

# Servikal Siringomyelinin İlk Bulgusu Olarak Ortaya Çıkan Dirsekte Nöropatik Artropati: Bir Olgu Sunumu

## Neuropathic Arthropathy of the Elbow as an Initial Clinical Presentation of Cervical Syringomyelia: A Case Report

Ayşe DİLEK, Aliye AYDOĞAN, Nuri ÇETİN, Mahmut Nafiz AKMAN\*

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Alanya Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Alanya

\*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Özet

Siringomyeli, spinal kordun sıvı içeren longitudinal kavitasyonlarla karakterize, progresif bir dejeneratif hastalıdır. Duyu bozuklukları, güçsüzlük, ataksi gibi yakınmalar oluşturur. Hastalığın ileri dönemlerinde, yüzeysel ya da derin duyu kaybına yol açan her nörolojik bozuklukta olduğu gibi nöropatik artropati gelişebilmektedir. Bu yazıda başlangıç bulgusu olarak sol dirsekte ağrısız şişlik ve fonksiyon kaybı nedeniyle polikliniğimize başvuran 58 yaşındaki erkek hastada siringomyeli ile birlikte gözlenen nöropatik artropati sunulmuştur. Yavaş ilerleyen nontravmatik spinal kord lezyonlarında ilk bulgu olarak nöropatik artropatinin karşımıza çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2007;53:172-4.*

**Anahtar Kelimeler:** Nöropatik artropati, dirsek, siringomyeli

### Summary

Syringomyelia is a progressive degenerative disorder in which a longitudinal cyst forms within the spinal cord. Complaints may include ataxia, weakness and disorders of sensation. In late phases of the disease, neuropathic arthropathy can be seen, similar to other neurological disorders which cause the loss of superficial or deep sensorial touch. In this article, we present a 58 year old man, diagnosed with syringomyelia with neuropathic arthropathy whose initial complaint was painless edema and functional deficits in his left elbow. It should be kept in mind that, neuropathic arthropathy can be one of the first symptoms in slowly progressive nontraumatic spinal cord lesions. *Turk J Phys Med Rehab 2007;53:172-4.*

**Key Words:** Neuropathic arthropathy, elbow, syringomyelia

### Giriş

Spinal kordun kronik, progresif, dejeneratif bir hastalığı olan siringomyeli patolojik olarak sıvı içeren longitudinal kavitasyonlarla karakterize nadir bir patolojidir. Genellikle tektir ve servikotorasik kordun santralinde yerleşiktir. Semptom ve bulguları sirinksin lokalizasyonu ve boyutlarına bağlı olarak değişiklik gösterir. Yüzeysel ya da derin duyu bozuklukları, ellerde ağrı, yanma, atrofi ve ileri dönemlerde nöropatik artropati gelişebilmektedir (1,2).

Nöropatik artropati 1868 yılında Charcot tarafından tanımlanmıştır. Charcot, tabes dorsalis olgusunda eklem bulgularını gözlemiş; ardından diabetes mellitus, siringomyeli ve periferik sinir hastalıklarında benzer bulgular izlenmiştir. Charcot'un te-

orisinde, artropatinin temelini ağrı duyusu olmayan eklem akut travmaya ani cevabı oluşturmakta; otonom sinir sistemi lezyonları, vasküler yetmezlik veya infeksiyonlarında nöropatik eklem oluşmasında yardımcı rol oynadığı ileri sürülmektedir. Klinikte genellikle ağrısız şişlik ve deformasyonlar gözlenir. Trofik, vazomotor ve duysal bozukluklar eşlik edebilir (3-5).

Charcot eklemi, genellikle ayak bileği, diz, kalça gibi yük taşıyan eklemlerde gözlenir. Eklem tutulum paterni altta yatan nörolojik patolojiye göre değişir. Siringomyelide üst ekstremitte tutulumu yaygınken, diabetik nöropati daha çok ayak eklemlerinde hasar oluşturur (5-7).

Bu yazıda servikal siringomyelinin ilk bulgusu olarak dirsekte nöropatik artropati gelişimi tespit edilen nadir görülen bir olgu sunulmaktadır.

## Olgu

Ellisekiz yaşında erkek hasta sol dirsekte şişlik ve hareket etmekte güçlük şikayeti ile fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvurdu. Şikayetleri iki ay önce başlamıştı ve ağrı hissetmediğini belirtiyordu. Diğer eklemlerinde yakınması yoktu ve daha önce benzer bir problem yaşamamıştı. Özgeçmişinde sistemik hastalık ya da ilaç kullanımına rastlanmadı. Fizik muayenesinde sol dirsekte belirgin şişlik, hafif ısı artışı gözlemlendi. Eklem hareketleri ağrılı değildi. Fleksiyon 80 derece, ekstansiyon -20 derece idi.

