



Episakral lipoma: Bel ağrısının tedavi edilebilir bir nedeni

Episacral lipoma: a treatable cause of low back pain

Hatice Rana ERDEM, Barış NACIR, Zuhâl ÖZERİ, Aynur KARAGÖZ



Özet

Episakral lipoma, başlıca posteriyor iliak krest bölgesinde oluşan küçük, hassas subkutan nodüllerdir. Akut ve kronik bel ağrısının önemli ve tedavi edilebilir bir nedeni olduğu gösterilmiştir. Episakral lipoma torakodorsal fasyadaki bir yırtık ve bunu takiben alta uzanan dorsal yağ tabakasının bir kısmının yırtık aracılığı ile fıtıklaşması sonucu oluşur. Yaygın bir klinik durumdur ve tanınması kolaydır. Ağrılı nodül varlığı ve anesteziik solüsyonla enjeksiyon sonrası ağrının kaybolması diyagnostiktir. İlaçla tedavi ve fizik tedavi faydalı olmayabilir. Episakral lipoma tedavisinde lokal anesteziik (LA) ve steroid solüsyonu ile nodülün enjeksiyonu etkilidir. Burada posteriyor iliak krest üzerinde ağrılı nodülü olan iki hasta tanımladık. Birinci hasta sol alt ekstremitede yayılan şiddetli bel ağrısından yakınıyordu ve takiben disk ameliyatı geçirmişti. Diğeri ise büyük trokanterik ağrı sendromu olarak tedavi edilmişti. Her iki hastada görülen semptomlar LA ve steroid enjeksiyonu ile hafifledi. Episakral lipoma akut ve kronik bel ağrısının tanı ve ayırıcı tanısında daha sık akla getirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Bel ağrısı; enjeksiyon terapi; episakral lipoma.

Summary

Episacral lipoma is a small, tender subcutaneous nodule primarily occurring over the posterior iliac crest. Episacral lipoma is a significant and treatable cause of acute and chronic low back pain. Episacral lipoma occurs as a result of tears in the thoracodorsal fascia and subsequent herniation of a portion of the underlying dorsal fat pad through the tear. This clinical entity is common, and recognition is simple. The presence of a painful nodule with disappearance of pain after injection with anaesthetic, is diagnostic. Medication and physical therapy may not be effective. Local injection of the nodule with a solution of anaesthetic and steroid is effective in treating the episacral lipoma. Here we describe 2 patients with painful nodules over the posterior iliac crest. One patient complained of severe lower back pain radiating to the left lower extremity and this patient subsequently underwent disc operation. The other patient had been treated for greater trochanteric pain syndrome. In both patients, symptoms appeared to be relieved by local injection of anaesthetic and steroid. Episacral lipoma should be considered during diagnostic workup and in differential diagnosis of acute and chronic low back pain.

Key words: Low back pain; injection therapy; episacral lipoma.

Giriş

Bel ağrısına yol açan patofizyolojik mekanizmaların anlaşılmasına yönelik çalışmalarda sırtın fasiyal tabakasını oluşturan konnektif dokuya çok az dikkat edilmiş, torakodorsal fasyadaki yırtık, enflamasyon, fibrozis, yağ infiltrasyonu ve fıtıklaşması gibi patolojiler sadece sporadik olgu sunumları şeklinde kalmıştır.^[1]

Episakral lipoma, torakodorsal fasyadaki bir yırtık sonucu fıtıklaşmış subfasiyal yağ dokusudur. Çeşitli çalışmalar ile episakral lipomanın akut ve kronik bel ağrısının önemli nedenlerinden biri olduğu ve ciddi bel ağrısına ve sakatlanmaya yol açabileceği gösterilmiştir.^[2-4]

Episakral lipomaya bağlı ağrının kalça ve bacağı re-

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 10.03.2012 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 19.03.2012

İletişim (Correspondence): Dr. Barış Nacir. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ulucanlar / Altındağ, 06340 Ankara, Turkey.

