

A case report of bilateral sciatic neuropathy caused by two different etiologies

İki farklı etiolojide bilateral siyatik sinir nöropatisi gelişen olgu sunumu

Tuba Tülay Koca

Physical Therapy and Rehabilitation Clinic, Malatya State Hospital, Malatya, Turkey

Abstract

Sciatic nerve, also called ischiadic nerve, is the largest and longest single nerve in human body. Sciatic nerve injury and dysfunction is not an uncommon cause of lower extremity musculoskeletal disorders. Etiologies of sciatic neuropathy may include traumatic, compressive, ischemic, neoplastic or idiopathic factors. Traumatic injuries may include injury to sciatic nerve in association with femur fracture, hip dislocation or fracture, laceration, gunshot wound and posterior compartment syndrome in thigh. We report a case of 38 year-old male presented with bilateral drop foot developed by two different, rare factors in different time intervals. He reported in his left side drop foot caused by gunshot wound in left gluteal region 6 years ago and right side drop foot developed after resection surgery for intramuscular tumor in posterior thigh region 8 months ago. He also has sensory disorder in his right lateral side of leg and dorsal face of right foot caused by total injury of sural nerve. The case was considerable important as having these two rare etiologic factors resulted bilaterally sciatic neuropathy and drop foot in different time intervals (6 years and 8 months before). In sciatic nerve injuries early surgical procedures have greatly importance for preclusion of being permanent disabled.

Keywords: Sciatic nerve, intramuscular hemangioma, peripheral nerve neuropathy, gunshot wound, electrodiagnostic, drop foot

Özet

Siyatik sinir, aynı zamanda ishiadik sinir de denmekte, insan vücudunun en büyük ve en geniş tekli siniridir. Siyatik sinir hasar ve disfonksiyonları alt ekstremitelerde bozukluklarında sıkça karşımıza çıkan nedenlerdendir. Siyatik sinir nöropatisine yol açan etiolojik nedenler travmatik, kompresif, iskemik, neoplastik veya idiyopatik faktörleri içermektedir. Travmatik hasarlar femur fraktürü, kalça dislokasyonu veya fraktürü, laserasyon, ateşli silah yaralanması ve baldırda posterior kompartman sendromu gibi siyatik sinir hasarı ile ilişkili hasarları içerir. Burada farklı zaman aralıklarında iki farklı ve nadir nedenlerden dolayı bilateral düşük ayak gelişen 38 yaşında erkek olguyu sunmaktayız. Sol tarafında gluteal bölgeden 6 yıl önce ateşli silah yaralanması sonrası düşük ayak geliştiğini, 8 ay önce sağ baldırının arkasında intramusküler kitle cerrahisi sonrası düşük ayak geliştiğini belirtti. Ayrıca sağ sural sinir total hasarına bağlı sağ bacak laterali ve ayak dorsumunda duyu kaybı mevcuttu. Olgu farklı zaman aralıklarında da (6 yıl ve 8 ay önce) bilateral siyatik sinir nöropatisi ve düşük ayağa sebep olan iki nadir etiolojik faktöre sahip olması nedeni ile kayda değer bir önem taşımaktadır. Siyatik sinir hasarlarında kalıcı engelliliği önlemek için erken cerrahi girişim büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Siyatik sinir, intramusküler hemanjiom, periferik sinir nöropatisi, ateşli silah yaralanması, elektrodiagnostik, düşük ayak

Giriş

Siyatik sinir insan vücudunda kalçadan ayak tabanına kadar uzanan en geniş ve uzun siniridir. L4-S3 (sakral pleksus) spinal sinirlerden oluşur. Priform kasın önünde tek bir sinir lifi olarak başlar, kası deler ve büyük siyatik foramenden çıkarak pelvisi terk eder. Baldır arkasından popliteal fossaya ilerler. Adduktör magnus kasının arkasında tibial sinir (bacak posterioruna doğru iner) ve common peroneal sinir (bacak anterior ve lateralinde ilerler) dallarına ayrılır (1).

