

Peroneal Sinir Basısına Neden Olan Venöz Anevrizma: Olgu Sunumu

Venous Aneurysm Causing Peroneal Nerve Compression: Case Report

ÖZ

AMAÇ: Peroneal sinir lezyonuna neden olan venöz anevrizmalı bir olgu sunulmuştur. Bugüne kadar literatürde bildirilen tüm olgular üst ekstremitelerde lokalizasyonlu olduğundan sunulan olgu alt ekstremitelerde yerleşimli periferik nöropatisi olan ilk olgu olmaktadır.

METOD: Bir yıllık sol ayakta kuvvet azlığı ve uyuşma yakınması olan ve sonunda düşük ayak gelişen, 3 yıl önce trafik kazası öyküsü veren 43 yaşındaki erkek hastanın yapılan incelemelerinde fibula başı seviyesinde peroneal sinir lezyonu tespit edildi. Cerrahisi sırasında popliteal fossa içinde popliteal veneden köken alan peroneal ve tibial sinirlere bası yapan anevrizmatik dilatasyon saptandı. Lezyonun çıkarılması ile hastanın semptomları aylar içinde düzeldi.

SONUÇ: Periferik sinir lezyonu olan ve travma öyküsü veren, birlikte ayrıca ciltaltı yumuşak doku kitlesi bulunan hastalarda ayırıcı tanıda venöz anevrizma da düşünülmelidir. Tanıda dupleks ultrasonografi basit ve güvenli bir yöntem olarak kullanılabilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Periferik sinir basısı, peroneal sinir, tuzak nöropatisi, venöz anevrizma

ABSTRACT

OBJECTIVE: A case with venous aneurysm causing peroneal nerve compression is presented. To our knowledge, all the cases reported on venous aneurysm-induced peripheral neuropathy have been in the upper extremity, and this is the first case of a nerve compression involving the lower extremity.

METHOD: A 43-year-old man presented with a 1-year history of weakness and numbness of his left foot. He had had a car accident 3 years ago. His symptoms had gradually worsened and resulted in a foot drop. Laboratory investigations revealed peroneal nerve compression at the caput fibula level. During surgery a venous aneurysm on the popliteal vein, which was compressing the peroneal and tibial nerves was explored in the popliteal fossa and resected completely. Following the operation his symptoms improved within some months.

CONCLUSION: Venous aneurysm should be included in the differential diagnosis in peripheral neuropathy patients with a history of trauma and also with a subcutaneous mass. The diagnosis can be made with duplex ultrasound scanning, a simple and safe method.

KEY WORDS: Entrapment neuropathy, peripheral nerve compression, peroneal nerve, venous aneurysm

Deniz BELEN
Mehmet SORAR
Serkan ŞİMŞEK

SSK Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Ankara

Geliş Tarihi: 21.04.2004
Kabul Tarihi: 14.07.2004

Yazışma adresi:

Deniz BELEN
60. Sokak 16/2 Emek, 06510, Ankara
denizbelen@hotmail.com

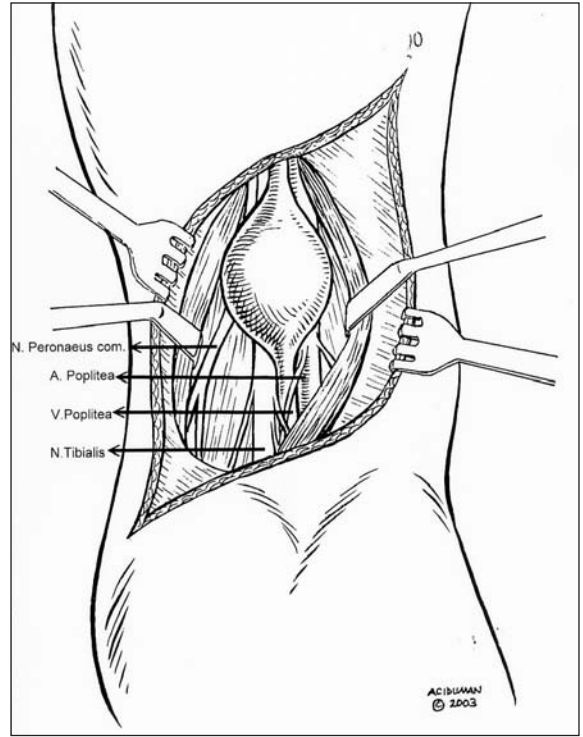
GİRİŞ

Periferik sinirlerde basıya neden olan vasküler lezyonlar nadir bildirilmekte olup daha çok spontan idiyoPATİK veya posttravmatik psödo arteryel anevrizmaların neden olduğu nöropatiler olarak karşımıza çıkmaktadırlar (3, 6). Venöz kökenli periferik sinir kompresyonu ise oldukça az sayıda yayımlanmıştır ve hemen hepsi üst ekstremité sinirleri için bildirilmiştir (4, 5, 6, 8). Yazımızda travmatik nedene bağlı olduğunu düşündüğümüz venöz bir anevrizmanın basısı sonucu ortaya çıkan peroneal sinir lezyonu gelişen bir olguyu sunmaktayız.