Tel: +90 - 312 - 595 34 05 e-posta (e-mail): bnacir@mynet.com

fere olması tipiktir. Bu bölgeler aynı zamanda lumbosakral strain, lomber spondiloz ve disk hastalıklarına ait refere ağrı bölgeleridir. Bu nedenle episakral lipomanın diğer bel ağrısı nedenleri ile birlikte bulunabileceği mutlaka akılda tutulmalıdır. Hafif disk lezyonu bulunan kişilerde episakral lipomanın varlığı önemli derecede ağrıya yol açabilir. Bu hastalara şiddetli ağrı nedeni ile gereksiz disk cerrahisi uygulandığı ve cerrahiden sonra ağrı şikayetinin geçmediği rapor edilmiştir.^[4] Ayrıca büyük trokanterik ağrı sendromu (BTAS), abdominal ağrı gibi farklı refere ağrı paternlerine yol açan ve tanıda karışıklığa neden olan episakral lipoma olguları da bildirilmiştir.^[5]

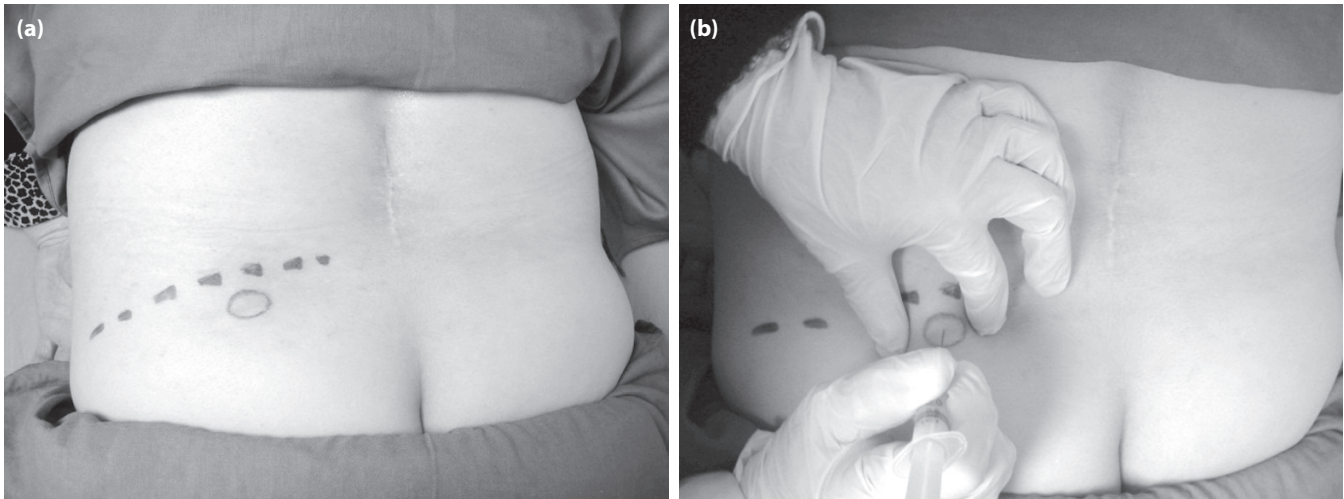
Bu yazıda, episakral lipoma tanısında gecikilen iki farklı olgu ele alınarak bel ağrısı tanısında sıklıkla gözden kaçan fakat kolayca tedavi edilebilir bir patoloji olan episakral lipoma tanısına dikkat çekilmek istenmiştir.

Olgu Sunumu

Olgu 1– Elli iki yaşında kadın hasta bel sol bacak ağrısı şikayeti ile kliniğimize yatırıldı. Öyküsünden hastanın 3 yıl önce aynı şikayetlerle lomber disk lezyonu tanısı ile ameliyat edildiği, ameliyattan sonra ağrısının kısmen azalmakla birlikte tam olarak geçmediği, bunun üzerine 10 ay önce yeniden ameliyat edildiği ancak ağrısının halen devam etmekte olduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde lomber bölgede ameliyat skarı mevcut, bel fleksiyonu eklem hareket açıklığı sonunda kısıtlı ve ağrılı, diğer bel hareketleri açık ve ağrılı idi. Düz bacak germe testi (DBKT) negatif, nörolojik muayene doğal idi.

