Copeman Nodülüne Bağlı İnatçı Bel Ağrısı: Vaka Bazlı Bir İnceleme

Persistent Back Pain Due to Copeman's Nodule: a Case-Based Review

Derleme
Review Article

Uğur Ertem[1]

DOI: 10.17942/sted.899772

Geliş/Received : 19.03.2021
Kabul/ Accepted : 02.08.2021

Öz

Copeman nodülleri (CN), klinik uygulamalarda çoğunlukla ihmal edilen, bel ağrısının potansiyel olarak tedavi edilebilir bir nedenini temsil etmektedir. Çeşitli merkezlere başvuran ama tanı konulamayan kronik bel ağrısı şikayeti olan bir hasta üzerinden konu tartışılmıştır. Hastada fizik muayene ve Ultrasonografi görüntüleme sonucunda CN olduğu tespit edilmiştir. Hastada nodül içine lokal anestezik + steroid kombinasyonu enjekte edilmiştir. Enjeksiyondan hemen sonra hastanın bacağına yayılan ağrısı tamamen kaybolurken bel ağrısı Visuel Analog Skala'ya (VAS) göre VAS 8'den VAS 2'ye geriledi. 2 hafta sonra hastanın ağrısı VAS 1'e geriledi. Bu olgudan yola çıkarak kronik bel ağrısı olan hastalarda CN akla gelmelidir ve palpasyon ve fizik muayenenin tanı açısından çok önemli olduğu unutulmamalıdır ayrıca hastalar bu açıdan değerlendirilmezse çok kolay tedavi edilebilen bir durum nedeniyle uzun süre ağrı çekebilirler ve gereksiz testlere tabi tutulabilirler.

Anahtar Sözcükler: Bel ağrısı, Copeman nodülü, Episakral lipom, Yayılan ağrı

Abstract

Copeman's nodules (CN) represent a potentially treatable cause of low back pain that is often neglected in clinical practice. The subject was discussed through a patient with chronic low back pain who applied to various centers but could not be diagnosed. The patient was found to have CN as a result of physical examination and ultrasonography imaging. Local anesthetic + steroid combination was injected into the nodule in the patient. Immediately after the injection, the patient's pain radiating to his leg completely disappeared, while his low back pain decreased from VAS 8 to VAS 2 according to the Visual Analogue Scale (VAS). After 2 weeks, the patient's pain regressed to VAS 1. Based on this case, CN should be considered in patients with chronic low back pain, and it should not be forgotten that palpation and physical examination are very important in terms of diagnosis, and if patients are not evaluated in this respect, they may suffer from pain for a long time due to a very easily treatable condition and may be subjected to unnecessary tests.

Key words: Low back pain, Copeman's nodule, Episacral lipoma,Radiating pain

[1]Öğr. Gör. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD *(Orcid no: 0000-0003-2142-2264)*