Sural sinir tibial ve common peroneal sinirin kollaterallerinden, iki mediyal ve lateral kütenöz dalların birleşmesi ile oluşan saf duysal bir siniridir. Mediyal kütenöz dal tibial sinirden, lateral kütenöz

dal common peroneal sinirden çıkar. Bu iki uç sinirin birleşim yeri sural sinire variabilite kazandırır. Sural sinirin yüzeyel seyri nedeniyle cerrahi olarak ulaşımı kolaydır (2).

Siyatik sinir hasar ve disfonksiyonu alt ekstremitelerde kas-iskelet disfonksiyonunun nadir olmayan nedenlerindedir. Burada 6 yıl önce solda gluteal bölge seviyesinde ateşli silah yaralanması sonrası siyatik sinir lezyonu ve düşük ayak gelişen, 8 ay önce sağ uyluk arka yüzde intramusküler kitle eksizeyonu sonrası düşük ayak ve sural sinir hasarı gelişen 38 yaşında erkek olguyu sunuyoruz.

Olgu

38 yaşında erkek hasta kliniğimize her iki ayakta kuvvet ve duyu kaybı, merdiven inip çıkamada,

Correspondence: Tuba Tülay Koca, Physical Medicine and Rehabilitation Clinic, Malatya State Hospital, Malatya, Turkey
Tel:0 506 3819295 tuba_baglan@yahoo.com

Received: 17.11.2014 **Accepted:** 08.12.2014

www.gaziantepmedicaljournal.com

DOI: 10.5455/GMJ-30-169244



Tablo 1. ENMG (elektromiyografi) Sonucu

Motor Sinir Çalışması	İleti	Latency (ms)	Amplitude (mv)	Area (vms)	Segment	Distance (mm)	Interval (m/s)	NCV (m/s)
Site								
Tibiyal, L								
Ankle								
		4.75	4.22	4.04	Ankle		4.75	
Popliteal		15.8	2.41	1.99	Ankle-popliteal	430	11.05	38.9
Peroneal, L								
Tibial, R								
Ankle								
		5.85	11.26	13.39	Ankle		5.85	
Popliteal		14.1	5.08	8.25	Ankle-popliteal	430	8.25	52.1
Peroneal, R								
Ankle								
		6.75	1.84	3.44	Ankle		6.75	
Head of fibula		14.8	1.11	2.65	Ankle-head of fibula		8.05	
Popliteal		16.5	990	2.55	Head of fibula-popliteal	60	1.70	35.3
Sensory Nerve conduction study								
Sural, L								
Sural, R								
Sural		2.62	23.00	3.08	Sural	130	2.62	49.6

yürümeye zorluk yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünde 6 yıl önce ateşli silah yaralanması sonrası sol ayakta kuvvet ve his kaybı geliştiği öğrenildi. Kalça bölgesinden cerrahi geçirmediğini belirtti. Karın bölgesinde ateşli silaha bağlı iç kanama geçirmesi nedeniyle opere olmuştu. Ateşli silaha ait saçmalar aynı zamanda sol önkol düzeyinde de mevcuttu. Ön kol ve elde uyuşmadan yakınıyordu fakat tetkik yaptırmamıştı. Hasta 8 ay önce bilinmeyen bir nedenle sağ uyluk arka alt yüzde bir şişlik geliştiğini, bunun için biyopsi yapılmadığını belirtti. Takiben kitle ekzizyon cerrahisi geçirmişti. Cerrahi sonrası sağ ayakta kuvvet ve his kaybı geliştiği öğrenildi. Hastanın belirgin ağrı, uyuşma yakınması yoktu. Kuvvet kaybı ve yürüme zorluğundan yakınıyordu. Hasta polikliniğe başvurduğunda herhangi bir ortez kullanmıyordu. Hastada lomber patolojiyi düşündürecek mekanik bel ağrısı ve radiküler ağrı tarif etmiyordu. Özgeçmişinde özellik yoktu.

