

Kadınlarda Karpal Tünel Sendromu

Ülkü TÜRK*, C. Yıldırım TÜRK**, Sernur YORULMAZ***

ÖZET

Bu prospektif klinik çalışmada karpal tünel sendromu tanısı alan 92 kadın hastanın hikayeleri, semptomları, klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirilmiştir. Vakaların % 43'ünü doğurganlık çağındaki kadınlar, % 30'unu premenopoz veya menopozdaki kadınlar, % 9'unu gebeler, % 5'ini laktasyondaki kadınlar ve % 5'in oral kontraseptif kullanan hastalar oluşturmaktadır. Karpal tünel sendromu gebelik ve laktasyonda geçici olarak ortaya çıkabilmektedir. Semptomlar gebelik ve emzirme sona erdikten birkaç ay sonra spontan ortadan kaybolmaktadır. Hastaların tümü ilk olarak gece gelen ağrı ve parestezi ile başvurmuştur. Tedavide gece splintleri kullanılmış ve hastaların % 80'inde semptomların önemli ölçüde azaldığı tesbit edilmiştir. Non-steroid antiinflamatuar ilaçlar sadece vakaların üçte birinde etkili olmaktadır. Oral kontraseptif kullananlarda ilaç kesildikten sonra semptomların hafiflediği görülmüştür. Özellikle ilerlemiş vakalarda tedaviye başvurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Karpal tünel sendromu, menopoz, laktasyon

Düşünen Adam; 1995, 8 (2): 56-60

SUMMARY

In this prospective clinical study, patient history, symptoms, clinical and laboratory findings of 92 female patients with carpal tunnel syndrome were assessed. Forty-three percent of these women in the fertility period while 30 % were in premenopausal and menopausal age groups. Nine percent of all patients were pregnant, 5 % were in lactation period and another 5 % were using oral contraceptives. Carpal tunnel syndrome appears during pregnancy and lactation in a transient nature. The symptoms disappear spontaneously a few months after the termination of pregnancy and lactation. First complaint in all patients were paresthesia, and nocturnal pain. After using night splints in the treatment, symptoms regressed in 80 % of the patients. The use of non-steroid antiinflammation drugs proved successful in only one-third of all cases. Symptoms subsided in patients using oral contraceptives, after cessation of these drugs. Surgical intervention should be indicated in advanced cases.

Key words: Carpal tunnel syndrome, menopausal, lactation

GİRİŞ

Karpal tünel sendromu, ilk olarak 1854 de tanımlanmıştır (1). Median sinirin bilekte transvers karpal ligament altında kompresyonuna bağlı olarak gelişen bir tuzak nöropatisidir. Başparmak, işaret parmağı ve orta parmakta parestezi ve gece gelen

ağrılar ile karakterizedir. Semptomlar aylar ve yıllar içinde yavaş yavaş ilerleyip tenar kaslarda atrofi gelişmesine kadar gidebilir (2). Semptomlar tek veya iki taraflı olabilir. Sendromun etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte ön kol kırıkları, diabetes mellitus, romatoid artrit, miksödem ve akromegali gibi hastalıklarla birlikte sık olarak görülmektedir (3).

* Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği

** Erciyes Üniv. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

*** S.B. Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Karpal tünel sendromu, kadınlarda erkeklerden daha sık olarak görülmektedir. Çoğunlukla 30-60 yaşlar arasında ortaya çıkmaktadır.

Kadın hastalar tüm vakaların % 70-80'ini oluşturmaktadır. Gebelik ve latasyonda geçici olarak, sıklıkla da bilateral görülmektedir (4). Oral kontraseptif kullanımı ile karpal tünel sendromu arasında ilişki olduğu iddia edilmiştir (5,6). Elektrodiagnostik çalışmalarla kesin tanı konmaktadır. Ayrıca bu yöntemle daha üst seviyedeki tuzak nöropatilerinden kolaylıkla ayrılabilir (7). Karpal tünel sendromunun tedavisinde bilek splintleri, B6 vitamini, karpal tünele lokal steroid enjeksiyonu, cerrahi dekompresyon gibi birçok yollar denenmiştir. Splintle ilgili birkaç çalışmada splint kullanılmasının semptomları oldukça hafiflettiğini göstermektedir (8).