Bilateral üst ekstremitte kas kuvveti 4/5 değerinde, patellar tendon ve aşil tendon refleksleri artmış, sol biceps refleksi azalmıştı. Patolojik refleks saptanmadı. C5 ve T1 dermatomları arası ağrı ve ısı duyusunda belirgin bozukluk saptanırken, dokunma duyusunun normal olduğu saptandı. Bilateral üst ekstremitede derin ağrı duyusu bozuk, eklem pozisyon hissi korunmuştu.

Dirsek röntgeninde destrüktif artropati ve yumuşak doku kalsifikasyonları izlendi. Tam kan sayımı ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Dirsekten yapılan eklem aspirasyon sıvısı hemorajik ya da inflamatuvar özellikte değildi. Enfeksiyonu destekleyecek bulgu saptanmadı, kültürde üreme olmadı. Eklem sıvısında kristal gözlenmedi. Eklem bulgularının ağrısız oluşu ve nörolojik muayenede saptanan patolojik bulgular nedeniyle elektronöromyografi (ENMG) ve servikal Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tetkikleri yapıldı. Servikal MRG'de servikotorakal bölgede genişliği 3 mm'ye ulaşan syringohidromyelik kavite izlendi. ENMG de sinir iletim çalışmaları normal ancak elektromyografi bilateral C6-T1 kronik nörojenik tutulumu destekler özellikteydi. Siringomyeli olgularında patolojinin çok yavaş gelişmesi ve kollateral reinnervasyon varlığı ENMG bulgularını açıklayıcıdır.

Hastaya eklem korunması ve fonksiyonel kullanımı için gerekli önerilerde bulunularak, siringohidromyelik için beyin cerrahisi kliniğine yönlendirildi.



Şekil 1. Dirsekte destrüktif artropati.

## Tartışma

Nöropatik eklem gelişiminin patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte ağrı duyusunun yokluğu en yaygın özelliktir. Ağrı duyusunun yokluğu nedeniyle farkındalığı azalan hastanın proprioseptif duyusunda oluşan bozukluklar eklem korunmasını bozmakta ve eklem travmalara açık hale gelmektedir. Tekrarlayan travmalar eklem kırıkdağında fibrilasyon ve parçalanmalara yol açmaktadır. Ardından kemikte rezorbsiyon, atrofi gelişmekte ve atrofik kemik daha kolay travmatize olmaktadır. Eklemde tam yıkım gelişene kadar bu kısır döngü devam etmektedir (3-6).

Klinik bulguların şiddetine rağmen ağrının belirgin olmayışı ayırıcı tanıdaki en önemli kriterdir. Ancak monoartiküler tutulumla seyreden septik artrit, kristal depo hastalıkları, travma, hemartroz, intermittant artritler ve poliartiküler hastalıkların başlangıç dönemleri ile ayırıcı tanı yapılması gereklidir. Radyolojik olarak; intraartiküler kırıklar, osteolitik lezyonlar, paraartiküler osteoporoz ve ossifikasyonlar, eklem yüzlerinde eburnasyon, osteofitöz ve eklem aralığında daralma gözlenmektedir. Uzun süreli olgularda kemik yüzlerinde kollaps ve ossöz fragmentasyon gelişebilir. Nöropatik artropatinin ilk dönemlerinde bulgular osteoartrit benzerlik göstermekte, kollaps ve ossöz fragmentasyonlar varlığında osteonekroz, posttravmatik osteoartrit, enfeksiyonlar ve alkaptunüri ile karışabilmektedir. Yumuşak doku kalsifikasyonları kalsiyum pirofosfat dihidrat depo hastalığı ile benzer görüntüler oluşturmaktadır (2, 7). Bizim olgumuzun en belirgin klinik özelliği belirgin eklem destrüksiyonuna rağmen ağrısının olmamasıydı. Nörolojik muayenedeki bozukluklara ek olarak, sinovial sıvı bulgularının nonspesifik ve noninflamatuvar oluşu, akut faz reaktanlarının ve kan sayımının normal izlenmesi, radyolojik görüntüsünün ileri evre destrüktif artropati bulguları göstermesi ile nöropatik artropati ile uyumlu idi. Servikal MRG'de siringomyelinin izlenmesi tablonun netleşmesini sağladı.



Şekil 2. Servikal MRG'de syringohidromyelik kavite.