Giriş

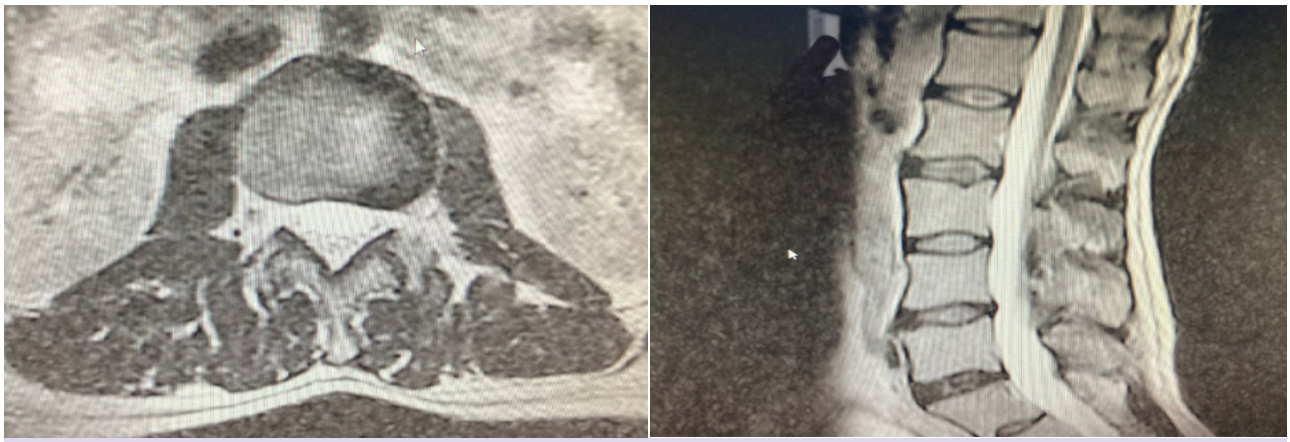
Bel ağrısı özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir ağrı nedeni olup ciddi fiziksel, psikolojik ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır (1). Yapılan bir çalışmada yaşam boyu bel ağrısı prevalansı %77,40 olarak bulunmuştur (2). Ayrıca bu çalışmada bel ağrısının özellikle kadın cinsiyette, evli ve boşanmış olanlarda, vücut kitle indeksi yüksek olanlarda ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde daha sık olduğu saptanmıştır (2). Bel ağrısı çok sık görülen ve ciddi oranlarda iş gücü kaybına ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilen bir problemdir. Literatürde erişkin yaş grubunda her 3 kişiden 2'sinin bir dönem bel ağrısı çektiği, bel ağrısının sıklıkla nüks edebildiği, bel ağrısı nedeni ile doktora başvuran hastaların %35–80'inde ağrının devam ettiği ve özürlülük oranının değişmekle birlikte %10'lara ulaştığı belirtilmektedir (3-5). Bel ağrısına neden olan patofizyolojik mekanizmaları anlamaya yönelik çalışmalarda, bel ve sırtın yüzeyel tabakasını oluşturan bağ dokusuna çok az dikkat edilmiş, torakodorsal fasya yırtığı, iltihaplanma, fibrozis, yağ infiltrasyonu ve fıtıklaşma gibi patolojiler sadece sporadik vaka raporları olarak kalmıştır (6). Episakral lipomlar ilk olarak 1937'de Reis ve ark. tarafından genellikle sakroiliak bölgede görülen ve bel ağrısına neden olan küçük, hassas, tümör benzeri nodüller olarak tanımlanmıştır (7). Copeman ve Ackerman, 1944'te bu nodüllerin "lomber lateral herniasyon" olduğunu öne sürdüler. Daha sonra bu nodüller, klinik kullanımda "Copeman nodülleri (CN)" olarak adlandırıldı. Curtis ve ark. 2000 yılında, "sırt faresi" olarak adlandırdıkları nodüllerin bel ağrısının nedenlerinden biri olabileceğini belirtmişlerdir (8,9). CN kaynaklanan ağrı kalça ve bacağa yayılım gösterebilir. Bu bölgeler aynı zamanda lumbosakral gerginlik, lomber spondiloz ve disk hastalıklarının ağrı alanları olarak da adlandırılır. Bu nedenle, CN'nin diğer bel ağrısı nedenleri ile birlikte bulunabileceği akılda tutulmalıdır. CN varlığı, hafif disk lezyonları olan kişilerde önemli ağrıya neden olabilmektedir (10). Dikkatli klinik muayene ile nodül / ler elle tutulur olabilmektedir. Kronik bel ağrısı nörolojik veya vertebral eklem hastalığından kaynaklanmadığında CN varlığından şüphelenilmelidir (11).

Sunduğumuz bu olgu ışığında, bel ağrısına neden olabilen CN'nin gözden kaçan ancak kolayca tedavi edilebilen bir patoloji olduğuna dikkat çekmek istedik. Bu vakanın bu konudaki farkındalığı arttıracağını ve bel ağrılı hastalara yaklaşımda farklı bir bakış açısı getireceğini umuyoruz.

