

Episakral Lipoma

Episacral Lipoma

Hatice Rana Erdem¹, Barış Nacı²

¹Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

²S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Episakral lipoma, başlıca sakroiliak bölgede oluşan küçük, hassas subkutan nodüllerdir. Akut ve kronik bel ağrısının önemli ve tedavi edilebilir bir nedeni olduğu gösterilmiştir. Episakral lipoma torakodorsal fasiadaki bir yırtık ve bunu takiben alta uzanan dorsal yağ tabakasının bir kısmının yırtık aracılığı ile herniasyonu sonucu oluşur. Yaygın bir klinik durumdur ve tanınması kolaydır. Ağrılı nodül varlığı ve anestetik solüsyonla enjeksiyon sonrası ağrının kaybolması diyagnostiktir. Subkutan lomber nodüllerin tedavisi ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar yoktur. Episakral lipoma tedavisinde lokal anestetik ve steroid solüsyonu ile nodülün enjeksiyonu etkilidir.

Anahtar sözcükler: Episakral lipoma, bel ağrısı

ABSTRACT

Episacral lipoma is a small, tender subcutaneous nodule occurring mainly over the sacroiliac region. It has been shown to be a significant and treatable cause of acute and chronic low back pain. Episacral lipoma occurs the result of a tear in the thoracodorsal fascia and the subsequent herniation of a portion of the underlying dorsal fat pad through the tear. This clinical entity common, and its recognition is simple. The presence of a painful nodule, with disappearance of pain after injection with anaesthetic solution, is diagnostic. There have been no randomized, controlled trials of the management of subcutaneous lumbar nodules. Injection of the nodule with local anaesthetic and steroid solution is effective in treating the episacral lipoma.

Keywords: Episacral lipoma, low back pain

Yazışma Adresi
Corresponding Author

Barış Nacı

S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği,
Ankara, Türkiye

E-posta: barisnacir@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 11.06.2013

Kabul Tarihi/Accepted: 24.02.2014

Giriş

Episakral lipoma, lumbosakral bölgede lokalize olan, derin subkutanöz yerleşimli, lastik kıvamında, sıklıkla mobil, yuvarlak veya oval şekilli yağ nodülleridir (1-3).

Çeşitli çalışmalar ile episakral lipomanın akut ve kronik bel ağrısının önemli nedenlerinden biri olduğu gösterilmiştir. Genellikle önemsiz bir sağlık sorunu olarak düşünülmeyle birlikte ciddi bel ağrısına ve dizabiliteye yol açabilmektedir. Bel ağrısının sıklıkla gözden kaçan fakat tedavi edilebilir bir nedeni olmasından dolayı bu konunun bilinmesi şüphesiz büyük önem taşımaktadır (1-3).

Sutro 1935'de sakroiliak bölgede subkutanöz yağ nodüllerini tespit etmiş, fakat bu nodüllerin semptomlarla ilişkisini gösterememiştir ve bu nodüllerden koruyucu tampon pedleri olarak söz etmiştir (4). Bu nodüllerin orijinal tanımlaması 1937'de Ries tarafından episakroiliak lipoma şeklinde yapılmıştır. Başlıca sakroiliak bölgede oluşan küçük, hassas, tümör benzeri nodüller olarak tanımlanmıştır. Lipoma terimi palpasyonla benign tümöre benzer bir kitle tespit edilmiş olduğundan dolayı kullanılmış olup bu nodüller gerçek bir lipom olarak kabul edilemez. Copeman ve Ackerman 1944'de bu nodüllere ilk kez kesin anatomik açıklama getirerek lomber fasiyal yağ herniasyonu terimini kullanmışlardır (5). Klinik pratikte Copeman nodülleri olarak isimlendirilen bu nodüller

torakodorsal fasiyadaki bir yırtık sonucu hernie olmuş subfasiyal yağ dokusudur. Daha sonra Herz tarafından Copeman ve Ackerman'ın gözlemleri doğrulanmıştır (1-4). Curtis 1993'de bu nonfibrozitik subkutan nodülleri back mouse olarak isimlendirmiştir. Back Mouse terimi bu patolojinin önemli derecedeki mobilitesini, lastik kıvamını ve zamanla boyutunu değiştirebilme yeteneğini tanımlamaktadır (2).