Bu çalışmada, spontan karpal tünel sendromu tanısı alan 92 hastanın hikayesi, klinik ve laboratuvar bulguları analiz edilmiş ve hastalarda gece splinti, non-steroid antienflamatuar ilaçlar denenmiş ve cevap vermeyenlere de cerrahi tedavi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

MATERYEL ve METOD

Bu çalışmaya Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği, aile planlaması merkezi ve nöroloji polikliniğine başvuran 1016 kadından, karpal tünel sendromu ön tanısı alan 94 kadın hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya diabetes mellitus, böbrek hastalığı, artrit, toksik madde kullanımı ve polinöropati yapabilen sistemik hastalığı olan hastalar dahil edilmemiştir. Karpal tünel sendromu ön tanısı alan hastaların dahili muayeneleri, rutin kan ve idrar tetkikleri yaptırılmıştır. İki hastada kan şekeri seviyesi yüksek bulunduğu için çalışmadan çıkarılmıştır. Tüm hastaların nörolojik muayeneleri ve konvansiyonel elektrofizyolojik çalışmaları yapılmıştır. Kontrol grubu olarak ise yaşları karşılaştırılmış 20 sağlıklı kadın alınmıştır. Karpal tünel sendromu tanısı alan hastalar klinik bulgular ve tedavi sonuçlarının daha kolay değerlendirilebilmek için doğurganlık dönemi, gebelik, laktasyon, oral kontraseptif kullananlar ve menopoz dönemi olmak üzere beş gruba ayrılmıştır. Gebeler ve laktasyon periyodunda olanlara sadece splint verilmiş. Doğurganlık çağı ve menopoz periyodunda

olan hastalarda ise nonsteroid antienflamatuar ilaç denenmiştir. Antienflamatuardan faydalanamayan hastalara da cerrahi tedavi önerilmiş, kabul edenler opere edilmiştir.

Elektrofizyolojik çalışmalar Medelec MS 92 aletiyle yapıldı. N. Medianus motor iletim çalışması için standart gümüş klorid yüzeyel elektrodlar kullanıldı. Stimülasyon için median sinir el bileğinden ve önkoldan uyarıldı. Uyarı olarak bipolar yüzeyel elektrodlar kullanıldı. Cevaplar abductor pollicis brevis kasından kaydedildi. Stimülasyon için 0.2 ms süreli kare dalga uyarı kullanıldı ve alet filtresi 20-10.000 Hz idi. Sinir supramaksimal uyarılıp, en az iki cevap kaydedildi. Sensoriyal iletim hızı ölçümü için orthodromik metod kullanıldı. Stimülasyon için 2nci parmağa yüzük elektrod uygulandı. Kayıtlar sensoriyal iğne elektrodları ile yapıldı. Cevaplar 200-400 kez ortalama alındı. Kayıtlar sırasında oda sıcaklığı 22-24 C idi. Hastaların ve sağlıklı kontrollerin elektrofizyolojik değerlerinin istatistik analizi için Student's t testi kullanıldı.

SONUÇ

Polikliniklere başvuran 1016 kadın hastadan 94'ü karpal tünel ön tanısı almıştır. Tablo 1'de hastaların klinik özelliklerinin analizi görülmektedir. Hastaların yaşları 16-55 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması doğurganlık döneminde 35.4, gebelerde 28.7, laktasyonda 26.4, oral kontraseptif kullananlarda 25.0, menopozda, 51.0 olarak bulundu. Tüm hastaların % 9'unu gebeler, % 5'ini laktasyon döneminde olanlar, % 5'ini oral kontraseptif kul-

Tablo 1. Karpal tünel sendromu tanısı alan 92 hastanın analizi

	Doğurg. dönemi	Gebelik	Lak- tasyon	Oral kontras.	Meno- poz
Hasta no	40 %43	9 %9	5 %5	5 %5	28 %30
Ort.yaş SD	35.4±12.1	28.7±4.9	26.2±6.0	25.0±4.2	51.0±4.5
Parite SD	2.1±1.7	2.2±0.6	2.4±1.5	2.0±1.0	4.6±3.4
Semptom. başl. süresi	4.9 ay	30.7 ges.h.	2.5 h.	12.7 ay	15.4 ay
Preeklampsi	0	1/9 %11	0	0	0
Perife.ödem	0	8/9 %88	0	0	0

