

# PIRIFORMİS SENDROMU ve LOMBER DİSK HERNİSİ BİRLİKTELİĞİ OLAN HASTANIN NÖRALTERAPİ ile TEDAVİSİ

## COEXISTENCE OF PIRIFORMIS SYNDROME AND LUMBAR DISC HERNIATION TREATED WITH NEURAL THERAPY

Fatma Gülçin UĞURLU, MD<sup>1</sup> \*

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara - Turkey  
Yıldırım Beyazıt University, Physical Therapy and Rehabilitation, Ankara-Turkey

### Özet

Piriformis sendromu non-diskojenik siyatikaljinin nedenlerinden biridir. Piriformis sendromu lomber disk herniasyonu ile birlikte görülebilir. Bu durum dirençli bel ve bacak ağrısına yol açar ve bu durumda piriformis sendromu tanısı zorlaşabilir. Bu yazıda lomber disk herniasyonu ve piriformis sendromu birlikteliği sonucu dirençli ağrıları olan ve nöralterapi ile başarılı şekilde tedavi edilen olgu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Piriformis Sendromu, Lomber disk herniasyonu, Nöralterapi.

### Summary

Piriformis syndrome is one of the causes of the non-discogenic sciatica. This syndrome may be seen with lumbar disc herniation. Coexistence of piriformis syndrome and lumbar disc herniation leads to resistant back and leg pain, and in this condition, diagnosis of the piriformis syndrome may be difficult. In this report, we presented that a patient with resistant back and leg pain depend on coexistence of piriformis syndrome and lumbar disc herniation was successfully treated with neural therapy.

**Key words:** Piriformis syndrome, lumbar disc herniation, Neural therapy.

### Giriş

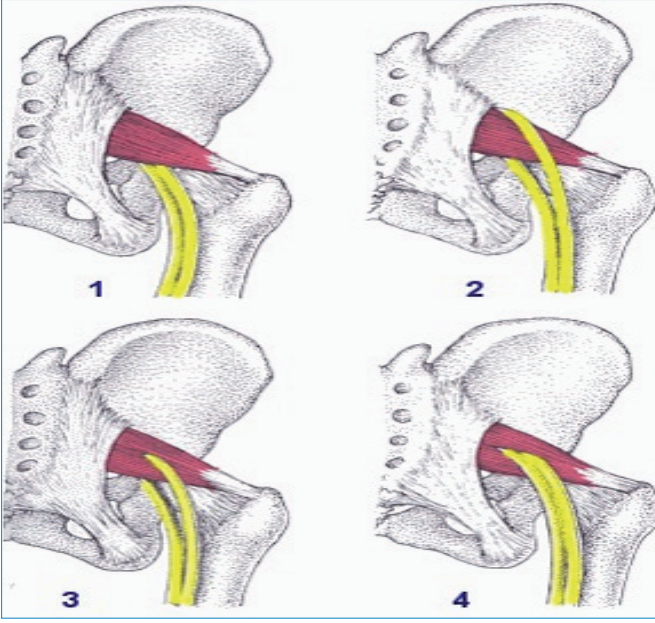
Piriformis sendromu, piriformis kasının spazmına bağlı olarak siyatik sinirin kompresyonu ve buna bağlı gluteal bölgeden bacağına yayılan ağrının izlendiği tuzak nöropatisi olarak tanımlanır. Ağrı özellikle gluteal bölgede hissedilir. Piriformis sendromu, primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilir. Primer durumlarda sorun kasın kendisinde iken (örneğin; miyofasiyal ağrı, travmaya bağlı miyozitis ossifikans) sekonder durumlar siyatik çentigin komşuluğundaki yapılar nedeniyle ortaya çıkar. Major etyoloji bu kasın spazm, ödem ve inflamasyonuna bağlı olarak siyatik sinirin basıya uğramasıdır (1,2). Kasın ya da siyatik sinirin doğuştan kısıklığı bu sendromun diğer nedenleridir (3). Piriformis sendromu non-diskojenik siyatik ağrısının yaygın bir nedenidir. Semptomlar genellikle uzun süreli ayakta durmakla, oturmakla ve uzanmakla artar. Pozisyon değişikliği ile ağrı tamamen geçmez.

\* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Fatma Gülçin Uğurlu, MD  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara Türkiye  
Tel: 00 90 505 273 01 11  
gcnrl@hotmail.com

Ayrıca piriformis sendromuna bağlı olarak karşı taraf sakroiliak eklemden disfonksiyona neden olabilir. Tanıda anamnez ve fizik muayene esastır. FADIR (fleksiyon, adduksiyon, iç rotasyon) testi pozitif olarak bulunabilir. Elektrofizyolojik bulgular zaman zaman tanıya yardımcı olsa bile genellikle normal olarak bulunur (2,4). Piriformis sendromu belirtileri lomber vertebra kaynaklı patolojiler ile benzerlik gösterdiğinden genellikle ayırıcı tanıda göz ardı edilir. Hastada eşlik eden lomber disk herniasyonu varlığında tanıyı koymak daha da zorlaşır ve bu durumda daha dikkatli olmak gerekir.

Non-steroidal antiinflatuar ilaçlar, fizik tedavi ajanları (ultrasound, TENS, interferansiyel akım), germe egzersizleri, kineziyobant uygulamaları, akupunktur, siyatik sinir blokajı, botulinum toxin uygulaması ve cerrahi müdahaleler (piriformis kası tenotomi, siyatik sinir nörolizi) tedavide kullanılabilir (5). Nöralterapi lokal anesteziğin tanı ve tedavi için kullanıldığı uygulamaların genel adıdır ve piriformis sendromunda da kullanılabilen etkin bir tedavi yöntemidir. Genel olarak tedavi T9-S4 segmentlerini içeren segmental tedavi ile başlar, tetik nokta ve bozucu alanlar tespit edilir ve buna yönelik enjeksiyonlar yapılır. Gerekirse sakral kanal, sakroiliak



Şekil 1 | Piriformis kası ve siyatik sinirin gidişi.

eklem enjeksiyonları ve ganglion blokajı tedaviye eklenebilir (4,6). Bu yazıda lomber disk herniasyonu ile birlikte olan piriformis sendromunda nöralterapi ile tedavi edilen olgu sunulmuştur.

## Olgu Sunumu

35 yaşında, hemşire olarak görev yapan kadın hasta 9 aydır devam eden bel ve sağ bacakta olan ağrı ve uyuşma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ağrı düzeyi vizüel analog skala göre 9/10'du. Sağ bacağı yayılım son 3 ayda belirgin olarak artmış. Aktiviteyle, uzun süre oturmakla, merdiven inip çıkmakla ve menstruasyon döneminde ağrıları belirgin olarak artarken, istirahat ve nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlarla ağrısı rahatlıyormuş.

Özgeçmişinde, aşıların tam olduğu öğrenilen hastanın dismenoresi mevcuttu. Ayrıca 3 yıl önce guatr nedeniyle tedavi görmüş, 5 yıl önce sezeryan operasyonu, 12 yaşında tonsillektomi ve üst çenede 16, 26 alt çenede 45 numaralı dişlere tedavi alma öyküsü vardı. Sebze ağırlıklı beslenen hastanın şeker tüketimi olduğu, 2 L/gün su tükettiği, sedanter yaşam sürdürdüğü ve kabızlık şikayeti olduğu öğrenildi.

Fizik muayenede, Adler-Langer nokta palpasyonu ile C2 ve C4'de bilateral, C3'te sağda hassasiyet, Kibler cilt kaydırma testinde sağda C5-6 ve bilateral L3 ve S2 de disfonksiyon saptandı. Lomber muayenede solda sakroiliak ekleme disfonksiyon ve solda öne akış fenomeninde pozitiflik saptandı. Motor-duyu muayenesi normal olan hastanın, düz bacak kaldırma testi sağda 30°'de pozitif ve L2-3-4'te spinöz proses hassasiyeti tespit edildi. Hastanın çekilen lomber MR'ında L3-4 ekstrüde disk mevcuttu. Bu nedenle hasta başka merkezlerde 3 defa, farklı zamanlarda (her birinde en az 10 seans) fizik tedavi almış, 15 seans akupunktur, 10 seans ozon tedavisi uygulanmış, hastanın ağrılarında bu tedavilerle azalma olmuş ancak tamamen iyileşmemiş. Lomber diskopatı, bozucu

alan (tonsil, dişler, uterus), hormonal disfonksiyon, sakroiliak eklem disfonksiyonu ön tanılarıyla nöralterapi programına alındı. Öncelikle rafine karbonhidrat, süt peynir gibi asidik yiyeceklerden kaçınması, su tüketimi artırılması gibi beslenme önerilerinde bulunuldu. 2\*1 probiyotik ve 3\*1 bikarbonat preparatı başlandı.

