

OLGU SUNUMU - CASE REPORT

PRİFORMİS SENDROMU TEDAVİSİNDE TETİK NOKTA ENJEKSİYONU

TRIGGER POINT INJECTION IN THE MANAGEMENT OF PRIFORMIS SYNDROME

Burhanettin USTA, Muhammet GÖZDEMİR, Bünyamin MUSLU, Hüseyin SERT, Rüveyda İrem DEMİRCİOĞLU, Ahmet KAYA

Fatih Üniversitesi Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon AD., Ankara
Fatih University, Department of Anesthesiology and Reanimation, Ankara, Turkey.

2008 yılı Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kongresi' nde poster olarak sunulmuştur

ÖZET

Piriformis kası sakrumun lateral kenarından kaynaklanan siyatik çentik üzerinden trokanter majore doğru uzanan üçgen şeklinde bir kاست. Siyatik sinirin bu kas altındaki siyatik çıkıntıyı geçerken nadiren hasarlanması ile gelişen klinik tablo piriformis sendromu olarak adlandırılır. Bu kas içinde gelişen tetik noktaları psödotiyataljiye neden olabilir. Bu olgu sunusunda, lumbal diskopati semptomları altında gizlenmiş piriformis sendromuna ve onun tetik nokta enjeksiyonu ile başarılı tedavisine dikkat çekmeyi amaçladık.

ANAHTAR KELİMELELER: Piriformis Kası Sendromu; Tetik Nokta, Myofasiyal; Miyofasiyal Ağrı; Siyatik

SUMMARY

The piriformis muscle originates in the lateral margin of the sacrum and passes through the greater sciatic notch to attach to the greater trochanter. The sciatic nerve is rarely damaged at the sciatic notch as it passes through the greater sciatic notch below the piriformis muscle, which is called as piriformis syndrome. Trigger points are mechanical overloads of the piriformis muscle to refer pain as a pseudosciatica pattern in our case. Here we aimed to attract the attention of the clinicians for piriformis syndrome hidden under the symptoms of the lumbar discopathy and successful intervention with trigger point injection.

KEY WORDS: Piriformis Muscle Syndrome; Trigger Point, Myofascial; Myofascial Pain; Sciatica

GİRİŞ

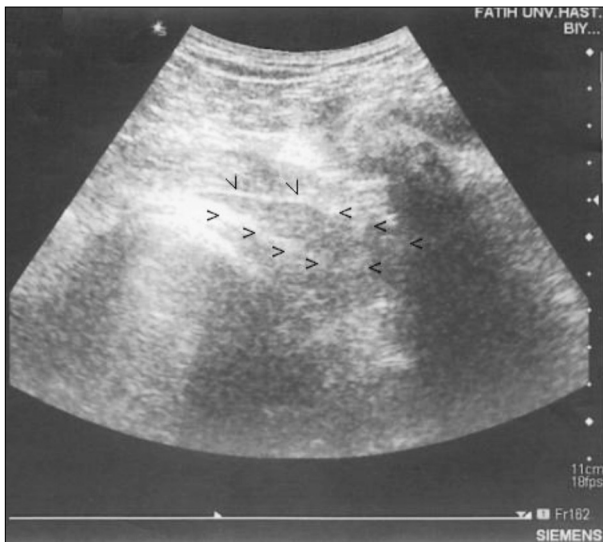
Piriformis sendromu, siyatik sinirin pelvis çıkışında piriformis kası tarafından tuzaklanması ile oluşan klinik bir tablodur (1). Kalçada hassasiyet, bacak ağrısının kalçanın iç rotasyonu ile artması, palpasyonla siyatik ağrısının ortaya çıkması, bu klinik sendromun temel özellikleridir. Genellikle pelvis veya kalçaya travma, pelvik cerrahi, kitle lezyonları, gluteal bölgeye kanama, intramusküler enjeksiyon sonrası, fibröz bantlardan oluşan tetik noktaları ve piriformis kası anomalileri nedeniyle oluşur. Hastalar genellikle, sensoriyel dağılım alanında ağrıdan yakınır. Sinirin seyri boyunca özellikle paravertebral alanda veya kalçada hassasiyet vardır. Bacak germe testinde (Laseque) olduğu gibi, siyatik sinirin gerilmesi ağrıyı belirginleştirir (1- 4). Piriformis sendromu tedavisinde analjezik, anti-enflamatuar ve kas gevşetici ilaçlar kombine edilerek uzun süreli fizik tedavi proto-

kolleri uygulanabilir. Bu klasik tedaviye cevap vermeyen olgularda tetik noktaya, siyatik sinir çevresine lokal anestezi, steroid veya botulismus toksini enjeksiyonu yapılmaktadır (5). Bunun yanında; piriformis kasının anatomik varyasyonları söz konusu ise cerrahi girişimler de düşünülebilir (6-7). Biz uzun süre lumbal diskopati nedeni ile tedavi gören bir piriformis sendromu olgusunu ve tetik nokta enjeksiyonu ile tedavisini sunmak istedik.

