

- 185:447-4451, 1994.
- Beran S.j., Friedman R.M., Kassir M.: Recurrent digital ischemia due to thrombosis of the persistent median artery. *Plast Reconstr Surg*, 99:1169-1171,1997.
 - Gutowski K.A., Olivier W.A., Mehrara B.J. ve ark.: Arteriovenous malformation of a persistent median artery with a bifurcated median nerve. *Plast Reconstr Surg*, 106:1336-1339,2000.

- Maxwell j.A., Kepcs J.J., Ketchum LD.: Acute carpal tunnel syndrome secondary to thrombosis of a persistent median artery. *J Neurosurg.*, 38: 774-777,1973.
- Olave E., Prates J.C., Gabrielli C. ve ark.: Median artery and superficial palmar branch of the radial artery in the carpal tunnel. *Scand J Plast Reconstr Hand surg*, 31:13-16,1997.

MEDİAN SINİRİN DEV NÖROMASI

Eksal KARGI, Orhan BABUÇÇU, Murat KALAYCI, Mübin HOŞNUTER, Berfu BABUÇÇU, Sibel YENİDÜNYA

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Patoloji Anabilim Dalı

Sinir dokusunun tümörleri, en sık nöromalar olmakla beraber, nörofibroma, nörofibrosarkoma ve buna ek olarak lipomlar, lipofibromatöz hamartomlar, hemangiomlar gibi nöral orijinli olmayan intranöral tümörler olarak da karşımıza çıkar. Nöromaların çoğu asemptomatik olduğundan tanı konulmamış olabilir. Bu tümöral yapılar sinir kesisi, travması ve amputasyonları takiben, akson rejenerasyonu sonucunda meydana gelirler en çok ekstremitelerde oluşurlar. Ayrıca kompresyon, enfeksiyon, tümörler ve diğer inflamatuvar olaylar sonucunda meydana gelen indirekt sinir hasarı sonucunda da ağrılı nöromalar oluşabilir 1-3.

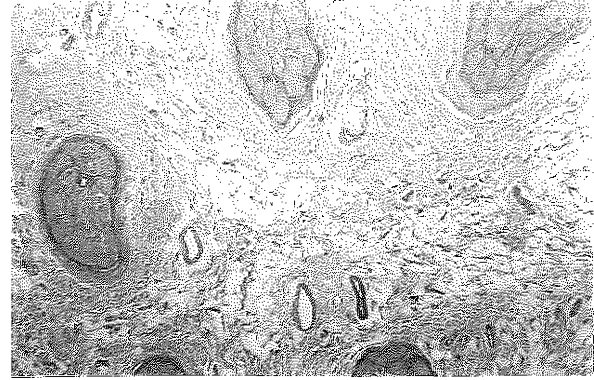
Bu olgu 2 açıdan ele alınmıştır; birincisi hastanın hiçbir travma hikayesi mevcut değildir ve ikinci olarak ise el bileği bölgesindeki dev boyutlarda nöromanın literatürde bugüne kadar rapor edilmemesidir.

20 yaşında erkek hasta, sol el bileği volar yüzeyinde 10 yıllık bir kitle şikayeti ile başvurdu. Lezyonun boyutlarının son 3 yılda artma ve hastanın sol elde duyu

kayı ve kitle üzerinde hassasiyeti mevcuttu. Fizik muayenede, sol el bileği volar yüzünde 40x30x15 mm'lik, Tinel bulgusu pozitif olan kitle tespit edildi. Median sinirin innerve ettiği bölgelerde duyu kaybı mevcuttu, ancak herhangi bir motor kayıp tespit edilmedi. EMG incelemesinde, sol median sinirde bilek ve bilek üstü segmentinde kompresyona yol açan bir lezyon ile uyumlu bulgular rapor edildi. USG tetkikinde sol el bileğinde cilt altında yerleşimli, boyutları yaklaşık 40x30x15 mm olan yağlı izoekoik solid lezyon izlendi. Hastanın bütün bu bulguları sonucunda median sinir kaynaklı bir tümöral lezyon düşünülerek, operasyon planlandı. Ameliyat esnasında median sinir üzerinde fleksor retinakulum proksimalinde solid, sarımsı, ovoid nodüler lezyon tespit edildi. Tümör median sinir boyunca, proksimalde önkol 1/3 distalinden distalde metakarpal seviyeye kadar uzanım göstermekteydi. Mikroskop altında median sinir fasikülleri korunarak 100x15 mm'lik tümöral yapı enükle edildi (Şekil 1).



