

## Etyolojide servikal vertebra metastazına bağlı gelişen radikülopati saptanan bir “fıçıdaki adam sendromu” olgusu

A case presenting with “man in the barrel syndrome” whose etiological underlying cause is radiculopathy due to cervical vertebra metastasis

Güler A<sup>1</sup>

Uyaroğlu F G<sup>2</sup>

Araç N<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği Afyonkarahisar-Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Bornova-İzmir-Türkiye

### Özet

Alt ekstremitelerde kas gücü normalken brakial diplejinin bulunması “fıçıdaki adam sendromu” (FAS) olarak bilinir ve genellikle prerolandik kortikal ve subkortikal alanlardaki bilateral supratentorial beyin lezyonlarına bağlı olarak geliştiği düşünülür. Literatürde FAS'a yol açan az sayıda infratentoriyel nedenli olgu bildirimleri bulunmaktadır ve bunlar genellikle damarsal patoloji ile ilişkilendirilmiştir. Olgu: 66 yaşında erkek olgu kollarındaki güçsüzlük ve ağrı yakınması ile başvurdu. Elektromyografi (EMG)'de C5, C6 da daha belirgin olmak üzere bilateral C5, C7 spinal radiküler tutuluş saptanan olgunun servikal MRG'sinde C5 vertebrospinal metastatik lezyon varlığı ortaya kondu. Yorum: Bu sunumda FAS kliniği ile prezente olan ve etyolojide servikal vertebra metastazına bağlı radikülopati saptanan bir olgu literatür eşliğinde tartışılmıştır

**Anahtar Kelimeler:** Brakial dipleji, “fıçıdaki adam sendromu”, servikal vertebra metastazi.

### Summary

*Brachial diplegia with normal findings of the legs, "man-in-the barrel" syndrome (MIBS), is generally thought to be caused by bilateral supratentorial brain lesions of the prerolandic cortical and subcortical area. There is only a few report in literature about MIBS regarding with infratentorial causes and they have usually vascular pathogenesis. Case: 66 years old men consulted for brachial diplegia and brachial pain. EMG showed bilaterally C5-C7 spinal radicular involvement, especially in C5-C6 regions. Cervical MRG demonstrated C5 vertebrospinal metastasis. Conclusion: In this report we describe a case presenting with MIBS whose etiological underlying cause is radiculopathy due to cervical vertebra metastasis.*

**Key Words:** Brachial diplegia, "man-in-the barrel" syndrome, cervical vertebra metastasis.

### Giriş

Fıçıdaki Adam Sendromu 'FAS'alt ekstremitelerde kas gücü korunmuş olduğu halde her iki üst ekstremitelerde güçsüzlüğün bulunduğu klinik tabloyu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Hastalar gövdeleri adeta fıçıya saplanmış gibi kollarını hareket ettirememektedirler.

Brakial dipleji veya haç şeklinde palsi olarak da tarif edilebilen olan bu durum nöroloji pratiğinde sık rastlanmayan bir tablodur (1-3). Sendromu oluşturan lezyon tipik olarak bilateral ön ve orta serebral arter sulama alanları arasındaki sınır bölgede yerleşiktir. Daha az sıklıkla tablo infratentoriyel lezyonlara bağlı olarak da oluşabilir (2-4). Bu sunumda fıçıdaki adam sendromuna neden olarak servikal vertebra metastazına bağlı radikülopati tablosu bulunan bir olgu bildirilmiştir.

Yazışma Adresi: Ayşe GÜLER  
Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği  
AFYONKARAHİSAR-TÜRKİYE  
Makalenin Geliş Tarihi: 01.12.2008 Kabul Tarihi: 05.01.2009

