

# Dirsekte Sinoviyal Kistin Neden Olduğu Ulnar Sinir Tuzak Nöropatisi: Olgu Sunumu

## Ulnar Nerve Entrapment Neuropathy Due to Synovial Cyst at the Elbow: A Case Report

ŞEREF DOĞAN, SONER ŞAHİN, KAYA AKSOY

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Bursa

Geliş Tarihi: 23.10.2001 ⇔ Kabul Tarihi: 15.1.2002

**Özet:** Dirsekte nadir görülen kistik kitleye bağlı ulnar tuzak nöropatisi olgusu sunulmuştur. 52 yaşında bayan hastada sağ ön kolda klinik ve elektrofizyolojik olarak dirsek düzeyinde ulnar tuzak nöropatisi tanısı konulduktan sonra siniri sıkıştıran ektranöral, kapsüllü kist çıkartıldı. Sinoviyal kistin eklem bölgesinden uzak lokalizasyonda oluşturduğu nadir görülen tuzak nöropatisi diğer etyolojik nedenleri ile literatür ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Dirsek, sinoviyal kist, tuzak nöropatisi, ulnar sinir

**Abstract:** A rare case of ulnar nerve entrapment (UNE) due to cystic mass lesion at the elbow is presented. The diagnosis of UNE was established both clinically and electrophysiologically and the extraneural encapsulated cyst pressing the nerve was removed in this 52 year old woman. The etiology of the rare UNE due to distant localisation of the synovial cyst from the elbow is discussed.

**Key words:** Elbow, entrapment neuropathy, synovial cyst, ulnar nerve

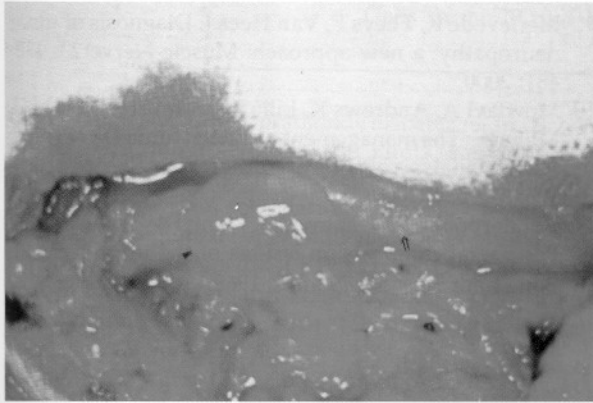
### GİRİŞ

Bası veya tuzak nöropatileri, sinirin mekanik olarak etkilenmesi ile meydana gelir. Ulnar sinir tutulumu, median sinir periferik kompresyon nöropatisinden sonra en sık görülen tuzak nöropatisidir(3,5,9,10). Ağır kronik ulnar felçler "pençe eli" deformitesine yol açar(4,6). Neden sıklıkla bir travmadır, kistik lezyonlara bağlı dirsekte ulnar tuzak nöropatileri nadirdir(7). Kistik etkenler arasında ganglion kisti, romatoid kistler ve intranöral kistler bildirilmiştir(7,11).

### OLGU SUNUMU

52 yaşında bayan hasta, son 3 aydır belirginleşen sağ elde 4. ve 5. parmakta hakim kuvvetsizlik, sağ önkolda medial yüzde hakim dirsekten itibaren başlayan şiddetli ağrı ve uyuşukluk şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde 16 yıl önce sağ dirsekte kırık nedeni ile kapalı redüksiyon yapılmış. Muayenesinde C7-8 ve Th1'de hipoestezi, hipotenar atrofi, 5. parmakta abduksiyon ve başparmakta adduksiyon kaybı saptandı. Elektrofizyolojik çalışmada sağda ulnar olukta

