



Olgu Sunumu

Idiopatik Lumbosakral Nöropati Sendromu: Olgu Sunumu

● Aylin Ayyıldız, ● Beril Doğu, ● Selda Çiftci, ● Figen Yılmaz, ● Banu Kuran

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Özet

Idiopatik lumbosakral pleksit yada lumbosakral radikülopleksus nöropatisi; travma, kitle etkisi veya diabetik komplikasyonlar olmadan gözlenen lumbal ve/veya sakral pleksustan kaynaklanan sinir hasarı ile karakterize bir hastalıktır.

Sağ kasık ağrısı ve sağ bacak kas gücü kaybı ile gelen 47 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Elektromiyografi ve magnetik rezonans nörografik görüntüleme ile L4 sinir kökünde nörit saptanmıştır. Altta yatan neden araştırılmış; lakin idiopatik sonucuna bağlanmıştır. İdiopatik lumbosakral nöropati; şiddetli ağrı ve kas güçsüzlüğüne neden olan altta herhangi bir patolojinin rol oynamadığı bir lumbosakral pleksus hastalığıdır. Hastaların ani başlayan semptomlar nedeniyle acil opere edilmesinden kaçınılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Femoral nöropati; nöritis; pelvik ağrı.

Atıf için yazım şekli: "Ayyıldız A, Doğu B, Çiftci S, Yılmaz F, Kuran B. Idiopathic Lumbosacral Neuropathy Syndrome: Case Report. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2020;54(3):384-387".

Idiopatik lumbosakral pleksit yada lumbosakral radikülopleksus nöropatisi; travma, kitle etkisi veya diabetik komplikasyonlar olmadan gözlenen lumbal ve/veya sakral pleksustan kaynaklanan sinir hasarı ile karakterize bir hastalıktır.^[1-3] Lumbosakral pleksopati prevalansı bilinmemektedir; brakial pleksopatilerden daha az sıklıkta görülmektedir. Lumbosakral pleksopati etiolojisinde; travma, doğum, kalça cerrahisi, retroperitoneal hematoma veya abse, metastatik kanserlerin oluşturduğu bası etkisi, radyasyona bağlı sinir hasarı, diabetes mellitus veya paraneoplastik sendromlar sayılabilirken; bu nedenlerin hiçbiri olmadan idiopatik olarak da gözlenebilir.^[4, 5]

İdiopatik lumbosakral pleksit, akut olarak başlayan şiddetli bacak ağrısı ile karakterizedir. İlerleyen dönemlerde kas gücü ve kitlesinde de azalma, sensoriyel kayıp gözlenir.^[1-3] Pleksopatiler sıklıkla unilateral gözlenir ama literatürde bilateral vakalar da mevcuttur.^[4, 5] Tanı klinik ve etkilenen sinirlerin elektrofizyolojik olarak değerlendirilmesi ile konur. Ayrıca Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) de yardımcıdır.^[4, 6]

Bu yazıda sağ uylukta şiddetli ağrı yakınması ile polikliniğimize başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda idiopatik femoral sinir tutulumlu lumbosakral nöropati/nörit tanısı konan olgumuzun sunumu amaçlanmıştır. Hastadan olgu sunumu için aydınlatılmış onam alınmıştır.

Olgu Sunumu

Öncesinde bilinen kronik hastalığı olmayan 47 yaşında erkek hasta, 2 aydır sağ kasıktan sağ diz ön yüze kadar yayılan ağrısı mevcuttu. Hastanın ağrısı mekanik karakterde olup öne eğilmekle azalmaktaydı. Sabah tutukluğu, uyuşma ve karıncalanma tariflemeyen hastanın herhangi bir travma öyküsü yoktu. Hasta ağrısını vizuel ağrı skalasına (VAS) göre hareketle 9, istirahatle 5, gece ise 5 olarak tarifliyordu. Yürüme mesafesi yaklaşık 20 metreydi.

Hasta özgeçmişi sorgulandığında 15 sene önce "sol L3-L4, L4-L5, L5-S1 foraminotomi" ve 3 sene önce ise "soldan yaklaşımlı L5-S1 mikrodiskektomi" operasyonu geçirdiği; ayrıca 25 sene öncesinde sağ inguinal herni nedeniyle opere edildiği öğrenildi.

