

Torakolomber Geçiş Sendromu: Olgu Sunumu

Thoracolumbar Junction Syndrome: A Case Report

Gülcan Öztürk, Duygu Geler Külçü, Ece Aydoğ

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Torakolomber geçiş sendromu (TLGS) bel ağrısı nedenlerinden biri olup ayırıcı tanıda sıklıkla gözden kaçmaktadır. Torakolomber geçiş bölgesi T10-11, T11-12, T12-L1 hareket segmentlerinden oluşmaktadır. Bu segmentlerden ayrılan duyuşal sinirler T10-L1 segmentlerinin dermatomları olan alt abdomen ve pubiste psödovisseral ağrıya sebep olmaktadır. Bu durum bazı jinekolojik ve ürolojik hastalıklarla karışabilmektedir. Ayırıcı tanıda akla gelmez ise hastalar gereksiz bazı tetkik ve cerrahi uygulamalara maruz kalabilmektedir. Biz bu olgu sunumunda, 5 yıldır sağ kalça, kasık ve alt abdomen ağrısı çeken ve yıllardır tanı alamayarak gereksiz girişimsel işlemlerde bulunan 46 yaşında TLGS'li bir kadın hastayı sunduk. Bu olgu sunumu aracılığıyla TLGS'yi hatırlatmayı ve tartışmayı amaçladık.

Anahtar sözcükler: Torakolomber geçiş sendromu, yansıyan ağrı, psödovisseral ağrı, bel ağrısı

ABSTRACT

Thoracolumbar junction syndrome (TLJS) is one of the causes of low back pain and frequently overlooked in differential diagnosis. Thoracolumbar transition zone is composed of T10-11, T11-12, T12-L1 movement segments. Sensory nerves divided from these segments cause pseudovisseral low abdominal and pubic pain, which are the dermatomes of T10-L1 segments. This condition may interfere with some gynecological and urological diseases. If TLJS is not kept in the mind to differ diagnosis, patients may be exposed to some unnecessary diagnostic interventions and surgery. We described a 46 year old female patient with TLJS. She had right gluteal, inguinal and lower abdominal pain for 5 years. She had been had unnecessary interventional procedures for several years and did not get the correct diagnosis. By this case report we aimed to remind and discuss the TLJS.

Keywords: Thoracolumbar junction syndrome, pseudovisseral pain, referring pain, lowback pain

Yazışma Adresi
Corresponding Author

Gülcan Öztürk
Yeditepe Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon, İstanbul, Türkiye

Tel: 0 216 578 40 38
E-posta: drgul_can@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 18.12.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 08.03.2013

Giriş

Torakolomber geçiş sendromu (TLGS); torakolomber bileşkenin disfonksiyonuna bağlı sıklıkla lomber, sakroiliak eklem ve gluteal bölgede ağrı hissedilmesine neden olan bir klinik tablodur. Hastalar genelde torakolomber bileşkede ağrı tariflemezler (1,2). Bu nedenle alt lomber bölge ve sakroiliak eklem patolojileri üzerinde yoğunlaşılır. Alt abdomen, inguinal bölge ve hatta pubiste hissedilen; jinekolojik, gastroenterolojik ve ürolojik ağrıları taklit eden psödovisseral ağrı da TLGS'nin bir bulgusu olarak karşımıza çıkabilmektedir (1,3). Bu durumda ise visseral patolojiler araştırılmakta ve esas tanıdan uzaklaşmaktadır. Lateral perforan

