Notaljia Parestetika Teşhisi Konulan Bir Hastanın Kuru İğneleme ile Tedavisi: Bir Olgu Raporu

Treatment of a Patient Diagnosed with Notalgia Paresthetica by Dry Needling: A Case Report

© Serap Yılmaz Demiriz, © Selda Sarıkaya*

Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Zonguldak, Türkiye

*Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

Öz

Notaljia parestetika, skapulunun medial alt sınırında yer alan kaşıntı ile karakterize etiyolojisi bilinmeyen kronik bir nöropatik disestezidir. Bu hastalığa sahip olan bireyler kliniğe tipik olarak lokalize ağrı, hiperestezi veya yanma, karıncalanma gibi çeşitli paresteziler ile başvurur. Bu olgu raporunda, sırt ağrısı ile polikliniğe başvuran bir hastanın notaljia parestetika tanısı ve tedavisi sunulmuştur. Kuru iğneleme ve egzersiz ile tedavi edilen hastada 3 aylık takip sonunda semptomların gerilediği tespit edilmiştir. Notaljia parestetika hastalarının tedavi planlamasında olası yan etkilerin düşük olduğu kuru iğneleme ve egzersiz programlarının yer alabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sırt ağrısı, kuru iğneleme, notaljia parestetika

Abstract

Notalgia paresthetica is a chronic neuropathic dysesthesia with unknown etiology, characterized by itching at the medial lower border of the scapula. Individuals with this disease typically present to the clinic with localized pain, hyperesthesia, or a variety of paresthesias, such as burning and tingling. This case report presents the diagnosis and treatment of notalgia paresthetica in a patient who was admitted to the outpatient clinic with back pain. The symptoms regressed after three months of follow-up in the patient treated with dry needling and exercise. Dry needling and exercise programs with low possible side effects should be considered in the treatment planning of patients with notalgia paresthetica.

Keywords: Back pain, dry needling, notalgia paresthetica

Giriş

Notaljia parestetika (NP), yaygın olarak görülmesine rağmen literatürde az rapor edilen, interskapular ve paravertebral bölgede kronik kaşıntı ile karakterize bir durumdur. İlk kez 1934 yılında Rus Nörolog Astwazaturow tarafından tanımlanmıştır. Hastalık esas olarak yetişkinleri, erkeklerden daha sık olarak da kadınları etkiler. Ancak daha genç hastalarda multipl endokrin neoplazi tip 2A ile ilişkili olduğu bazı kalıtsal olgularda bildirilmiştir. NP'li hastalar kliniğe tipik olarak lokalize ağrı, hiperestezi veya yanma, karıncalanma gibi çeşitli paresteziler ile başvurur (1). Hastalık öyküsü ve fizik muayene tanı için genelde yeterli olmasına rağmen bazen ileri görüntüleme tekniklerine ihtiyaç duyulabilir (2). NP'nin etiyolojisi tam olarak belirlenmemiştir. NP'nin patogenezinin belirsiz kalması nedeniyle net tanımlanmış bir tedavi olmamasına rağmen birbirinden farklı çok sayıda tedavi

yöntemi bildirilmiştir (1). Bu olgu raporunda; NP'li bir hastanın tanısı ve tedavisinin ayrıntılı şekilde sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Altmış sekiz yaşındaki bir kadın hasta, sırtında ağrı şikayeti ile Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvurdu. Hasta yayılım olmaksızın sağ dorsal infra skapular bölgede yanıcı tarzda bir ağrı tarifledi. Semptomların 3 yıl önce başladığı ve ilerlediği, ağrının gün içerisinde artıp azalan karakterde olduğu öğrenildi. Hasta non-steroidal anti-enflamatuvar ilaçlar kullanmasına rağmen ağrısının geçmediğini bildirdi. Aynı zamanda o bölgede kaşıntı tarifleyen hasta kaşıntı için daha önce bir dermatoloji uzmanına gitmediğini belirtti. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hastaya yapılan fizik muayenede inspeksiyonda sağ dorsal infra skapular

