Olgu Sunumu *Case Report*
DOI: 10.24938/kutfd.348308 **Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2018;20(1):87-91**

PİRİFORMİS SENDROMU: BİR OLGU SUNUMU

Piriformis Syndrome: A Case Report

Erdal DİLEKÇİ[1]

[1]*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi FTR Eğitim ve Araştırma Hastanesi, BOLU, TÜRKİYE*

ÖZ

Piriformis sendromu, kalça ve bel ağrısı ile karakterize nadir görülen nöromusculer bir patolojidir. Non diskojenik lumbalji ve siyatalji nedenidir. Kalçada ağrı, bacak ağrısının kalçanın iç rotasyonuyla artması, palpasyonla siyatik sinir ağrısının ortaya çıkması piriformis sendromunun temel özellikleridir. Klinik olarak lomber disk hernisi ile sıklıkla karışabilmektedir. Piriformis sendromu bel ağrısının çok nadir görülen bir nedeni olup, tanı konulabilmesi için öncelikle bu hastalığın hatırlanması sonra da diğer olası sebeplerin ekarte edilmesi gerekir. Ayrıntılı anamnez ve dikkatli bir fizik muayene ile tanı konmaktadır. Bu yazıda, Manyetik rezonanans (MR) görüntülemede L4-5 kök basısı olan ve yanlışlıkla lomber disk hernisi tanısı alan bir piriformis sendrom olgusunu dikkat çekmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Piriformis sendromu, siyatalji, lomber disk hernisi

ABSTRACT

The piriformis syndrome is a rare neuromusculer pathology which is characterised by hip and low back pain. It is the cause of non discogenic lumbalgia and sciatica. Hip pain, increase in leg pain with internal rotation of the hip, onset of sciatic nerve pain with palpation are the basic features of piriformis sydrome. Piriformis syndrome is a very rare cause of low back pain and can be diagnosed in order to be remembered first, then the other possible causes should be excluded. Diagnosis is made by detailed history and careful physical examination. Here, we aimed to draw attention to a piriformis syndrome which presented together with L4-L5 radiculopathy in MR imaging and misdiagnosed as lumbar herniated disc.

Keywords: Piriformis syndrome, sciatica, lumbar herniated disc

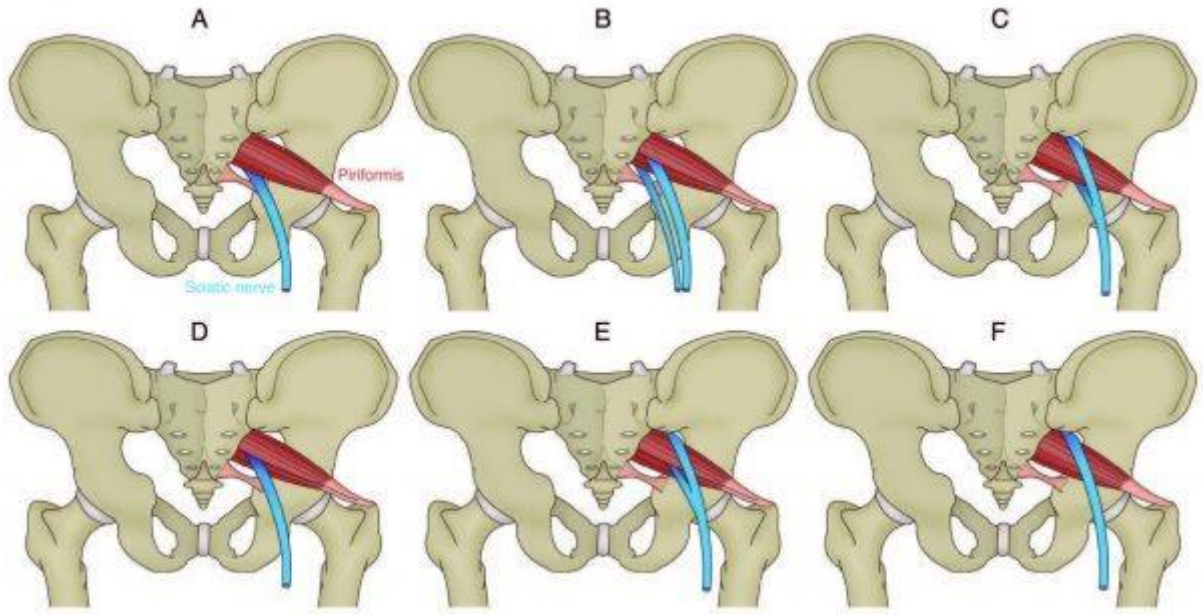
Yazışma Adresi / Correspondence: **Dr. Erdal DİLEKÇİ**
Abant İzzet Baysal Universitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EAH, Karacasu, BOLU, TÜRKİYE
Telefon: 0374 2628445 **E-posta**: erdaldilekci@gmail.com
Geliş Tarihi / Received: 01.11.2017 **Kabul Tarihi** / Accepted: 04.12.2017