Laboratuvar değerlendirmesi karaciğer (KC) enzim (AST: 66 U/L; ALT: 90 U/L) yüksekliği dışında normal idi. Fizik muayenesinde stepaj yürüyüş paterni ile desteksiz mobilize idi. Sol üst ekstremitede, önkol dorsumunda (Resim 1), sol gluteal bölgede (Resim 2) ateşli silah saçmalarına ait skar izleri ve sağ uyluk alt-arka yüzde kitle operasyon skarı (Resim 3) tespit edildi. Hastanın abdomende vertikal 7 cm uzunlukta, cerrahi skarı mevcuttu. Sol üst ekstremitede seviye vermeyen dizestetik yakınmaları vardı. Tinel testi sol el bilek düzeyinde pozitif idi. Her iki üst ekstremitede motor ve refleks kaybı yoktu. Her iki ayak bilek eklemlerinde yumuşak doku hipertrofisi gözlemlendi (Resim 4). Solda daha fazla

**Resim 1.** Sol önkol volar yüzde saçma skarı

olmak üzere bilateral vallex noktalarında hassasiyet mevcuttu. Duysal muayenede sol alt ekstremitede bacak anterolateral yüzde ve ayak dorsumunda hipoestezi mevcuttu. Her iki kalça fleksör, ekstansör, adduktör kas güçleri, her iki diz ekstansör, fleksör kas güçleri 4+/5 (kaba motor sınıflandırma sistemine



Resim 2. Sol gluteal bölgede multiple saçma skarları



Resim 3. Sağ uyluk arka alt bölümde kitle eksizyon skarı

göre kas güçleri değerlendirilmiştir) tespit edildi. Her iki ayak dorsifleksör kas gücü 1/5, plantarfleksör kas

gücü 3+/5, bilateral aşil refleksi alınmıyor, patella refleksi hipoaktif tespit edildi.

Hastada ayırıcı tanıya yönelik olarak elektrodiagnostik inceleme yaptık. Elektronöromiyografi (ENMG): Bilateral common peroneal sinif liflerinde nöropatik hasar, solda hiç yanıt alınmadı; sağda yaygın iletim yavaşlamasıyla kendini gösteren demiyelinizan nöropati bulguları ile uyumlu idi. Sol sural sinirden yanıt alınmadı. Tablo 1'de hastaya ait ENMG bulguları ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

Hastanın KC enzim yüksekliğini açıklayacak ilaç kullanımı, viral hepatit öyküsü yoktu. Viral hepatit markırları normal idi. Bu nedenle abdomen ultrasonografisi bakıldı. Safra kesesinde 0.5 mm taş ve KC'de grade 2 hepatosteatoz tespit edildi. Hastanın 8 ay önceki sağ uyluk arka yüzdeki kitleye ait patoloji sonucu total hemorajik nekroz gösteren tümöral lezyon, hemanjiomatöz kitle şeklinde idi.

Tedaviye yönelik olarak hastamıza nöropatik ağrısı için gabapentin 3X300 mg/gün önerdik. Bası yaralarını önlem için ayak bakımı eğitimi verdik. Yürüyüşe yardımcı klenzak eklemli 90° stoplu kısa yürüme ortezi reçete ettik. Ortez eğitimi verdik. Hastamıza alt ekstremitte kaslarına yönelik (özellikle her iki ayak dorsifleksör, plantarfleksör ve evertör kas grublarına) elektrostimülasyon (20 dakika), hotpack (20 dakika) sonrası proprioseptif, güçlendirme, germe ve yürüme egzersizleri, bilateral valleix noktalarına (20 dakika) TENS (transkutenöz elektrostimülasyon)'den oluşan 3 haftalık fizyoterapi programı uyguladık. 3 haftanın sonunda sol ayak dorsifleksör kas gücü 1/5, sağ ayak dorsifleksör kas gücü 2+/5, her iki ayak plantarfleksör kas gücü 3+/5 idi. Duysal



Resim4. Her iki ayak bilek ekleminde yumuşak doku hipertrofisi

muayenesinde değişiklik olmadı. Hasta merdiven ve basamakları daha iyi inip çıkabildiğini ve ayağında takılma olmadan engembeli yüzeylerde yürüyebildiğini, ayrıca gabapentin sonrası her iki bacak arka yüzünde hissettiği özellikle geceleri olan uyuşma (nöropatik ağrı) yakınmasının da azaldığını belirtti. Hasta ev programı ve poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Tartışma

Siyatik nöropati kalça veya uyluk düzeyinde, lumbosakral plexus distalinde fokal lezyon nedeni ile gelişebilmektedir. Lezyon demiyelinizan, aksonal veya mikst aksonal-demiyelinizan hasar, parsiyal ya da tam sinir kesisini içerebilir. Sinir hasarı Sunderland standardına göre 4-5 dereceye ile sınıflandırılır (3,4).