Şekil 1: Kitlenin intraoperatif görünümü



Şekil 2: Kitlenin histopatolojik görünümü (H&E x100)

Postoperatif kontrollerde herhangi bir cerrahi komplikasyon ve motor defisit görülmedi. Postoperatif ikinci aydaki kontrol EMG'si normal olarak rapor edildi. Histopatolojik incelemede, tüm kesitlerde nöromanın karakteristik bulguları gözlenerek travmatik nöroma tanısı konuldu (Şekil 2).

Nöroma sinir dokusunun en sık rastlanılan tümörüdür ve nöroma inkontinuti ve terminal bulb olmak üzere 2 sınıfta incelenirler. Terminal bulb nöroma sinirin komplet kesileri sonucunda meydana gelir. Nöromanın bu formu sıklıkla amputasyonlardan sonra karşımıza çıkmaktadır^{3,4}. Nöroma inkontinuti ise epinörium ve perinöriumun sağlam olduğu sinirin parsiyel laserasyonları ve traksiyon yaralanmaları sonucunda meydana gelirler. Ek olarak nöroma inkontinuti destek yapıların fonksiyonlarının bütünlüğüne göre alt gruplara ayrılmaktadır. Perinörium sağlam ise, tamamen sinir kılıfını içeren, fusiform "spindle" nöroma olarak sınıflandırılır. Eğer perinörium fasikülleri ayrılmış ise, nöroma fasiküllerden meydana gelir ve ciddi lateral nöroma olarak gelişebilir. Çoğu sinir yaralanması parsiyel olarak görülmektedir, dolayısıyla nöroma inkontinuti olarak karşımıza çıkarlar^{7,8}. Bu hastada, dev nöroma olarak belirgin ağrısı yoktu.

Tümörün lokalizasyonu dolayısıyla, hastada karpal tünel kompresyon bulguları mevcuttu. Bu vakadan da anlaşılacağı gibi tüm nöromalarda ağrı varolan bir bulgu olmayabilir. Diğer yandan ağrı şüpheli sinir travmasının varlığı aleyhine değerlendirilebilir. Ayırıcı tanı olarak nörofibroma, nörofibrosarkoma ve intranöral orijinli tümörler olmak üzere üst ekstremitenin periferik sinir sisteminde görülen tüm tümörler akla gelmelidir. Şüpheli lezyonların değerlendirilmesi esnasında dikkatli bir öykü, fizik muayene, radyolojik değerlendirme ve laboratuvar testleri yapılmalıdır^{2,6,9}.

Travmatik nöromalar arasında boyutlarından ve lokalizasyonundan ötürü bu vaka sunulmaya değer bulunmuştur. Bu nadir görülen vaka göz önüne alınarak, sinir lokalizasyonunda şişlik, ağrı, nörolojik bulguları olan hastaların nöroma açısından değerlendirilmesini önermekteyiz.

Dr. Eksal KARGI

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi

Tıp Fakültesi Hastanesi

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

67600 Kozlu, ZONGULDAK

KAYNAKLAR

1. Ariel IM. Tumors of the peripheral nervous system. *Semin Surg oncol* 4: 7-13, 1988.
2. Beggs J. Sonographic appearances of nerve tumors. *J Clin Ultrasound* 27:363-8,1999.
3. Burchiel KJ, Johans TJ, Ochoa J. The surgical treatment of painful traumatic neuromas. *J Neurosurg* 78:714-9, 1993.
4. Josty IC, Sykes PJ. An unusual schwannoma of the median nerve: effects on the motor branch. *Br j Plast Surg* 54:71-3, 2001.
5. Lanzetta M, Nolli R. Nerve stripping: new treatment for neuromas of the palmar cutaneous branch of the median nerve. *J Hand surg (Br)* 25:151-3,2000.
6. Martinelli P, Poppi M, Gaist G, padovani R, Pozzatti I. Posttraumatic neuroma of the median nerve: a cause of carpal tunnel syndrome. *Eur Neuro* 24:13-15,1985.
7. Stahl S, Rosenberg N. Surgical treatment of painful neuroma in medial antebrachial cutaneous nerve. *Ann Plast Surg* 48:154-60,2002.
8. Tung TH, Mackinnon SE. Secondary carpal tunnel surgery. *Plast Reconstr Surg* 107:1830-43,2001.
9. Wu J, Chiu DT. Painful neuromas: a review of treatment modalities. *Ann Plast Surg* 43:661-7,1999.