KÜ Tıp Fak Derg 2018;20(1):87-91
DOI: 10.24938/kutfd.348308

GİRİŞ

Piriformis kası sakrumun lateral kenarındaki siyatiek çntik üzerinden trokanter majore doğru uzanan üçgen şeklinde bir kastır. Siyatik sinir bu kas altından geçerken siyatik çıkıntı civarında nadiren hasarlanması sonucu gelişen klinik durum piriformis sendromu olarak adlandırılır (Şekil 1) (1). Piriformis sendromu, primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilir. Primer piriformis sendromunda sorun kasta iken (örneğin; miyofasiyal ağrı, travmaya bağlı miyozitis ossifikans) , sekonder nedenler ise siyatik çentiğin komşuluğundaki yapılar olarak kabul edilmektedir. Major etyoloji piriformis kasının spazm, ödem ve inflamasyon nedeniyle siyatik sinirin bası altında kalmasıdır (2). Kasın ya da siyatik sinirin doğuştan kısalığı bu sendromun diğer nedenlerinden biridir (3). Kalçada hassasiyet, bacak ağrısının kalçanın iç rotasyonuyla artması, palpasyonla siyatik ağrısının ortaya çıkması bu klinik sendromun temel özellikleridir. Hastalar genellikle, siyatik sinirin sensoriyel dağılım alanında ağrıdan yakınırlar. Siyatik sinirin trasesi boyunca özellikle paravertebral bölge veya kalçada ağrı ve hassasiyet vardır. Bacak germe (Laseque) testi esnasında siyatik sinirin gerilmesi ağrıyı belirginleştirir (4). Piriformis sendromu, eşlik eden lomber disk patolojisiyle beraber prezente olabilebileceği gibi olgumuzda olduğu gibi radyolojik görüntüleme bulguları piriformis sendromu tanısını atlamamıza neden olabilir.

Non steroid antiinflamatuvar (NSAİ) ve miyorelaksan ilaçlar, fizik tedavi modaliteleri, kaplıca ve spa tedavileri, germe egzersizleri, manipulasyon, akupunktur, kinezyobant uygulamaları, siyatik sinir ve ganglion blokları, tetik nokta ve botilinum toksin enjeksiyonları veya dirençli olgularda cerrahi müdahaleler (tenotomi, nöroliz) tedavi seçenekleri arasındadır (5).



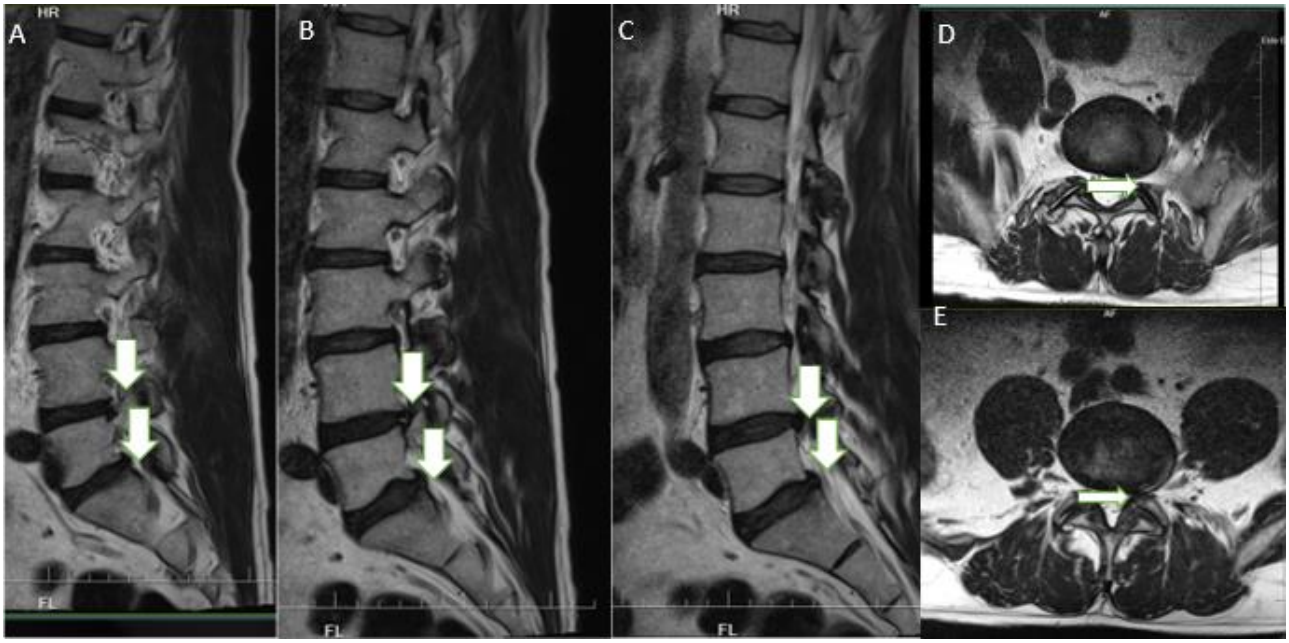
Şekil 1: Piriformis kasının ve siyatik sinirin ilişkisi