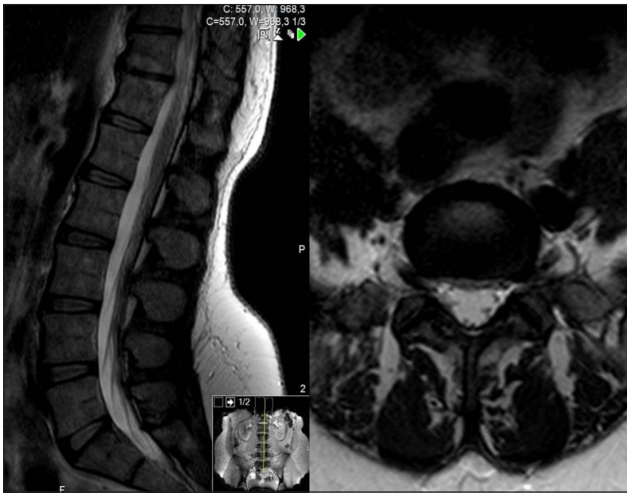
kutanöz dalın etkilenmesine bağlı uyluğun lateral tarafına lokalize psödotrokanterik ağrı da olabilir (4). Bu nedenle TLGS; trokanterik bursit, meraljia parestetika ve kalça patolojilerini taklit edebilir. Tanısı klinik muayene ile konulabilen TLGS, birçok mekanik problem ve visseral hastalıkların ayırıcı tanısında akla getirilmez ise rahatça atlanabilir ve hastalar gereksiz girişimsel işlemlere ve tetkiklere maruz kalabilir.

Biz bu olgu sunumunda 46 yaşında karın ve kasık ağrısı nedeni ile çeşitli branşlarda girişimsel işlemler ve cerrahi uygulanan TLGS olan bir kadın hastayı sunarak TLGS'ye vurgu yapmayı ve bel ağrısı ayırıcı tanısında mutlaka akıldan tutulması gerektiğini hatırlatmayı amaçladık.

Olgu

46 yaşında kadın hasta yanıcı, derin karakterde, gluteal bölge ve sağ kasığa yayılan bel ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Matematik öğretmeni olan hastanın şikayetleri ayakta durmakla artıyor, istirahatle azalıyor. Hastanın şikayetleri yaklaşık 4-5 yıldır olmakla birlikte son bir ayda artmıştı. Hastanın özgeçmişini sorgulandığında 5 yıl önce sağ alt karın, kasık ağrısı şikayeti ile jinekoloji uzmanına başvurduğu ve yapılan tetkik ve muayene neticesinde endometriozis tanısı aldığı öğrenildi. Medikal tedaviye cevap vermeyen hasta bilateral salpingo-ooforektomi, total abdominal histerektomi yapıldığını fakat ağrı şikayetinde ve lokalizasyonunda bir değişiklik olmadığını ifade etti. Hasta aynı şikayetlerle 2 yıl sonra üroloji kliniğine başvurmuştu. Tetkik edilen hastanın üriner sistem bilgisayarlı tomografisi ve voiding sistouretrografi normal sınırlarda idi. İdrar yolu enfeksiyonu tanısı ve tedavisi alan hastanın tedavi sonrası ağrısı azalmakla birlikte geçmemişti. Şikayetleri dönem dönem tekrar eden hasta 2011 yılı aralık ayında aynı şikayetlerle dahiliye kliniğine başvurmuştu. Hastaya kolonoskopi yapılmıştı. Yapılan kolonoskopi neticesinde evre 1-2 internal hemoroid dışında patolojik bulgu saptanmamıştı.

Hastanın yapılan muayenesinde bel eklem hareket açıklığı her yöne açık, sağ-sol rotasyonları ağırlı idi. Sağ L1 faset derin palpasyonla hassastı. Düz bacak kaldırma testi bilateral negatifti. Nörolojik muayenesi doğaldı. Sakroiliak eklem kompresyon testi negatifti. Hastanın kalçaya yayılan ağrısı olduğu için sakroiliak eklem muayenesi yapıldı. Sakroiliak eklem disfonksiyonu ile ilgili olarak yapılan gillet testi negatifti. Lomber MRG'sinde lordozda artma, alt lomber faset eklemlerde minimal dejenerasyon, kesite giren T10-11 disk ve son plaklarda dejeneratif değişiklikler mevcuttu (Şekil 1).



