

Karpal Tünel Cerrahisi Sonrası Gelişen Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu: Olgu Sunumu

Complex Regional Pain Syndrome Occuring after Carpal Tunnel Surgery: Case Report

Arsal ACARBAŞ

Antakya Devlet Hastabanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Hatay, Türkiye

Yazışma Adresi: Arsal ACARBAŞ / E-posta: arsal5@hotmail.com

ÖZ

Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu son yıllarda yapılan çalışmaların artması ile üzerine daha fazla dikkat çeken ve hakkında daha çok şey öğrendikçe tanısı daha sık konulan bir sendromdur. Beyin Cerrahisi pratiği açısından özellikle periferik siniri etkileyen travma, santral sinir sistemi hastalıkları, spinal kord sendromları bu sendroma yol açmakla beraber karpal tünel cerrahisi sonrası görülmesi enderdir. Hastalığın tanısını koymada altın standart klinik bulgular olduğundan özellikle aşırı ağrı, allodini, vasomotor bulgular, ödem gibi belirtilerde bu hastalık akla gelmelidir. Tedavide yetersiz kalındığı durumlarda hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, iş gücü kaybına sebep olmakta ve hatta engelliliğe yol açabilmektedir. Makalemizde kliniğimizde opere olan ve sonrasında KBAS gelişen bir hasta sunuldu.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Karpal tünel cerrahisi, Kompleks bölgesel ağrı sendromu, Periferik sinir sistemi hastalıkları

ABSTRACT

In recent years to diagnose for Complex Regional Pain Syndrome is easy than past. Because there are a lots of searching and information about it. According to experiences of Brain Surgery; Peripheral Trauma, Spinal Cord Syndrome, Central Nervous System Trauma may cause of CRPS. Post Operative Carpal Tunnel Syndrome seldom may cause progress of it. Clinical evidences are gold standard for diagnose to it that diagnoses such great pain, allodini, edema, vazomotor events should to remind us of CRPS. Poorly therapy; decrease quality of patient life, cause of workforce lost, even cause of handicapped. This article about a patient who has been operated by us and afterwards has progressed Complex Regional Pain Syndrome.

KEYWORDS: Carpal tunnel surgery, Complex regional pain syndrome, Peripheral nervous system diseases

GİRİŞ

Karpal tünel sendromu, median sinirin karpal tünelde sıkışması sonucu oluşan elde ağrı, parestezi ve hipoesteziye neden olabilen, sık görülen bir nöropatidir. Tedavisi için konservatif ve cerrahi seçenekler mevcuttur. Cerrahi yöntemlerde; transvers karpal ligamentin açık veya endoskopik olarak serbestleştirilerek, kanal hacminin arttırılması ve sinir üzerindeki basıncın azaltılması amaçlanmaktadır (10).

Karpal kanalın serbestleştirilmesi sonrası semptomların geçmemesi veya tekrarlamasının bildirilmiş sebepleri arasında; yetersiz serbestleştirilme, karpal tünelde fibrozis ve ağırlı skar dokusu oluşumu, palmar kutanöz sinir dalının sıkışması psikolojik ve mesleki faktörler bulunmaktadır. Cerrahi sonrası şikayetlerin geçmemesi veya tekrarlamasının nedenleri arasında, nadiren kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) gelişimi de sorumludur (3).

KBAS ilk kez 1864 yılında Mitchell ve ark. tarafından tanımlandı ve periferik sinir yaralanması sonrası görülen tablo 'kozalji' olarak isimlendirildi (8). Daha sonraki yıllarda bu tablonun travmalar en sık olmak üzere cerrahi girişimler,

neoplazmalar nörolojik patolojiler gibi pek çok sebebe bağlı olarak görülebildiği bildirildi ve tablo bu tarihten beri çok farklı isimlerle adlandırıldı (Tablo I). Bu sendrom son yıllara kadar "Sudeck Atrofisi", "Refleks Sempatik Distrofi" gibi isimlerle isimlendirildi (9). En son adlandırma 1993 yılında "International Association for the Study of Pain (IASP)" tarafından 'Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu (KBAS)' olarak yapıldı (12).

