

Romatoid Artritli Bir Hastada Total Diz Protezi Sonrası Gelişen Nadir Bir Komplikasyon; Peroneal Sinir Hasarı: Bir Olgu Nedeni

A Rare Complication After Total Knee Arthroplasty In A Patient With Rheumatoid Arthritis; The Peroneal Nerve Damage: A Case Report

Yaşar Dağıstan¹, Emine Dağıstan², Barış Alkan³

¹ İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Bolu

² Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Bolu

³ İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, Bolu

Abstract

46-year-old female patient was admitted with complaints of right leg weakness and numbness. 4 months ago had been operated on for knee replacement. At the same time, rheumatoid arthritis was diagnosed. Peroneal motor nerve EMG response was obtained. Peroneal nerve decompression and neurolysis was performed. The patient's postoperative paresthesia disappeared. Peroneal nerve damage after knee replacement surgery may develop. This risk was higher in patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: Rheumatoid arthritis, total knee arthroplasty, peroneal nerve injury

Application: 13.06.2012 **Accepted:** 08.08.2012

Özet

46 yaşında bayan hasta sağ ayağında güçsüzlük ve uyuşukluk şikayetleri ile başvurdu. Dört ay önce total diz protezi için opere olmuştu. Aynı zamanda, Romatoid artrit tanısı ile takip edilmekte idi. EMG'sinde peroneal motor sinir yanıtı alınamadı. Peroneal sinir dekompresyonu ve nöroliz uygulandı. Hastanın ameliyat sonrası his kusuru ortadan kalktı. Diz protezi ameliyatı sonrasında peroneal sinir hasarı gelişebilir. Bu riskin Romatoid artrit olgularında daha fazla olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, total diz protezi, peroneal sinir hasarı

Başvuru Tarihi: 13.06.2012 **Kabul Tarihi:** 08.08.2012

Giriş

Total diz artroplastisi (TDA) sonrasında görülen en sık sinir yaralanması peroneal sinir paralizisidir. Farklı serilerde peroneal sinir paralizisi görülme sıklığı %0,3-3 arasındadır. Peroneal sinir paralizilerinin %50'si tamamen geri dönerken, geri kalan %50'sinde iyileşme kısmi olmaktadır. Peroneal sinir paralizisi sonrası üç ay geçmesine rağmen düzelme olmuyorsa, EMG kontrolü ve peroneal sinir eksplorasyonu önerilir^{1,2}.

Peroneal sinir paralizisi Romatoid Artrit'li (RA) hastaların dizlerinde, valgus dizlerde ve öncesinde kok patolojisi olan hastalarda daha sık görülmektedir. RA olgularında diz eklemi %90, ve bilateral tutulum ise %70 oranındadır (3). Kemik kalitesindeki bozukluk, yumuşak doku iyileşmesindeki zorluk RA'li hastalarda total diz protezi uygulamasındaki esas sorunlardır^{4,5}.

Burada RA'li bir olguda total diz protezi sonrasında gelişen ve takiplerde yapılan medikal ve fizik tedavi uygulamalarına rağmen düzelmeyen peroneal sinir paralizisi ol-

gusu nadir görülmesi ve tetkik ve tedavisindeki özellikleri nedeniyle literatür değerlendirilmesi ile sunuldu.

Olgu

46 yaşında bayan hasta yaklaşık 4 ay önce yapılan TDP sonrasında düşük ayak şikayeti ile başvurdu. Hastanın anamnezinde romatoid artrit tedavisi aldığı anlaşıldı. Şikayetlerinin tedavisi için Fizik tedavi aldığı ancak yaklaşık 4 ay geçmesine rağmen şikayetlerinin düzelmediği belirtildi. Lomber Magnetik Rezonans normaldi. Hastanın muayenesinde sağ ayak dizaltı çevresi sol ayak aynı bölgeye göre 0,5 cm daha düşük ölçüldü. Alt ekstremitte EMG'sinde sağ bacak diz seviyesinde peroneal sinir amplitutu alınamadı. Hasta operasyona alındı ve diz seviyesinde peroneal sinir trasesine uygun insizyonla peroneal sinir ortaya konuldu. Sinir distal ve proksimalden takip edilerek dekompresyon yapıldı. Özellikle sinir fibula başı seviyesinde serbestleştirildiğinde hasta bacak lateralinden başlayan ayak tabanına yayılan uyuşmanın azaldığını ifade etti. Dekompresyon tamamlandıktan sonra noroliz yapıldı ve operasyon tamamlandı. Bir gün sonra yapılan kas gücü muayenesinde ayak bileği ve 2-5. parmaklardaki kas gücü tama yakın düzeldi. Hastanın yürümesi düzeldi. Operasyon sonrası üçüncü günde EMG tekrarlandı ve başparmak rehabilitasyonu için yönlendirildi.

