

Abdominal ağrının sık görülen bir nedeni: Abdominal kutanöz sinir tuzak sendromu

A commonly seen cause of abdominal pain: abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome

İlker SOLMAZ, Mustafa TALAY, Şükrü TEKİNDUR, Ercan KURT



Özet

Abdominal kutanöz sinir tuzak sendromu (AKSES) klinisyenler tarafından nadir görülen bir hastalık gibi görülmesine karşın, klinik belirtiler ile karın ağrısının açıklanamadığı zamanlarda olağan tanılar içinde en üst sıralarda olması gereken bir sendromdur. Karın ağrısı çoğu zaman doktorlar tarafından karınıçi sebeplere dayandırılmaktadır. Hasta için gereksiz konsültasyonlar ve testler istenmekte hatta hastalar gereksiz karın ameliyatı olmaktadır. Bu tip ağrısı olan hastalar birçok kliniğe gitmekte çoğu zaman da asıl tanılarını konulamadığı için psikiyatrik hasta olarak değerlendirilmektedir. Aslında, abdominal duvar ağrısının sık görülen nedenlerinden biri de rektus abdominis kasının lateral kenarındaki sinir tuzaklanmasıdır. Bu yazıda, kronik karın ağrısı şikayetiyle gelen fakat bize gelene kadar kendisinden birçok konsültasyon, tetkik istenen farklı klinikler tarafından tedaviye alınan ve en son olarak abdominal cerrahiye karar verilen hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili bilgiler paylaşıldı.

Anahtar sözcükler: Abdominal ağrı; abdominal kutanöz sinir tuzak sendromu; AKSES.

Summary

Although abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES) is accepted as a rare condition, it is a syndrome that should be diagnosed more commonly when the clinical signs cannot explain the cause of abdominal pain. Abdominal pain is commonly considered by physicians to be based on intra-abdominal causes. Consequently, redundant tests and consultations are requested for these patients, and unnecessary surgical procedures may be applied. Patients with this type of pain are consulted to many clinics, and because their definitive diagnoses cannot be achieved, they are assessed as psychiatric patients. Actually, a common cause of abdominal wall pain is nerve entrapment on the lateral edge of the rectus abdominis muscle. In this paper, we would like to share information about the diagnosis and treatment of a patient who, prior to presenting to us, had applied to different clinics for chronic abdominal pain and had undergone many tests and consultations; abdominal surgery was eventually decided.

Key words: Abdominal pain; abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome; ACNES.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara
Department of Anesthesiology and Reanimation, Gülhane Military Medical Academy, Ankara, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 24.07.2011 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 18.10.2011

İletişim (Correspondence): Dr. İlker Solmaz, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı, Etlik 06018 Ankara, Turkey.

Tel: +90 - 312 - 304 20 00 e-posta (e-mail): ilkersolmaz72@hotmail.com

Giriş

Abdominal kutanöz sinir tuzak sendromu (AKSES) klinisyenler tarafından nadir görülen bir hastalık gibi görülmesine karşın, klinik belirtiler ile karın ağrısının açıklanamadığı zamanlarda olağan tanılar içinde en üst sıralarda olması gereken bir sendromdur. Bu yazıda, kronik karın ağrısı şikayetiyle gelen AKSES'li bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

Otuz üç yaşındaki erkek hasta, yaklaşık bir yıldır süren sağ alt karın bölgesinde ağrı (vizüel analog skala-VAS: 8) yakınmasıyla GATA algoloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde, 2 yıl önce akut apandisit ameliyatı ve üreterorenoskopi (URS) işlemi geçirdiğini ve herhangi ek bir hastalığı bulunmadığını bildirdi.

GATA algoloji polikliniğine gelmeden önce bu ağrı nedeniyle başka bir hastanede sırasıyla üroloji, iç hastalıkları, beyin cerrahisi, psikiyatri, gastroenteroloji ve genel cerrahi kliniklerine başvurduğu, hastanın birçok defa endoskopi, ultrasonografi ve tüm batın bilgisayarlı tomografisinin çekildiği öğrenildi. Herhangi bir patoloji saptanamayan hasta, hastanenin algoloji kliniğine yönlendirilmişti, bu klinikte RF ve Pasha kateter işlemleri yapılmış, ağrısında herhangi bir değişiklik olmamıştı. Genel cerrahi doktorları tarafından tanısal laparoskopi önerilen hastanın bu işlemi kabul etmediği, ağrısı için nonopioid analjezikler, antikonvülzanlar, antidepressanlar, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar, spazmolitikler ve kas gevşeticiler gibi çok çeşitli ilaçlar kullandığı ancak yarar görmediği öğrenildi.