OLGU SUNUMU

Altmış dört yaşında bayan hasta 30 yıldır devam eden, belinden başlayıp sol ayak bileğine kadar uzanan, oturmakla ve hareketle artan, ayağa kalkmakla azalan, künt vasıfta çok şiddetli ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastaya lumbal disk hernisi tanısı ile değişik zamanlarda medikal ve fizik tedavi uygulanmış. Hastanın şikâyetlerinin geçmemesi üzerine psikosomatik olabile-

ceği düşünülerek antidepresan ilaçlar başlanmış ancak bu tedavilerden fayda görmemiş. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında sistemik hastalığı, pelvis bölgesiyle ilgili travma ya da ameliyat öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde yüzüstü pozisyonda L4 ve L5 spinöz çıkıntılarında ve faset eklemlerde palpasyonla hassasiyet saptandı. Sol gluteal bölgede, piriformis kası trasesi üzerinde bir nokta palpe edildiğinde ağrıda belirgin artış saptandı ve bu ağrının piriformis kası üzerindeki tetik noktaya bağlı olabileceği düşünüldü. Laseque testi pozitif bulundu. Kalçanın 90 derece fleksiyonunda, iç rotasyonunda ve abduksiyonunda da ağrı artıyordu. Alt ekstremitenin refleksi, duyu ve kuvvet muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Doppler ultrasonografi uygulamasında vasküler patoloji tespit edilmedi. İmmünolojik ve biyokimyasal testleri normal sınırlarda idi. Lumbal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde; lumbal bölge disklerinde T2 sekanslarında diffüz dejenerasyon, L4-L5 ve L5-S1 disk mesafelerinde nöral foramenlerin inferiorunda bilateral daralma tespit edildi, ancak nöral kök basısı görülmedi. Nöral kök basısı olmaması ve fizik muayene bulgularının tipik olması nedeni ile hastaya piriformis sendromu tanısı konuldu. Piriformis kası üzerindeki tetik noktaya ve siyatik sinir etrafına lokal anestetik ve steroid kombinasyonu enjeksiyonu ile tedavi edilmesine karar verildi. Girişimsel radyoloji ünitesinde sol gluteal bölge yukarıda olacak şekilde Sims (yan yatıp alttaki bacağı uzatıp üstteki bacağı karnına çekerek yarı yüzükoyun) pozisyonu verilerek standart steril şartlar sağlandıktan sonra ultrasonografi ve nöral stimülasyon (Stimuplex HNS 12, Braun, Almanya) rehberliği ile piriformis kasının ve siyatik sinirin yeri tespit edildi (Resim 1).



Resim 1: Enjeksiyon bölgesi ve piriformis kasının ultrasonografi görüntüsü
(Açıklama: Resimde işaretli bölge piriformis kasını göstermektedir.)

22 gauge 10 cm'lik nöral stimülasyon iğnesi (1 stimuplex D, Braun, Japonya) ile girildi ve piriformis kas trasesi üzerindeki tetik noktaya 20 ml %1 lidokain (Aritmal® %2 Biosel, İstanbul) ve 20 mg triamsinolon (Sinoretik-A® İbrahim Ethem, İstanbul) karışımından 5 ml ve tetik nokta etrafına da geri kalan 15 ml enjekte edildi. Enjeksiyondan 10 dakika sonra hasta ağrısının hafiflediğini belirtti. Görsel ağrı skalası (VAS) kullanılarak yapılan değerlendirmede ağrı şiddetini enjeksiyondan önce 7 olarak tanımlayan hasta 7 gün sonraki kontrolde şikâyetinin büyük ölçüde geçtiğini ve ağrı şiddetinin VAS değerlendirmesine göre 2 olduğunu ifade etti. Enjeksiyonun tekrarlanmasının gerekebileceği anlatıldı ve piriformis kası germe egzersizleri yaptırılması için Fizik Tedavi kliniğine yönlendirildi. Hastaya yaklaşık bir ay sonra aynı teknik ile tetik nokta enjeksiyonu tekrar uygulandı. İkinci enjeksiyondan 6 ay sonra yapılan kontrolünde şikâyetlerinin tekrarlamadığı gözlemlendi.

