

ELEKTRİK YANIĞINA BAĞLI ULNAR SİNİR SIKIŞMASININ TEDAVİSİNDE ERKEN SUBKÜTAN TRANSPOZİSYON

Serhan TUNCER, Selahattin ÖZMEN, Tolga ERYILMAZ, Osman LATİFOĞLU

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., ANKARA

Sayın Editör,

Periferik nöropati, ekstremitelerin elektrik yanıkları sonrasında görülebilen ve erken dönemde tedavi edilmediğinde kalıcı sekeller bırakabilen bir durumdur¹. Elektrik akımının etkisiyle gelişen sinir hasarı veya çevre dokularda oluşan ödeme bağlı gelişen sinir basısı nöropatiye sebep olur^{1,2}. Üst ekstremitelerde elektrik yanığı nedeniyle oluşan periferik ulnar nöropatinin subkutan transpozisyon ile tedavi edildiği bir olgu sunulmaktadır.

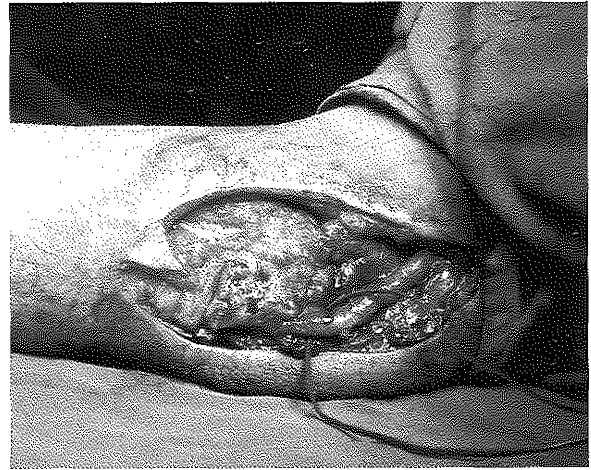
Kırk yedi yaşında erkek hasta, elektrik çarpması sonucu sağ kol, dirsek dış yüzünde oluşan doku defekti ve elinde gidercek artan uyusukluk sebebiyle başvurdu. Fizik muayenesinde sağ dirseğin ulnar tarafında, 3x5 cm büyüklüğünde, zemini granülasyon dokusu ile kaplı doku defekti mevcuttu. (Resim1) Ayrıca, ulnar sinir dermatomunda kısmi duyu kaybı ve motor kuvvette zayıflama mevcuttu. Kübital fossada, Tinnel bulgusu pozitif olan hastanın, yapılan elektrodyagnostik çalışmalarında ulnar sinire ait kısmi ileti kaybı saptandı.

Doku defekti olan bölgenin sert ve zemine yapışık olması nedeniyle ulnar sinir sıkışması ön tanısının yanı sıra, sinirin doğrudan elektrik yanığına maruz kalmış olabileceği de düşünüldü. Bu sebeple, ulnar sinirin eksplorasyonu, gerektiği takdirde sinir serbestleştirilmesi yapılması ve doku defektinin rekonstrüksiyonu planlandı. Genel anestezi altında, granülasyon dokusu temizlendikten sonra yapılan insizyonla kübital fossaya ulaşıldı. Bu bölgede ulnar sinirin fibröz doku içerisinde sıkışmış ve ileri derecede ödemli olduğu saptandı. (Resim2) Bunun üzerine ulnar sinir, proksimal ve distalde sağlıklı sinir yapısına ulaşmaya kadar serbestleştirildi. Daha sonra ulnar sinir kübital fossadan mediale subkütan olarak transpoze edildi. (Resim3) Doku defekti ise, deri fleplerinin serbestleştirilmesini takiben primer kapatıldı.

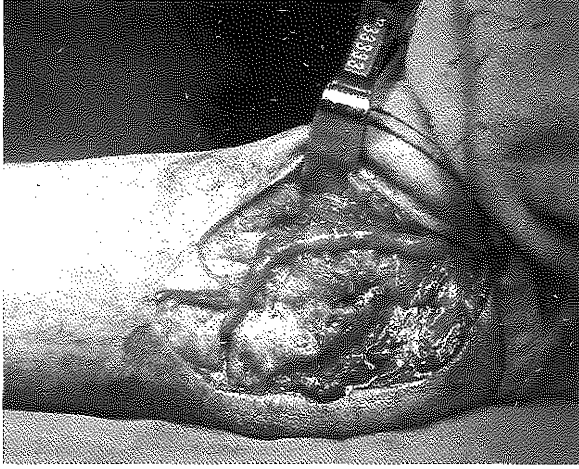
Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın, sinir basısına bağlı şikayetlerinde düzelme görüldü. Üçüncü ayda elektrodyagnostik test ve sinir ileti çalışmalarında iletim bozukluğunun düzeldiği saptandı.