Olgu Sunumu

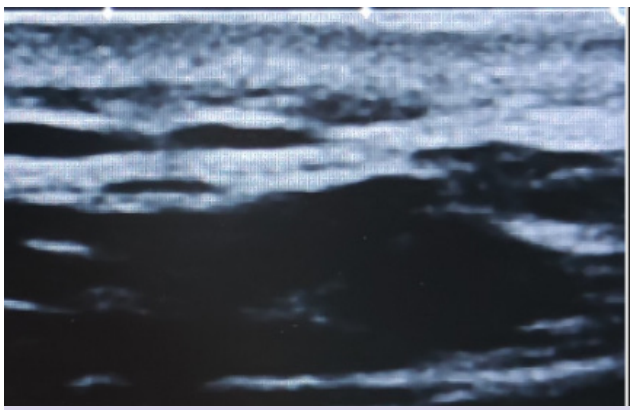
45 yaşında erkek hasta bel ve sol bacak ağrısı şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Hasta öyküsünde bel ağrısı şikayetinin yaklaşık 1 senedir devam ettiğini ifade etti. Hasta masabaşı bir işte çalışmaktaydı, zorlama ve ağır kaldırma öyküsü bulunmuyordu. Özgeçmişinde geçirilmiş bir travma öyküsü yoktu. Ayrıca hasta 1 sene öncesine kadar ciddi bir bel ağrısı yaşamadığını ifade ediyordu. Hasta bu ağrı nedeniyle birçok merkeze başvurduğunu, lomber MR (Şekil 1) ve kan testleri dahil birçok testin yapıldığını ancak ağrıyı tam olarak açıklayacak bir patolojiye rastlanmadığını belirtti. Hastanın kan tetkiklerinde tam kan sayımı, 25(OH) D vitamini, CRP, sedimentasyon, tiroid fonksiyon testleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlar içindeydi. Lomber MR'de hastanın ağrısını açıklayacak bir bası ya da kanal daralması saptanmadı. Ayrıca hasta son bir yılda bu ağrısı için çeşitli non steroidal antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ve miyorelaksan ilaçlar kullanmış, lokal sıcak tedavisi uygulamış ama ağrısında kısa süreli azalmalar olsa da anlamlı değişim gözlenmemiş.

Hastanın bel ağrısı sol bacağına özellikle de diz arkasına yayılım göstermekteydi, yanıcı ve batıcı tarzda ağrısı olduğunu ifade ediyordu ayrıca ağrı hattı boyunca nöropatik şikayetleri de vardı. Hastanın fizik muayenesinde lomber lordozu düzleşmişti. Lomber eklem hareket açıklığı ölçümlerinde kısıtlılık yoktu ama lomber fleksiyon sonu ağrılıydı. Düz bacak kaldırma testi ve Laseque testi negatif, nörolojik muayenesi doğaldı. Patolojik refleksi bulunmamaktaydı. Lomber bölgenin palpasyonunda paravertebral kaslarda belirgin duyarlılık ve kas spazmı bulunmamaktaydı ama sol arka iliak krest yakınında yaklaşık 2,5 cm çapında, lastik kıvamında, hareketli, aşırı duyarlı nodül saptandı. Nodülün palpasyonu ile hasta, sol bacağına yayılan ağrı ve uyuşukluğun arttığını ifade etti. Bu muayene bulgularının ardından hastaya tanısal yaklaşım açısından yüzeyel ultrasonografi görüntülemesi (USG) yapıldı



Şekil 1. Lomber MR görüntüleri

(Şekil 2) ve hipoekoik kistik bir yapı gözlendi ve fizik muayene ve anamnez ışığında bu yapının CN olduğu düşünüldü. Tespit edilen bu nodül 2 parmakla stabilize edildi ve nodüle iğne ile girilerek penetrasyon sağlandı (Şekil 3). İğne deri altında tutulması için hafifçe çekildi ve nodül içerisine, 4-6 farklı yerden delinerek 1 cc prilokain ve 5 mg betametazon karışımı enjekte edildi. Enjeksiyondan hemen sonra hastanın bel ağrısı Visuel Analog Skalaya (VAS) göre VAS 8'den VAS 2'ye geriledi ayrıca bacağına yayılan ağrısı tamamen kayboldu. Hastaya enjeksiyon gününde istirahat etmesi önerildi, daha sonraki günler için özellikle lomber paravertebral kaslara germe ve güçlendirme egzersizi ve core stabilizasyon egzersizleri günde iki kez her seansta 30 dakika şeklinde önerildi, bunun dışında alt lomber paravertebral kaslara günde 2 defa her seans 20 dakika olacak şekilde lokal sıcak uygulama (sıcak paket) önerildi ve NSAİİ olarak meloksikam 15mg günde 1 kez ve miyorelaksan olarak tizanidin 6mg günde bir kez kullanması için reçete edildi. 2 hafta sonraki kontrol muayenesinde ağrının VAS 1'e gerilediği tespit edildi.