TARTIŞMA

İlk olarak 1928 yılında Yeoman tarafından lokalizasyonunun siyatik sinir ve sakroiliak ekleme yakın olması nedeni ile piriformis kasının siyatik sinir'e neden olabileceği bildirilmiştir (8). 1947 yılında da Robinson tarafından piriformis sendromu olarak isimlendirilmiş ve 6 tanı kriteri belirlenmiştir (9) (Tablo 1). Piriformis sendromuna nadir rastlanmakla birlikte lumbosakral bölge ve kalça ağrısı birlikte olan hastaların % 8 inde piriformis kası üzerindeki tetik noktaları ağrının asıl nedenidir (4,6,7,10) ve bizim vakamızda olduğu gibi psödosiyatalji oluşturur. Bu nedenle piriformis sendromu siyatik ağrısına neden olabilen diğer patolojilerle beraber değerlendirilmelidir. Ayırıcı tanı semptomları çok benzer olduğu için özellikle lumbal vertebral diskopatiler ile yapılmalıdır (2-7,10-11). Tanıda asıl olan anamnez ve fizik muayenedir (3-9). Uzun oturuşlarda artan ağrı, kalçada lokal hassasiyet, piriformis kası trasesinde fibrozit palpasyonu, kalçanın internal rotasyon ve adduksiyon hareketlerine zorlanması durumunda ağrının alevlenmesi (Frieberg testi) belli başlı bulgularıdır. Ayrıca hastanın oturtulup dirence karşı adduksiyon ve iç rotasyon yaptırılması (FAIR test) da

Tablo 1: Piriformis sendromu tanı kriterleri (8)

1	Sakroiliak ve gluteal bölgeye travma hikayesi
2	Sakroiliak eklem, siyatik sinir trasesi ve piriformis kasında ağrı ve yürümede zorluk
3	Durdurucu vasıfta ağrı veya gerilme ve bazen de lumbal spinal traksiyon
4	Anatomik olarak piriformis kası trasesinde palpe edilebilir çıkıntı veya sosis benzeri kitle
5	Pozitif Laseque testi
6	Gluteal atrofi

ağrıyı arttırır (5). Yüzüstü pozisyonda yapılacak dinamik MR ile siyatik sinirin tuzaklandığı gösterilebilir (3,5). Ayrıca EMG, ultrasonografi ve sinir stimülasyonu çalışmaları da tanıda yardımcı olabilir. Genellikle bir travmaya sekonder gelişebildiği gibi, kasın hipertrofisine veya inflamasyonuna, protez ameliyatına ve kırıklara bağlı olabilir (10-13). Bizim olgumuzda bilinen bir travma öyküsü yoktu. Ancak priformis kası üzerindeki tetik nokta saptanması ve olgunun fizik muayene bulguları bizi priformis sendromu tanısına götürmüş, tanı ultrasonografi ile priformis kasında kalınlaşma tespit edilerek tetik nokta enjeksiyonu ile de doğrulanmıştır. Priformis sendromunun tedavisinde tespit edilen nedenin ortadan kaldırılması esastır. Ayrıca analjezik, anti-enflamatuar ajanlar ve fizik tedavi seçenekleri mevcuttur. Cerrahi tedavi; priformis kası anomalileri söz konusu olduğunda doğru bir tercih olmakla birlikte (7) postoperatif skar oluşumu nedeniyle her olgu için iyi bir seçenek olarak gözükmemektedir (10). Tetik nokta basısı nedeniyle oluşan priformis sendromu vakalarında lokal anestezi, steroid, klonidin veya botulismus toksini B fraksiyonu uygulanabilmektedir. Yapılan çalışmalar sadece lokal anestezi enjeksiyonuna oranla steroid veya klonidin eklenmesinin daha etkin olduğunu göstermektedir (14-15). Botulismus toksini B fraksiyonu enjeksiyonu ile yapılan bir çalışmada ise % 90 etkin olarak bulunmuş ancak bu çalışma lokal anestezi veya başka bir ajan ile kontrollü olarak planlanmamıştır (16). Bizim olgumuzda daha kısa etkili olduğu için botulismus toksini yerine lokal anestezi ve steroid kombinasyonu enjeksiyonu tercih edilmiş ve tedavimiz başarılı olmuştur. Tetik nokta enjeksiyonu konvansiyonel olarak floroskopi eşliğinde yapılabilmekle birlikte (11) bizim olgumuzda hem tanıyı kesinleştirmek amacı ile hem de enjeksiyon yeri tespiti için nörostimülatör ile birlikte ultrasonografi rehberliği tercih edilmiştir.