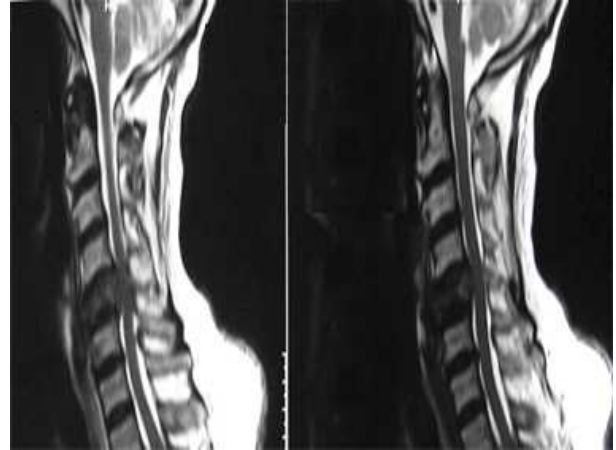
## Olgu

66 yaşında erkek olgu hematüri nedeni ile ürolojide yatarken kollarındaki güçsüzlük ve ağrı yakınması için danışıldı. Prostat kanseri teşhisi konulan olgu, son 1 yıldır omuzlarında ağrılar olduğunu, kollarını kaldırmakta güçlük çektiğini, 1 haftadır da kollarını hiç kullanamaz hale geldiğini belirtiyordu.

Yapılan muayenede her iki kolda proksimallerde belirgin güçsüzlük saptandı. Güçsüzlük omuzlarda en fazla belirgin iken, dirsekte daha az derecede idi ve parmak hareketleri korunmuştu. Herhangi bir nesneyi parmakları ile kavrayabildiği halde kollarına abduksiyon yaptıramıyordu. Üst ekstremitelerde derin tendon refleksleri alınamıyordu. Olgunun alt ekstremitelerde kas gücü tamdı ve alt ekstremitelerde derin tendon refleksleri normal olarak saptandı. İdrar ve gayta sfinkter disfonksiyonu tariflemeyen hastanın ayrıca kranial sinirler, serebellar sistem ve duysal sistem muayeneleri de olağandı.

Kranial MRG'sinde patoloji saptanmayan olgunun EMG'sinde sinir ileti çalışmalarında üst ve alt ekstremitelerde motor ve duysal sinir iletimleri, M yanıtları ve duysal aksiyon potansiyeli amplitüdüleri normal sınırlardaydı. İğne EMG de üst ekstremitelerde bilateral olarak C5-C6 innervasyonlu kaslarda denervasyon, nörojenik MÜP değişiklikleri ve MÜP kaybı izlendi. C7 innervasyonlu kaslarda ise denervasyon olmaksızın nörojenik MÜP değişiklikleri ve MÜP kaybı olduğu görüldü. Alt ekstremitelerde iğne EMG ile değerlendirilen kaslarda denervasyon olmaksızın ılımlı nörojenik MÜP değişiklikleri saptandı. Ayrıca hastaya uygulanan manyetik uyartılmış potansiyel (MEP) incelemesinde alt ve üst ekstremitelere santral motor iletim zamanı normal sınırlarda saptandı. Bu bulgular C5, C6 da daha belirgin olmak üzere bilateral C5, C7 spinal radiküler tutuluş ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Klinik olarak FAS tablosu gösteren olgu EMG sinde elektrofizyolojik olarak brakial dipleji varlığının ortaya konmasının ardından ileri tetkik ve tedavisinin sürdürülmesi için kliniğimize nakledildi. Kliniğimize yatışı sonrasında çekilen servikal MRG ile medulla spinalise belirgin bası oluşturan C5 vertebrada metastatik lezyon varlığı ortaya konan olguya doksametazon 16 mg/gün başlandı ve servikal lezyon için radyoterapi programına alındı (Resim 1)



Resim 1: Servikal spinal korda bası oluşturan metastatik lezyon

Uygulanan tedavilerden yarar sağlanmayan olgu tedavisine devam edilmek üzere medikal onkoloji bölümüne devredildi.

## Tartışma

FAS sıklıkla frontal lopta somatotopik olarak üst ekstremitelerin temsil edildiği bölgenin bilateral hasarı ile oluşur. Bahsedilen bu hasar sıklıkla hipotansiyon, hipovolemi gibi serebral hipoperfüzyon nedenlerinden birine bağlıdır ve hastalar bu nedenle genellikle başka nörolojik semptomları ve/veya bilinç bozukluğu bulunan prognozu görece kötü olgulardır (5-9). Literatürde bilateral frontal enfarktların yanı sıra pontin lezyon, servikal spinal lezyon ve motor nöron hastalığına bağlı gelişen 'fıçıdaki adam sendromu' bildirimleri de bulunmaktadır (2-4).

