

Bel Ağrısı ile Başvuran Sakral Perinöral Kist Tanılı Bir Olgu Sunumu

Çağrı KILIÇ

Öz

Tarlov kisti olarak da bilinen sakral perinöral kistler dorsal kök gangliyonu ile sinir kökünün birleşme noktasından kaynaklanmaktadır. Perinöral kistler, beyin omurilik sıvısıyla dolu olup epinörium ve perinöriumda kistik dilatasyonlar sonucu oluşur. İlk defa Tarlov tarafından 1938 yılında tanımlanmıştır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte konjenital olarak kabul edilirler. En sık sakral bölgede görülen perinöral kistler nadiren servikal bölgede de görülür. Büyük çoğunluğu asemptomatiktir, fakat sinir kökü veya spinal kord basısı meydana gelirse semptomatik hale dönüşebilir. En sık gözlenen semptom ise sinir kökü basısına bağlı gelişen radikülopatidir. Bu çalışmada, bel ağrısı şikâyeti ile polikliniğimize başvuran bir Tarlov kisti vakası sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Bel ağrısı, Sakrum, Tarlov kisti

A Diagnosed Sacral Perineural Cyst Presenting with Low Back Pain Case Report

Abstract

Sacral perineural cysts, also known as Tarlov cysts, arise from the junction of the dorsal root ganglion and the nerve root. Perineural cysts are filled with cerebrospinal fluid and occur as a result of cystic dilatations in the epineurium and perineurium. It was first described by Tarlov in 1938. Etiology is not clear, they are considered congenital. Perineural cysts are most common in the sacral region and rarely in the cervical region. It is mostly asymptomatic but may turn into symptomatic if compression of the nerve root or sacral perineural cysts, also known as Tarlov cysts, arise from the junction of the dorsal root ganglion spinal cord occurs. The most common symptom is radiculopathy due to nerve root compression. In this study, a Tarlov cyst case who applied to our outpatient clinic with low back pain is presented.

Keywords: Lowback pain, Sacrum, Tarlov cysts

Başak Tıp Merkezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
Yazışma adresi: Dr. Çağrı KILIÇ, Başak Tıp Merkezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği,
İstasyon Mahallesi Gazi Mustafa Kemal Bulvarı (Ayaş Caddesi) No:60 A-B Sincan/Ankara,
Türkiye
Tel: 0312 269 17 17, E-posta: drckfb@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0001-9032-783X.
Geliş Tarihi: 13 Eylül 2020 -Kabul Tarihi: 16 Ekim 2020
DOI: 10.17932/IAU.TFK.2018.008/tfk_v03i3006

Giriş

Tarlov kisti olarak da bilinen sakral perinöral kistler içinde beyin omurilik sıvısı olan iyi huylu keselerdir. Genellikle sakrumun aşağıya doğru devamında yer alan bölgede oluşurlar. Görülme sıklığı yaklaşık olarak %4.6'dır. Daha çok sakral bölgede oluşan tarlov kistleri nadiren servikal bölgede de görülür (1). Bu hastalar çoğunlukla asemptomatik olmakla beraber boyun-bel ağrısı, kramp, radikülopatik ağrı, hipoestezi, parestezi gibi semptomlarla da başvurabilirler (2). Sakral perinöral kistler sinir kökünün dış yüzeyini örten pia mater ile yine sinir kökünü saran araknoid membran arasında oluşurlar ve kistin duvarları bu yapıları içerir. Kist başlangıçta spinal subaraknoid alan ile serbest ilişkidir; ancak bazen bu ilişki ortadan kalkabilir veya yetersiz hale gelebilir. Yine başlangıçta yalnızca tek bir sinir kökü içeren kist daha sonra büyüyerek birden çok sinir kökü içerebilir (3). Tarlov kisti konjenital olarak kabul edilir. Bilgisayarlı tomografi (BT), miyelogramlar ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tanı koymada faydalıdır (4,5).

Olgu

46 yaşında erkek hasta uzun süredir olan ancak son bir haftadır şiddetlenen bel ağrısı şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı hareketle artıp istirahatle azalan mekanik vasıflı ağrıydı. Travma ve romatizmal hastalık öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenesinde bel eklem hareket açıklıkları, fleksiyon ve ekstansiyonda daha belirgin olmak üzere ağrılı ve açıldı. Çift bacak kaldırma testi ve valsalva manevrası pozitif saptandı. Paravertebral kas spazmı lomber bölgede mevcuttu. Spinal proses hassasiyeti yoktu. Nörolojik muayenesi ise normal olarak saptandı. Dış merkez lomber MRG'sinde sakral kanalda en büyüğü 14x8 mm boyutlarında ölçülen Tarlov kistleri saptandı (Şekil 1). Hastanın, ek hastalığı yoktu. Hastaya steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç (NSAİ) ve istirahat önerildi. Bir hafta sonraki kontrolde hasta ağrılarının geçtiğini belirtti. Ev egzersiz programı verilerek poliklinik takibine alındı.