bölgede 5x9 cm boyutunda hiperpigmente lezyon tespit edildi (Şekil 1). Torakal kifozu artmıştı. Lökomotor sistem muayenesinde; eklem hareket açıklığı (EHA) değerlendirmesinde, boyun fleksiyon ve ekstansiyonu açık ve ağrısız, sağa ve sola rotasyonlar minimal kısıtlı, EHA sonları ise ağrılıydı. Sağ paravertebral kas spazmı mevcuttu. Palpasyonda sağ tarafta birçok sırt kasında ağrılı fibröz bantlar tespit edildi. Ağrı ve kaşıntı şiddeti için vizüel analog skala (VAS) kullanıldı. VAS ağrı skoru 9, VAS kaşıntı skoru ise 8'di. Nöropatik ağrı için yanıcı, batıcı ve çakıcı ağrı şiddeti, Türkçe geçerlik çalışması da yapılmış olan Leeds Nöropatik Semptom ve Bulgu Değerlendirme (LANSS) skalası ile değerlendirildi ve LANSS skoru: 19 olarak kaydedildi. Nörolojik muayenesinde deri lezyonu olan alanın merkezinde hipoestezi ve parestezi tespit edildi. Üst ve alt ekstremiteler kas gücü ve refleks muayeneleri ve diğer sistemik muayeneleri normaldi.

Laboratuvar değerlendirmelerinde tam kan sayımı, serum elektrolit seviyeleri ve diğer rutin biyokimyasal incelemelerde anormallik saptanmadı. Radyografik değerlendirmede; servikal lateral grafide lordozda düzleşme; dorsal lateral grafide kifoz gözlemlendi (Şekil 2,3). Torakal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde T12-L1 seviyesinde disk hernisi tespit edildi (Şekil 4).

Hastaya klinik ve fizik muayene ile birlikte dermatoloji uzman görüşü alınarak NP tanısı konuldu. Olgu sunumu hastaya açıklandı ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı.

Tedavide hiperpigmente deri lezyonu bölgesine ve sırttaki fibröz bantlara haftada bir defa olmak üzere toplamda 6 seans kuru iğneleme yapıldı (Şekil 5). Kuru iğnelemede kendinden steril tüplü 0,25 mm kalınlığında ve 25 mm uzunluğunda paslanmaz çelik iğneler kullanıldı. Bu süreçte ilave olarak skapular kas güçlendirme ve pektoral kas germe egzersizleri ev programı

Şekil 1. Notalja parestetika deri lezyonu

olarak hastaya verildi. Üçüncü seanstan itibaren ağrılarında azalma sağlanan hastanın 6 seans sonunda LANSS skoru: 13, VAS ağrı skoru: 4, VAS kaşıntı skoru: 6 olarak kaydedildi. Takipleri devam ettirilen hastanın 3 ay sonrasında LANSS skoru: 11, VAS ağrı skoru: 3, VAS kaşıntı skoru: 5 olarak kaydedildi. Üç aylık

Şekil 2. Servikal lateral grafi

Şekil 3. Dorsal lateral grafi

Şekil 4. Sagittal torakal manyetik rezonans görüntüsü (ok işaretli disk hernisini göstermektedir)

takip sonunda, kuru iğneleme ile birlikte egzersizler sayesinde bu olguda semptomların gerilediği tespit edilmiştir.

Tartışma

NP, skapulanın medial alt sınırında yer alan kaşıntı ile karakterize etiyolojisi bilinmeyen kronik bir nöropatik disestezi (2). Hastalar sıklıkla etkilenen bölgede homojen olmayan kutanöz pigmentasyon gösterir (3). Bu olguda da sağ dorsal infraskapular bölgede 5x9 cm boyutunda hiperpigmente lezyon ve kaşıntı vardı. Başlangıçta dermatolojik bir antite olarak yorumlanan deri hiperpigmentasyonunun; bu bölgedeki sürekli kaşınmanın ve sürtünmenin sonucunda post-enflamatuvar patoloji ile geliştiği bildirilmiştir (4).