Supratentorial nedenlere bağlı olarak oluşan FAS da distal kaslarda tutulum daha fazla olurken bizim olgumuzda olduğu gibi infratentorial sebeplerden kaynaklanan tablolarda proksimal kaslarda tutulum daha fazla gözlenmektedir. Bizim olgumuzda supratentorial nedenler kranial MRG ile dışlanmış ve servikal MRG ile spinal korda bası oluşturan C5 vertebra metastazı ortaya konmuştur.

Klinik tablonun akut veya kronik başlangıçlı oluşu ayırıcı tanının yapılmasında önem gösterir. Örneğin amyotrofik lateral skleroza bağlı oluşan FAS nin aylar içinde yavaş yavaş gelişen bir tablo olduğu bildirilmiştir (10). Oysa gerek serebral, gerek servikal medulla spinaliste vasküler nedenli hasarlanmaya bağlı olarak oluşan tabloların akut başlangıçlı bir klinik oluşturması muhtemeldir. Bizim olgumuzda 1 yıldır mevcut olan

kollarda bilateral güçsüzlük yakınmasına ek olarak aniden gelişen ve 3-4 gün içinde etkilenen kaslarda kas gücünün tama yakın kaybına neden olan bir tablo söz konusu olmuştur. Klinik seyrin bu şekilde olması vasküler bir patolojiyi düşündürülebilir ancak çekilen servikal MRG ile EMG ile ortaya konan brakiyal diplejiyi

açıklayabilecek C5 lokalizasyonlu servikal metastazın varlığı ortaya konmuştur.

Sonuç olarak FAS' na neden olan tablolar arasında meduller veya spinal bölgenin vasküler patolojileri kadar metastatik lezyonlara bağlı ortaya çıkabilecek patolojilerin de göz önünde bulundurulması yararlı olacaktır.

### Kaynaklar

1. Georgiadis D, Schulte-Mattler WJ. Cruciate paralysis or man-in-the-barrel syndrome? Report of a case of brachial diplegia. *Acta Neurol Scand* 2002; 105:337-340.
2. Paulin M, de Seze J, Wyremblewski P, Zéphir H, Leys D, Vermersch P. Man-in-the-barrel syndrome caused by a pontine lesion *Neurology*. 2005;64:1703
3. Levi ADO, Tator CH, Bunge RP. Clinical syndromes associated with disproportionate weakness of the upper versus the lower extremities after cervical spinal cord injury. *Neurosurgery* 1996; 38:179-185.
4. Berg D, Müllges W, Koltzenburg M, Bendszus M, Reiners K. Man-in-the-barrel syndrome caused by cervical spinal cord infarction. *Acta Neurol Scand*. 1998;97(6):417-9
5. Clerget L, Lenfant F, Roy H, et al. Man-in-the-barrel syndrome after hemorrhagic shock. *J Trauma* 2003; 54: 183-6.
6. Cristomo EA, Suslavich FJ. Man-in-the-barrel syndrome associated with closed head injury. *J Neuroimag* 1994; 4:116-7.
7. Elting JW, Haaxma R, Sulter G, DeKeyser J. Predicting outcome from coma: Man-in-the-barrel syndrome as potential pitfall. *Clin Neurol Neurosurg* 2000; 102: 23-5.
8. Moore AP, Humphrey PRD. Man-in-the-barrel syndrome caused by cerebral metastases. *Neurology* 1989; 39:1134-5.
9. Olejniczak PG, Ellenberg MR, Eilender LM, Muszynski CT Man-in-the-barrel syndrome in a noncomatose patient: a case report. *Arch Phys Med Rehabil*. 1991; 72(12):1021-1023.
10. Katz JS, Wolfe GI, Andersson PB, Saperstein DS, Elliott JL, Nations SP, Bryan WW, Barohn RJ Brachial amyotrophic diplegia: a slowly progressive motor neuron disorder *Neurology*. 1999 22;53:1071-1076.