Günümüze kadar bel ağrısına yol açan patofizyolojik mekanizmaların anlaşılmasına yönelik çabalar başlıca vertebra ve ilişkili dokuların strüktürel patolojisine, nörofizyolojik faktörlere ve motor kontrol bozukluklarına yönlendirilmiş, sırtın fasiyal tabakasını oluşturan konnektif dokuya çok az dikkat edilmiştir. Torakodorsal fasiyadaki yırtık, inflamasyon, fibrozis, yağ infiltrasyonu ve herniasyonu gibi patolojiler sadece sporodik vaka takdimleri şeklinde kalmıştır. Geleneksel anatomik tanımlamaya göre superfasiyal fasiya, boyundan gluteal bölgeye kadar uzanan deri ve subkutanöz yağ altında uzanan gevşek konnektif dokudan oluşur. Torakodorsal fasiya ise gövdenin hem torasik hem lomber bölgesinde uzanan erektör spina kompleksini örten zengin innervasyona sahip yoğun konnektif dokudan oluşmuş derin fasiyadır. Ultrason ile konnektif dokunun değerlendirildiği bir çalışmada kronik ve tekrarlayan bel ağrısı olan bir grup hastada anormal konnektif doku rapor edilmiş ve konnektif doku tabakalarının artmış kalınlık veya disorganizasyonunun bel ağrısı patofizyolojisinde önemli olabileceği ifade edilmiştir (6). Episakral lipomalar, torakodorsal fasiyadaki bir yırtık (disorganize konnektif doku) sonucu subfasiyal dorsal yağ pedlerinin bir bölümünün yırtık yerinden herniasyonuna bağlı oluşmaktadır.

Copeman ve Ackerman'ın anatomi çalışmalarında subfasiyal yağın lomber ve lumbosakral bölgedeki yerleşimleri ve yağ herniasyonlarının en sık görüldüğü bölgeler haritalanmıştır. Fasiyanın uniform kalınlıkta olmadığı ve fasiyanın zayıf olduğu bölgelerde subfasiyal yağ dokusunun çıkıntı oluşturduğu, bazen de bu durumun tam herniasyonla sonuçlandığı rapor edilmiştir (7).

Yağ herniasyonları sıklıkla iliak krestin hemen üzerinde sakrospinal kasın kenarı boyunca, sakroiliak bölgede ise spina iliaka posterior superiorun yakınında oluşur. Bu bölgelerde travmaya bağlı anormal gerilim sonucu veya fasiyanın kalıtsal zayıflığı ve kutanöz sinirlere ait nörovasküler foraminalar aracılığı ile subfasiyal yağ pedleri yüzeysel ve derin fasiya arasına hernie olur. Hernie olan yağ dokusu sıkışır ve inflame olur. Lipom üzerine basınç uygulanarak yağ dokusu geri itilemez. Sakroiliak eklem disfonksiyonu, pelvik zayıflık veya vertebral subluksasyon mevcudiyeti biyomekaniği değiştirerek fasiyaya daha fazla gerilim yükler ve herniasyon predispozisyonunu artırır (3). Öken ve arkadaşları

Copeman nodülü bulunan bel ağrılı hastalarda lomber lordozun azaldığını bildirmişler ve lomber biyomekaniğin değişmiş olduğuna dikkati çekmişlerdir (8).

Copeman ve Ackerman 3 temel tip herniasyon tanımlamıştır. 1) Pedinküllü (saplı), 2) Pedinkülsüz (sapsız), 3) Foraminal tip

Saplı herniasyonlar boğulmuş polip görünümündedir ve fibröz bir sapla birleşmiştir. Sapsız herniasyonlar sıklıkla iliak krest boyunca çıkıntı yapmış, gergin, şişmiş nodüller olarak gözlenir. Foraminal herniasyonlar ise ilk 3 lomber sinirin posterior ramusunun kutanöz dalının geçtiği nörovasküler foraminadan yağ herniasyonu sonucu oluşur. Sapsız herniasyon en sık görülen tipdir. Patolojik çalışmalar bu herniasyonların fibröz septalarla bölünmüş adipöz dokudan oluştuğunu, fibröz kapsül, kan damarları ve bazı sinir liflerini içerdiğini gösterir. Yağ dokusu ve kollajenöz doku bazen ödematöz ve hiperemik olabilir. Hem fokal hem diffuz olarak başlıca lenfositler olmak üzere eksüdatif hücrelerle infiltre olur (3,9).

