

Bölüm 15

KARPAL TÜNEL SENDROMU

Burak YAŞAR¹

Ramazan Erkin ÜNLÜ²

Karpal tünel sendromu, median sinirin el bileği seviyesinde kompresyonuna bağlı olarak oluşan, üst ekstremitenin en sık görülen tuzak nöropatisidir. (Atroschi et al., 1999) Hastalar aile hekimlerine, fizik-tedavi ve rehabilitasyon hekimlerine, ortopedi ve plastik cerrahi kliniklerine çeşitli semptomlarla başvururlar. Birçok çalışma karpatl tünel sendromunun epidemiyolojisi, tanı ve tedavisi üzerine odaklanmıştır. Biz bu bölümümüzde karpal tünel sendromuna yönelik kanıta dayalı, tanı-tedavi ve rehabilitasyon odaklı bir derleme sunmayı amaçladık.

EPİDEMİYOLOJİ

Karpal tünel sendromu, önkoldan el ayasına uzanan alanda çeşitli derecelerde ağrı, uyuşukluk ve hassasiyet gibi semptomları kapsamaktadır. Prevalansı %1 ile %7 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmektedir. 45-65 yaşlar arasında insidansı pik yapmaktadır. Erkeklerde meslekle ilişkisi ortaya konulamamıştır (Atroschi et al., 1999; Bongers, Schellevis, van den Bosch, & van der Zee, 2007).

Karpal tünel sendromu en sık idiyopatik olarak karşımıza çıkmaktadır. İlk tanımda %59 bilateralprezente olmaktadır (Bagatur & Zorer, 2001). Hamilelik, el ve el bileğinin aşırı kullanımı, el bileği travmaları, obezite, hipotiroidizm, renal yetmezlik, diyabet ve artropatilerkarpal tünel sendromuyla ilişkili risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Lee et al., 2018). Elde yer kaplayan lezyonlar ve bir vasküler varyasyon olarak median arterin bulunması nadir görülen sebepler arasındadır. (Şekil 1 – 2)

PATOFİZYOLOJİ

Kompresyon nöropatileriyle ilgili olarak yapılan histopatolojik çalışmalar, insandan biyopsi almanın mümkün olmaması sebebiyle çoğunlukla hayvan mo-

¹ Op., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, burakys@outlook.com.tr

² Prof.Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Takiben turnike açılarak kanama kontrolü yapılır. 1 adet penrose dren yerleştirilir. Cilt sütürü, pansuman ve elastik bandaj uygulamasıyla işleme son verilir.

Postoperatif dönemde 1. Günde penrose dren çekilir. Elastik bandaj ve el elevasyonu takip edilen 1 haftada devam edilir. 14. Günde sütürler alınır. Sütürler alınana kadar günlük pansuman yapılır. Sinir iyileşmesini hızlandırmak, semptomların hızlı rahatlamasını sağlamak üzere B6, B12 vitaminlerini içeren vitamin kompleksleri reçete edilir. Bu vitaminlerin en az 3 ay kullanılması gerektiği hastaya anlatılır.

SONUÇ

Karpal tünel sendromu elin en sık görülen tuzak nöropatisidir. Bu nedenle bu hastalığı tanımak sadece el cerrahisiyle uğraşan klinisyenleri için değil aynı zamanda diğer hekimlik dalları için de önemlidir. Bu hastaların erken teşhis ve tedavisiyle el fonksiyonları mükemmel yakın korunabilmektedir.

KAYNAKLAR

- Atroshi, I., Flondell, M., Hofer, M., & Ranstam, J. (2013). Methylprednisolone injections for the carpal tunnel syndrome: a randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med*, 159(5), 309-317. doi: 10.7326/0003-4819-159-5-201309030-00004
- Atroshi, I., Gummesson, C., Johnsson, R., Ornstein, E., Ranstam, J., & Rosen, I. (1999). Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *Jama*, 282(2), 153-158.
- Bagatur, A. E., & Zorer, G. (2001). The carpal tunnel syndrome is a bilateral disorder. *J Bone Joint Surg Br*, 83(5), 655-658.
- Bongers, F. J., Schellevis, F. G., van den Bosch, W. J., & van der Zee, J. (2007). Carpal tunnel syndrome in general practice (1987 and 2001): incidence and the role of occupational and non-occupational factors. *Br J Gen Pract*, 57(534), 36-39.
- Boyer, M. I. (2008). Corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Am*, 33(8), 1414-1416. doi: 10.1016/j.jhsa.2008.06.023
- Bruske, J., Bednarski, M., Grzelec, H., & Zyluk, A. (2002). The usefulness of the Phalen test and the Hoffmann-Tinel sign in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Acta Orthop Belg*, 68(2), 141-145.
- Gelberman, R. H., Yamaguchi, K., Hollstien, S. B., Winn, S. S., Heidenreich, F. P., Jr., Bindra, R. R., . . . Silva, M. J. (1998). Changes in interstitial pressure and cross-sectional area of the cubital tunnel and of the ulnar nerve with flexion of the elbow. An experimental study in human cadavera. *J Bone Joint Surg Am*, 80(4), 492-501.
- Gerritsen, A. A., de Vet, H. C., Scholten, R. J., Bertelsmann, F. W., de Krom, M. C., & Bouter, L. M. (2002). Splinting vs surgery in the treatment of carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. *Jama*, 288(10), 1245-1251.
- Lee, J. K., Lee, S. H., Kim, B., Jung, K., Park, I., & Han, S. H. (2018). Risk Factors of Carpal Tunnel Syndrome for Male Patient Undergoing Carpal Tunnel Release. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 50(5), 335-340. doi: 10.1055/a-0747-5982
- Liu, Z. Y., Chen, Z. B., & Chen, J. H. (2018). A novel chronic nerve compression model in the rat. *Neural Regen Res*, 13(8), 1477-1485. doi: 10.4103/1673-5374.235306

- Louie, D. L., Earp, B. E., Collins, J. E., Losina, E., Katz, J. N., Black, E. M., . . . Blazar, P. E. (2013). Outcomes of open carpal tunnel release at a minimum of ten years. *J Bone Joint Surg Am*, 95(12), 1067-1073. doi: 10.2106/jbjs.1.00903
- Lundborg, G. (2003). Richard P. Bunge memorial lecture. Nerve injury and repair--a challenge to the plastic brain. *J Peripher Nerv Syst*, 8(4), 209-226.