KBAS hem hastayı hem de ailesini fiziksel, duygusal ve maddi yönlerden etkileyen hayat boyu süren bir hastalıktır. Bu hastalığın medikal ve cerrahi tedavisinin yanında, çok iyi bir psikiyatrik destek ve yaşam planlaması da hastaların günlük yaşantılarını devam ettirebilmeleri için gereklidir (15).

Karpal tünel cerrahisi sonrası KBAS nadir görülmektedir. Bu nadir görülen tablo olgu sunumu olarak tartışıldı.

OLGU SUNUMU

54 yaşında bayan hasta yaklaşık 3 yıldır devam eden ve ilaç tedavisi ile geçmeyen ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu.

Tablo I: Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromları için Kullanılan Farklı Terimler

Refleks sempatetik distrofi sendromu (KBAS tip I)
Sudeck Atrofisi
Kozalji
Omuz-el sendromu
Algodistrofi
Algonörodistrofi
Post travmatik distrofi
Post-travmatik osteoporoz
Ağrılı osteoporoz
Geçici osteoporoz

Özellikle sol el olmak üzere her iki elde de şikayeti vardı. Yapılan muayenesinde her iki elde de tinel ve phalen testi pozitif. Motor kayıp izlenmedi. EMG incelemesi solda ağır ve sağda orta düzeyde karpal tünel sendromu bulguları ile uyumluydu.

Lokal anestezi ile klasik karpal tünel cerrahisi ile sol median sinir serbestleştirildi. Postop erken dönemde ağrısı azalan hasta poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi. Operasyondan 10 gün sonra kontrolünde hasta sol elde ağrısının arttığını ifade etti. Yapılan muayenede hareket kısıtlılığı geliştiği, operasyon yapılan elin diğer ele göre belirgin ödemli ve nemli olduğu görüldü. Sorgulamada ağrının operasyon öncesine göre daha farklı biçim kazandığı, yanma tarzında olduğu ve elin bir nesneye ve suya teması ile arttığı belirlendi. Ayrıca hastada dikkat çekici biçimde elin kalp hizasından düşmesiyle artan ağrı, ödem ve renk değişikliği izlendi (Şekil 1).

Hastanın yapılan kontrol EMG incelemesinde orta düzeyde sıkışıklık izlendi. Kemik sintigrafisinde sol elde artmış aktivite izlendi.

Bu bulgular ışığı altında hastaya KBAS tanısı konuldu. Hastaya osteoporoz tedavisi ve nöropatik ağrısı için gabapentin 1800 mg/gün başlandı. Ayrıca fizik tedavi kliniğine yönlendirilerek aktif egzersiz önerileri alındı.

3 ay sonraki kontrolünde hastanın ağrısının ilk zamankine oranla oldukça azaldığı ve sol elini kullanma süresinin arttığı izlendi. Bununla birlikte hasta sol elini kalp seviyesi altında uzun tuttuğunda vasomotor ve sudomotor semptomlarında yine artış izlendi.

Klinik ve yardımcı testler ile tanısı konulan hasta aktif fizik tedavi egzersiz programı ve gabapentin 1800 mg /gün tedavisi ile halen kliniğimizde takip edilmektedir.

TARTIŞMA

KBAS patolojisi tam olarak anlaşılammış olmakla birlikte, nörojenik inflamasyona neden olan periferik ve santral duyarlılık sorumlu tutulmaktadır. En olası mekanizmanın, periferik aksonal adenoreseptörlerin sayısında ve duyarlılığında artışla birlikte sempatik denervasyona bağlı olarak katekolaminlere karşı artmış duyarlılık olduğu düşünülmektedir (11,13).