Romatoloji pratiğinde görülen hastaların yaklaşık %25'inde bu nodüllerin tespit edilmesi yaygın prevalansı göstermektedir (10). Copeman ve Ackerman bu nodüllerin toplumun %10'unda bulunduğunu ifade ederken Singewald %16'sında mevcut olduğunu ve bu bireylerin de sadece %10'unun semptomatik olduğunu ifade etmiştir (9). Bu nedenle episakral lipomanın genel popülasyonda yaygın bir bulgu olduğu ve sıklıkla asemptomatik olduğu söylenebilir. Semptomların başlamasında travmanın rolü önemlidir. Yük kaldırma, ani travma veya uzamış yatak istirahati gibi bazı olaylar sonrası yağ lobülünün distansiyonu yeterli seviyeye ulaşırsa yağın kanlanması bozulabilir, ödem ve bazen hemoraji gelişir. Bu olaylar semptomları başlatır. Episakral lipomada ağrı mekanizması tümüyle anlaşılmış değildir. Hernie yağ lobülleri sapının strangülasyonu bel ağrısının nedeni olabilir. Yağ herniasyonunun esnek olmayan sert fibröz kapsül içinde genişlemesi fibröz kapsülün gerilmesine yol açarak ağrı oluşturabilir. Curtis'e göre ağrının nedeni intranodüler basıncın artmasıdır (1,2,11).

Episakral lipoma her iki cinsten de görülebilmekle birlikte kadınlarda özellikle orta derecede obez kadınlarda yaklaşık 3 misli daha sık görülür. Hastalar 25-65 yaş aralığındadır. Nodüller tek veya çok sayıda, genellikle 1-3 santimetre boyutlarındadır. Çoğunlukla unilateral bazen bilateral yerleşimli olabilir (2,12).

Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı

Hastalar genellikle şiddetli ve bir tarafta daha belirgin olan bel ağrısı şikayeti ile hekime başvururlar. Sıklıkla kalça ve bacağa yayılan ağrı da mevcuttur. Tipik öyküde bel ağrısını başlatan bir travma vardır ve

semptomlar uzun süredir devam etmektedir. Bazen yıllarca süren tekrarlayan ağrı atakları olabilir. Episakral lipomali hastalar genellikle pek çok uzman tarafından görülmüş, çeşitli muayene ve diagnostik testlere tabi tutulmuş hastalardır. Eşlik eden başka bir hastalık yok ise tetkiklerin tümü negatif sonuç verir. Hastalar geleneksel medikasyon ve fizyoterapiden fayda görmez. Bir çok hastaya başarısızlıkla sonuçlanan lokal infiltrasyon ve epidural enjeksiyon uygulanmıştır. Ağrı aktivite, uzamış oturma ve omurganın öne fleksiyonu ile artar. Ağrının şiddetine bağlı lomber hareket kısıtlanır, paravertebral adele spazmı olabilir. Omurganın spesifik bir strüktürel anomalisi yoktur. Sinir kökü germe testleri eşlik eden bir disk lezyonu olmadıkça negatiftir. Nörolojik muayene normaldir. Öksürme ve gerilme ağrısı artırmaz. Ağrının etkilenen tarafta kalça ve bacağa refere olması tipiktir. Episakral lipomadan kaynaklanan refere ağrı, segmental-dermatomal yayılım yerine diğer muskuloskeletal yapılardan kaynaklanan refere ağrılar gibi sklerotomal yayılım gösterir (9,11). Trokanterik ağrı sendromu, abdominal ağrı gibi farklı refere ağrı paternlerine yol açan ve tanıda karışıklığa neden olan episakral lipoma olguları da bildirilmiştir (11,13).

Üst 3 sakral sinirin dorsal ramileri orta kluneal siniri oluşturmaktadır. Sakroiliak bölgede oluşan episakral lipomalar orta kluneal siniri sıkıştırarak pudental nöropatiye benzer bacak ve ayak ağrısını da içeren şikayetlere yol açabilir. Orta kluneal nöropatiyi değerlendirmek için sakroiliak eklemde medialinde S1,2, 3 üzerine basınç uygulanır (14).

Tanıda temel bulgu sakroiliak bölgede palpe edilen küçük, hassas nodüllerdir. Bu nodüller kısmen hareketli ve basınca karşı duyarlıdır. Nodüllerin tesbiti için en iyi yöntem meme muayenesinde olduğu gibi parmakların düz yüzeyi ile kuvvetli basınç uygulayarak yapılan palpasyondur. Nodüllere kompresyon hem lokal ağrıya yol açar, hem de siyatik sinirde herhangi bir gerilme veya lomber faset ve sakroiliak eklemde herhangi bir hareket olmaksızın siyatik veya radiküler tipte ağrıya neden olur veya artırabilir (Pozitif kapı zili bulgusu) (12). Eğer yağ nodülüne küçük bir miktar lokal anestezi (LA) enjekte edilirse birkaç dakika içinde lokal ağrı, hassasiyet ve refere ağrı kaybolur, bel hareketleri artar. Hastanın semptomlarındaki geçici iyileşme pozitif test kabul edilir ve bu durum diyagnostiktir (15).

