

BÖLÜM 142

BRAKİAL PLEKSUS HASTALIKLARI VE TUZAK NÖROPATİLERDE EMG BULGULARI VE TEDAVİ

Mehmet Fatih YETKİN¹
Şeyma BENLİ²

BRAKİAL PLEKSUS

Brakial pleksus, alt servikal ve üst torasik sinir köklerinden oluşan karmaşık bir anatomik yapıdır. Brakial pleksusun ayrıntılı anatomik bilgisi radikülopati ile mononöropati arasında ayırım yapmak için ve pleksusun kendisini içeren lezyonların lokalizasyonlarında faydalı bir yaklaşım sağlar. Bu bölümde brakial pleksus anatomisi, brakial pleksopatilerin genel klinik özellikleri, EMG bulguları ve tedavilerinden bahsedilecektir.

BRAKİAL PLEKSUS ANATOMİSİ

Brakial pleksus üst ekstremité, omuz ve üst göğüs kaslarının uyarılmasını sağlayan ve bu bölgelerin duyusunu taşıyan sinirleri dağıtan karmaşık bir anatomik oluşumdur. Sinir lifleri farklı bölgelerden gelip birbiriyle birleşerek kendi hedef organlarına ulaşırlar.

Servikal beşinci, altıncı, yedinci, sekizinci ve birinci torakal (C5, C6, C7, C8 ve T1) spinal sinirlerin ventral dallarının birleşmesi ile brakial pleksus ortaya çıkar. Bunlar brakial pleksusun köklerini oluşturular. Daha sonra aksiller çukura doğru ilerlerken trunkus, divizyon ve kordları oluşturur.¹

Omurilikten ayrılan ventral ve dorsal sinir kökleri spinal sinirleri oluşturmak üzere nöral foramene ilerler. Ventral kökler motor lifleri taşıırken, dorsal kökler duyusal lifleri taşımakla görevlidirler. Ventral ve dorsal kökler birleşmeden hemen öncesinde birinci derece duyu hücreleri olan dorsal kök gangliyonu bulunur. Nöral foramende ventral ve dorsal kökler birleşerek bir spinal sinir oluşturur. Nöral foramen- den çıkar çıkmaz spinal sinir ventral ve dorsal dallarını verir (Şekil 7).¹

C5 ve C6 kökleri birleşerek üst trunkusu, C7 kökü orta trunkusu, C8 ve T1 kökleri birleşerek alt trunkusu oluşturur. Üst ve orta trunkus lateral ve posterior kordlara dallar verir. Alt trunkus ise posterior ve medial kordlara dallar verir. Lateral kord muskulokütanöz sinir olarak sonlanır ve median sinire dal verir. Arka korddan aksiller ve radial sinirler oluşur. Medial kord median sinire katkıda bulunur ve ulnar sinir olarak sonlanır.²

BRAKİAL PLEKSOPATİLERİN GENEL KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Brakial pleksus zedelenmesi travmatik ve travmatik olmayan sebepler olarak ikiye ayrılır.

¹ Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD., drfatihmehmet@gmail.com

² Arş. Gör. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD., seymabenli@outlook.com

uygulanmalı ve dar ayakkabılardan kaçınılmalıdır. Fayda görmeyen olgularda yine cerrahi düşünülmelidir.⁸

KAYNAKLAR

1. Gilcrease-Garcia BM, Deshmukh SD, Parsons MS. Anatomy, Imaging, and Pathologic Conditions of the Brachial Plexus. Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc. 2020;406:1686-714.
2. Johnson EO, Vekris M, Demesticha T, Soucacos PN. Neuroanatomy of the brachial plexus: normal and variant anatomy of its formation. Surgical and radiologic anatomy : SRA. 2010;323:291-7.
3. Tharin BD, Kini JA, York GE, Ritter JL. Brachial plexopathy: a review of traumatic and nontraumatic causes. AJR American journal of roentgenology. 2014;2021:W67-75.
4. Ferrante MA. Brachial plexopathies. Continuum (Minneapolis, Minn). 2014;20(5 Peripheral Nervous System Disorders):1323-42.
5. O'Berry P, Brown M, Phillips L, Evans SH. Obstetrical Brachial Plexus Palsy. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. 2017;477:151-5.
6. Preston, D. C. and B. E. Shapiro (2013). 30 - Brachial Plexopathy. Electromyography and Neuromuscular Disorders (Third Edition). D. C. Preston and B. E. Shapiro. London, W.B. Saunders: 468-486.
7. Gaudino, W. (2004). Chapter 18 - Brachial Plexopathies. Easy EMG. L. Weiss, J. Silver and J. Weiss. Edinburgh, Butterworth-Heinemann: 171-180.
8. Emre M. Nöroloji Temel Kitabı (Book of Basic Neurology). Ankara, Turkey: Güneş Publishing; 2013.
9. Siao, Peter & Cros, Didier & Vucic, Steve. (2011). Practical Approach to Electromyography. 10.1891/9781617050053.