

## Motor Nöron Hastalığı: Karpal Tünel Sendromuyla Karışan Bir Amiyotrofik Lateral Skleroz Olgusu

### Motor Neuron Disease: Case with Amyotrophic Lateral Sclerosis Interfering with Carpal Tunnel Syndrome: Letter to the Editor

Gökhan ÇAĞLAYAN,<sup>a</sup>  
Alp ÇETİN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 16.08.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 27.10.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Gökhan ÇAĞLAYAN  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,  
Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
gokhancaglayan@yahoo.com.tr

**Anahtar Kelimeler:** Güçsüzlük;  
fasikülasyon; karpal tünel;  
rehabilitasyon

**Key Words:** Weakness;  
fasciculation; carpal tunnel;  
rehabilitation

J PMR Sci 2016;19(3):219-20

Copyright © 2016 by Türkiye Fiziksel Tıp ve  
Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği

**A**ltmış yaşındaki kadın olgu, karpal tünel sendromu (KTS) ön tanısıyla sinir iletim çalışması yapılmak üzere elektrofizyoloji laboratuvarımıza başvurdu. Şikâyetinin sağ elde güçsüzlük olduğu öğrenildi. Öyküsünden yaklaşık iki yıl önce sağ el parmaklarında kasılma şikâyetinin başladığı, o dönemde yapılan elektromiyografik (EMG) incelemede KTS saptandığı ve bu nedenle opere edildiği, ancak şikâyetlerinde düzelme olmadığı öğrenildi. Olgunun sağ elindeki kasılma ve güçsüzlük şikâyeti birkaç aydır artmış, elinde beceri kaybı gelişmiş ve kuvvetsizlik koluna doğru ilerlemişti. Detaylı öyküsünden kollarda ve bacaklarda kısa süreli kramp tarzı kasılmaların olduğu ve bir süredir konuşurken harfleri söylemekte zorluk yaşadığı öğrenildi. Elde ve kolda hissizlik, ağrı şikâyeti yoktu. Öz geçmişinde ek hastalık ve ailede önemli bir hastalık yoktu. Fizik muayenesinde konuşması hafif dizartrik idi. Kranial sinir muayenesi ve serebellar muayenesi doğaldı. Dilde fasikülasyon gözlemlendi. Lökomotor sistem muayenesinde boyun ve ekstremitelerde eklem hareket açıklıkları normal bulundu. Kas gücü değerlendirildi, boyun fleksör ve ekstansörleri 5/5, sağ üst ekstremitte proksimal ve distal 3/5, sol üst ekstremitte 5-/5, sağ alt ekstremitte proksimal 5-/5 distal 5/5, sol alt ekstremitte 5/5 şeklinde idi. Sağ elde tenar atrofisi vardı. Duyu muayenesi normal bulundu. Derin tendon refleksleri bilateral hipoaktif idi. Plantar yanıt bilateral fleksör yönde idi. Servikal manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de C5-C6 minimal spondiloz dışında, sağ üst ekstremitesindeki belirgin güçsüzlüğü açıklayacak belirgin bir sinir kökü basısı, kord basısı veya brakiyal plexus lezyonu yoktu. Olguya EMG incelenmesi yapıldı. Sinir iletim çalışmasında sağ ulnar sinir duyu ve motor, sağ median sinir duyu iletim hızlarında yavaşlama gözlemlendi. İğne EMG'de incelenen sağ ve sol tibialis anterior, sağ vastus medialis, sağ biceps, sağ gastrokinemius, sağ 1. dorsal interosseus kaslarında yaygın denervasyon (fibrilasyon ve pozitif keskin dalga) bulgularının yanında fasikülasyonlar gözlemlendi. EMG bulguları yaygın ve aktif, ön boynuz motor nöron tutuluğu olarak değerlendirildi. Olgu nöroloji bölümüne konsülte edildi, amiyotrofik lateral skleroz (ALS) tanısı konan olguya riluzol başlandı ve izlem altına alındı.

Motor nöron hastalığı, üst ve/veya alt motor nöronlarda dejenerasyonun olduğu progresif nöromusküler bozukluktur.<sup>1</sup> En sık formu ALS'dir. Olgumuzda olduğu gibi ALS tanısı hastalığın erken dönemlerinde zor konabilmektedir. Üst motor nöron bulguları ve bulbar tutulum olmadığında periferik sinir kompresyon sendromları ile karışabilmektedir. ALS tanısı almış hastalarda görülen sinir kompresyon sendromlarını araştıran retrospektif bir çalışmada, hastaların bir kısmının hastalığın erken dönemlerinde yanlılıkla kompresyon sendromu (çoğunluğu KTS) tanısı aldığı görülmüştür. Diğer bir kısım hasta olgumuzda olduğu gibi KTS tanısı almış, cerrahi geçirmiş ve daha sonra ALS tanısı almıştır. Son grupta ise ALS tanısı sonrasında bazı hastalarda sinir kompresyon sendromunun gelişmiş olduğu görülmüştür.<sup>2</sup> ALS'de elektrofizyolojik çalışmanın tanı koymada büyük önemi vardır.<sup>3,4</sup> Sinir iletim çal-

ışmasında KTS ile benzer şekilde distal latansların uzaması söz konusudur. İğne EMG'de ise yaygın denervasyon potansiyellerinin, fasikülasyonların görülmesi ALS lehinedir. Böylece yanlış tanının önüne geçilebilir ve gereksiz cerrahi uygulamalar önlenir. Tanıda ayrıca, servikal MRG ve bulbar semptomları olanlarda beyin MRG önemlidir. Ayırıcı tanıda sadece üst motor nöron, sadece alt motor nöron veya her ikisinin tutulduğu durumlar düşünülmeli; özellikle spinal stenoz, santral sinir sistemi tümörü, multipl skleroz akla gelmelidir. ALS tedavisinde glutamatın presinaptik salınımını inhibe eden ve nöronal hasarı azaltan riluzol kullanılmakla birlikte kür yoktur. Bazı antioksidanlar da kullanılmaktadır. ALS rehabilitasyonunda primer sorun olan kas güçsüzlüğüne yönelik fleksibilite (eklem hareket açıklığı, germe), güçlendirme ve aerobik egzersizler önemlidir.<sup>1</sup>

## KAYNAKLAR

1. Krivickas LS. Motor neuron disease. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD Jr, eds. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation. 2nded. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2008. p.705.
2. Kollwe K, Koerner S, Ilseman J, Mohammadi B, Krampf K, Dengler R, et al. Nerve compression syndromes in ALS: A retrospective analysis in 554 patients. Amyotroph Lateral Scler 2011;12(5):349-51.
3. Joyce NC, Carter GT. Electrodiagnosis in persons with amyotrophic lateral sclerosis. PM R 2013;5(5 Suppl):S89-95.
4. Brooks BR, Miller RG, Swash M, Munsat TL; World Federation of Neurology Research Group on Motor Neuron Diseases. El Escorial revisited: revised criteria for the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord 2000; 1(5):293-9.