Siyatik sinir nöropatisinin etiolojisinde travmatik, kompressif, iskemik, neoplastik veya idiyopatik nedenler sayılabilir. Travmatik hasarlar femur fraktürü, kalça dislokasyonu veya fraktürü, laserasyon, ateşli silah yaralanması veya posterior kompartman sendromunu içerir (4,5).

Kompresyon yaralanmaları kompartman sendromu, hematoma, hamstring yaralanması, fibröz bandlar, persistan siyatik arter veya tartışmalı olmakla birlikte piriformis sendromundan kaynaklanabilir.

Perioperatif siyatik sinir hasarları iskemi, kardiyak cerrahi sırasındaki pozisyonlama, litotomi pozisyonu, vajinal doğum, kraniyotomi veya diğer nörocerrahi operasyonlardaki uzamış oturma pozisyonu, kalça artroplastisi sırasında ve sonrasında gelişebilmektedir (4-6).

Literatür taramamızda olgu raporlarında siyatik nöropati için en sık sebebin kalça artroplastisi olduğu görülmektedir. Diğer sık nedenler gluteal enjeksiyonlar, kalça kırığı veya dislokasyonu, eksternal kompresyon, benign veya malign tümörleri içerir (7,8).

Hastamızda 6 yıl önce solda gluteal bölge seviyesinde ateşli silah yaralanmasına bağlı siyatik sinir nöropatisi gelişmiş ve ENMG incelemede common peroneal ve sural sinir dallarından hiç yanıt alınamamıştır. Hastanın kliniğinde hasar düzeyi ile uyumlu olarak solda düşük ayak ve sural sinir dermatomunda hipoestezi mevcut idi. Aşıl refleksi alınmıyordu. Hastaya düşük ayak için ortez reçetelenmişti, kullanmıyordu. Hastanın ayak derisi incelendi, bası yarasını düşündürecek herhangi bir lezyon gözlenmedi. Ek olarak sol üst ekstremitte ön kol düzeyinde saçmalara ait skar izleri olan hastanın sadece seviye vermeyen dizestezik yakınmaları vardı. ENMG yapılmamıştı. Herhangi bir medikal tedavi almıyordu. 8 ay önce sağ uyluk arka yüzde bu kez

aniden şişlik gelişmiş, biyopsi yapılmadan cerrahiye alınan hastada nekrotize olmuş tümoral doku? Hemanjiom? ile uyumlu patoloji raporu verilmişti. Yapılan ENMG'de sağda common peroneal sinirde ileti yavaşlaması mevcuttu. Fizik muayenesinde ise düşük ayak ile birlikte aşıl refleksi alınmıyordu. Hastada iki farklı ve nadir travmatik sebepten siyatik sinirde hasar gelişmişti. Sağ kalçada gelişen intramusküler kitlenin eski ateşli silah yaralanması veya sol bacağındaki hasarın neden olduğu mekanik bozukluk ile ilişkili olup olmadığı, etiyojisi açık değildir.

Huang ve arkadaşları tarafından, 1962-1997 yılları arasında gluteal düzeyde siyatik sinir hasarlı 190 hastanın retrospektif olarak tarandığı çalışmada, hastaların 164'ünde enjeksiyon, 14'ünde bıçak yaralanması, 11'inde pelvik kırık ve kalça dislokasyonu ve 1 hastada ise kontüzyon yaralanması etiyojistik neden olarak saptanmış; hastalara tedavi amaçlı nöroliz, epinöral nöroraphi, sinir greftleme ve sinir eksplorasyonu sonrası %78.2 oranında çok iyi neticeler alındığı gözlenmiştir (9). Gluteal bölgede siyatik sinir hasarı tedavisinin zorluğu ve kötü sonuçları nedeniyle tartışmaya açık olmuştur. Hasarın durumu daha çok anatomik bölgesi ile ilgilidir. Genellikle erken dönemde cerrahi tedavi önerilmektedir. Enjeksiyon nöropatili olgularda bir an önce nöroliz, sinir kesisinde ise epinöral nörorafi uygulanmalıdır. Gluteal bölgede siyatik sinirin kalça dislokasyonu veya pelvik kırığa bağlı hasarında ise erken evrede reduksiyon ve dekompresyon, geç evrede ise sinir eksplorasyonu ve tamiri yapılmalıdır. Ekstremitte fonksiyonunun iyileştirilmesinde geç evrelerde ayak ve ayak bilek rekonstrüksiyonu uygulanabilir (9).