Şekil 1. Lomber MRG bulguları

Hastanın öğretmen olması ve dolayısı ile rotasyonel mikrotravmalara maruz kalması (tahta önünde yazı yazmak ve sıklıkla arkasına dönerek hitab etmek), çok uzun zamandır var olan şikayetlerini açıklayacak herhangi bir jinekolojik, ürolojik, dahili patoloji saptanmaması neticesinde, mekanik karakterde bel ağrısının ve psödovisseral ağrısının TLGS'ye bağlı olabileceği düşünüldü. Torakolomber geçiş sendromu ön tanısı ile ayrıntılı muayenesi yapıldı. T10-L1 spinöz proçese aksiyel ve transvers basınç uygulaması ile ağrı oluştu. İnterspinöz ligament üzerine aksiyel basınçla ağrı oluştu. Sağ L1 faset palpasyonla ağırlıydı. Deri yuvarlama ve iliak krest testi sağda pozitif. Klinik ve fizik muayene ile TLGS tanısı konulan hastaya tanıyı kesinleştirmek ve tedavi amaçlı T12- L1 seviyesinde faset eklem lokal anestezi enjeksiyonu yapılması düşünüldü. Hasta enjeksiyonu reddetti. Postural eğitim verilen hastaya rotasyonel hareketlerden kaçınması önerildi. 15 seans fiziksel tıp ve rehabilitasyon programına alındı. Terapötik ultrason (Chattanooga, TN, USA.) torakolomber geçiş bölgesine paravertebral kaslara ve faset eklemler üzerine farmakolojik açıdan aktif madde içermeyen akustik jel cilde uygulandıktan sonra başlık dik olacak şekilde ve dairesel hareketlerle uygulandı. Uygulama dozu devamlı 1MHz frekansta ve 1.5 watt/cm² olacak şekilde 3 cm çaplı aplikatör ile 10 dk/seans sürecek şekilde planlandı. Transkutanöz Elektriksel Nörostimülasyon (TENS) (Chattanooga, TN, USA.) sekiz tane, atılabilir steril elektrotlar ile torakolomber geçiş bölgesinde ağırlı alan üzerine, konvansiyonel modda, hastanın tolere edebildiği amplitüde, 80 Hz frekans ile 20-35 mA arasında atım süresi 300 µsaniye olacak şekilde 20 dk/seans uygulandı. Lumbopelvik bölgeye stabilizasyon egzersizleri terapist eşliğinde uygulandı. Tedavi bitiminde hastanın lomber rotasyon hareketleri ağrısızdı. İliak krest testi ve deri yuvarlama testi negatifti. T10-L1 spinöz proçes üzerine transvers, aksiyel basınç ve interspinöz ligament üzerine aksiyel basınç uygulanması ile ağrı meydana gelmedi. Hastanın psödovisseral ağrı şikayetleri de tamamen geçmişti. İlk başvuru sırasın Görsel Ağrı Skalası (GAS) 8 iken tedavi bitiminde 0 idi.

Tartışma

Bel ve kasık ağrısının torakolomber bölgeden kaynaklanabileceğine ilk olarak 1950' de Judovich ve Bates dikkat çekmişler, 1974'de ise Maigne, "Torakolomber geçiş sendromu" unu tanımlamıştır (5). Torakolomber geçiş sendromu sıklıkla 50 yaş üzeri popülasyonda görülür (3). Hastalar en sık bel ağrısından şikayet ederler. Ağrı akut olabileceği gibi genellikle kronik karakterdedir. Çoğunlukla tek taraflıdır. Ağrı lomber bölgede lokalize olabileceği gibi sakroiliak eklemlerde, gluteal bölgede de hissedilebilir. Genellikle torakolomber bileşkede ağrı tariflemeyenler (1,2). Hastalar bel ağrısı ile aynı anda