Tartışma

TDA dejeneratif osteoartrit ve RA gibi ileri safhada diz sorunu olan hastalarda ağrıyı ortadan kaldırmak, deformiteyi ve diz fonksiyonlarını düzeltmek ve günlük aktiviteleri sağlayabilecek düzeye getirmek için uygulanmaktadır⁶⁻⁹. TDA sonrasında görülen en sık sinir yaralanmasının peroneal sinir paralizisi olduğu belirtilmişti (%0,3-3). 1476 primer TDA uygulanan hastanın bulunduğu bir çalışmada, postoperatif dönemde peroneal sinir paralizisi oranı %1,3 olarak bildirildi¹. Idusuyi ve Morray² tarafından 10321 olgulu bir seride sadece 32 hastada peroneal paralizisi görüldüğünü bildirmişlerdir. Peroneal sinir özellikle ileri derecede deformitesi ve fleksiyon kontrakturu olan dizlerde düzeltme sonrası gerilir. Bunlar dışında, hematoma veya elastik bandajın dıştan basısı sonucu peroneal paralizisi gelişebilir. RA'li dizlerde, valgus dizlerde ve önce-

sinde kök patolojisi olan hastalarda daha sık görülmektedir. Peroneal sinir lezyonunda ayak sırtının ve bacağın ön yan yüzünün duyu kaybına eşlik eden, ayağın dorsifleksiyon, eversiyon ve ayak başparmağı dorsifleksiyon kas gücünde zayıflık bulgularına rastlanır. Ağır lezyonlarda düşük ayak gelişir. Ayağın inversiyonunu sağlayan kas peroneal sinirden innerve olmadığı için ayağın inversiyonu normaldir. Bu durum peroneal sinir felci ile siyatik sinir veya lumbosakral kök lezyonları arasında klinik olarak ayırıcı tanı yapmaya yardımcı olur. Fibula boynu veya başı hizasında lokal olarak hassasiyet vardır. Motor nöron hastalığı bazen düşük ayak ile birlikte, ancak fasikülasyon varlığı, üst motor nöron defisitler ve duyunun korunmuş olması motor nöron hastalığını peroneal nöropatiden ayırır.

RA'li hastalarda dizler hastalığın ilerleyen yıllarında tek ya da çift taraflı olmak üzere %90 gibi yüksek bir oranda tutulur^{10,11}. RA'li hastaların dizlerinde cerrahi tedavide sinovektomi, radyasyon sinovektomisi ve osteotomiler uygulanabilen tedavi girişimleri olmakla birlikte etkinlikleri sınırlı ve kısa sürelidir¹¹. RA'li hastalarda ağrının giderilmesi, fonksiyonların ve hareketliliğin kazanılması için en etkili güncel yöntem TDA uygulamalarıdır¹⁰⁻¹³. Bununla birlikte RA olgularında TDA uygulamalarının bazı zorlukları ve olumsuzlukları bulunmaktadır. Çünkü RA'li hastalarda infeksiyon gelişme oranı daha yüksek, yumuşak doku dengesinin kurulması daha zor ve kemik kalitesi daha fazla bozuktur^{10,14}. RA'li olgularda kemik kalitesinin daha bozuk olması steroid kullanımı, romatoid sinovya-daki yüksek prostoglandin oranı, immobilizasyon osteoporozu ve subkondral kemikteki romatoid granülasyon dokusuna gibi nedenleri bağlanabilir¹⁴. Bu hastalarda diz ağrısını gidermek için hemen hemen başka hiçbir alternatif yoktur¹⁵.

Çalışmamızda sunduğumuz olgu RA'li ve 4 ay önce yapılan TDP sonrasında peroneal sinir paralizisine bağlı düşük ayak geliştiği anlaşıldı. Konservatif tedaviden yarar görmeyen hastanın peroneal sinir dekompresyonu sonrasında hızla düzeldiği ve kas gücüne kavuştuğu görüldü. Sonuç olarak, TDA dejeneratif osteoartrit ve RA gibi ileri safhada diz sorunu olan hastalarda ağrıyı ortadan kaldırmak, deformiteyi ve diz fonksiyonlarını düzeltmek ve

günlük aktiviteleri sağlayabilecek düzeye getirmek için uygulanan bir yöntemdir. Ancak özellikle RA olgularında infeksiyon oranındaki yükseklik ve kemik kalitesindeki bozuklukta göz önüne alınarak peroneal sinir paralizile-
rinin gelişebileceği mutlaka akılda tutulmalı ve ameliyat