olekranon distalinde ileti hızı amplitüdünde azalma, sağ abduktör digiti quinti kasında zayıf interferens saptandı. Biyokimyasal incelemede kan glukozu(143 mg/dl) yüksekliği dışında özellik yoktu. Dirsek direkt grafilerinde dirsek eklemi ve olekranon civarında dejenerasyon mevcuttu. Hasta operasyona alındı, medial epikondile doğru ulnar sinir trasesine yapılan paralel cilt insizyonunu takiben ulnar sinir olekranon düzeyinde ekspozite edildi. Ulnar sinirin olekranona girmeden yaklaşık 1,5-2 cm proksimalinde içinde sarı jöle kıvamında mayi içeren kapsüllü kistik kitlenin ulnar siniri yukarı doğru kaldırarak sıkıştırmış olduğu gözlemlendi (Şekil 1). Kist kapsülü ile beraber total olarak eksize edildiğinde ulnar sinirin tamamen rahatladığı görüldü. Histopatolojik tanı basıklaşmış sinoviyal hücrelerle döşeli gevşek ve miksoid karakterde fibröz dokuda kalın duvarlı damar yapıları içeren miksoid dejenerasyon gösteren sinoviyal kist olarak değerlendirildi (Şekil 2). Hastanın poliklinik takiplerinde koldaki ağrılarında belirgin azalma saptandı.



Şekil 1: Ulnar siniri yukarı doğru kaldırarak sıkıştırmış ekstranöral kapsüllü kistik kitle görülmekte (kapalı ok), ulnar sinir (açık ok)



Şekil 2: Basıklaşmış sinoviyal hücrelerle döşeli miksoid dejenerasyon gösteren sinoviyal kist. (HE x 200)

## TARTIŞMA

Periferik kompresyon nöropatilerinden ulnar sinir nöropatisi median sinir tutulumlarından sonra 2. sıklıkla görülür(3,4,5,9,10).

Ulnar sinir nöropatisinin etyolojisi multifaktöriyeldir. Konjenital anomaliler, travma, artrit, tümöral ve kistik lezyonlar, iatrojenik yaralanmalar, nutrisyonel veya metabolik hastalıklar, mesleki hastalıklar, sinirin geçtiği yoldaki anatomik varyasyonlar gibi sistemik ve lokal etkenler dirsekte ulnar siniri etkileyebilirler(1,3).

Inhofe ve ark. dirsekte ulnar sinir basısı yapan sinir kılıfı içinde sinire invaze multilobüle kistik lezyon bildirmişlerdir(7). Patogenezi tam olarak bilinmemesine rağmen muhtemelen epinöriumun hiperplastik cevabı veya sinoviyal tip dokunun proliferasyonu sonucu olabileceği düşünülmüştür(7). Olgumuzda travma hikayesinin olması nedeniyle öncelikli olarak travmaya sekonder gelişen nöropati olabileceği düşünüldü. Operasyonda sarı jöle kıvamında kistik kitle bir kapsülle sinir kılıfından tamamen ayrılıyordu. Kompresif etkisi kronik olan kist kapsülü sinir kılıfından kolayca ayrıldı. Kistin ulnar sinir ve çevre dokulara yapışıklığı yoktu.

Fizyopatolojik olarak sinir kompresyonu, intranöral mikrosirkülasyonu ve aksonal transportu ciddi etkileyerek demiyelinizasyona, iletim problemlerine ve sinir dejenerasyonuna yol açar. Bu da fonksiyonel problemlerin ortaya çıkmasına neden olur(1). Karıncalanma ve parestezi gibi semptomların mikrosirkülasyon disfonksiyona bağlı hipoksi sonucu olduğu düşünülmektedir(1).

Ulnar tuzak nöropatisinin doğru teşhis ve tedavisi dikkatli klinik ve elektrofizyolojik değerlendirme ile olur. Klinik olarak küçük parmak ve elin medial yüzünde uyuşukluk, dirsekten ele doğru yayılan ağrı, dirsek fleksiyonunda parestezide artma, interosseos kaslarda, başparmak adduksiyonu ve 5. parmak abduktöründe kuvvet kaybı olarak görülür(4,6).