Yazışma Adresi: Aylin Ayyıldız, MD.Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Turkey

Telefon: +90 538 503 36 93 **E-posta:** aylin.mrt93@gmail.com

Başvuru Tarihi: 25.10.2018 **Kabul Tarihi:** 27.04.2019 **Online Yayınlanma Tarihi:** 24.08.2020

©Telif hakkı 2020 Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni - Çevrimiçi erişim www.sislietfaltip.org

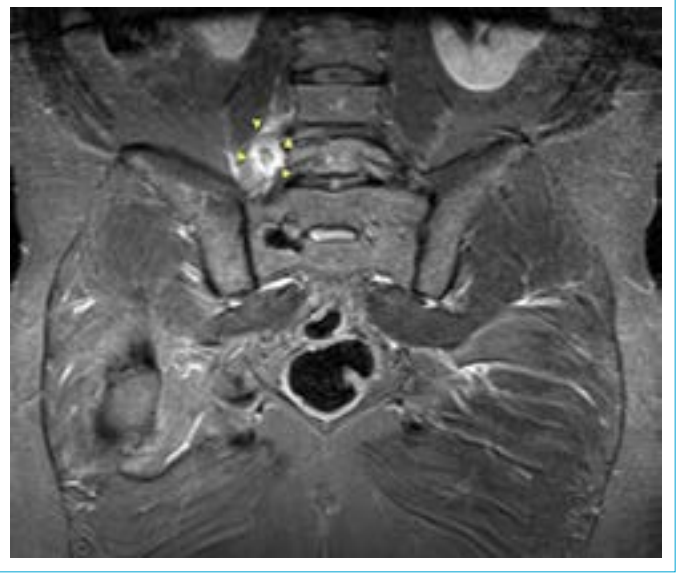
OPEN ACCESS This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



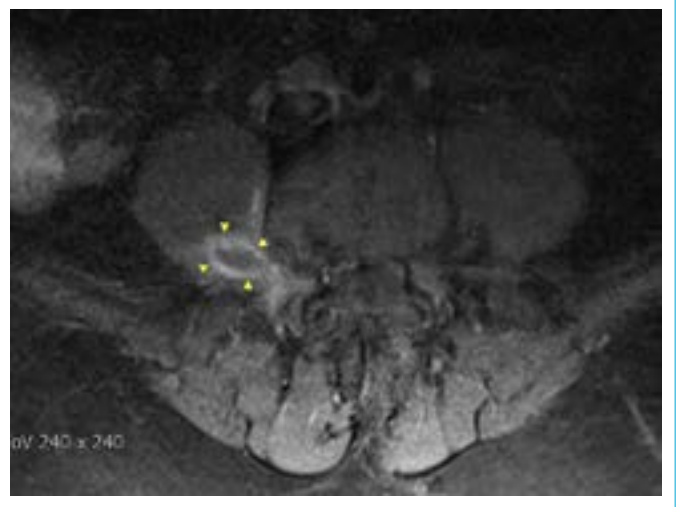
Hastanın tarafımızca yapılan fizik muayenesinde; torakal kifoz ve lomber lordozu düzleşmişti ve pili asimetrisi mevcuttu. Processus spinosus hassasiyeti olmayan hastanın lomber bölgede bilateral paravertebral kas spazmı tespit edildi. Lomber bölge eklem hareket açıklığı değerlendirilmesinde ekstansiyon ve sağ lateral fleksiyon minimal kısıtlıydı ve sağ bacağa yayılım gösteren ağrısı mevcuttu. Hastanın el yer mesafesi 5 cm iken; modifiye Shober testi 5 cm'di. Sağ bacakta femoral germe testi pozitif. Kalça eklem hareket açıklığı normal sınırlar içindeydi. Medical Research Council kas gücü değerlendirmesine göre; kalça fleksörleri(m.iliopsoas): sağ 3/5, sol 5/5; diz ekstensörleri (m. Quadricepsus femoris): sağ 3/5, sol 5/5; ayak plantar fleksörleri (m. Gastrokinemius): sağ 4/5, sol 5/5; diz fleksörleri (hamstring kas grubu): sağ 4/5, sol 5/5; kalça ekstensörleri (m. Gluteus maximus): sağ 3/5, sol 5/5; kalça abdüktörleri (m. Gluteus medius): sağ 4/5, sol 5/5 tespit edildi. L4 kökü innervasyonu haricindeki diğer kas değerlendirmeleri günlük muayenelerde tam kas gücü yönünde değerlendirildiği için ilk değerlendirmede hastanın fazla ağrılı olmasına bağlandı. Patella refleksi sağda hipoaktif alınırken, solda normoaktifti. Aşil refleksi ise bilateral hipoaktif tespit edildi. Taban cildi refleksi bilateral fleksördü. Hafif dokunma ve pinprick testi ile yapılan duyu değerlendirmesinde uyluk anterior yüzü, L4 dermatom alanında allodini tespit edilirken hipoestezi saptanmadı.