Resim 1: Sağ kol dirsek iç yüzünde bulunan doku defekti.



Resim 2: Ulnar sinirin ileri derecede ödemi görünümü



Resim 3: Yeterli diseksiyondan sonra sinirin subkütan olarak transpozisyonu

Ulnar sinir, üst ekstremitede ikinci sıklıkta kompresyona uğrayan sinirdir. Bu sinirin kübital tünelde sıkışmasına bağlı gelişen kübital tünel sendromunun pek çok nedeni bulunmakla birlikte elektrik yaralanmaları da olası nedenlerdendir^{1,4}. Elektrik yanığına bağlı periferik nöropati en sık median ve ulnar sinirlerde görülür^{1,4}.

Sinir serbestleştirilmesi için çeşitli yöntemler tanımlanmış ancak başarı oranları birbirinden farklı sonuçlar bildirilmiştir. Cerrahi yöntemler, transpozisyon yapılmaksızın (basit) dekompresyon veya transpozisyonla beraber dekompresyon olarak iki grupta incelenebilir. Sinir transpozisyonu, sinirin uygunsuz bir yataktan, skar içermeyen uygun bir yatağa taşınmasıdır. Bununla beraber, volar transpozisyonla sinirin boyunda göreceli olarak uzama ve böylece dirsek fleksiyonuyla sinirde oluşan gerilimin azaltılması sağlanır³. Tedavi seçenekleri arasında, uygulama kolaylığı, yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları nedeniyle en sık uygulanan yöntem subkütan transpozisyonudur. Ancak bu yöntemin kübital tünelin en distalinde yeterli dekompresyon sağlayamayabileceği ve

özellikle zayıf ve aktif kişilerde sinirin tekrarlayan travmalara maruz kalabileceği de bildirilmektedir^{3,5}.

Basit dekompresyon çevre dokuları daha az etkileyen ve işlem sonrasında kısa süreli immobilizasyon gerektirdiğinden tercih edilebilecek bir yöntemdir. Ancak kübital tünelde skar, kemik çıkıntı, sinoviyal ödem varlığında veya tekrarlayan, olgularda önerilmemektedir⁵. Bu durumlarda ve yoğun fibröz dokunun bulunduğu bizim olgumuz gibi olgularda, serbestleştirilmeyle birlikte sinirin sağlıklı bir yatak içerisine transpozisyonu önerilmektedir⁵.

Elektrik yanığına bağlı periferik nöropatilerde klinik olarak ve elektrodyagnostik testlerin yardımıyla erken tanı konulduğu takdirde tedavide başarı oranları oldukça yüksektir. Yanık nedeniyle oluşan skar dokusunun uzaklaştırılması tek başına yeterli olmamakta ve sinirin uygun bir yatağa taşınması gerekmektedir, bu nedenle teknik olarak kolaylığı ve başarı oranının yüksek olması nedeniyle subkütan sinir transpozisyonu uygulanabilecek uygun bir yöntemdir.

Dr. Serhan TUNCER

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

*Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.
Gazi Hastanesi, 14.kat Beşevler, 06500, ANKARA*

KAYNAKLAR

1. Kowalske K, Holavanahalli R, Helm P. Neuropathy after burn injury. *J. Burn. Care. Rehabil.* 22: 353-357, 2001.
2. Smith MA, Muehlberger T, Dellon AL. Peripheral nerve compression associated with low-voltage electrical injury without associated significant cutaneous burn. *Plast. Reconstr. Surg.* 109: 137, 2002.
3. Asamoto S, Boker DK, Jodicke A. Surgical treatment for ulnar nerve entrapment at the elbow. *Neurol. Med. Chir.* 45: 240, 2005.
4. Robertson C, Saratsiotis J. A review of compressive ulnar neuropathy at the elbow. *J. Manipulative. Physiol. Ther.* 28: 345, 2005.
5. Nabhan A, Ahlhelm F, Kelm J, Reith W, Schwedtfeger K, Steudel W. Simple decompression or subcutaneous anterior transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome. *J. Hand. Surg. [Br].* 30: 521, 2005.

İLGİNÇ VE ÖLDÜRÜCÜ BİTKİ KÖKENLİ OLAN BUTTERCUP (RANUNCULUS: DÜĞÜN ÇİÇEĞİ) YANIĞI

İlteriş Murat EMSEN

Numune Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, ERZURUM

Sayın Editör,

Tıbbi öneme haiz bitkiler geleneksel Çin Tıbbında geniş anlamda ve özellikle de cilt bozukluklarında oldukça

çok kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları: *Cassia angustifolia* Vahl (Caesalpinaceae) ve *Rheum palmatum*