Sonuç olarak; priformis sendromu nadir görülmesi ve başka hastalıklarla benzer klinik tablo oluşturması nedeniyle kolaylıkla atlanabilir. Bizim vakamızda da bel fıtığı bulguları altında gizlenmiş ve gözden kaçırılmıştır. Tedaviye dirençli lumbosakral ve kalça ağrısı olan hastalarda priformis sendromu olabileceği ve tetik nokta enjeksiyonu ile tedavi edilebileceği akılda tutulmalıdır.

Yazışma Adresi (Correspondence):

Dr. Hüseyin Sert

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon A.D

Alparslan Türkeş Cad No: 57, 06510

Bestepe Yenimahalle ANKARA

e-posta (e-mail): drhuseyinsert@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Boyajian-O'Neill LA, McClain RL, Coleman MK, Thomas PP. Diagnosis and management of priformis syndrome: an osteopathic approach. J Am Osteopath Assoc. 2008 Nov; 108(11): 657- 64.
2. Broadhurst NA, Simmons DN, Bond MJ. Priformis syndrome: Correlation of muscle morphology with symptoms and signs. Arch Phys Med Rehabil. 2004 Dec; 85(12): 2036- 9.
3. Guvencer M, Akyer P, Iyem C, Tetik S, Naderi S. Anatomic considerations and the relationship between the priformis muscle and the sciatic nerve. Surg Radiol Anat. 2008 Aug; 30(6): 467- 74.
4. Windisch G, Braun EM, Anderhuber F. Priformis muscle: clinical anatomy and consideration of the priformis syndrome. Surg Radiol Anat. 2007 Feb; 29(1): 37- 45.
5. Hulbert A, Deyleb GD. Differential diagnosis and conservative treatment for piriformis syndrome: a review of the literature. Curr Orthop Pract. 2009 Jun; 20(3): 313- 9.
6. Benzon HT, Katz JA, Benzon HA, Iqbal MS. Priformis syndrome: anatomic considerations, a new injection technique, and a review of the literature. Anesthesiology. 2003 Jun; 98(6): 1442- 8.
7. Kosukegawa I, Yoshimoto M, Isogai S, Nonaka S, Yamashita T. Priformis syndrome resulting from a rare anatomic variation. Spine (Phila Pa 1976). 2006 Aug; 31(18): E664-6.
8. Yeoman W. The relation of arthritis of the sacro-iliac joint to sciatica, with an analysis of 100 cases. Lancet. 1928 Dec; 212 (5492): 1119- 1123.
9. Robinson DR. Piriformis syndrome in relation to sciatic pain. Am J Surg. 1947 Mar; 73(3): 355-8.
10. Kobbe P, Zelle BA, Gruen GS. Case report : recurrent priformis syndrome after surgical release. Clin Orthop Relat Res. 2008 Jul; 466(7): 1745-8
11. Gonzalez P, Pepper M, Sullivan W, Akuthota V. Confirmation of needle placement within the priformis muscle of a cadaveric specimen using anatomic landmarks and fluoroscopic guidance. Pain Physician. 2008 May-Jun; 11(3): 327- 33.
12. Hughes MS, Burd TA, Allen WC. Post-traumatic catamenial sciatica. Orthopedics. 2008 Apr; 31(4): 400.
13. Benson ER, Schutzer SF. Posttraumatic priformis syndrome: diagnosis and results of operative treatment. J Bone Joint Surg Am. 1999 Jul; 81(7): 941- 9.
14. Naja Z, Al-Tannir M, El-Rajab M et al. The effectiveness of clonidine-bupivacaine repeated nevre stimulator-guided injection in priformis syndrome. Clin J Pain. 2009 Mar-Apr; 25(3): 199-205.
15. Hanania M, Kitain E. Perisciatic injection of steroid for the treatment of sciatica due to priformis syndrome. Reg Anesth Pain Med. 1998 Mar-Apr; 23(2): 223- 8
16. Lang AM. Botulinum toxin type B in priformis syndrome. Am J Phys Med Rehabil. 2004 Mar; 83(3): 198-202.