Nöropatik artropati tedavisinde travmalara açık olan eklemi korumak ve immobilizasyon esastır. Bu amaçla cihazlar kullanılmaktadır. Altta yatan hastalığı tedavi etmek ve deformiteleri en aza indirmek amaçlanmalıdır. Bizim olgumuzda breysleme yapıldı, eklem koruma eğitimi verildi ve cerrahi girişim için yönlendirildi. Artrodez uygulamaları yapılmakta ama her zaman yüz güldürücü olmamaktadır; bu nedenle önerilmemiştir. Artroplastinin kontrendike olduğu bildirilmektedir. (1,3,4,8). Kwon ve Morrey (9), uygun olgularda cerrahi yaklaşımın yüz güldürücü olabileceğini ancak; ilk seçenek olmadığını öncelikle fonksiyonel cihazlama ve fizik tedavi yaklaşımlarının denemesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Literatürde nöropatik artropati olgularının ancak %3-8'inin dirsekte geliştiği bildirilmektedir. Floyd, otuzdokuz olguluk serisinde üç dirsek tutulumu bildirmiştir (4). Brower ve Allman, beş olgu; Eichenholtz doksandört olguluk seride üç olgu gözlemiştir (4). Dirsekte nöropatik artropati genellikle siringomyeli ve tabes dorsalisde gözlenmektedir. Siringomyeli saptanan hastaların takibinde üst ekstremitede özellikle omuzda; daha az sıklıkta dirsekte nöropatik artropati geliştiği bilinmektedir (1,10-12). Ancak hastanın eklem şikayeti nedeniyle başvurup ardından siringomyelinin tespiti nadirdir. Heylen (13), omuz yakınması ile gelen bir olguda siringomyeli saptamıştır. Martinet (14), tabes dorsalisin ilk bulgusu olarak kalçada nöropatik artropati gözlediğini bildirmiştir.

Hastalar özellikle ağrısız geliştiği için eklemdeki problemi uzun süre göz ardı edebilmektedir. Bizim olgumuz dirsekte şişlik dışındaki nörolojik muayene problemlerinin farkında değildi.

Özellikle belirgin ağrı şikayeti olmadan destrüktif artropati ile gelen hastalarda nöropatik artropati ve altta yatan nörolojik problem atlanmamalıdır.

## Kaynaklar

1. Karaoğlan B. Siringomyeli ve tedavisi. In: Beyazova M, Kutsal YG editors. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti; 2000. p.2020-27.
2. Üstün EE. İskelet Sistemi Radyolojisi. İzmir: Güven Kitabevi; 2003.
3. Nozawa S, Miyamoto K, Nishimoto H, Sakaguchi Y, Hosoe H, Shimizu K. Charcot joint in the elbow associated with syringomyelia. Orthopedics 2003;26:731-32.
4. Deirmengian CA, Lee S-G, Jupiter JB. Neuropathic arthropathy of the elbow: A report of five cases. J Bone Joint Surg 2001;83:939-44.
5. Unnunntana A, Waikukul S. Neuropathic arthropathy of the elbow: A report of two cases. J Med Assoc Thai 2006;89:533-9.
6. Bhaskaran RR, Suresh KK, Iyer GV. Charcot's elbow (a case report). J Postgrad Med 1981;27:194-6.
7. Jones EA, Manaster BJ, May DA, Disler DG. Neuropathic osteoarthropathy: diagnosis and differential diagnosis. Radiographics 2000;20:279-93.
8. Yanik B, Tuncer S, Seckin B. Neuropathic arthropathy caused by Arnold-Chiari malformation with syringomyelia. Rheumatol Int 2004;24:238-41.
9. Kwon YW, Morrey BF. Neuropathic elbow arthropathy : A review of six cases. J Shoulder Elbow Surg 2006;15:378-382.
10. Hatzis N, Kaar K, Wirth MA, Toro F, Rockwood CA. Neuropathic arthropathy of the shoulder. The Journal of Bone and Joint Surgery 1998;80:1314-19.
11. Rhoades CE, Neff JR, Rengachary SS, Batnizky S, Ketcherside J, Price HI, et al. Diagnosis of post-traumatic syringomyelia presenting as neuropathic joints. Report of two cases and review of the literature. Clin Orthop Relat Res 1983;180:182-7.
12. Greitemann B, Schuling S, Baumgartner R. Charcot's elbow joint in syringomyelia. Z Orthop Ihre Grenzgeb 1992;130:15-8.
13. Heylen Y. Neuropathic arthropathy of the shoulder secondary to syringomyelia. J Belge Radiol 1993;76:232-3.
14. Martinet P, M'Bappe P, Lebreton C, Heinzleff O, Sibony M, Papeix C, et al. Neuropathic arthropathy: a forgotten diagnosis? Two recent cases involving the hip. Rev Rhum Engl Ed 1999;66:284-7.