Lomber bölgenin dikkatli palpasyonla yapılan muayenesinde sol posterior iliyak krest yakınında yaklaşık 2 cm çapında, lastik kıvamında, kısmen hareketli, basınca karşı aşırı derecede hassas bir nodül tespit edildi. Nodülün palpasyonu ile lokal ağrı ve bacağına refere olan ağrı şiddetleniyordu. Hastanın ağrısı Görsel Analog Skala (GAS) (0-10) ile 8 olarak tespit edildi. Bel ağrısına bağlı disabilite Roland Morris Disabilite Sorgulama Formu (0-24) ile 21 olarak hesaplandı. Hastanın lomber manyetik rezonans görüntülemesinde L5 vertebrada laminektomi defekti ve ameliyata bağlı granülasyon dokusu tespit edildi.

Hastaya bu muayene bulguları ile episakral lipoma ön tanısı ile nodül bölgesine 1 cc lokal anestezi (LA) enjekte edildi. Enjeksiyonu takiben ağrının belirgin ölçüde hafiflemesi ile episakral lipoma tanısı doğrulandı. Hastaya öncelikle yüzeysel ve derin sıcak, masaj ve analjezik akım uygulandı. Ağrının devam etmesi üzerine nodül içine lokal enjeksiyon uygulanmasına karar verildi. Nodül 2 parmakla stabilize edilerek yeşil uçlu (21G çap 38mm) iğne ile nodül içine girilerek nodülün penetrasyonu sağlandı (Şekil 1a, b). İğne cilt altında tutulacak şekilde hafifçe geri çekilerek 4-10 farklı yerinden ardı sıra delinerek 2 cc prilokain, 20 mg metilprednizolon karışımı nodül içine infiltre edildi. İğnenin geri çekilmesinden sonra 30 sn basınç uygulandı. Enjeksiyonu izleyen 1. gün hastanın ağrısı GAS ile 2 olarak değerlendirildi. Hastaya bel biyomekaniğini düzeltmeye ve bel kaslarını güçlendirmeye yönelik egzersiz programı verildi. Birinci ay kontrolünde ağrının GAS değeri



Şekil 1. (a) Episakral lipomanın lokalize edilerek yerinin işaretlenmesi. **(b)** Nodülün stabilize edilerek intranodüler enjeksiyonun uygulanışı.

2 idi ve Roland Morris Disabilite skorunda düzelme mevcuttu.

Olgu 2– Altmış yaşında kadın hasta şiddetli sol kalça ve lateral uyluk ağrısı şikayeti ile polikliniğimize baş vurdu. Hastanın 3-4 yıldır devam eden hafif şiddetteki kronik bel ağrısına iki ay önce sol büyük trokanter ve lateral uyluk ağrısı eklenmişti. Muayenede bel hareketleri açık hafif ağrılı, sol büyük trokanter palpasyonla aşırı derecede hassas, kalçanın dirence karşı abdüksiyonu ağrılı ve Patrick'in fabere testi pozitif idi. DBKT negatif, nörolojik muayene doğaldı. Laboratuvar bulgularında patoloji yoktu. Hasta bu muayene bulguları ile Ege Rasmussen tarafından tanımlanan ölçütlere göre büyük trokanterik ağrı sendromu olarak değerlendirildi.^[6] Hastanın büyük trokanter bölgesine LA ve steroid karışımı ile lokal enjeksiyon uygulandı. Enjeksiyonu takiben şikayetleri kısmen rahatlayan hasta bir ay sonra şikayetlerinin artması üzerine tekrar polikliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde büyük trokanterdeki hassasiyete ek olarak lomber bölgede derin palpasyonla 1-2 cm çapında ağrılı bir nodül tespit edildi. Nodül üzerine uygulanan basınç lokal ağrıya yol açarken büyük trokanter ve lateral uyluk bölgesindeki ağrıyı da şiddetlendiriyordu. Hastanın ağrısı GAS ile 7 olarak değerlendirildi. Hastaya episakral lipoma tanısı ile daha önce anlatılan teknikle intranodüler enjeksiyon uygulandı. Enjeksiyonu takiben hastanın ağrısı belirgin ölçüde azaldı. Birinci ay yapılan kontrolde ağrının GAS değeri 2 idi.