Hastanın ağrısı sorgulandığında sürekli devam eden, geceleri artan, uykudan uyandıran, günlük aktivitelerini oldukça engelleyen kasıklarına vuran bıçak saplanır tarzda bir ağrı tarifledi. Yapılan fizik muayenesinde sağ lomber bölgede yaygın ağrı ve birçok noktada tetik noktası tespit edildi. Ribaund ve defans bulguları yoktu. Daha önce yapılan endoskopide ödemli apandiks orifisi; ultrasonografide hepatomegali ve yağlı karaciğer; tüm abdominal bilgisayarlı tomografide yağlı karaciğer ve hafif derecede benign prostat hipertrofisi tespit edilmişti. Hastamızın öyküsü, yapılan fizik muayene ve tetkikler sonucu öntanı olarak AKSES düşünülerek tedaviye başlandı.

Hastaya 6 seans süresince (haftada 1 kez olmak üzere) tespit edilen tetik noktalara yaklaşık 2-3 ml %0.5 lidokain solüsyonu uygulandı. İlk enjeksiyondan itibaren daha önce görmediği bir şekilde karın ağrıları azalan hastanın 0., 1., 2., 4. ve 6. aylarda yapılan kontrollerinde VAS düzeyleri 0-1 arasında seyretti.

Tartışma

AKSES semptomları akut ya da kronik olabilir. Akut ağrı, abdomenin alt yarısının alt duvarında oblik ya da abdomenin üst yarısında uzunlamasına yayılan (genellikle bir tarafta) keskin bir komponentle birlikte lokalize, perküsyonda matite veren ya da yanıcı olarak tanımlanabilir. Ağrı hasta eğildiğinde, büküldüğünde ya da ayağa kalktığında yayılabilir. İstirahat ağrısı dindirebilir fakat bazen daha da kötüleştirilebilir. Ağrı geceleyin başlamış olabilir fakat bu hastaların sabah kalkıp işe gitmelerini engellemez. Genç bayanlar genelde overleri, mesaneleri ya da her ikisi ile ilgili kaygılarını dile getirirler. Over patolojileri, bayanlarda AKSES'e göre klinikte daha çok görülen bir durumdur.^[1-4]

Pelvik ağrılar için yapılan tanısal laparoskopik prosedürlerin %30-76'sı normal çıkmaktadır. Slocomb, dört asıl sorunun abdominal duvarda olduğunu ve kronik pelvik ağrılı kadınlarda uygulanan cerrahi girişimler ile ilgili kaygılarını dile getirmiştir. Karın ağrısı nedeniyle hastaneye acilden kabul edilen 120 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada;^[5] Carnett bulgusu (Şekil 1) saptanarak karın cerrahisi uygulanan 23-24 hastada karınıçi bir problemin olmadığı ve asıl sorunun karın duvarında olduğu gösterilmiştir.

AKSES'li genç erkeklerde fitik ve ülserle bağlı yakınmalar genellikle gündüz ortaya çıkar ve bu yaş grubunda bu problemler daha sık düşünülmelidir. Öyküde, geçirilmiş karın ameliyatının ve muayenede cerrahi skar görülmesi AKSES şüphesini uyardırılmalıdır. Bizim hastamızın öyküsünde de apendektomi operasyonu yer almaktaydı.

AKSES ağrısı iyi bir lokalizasyona sahiptir ve genelde sadece bir tarafı etkiler. Bununla birlikte ağrı, her iki tarafta da aynı düzeyde (genellikle abdomenin alt kısmında) ya da etkilenen sinirin karşı tarafında daha şiddetli olmak üzere farklı düzeylerde olabilir.