Tablo 4. Tedavi sonuçları

	Doğurganlık dönemi n:40	Gebelik n:9	Laktasyon n:5	Oral kontraseptif n:5	Menopoz n:28
Naproxen ile semptomlarda düzelme	11/40	almadı	almadı	almadı	10/28
Semptomlarda hafifleme (gece splinti ile)	0	8/9	4/5	0	0
Cerrahi tedavi ile düzelme	6/8	0	0	0	8/9

Tablo 2. 92 hastanın bulguları ve oranları

	n	%
Subjektif		
Bilateral-unilateral	60/32	60
Nokturnal ağrı	92/92	100
Paraestezi	80/92	86
Objektif		
Pozitif Phalen's testi	30/92	31
Pozitif iki nokta diskriminasyonu (4mm)	28/92	30
Abductor pollicis brevis güçsüzlüğü	10/92	11
Quervain's sendromu ve/veya tendovaginitis	4/92	4

Tablo 3. Konvansiyonel median sinir iletimi çalışması sonuçları

	Hastalar n:92	Kontroller n:20
Motor DML (msn)	4.1* (1.0)	3.1 (0.3)
Amplitüd (mV)	6.2 (3.8)	5.9 (1.4)
Sensoriyel DSL (msn)	3.8* (1.1)	2.4 (0.2)
Amplitüd (μ V)	3.4* (3.2)	30.5 (9.6)

SD: standart deviasyonlar parantez içerisinde verilmiştir. DML: distal motor latens (bilekten abduktor pollicis brevis), DSL: distal sensorial latens (bilekten ikinci parmağa), *: istatistik olarak anlamlı.

lananlar, % 30'unu premenopoz ve menopoz döneminde olanlar ve kalan % 43'ünü de doğurganlık dönemindeki kadınlar teşkil etmektedir. Hastaların % 22'si nullipar, % 78'i ise multipardı. Gebelerde ilk semptomlar 27.0 gestasyonel haftada ortaya çıkmıştır. Semptomların başladığı ortalama gestasyonel yaş 30.7 olarak tesbit edilmiştir. Laktasyon döneminde olan hastalarda semptomlar doğumdan 1-30 gün sonra ortaya çıkmaktadır.

Semptomların ortalama başlama süresi 1.5 hafta olarak bulunmuştur. Oral kontraseptif kullanan hastalarda semptomlar ilaç alınma başladıktan 6 ay-5 yıl sonra ortaya çıkmaktadır. Ortalama ilaç kullanım süresi 3.4 yıl olarak bulunmuştur. Gebe hastaların % 88'inde periferik ödem bir hastada (% 11) ise pre-eklampsisi mevcuttu.

Tablo 2'de subjektif ve objektif klinik bulguların analizi görülmektedir. Karpal tünel sendromu hastaların % 60'ında tutulum bilateral iken, % 40 vakada unilateral tutulum gösterilmiştir. Başvuranların tamamında gece ortaya çıkan ağrı şikayeti % 86'sında parestezi şikayeti mevcuttu. Pozitif Phalen's testi % 45 vakada pozitif bulunmuştur. Karpal tünel sendromu ile birlikte % 30, iki nokta diskriminasyon

yonu azalması, % 30 vakada abductor pollicis brevis güçsüzlüğü, 4 vakada Quervain sendromu bulunmuştur. Tablo 3'de elektrofizyolojik çalışma sonuçları özetlenmiştir. DML (distal motor latans) hastalarda kontrollere göre daha uzamış olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Amplitüdlere karşılaştırılmasında iki grup arasındaki fark istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır. Distal sensoriel latansların karşılaştırılmasında, hastalarda daha uzun olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlıdır. Sensoriel aksiyon potansiyelleri amplitüdlere karşılaştırılmasında hastalardan elde edilen değerler belirgin bir düşüklük göstermektedir. Bu sonuçlar normalle karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Verilen tedaviler ve sonuçları Tablo 4'de özetlenmiştir. Gebelik ve laktasyon dönemindeki hastalara gece splinti uygulanmış. Gebelik ve laktasyon büyük çoğunluğunda semptomatik düzelme gözlenmiş ve gebelerin % 98'inde doğumdan sonraki birkaç ay içinde tüm semptomlar kaybolmuş, laktasyondaki