ortaya çıkabildiği gibi bel ağrısından önce veya sonra da ortaya çıkabilen; alt abdomen, uyluk üst medial kısmı, kasık veya testislerde görülen psödovisseral ağrıdan şikayet edebilirler (1,3). Psödovisseral ağrı; jinekolojik, gastroenterolojik ve ürolojik ağrıları taklit eder (1). Uyluğun lateral tarafına lokalize psödotrokanterik ağrı da olabilir (4,6). Bunların nedeni TLGS'de etkilenen spinal segmentin dalları ile ilgilidir. Torakolomber bileşke sendromunda en sık etkilenen segment T12-L1 olmakla birlikte; T10-11, T11-12 de etkilenebilir. Ağrı dağılımı ve klinik bulgular sıklıkla T12 ve L1 spinal sinir köklerinin dalları ile ilgilidir. Bu spinal sinirlerin posterior dalları üst gluteal ve alt lomber subkutanöz dokuları ve apofizer eklemler ile supra ve interspinöz ligamanları innerve eder. Her posterior ramus dik açı ile spinal sinirden ayrılır. Alttaki vertebranın süperior apofizer eklemin yüzeyinden geçer. Her ramus medial ve lateral dallara ayrılır. Medial dal motor daldır ve multifidus ve interspinöz kasları innerve eder. Lateral dal ise motor ve duyuşal lifler içerir. Verdiği kutanöz dallar lomber fasyayı deler, subkutanöz dokuda seyrederek ve alt lomber bölgenin ve gluteal bölgenin derisinde sonlanır (2). Anterior dalları ise subkostal ve iliohipogastrik sinirlerdir. Alt abdomen kaslarını ve kasık bölgesini cildini innerve eder. Anterior ramustan çıkan perforan lateral kutanöz dal ise trokanterik bölgeyi innerve eder (1). Neticede hastalar bel ağrısı, alt abdominal, psödovisseral ağrı, kalça ağrısı ve kasık ağrısı yakınmaları ile başvurur. Bizim hastamızda da T12 ve L1 spinal sinir köklerinin hem anterior hem de posterior dallarının innerve ettiği alanlarda ağrı mevcut idi.

Torakolomber geçiş bölgesi; mobilite derecesi ve faset eklem morfolojisi farklı olan iki ayrı spinal bölgenin birleşim yeridir. T10-11, T11-12, T12-L1 hareket segmentlerini kapsar. Torakal omurgada faset eklemler rotasyon yapma özelliğine sahipken, lomber omurgada rotasyon yapamazlar. Ancak torakal omurlarda T10 üzerinde rotasyon; kostalar tarafından sınırlandırılmaktadır. Bu durum rotasyonun özellikle T10-12 vertebralar tarafından gerçekleştirilmesini sağlar. Torakolomber bileşke rotasyonel zorlanmalara maruz kalan bir "geçiş bölgesi" haline gelir. Bu durum torakolomber geçiş bölgesini disk ve faset dejenerasyonuna açık hale getirir. Özellikle gövde rotasyonu, kalça fleksiyonun, boyun ekstansiyonun yoğun olduğu futbol, atletizm, hokey gibi sportif faaliyetlerde torakolomber geçiş bölgesindeki yük ve zorlanma artar(7,8). Bizim hastamız da 25 yıldır matematik öğretmeni olarak çalışmakta ve mesleği gereği gün içinde sıklıkla (tahta önünde ayakta yazı yazma ve arkaya dönme) rotasyonel mikrotravmalara maruz kalmakta idi.

Torakolomber bileşke sendromu klinik bir tanıdır. Fizik muayene bulguları; torakolomber bileşkedeki spinöz proçes ve faset eklem üzerinde palpasyonla

ağrı, iliak krest testinin pozitif olması, deri yuvarlama testinin pozitif olmasıdır. İliak krest nokta testi pozitif ise; etkilenen spinal sinirin posterior dallarının kutanöz dağılımı ile uyumlu olarak iliak krest seviyesinde basmak ile hastanın yakınmalarına benzer keskin, yanıcı bir ağrı meydana gelir. Deri yuvarlama testinde muayene eden elin başparmak ve ikinci parmakları arasına iliak krest ve gluteal bölgedeki deri ve subkutan doku alınıp yuvarlanır. Hastada hipersensitivite ve deride kalınlaşma görülmesi durumunda test pozitif kabul edilir(1,3).