KÜ Tıp Fak Derg 2018;20(1):87-91
DOI: 10.24938/kutfd.348308

OLGU

38 yaşında, vinç operatörlüğü yapan erkek hasta polikliniğimize, 6 ay önce sol kalçadan başlayan ve şiddeti giderek artan, kalçadan topuğa kadar yayılan ağrı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde mesleğinden dolayı uzun süre sert ve vibrasyonlu yerde oturma öyküsü dışında bir özellik yoktu. Ağrıya son dönemde uyuşma ve karıncalanma ve son bir aydır da parestezi eklenmiş. Ağrı özellikle uzun süre oturmakla ve ayakta uzun süreli sabit duruşlarda artıyormuş. Hastaya MR inceleme yapılmış ve disk hernisi düşünülüp NSAİ ve miyorelaksan tedavi başlanmış. Ancak şikâyetlerinin azalmaması üzerine hasta 14 seans fizik tedaviye alınmış. Fizik tedavi sonrası semptomlarında ancak kısmi ve geçici rahatlama olan hastaya algoloji kliniği tarafından girişimsel işlem uygulanmış. Bu işlem sonrası 15-20 gün kadar ağrısı hiç olmayan hastanın sonradan şiddeti artarak tekrar başlamış. Hastanın ağrı düzeyi vizüel analog skalaya göre 9-10/10 idi.

Fizik muayenesinde vücut ağırlığı 73 kg, boy 176 cm idi. Palpasyonda, alt lomber bölgede sol paravertebral alanda lokal hassasiyet ve ağrı ile beraber kas spazmı mevcuttu. Sol siyatik sinir trasesi boyunca valleiks noktalarında hassasiyet olmakla beraber sol kalça üzerinde hassasiyet daha belirgindi. Piriformis kası üzerinde tetik nokta ile uyumlu ağrılı ve sert nokta mevcuttu. Sol kalça pasif olarak internal rotasyona getirildiğinde hastanın bu bölgedeki ağrısı şiddetlenmekteydi. Laseque, Freiberg ve FAIR testleri solda müspetti. Motor ve duyu defisiti yoktu. Derin tendon refleksleri alt ekstremitelerde normoaktifti. Piriformis tanı kriterlerinden gluteal atrofi dışında meslek gereği gluteal bölgeye kronik tekrarlayan travma öyküsü, siyatik sinir trasesi ve piriformis kasında ağrı, hareketi durdurucu vasıfta lomber bölgeden bacağa yayılan ağrı, piriformis kası üzerinde hassas, palpe edilebilir kitle, Laseque testi pozitifliği mevcuttu. Hastanın dış merkezde yapılmış olan hemogram, biyokimyasal belirteçleri ve idrar tetkiki normaldi. 25 (OH) Vit D düzeyi 17 ng/dL idi. Lomber MR'da L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde disklerde sol nöral foramenleri daraltan kök basısı oluşturmayan, dural keseye bası yapmış bulging mevcuttu. Ayrıca, L4-5 diskinde ayrıca anüler fissür mevcuttu (Şekil 2).



Şekil 2: L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde disklerde sol nöral foramenleri daraltan kök basısı oluşturmayan, dural keseye bası yapmış bulging mevcuttur. L4-5 diskinde ayrıca anüler fissür mevcuttur. Soldan sağa ardışık sagital T2A sekanslar (A, B ve C imajları) ve L4-5 aksiyel T2A kesiti (D imajı) ile L5-S1 aksiyel kesiti (E imajı). A, B ve C imajlarındaki dikey oklar sagital kesitlerde diskin nöral foramen daralttığı, D ve E imajlarındaki yatay oklar aksiyel kesitlerde diskin nöral foramen daralttığı lokalizasyonları göstermektedir.