vakaların ise tümünde emzirme sonlandırıldıktan sonra ortalama 3-8 ay sonra semptomlar tama yakın kaybolmuş, vakaların hiçbirine cerrahi tedavi gerekmemiştir. Oral kontraseptif alan hastalarda herhangi bir tedavi verilmemiş, sadece ilaç kesilmiş ve ilaç kesildikten 1-2 ay sonra şikayetleri hafiflemiştir, fakat tam kaybolmamıştır. Doğurganlık menoz dönemindeki hastalara naproksen verilmiş ve semptomatik geçici düzelme vakaların % 25-33'ünde gözlenmiştir. Semptomatik tedaviden faydalanmayan hastalara cerrahi tedavi önerilmiştir. Bu hastalardan cerrahi tedaviyi kabul eden 17 hasta operasyona gönderilmiş ve cerrahi tedavi sonrası 14 vakada semptomlar tamamen kaybolmuş. Kalan üç vakanın iki tanesinde parestezi, bir vakada da duyu kusuru kalmıştır.

TARTIŞMA

Karpal tünel sendromunun etiyojisi bilinmemekle birlikte oluşumunu en iyi izah eden mekanizma lokal veya jeneralize şişliktir. Vakaların % 80'e yakın kısmını etiyojisi açıklanmayan, spontan karpal tünel sendromu olarak isimlendirilen orta yaşlı kadın hastalar teşkil etmektedir. Bu çalışmada vakaların % 80'ini doğurganlık çağındaki ve menoz dönemindeki kadınlar teşkil etmektedir. Gebelerde görülme oranı % 1-50 arasında değişmektedir. Genellikle relatif yaşlı gebelerde ve bilateral olarak ortaya çıkmaktadır. Hormonal değişiklikler gebelikte karpal tünel sendromu etiyojisinden sorumlu tutulmaktadır.

Yapılan çalışmalarda, gebelerin yaklaşık tümünde jeneralize ödem tesbit edilmiştir (8,9). Bazı araştırmalarda preeklampsi karpal tünel sendromlu gebelerde düşük oranda, bazı araştırmalara göre de yüksek oranda görülmektedir (9,10). Bu klinik çalışmalarda karpal tünel sendromun görülen gebelerin yaş ortalaması relatif yüksek bulunmuştur ve çoğunlukla bilateral olarak görülmektedir. Vakaların yaklaşık tümüne yakınında jeneralize şişlik ve düşük oranda preeklampsi mevcuttu. Nadir de olsa laktasyonda özellikle nullipar ve yaşlı gebelerde karpal tünel sendromu görülmektedir (10).

Bizim vakalarımızın küçük bir bölümünü oluşturan laktasyondaki hastalarda sendrom daha çok nullipar relatif yaşlı gebelerde gözlenmiştir. Hastalarda ödem

ve preeklampsi gözlenmemiştir. Bu çalışmada laktasyondaki hastalarda jeneralize ödem ve preeklampsi gözlenmemiştir. Bu nedenden dolayı laktasyonda görülmesinin farklı nedene bağlı olabileceğine işaret edilmiştir. Etiyojisinden birinci derecede emzirme sorumlu tutulmaktadır (10). Nitekim vakaların çoğunluğunda emzirme sonlandırıldıktan sonra semptomlar spontan kaybolmaktadır. Oral kontraseptif kullanımının karpal tünel sendromu insidansını artırdığını rapor etmiştir. İlacın kullanım süresi ile semptomların şiddeti arasında kuvvetli bağlantı bulunmuştur (6). Hastalarda semptomlar oral kontraseptif kesiminden sonra azaldığı gözlenmiştir.