sonrası dikkatle bu açıdan izlenmelidirler. Ayrıca fizik tedavi ve ilaç tedavisinden fayda görmeyen ve ameliyat sonrası 3 ay üzerinde şikayetleri devam eden hastaların peroneal sinir dekompresyonu açısından değerlendiril-
mesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Şener N, Tözün R. Total diz artroplastisinde derin ven trombozu profilaksisi. XV. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı. THK Basımevi, İstanbul, 1997: 754-62.
2. Idusuyi OB, Morrey BF. Peroneal nerve palsy after total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg 1996; 78: 177-84
3. Aydoğdu S, Sur H. Total diz protezleri. Ege R (Ed). Diz sorunları. Bizim Büro Basımevi, Ankara, 1998: 391-403.
4. Sledge CB, Walker PS. Total knee arthroplasty in rheumatoid arthritis. Clin Orthop Relat Res 1984; 182: 127-36.
5. Ito J, Koshino T, Okamoto R, Saito T. 15 years follow up study of total knee arthroplasty in patients in rheumatoid arthritis. J Arthroplasty 2003; 18(8): 984-92.
6. Guyton JL. Arthroplasty of ankle and knee. In: Canale ST (Ed). Campbell's operative orthopaedics. 9th edition, St. Louis, Mosby, 1998: 232-95.
7. Insall JN, Henry DC. Historic development, classification and characteristics of knee prostheses. In: Insall JN (Ed). Surgery of the knee. 3rd edition, New York, Churchill Livingstone, 2001: 1516-47.
8. Çetin İ, Erdemli B. Diz artroplastisinde teknik uygulama özellikleri Ege R (Ed). Diz sorunları. Bizim Büro Basımevi, Ankara, 1998: 411-31.
9. Sorrels RB, Stiehl JB, Voorhorst PE. Midterm results of mobile-bearing total knee arthroplasty younger than 65 years. Clin Orthop Relat Res 2001; 390: 182-9.
10. Sledge CB, Walker PS : Total knee arthroplasty in rheumatoid arthritis. Clin Orthop 182: 127-136, 1984.
11. Thomas BI, Cracchiolo A, Lee YF, et al. Total knee arthroplasty in rheumatoid arthritis: a comparison of the polyethylene and total condylar prosthesis. Clin Orthop 1991;265: 129- 136.
12. Goldberg VM, Figgie MP, Figgie HE, et al. Use of a total condylar knee prosthesis for treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis. J Bone Joint Surg 1988;70-A: 802-81.
13. Hvid I, Kjaersgaard-Andersen P, Weihe Lund JO, et al. Knee arthroplasty in rheumatoid arthritis: four to six years follow up study. Arthroplasty 1987;2: 233-235,.
14. Laskin RS. Total condylar knee replacement in rheumatoid arthritis, a review of one hundred and seventeen knees. J Bone Joint Surg 1981;63-A: 29-35.
15. Aydoğdu S, Sur H. Total diz protezleri. Ege R (Ed). Diz sorunları. Bizim Büro Basımevi, Ankara, 1998: 391-403.

Epilepsinin Eşlik Etmediği Dyke-Davidoff-Masson Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Dyke-Davidoff-Masson Syndrome That is not Accompanied by Epilepsy: A Case Report

Yeşim Güzey Aras¹, Davut Ceylan², Dilcan Kotan³, Can Yıldız⁴, Ayhan Bölük³

¹ Sakarya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Sakarya

² Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Sakarya

³ Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Sakarya

⁴ Sakarya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Sakarya

Özet

Dyke-Davidoff-Masson Sendromu (DDMS) serebral hemiatrofi, kontralateral hemiparezi ve epilepsi ile karakterize klinik bir antitedir. Hastalığın diğer bulguları fasial asimetri, mental retardasyon, sensorinöral işitme kaybı, psikiyatrik bozukluklardır. Radyolojik incelemelerde ise ünilateral serebral hemisferlerde atrofi, aynı tarafta sulkus ve ventriküllerde genişleme, kafatası kalınlaşması, paranasal sinüslerde aşırı genişleme ve havalanma artışının olması ile karakterize bir tablodur. 7 aylıkken febril konvülsiyon geçiren ve daha sonra hiç nöbeti olmayan hasta polikliniğimize sadece baş dönmesi şikayeti ile müracaat etti. 17 yaşındaki kız olgunun elektroensefalogram (EEG)'inde sağ hemisferde diffüz yavaşlama tespit edildi. Klinik ve görüntüleme bulgularının eşliğinde DDMS tanısı konulan hasta ender görülen bir tablo olması ve epilepsinin eşlik etmeyebileceği vurgulanmak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dyke-Davidoff-Masson Sendromu, Serebral hemiatrofi, Nöbet

Başvuru Tarihi: 16.11.2011 **Kabul Tarihi:** 27.03.2012

Abstract

Dyke-Davidoff-Masson Syndrome (DMMS), is a clinical entity with features of cerebral hemiatrophy, contralateral hemiparesia and epilepsy. The other findings of the disease are facial asymmetry, mental retardation, sensorineural hearing loss and psychiatric disorders. In radiological evaluation, the disease is marked by an atrophy in unilateral cerebral hemisphere, an expansion in sulcus and ventricles in the same side, a thickening of the skull, an excessive extension in paranasal sinuses and an increase in airing. The patient, who had a febrile convulsion when seven months old and has never undergone a seizure since, applied to our clinic only with a complaint of dizziness. It is established in the electroencephalogram (EEG) that the female patient, 17 age, has a diffuse slow down in her left hemisphere. The patient, who is diagnosed to have DDMS in the light of clinical and radiological findings, is presented here as it is a rare case and to emphasize that epilepsy may not necessarily accompany DDMS.

Keywords: Dyke-Davidoff-Masson Syndrome, Serebral hemiatrophy, Seizure

Application: 16.11.2011 **Accepted:** 27.03.2012