Şekil 1. Carnett testi: Carnett testi, karın duvarından kaynaklanan semptomlar ile karınıçi organlardan kaynaklananların ayırt edilmesi için kullanılır. Hasta sırt üstü yatarken hassasiyet bölgesinin belirlenmesi için abdomeni palpe edilir. Daha sonra palpe eden el parmakları hassas noktanın üstünde tutulur ve hastadan yattığı yerden doğrularak batın kaslarını kasmaı istenir. Kaslar kasıldıktan sonra yeniden bası uygulanır ve hastaya ağrıda değişiklik olup olmadığı sorulur. Bulguların nedeni karın içinde ise kasların kasılması ile organların korunması nedeniyle hassasiyetin azalması gereklidir. Diğer taraftan kaynağın karın duvarında olması halinde ise ağrı dayanılmaz olacak ya da en azından şiddetinde artış olacaktır.^[6]

Skrotum veya vulvaya doğru yayılan ağrı, T12-L1 seviyesi ile ilişkisini akla getirir, fakat inguinal veya femoral herni ile uyluğun addüktör kasları nedeniyle oluşabileceği ihtimalleri dışlanmalıdır. İliyak krestin hemen aşağısında posterolateraldeki ağrı ve hassasiyet, T12-L1 ile alakasından meydana gelebilir ve abdominal ağrıyla birlikte, fakat ağrı abdomenin içinden kaynaklanıyorsa böyle bir birliktelelik yoktur.^[6] Sağ taraftaki T11 ilişkisi apandisit, her iki tarafla ilişkisi ovaryumla ilgisini ya da Spigelian hernisini akla getirebilir. Bütün bu koşullar tam ve doğru bir fiziksel muayene ile tanımlanmalıdır. T8-T9 seviyesinde sağ tarafta bir ağrı, kolesistit ya da peptik ülseri akla getirebilir. T6, T7 ya da T8 seviyesindeki bir ağrı; plörezi, kostokondrit ya da kosta kayması sendromunu (muhtemelen traksiyondan dolayı oluşan AKSES'in bir formu olan) akla getirebilir. Kalça ve uyluk lateralindeki ağrı ve uyuşma durumunda lateral femoral kutanöz sinir, iliyak ligamentle spina iliaca anterior superior arasında tuzaklanmıştır.^[7]

Kronik AKSES hastaları, bizim hastamızda olduğu gibi psikiyatrik bir tanı alabilirler (anksiyite, somatizasyon ya da depresyon gibi) ve bu nedenle sıklıkla

antidepresan ve anksiyolitikler kullanabilirler. Böyle ilaç özeğmişleri olan hastalarda AKSES'ten şüphelenilmesi gerekir.

Carnett,^[6] 1926'da AKSES'i "interkostal nevroji" olarak isimlendirdi. Ancak, bu durumun histopatolojisi ve anatomisi üzerine yapılan son çalışmalarda, sinir entrapmanına bağlı yüksek ölçüde enflamatuvar bir durum olmadığı gösterilmiştir. Özellikle hekimler, karın ağrısı yakınmalarıyla başvuran hastalarda karın ön duvarını hesaba katmaksızın karınıçi nedenlere yönelmektedirler. Sonuçta hastaya gereksiz tetkikler ile ameliyatlar yapılmakta ve hastanın sorunu çözümlenememektedir.

Sonuç olarak, karın ağrısının sıkça görülen bir nedeni, rektus kasının lateralindeki sinir entrapmanıdır. Hastaya, "Ağrı tam olarak nerede?" "Bana tek parmağınla göster" denir. Etkilenen sinirin geçtiği musküler kanala lokal anestezi enjeksiyonuyla tanısı koyulur ve tedavi edilir. Enjeksiyon iki amaca hizmet eder: ağrıyı rahatlatmak ve fibröz halkadan damar sinir paketinin herniasyonunu normale döndürmek. Bu yazıda, aslında nadir olmayan fakat tanısı konulduğunda hastayı ve hastaneyi birçok gereksiz harcamadan ve müdahaleden kurtaran bir olgu paylaşıldı.

Kaynaklar

1. Sippo WC, Burghardt A, Gomez AC. Nerve entrapment after Pfannenstiel incision. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157(2):420-1.
2. McGrady EM, Marks RL. Treatment of abdominal nerve entrapment syndrome using a nerve stimulator. *Ann R Coll Surg Engl* 1988;70(3):120-2.
3. Thomson WH, Dawes RF, Carter SS. Abdominal wall tenderness: a useful sign in chronic abdominal pain. *Br J Surg* 1991;78(2):223-5.
4. Slocumb JC. Neurological factors in chronic pelvic pain: trigger points and the abdominal pelvic pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149(5):536-43.
5. Thomson H, Francis DM. Abdominal-wall tenderness: A useful sign in the acute abdomen. *Lancet* 1977;2(8047):1053-4.
6. Carnett JB. Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. *J Surg Gynecol Obstet* 1926;42:625-32
7. Kopell HP, Thompson WA. *Peripheral entrapment neuropathies*. Malabar, FL: Robert E. Kreiger Publishing; 1976. p. 1-7, 85-8.