Şekil 2. Sonografik görüntü



Şekil 3. Nodülü stabilize ederek intranodüler enjeksiyon

Tartışma

CN'leri, posterior superior iliak omurganın yakınında karakteristik bir yerde bulunan yuvarlak veya oval, hareketli subkutan nodüllerdir (9). Klinik pratikte CN olarak adlandırılan bu nodüller, torakodorsal fasyadaki yırtık sonucu fıtıklaşan subfasiyal yağ dokusudur ve akut ve kronik bel ağrısının önemli nedenlerinden biridir. CN genel popülasyonda yaygın olarak görülürler ve genellikle asemptomatiktirler. Swezey çalışmasında romatoloji kliniğine başvuran hastaların incelenmesi sonucunda; % 26'sının deri altı nodüllere sahip olduğunu ve% 6'sının ağrılı olduğunu ortaya çıkarmıştır (12).

CN oluşumunun etiyolojisinde genellikle spesifik bir travma belirlenir (13). Olgumuzda literatüre aykırı olarak hastanın ağrısı herhangi bir zorlanma veya travma olmaksızın yaklaşık 1 yıl önce spontan olarak başlamıştı. Bu açıdan bakılırsa spesifik bir travma olmaksızın da akut veya kronik bel ağrısı olan hastalarda CN olabileceğini unutmamak gerekir.

Motyka ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada; CN olan 35 hasta geriye dönük olarak

incelenmiştir. Katılımcıların% 37'si alt bacağa yayılan ağrı, % 14'ü bacakta uyuşma veya parestezi tarif etmiştir (14). Bizim çalışmamızda da hastanın bacağına yayılan radiküler ağrı şikayeti vardı. Hastamızın radiküler ağrısının kluneal sinir sıkışmasına neden olan nodüle bağlı olabileceğini düşündük. Bacağa yayılan ağrıların tek nedeninin disk basısına bağlı sinir sıkışması, piriformis sendromu veya miyofasiyal ağrı sendromunda aktif tetik nokta palpasyonu olmadığının akılda tutulması gerekmektedir.

CN ve miyofasiyal ağrı sendromu ayırıcı tanısı da önemli noktalardan biridir. Yerleşimlerinin benzer olması ve bazen benzer karakterde ağrıya neden olmaları bu iki durumunun karıştırılmasına neden olabilmektedir. Miyofasiyal ağrı sendromundaki tetik noktalar ile CN yerleşimleri benzer olsa da CN'de kastaki gergin bant yerine sınırları belirli bir nodül söz konusudur (10). USG'de veya fizik muayenede nodülün tespit edilmesi bu iki durumun ayırıcı tanısı açısından önemlidir.

Öken ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada; CN ile vücut kitle indeksi ve lomber lordoz varlığı arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ancak bu çalışmada yaş, cinsiyet, gebelik sayısı, sakral ve lumbosakral açının CN varlığı ile korele olmadığı saptanmıştır (15). Olgumuzda literatüre benzer şekilde hastanın lomber lordozu azalmıştı. Ancak olgumuzda hastanın vücut kitle indeksi normal sınırlar içindeydi.

Tanıdaki ana bulgu, sakroiliak bölgede palpe edilen küçük, hassas nodüllerdir. Bu nodüller kısmen hareketli ve basınca duyarlıdır. Nodülleri tespit etmenin en iyi yöntemi palpasyondur. Nodüllere bası, siyatik sinirde herhangi bir zorlanma veya lomber faset ve sakroiliak eklemde hareket olmaksızın siyatik veya radiküler tipte ağrıya neden olabilir veya bunu artırabilir (16). Olgumuzda tanıyı literatürde olduğu gibi ele gelen hareketli kitle ile koyduk. Ayrıca bu lipomatöz kitleyi USG ile gösterdik.