Yuen ve Onley'in siyatik sinir nöropatisi nedeniyle elektrodiagnostik değerlendirme istenen 73 hastanın klinik özelliklerini incelediği çalışmada, ayak dorsi/plantar fleksör kas paralizisinin yokluğu erken veya daha iyi klinik iyileşme için anlamlı delil olarak bulunmuştur ($p<0.05$) (10).

Ciddi, travmatik veya refraktör siyatik nöropatiler zamanla iyileşme göstermediklerinde cerrahi tedaviye gerek duyulabilir. Kim ve arkadaşlarının 1968-99 yılları arasındaki cerrahi olarak tedavi edilen kalça ve uyluk düzeyindeki travmatik siyatik sinir hasarlarının %22'sinin ateşli silah yaralanmasına, %18'inin intragluteal analjezik, antiemetik, antibiyotik veya lokal anestezi enjeksiyonuna, %17'sinin kalça veya femur fraktür ve dislokasyonuna, %5 oranında ise kalça artroplastisine bağlı olarak geliştiği gözlenmiştir (11). Kalça artroplastisinin düşük oranı yanında ateşli silah yaralanması ile enjeksiyon hasarlarının artışı, daha erken dekatlarda bu etkenleri sık görmemize bağlanabilir.

Siyatik sinir nöropatisi motor ve duysal defisitler ile karşımıza çıkabilir (3). Komplet siyatik sinir

lezyonunda, hamstring proksimalindeki hasar, siyatik dağılım alanında ağrı ve parestezi, diz fleksiyon zorluğu, ayak tüm yönlerde hareket kaybı (dorsifleksiyon, plantarfleksiyon, eversiyon, inversiyon) olarak karşımıza çıkabilir. Komplet lezyonlarda uyluk posteriora, bacak laterali ve tüm ayakta duyu kaybı görülebilir. Hamstringlerin korunduğu siyatik hasarda hasta dizini fleksiyon ve ekstansiyona getirebilir, kilitleyebilir fakat yürüyüş için ayak dorsifleksiyon kaybı ve yetersiz plantarfleksiyon olduğu için orteze ihtiyaç duyar. Hastamızın diz fleksör ve ekstansör kas güçleri tam idi. Sadece bilateral düşük ayağı mevcuttu ve bu nedenle ayaklarında sık sık takılma, düşme ve merdiven inip çıkmada zorluk yaşıyordu. Düz zeminde stepaj yürüyüşü ile bağımsız mobildi. 90° stoplu klenzak eklemli kısa yürüme cihazı ile hastanın yürüyüş paterni ve eğim, yükselti, basamaklardaki yürüme zorluğu giderildi. Benzer klinik bulgular ile gelen hastalarda ayrıca lumbosakral pleksus lezyonu, radikülopati veya mononöropati ayırıcı tanısı da atlanmamalıdır. Ayırım için elektrodiagnostik çalışma ve görüntüleme çalışmaları yapılmalıdır (4). Hastamız lomber patoloji açısından sorgulandı, ayırıcı tanıda düşünülmedi.

Düşük ayak şikayeti ile başvuran 303 hastanın tarandığı retrospektif bir çalışmada santral nedenler %31 oranında iken, periferik nedenler %68 oranında bulunmuştur. Periferik nedenler ise common peroneal sinir lezyonları, L5 radikülopatiler, poliradikülopatiler ve nadir olarak saf siyatik lezyonlarını içerir (12). Hastamız nadir gelişen siyatik sinir hasarları sonrası (periferik neden) bilateral düşük ayak gelişmiş olması ile araştırılmaya değerdir.