Hastanın istenen lomber ve pelvik MRG'nde "L4-L5 disk seviyesinde sağ nöral foramen düzeyinde psoas kası komşuluğuna kadar uzanan perinöral sahalarda ve foraminal düzeyde kontrast tutulum paterni ve ödemli görünüm izlenmiş olup, nöritis ile uyumlu olarak saptandı (Şekil 1, 2). Bunun üzerine hastadan Elektromiyografi (EMG) ve MR Nörografi istendi. Yapılan EMG sonucunda " Sağ M.vastus lateralis ve M.rektus femoris kaslarında istirahatte yoğun denervasyon potansiyelleri gözlenirken istemli kası ile sağ M.vastus lateralis, M.rektus femoris ve M. İliopsoas kaslarında değişen derecelerde yüksek amplitüdü, uzun süreli, polifazik MUP'ler ile seyrelmeler izlendi. Bu bulgular sağda L2-L3-L4 segment innervasyonlu kaslarda akut-subakut vasıflı nörojen tutulum ile uyumlu olarak değerlendirilmişti. MR nörografi sonucunda ise; sağ L4 sinir etrafında periferik T2 hiperintens ödem alanları mevcut olup nöritis ile uyumlu olduğu görüldü.

Bu tabloya neden olabilecek etiyolojileri araştırmak amacıyla seroloji, tümör markerları, Borrelia IgM/IgG ve paraneoplastik panel istendi. Hastanın tüm bu laboratuvar testlerinde bir patoloji saptanmadı. Medikal tedavide maksimum dozda tramadol kullanmasına rağmen ağrısı devam eden hastaya 60 mg/gün metilprednizolon başlandı.



Şekil 1. İv kontrastlı pelvis MR T1 sekansı.



Şekil 2. Lomber MR aksiyel kesit T1 Yağ baskılı görüntüleme.

10 gün boyunca 60mg/gün tam doz kullanıldıktan yaklaşık 30 günde doz azaltılarak kesildi. Hastayı osteoporozdan koruma amacıyla D vitamini ve kalsiyum replasmanı yapıldı. Steroid tedavisi sırasında tramadol dozu azaltıldı ve 200mg/gün olarak devam edildi. Hastanın ağrıları azaldıktan sonra kalça ve diz çevresi kaslar için izometrik, germe ve eklem hareket açıklığı egzersizleri, özellikle iliopsoas ve quadriceps femoris kaslarına yönelik alt ekstremite güçlendirme egzersizleri, denge ve kor stabilizasyon egzersizleri verildi. Herhangi bir yardımcı cihaza gerek görülmedi. Hastanın taburculuk öncesi yapılan kontrol MRG'ında eski nörit ile uyumlu bölgede küçülme tespit edildi. Hastanın taburculuk sırasında VAS değerlendirmesinde hareketle 5, istirahatte 2 ve gece 3 olarak tespit edildi. Taburculuk sırasındaki kas gücü değerlendirmesine göre; kalça fleksörle-

ri(m.iliopsoas): sağ 4/5; diz ekstensörleri (m. Quadriceps femoris): sağ 4/5; ayak plantar fleksörleri (m. Gastrokinemius): sağ 5/5; diz fleksörleri (hamstring kas grubu): sağ 5/5; kalça ekstensörleri (m. Gluteus maximus): sağ 5/5; kalça abdükörleri (m. Gluteus medius): sağ 5/5 tespit edildi.

Tartışma

Lumbosakral pleksus nöropatisi tanısı; kas gücü kaybı, asimmetrik hiporefleksi varlığı, sensoriyal kayıp olduğu durumlara ek semptomların tek periferik sinir lezyonu ile açıklanamaması ile konur. İdiopatik lumbosakral pleksus nöropatisi tanısı konulabilmesi için ise hastanın bulgu ve semptomlarını açıklayacak altta yatak tetikleyici bir neden olmaması gerekmektedir.^[2, 7] Lumbosakral pleksusun ağrıya neden olan pek çok hastalığı mevcuttur. Herediter, vasküler, travma, yer kaplayan lezyonlar ve enfeksiyonlar gibi nedenleri vardır. Ancak bu durumlar ekarte edildikten sonra idiyopatik lumbosakral pleksus nöropatisi tanısı konulabilir.