NP, hastalarda yıllarca sürebilir ve zaman zaman kötüleşebilir (5). Nitekim bu olguda da şikayetlerin 3 yıldır mevcut olduğu ve ağrıların giderek arttığı öğrenilmiştir. NP'nin etiyopatogenezinde birçok fikir ortaya atılmıştır. Çoğu yazar NP'nin bir nöropati olduğu konusunda hemfikir olmasına rağmen, nöropatinin radiküler veya periferik olup olmadığı bilinmemektedir (2).

Radiküler nöropati teorisini destekleyecek bir çalışma Savk ve ark. (6) tarafından 2000 yılında yayımlanmıştır. Bu çalışmada dejeneratif spinal değişikliklerin spinal sinir kompresyonu yaparak NP'yi tetikleyebileceği belirtilmiştir. On hasta içeren çalışmada en baskın spinal değişikliğin görüldüğü seviye ile NP'nin görüldüğü dermatom seviyesi anlamlı şekilde uyumlu bulunmuştur. Aynı araştırmacıların yine 2005 yılında hasta sayısını artırarak yaptıkları benzer bir çalışmada ilk hipotez ile uyumlu sonuç bulunmuş ancak spinal değişiklik ile kutanöz NP lezyonu arasındaki nedensellik açıklanamamıştır (7).

Şekil 5. Hiperpigmente deri lezyonu ve fibröz bantlara kuru iğneleme uygulaması

Radikülopati teorisini eleştiren araştırmacılar, radikülopati semptomlarının NP'de olduğu gibi izole bir alanda ortaya çıkmayacağını; dermatomal paternli sonuçlanacağını belirtmektedir (2). Bu olguda; torakal MR incelemesinde en baskın değişiklik T12-L1 seviyesinde izlenmiş olup; NP lezyonunun görüldüğü T6-T8 dermatomu ile seviye açısından uyumlu değildi. Periferik nöropati teorisi ise; T2-T6 spinal sinir dorsal dalının vertebral foramen lateralinden itibaren paraspinal kas fasyasından çıkışına kadar bir noktada sıkışmasına dayanır (8). Bazı çalışmalarda bu kompresyonun paraspinal kas spazmına, kas içi fibröz bantlara ve fasya gerginliğine bağlı olduğu bildirilmiştir (4). Yine; T2-T6 spinal sinir duysal dallarının multifidus kasını dik açıyla delerek epidermise çıkmasının anatomik olarak bu sinirlerdeki irritasyonu artırabileceği bildirilmiştir (8). Bu olguda da paravertebral kas spazmı ile çeşitli kaslarda yaygın fibröz bantlar tespit edilmiştir.

NP tedavisinde çeşitli sistemik ve topikal ajanlar ile fizik tedavi modaliteleri kullanılmıştır. Fizik tedavinin paraspinal kas tonusunu azaltarak ve spinal sinir duysal dallarının açısını değiştirerek sinir irritasyonunu azalttığı, böylece NP semptomlarını iyileştirdiği düşünülmektedir (2). Benzer bir şekilde egzersiz de sinir kompresyonu ve gerilmesini azaltarak NP'de etkili olabilir (9). Kuru iğnelemede kas liflerinin anormal fonksiyon gösteren kontraktıl elamanlarının lokal hasarı ile intrasölüler potasyumun ekstrasölüler alana çıkması ve sinir liflerinin hiperirritabilitesinin azalması ve kasta gevşeme sağlanması temel etki mekanizmasıdır (10,11). Kuru iğneleme yönteminin kullanıldığı bir olguda egzersiz ile birlikte; NP'li bir hastanın semptomlarında azalma sağlandığı rapor edilmiştir (12). Bu yaklaşımların ortak amacı, spinal sinirlerin dorsal dalının sıkışmasını ortadan kaldırmaktır. Bu bilgiler ışığında hastaya ilk aşamada fizik tedavi önerilmesine rağmen, hasta tarafından bu tedavi kabul edilmemiştir. Bu nedenle, hastaya kuru iğneleme ile ev programı olarak verilen germe ve kuvvetlendirme egzersizlerinden oluşan tedavi programı planlanmış ve spinal sinir sıkışmasının bu şekilde azaltılabileceği düşünülmüştür. Nitekim Subası ve ark. (13) tarafından sunulan bir olguda, kuru iğneleme ve kinezyobantlama uygulamasına ilave olarak sırt kasları için germe ve kuvvetlendirme ev egzersiz programı verilen hastada ağrı ve parestezi yakınmalarında büyük oranda düzelme kaydedildiği bildirilmiştir.