Genel olarak kabul edilmiş kaniye göre siyatik sinirin peroneal bölümü, tibiyale göre hasarlardan daha ciddi oranda etkilenmektedir. Bunun nedenleri olarak süperfisiyal yerleşimi, daha az ve büyük fasiküllere sahip olması, endonöral veya perinöral desteğinin daha az olması, daha az kan akımına sahip olması ve siyatik çentik ile fibular boyun arasında dar bir alanda fikse olması düşünülmektedir. Bizim hastamızda da common peroneal dal, tibial dala göre daha çok hasara uğramıştı. Fizik muayene (plantar fleksör kas gücünün kısmen korunmuş olması) ve ENMG bulguları ile de desteklenmektedir. Siyatik sinir hasarlarında peroneal bölümün daha sık hasarlanması nedeni ile peroneal nöropatiden ayırım zor yapılmaktadır (13).

Hastamızın sağ baldırdan alınan kitle patoloji sonucu net olarak yapılamamış, nekrotize intramusküler tümör ile hemanjiomatöz kitle ön tanıları düşünülmüştür. Hemanjiom benign vasküler bir tümör olup hem yüzeysel hem de derin dokularda yerleşim gösterebilir. İlk kez 1983'te Liston tarafından tanımlanmıştır. Etiyojisi hala netleşmemiş olup, malign transformasyonunu veya

metastazını gösteren literatür bilgisi yoktur. Sıklıkla alt ekstremitelerde görülür. Çok nadir görülen bu benign tümör, tüm hemanjiomların %0.8'ini oluşturur. Klinik semptomlar yumuşak dokuda kitle, ağrı, şişliği içermekte ve tanı manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile konulmaktadır (10-13). Hastamızda biz öncelikli olarak intramusküler hemanjiom olabileceğini düşündük. Literatürde nadir vakalara rastladık. Eski sol siyatik sinir nöropatisinin veya ateşli silah yaralanmasının bilinmeyen nedenler ile sağda bu kitlenin oluşumuna yol açıp açmayacağı tartışma konusudur. İntramusküler hemanjiomların etiolojisinin aydınlık kazanması bu ilişkiye yanıt getirecektir.

Hastamızda ayrıca kas kuvvet ve duysal kayıplarına bağlı olarak alt ekstremitte periferik sinir nöropatilerinin de görülebileceğini unutmamak gerekir. Periferik sinir tuzak nöropatileri nadirdir, çok çeşitli etiolojiler ve klinik bulgular ile heterojen bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Bireyler arası anatomik varyasyonlara bağlı olarak farklı klinik bulgular ile karşımıza çıkabilmektedirler. Her periferik sinirin anatomik yapısı, motor ve duysal dalların iyi bilinmesi ve görüntüleme, elektrodiagnostik çalışmalar ile doğru tanıya ulaşılabilir (14). Priformis sendromu, iliakus sendromu, safen nöropati, proksimal tibiyal nöropati, common peroneal nöropati, derin peroneal nöropati, süperfisiyal peroneal nöropati, tarsal tünel sendromu, koşucu ayağı, sural nöropati ve Morton nöroma alt ekstremitte tuzak nöropatilerindendir (13). Eş zamanlı birden fazla orjinli periferik nöropatilerin klinik muayene ile ayırımı zor olmaktadır.

Ateşli silah yaralanmasına bağlı siyatik sinir hasarı çok ciddi seyirli ve komplikedir. Çoğu hasta açık fraktür, vasküler hasar, yumuşak doku kaybı ve enfeksiyon nedeniyle komplike olmaktadır. Silah yaralanmalarında sinir transferi başarılıdır fakat sonuçları kötüdür. Hasarın hemen sonrasında siyatik sinir muayene edilmeli, minimal invazif cerrahi prosedürler, fizik tedavi ve medikasyon tedavisi verilmelidir (15). Hastamız intraabdominal kanama nedeniyle acil cerrahiye alındığını fakat siyatik sinir tamiri için cerrahi operasyon geçirmediğini belirtti. Ayrıca medikal tedavi de alıyordu. Hastamıza nöropatik ağrı için gabapentin 3x300 mg/gün önerdik. Kas kuvvet kaybının giderilmesi, yürüyüşünün iyileştirilmesi, yürüme zorluğunun giderilmesi için fizyoterapi ve rehabilitasyon programına aldık. Eklem koruyucu tedaviler önerdik, ortez reçete ettik ve eğitimi verdik. Hasta tüm tedavilerden kısmen fayda gördü. Fakat hastanın ayak dorsifleksör kas gücünde solda hiç artış sağlanamadı, duysal muayenesi değişmedi. Hastanın ilk yaralanmasında siyatik sinire erken dönemde cerrahi müdahalenin yapılmaması ve erken dönemde ortopedik rehabilitasyona başlanmış olunmaması nedeniyle tedavide istenilen hedefe ulaşılamamıştır.