KÜ Tıp Fak Derg 2018;20(1):87-91
DOI: 10.24938/kutfd.348308

Öykü, uygulanan tedavilere kısmi ve geçici yanıt vermesi, fizik muayene ve MR bulgularıyla hastada mevcut siyataljinin nedeninin piriformis sendromu olduğu düşünüldü. Daha önce yapılan tedavilerden kısmi ve geçici yanıt alınması, lokal anestezik maddenin etki süresi bitiminde ağrının tekrar ortaya çıkmış olması nedeniyle lomber disk hernisi tanısından uzaklaşıldı. Hastaya bilgilendirme yapılıp onayı alındıktan sonra piriformis kasına yönelik enjeksiyon tedavisi kararı verildi. Hastanın zayıf olması ve sol kalça üzerinde belirgin hassas noktası olması üzerine körleme teknikle 21G (yeşil uç) enjektör içerisinde 9cc lokal anestezik (%2 prilokain) + 1cc steroid (40 mg triamsinolon) enjeksiyonu uygulandı. Ardından hastaya pasif priformis germe egzersizleri postizometrik relaksasyon tekniğiyle kombine edilerek uygulandı ve ev programı şeklinde devamı önerildi. Enjeksiyon sonrası 30. dakikada vizüel analog skalanın 5/10 düzeyine gerilediği kaydedildi. Hastanın 10. gün ve 1. ay kontrolünde vizüel analog skala düzeyi 1/10 idi. Ağrıda çok belirgin azalma olmakla birlikte, hasta ağrıyı ilk başta olduğu gibi ağrı ve uyuşma tarzında değil, gerginlik ağrısı olarak tarifliyordu. Fizik muayenede lomber bölge ile sol kalçadaki hassasiyet gerilemişti ve laseque testi negatif idi. Hastanın 45. gün kontrolünde ağrı şikâyetinin tamamen kaybolduğu, üçüncü ay kontrolünde ise tam iyilik halinin devam ettiği kaydedildi.

TARTIŞMA

Piriformis kasının anatomik olarak siyatik sinir ve sakroiliak eklem komşuluğu nedeni ile 1928 yılında Yeoman tarafından siyatalji nedeni olabileceği belirtilmiş, 1947 yılında Robinson tarafından ise ilk olarak piriformis sendromu olarak adlandırılarak tanı kriterleri geliştirilmiştir (6,7).

Piriformis sendromu tanı kriterleri:

1. Anamnezde sakroiliak ve kalça bölgesinde travma öyküsü
2. Siyatik sinir trasesi ve kalça bölgesinde ağrı ve yürümede zorluk
3. Durdurucu vasıfta ağrı veya kalça ve lumbal spinal bölgede traksiyon
4. Piriformis kası bölgesinde palpe edilebilen çıkıntı veya tetik nokta ile uyumlu kitle
5. Fizik muayenede Laseque testi müspetliği
6. Gluteal atrofi

Yapılan çalışmalar sonucunda bel ağrısı ve siyatalji kliniğiyle takip edilen olguların %6-8'inin piriformis sendromu tanısı aldığı ortaya konmakla beraber çoğu olguda ağrının ana nedeni olarak piriformis kasındaki tetik noktalar gösterilmiştir (8). Bizim olgumuzda olduğu gibi bel ağrısı ve siyatalji ile prezente olan olgularda ayırıcı tanıda mutlaka akla getirilmelidir. Tanıda asıl olan öykü ve fizik muayanedir (7,9). Öyküde genellikle düşme gibi gluteal bölgeye olan major bir travma veya sert zeminde oturma gibi tekrarlayıcı mikrotravmalar vardır. Kalçada ağrı ve hassasiyet hastaların çoğunda bulunur. Uzun süreli ve sert zeminde uzun süreli oturma ile şiddetlenen 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 ağrıyı artırır (10). Ancak dirençli bazı vakalarda ayırıcı tanı yapılabilmesi amacıyla direkt grafi, elektrofizyolojik çalışmalar, ultrasonografi, MR, bilgisayarlı tomografi tetkikleri yol gösterici olmaktadır (10). Niu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada piriformis sendromu tanısı alan hastaların lomber MR ve tomografi görüntülerinde %58 oranında disk hernisi ile uyumlu bulgular olduğu ve unilateral siyatalji varlığında piriformis sendromu tanısını doğrulamak için piriformis kasına lokal enjeksiyon yapılması gerekliliği önerilmiştir (11). Bizim olgumuzda olduğu gibi bel ağrısı ve siyatalji şikâyeti olan hastada detaylı fizik muayene yapılmadan çekilen MR incelemesinin tanıda yanlışlıklara yol açması muhtemeldir. Biz de hastamıza uyguladığımız enjeksiyon ile tanımızı desteklemiş olduk