Episakral lipomanın lokalize olduğu posterior iliak krest ile sakrumun proksimal bölgeleri aynı zamanda lumbosakral strain, lomber spondiloz ve disk hastalıklarına ait refere ağrı bölgeleridir. Bu nedenle episakral lipomanın diğer bel ağrısı nedenleri ile birlikte bulunabileceği akılda tutulmalıdır. Hafif disk lezyonu bulunan kişilerde episakral lipomanın mevcudiyeti önemli derecede ağrıya yol açabilir. Bu hastalara şiddetli ağrı nedeni ile gereksiz disk

cerrahisi uygulandığı ve cerrahiden sonra ağrı şikayetinin geçmediği rapor edilmiştir (3,13).

Birinci, 2. ve 3. lomber sinirlerin dorsal ramusu üst kluneal sinirleri oluşturur. Bu sinirler posterior iliak krestin ve yukarı gluteal bölgenin duysal innervasyonunu sağlar. Üst kluneal sinirin medial dalı orta hattın 7-8 santimetre lateralinde torakolomber fasiya ve iliak krest arasındaki fibroosöz tünelden geçerken basıya uğrayabilir ve episakral lipomaya benzer şikayetlere yol açabilir (16-19).

Episakral lipomalar, lokalizasyonları benzer olsa da Travell tarafından tanımlanan tetik noktalardan ayrılmalıdır (3). Episakral lipomada kastaki gergin bant yerine sınırları belirli bir nodül söz konusudur. Nodüle kompresyon tetik noktadaki benzer şekilde sklerotomal özellikte refere ağrıya yol açar. Ağrılı küçük nodüller ise gerilim altındaki hernie olmamış yağ lobüllerine ait olabilir (15).

Benzer anatomik lokalizasyonlarda görülen diğer nodüller, lipomlar (daha yüzeysel, palpasyonla daha yumuşak) ve sebace kistler (daha yüzeysel ve sirküler)dir (11).

Tedavi

Tedavi ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar mevcut değildir. Bununla birlikte episakral lipoma tedavisi sıcak uygulama, masaj, elektrik stimülasyonu, manipulasyon, kuru iğneleme, lokal anestezi-steroid enjeksiyonları gibi uygulamaları içerir (1-3,12). Bu tedavilerin yetersiz olduğu durumlarda cerrahi tedavi gereklidir. Sıcak uygulama, kanlanmayı artırarak yağ lobüllerindeki konjesyon, ödem ve gerilimi azaltır. Masaj ödemi azaltır, hatta basınç oluşturan fibröz dokuyu parçalayabilir. Kuru iğneleme teknikleri fibröz kapsülde gerilimi azaltarak etkili olur. Multipl delme tekniği ile ağrıda hızlı azalma sağlanırken tek delme ile sadece hafif bir rahatlama sağlanır. Bu da ağrının artmış intranodüler basınca bağlı olduğunu doğrular. Enjeksiyon esasında kullanılan LA'nın yararlı etkisi substans P gibi iritatan kimyasalların bölgeden temizlenmesine, lokal vazodilatasyon ile metabolitlerin uzaklaştırılmasına ve nöral feedback mekanizmanın kesilmesine bağlanabilir (11). Steroidin de analjezik ve antiinflamatuvar etkileri enjeksiyon tedavisinin etkinliğini artırır. Enjeksiyon tedavisi uygulanmış bir grup hastanın uzun dönem izlem çalışması enjeksiyona bağlı iyileşmenin %89 oranında sürdüğünü göstermiştir (20). Şekil 1'de episakral lipoma lokalizasyonunun belirlenmesi ve enjeksiyon tedavisinin uygulanışını göstermektedir. Enjeksiyon sırasında hasta pron pozisyonda uzanır. Pelvis altına küçük bir yastık yerleştirilir. Palpasyonla episakral lipomalar lokalize edilerek yeri cilt kalemi ile işaretlenir. Hastanın cildi temizlenir. Nodül 2 parmakla stabilize edilerek sıklıkla yeşil uçlu (21G çap 38-40mm uzunluk)



Şekil 1. Enjeksiyon tekniğinin uygulanışı.

iğne ile cilt ve cilt altı doku hızlıca geçilir. Nodül içine girilerek nodülün penetrasyonu sağlanır. İğne cilt altında tutulacak şekilde hafifçe geri çekilir ve nodül 4-10 farklı yerinden ardı sıra delinerek LA+Steroid karışımı nodül içine infiltre edilir. İğnenin geri çekilmesinden sonra 30 sn. basınç uygulanır.