Sonuç

Siyatik sinirin travmatik yaralanmaları multifaktöryal orjinlidir. En sık neden kalça artroplastisi olmakla birlikte literatür taramamızda nadir nedenlerden vaka bildirimlerine de rastlamaktayız. Gluteal bölgede total siyatik sinir hasarı tedavisi zordur ve genellikle prognozu kötüdür. Hasarın durumu daha çok anatomik bölgesi ile ilgili olmasının yanında genellikle erken dönemde cerrahi tedavi önerilmektedir. Biz ateşli silah yaralanması ve intramusküler kitle gibi nadir iki nedenden bilateral siyatik sinir hasarı ve sonucunda düşük ayak gelişmiş fakat erken dönemde cerrahi girişim ve rehabilitasyon başlanmadığı için ciddi engelliği gelişen erkek olguyu sunduk.

Kaynaklar

1. Drake, Richard L.; Vogl, Wayne; Tibbitts, Adam W.M. Mitchell; illustrations by Richard; Richardson, Paul Gray's anatomy for students. Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone. 2005.
2. Functional Anatomy. The Sural Nerve, Anatomy and Entrapment, Functional Anatomy Blog. Retrieved from <http://functionalanatomyblog.com>. the-sural-nerve-anatomy-and-entrapment. 2009.
3. Sunderland S. A classification of peripheral nerve injuries producing loss of function. Brain. 1951;74:491-516.
4. Yuen EC, So YT. Entrapment and other focal neuropathies: sciatic neuropathy. Neurol Clin. 1999;17(3):617-631.
5. Plewna C, Wallace C, Zochodne D. Traumatic sciatic neuropathy: a novel cause, local experience and review of the literature. J Trauma. 1999;47(5):986-999.
6. Schmalzried TP, Noordin S, Amstutz HC. Update on nerve palsy associated with total hip replacement. Clin Orthop Relat Res. 1997;344:188-206.
7. Plantaras CT, Chhatre A, Kotcharian AS. Perioperative lower extremity peripheral nerve traction injuries. Orthop Clin North Am. 2014;45(1):53-63.
8. Thomas JE, Piegras DG, Scheithauer B, Onofrio BM, Shives TC. Neurogenic tumors of the sciatic nerve: a clinicopathologic study of 35 cases. Mayo Clin Proc. 1983;58(10):640-647.
9. Huang Y, Yan Q, Lei W. Gluteal sciatic nerve injury and its treatment. Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi. 2000;14(2):83-86.
10. Yuen EC, Onley RK, So YT. Sciatic neuropathy: clinical and prognostic features in 73 patients. Neurology. 1994;44(9):1669-1674.
11. Kim DH, Murovic JA, Tiel R, Kline DG. Management and outcomes in 353 surgically treated sciatic nerve lesions. J Neurosurg. 2004;101:8-17.
12. Van Langenhove M, Pollefliet A, Vanderstraeten G. A retrospective electrodiagnostic evaluation of footdrop in 303 patients. Electromyogr Clin Neurophysiol. 1989;29(3):145-152.
13. Flanigan RM, DiGiovanni BF. Peripheral nerve entrapments of the lower leg, ankle and foot. Foot Ankle Clin. 2011;16(2):255-274.
14. Beltran LS, Bencardino J, Ghazikhanian V, Beltran J. Entrapment neuropathies III: lower limb. Semin Musculoskelet Radiol. 2011;14(5):501-511.
15. Wang JQ, Yi MJ, Zhu Y, Wang MY, Zhang BS, Liu DQ, Wei J. Surgical treatment of shotgun injuries of the sciatic nerve. Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2004;42(2):81-83.

How to cite:

Koca T.T. A case report of bilateral sciatic neuropathy caused by two different etiologies. Gaziantep Med J 2015;21(2):147-153.