Tanı lokal anestetik kullanılarak yapılan faset eklem enjeksiyonu ile doğrulanır (1,5,7). Görüntülemeye çoğunlukla semptomları açıklayacak bir patoloji saptanmaz. Çoğunlukla anlamsız dejeneratif değişiklikler saptanır (1,2). Görüntüleme yöntemleri bel ağrısı yapan diğer nedenlerin ekarte edilmesinde yardımcıdır (7). Bizim hastamızda da lomber MRG'da faset eklemlerde minimal dejenerasyon dışında anlamlı bulgu saptanmamıştır.

Tedavide; postüral eğitim, rotasyonel zorlanmalardan kaçınma gibi günlük yaşamın düzenlenmesi, elektroterapi yanı sıra mobilizasyon, lumbopelvik bölge stabilizasyon egzersizleri, faset eklem enjeksiyonundan faydalanılır (2,5,7). Torakolomber bölgedeki disfonksiyon düzeltilindiğinde nöral elemanlar üzerindeki baskı da azalır (2). Joseph D. ve ark., 35 yaşında at binicisi hastaya, lokal anestetik enjeksiyonu planlamışlar. Öncesinde diskografi ve artrografi yaparak L2-L3 diskografi ile torakolomber, kasık ve testiküler ağrı provake olduğundan %0,75'lik 1 cc bupivakain enjeksiyonunu L2-L3 diskine uygulamışlardır. Görsel ağrı skalası puanı 7'den 2'ye düşmüştür. Artrografide ise sağ L2-L3 posterior eklem uygulaması posterior iliak kreste kadar yayılan torakolomber ağrısı provake etmiştir. Sağ L2-L3 eklemine 0,5 cc %0,75 bupivakain enjekte etmişlerdir. Görsel ağrı skala skoru 5'den 1'e düşmüştür. Yirmidokuz yaşındaki diğer hokey oyuncusu atlete ise SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) çekmişler ve sol L1-L2 posterior faset eklemine artmış tutulumu saptamışlardır. Bu eklemde lokal anestetik uygulaması sonrası hastanın şikayetleri gerilemiştir. Enjeksiyon uygulamalarının ardından her iki atlete de torakolomber mekaniği düzelterek egzersizler vermişlerdir (7). Sebastian D ve ark.nın vakasında tedavi mobilizasyon tekniği kullanılarak sağlanmıştı. Tedavi sonunda görsel ağrı skalası puanı 5-7'den 0-1'e düşmüştü. Sebastian D ve ark. oniki seans 4 hafta boyunca haftada 3 kez piriformis ve gluteus maksimus kasına yumuşak mobilizasyon uygulanmıştı. Kademeli olarak da abdomen ve lumbopelvik stabilizasyon egzersizleri uygulanmıştı(2). Bizim vakamız literatür taramamıza göre, fizik tedavi programı uygulanarak tedavi olan tek vaka sunumudur. Tedavi sonunda Görsel Ağrı Skalası puanı 8'den 0'a düştü. Bizim vaka sunumuzda fizik tedavi uygulamaları ile Görsel ağrı