Tartışma

Episakral lipoma, lumbosakral bölgede lokalize olan, derin subkutanöz yerleşimli, lastik kıvamında, sıklıkla mobil, yuvarlak veya oval şekilli yağ nodülleridir.^[2-4] Bu nodüllerin orijinal tanımlaması ilk kez 1937'de Ries tarafından episakroiliak lipoma şeklinde yapılmıştır. Copeman ve Ackerman 1944'de bu nodüllere ilk kez kesin anatomik açıklama getirerek lomber fasiyal yağ fıtıklaşması terimini kullanmışlardır.^[7] Klinik pratikte Copeman nodülleri olarak isimlendirilen bu nodüller torakodorsal fasyadaki bir yırtık sonucu hernie olmuş subfasiyal yağ dokusudur ve akut ve kronik bel ağrısının önemli nedenlerinden biridir. Episakral lipoma genel popülasyonda yaygındır ve sıklıkla semptomsuzdur. Singewald

bu nodüllerin toplumun %16'sında mevcut olduğunu ve bu bireylerin de sadece %10'unun semptomlu olduğunu ifade etmiştir.^[8]

Yağ fıtıklaşması sıklıkla bizim olgularımızda olduğu gibi posteriyor iliyak krestin hemen üzerinde sakrospinal kasın kenarı boyunca, sakroiliyak bölgede ise spina iliaka posterior superiorun yakınında oluşur. Bu bölgelerde travmaya bağlı anormal gerilim sonucu veya fasyanın kalıtsal zayıflığı ve kutanöz sinirlere ait nörovasküler foraminaller aracılığı ile subfasial yağ pedleri yüzeysel ve derin fasiya arasına fıtıklaşır ve sıkışarak inflame hale gelir.^[4] Bizim her iki olgumuzda da ciddi bir travma öyküsü yok idi. 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. Fıtıklaşan yağ lobülleri sapının strangülasyonu bel ağrısının nedeni olabilir. Yağ fıtıklaşmasının esnek olmayan sert fibröz kapsül içinde genişlemesi fibröz kapsülün gerilmesine yol açarak ağrı oluşturabilir. Curtis'e göre ağrının nedeni intranodüler basıncın artmasıdır.^[2,3,5,9]

Episakral lipoma her iki cinste de görülebilmekle birlikte kadınlarda özellikle orta derecede obez kadınlarda yaklaşık üç misli daha sık görülür.^[3,9] Bizim iki olgumuz da kadındı ve vücut kütle indeksleri >25 idi.

Episakral lipoma tek veya çok sayıda, genellikle 1-3 cm boyutlarındadır. Çoğunlukla tek taraflı bazen iki taraflı yerleşimli olabilir.^[3,9] Bizim her iki olgumuzda da tek taraflı yerleşimli tek nodül mevcut idi.

Episakral lipomalı hastalar genellikle şiddetli ve bir tarafta daha belirgin olan bel ağrısı şikayeti ile hekime başvururlar. Sıklıkla kalça ve bacağı yayılan ağrı da mevcuttur. Episakral lipomanın benzer şikayetlere yol açan lomber spondiloz, disk lezyonu gibi diğer bel ağrısı nedenleri ile birlikte bulunabileceği akılda tutulmalıdır. Bu hastalara şiddetli ağrı nedeni ile bizim birinci olgumuzda olduğu gibi gereksiz disk cerrahisi uygulanabilir. Episakral lipomadan kaynaklanan refere ağrı sklerotomal yayılım gösterir. Trokanterik ağrı sendromu, abdominal ağrı gibi farklı refere ağrı paternlerine yol açan ve tanıda karışıklığa

neden olan episakral lipoma olguları da bildirilmiştir.^[5] Bizim ikinci olgumuzda da ana yakınma büyük trokanterik ağrı sendromunu düşündürdüğünden tanıda gecikilmiştir. Sakroiliyak bölgede oluşan episakral lipomaların üst 3 sakral sinirin dorsal ramilerinin oluşturduğu middle kluneal siniri sıkıştırarak pudental nöropatiye benzer bacak ve ayak ağrısını içeren şikayetlere de yol açabileceği bilinmelidir.^[10]