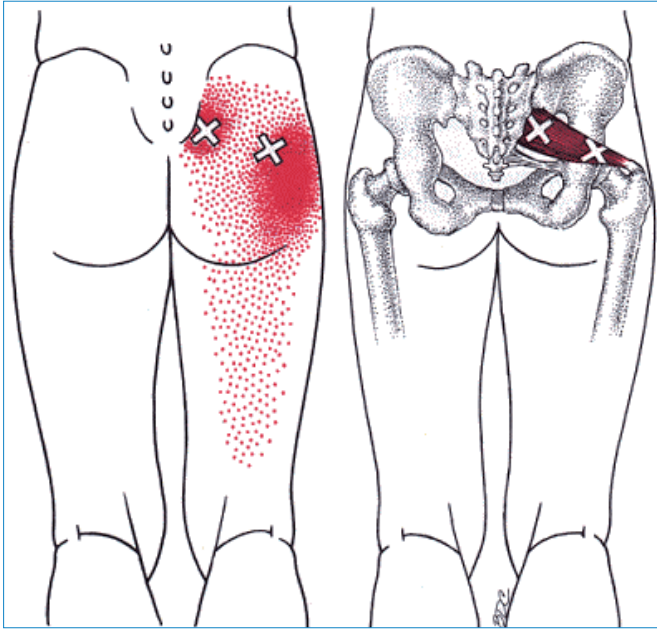
1. seansta sorunlu segmentlere quadell, L2-3-4 spinöz proses ve lig flavumlara enjeksiyon, sempatik regülasyonun sağlanması ve pelvik kan akımının artırılması amacıyla L2 sempatik trunkus enjeksiyonu ve sakral kanal enjeksiyonu yapıldı. 2. seansta hastanın ağrılarının kısa süreli azaldığı ancak sonrasında şiddetli ağrı olduğu izlendi (reaksiyon fenomeni). Bu nedenle Adler-Langers muayenesi ile bulunan bozucu alanlara yönelik (tonsil, dişler), trigeminus V1-V2-V3 dalları enjeksiyonu yapıldı, jinekolojik alan ve hormonal disfonksiyona yönelik hipofiz, tiroid, bilateral ganglion frankenhauser, sakral kanal, T9-S4 segmentlerine quadell yapıldı. 3 gün sonra kontrole gelen hastanın bel ve bacak ağrısı %50 azalmış, kasık ağrısı ise devam etmekteydi. Adler Langer noktalarında hassasiyeti düzelen hastanın kibler testi L2-S4 arası bozduktu. Hastaya L2-S4 quadell ve bilateral L2 sempatik trunkus blokajı yapıldı. 4. seansta hastanın ağrılarının sadece iki gün süreyle düzeldiği öğrenildi ve 3. seansta yapılanlar tekrarlandı. 4 seans uygulama sonrası (lokal, segmental, bozucu alan, hormonal eksen, ganglion blokajı) kısmi iyileşme izlenen hastanın 5. seansta tekrarlanan fizik muayenesinde sağ piriformis kasında aktif tetik nokta tespit edildi. Tetik noktaya basmakla ilk başta oluşan şikayetlerinin tekrarladığı gözlemlendi. Piriformis kası tetik noktası, kasın origo ve insersiyosu, S1-S2 sinir köklerine enjeksiyon yapıldı. Ayrıca germe egzersizleri aktif olarak yaptırılarak öğretildi. 1 hafta sonra yapılan kontrolde hastanın şikayetlerinin tamamen geçtiği gözlemlendi.

## Tartışma ve Sonuç

Bu yazıda bel ve sağ bacakta ağrı, uyuşma şikayetleri ile kliniğimize başvuran, lomber disk hernisi ile piriformis sendromunun birlikte gözlemlendiği ve nöralterapi ile tedavi edilen 35 yaşındaki bayan hasta sunulmuştur.

Piriformis sendromu, piriformis kasındaki spazm ve siyatik sinir irritasyonuna bağlı ağrı ve uyuşmanın yaygın bir nedenidir. Daha önce bu sendrom ile ilgili dört patolojik durum tanımlanmıştır. Bunlar piriformis kası çevresindeki lezyonlara bağlı olarak siyatik sinir proksimalinin hasarı, piriformis kasının spazmına bağlı olarak siyatik sinir proksimalinde kompresyon, yine piriformis kası nedeniyle sinir hasarı ve siyatik sinir hasarı gözlenmeksizin çevre dokulardan kaynaklanan travma, skar dokusu oluşumu gibi nedenlerle oluşan kalça ağrısı olarak sıralanabilir (7).