Genellikle hastalık ağrı ile başlar ve sonraki 5-10 gün arasında kas gücünde kayıp gözlenir.^[2, 7] Klinik olarak alt ekstremitte güç kaybı ve ağrı şikayetiyle gelen hastalarda duyu semptomu olarak duyu kaybı daha seyrek gözlenirken; nöropatik karakterli ağrı ve allodini daha fazla görülür.^[3] Nadiren kas atrofisi tabloya eklenebilir. Bazı hastalarda ortostatik hipotansiyon, üriner disfonksiyon, seksüel fonksiyonda değişiklik, diyare veya konstipasyon, terleme gibi otonomik semptomlardan biri veya daha fazlası gözlenmiştir.^[3]

Lumbosakral pleksus nöropatisi 3 farklı klinik seyirde görülmektedir. İlki monofazik seyirde, hastalar birkaç yıl içinde fonksiyonel olarak normal aktivitelere tam dönebilmektedir. İkinci form olan relapsing formda ise; akut tablodan birkaç yıl sonra, motor güç kaybının daha belirgin olduğu hatta ilk atakta etkilenmeyen ekstremitenin de tutulduğu bir tablo gözlenebilir. Üçüncüsü ise atipik kronik progresif formdur ve bu formda tablo daha ağır seyredir.^[8-10] Bizim hastamızda ilk defa bu tip semptomlar görüldüğü ve tedaviye yanıt verip kronikleşmediği için monofazik seyirde değerlendirilmiştir. İdiopatik lumbosakral pleksus nöropatisi insidansının 100.000 hastada 1'den daha az olduğu tahmin edilmektedir.^[1, 3, 8] İdiopatik lumbosakral radikülopleksus nöropatisi, brakial pleksus nöropatisi ve diyabetik lumbosakral pleksus nöropatisinden çok daha seyrek olarak görülmektedir. Bunun nedeni özellikle alt pleksus tutulumu şeklinde olduğunda, disk patolojilerine bağlı radikülopati ile karışmasıdır.^[2, 3] Biz bu olgu ile bu derece nadir görülen ve tanısı diğer benzer semptomlu hastalıklarla çokça karışan bir hastalığın vurgusunu yapmak ve gözden kaçırılmalarının önüne geçmek istedik.

Pleksus nöropatisi düşünülen hastalarda hikaye ve fizik muayene sonrası çeşitli laboratuvar testleri istenmelidir. Bu klinik tablonun en sık görüldüğü hasta grubu diyabetik hastalar olduğu için mutlaka hemoglobin A1c, açlık kan şekeri ve gerekli durumlarda glukoz tolerans testi yapılmalıdır.^[1] Akut faz reaktanlarında genellikle artış tespit edilmezken sadece birkaç olguda sedimentasyon yüksekliği tespit edilmiştir.^[11] Hastaların elektromiyografi ile değerlendirilmesi tanı ve lezyonun yerinin belirlenmesinde oldukça önemlidir. Lumbosakral MRG görüntüleme ile altta yatan neden varlığını tespit etmede yardımcı olurken MR nörografi ile de ilgili sinir segmentinde kontrastlı T2 görüntülerde hiperintensite, sinir trasesinde genişleme görülebileceği bildirilmiştir.^[10] Bizim hastamızın MR nörografi sonucunda ise; sağ L4 sinir etrafında periferik T2 hiperintens ödem alanları mevcuttu. Hastamız lomber ve pelvik MRG görüntülemesinde psoas kasi etrafında düzgün sınırlı lezyonun görülmesi psoas absesi ön tanısını düşündürse de hastamızda psoas absesi düşündürebilecek laboratuvar bulgusu olmaması ve psoas absesi etiolojisinde yer alabilecek nedenlerin ekartasyonu yapılmış olması nedeniyle bizi psoas absesi tanısından uzaklaştırmıştı. Ayrıca hastamızın fizik muayenesinde L4 kökü innervasyonu haricinde kasların da tutulmuş olması her ne kadar önceki cerrahi operasyonlarından kaynaklanabileceği düşünülse de hastanın nörit semptomları başlamadan önceki muayenelerinde belirgin herhangi bir kas gücü kaybı tespit edilmemişti ve hastanın şiddetli ağrısı olması nedeniyle L4 kökü haricinde kas güçlerinin değerlendirilmesi doğru yapılamamıştı. Fakat yatışı sırasında yapılan günlük kas gücü değerlendirilmesinde L4 kökü haricinde kas gücü kaybı tespit edilememişti. Elektromiyografik değerlendirmede gözlenen L2-L3-L4 kökü nörojen tutulum ise magnetik rezonans görüntülemeye görülmemesine rağmen bizi diğer köklerde de tutulum ile seyreden pleksopati olabileceği yönünde düşündürmüştü.

