



## EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

### Persistan koksikodini

Persistent coccydynia

Çiğdem Yalçın

Mersin Şehir Hastanesi, Algoloji Polikliniği, Mersin, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2018;43(3):740-741*

Sayın Editör,

Koksikodini, koksigeal bölgede ağrı ve hassasiyetle karakterize, hastaların özellikle sert yerlere oturmakla ağrıdan şikayet ettiği klinik bir durumdur. Sendromun etyolojisi hakkında perikoksigeal yumuşak dokulardan ileri gelen ağrılar, pelvik kasların spazmı, lomber patolojiden ileri gelen ağrı, alt sakral sinir köklerinin inflamasyonu, lokal posttravmatik lezyonlar veya somatizasyon gibi pek çok hipotez ortaya atılmıştır. Vakaların üçte biri idiyopatikdir<sup>1</sup>. Akut koksikodini, genelde travma sonrası görülür. Kronik koksikodini; zor doğum, tekrarlanan travma, bisiklete binme, kürek çekme sırasında sürekli zorlanma, oturma sırasındaki yanlış duruş gibi sakrokoksigeal liflerin hasar görmesiyle meydana gelir.

Koksigeal ağrı genellikle oturmakla ve ayağa kalkarken artar. Ağrıyı azaltmak için mümkün olduğunca cerrahi dışı tedaviler tercih edilir. Konservatif tedavi seçenekleri içerisinde pek çok yaklaşım vardır. Bunlar arasında; sıcak su banyosunda oturma, simit yastıklara oturma, lokal anestezi kremler, non-steroid analjezikler, kas gevşeticiler, elektrik stimülasyon cihazları ve çeşitli algolojik girişimsel yöntemler yer alır. Algolojik girişimler içerisinde; dirençli olgularda steroid ve lokal anestezi karışımının koksiksin posterior elemanlarına lokal enjeksiyonu denenebilir. Koksigeal steroid enjeksiyonunun kronik ağrılarda çok etkin olmadığı vurgulanmaktadır. Mitra ve arkadaşları<sup>2</sup> yaptıkları çalışmada steroid enjeksiyonunun ilk 6 ayda yapılmasını önermektedirler. Ağrıları 6 aydan uzun olan hastalarda anlamlı bir iyileşme gözlememişlerdir.

Khan ve arkadaşları<sup>3</sup> 6 aylık konservatif tedaviye yanıt vermeyen inatçı koksikodinide dekstroz proloterapi uygulamasının etkili bir tedavi yöntemi olduğunu, koksiektomiden önce denemesi gerektiğini söylemişlerdir.

Bu konservatif tedavi seçeneklerine yanıt vermeyen hastalarda cerrahi tedavi denenebilir. Dalbayrak ve arkadaşları<sup>4</sup> konservatif yöntemler ve steroid-lokal anestezi yöntemlerle başarılı olunmadıysa cerrahi önermektedir. Bayne ve arkadaşlarının<sup>5</sup> yaptıkları bir çalışmada enfeksiyon oranları %16.6'dır ve açıkça profilaktik antibiyotik endike olduğunu vurgulamışlar. Enfeksiyon riski nedeniyle tedavi yönteminin mümkün olduğunca konservatif olması gerekir. Ancak bazen tüm tedavilere rağmen dirençli koksikodini olgularında bu ağrılarla baş etmek oldukça zor olabilir<sup>6</sup>. Bu olguda dirençli koksikodinilerde tedavi yöntemlerini değerlendirmeyi amaçladık.

31 yaşında erkek hasta kuyruk sokumunda ve sağ bacağı yayılan ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın ağrıları 4 yıl önce spor yapma esnasında, kalça üzerine yüksekten düşme sonrası başlamıştı. Ağrı karakteri sakrum ve koksikte kasılma, yanma, sızı; sağ bacakta kasılma, gerilme; sağ ayak parmaklarında yanma ve karıncalanma şeklindeydi. Ağrı şiddeti NRS (numerical rating scale) yöntemi ile 10 üzerinden 9 şiddetindeydi. Fizik muayenede palpasyon ile koksikte hassasiyet, sol L3-S1 faset hassasiyeti mevcuttu. Düz germe testi bilateral negatif idi. The Douleur neuropathique 4 questions (DN4) ile bakılan nöropatik ağrı skalası 2/10 idi. Hastaya daha önce başvurduğu merkezlerde çeşitli radyolojik görüntülemeler yapılmıştı. Radyolojik

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Çiğdem Yalçın, Mersin Şehir Hastanesi, Algoloji Polikliniği, Mersin, Turkey. E-mail: mdciğdem@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 10.08.2017 Kabul tarihi/Accepted: 11.10.2017

tetiklerde; sakral manyetik rezonans götüntülemede (MRI) koksiksin son segmentinin anterior-süperiora angülasyonu mevcuttu. Lomber MRI'da L4-5 intervertebral diskin posterior anüler yırtığı mevcuttu. Bu diskin posterior sol parasantral protrüzyonu mevcut olup tekal saka anterior sol lateralden basısı izlendi. Kemik pelvis 3 boyutlu bilgisayarlı tomografide (CT) sakral kemiklerde fraktür lehine görünüm izlenmedi ve bilateral sakroiliak eklemler açık, karşılıklı eklem yüzeyleri düzenliydi.