Olgumuzda ise travmadan 16 yıl sonra ortaya çıkan ve giderek artan sağ el ve parmakta hakim kuvvetsizlik, ön kol medial yüzde dirsekten başlayan şiddetli ağrı ve uyuşukluk mevcuttu. Sağ eldeki hipotenar atrofi, 5. parmaktaki adduksiyon ve başparmaktaki adduksiyon kaybı ve elektrofizyolojik tetkikler ulnar tuzak nöropatisini destekliyordu.

Dirsekte oluşan ulnar nöropatinin tedavisi konservatif ve cerrahi olarak 2 kısımdan oluşur(2,8). Sadece aralıklı oluşan paretezileri ve normal klinik muayenesi olan olgulara konservatif tedavi önerilmekte, ayrıca bu tip olgulara steroid injeksiyonu da uygulanabilmektedir(4). Duyu kaybı, giderek artan ağrı, kas gruplarında atrofi, Elektrofizyolojik olarak anlamlı denervasyonu olan olgulara ise cerrahi tedavi önerilmektedir(2,4,8). Cerrahi, üç major yaklaşımı içermektedir. Bunlar; basit dekompresyon, medial epikondilektomi ve anterior transpozisyonudur (ya subkutanöz, intramuskuler veya submüsküler). Olgumuzda ise belirgin klinik ve elektrofizyolojik bulgular olguya cerrahi yaklaşımı gerektirmiştir.

Bu olgu ile eklem çevresinin dışındaki uzak bir lokalizasyonda da sinoviyal kistin ulnar sinir tuzak nöropatisine neden olabileceğinin bir etyolojik faktör olarak akla getirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Şeref Doğan  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Nöroşirürji Anabilim Dalı  
Görükle, 16059  
BURSA  
Tel : 0.224.442 80 81  
Fax : 0.224.442 80 34  
E-mail : sdogan@uludag.edu.tr

## KAYNAKLAR

1. Artico M, Pastore FS, Nucci F, Giuffre R: 290 surgical procedures for ulnar nerve entrapment at the elbow: physiopathology clinical experience and results. Acta Neurochir (Wien), 142: 303-308, 2000
2. Bartels RHMA, Menovsky T, Van Overbeeke JJ, et al: Surgical management of ulnar nerve compression at the elbow: on analysis of the literature. J Neurosurgery 89:722-727, 1998
3. Bozentka DJ: Cupital tunnel syndrome pathophysiology. Clin Orthop 351:90-94, 1998
4. Bradshaw DY, Shefner JM: Ulnar neuropathy at the elbow. Neurol Clin 17: 447-461, 1999
5. Budny PG, Regan PJ, Roberts AHN: Localized nodular synovitis. A rare cause of ulnar nerve compression in Guyon's canal. J Hand Surg 17: 663-664, 1991
6. Dawson DM : Entrapment neuropathies of the upper extremities. N Engl J Med 30; 329(27):2013-2018, 1993
7. Inhofe PD, Moneim MS: Compression of the ulnar nerve at the elbow by an intraneural cyst. A case report. J Hand Surg 21: 1094-1096, 1996
8. Kline DG, Reeves J, El-Gindi S, Reilly PL, Hudson AR, Field EM, Cole HO, Brock M ; Treatment of Ulnar neuropathy : Surg.Neurol. 53: 524-529, 2000
9. Merlevede K, Theys P, Van Hees J: Diagnosis of ulnar neuropathy: a new approach: Muscle Nerve 23: 478-481, 2000
10. Mowlavi A, Andrews K, Lille S, Verhulst S, Zook EG, Milner S : The management of cubital tunnel syndrome: A meta-analysis of clinical studies. Plast Reconstr Surg 106: 327-334, 2000
11. Vanderpool DW, Chatmess J, Lamb DW, Whiston TB: Peripheral compression lesions of the ulnar nerve: J. Bone Joint Surg 50: 792-800, 1968