Şekil 1. Lomber manyetik rezonans T2 ağırlıklı görüntülerde sakral yerleşimli Tarlov kistleri (ok ile).

Tartışma

Tarlov kistleri, dorsal kök gangliyonunda ya da distalindeki spinal sinir köklerinin çevresindeki perinöral boşlukların ektazisi ile meydana gelmekte olup içeriğini beyin omurilik sıvısı oluşturmaktadır. Sıklıkla bel ağrısı şikâyeti ile başvuran hastalarda yapılan MRG tetkiklerinde saptanırlar. En sık gözlenen semptom ise sinir kökü basısına bağlı gelişen radikülopatidir (6). Kistin lokalizasyonu ve büyüklüğü, semptom verme olasılığını belirler. Çoğunlukla sakral bölgede lokalizedir ancak tüm omurga seviyelerinde saptanabilirler. Perinöral kistlerin ayırıcı tanısında araknoid kist, sakral meningesel, intradural meningeal kist, sinovyal kist, gangliyon kisti, nöroenterik kist, dermoid kist, epidermoid kist, sekestre disk fragmanı ve kistik nörofibrom düşünülmelidir (7). Kist özelliklerinin belirlenmesinde ve tanı koymada BT, MRG ve miyelografi en sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir. MRG, kitle yerleşimi, uzanımı ve spinal kordia ilişkisini ortaya koymada en üstün ve ilk tercih edilecek yöntemdir. Nörodefisiti olmayan yalnızca ağrı şikâyeti olan hastalarda konservatif tedaviler ilk tercih olmalıdır. Yapılan çalışmalarda çapı 1.5 cm'den büyük perinöral kistlerde hastaların cerrahi tedaviden tam ya da tama yakın yarar gördükleri, 1.5cm'den küçük kistlerde cerrahiden görülen yararın anlamlı olmadığı, bu nedenle bu olgularda cerrahi önerilmediği vurgulanmıştır (8). Tarlov kist

tanısı koyduğumuz olgumuzda hem nörodefisit olmaması hemde kistin çapının 1.5 cm'den küçük olması nedeniyle konservatif tedavi tercih edilmiştir.

Sonuç olarak; bel ağrısı ile başvuran hastalarda Tarlov kisti de ayırıcı tanı olarak akla gelmelidir ve ilk olarak konservatif tedaviler denenmelidir. Ancak geçmeyen ağrı ve nörodefisit durumlarında cerrahi tedavi yöntemleri tercih edilmelidir.

Hastanın onam formu 03/11/2020 tarihinde alındı.

KAYNAKLAR

1. Paulsen RD, Call GA, Murtagh FR. Prevalence and percutaneous drainage of cysts of the sacral nerve roots sheath (Tarlov cysts). *AJNR Am J Neuroradiol* 1994;15(2):293-7.
2. Langdown AJ, Grundy JR, Birch NC. The clinical relevance of Tarlov cysts. *J Spinal Disord Tech* 2005;18(1):29-33.
3. Wilkins RH: Intraspinale cysts. In Wilkins RH, Rengachary SS, eds. *Neurosurgery*, New York, NY:Mc Craw-Hill; 1985.p. 2061-70.
4. Praveen VM, Lawrence HP, Bruce MM, Janet MC, Philip RW. Microsurgical treatment of symptomatic Tarlov cysts. *Neurosurgery* 2000; 47(1): 74-9.
5. Squeira EB, Schaffer L, Kranzler LI, Gan J. CT characteristics of sacral perineural cysts: Report of two cases. *J Neurosurg* 1984; 61(3): 596-8.
6. Erkoc, MF, Imamoglu H, Okur A, Gumus, C, Dogan M. Normative size evaluation of internal auditory canal with magnetic resonance imaging: review of 3786 patients. *Folia Morphol* 2012; 71(4):217-20.
7. Khosla A, Wippold FJ. CT myelography and MR imaging of extramedullary cysts of the spinal canal in adult and pediatric patients. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 178(1):201-7.
8. Voyadzis JM, Bhargava P, Henderson Fe. Tarlov cysts: a study of 10 cases with review of the literature. *J Neurosurg* 2001; 95(1):25-32.