KBAS-1' in klinik seyri üç evreden oluşmaktadır. Birinci evre, 1. ile 3. aylar arasında olup, genellikle hasarın olduğu bölge ile sınırlı olan ilerleyici yanıcı tarzda ağrı, kas krampları, ödem, derinin renginin ve ısısının değişmesi ile sonuçlanan vazospazm ve hareket kısıtlılığı ile karakterizedir. Ağrı yanıcı, ciddi ve derin bir sızı şeklinde tanımlanabilir. Allodini, (taktıl uyarıcılar elbise değiştirme, duş esnasında gibi hareketler ile oluşan ağrı) vardır. İkinci evre 3. ile 6. aylar arasındadır. Ağrı daha ciddi ve daha yaygın hale gelir, ödem artar, kıllarda ve saçlarda kabalaşma olur, tırnaklar parlaklaşır, kırılmalar oluşur ve oluklar oluşabilir. Evre 3 de ise, atrofi geri dönüşümsüz hale gelir. Ağrı dayanılmazdır ve genellikle tüm ekstremitayı kapsar. Fleksiyon tendon kontraktürleri ve benekli osteoporoz da denilen kemik değişiklikleri oluşabilir (2,6).

KBAS klinik olarak tanı konulan bir hastalıktır. Bu nedenle klinisyenin bu hastalığı düşündürecek bulguları iyi bilmesi gerekmektedir Veldman ve ark. 829 hastayı prospektif olarak incelediler. Bu çalışmanın sonunda klinik tanı kriterleri tanımladılar (Tablo II) (16).

KBAS tanısında birçok laboratuvar tetkiki de yapılmaktadır fakat hiçbiri tanı kriterleri arasında yer almaz (7).

KBAS tanısını koymada klinik bulgular ön planda olmakla beraber, tanıyı doğrulamakta laboratuvar tetkikleri önemli yer tutar. Değerlendirmeler önemli yer tutar. Radyolojik olarak osteoporozun ve yumuşak doku ödeminin izlenmesi,



Şekil 1: Sol elin kalp hizasından düşmesiyle artan ağrı, ödem ve renk değişikliği görülmektedir.

Tablo II: Hastalık için Veldman Tanı Kriterleri

Kriter 1: Aşağıdaki 5 semptomdan en az 4'ünün pozitif olması tanıyı destekler

Ağrı

Diğer ekstremiteler ile karşılaştırıldığında ısı farkı

Diğer ekstremiteler ile karşılaştırıldığında hacimde asimetri

Diğer ekstremiteler ile karşılaştırıldığında renkte asimetri

Aktif eklem hareket açıklığında kısıtlılık

Kriter 2: Egzersiz sırasında veya sonrasında bu semptomların görülmesi veya artması

Kriter 3: Bu semptomların başlatıcı primer travma bölgesinden yayılarak daha geniş bir alanda olması

3 fazlı kemik sintigrafisinde artmış aktivite, termografi, kemik dansitometrisi sempatik deri yanıtı gibi testler kullanılmaktadır (1,14).

Tedavide çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Bu amaçla kullanılan farmakolojik ajanlar içerisinde analjezikler, non-steroid antiinflatuvar ajanlar, antidepresanlar, kalsitoninler, vazodilatörler, kürarizan ajanları, ganglion blokerlerini, lokal anestetikler, antihistaminikler, anabolik hormonları, steroid ve vitaminleri sayabiliriz (4,5,17).