Lumbosakral pleksus nöropatisinin patogenezi tam olarak bilinmemektedir ve yapılan biyopsi çalışmalarında mikrovaskülit ile uyumlu bulunmuştur.^[3] Diğer olgu sunumlarında öncesinde bir üst solunum yolu enfeksiyonu veya aşılama öyküsü olması ve immunomodülatör tedaviye iyi yanıt vermesi daha çok otoimmun etiolojisinde mikrovaskülite bağlı immun aracılı nöropati yönünden değerlendirilmesine sebep olmuştur.^[3, 10, 11] Bu yönde immunoterapinin tedavide etkili olabileceği düşünülmektedir.^[2] Tarulli ve arkadaşları oral steroid tedavisini 60mg/gün şeklinde 1-2 ay süreyle kullanarak daha sonra kademeli olarak yavaşça doz azaltarak kesmeyi tercih etmişlerdir.^[1] Biz hastamızda oral steroid tedavisini 10 gün 60mg/gün doz kullandıktan sonra 30 gün içinde dozu azaltarak kesmeyi tercih ettik. Oral steroid te-

davisi kullanılabilceği gibi intravenöz immunglobulin ve plazmaferez de tedavi seçenekleri arasında yer alabileceği bildirilmiştir.^[12] Hastalara bu dönemde mutlaka semptomatik tedavide steroid olmayan antiinflatuar ilaçlar ve opioid gibi tedavilerin verilmesi uygun olur. Biz de hastamızda tramadol ve diklofenak kullanımı ile hastanın ağrılarında %50'ye yakın azalma sağladık.

Sonuç

İdiopatik lumbosakral nöropati; şiddetli ağrı ve kas güçsüzlüğüne neden olan altta herhangi bir patolojinin rol oynamadığı bir lumbosakral pleksus hastalığıdır. Hastalar ani başlayan semptomlar nedeniyle acil opere edilmekten kaçınılmalı ve öncesinde elektromiyografi ve MRG nörografi ile tanısı doğrulanmalıdır.

Açıklamalar

Bilgilendirilmiş onam: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için hastanın ebeveynlerinden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hakemli: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları: Konsept – A.A.; Tasarım – S.Ç.; Kontrol – F.Y.; Materyal – B.D.; Veri toplama ve/veya işleme – A.A.; Analiz ve/veya yorumlama – B.K.; Kaynak taraması – B.D.; Yazan – A.A.; Kritik revizyon – B.K.

Kaynaklar

1. Tarulli A, Rutkove SB. Lumbosacral plexitis. *J Clin Neuromuscul Dis* 2005;7:72–8.
2. Dyck PJ, Windebank AJ. Diabetic and nondiabetic lumbosacral radiculoplexus neuropathies: new insights into pathophysiology and treatment. *Muscle Nerve* 2002;25:477–91.
3. Dyck PJ, Norell JE, Dyck PJ. Non-diabetic lumbosacral radiculoplexus neuropathy: natural history, outcome and comparison with the diabetic variety. *Brain* 2001;124:1197–207.
4. Laughlin RS, Dyck PJ. Electrodiagnostic Testing in Lumbosacral Plexopathies. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 2013;24:93–105.
5. Jaeckle KA. Neurological manifestations of neoplastic and radiation-induced plexopathies. *Semin Neurol* 2004;24:385–93.
6. Planner AC, Donaghy M, Moore NR. Causes of lumbosacral plexopathy. *Clin Radiol* 2006;61:987–95.
7. Donaghy M. Lumbosacral plexus lesions. In: Dyck PJ, Thomas PK, Griffin JW, Low PA, Podusio JF, editors. *Peripheral Neuropathy*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993. p. 951–8.
8. Awerbuch GI, Nigro MA, Sandyk R, Levin JR. Relapsing lumbosacral plexus neuropathy. Report of two cases. *Eur Neurol* 1991;31:348–51.
9. Yee T. Recurrent idiopathic lumbosacral plexopathy. *Muscle Nerve* 2000;23:1439–42.
10. Höllinger P, Sturzenegger M. Chronic progressive primary lumbosacral plexus neuritis: MRI findings and response to immunoglobulin therapy. *J Neurol* 2000;247:143–5.
11. Bradley WG, Chad D, Verghese JP, Liu HC, Good P, Gabbai AA, et al. Painful lumbosacral plexopathy with elevated erythrocyte sedimentation rate: a treatable inflammatory syndrome. *Ann Neurol* 1984;15:457–64.
12. Triggs WJ, Young MS, Eskin T, Valenstein E. Treatment of idiopathic lumbosacral plexopathy with intravenous immunoglobulin. *Muscle Nerve* 1997;20:244–6.