Enjeksiyon tedavisine yanıt vermeyen ve dizabiliteye yol açan şiddetli vakalarda yağ nodülünün cerrahi eksizyonu ve fasiya tamirine başvurulur. Cerrahi sonuçları başarılıdır. Copeman ve Ackerman çalışmalarında klinik demostrasyon amacıyla nodülleri eksize etmişler ve vakaların çoğunda cerrahinin gerekli olmadığını bildirmişlerdir (5,15).

Sonuç

Episakral lipoma oldukça yaygın bir problemdir. Sıklıkla disk lezyonuna benzer semptomlara yol açar. Bel ağrılarının tedavi edilebilen bir nedeni olup akut ve kronik bel ağrısının ayırıcı tanısında mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Bond D. Chiropractic Treatment of the Back Mouse. Dynamic Chiropractic 2004, 22 (20), Available from: URL: <http://www.dynamicchiropractic.com/mpacms/dc/article.php?id=46427>.
2. Curtis P. In search of the 'back mouse'. Treatable cause of low back pain. J Fam Pract 1993;36(6):657-9.
3. Bond D. Low back pain and episacral lipomas. Dynamic Chiropractic 2000;18(19):48-49.
4. Herz R. Herniation of Subfascial Fat as a Cause of Low Back Pain Report of Thirty-Seven Cases Treated Surgically Ann Rheum Dis 1946; 5(6): 201-203.
5. Copeman WSC, Ackerman WL: "Fibrositis" of the back. Q J Med 1944; 13: 37-51.
6. Langevin HM, Stevens-Tuttle D, Fox JR, Badger GJ, Bouffard NA, Krag MH, Wu J, Henry SM. Ultrasound evidence of altered lumbar connective tissue structure in human subjects with chronic low back pain. BMC Musculoskeletal Disord 2009;3;10:151.
7. Herz R. Subfascial Fat Herniation as a Cause of Low Back Pain Differential Diagnosis and Incidence in 302 Cases of Backache Ann Rheum Dis 1952; 11(1): 30-35.
8. Öken Ö, Köybaşı M, Tunçbilek I, Ayhan F, Yorgancıoğlu R. Bel Ağrılı Hastalarda Copeman Nodüllerinin Lomber Bölge Biyomekaniği ve Lomber Diskopati ile İlişkisi. Turk J Phys Med Rehab 2010;56:18-20.
9. Singewald ML. Another cause of low back pain: lipomata in the sacroiliac region. Trans Am Clin Climatol Assoc 1966; 77: 73-79.
10. Swezey RL. Non-fibrositic lumbar subcutaneous nodules: prevalence and clinical significance. Br J Rheumatol 1991;30(5):376-8.
11. Curtis P, Gibbons G, Price J. Fibro-Fatty Nodules and Low Back Pain The Back Mouse Masquerade J Fam Pract 2000; 49:345-348.
12. Bond DW. The Problem With The Back Mouse. Diagnosing and Dealing with Episacroiliac Lipoma. www.massagetherapy.com/articles/index.php/article_id/602 -
13. Erdem HR, Nacır B, Özeri Z, Karagöz A. Episacral lipoma: a treatable cause of low back pain. Agri. 2013;25(2):83-6.
14. Antolak Jr SJ. Pudendal neuralgia. Genitourinary Pain and Inflammation: Diagnosis and Management. Ed: Potts JM, USA, Humana Pres 2008:39-57.,

15. Hench PS. Discussion of the Paper by Ralph Herz. Herniation of Subfascial Fat as a Cause of Low Back Pain Ann Rheum Dis. 1946 December; 5(6): 204–205.
16. Joseph D. Kurnik Iliac Nodular Disorder, Thoracolumbar Syndrome and Associated Topics <http://www.chiroweb.com/mpacms/dc/article.php?id=9253>.
17. Tubbs RS, Levin MR, Loukas M, Potts EA, Cohen-Gadol AA. Anatomy and landmarks for the superior and middle cluneal nerves: application to posterior iliac harvest and entrapment syndromes. J Neurosurg Spine 2010;13:356-9.
18. Warren Hammer. Superior Cluneal Nerve Entrapment- -An Overlooked Cause of Low Back Pain. <http://www.dynamicchiropractic.com/mpacms/dc/article.php?id=37220>
19. Speed S, Sims K, Weinrauch P. Entrapment of the Medial Branch of the Superior Cluneal Nerve a Previously Unrecognized Cause of Lower Back Pain in Cricket Fast Bowlers J Med Cases 2011;2(3):101-3.
20. Motyka TM, Howes BR, Gwyther R, Curtis P. Treatment of low back pain caused by “back mice”: a case series. J Clin Rheumatol 2000;6(3):136-41.