SONUÇ

KBAS-1 hasta ve ailesi için maddi olarak da büyük sorunlar yaratır. Hastanın çalışmamasından dolayı gelir azalır. Bununla beraber hastanın tedavisi ve bakımı aile bütçesi üzerinde ekstra bir masraf oluşturur. Hareket kısıtlılıkları ile beraber, hastanın aile içindeki sorumluluklarını yerine getirememesi nedeni ile ailesi ile hasta arasında gerilimler meydana gelir. Alışveriş, kişisel ve ev temizliği, ev bakımı gibi bir evin temel ihtiyaçlarına hastanın katkısının azalması ve diğer aile fertlerinin sosyal yükümlülüklerin artması özellikle zayıf sosyoekonomik düzeydeki ailelerde zaten bozuk olan psikolojilerin daha da yıpranması ile sonuçlanır. Bu da aile ilişkilerinde zayıflama, hastanın arkasındaki aile desteğinin azalmasına sebep olabilir.

(15). Bu nedenle tedavi stratejisinde psikiyatrik destek gerekebilir.

Hastalığın erken tedaviye alınması özellikle önemlidir. Bu şekilde ağrı kontrolü yapılabildiği gibi oluşabilecek ciddi fonksiyon kayıplarının da önüne geçilebilmektedir. Erken tanı ve tedavi ağrının psikososyal komponentlerinin oluşmasının engellenmesinde de önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Baron R, Janig W: Complex regional pain syndrome-how do we escape the diagnosis trap? Lancet 364:1739-1741,2004
2. Beyazova M, Kutsal YG: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Cilt II, Chapter 7. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000:1903-1915
3. Concannon MJ, Brownfield ML, Puckett CL: The incidence of recurrence after endoscopic carpal tunnel release. Plast Reconstr Surg 105:1662-1665, 2000
4. Harden RN: Pharmacotherapy of complex regional pain syndrome. Am J Phys Med Rehabil 84:17-28, 2005
5. İrdesel J: Nöropatik ağrı tedavisi. Turk Fiz Tıp Rehab Derg 51(A):A6-A15, 2005
6. Kirkpatrick AF: Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association of America. Clinical Practice Guidelines, 1999
7. Low PA, Amadio PC, Wilson PR, McManis PG, Willner CL: Laboratory findings in reflex sympathetic dystrophy: A preliminary report. Clin J Pain 10(3):235-239, 1994
8. Lynch ME: Psychological aspects of reflex sympathetic dystrophy: A review of the adult and pediatric literature. Pain 49:337-347, 1992
9. Merskey H, Bogduk N: Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndrome and Definition of Pain Terms. Seattle (WA): IASP Pres, 1994
10. Murphy RX Jr, Jennings JF, Wukich DK: Major neurovascular complications of endoscopic carpal tunnel release. J Hand Surg 19A:114-118, 1994
11. Pham T, Lafforgue P: Reflex sympathetic dystrophy syndrome and neuromediators. Joint Bone Spine 70:12-17, 2003
12. Sarangi PP, Ward AJ, Smith EJ, Staddon GE, Atkins RM: Algodystrophy and osteoporosis after tibial fractures. J Bone Joint Surg 75B:450-452, 1993
13. Schwartzman RJ, Alexander GM, Grothusen J: Pathophysiology of complex regional pain syndrome. Expert Rev Neurother 6(5):669-681, 2006
14. Schweitzer ME, Mandel S, Schwartzman RJ, Knobler RL, Tahmouh AJ: Reflex sympathetic dystrophy revisited: MR imaging findings before after infusion of contrast material. Radiology 195:211-214, 1995
15. Türkmen A, Günel E: Temel metin kompleks bölgesel ağrı sendromu Tip-1: Sosyal boyutlan ve yaşam planlaması. Gaziantep Tıp Dergisi 16(2):53-56, 2010
16. Veldman PH, Reynen HM, Arnzt IE, Goris RJ: Sign and symptoms of reflex sympathetic dystrophy: Prospective study of 829 patients. Lancet 342:1012-1016, 1993
17. Zollinger PE, Tuinebreijer WE, Kreis RW, Breederveld RS: Effect of vitamin C on frequency of reflex sympathetic dystrophy in wrist fractures: A randomised trial. Lancet 354:2025-2028, 1999