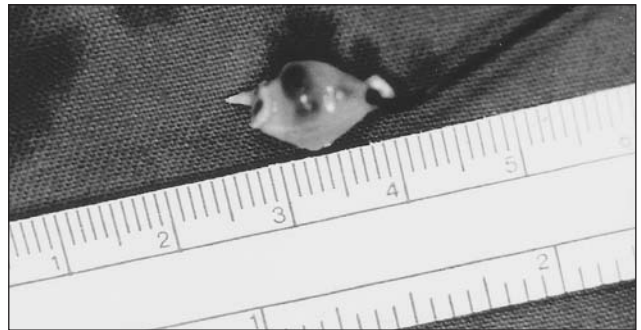
OLGU SUNUMU

Kliniğimize başvurmadan bir yıl önce sol ayağında uyuşma ve kuvvetinde azalma başlayan 43 yaşında erkek hastanın yakınmaları son 6 aydır artmış ve semptomları tedricen ilerleyerek 1 ay önce düşük ayakla sonlanmış. Hastanın öyküsünden 3 yıl önce sol femur shaft kırığına neden olan araç içi trafik kazası geçirdiği öğrenildi. Tedavi edildiği merkezde kırık için internal fiksasyon girişimi yapılmış ve bu tarihten itibaren hastanın sol dizinde aralıklı olarak kilitlenme yakınması başlamış. Nörolojik muayenesinde sol anterior tibial ve ekstansör hallusis longusta total motor kayıp saptandı, sol bacakta sağa göre 2cm atrofi vardı. Sol L4-5 dermatomları ileri derecede hipoestetikti. Lomber spinal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) minimal spondilolitik değişiklikler dışında bir patoloji görülmedi. Ortopedik muayenesinde sol uyluk veya bacakta kemik lezyonu veya yumuşak doku lezyonu bulunmadı. Sol alt ekstremité elektromiyonörografi (EMNG) incelemesinde sol nervus peroneus komuniste kaput fibula seviyesinde total lezyon saptandı, ekstremitenin ultrasonografik incelemesi yapılmadı. Bu bulgularla sol peroneal sinir fibula başı tuzak nöropatisi öntanüsü ile ameliyata alınan hastada peroneal sinirin bu seviyede rahat olduğu görüldü ve cerrahi eksplorasyon sefalik yönde ilerletilerek sinir takip edildi. Popliteal fossada biceps femoris kası tendonunun hemen medialinde popliteal venin 1,5cm çapında anevrizmatik bir genişleme yaparak peroneal ve tibial sinirlere bastığı ve peroneal siniri oldukça incelttiği görüldü (Şekil 1). Venöz anevrizma alt ve üst uçlarından bağlanarak çıkarıldı, lezyonun içi kısmen tromboze idi (Şekil 2). Peroneal sinirin bütünlüğü korunmuştu, peroperatuvar sinir stimülasyonu ile anterior tibial kasında yanıt elde

edilmesi üzerine greft uygulanmadı. Lezyonun patolojik incelemesinde lümeninde trombozis formasyonu ve fibrin, endotel altında fibrozis ve yer yer kas tabakasında kayıp gösteren venöz yapı izlendi. Ameliyat sonrası dönemde rehabilitasyon programına alınan hasta 2 yıl süreyle takip edildi, motor defisitinde belirgin düzelme olurken duyu kaybı devam etti. Hastanın son EMNG incelemelerinde peroneal sinirin derin dalında orta derecede lezyon tespit edildi; son muayenesinde anterior tibial ve ekstansör hallusis longus kas güçleri + 3/5 bulundu.



Şekil 1: Artistik çizimde sol popliteal fossa görülmektedir. Biceps femoris ve semitendinosöz kaslarının arasından yapılan diseksiyonda popliteal fossa içinde yer alan, popliteal venden köken alan anevrizmatik dilatasyonun peroneal sinire yaptığı bası gösterilmektedir.



Şekil 2: Venöz anevrizma alt ve üst kutuplarından bağlanıp çıkarıldıktan sonra görülmektedir.

TARTIŞMA

Bazı periferik sinirler yüzeysel seyir, dar hacimli anatomik yerleşim veya bir eklemle komşuluk gibi lokalizasyonları nedeniyle kronik basıya daha çok maruz kalırlar (6). Tekrar eden kompresyon sonucu görülen bu tip sinir lezyonları fokal nöropatinin en sık nedenleridir (6). Karpal tünel sendromu, Guyon tüneli sendromu, kübital tünel sendromu, pronator teres sendromu, meraljiya parestetika, peroneal sinirin kaput fibula seviyesinde sıkışması ve tarsal tünel sendromu en iyi bilinen tuzak nöropatileridirler (5, 6). Diğer mekanik nedenler arasında osteoartritik süreç basıları, yumuşak doku tümörleri, sinovyal kistler ve bursal genişlemeler sayılabilir (6). Periferik sinirde lezyona yol açan vasküler kökenli basılar nadir olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Literatürde daha çok arteriyel kökenli basılar bildirilmiştir; bunlar tortüoze arter, persistent arter, anatomik varyasyona bağlı normalden geniş arter, hemanjiyoma veya anevrizmalar olabilirler (3, 6, 7).