skalası puanında literatürde mobilizasyon-manüplasyon uygulamaları, faset eklem enjeksiyonlarına benzer sonuç elde edilmiştir. Bu durumda fizik tedavi ajanlarının yanı sıra hastanın tedaviye sosyal uyumu, egzersizleri düzenli yapması, tedaviye ve kontrol muayenelerine düzenli gelmesi tedavinin etkinliğini artıran diğer faktörlerdir. Bizim hastamız enjeksiyon işlemi anlatıldıktan sonra kabul etmemiştir. Fakat diğer tedavilerle karşılaştırılacak olursak faset eklem enjeksiyon uygulaması kısa sürede hastayı rahatlatması açısından daha avantajlı diğer yandan öncesinde uygulanan kontrast madde uygulaması gerektiren invaziv işlemler nedeniyle dezavantajlıdır. Literatürde faset eklem blokajının tanıda kullanılması tartışmalıdır. Çünkü %38 yanlış pozitif sonuç verebilir. Faset eklem enjeksiyonundan hemen sonra genellikle hastalar tamamen rahatlar. Bu etki 1-2 ay ile 1-2 yıl arasında sürebilir. Bazı hastalarda ise enjeksiyon uygun yere, uygun yöntemle yapılırsa dahi ağrıda hiç azalma olmayabilir. Bu akut dönemdeki etki lokal anesteziye bağlıdır. Boswell ve ark. kısa dönemde orta düzey etkin olduğunu göstermiştir; enjeksiyonunun uzun vadede etkinliğine dair yeterli kanıt mevcut değildir. Enjeksiyonun uzun vadede etkisinin steroide bağlı olduğu iddia edilse de, Manchikinati ve ark. yaptıkları çift kör, randomize, kontrollü çalışmada patogeneze inflamasyonun rol oynamadığını belirtmiştir. Bu nedenle 1 yıllık etkinlikte lokal anesteziye bağlı eklem veya eklemem arasında fark olmadığını ifade etmişlerdir. Lokal anestezinin etki mekanizması ise tam olarak bilinmemektedir(8). Mobilizasyon uygulamaları ile ilgili literatürde tek bir olgu sunumuna rastlamıştır. Fizik tedavi uygulamalarıyla karşılaştırıldığında tedavi süresi olarak benzerdir. Hangi uygulamanın daha üstün olduğuna dair yorum yapmak literatürde yeterli yayın olmaması nedeniyle zordur. Kesin olan şudur ki hangi uygulama yapılırsa yapılsın daha uzun süreli etkinlik için uygun egzersiz programı eklenmesi şarttır.

Bizim vakamızın en öne çıkan tarafı ise hastanın yıllar içerisinde çeşitli kliniklerde gereksiz bir seri tetkik ve cerrahi uygulamalara maruz kalmasıdır. Psödovisseral ağrı sebepleri ilgili branş hekimlerince de akla ön tanıda getirilmeli ve fiziyatristlere zamanında konsülte edilmelidir.

Sonuç olarak TLGS, birçok klinik tabloyla karışabilecek, ayırıcı tanıda akla getirilmesi gereken, tanısı klinik olarak konulabilen ve tedavisi konservatif yöntemlerle sağlanabilen ağrılı bir sendromdur.

Kaynaklar

1. Maigne R. Low back pain of thoracolumbar origin. Arch Phys Med Rehabil 1980;61:389-95
2. Sebastian D. Thoracolumbar junction syndrome; A Case report. Physioter Theory Pract 2006;22:53-60.
3. Maigne R. Thoracolumbar junction syndrome, a source of diagnostic error. Maitrise Orthopedique [serial online] 1998 1(1):[24screens] . Available from:s URL: http://www.maitriseorthop.com/corpusmaitri/orthopaedic/mo70_maigne_thoracolumbar/index.shtml. Accessed January, 1998.
4. Zylitz Z. Entrapment neuropathies; Review. Adv Pall Med 2010;9:103-08
5. Maigne JY, Guerin R, Surville H. Anatomical study of lateral cutaneous rami of subcostal and iliohypogastric nerves. Surg Radiol Anat 1986;8:251-6.
6. Aly AT, Tanaka Y, Aizawa T, Ozawa H, Kokubun S. Medial superior cluneal nerve entrapment neuropathy in teenagers: A Report of two cases. Thoku J Med 2002;197:229-31.
7. Fortin JD. Thoracolumbar syndrome in athletes. Pain Phsician 2003;6:373-75.
8. Civelek E, Cansever T, Kabataş S, Kircelli A, Yılmaz C, Müslüman M ve ark. Comparison of effectiveness of facet joint injection and radiofrequency denervation in chronic low back pain. Turkish neurosurgery 2012;22: 200-6.