Piriformis sendromu tanısı klinik muayene ile konulur. Siyatik sinir ile prezente olduğu için lomber disk herniasyonu ve radikülopatinin ayırıcı tanısında akla getirilmelidir. Hastada görüntüleme yöntemleri ile gösterilmiş lomber disk herniasyonu varlığında piriformis sendromu tanısından uzaklaşılabilir. Daha önce yapılan bir çalışmada piriformis sendromu



Şekil 2 | Piriformis kasında bulunan tetik noktalar.

tanısı konmuş hastaların %58'inde lomber omurgada pozitif MR ve tomografi bulguları olduğu ve unilateral siyatalji varlığında piriformis sendromu tanısını atlamamak için ilgili kasa yönelik enjeksiyon yapılmasının gerekli olduğu bildirilmiştir (8). Bizim hastamız da tek taraflı siyatalji şikayeti ile kliniğimize başvurmuştu ve MR bulguları nedeniyle ön planda lomber diskopatiye yönelik tedavi uygulandı. Ancak hastanın şikayetlerinde düzelmeye kısmi olması nedeniyle altta yatan ek bir patoloji düşünüldü ve detaylı muayene ile piriformis sendromu tanısı kondu.

Piriformis sendromu tedavisinde farklı modaliteler uygulanabilmekle birlikte en sık tercih edilen tedavi yöntemleri germe egzersizleri ve kasa yapılacak olan enjeksiyonlardır. Enjeksiyon için lokal anestetikler, kortikosteroid ya da botos kullanılabılır (9,10).

Mısırlıoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada lokal anestetik enjeksiyonunun piriformis kası sendromu

tedavisinde etkili olduğu, lokal anestetiklere kortikosteroid eklenmesinin ek bir yarar sağlamadığı bildirilmiştir (10). Nöralterapide tetik nokta enjeksiyonlarına ek olarak yapılan lokal ve segmental quadell uygulamaları ile ganglion blokları ilgili ekstremitelerde sempatik regülasyonun düzenlenmesini ve kan akımının artırılmasını sağlayarak tedavi etkinliğinin daha iyi olması hedeflenir (4,6). Bizim hastamızda da öncelikli olarak disk herniasyonuna yapılan uygulamalar ve sonrasında tetik nokta enjeksiyonu ile tam iyileşme sağlanmıştır.

Sonuç olarak, piriformis sendromu non-diskojenik siyataljinin önemli bir nedenidir ve tek taraflı siyatalji varlığında ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Ayrıca bu sendrom lomber disk herniasyonu ile birlikte görülebilir ve bu durumda tedaviyi zorlaştırabilir. Lomber disk herniasyonu ve piriformis sendromunun birlikte bulunmasına bağlı olan dirençli bel ve bacak ağrısında nöralterapi etkili ve güvenli bir tedavi metodudur.

### Kaynaklar

1. Foster MR. Piriformis syndrome. *Orthopedics*.2002;25:821–825.
2. Parlak A, Aytakin 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. Elmacıoğlu MA, Karakan M. Piriformis sendromu. *Barnat* 2013;1:35-39.
5. Grgic V. Piriformis muscle syndrome: etiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis and therapy. *Lijec Vjesn*. 2013;135:33-40.
6. Weinschenk S. Neural therapy—A review of the therapeutic use of local anesthetics. *Acupuncture and Related Therapies*. 2012;1:5-9.
7. Stewart J.D. The piriformis syndrome is overdiagnosed. *Muscle Nerve*. 2003;28:644–649.
8. 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.
9. Santamato A, Micello MF, Valeno G, Beatrice R, Cinone N, Baricich A, Picelli A, Panza F, Logroscino G, Fiore P, Ranieri M. Ultrasound-Guided Injection of Botulinum Toxin Type A for Piriformis Muscle Syndrome: A Case Report and Review of the Literature. *Toxins (Basel)*. 2015;7:3045-56.
10. Misirlioglu TO, Akgun K, Palamar D, Erden MG, Erbilir T. Piriformis syndrome: comparison of the effectiveness of local anesthetic and corticosteroid injections: a double-blinded, randomized controlled study. *Pain Physician*. 2015;18:163-71.