Venöz patolojilere bağlı periferik nöropatiler ise çok daha nadir sayıda bildirilmiştir ve literatürde bulunabilen venöz kökenli basıların hepsi üst ekstermite yerleşimlidir (4, 5, 6, 8). Sunduğumuz hasta yerleşim yeri yönünden alt ekstermitede görülen ilk venöz kökenli periferik sinir basılı olgudur.

Venöz anevrizmalar yüzeysel veya derin herhangi bir venöz sistemde olabilirler, etiyolojik nedenleri çok iyi bilinmemekle birlikte damar duvarında olan konjenital bir zayıflık ya da travma gibi mekanik bir neden venöz anevrizmaya yol açabilir (1, 2). Olgumuzda, geçmiş olduğu kaza ve cerrahi girişimleri gözönüne alarak, travmanın etiyolojik bir faktör olabileceğini düşündük.

Ekstermite yerleşimli venöz anevrizmalar genellikle asemptomatik olurlar, pulsasyonu olmadığından sıklıkla yumuşak doku tümörleri ve varis gibi lezyonlarla karışabilirler (4, 5, 6, 8). Üst ekstermitede trombozis, şiddetli ağrı ve büyüklüğüne bağlı olarak sinir basısı gibi çok ciddi olmayan komplikasyonları olabilen venöz anevrizmaların alt ekstermitede, içindeki trombüs formasyonundan akciğere emboli atma gibi önemli komplikasyonları olabilmektedir (1, 5, 6). Popliteal fossa yerleşimli bir venöz anevrizmalı olguda gelişen böyle bir komplikasyonun ölümle sonuçlandığı rapor edilmiştir (1).

Periferik sinir lezyonları ile sıklıkla başka nedenlerle karşılaşıldığından ayırıcı tanıda vasküler kökenli bir basıyı çok da düşünmemekteyiz. Venöz anevrizma yüzeysel yerleşimli olursa yumuşak doku kitlesi olarak palpe edilebilir, bu durumda o bölgeye dupleks ultrasonografi yapılması uygun olur, bu tetkikte anevrizmanın yapısı ayrıntıları ile saptanabilmektedir (4, 6). Standart ekstermite MRG incelemesi ile de venöz anevrizma tanınabilir ancak MRG venografi tanıda daha çok yardımcıdır (8). Olgumuzda yumuşak doku kitlesi saptanmadığı için biz bu yönde bir tarama yapmadık. Bu yöntemlerle tanıya ulaşamamış ve hala venöz kökenli bir basıdan şüphe ediliyorsa flebografi yapılmalıdır (8).

Periferik sinir basısına neden olan venöz anevrizmanın tedavisi cerrahi çıkarımdır (4, 5, 6, 8). Yukarıda belirtildiği gibi tanı konulan her alt ekstermite venöz anevrizması yol açabilecekleri embolik komplikasyonlar nedeniyle mutlaka tedavi edilmelidirler (1).

Periferik sinir lezyonu olan ve travma öyküsü veren, birlikte ayrıca ciltaltı yumuşak doku kitlesi bulunan hastalarda ayırıcı tanıda venöz anevrizma da düşünülmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, Dougherty MJ, Savarese RP, Doerr KJ: Venous aneurysms: surgical indications and review of the literature. *Surgery* 117:1-6, 1995
2. Ekim H, Gelen T, Karpuzoglu G. Multiple aneurysms of the cephalic vein: a case report. *Angiology* 46:265-267, 1995
3. Ergüngör MF, Kars HZ, Yalın R: Median neuralgia caused by brachial pseudoaneurysm. *Neurosurgery* 24: 924-925, 1989
4. Gabriel EM, Friedman AH: Brachial plexus compression by venous aneurysms. *J Neurosurg* 86: 311, 1997
5. Kassabian E, Coppin T, Combes M, Julia P, Fabiani JN: Radial nerve compression by a large cephalic vein aneurysm: case report. *J Vasc Surg* 38(3): 617-619, 2003
6. Marquardt G, Angles BSM, Leheta FD, Seifert V: Median nerve compression caused by a venous aneurysm. *J Neurosurg* 94: 624-626, 2001
7. Segal R, Machiraju U, Larkins M: Tortuous peripheral arteries: a cause of focal neuropathy. Case report. *J Neurosurg* 76: 701-704, 1992
8. Zikel O, Davis DH, Auger RG, Cherry KJ: Venous varix causing median neuropathy. *J Neurosurg* 87: 130, 1997

Artistik çizim için Dr. Ahmet Aciduman'a teşekkür ederiz.