraki muayenesinde öğretmen olarak atandığını ve mesleğini yürütebildiğini söyledi.

Tartışma

Schwannomlar yavaş seyirlidir, genellikle benign-dir, nadiren malign dönüşüm gösterir. Tüm yaşlarda görülebilmekle beraber en sık 30-50 yaşları arasında ortaya çıkar (4). En sık yerleşim yerleri baş ve boyun, ekstremitelerin fleksor yüzleri, mediasten ve retroperitoneal bölgedir. Üst ekstremitte schwannomları, tüm lokalizasyonların %19'unu kapsar ve genellikle ulnar siniri tutar (5). Schwannoma, genellikle, kranial ve spinal sinirlerin motor dallarından çok duysal dallarından gelişir (6). Makroskopik olarak iyi sınırlı, kapsüllü, oval ve sarımsı renkte, lastik kıvamındadır (7).

Klinikte en sık ağrı, uyuşukluk ve ekstremitelerde güç kaybı ile karşımıza çıkar (8). Tanıda fizik muayeneye ilave olarak BT, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ENMG önemli yere sahiptir (9). Bu tümörleri klinik olarak teşhis etmek zordur, sıklıkla nörofibroma, lipoma, hemajiom, sinovial kist, gibi diğer benign tümörlerle karışabilir (4). Nörofibromalar perinöral hücreler ve fibroblastlardan köken alır. Schwannom ve nörofibroma arasındaki fark schwannomun kapsüllü, iyi sınırlı ve hareketli olmasına karşın, nörofibromanın genellikle kapsülsüz olması ve sinir hücresine invaze olmasıdır (8).

Ayrırcı tanıda C8-T1 kök basısına neden olabilecek servikal diskopatiler, travmaya veya traksiyona bağlı

gelişebilen C8-T1 preganglionik kök avülsiyonları, brakial pleksusun alt trunkusuna bası yapabilen akciğerin apikal tümörleri, motor nöron hastalıkları, torasik çıkış sendromları ve fokal tuzak nöropatiler akla getirilmelidir (10,11). ENMG'de abduktor pollicis brevis ve abduktor digiti minimi kaslarında spontan aktivite potansiyellerinin izlenmesi ve motor ünite potansiyellerinde seyrelme olması bize median ve ulnar sinir lezyonlarını düşündürse de, median sinir duysal sinir iletim çalışmasının normal olması C8-T1 kök lezyonunu işaret etti. Kök lezyonunda ulnar sinir duysal sinir iletim çalışmasını da normal bulmayı beklerken duysal aksiyon potansiyelinin alınamaması ise iatrojenik ulnar sinir lezyonunu akla getirdi.

Olgumuz literatürde bildiğimiz kadarı ile ilk olması nedeniyle önemlidir. Olgumuzda, hastaya elektrofizyolojik inceleme yapılmaksızın sadece klinik muayene bulguları ile cerrahi tedavi uygulanmıştır. Mesleğine bağlı olarak, dirseğini uzun süreli masa üzerine dayayarak resim yaptığı için, dirsekte ulnar sinir basısı düşünülmüştür. ENMG incelemesi yapılmadan ulnar sinirin dirsekte tuzak nöropatisi tanısı ile yapılan cerrahi tedavi, Schwannom tanı ve tedavisini geciktirerek, hastanın semptomlarının şiddetlenmesine neden olmuştur.

Sonuç

Klinik muayene ya da görüntüleme yöntemleri ile tam olarak lokalize edilemeyen nöropatilerde elektrofizyolojik inceleme önemli bir yere sahiptir.

Kaynaklar

1. Mazzola CR, Power N, Bilsky MH, Robert R, Guillonau B. Pudendal schwannoma: A case report and literature review. *Can Urol Assoc J* 2014; 8(3-4):E199-203
2. Komurcu E, Kaymaz B, Adam G, Gokmen F, Murath A. A hybrid schwannoma of median nerve. *J Coll Physicians Surg Pak* 2014; 24 (1): S32-3.
3. Oh SJ. Normal values for common nerve conduction tests. In: *Clinical Electromyography Nerve Conduction Studies*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 86-106.
4. Lai CS, Chen IC, Lan HC, Lu CT, Yen JH, Song DY, Tang YW. Management of extremity neurilemmomas: clinical series and literature review. *Ann Plast Surg* 2013; 71(1): S37-42
5. Di Lorenzo S, Corradino B, Cordova A, Moschella F. Unexpected ulnar nerve schwannoma. The reasonable risk of misdiagnosis. *Acta Chir Plast* 2007; 49(3):77-9.
6. Anghel A, Tudose I, Terzea D, Răducu L, Sinescu RD. Unusual median nerve schwannoma: a case presentation. *Rom J Morphol Embryol* 2014;55(1):159-64.
7. Canda MS. Peripheral nerve sheath tumors. *Türkiye Ekopatoloji Dergisi* 2004; 10 (1-2): 65-74
8. Hwang K, Kim SG, Ahn SI, Lee SI. Neurilemmoma of the tongue. *J Craniofac Surg* 2005 ;16(5):859-61.
9. Adani R, Bacarani A, Guidi E, Tarallo L. Schwannomas of the upper extremity: diagnosis and treatment. *Chir Organi Mov* 2008; 92(2):85-8
10. Kütahya H, Güleç A, Güzel Y, Kacira B, Tokar S. Schwannoma of the median nerve at the wrist and palmar regions of the hand: a rare case report. *Case Rep Orthop* 2013;2013:950106
11. Oh SJ. Nerve Conduction In Focal Neuropathies. In: *Clinical Electromyography Nerve Conduction Studies*. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2003; 601-85.
12. Eser F, Aktekin LA, Atalay N, Bodur. Akciğerin apikal tümörü nedeni ile brakial pleksus alt trunkus lezyonu: Olgu sunum. *FTR Bil Der* 2009;12(1):30-33.