

MEDİAN ARTERE BAĞLI GELİŞEN KARPAL TÜNEL SENDROMU

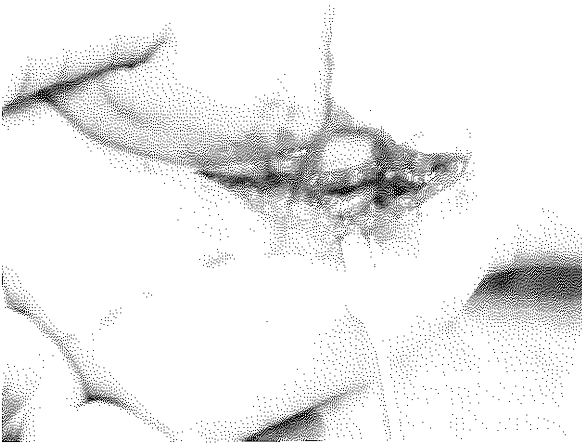
Nesrin TAN BAŞER, Nurten YAVUZ, Ünzile BALCI AKBUĞA, Gürcan ASLAN

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Karpal tünel sendromuna (KTS) neden olan bir çok faktör bildirilmiştir. En sık rastlanan neden fleksör tendonların tenosoviyitidir. Karpal tünel sendromunun gelişmesinden anatomik vasküler varyasyonlarda sorumlu tululmaktadır¹. Bunlardan biride karpal tünelde median arterin varlığıdır. Kadavra çalışmalarında karpal tünelde persistent median arterle (PMA) karşılaşma insidansı %1-23 arasında değişen bir aralıkta bildirilmiştir¹⁻³.

42 yaşındaki hastamıza sağ elde karpal tünel sendromu bulguları nedeniyle açık teknikle standart transvers karpal ligament insizyonu yapıldı. Karpal-tünel açıldığında median sinirin üzerini tamamen kaplayan geniş bir arter ile karşılaşıldı. Turnike açıldığında arterde belirgin bir pulzasyon ve akım olduğu izlendi. Arter diseke edilerek sinir üzerinden kaldırıldı (Şekil 1). Arterin dış çapı 2,7 mm olarak ölçüldü. Median arter radyal tarafa transpoze edildi ve çevre yumuşak dokuya gömüldü. 18. aydaki kontrolünde herhangi bir şikayeti yoktu.

Median arter embriyolojik gelişim esnasında kısa bir süre elin dominant besleyicisidir. Genellikle embriyolojik yaşamın 7. haftasında geriler. Nadiren

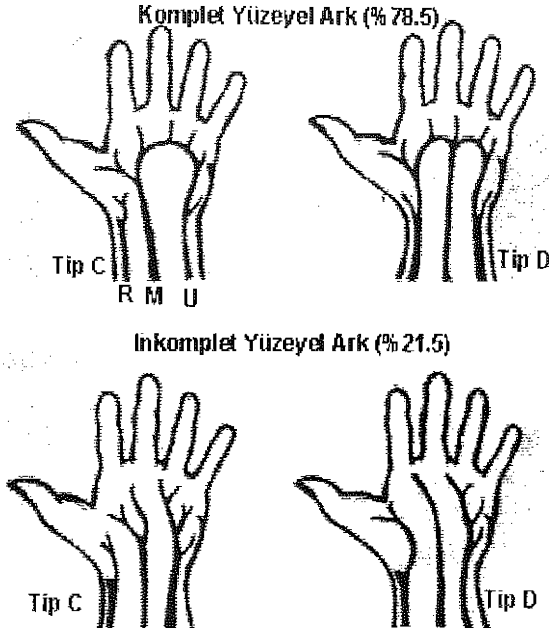


Şekil 1: Median sinirin üzerinden diseke edilen genişlemiş, patent median arter.

erişkin yaşamda da devam edebilir. Eğer embriyogenezisden sonra devam ederse PMA olarak karpal tünelde median sinirle birlikte seyredir. Median arterin varlığı her zaman karpal tünel sendromu ile sonuçlanmamaktadır. Karpal tünelde median arterin sinire bası yapabilmesi için çapının 2 mm den fazla olması gerektiği söylenmektedir⁴.

Genellikle KTS'lu bir hastayı opere etmeden önce tanıya yönelik muayene ve testler yapılmasına rağmen etyolojiye yönelik araştırma yapılmamaktadır. Karpal tünelde PMA'in varlığı cerrahi esnasında tesbit edilmektedir. Belkide ameliyat öncesi PMA varlığını düşündürecek en önemli nokta, bu hastalarda klasik gece şikayetleri yerine, iş yaparken ağrı ve uyuşukluğun artması olabilir. PMA'e bağlı nöropatinin mekanizmasını aktivite sırasında vazodilatasyona bağlı kitle etkisiyle açıklayan yayınlar mevcuttur^{1,3}. Literatürde median arterin trombozuna veya kalsifikasyonuna bağlı gelişen akut KTS'ü bildirilmiştir ve median arterde akımın olmadığı bu vakalarda arterin bağlanıp kanaldan çıkarılması önerilmektedir^{3,4}. Asıl sorun belirgin bir akımı olan genişlemiş median arterle karşılaşıldığında ortaya çıkmaktadır. Ameliyat esnasında patent bir median arterle karşılaşıldığında izlenecek yol ile ilgili literatürde değişik öneriler mevcuttur. Otörlerin bir kısmı bu aberan arterin rezek edilmesini savunurken⁴, diğer bir grup radial ve ulnar arterin durumunu bilmeden patent bir arterin rezeksiyonunun uygun olmayacağını belirtmektedir⁵.