CN tedavisi sıcak uygulama, masaj, kuru iğneleme, lokal anestezik + steroid kombinasyonu ile enjeksiyon gibi farklı tedavi modalitelerini içermektedir. Bu tedavilerin dışında hastalarda lomber bölgenin biyomekanik özelliklerinin değişmiş olabileceği düşünülmeli ve hastalarda karın kaslarının güçlendirilmesi ile lomber lordozun düzeltilmesi tedavide önemli olabilmektedir (15). Olgumuzda daha önce yüzeysel ısı, germe ve diğer konservatif tedavilerin uygulanması ve yanıt alınamaması nedeniyle lokal anestezik + steroid enjeksiyonu tedavisini uygun gördük. Enjeksiyon tekniği olarak çoklu delme tekniği ile intranodüler enjeksiyon uyguladık.

Sonuç

CN, genellikle asemptomatik olan yaygın bir patolojidir. Olgumuzda olduğu gibi bazen lomber disk hernisini taklit eden ağrıya neden olabilmektedir. Hastalar bu açıdan değerlendirilmezse çok kolay tedavi edilebilen bir durum nedeniyle uzun süre ağrı çekebilirler ayrıca gereksiz testlere ve müdahalelere tabi tutulabilirler.

İletişim: Öğr. Gör. Uğur Ertem
E-Posta: ugurertem@uludag.edu.tr

Kaynaklar

1. Dündar Ü, Solak Ö, Demirdal ÜS, Toktaş H, Kavuncu V. Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi. Genel Tıp Derg 2009;19(3):99-104.
2. Esen ES, Toprak D. Bel Ağrısı Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2018;18(4):460-9.
3. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. New Engl J Med 2001;344(5):363–70.
4. Carragee EJ. Clinical practice. Persistent low back pain. New Engl J Med 2005;352(18):1891–8.
5. Carey TS, Garrett JM, Jackman A, Hadler N. Recurrence and care seeking after acute back pain: results of a long-term follow-up study. North Carolina Back Pain Project. Med Care 1999;37(2):157–64.
6. Langevin HM, Stevens-Tuttle D, Fox JR, et al. Ultrasound evidence of altered lumbar connective tissue structure in human subjects with chronic low back pain. BMC Musculoskelet Disord 2009;10:151.
7. Bond D. Low back pain and episacral lipomas. Dynamic Chiropractic 2000;18:1-6 (www.dynamicchiropractic.com).
8. Copeman WSC, Ackerman WL. "Fibrositis" of the back. Quart J Med 1944;13:37-52.
9. Curtis P, Gibbons G, Price J. Fibro-fatty nodules and low back pain: the back mouse masquerade. J Fam Pract 2000;49:345-8.
10. Erdem HR, Nacır B, Özeri Z, Karagöz A. Episakral lipoma: Bel ağrısının tedavi edilebilir bir nedeni.

Ağrı 2013;25(2):83-86.
11. Farina R, Foti PV, Cocuzza G, Costanza V, Costanza G, Conti A. Copeman nodule: a case report. J Ultrasound (2017) 20:251–252.
12. Swezey RL. Non-fibrositic lumbar subcutaneous nodules: Prevalence and clinical significance. Br J Rheumatol 1991; 30:376- 378.
13. Herz R. Subfascial fat herniation as a cause of low back pain differential diagnosis and ıncidence in 302 cases of backache. Ann Rheum Dis. 1952 Mar; 11(1): 30–35.
14. Motyka TM, Howes BR, Gwyther RE, Curtis P. Treatment of low back pain associated with "back mice": A case series. J Clin Rheumatol 2000; 6:136-141.
15. Öken Ö, Köybaşı M, Tunçbilek I, Ayhan F, Yorgancıoğlu RZ. The association of presacral nodules with biomechanics of the lumbar region and lumbar discopaties in patients with low back pain. Turk J Phys Med Rehab 2010;56:18-20.
16. Erdem HR, Nacır B. Episacral lipoma. J PMR Sci 2014; 17: 196-200.



Fotoğraf:Dilek Eren, TTB-STED Fotoğraf Yarışması arşivinden