KÜ Tıp Fak Derg 2018;20(1):87-91
DOI: 10.24938/kutfd.348308

Tedavide NSAİ ve miyorelaksan ilaçlar, fizik tedavi modaliteleri, kaplıca ve spa tedavileri, germe egzersizleri, manipulasyon, akupunktur, kinezyobant uygulamaları, siyatik sinir ve ganglion blokları, tetik nokta ve botilinum toksin enjeksiyonları veya dirençli olgularda cerrahi müdahaleler (tenotomi, nöroliz) tedavi seçenekleri arasındadır (5). Yapılan çalışmalar lokal anestezik maddeye steroid veya klonidin eklenmesinin sadece lokal anestezik maddeyle uygulanan enjeksiyona göre daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (12). Bizim olgumuzda da anamnezde uzun süre sert zeminde oturma öyküsü, bel ağrısıyla beraber siyatalji varlığı, lomber bölgeye uygulanan blok sonrası geçici iyilik hali olması, piriformis provakasyon testlerinin müspet olması sonucunda priformis sendromu tanısı konmuştur. Piriformis kasında tespit edilen tetik noktaya enjeksiyon sonrası rahatlama olması da tanımızı doğrulamıştır.

Sonuç olarak; siyataljisi olan hastalarda özellikle MR görüntülemenin sıklıkla kullanıldığı günümüz şartlarında piriformis sendromlu olgular yanlışlıkla lomber diskopati tanısı alabilmektedir. Piriformis sendromu nadir görülen, nondiskojenik siyataljinin önemli bir nedeni olup ayırıcı tanıda akla gelmesi durumunda anamnez ve fizik muayene ile kolayca tanı konabilmekte ve tedavi edilebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Boyajian-O'Neill LA, McClain RL, Coleman MK, Thomas PP. Diagnosis and management of piriformis syndrome: an osteopathic approach. J Am Osteopath Assoc. 2008;108(11):657-64.
2. Parlak A, Aytekin A, Develi S, Ekinci S. Piriformis syndrome: a case with non-discogenic sciatalgia. Turk Neurosurg. 2014;24:117-9.
3. Dere K, Akbas M, Luleci N. A rare cause of a piriformis syndrome. J Back Musculoskelet Rehabil. 2009;22:55-8.
4. Windisch G, Braun EM, Anderhuber F. Priformis muscle: clinical anatomy and consideration of the piriformis syndrome. Surg Radiol Anat. 2007;29(1):37-45.
5. Grgic V. Piriformis muscle syndrome: etiology, pathogenesis, clinical manifestasions, diagnosis, differential diagnosis and therapy. Lijec Vjesn. 2013;135:33-40.
6. Yeoman W. The relation of arthritis of the sacro-iliac joint to sciatica, with an analysis of 100 cases. Lancet. 1928;212(5492):1119-23.
7. Robinson DR. Pyriformis syndrome in relation to sciatic pain. Am J Surg. 1947;73(3):355-8.
8. Huerto AP, Yeo SN, Ho KY: Piriformis muscle injection using ultrasonography and motor stimulation-report of a technique. Pain Physician. 2007;10 (5):687-90.
9. Guvençer M, Akyer P, Iyem C, Tetik S, Naderi S. Anatomic considerations and the relationship between the piriformis muscle and the sciatic nerve. Surg Radiol Anat. 2008;30(6):467-74.
10. Hulberta A, Deyleb GD. Differential diagnosis and conservative treatment for piriformis syndrome: a review of the literature. Curr Orthop Pract. 2009;20(3):313-9.
11. Niu CC, Lai PL, Fu TS, Chen LH, Chen WJ. Ruling out piriformis syndrome before diagnosing lumbar radiculopathy. Chang Gung Med J. 2009;32:182-7.
12. Naja Z, Al-Tannir M, El-Rajab M, Ziade F, Daher Y, Khatib H, et al. The effectiveness of clonidine-bupivacaine repeated nerve stimulator-guided injection in piriformis syndrome. Clin J Pain. 2009;25(3):199-205.