Eli kanlandıran damarlar, elde iki ark (yüzeysel ve derin ark) yaparlar. Palmar yüzeysel ark; ulnar, radial ve nadiren median arterden beslenir. Coleman ve arkadaşlarının² kadavra çalışmasında ortaya koyduğu eldeki ark yapıları ve ulnar, radial, median arterin el kanlanmasına katkıları şekilde gösterilmiştir (Şekil 2). Bu değerler incelendiğinde median arterin %10 vakada elin dolaşımına katkıda bulunduğu, median arterin %4,9 vakada son arter olduğu ve özellikle 2 ve 3. parmakların beslenmesinde rol aldığı dikkati çekmektedir. Bu nedenle bu aberan arterin, el sirkülasyonuna katkısı bilinmeden rezeksiyonu düşünülmemelidir.



Şekil 2: Coleman'ın kadavra çalışmasına göre; Komplet yüzeysel ark (%78,5) varlığında median arterin el beslenmesine katkısı. Sol: Median ve ulnar arter ark yapısına katılırken radial arter yüzeysel artere katılmamakta (%3,8). Sağ: Radial, median, ulnar arterlerin 3'ü birden ark yapısına katılmakta (%1,2). İnkomplet yüzeysel ark (%21,5). Sol: Dijital dallar median ve ulnar arterden çıkmaktadır (%3,8). Sağ: Radial, median, ulnar arterlerin herbiri birbirinden bağımsız dijital dallar vermekte (%1,1). (Aşağıda) (R: Radial arter, M: Median arter, U: Ulnar arter)

Bizim hastamızdaki intraoperatif yöntemimiz arteri bağlamadan transpoze etmekte. Bir çok otör⁴ arteri bağlamadan ve transpoze etmeden basit dekompres-

yonun KTS sorunlarını gidermede başarılı olduğunu belirtmişler ama bu seriler incelendiğinde postoperatif 13. ayda rekürrens oranının %25 ile %50 arasında olduğu görülmüştür. Bunun yanında tedavide dekompresyona ek olarak arter transpozisyonu uygulanan vakalarda ise semptomların tekrarlaması bildirilmemiştir⁵.

Bu nedenle karpal tünel sendromunun cerrahi tedavisi esnasında patent bir median arter ile karşılaşıldığında hem elde beslenme sorununa yol açmamak hemde semptomların tekrarlamasından kaçınmak için dekompresyonu takiben median arterin sinir üzerinden diseke edilerek laterale yerleştirilmesinin uygun olacağını düşünüyoruz.

*Dr. Nesrin TAN BAŞER
Koru Mah. 499. Sokak
Arı Sitesi No:46 06810
Ümitköy, ANKARA*

KAYNAKLAR

1. Olavc E, Prates JC, Gabrielli C, Pardi P. Median artery and superficial palmar branch of the radial artery in the carpal tunnel. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 31;13, 1997.
2. Coleman SS, Anson BJ. Arterial patterns in the hand based upon study of 650 specimens. Surg Gynecol Obstet. 113:409,1961
3. Luyendijk W. The carpal tunnel syndrome. The role of a persistent median artery. Acta Neurochir. 79:52, 1986.
4. Barfred T, Hojlund AP, Bertheussen K. Median artery in carpal tunnel syndrome. J Hand Surg. 10;106, 1985.
5. Feldkamp MM, Gentili F, Hudson AR, Guha A. A persistent median artery causing carpal tunnel syndrome in a patient with chronic renal failure: Case report. Neurosurgery. 37;140, 1995.

GARDNER SENDROMLU BİR OLGU: ERKEN TANIDA PLASTİK CERRAHİN ROLÜ

Serdar YÜCE, Serkan SAYILKAN, Kubilay ÖZDİL, Fatih ÖKTEM, Ercan DEMİRBAĞ, Hıfzı VELİDEDEOĞLU, Selim ÇELEBİOĞLU

SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

Gardner sendromu otozomal dominant kalıtım özelliği gösteren 14.000 doğumda 1 görülen bir hastalıktır.^{1,2} 1950'de Elden Gardner tarafından tanımlanmıştır.² Sendrom 3 klinik tablo ile karakterizedir. İntestinal polipler, osteomalar ve kutanöz tümöral lezyonlardır.^{1,2}

İntestinal polipler sıklıkla kolonda gelişir. Genellikle kanama, diare ve abdominal ağrıya neden olurlar. Tedavi edilmeyen polipler yüksek oranda karsinoma dönüşür.²

Diğer klinik tablolar sendromun tanısında önemlidir.

Osteomalar sıklıkla mandibula, paranasal sinüslerde gelişmektedir.⁴ Kutanöz tümöral lezyonlar olarak epidermoid kist, sebace kist, desmoid tümör, lipom ve fibrom görülebilmektedir.^{4,5}

Kliniğimize mandibula ve yüzde multipl kiteller nedeniyle başvuran 26 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Hastanın 10 yıldır mandibula sağ korpus hizasında kitlesi ve 7 yıldır sağ malar, frontal ve oksipital bölgede lipomatöz lezyonları mevcut imiş. (Şekil 1) Hasta 6 yıl önce başka bir merkezde sırtta desmoid tümör nedeniyle