Episakral lipomalar, yerleşimleri benzer olsa da Travell tarafından tanımlanan tetik noktalardan ayrılmalıdır. Episakral lipomada kastaki gergin bant yerine sınırları belirli bir nodül söz konusudur.^[4] Benzer anatomik lokalizasyonlarda görülen lipomlar (daha yüzeysel, palpasyonla daha yumuşak) ve sebace kistler (daha yüzeysel ve sirküler) ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.^[5] Ayrıca superiyor kluneal sinirin medial dalının orta hattın 7-8 cm lateralinde torakolomber fasya ve iliak krest arasındaki fibroöz tünelden geçerken basıya uğrayıp episakral lipomaya benzer şikayetlere yol açabileceği akıld tutulmalıdır.^[11-14]

Episakral lipoma tedavisi sıcak uygulama, masaj, elektrik stimülasyonu, maniplasyon, kuru iğneleme, LA steroid enjeksiyonları gibi uygulamaları içerir.^[2-4,9] Bu tedavilerin yetersiz olduğu şiddetli olgularda yağ nodülünün cerrahi eksizyonu ve fasya tamirine başvurulur. Bizim olgularımızda çoklu delme tekniğiyle LA steroid karışımı ile intranodüler enjeksiyon uygulamaları etkili olmuştur, hastalarımızın uzun dönem takipleri halen devam etmektedir. Çoklu delme tekniği ile ağrıda hızlı azalma sağlanması ağrının intranodüler basınçtan kaynaklandığını doğrulayabilir. LA'nın yararlı etkisi substans P gibi iritan kimyasalların bölgeden temizlenmesine, lokal vazodilatasyon ile metabolitlerin uzaklaştırılmasına ve nöral feedback mekanizmanın kesilmesine bağlanabilir. Steroidin de analjezik ve antiinflamatuvar etkileri enjeksiyon tedavisinin etkinliğini artırır.^[5]

Episakral lipoma oldukça yaygın bir problemdir. Sıklıkla disk lezyonuna benzer semptomlara yol açar.

Hafif disk lezyonu bulunan kişilerde episakral lipomanın mevcudiyeti ağrıyı önemli derecede artırarak gereksiz cerrahiye neden olabilir. Ayrıca alışılmadık bölgelerde refere ağrıya yol açması tanıda karışıklık ve gecikmeyle sonuçlanabilir. Episakral lipoma akut ve kronik bel ağrısının ayırıcı tanısında mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Langevin HM, Stevens-Tuttle D, Fox JR, Badger GJ, Bouffard NA, Krag MH, et al. Ultrasound evidence of altered lumbar connective tissue structure in human subjects with chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord* 2009;10:151.
2. Bond D. Chiropractic treatment of the back mouse. Available from: <http://www.dynamicchiropractic.com/mpacms/dc/article.php?id=46427>.
3. Curtis P. In search of the 'back mouse'. *J Fam Pract* 1993;36(6):657-9.
4. Bond D. Low back pain and episacral lipomas. *Dynamic Chiropractic* 2000;18(19):48-9.
5. Curtis P, Gibbons G, Price J. Fibro-fatty nodules and low back pain. The back mouse masquerade. *J Fam Pract* 2000;49(4):345-8.
6. Ege Rasmussen KJ, Fanø N. Trochanteric bursitis. Treatment by corticosteroid injection. *Scand J Rheumatol* 1985;14(4):417-20.
7. Copeman WSC, Ackerman WL. "Fibrositis" of the back. *Q J Med* 1944;13:37-51.
8. Singewald ML. Another cause of low back pain: lipomata in the sacroiliac region. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 1966;77:73-9.
9. Bond DW. The Problem with the back mouse. Available from: www.massagetherapy.com/articles/index.php/article_id/602.
10. Antolak Jr SJ. Pudendal neuralgia. In: Potts JM, editor. *Genitourinary pain and inflammation: diagnosis and management*. USA, Humana Pres; 2008. p. 39-57.
11. Kurnik JD. Iliac nodular disorder. Thoracolumbar syndrome and associated topics. Available from: <http://www.chiroweb.com/mpacms/dc/article.php?id=9253>.
12. 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 crest harvest and entrapment syndromes. *J Neurosurg Spine* 2010;13(3):356-9.
13. Hammer W. Superior cluneal nerve entrapment-an overlooked cause of low back pain. Available from: <http://www.dynamicchiropractic.com/mpacms/dc/article.php?id=37220>.
14. 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.