NP genellikle çoklu tedavilere dirençli olduğu için yönetimi hala zorluk teşkil eden bir hastalıktır. Skapular bölgede deri bulgularına eşlik eden parestetik yakınmaları bulunan hastalarda NP tanısı mutlaka değerlendirilmelidir. Olası yan etkilerin düşük olduğu kuru iğneleme ve egzersiz programlarının tedavi planlamasında yer alabileceği düşünülmelidir. Bununla birlikte, uygulanan bu tedavilerin NP'li hastalarda etkinliği ve güvenilirliğini değerlendiren uzun dönemli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Etik

Hasta Onayı: Olgu sunumu hastaya açıklandı ve bilgilendirilmiş hasta onayı alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: S.Y.D., Konsept: S.Y.D., Dizayn: S.Y.D., S.S., Veri Toplama veya İşleme: S.Y.D., Analiz veya Yorumlama: S.S., Literatür Arama: S.Y.D., Yazan: S.Y.D.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için herhangi bir finansal destek almadıklarını bildirmiştir.

Kaynaklar

1. Šitum M, Kolić M, Franceschi N, Pećina M. NOTALGIA PARESTHETICA. Acta Clin Croat 2018;57:721-5.
2. Robbins BA, Rayi A, Ferrer-Bruker SJ. Notalgia Paresthetica. In: StatPearls [Internet] August 19 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470597/>.
3. da Cruz CM, Antunes F. Physical Medicine and Rehabilitation Role on Notalgia Paresthetica: Case Report and Treatment Review. Am J Phys Med Rehabil 2018;97:929-32.
4. Ellis C. Notalgia paresthetica: the unreachable itch. Dermatol Pract Concept 2013;3:3-6.
5. Mülkoğlu C, Nacı B. Notalgia paresthetica: clinical features, radiological evaluation, and a novel therapeutic option. BMC Neurol 2020;20:191.
6. Savk E, Savk O, Bolukbasi O, Culhaci N, Dikicioğlu E, Karaman G, et al. Notalgia paresthetica: a study on pathogenesis. Int J Dermatol 2000;39:754-9.
7. Savk O, Savk E. Investigation of spinal pathology in notalgia paresthetica. J Am Acad Dermatol 2005;52:1085-7.
8. Williams EH, Rosson GD, Elsamanoudi I, Dellon AL. Surgical decompression for notalgia paresthetica: a case report. Microsurgery 2010;30:70-2.
9. Fleischer AB, Meade TJ, Fleischer AB. Notalgia paresthetica: successful treatment with exercises. Acta Derm Venereol 2011;91:356-7.
10. Travell JG, Simons DG, Simons SL. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Volume 1-upper half of body. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.
11. Dommerholt J. Dry needling - peripheral and central considerations. J Man Manip Ther 2011;19:223-7.
12. Bağcıer F, Elmas ÖF, Demirbaş A. A minimal invasive treatment option in notalgia paresthetica: Dry needling. Dermatol Ther 2020;33:e13836.
13. Subaşı V, Cakır T, Atasoy MF. Notaljia parestetika tedavisinde kuru iğneleme ve kinezyolojik bantlama kombinasyonunun etkinliği: olgu sunumu. Turk J Phys Med Rehab 2016;62:273-6.