Karpal tünel sendromunda tanı elektrofizyolojik yöntemlerle teyid edilir. Sinir iletim çalışmaları ve iğne elektromiyografi bulguları tipiktir ve şüpheli durumlarda tanıya götürür. Ayrıca bu tanı metodu ile diğer nöropatiler ekarte edilir (7,11). Karpal tünel sendromunda cerrahi metodlar dışında non-steroid antienflamatuarlar, B vitamini, gece splintleri denenmiştir (12,13).

Gebelerde ve laktasyonda gece splinti kullanımı sonuçları hastalarda % 80'den fazla semptomatik düzelme göstermektedir (8,14,15). Bu çalışmada gece splinti kullanan hastaların çoğunda semptomatik düzelme görülmüştür. Doğurganlık çağı ve menozdaki kadınlarda denenilen non-steroid antienflamatuar ilaçlar vakaların sadece üçte biri kadarki bölümünde semptomatik düzelme göstermiş, kalan kısmında ise çok fazla bir değişiklik dikkati çekmemiştir. Non-steroid antienflamatuar ilaçların kullanılması daha önceki çalışmalarda da denenmiş ve % 80'e yakın semptomatik düzelme gösterilmiştir (8).

Bu çalışmadaki sonuçlarda literatürdeki vakalar kadar yüksek oranda düzelme gösterilmemiştir. Bu çelişki bizim hastalarımızın hastaneye genellikle semptomlar ilerlediğinde başvurduğu için semptomatik iyileşme daha düşük olabilir. Cerrahi tedavi metodu denen vakarlarda sonuçlar çok başarılı görünmektedir. Birkaç vaka geç dönemde opere edildiği için operasyon sonrası da rezidiv bulgular gözlenmiştir. Geç kalınmış vakalarda tıbbi tedavi ile zaman kaybedilmeden cerrahi tedavi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Paget J: Lecturas on surgical pathology. Philadelphia, Lindsay & Blakistone, 1845.
2. Brain WR, Wright AD, Wilkinson M: Spontaneous compression of both median nerves in carpal tunnel; 6 cases treated surgically. *Lancet* i:277-282, 1947.
3. Dieck GS, Kelsey JL: An epidemiologic study of the carpal tunnel syndrome in an adult female population. *Prev Med* 14:63,69, 1985.
4. Heywood PL: Through the carpal tunnel syndrome. *Br Med* 294:660-661, 1987.
5. Sabour MS, Fadel HE: Carpal tunnel syndrome and pill. *Am J Obstet Gynec* 107:1265-1267, 1970.
6. Vessey MP, Machintosh L, Yeates D: Epidemiology of carpal tunnel syndrome in women of childbearing age: Findings in a large cohort study. *Int J Epidemiol* 19:655-659, 1990.
7. White CJ, Hansen SR, Johnson RK: A comprison of EMG procedures in carpal tunnel syndrome with clinical-EMG correlations. *Muscle & Nerve* 11:1177-1182, 1988.
8. Wand JS: Carpal tunnel syndrome in pregnancy and lactation. *J Surg Brit Vol* 15-B:93-95, 1990.
9. Ekman-Orderberg G, Salgeback S, Orderberg G: Carpal tunnel syndrome in pregnancy a prospective study. *Acta Gynecol Scand* 66:233-235, 1987.
10. Wand JS: The history of carpal tunnel syndrome in lactation. *J Royal Soc Med* 82:249-250, 1989.
11. Jackson DA, Clifford JC: Electrodiagnosis of mild carpal tunnel syndrome. *Arch Psch Med Rehabil* 70:199-204, 1989.
12. Ellis JM: The treatment of carpal tunnel syndrome with vitamin B6. *Southern Med J* 70:882-884, 1987.
13. Dunnan JB, Waylonis GW: Wrist flexion as a adjunct to the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Arch Phy Med Rehabil* 72:211-213, 1989.
14. Yorulmaz S, Türk Ü, Yorulmaz F: Carpal tunnel in pregnancy: A prospective clinical study. *J Matern Feta Invest* 4:47-49, 1994.
15. Kruger VL, Kraft HG, Deitz JG, et al: Carpal tunnel syndrome: Objective measures and splint use. *Arch Phy Med Rehabil* 72:517-520, 1991.