Hastaya bir dış merkezde 2 yıl süre ile sıcak su banyosu, simit yastığa oturma, non steroid antiinflatuar ilaçlardan (NSAID) oluşan konservatif tedaviler uygulanmış. Hasta ağrısı geçmeyince bir algoloji merkezine başvurmuş. Bu merkezde farklı seanslarda bilateral L4-5 transforaminal steroid enjeksiyonu, sol sakroiliak ekleme steroid enjeksiyonu, sağ L3-5 tanısal faset median dal bloğu uygulaması, NSAID'ler ve magnezyum tedavisi denenmiş. Ağrısı devam eden hasta kliniğimize başvurduğunda yaklaşık 2 aydır 8 saatte bir gabapentin 600 mg kullanıyordu. Uygulanan hiçbir medikal ve girişimsel yöntemden fayda görmeyen hastaya kliniğimizde perikoksigeal bölgeye posterior elemanlara lokal anestezi (LA) ve steroid enjeksiyonu uygulandı. Ağrısının geçmemesi üzerine sakrokoksigeal bölgede hassas olan noktaya 2 hafta arayla, 3 seans, 1cc %30 dextroz, 1cc %2 lidokain ve 1 cc serum fizyolojiktan oluşan proloterapi uygulandı. Ağrıda kısmi de olsa azalma olmaması üzerine seanslara devam edilmeyerek işlem sonlandırıldı. Gabapentin pregabalin ile değiştirildi. Pregabalin dozu kademeli olarak 12 saatte bir 300 mg'a kadar çıkıldı. Hastanın bundan da fayda görmemesi üzerine pregabalin stoplandı. Duloksetin 30 mg başlandı. 1 hafta sonra 60 mg'a çıkıldı. 1 ay sonra kontrole çağrılan hastanın ağrı düzeyi NRS yöntemi ile 9/10'dan 2/10'a inmişti. Ağrıda etkin azalma sağlanması nedeniyle hastamıza diğer girişimsel yöntemlerin (kaudal radyofrekans, impar ganglion bloğu vb.) uygulanmasına gerek görülmedi.

19. yüzyılda Bremer<sup>7</sup> koksikodininin birçok semptomunu anksiyete, nevrozis ve histeriye bağlamıştı. Hastamızda kullandığımız duloksetin, serotonin ve noradrenalin geri emilimini bloke eden (SNRI) bir antidepresandır. İki nörotransmitter

üzerinden etki eden antidepresanların depresyona eşlik eden ağrılı somatik semptomlarda diğer antidepresanlara göre daha iyi olduğu kabul edilir. Bu etki depresyondaki ağrılı somatik belirtilerle bağlantılı olduğu kabul edilen, beyin sapından inen serotonerjik ve noradrenerjik yollarla bağlantılıdır. Duloksetin depresyona eşlik eden semptomlardan özellikle ağrılı semptomlar üzerinde belirgin olarak etkindir. Major depresyon tablosuna neden olmasa bile kronik ağrının bir süre sonra psikiyatrik sorunlara neden olduğu bilinen bir gerçektir<sup>8</sup>. Hastamızdan psikiyatri konsültasyonu istenmedi ancak belki de duloksetine yanıt vermesi Bremer'in dediği gibi koksikodiniye nevroitik bir tablonun eşlik etmesindendi.

Sonuç olarak koksikodinilerde tedaviye direnç çok sık karşılaşılan bir durumdur. Komplikasyonlardan kaçınmak için mümkün olduğunca non-invaziv tedavi yöntemleri denenmelidir. Olgumuzda olduğu gibi, medikal terapinin sadece NSAID'lerle sınırlı kalmaması, ağrı tedavisinde kullanılan diğer ilaçların da denenmesi gerektiği kanaatindeyiz.

## KAYNAKLAR

1. Güngörmez D. Koksikodini. In Ağrı. 3. Baskı (Ed S Erdine):549-55. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2007.
2. Mitra R, Cheung L, Perry P. Efficacy of fluoroscopically guided steroid injections in the management of coccygodynia. *Pain Physician*. 2007;10:775-8.
3. Khan SA, Kumar A, Varshney MK, Trikha V, Yadav CS. Dextrose prolotherapy for recalcitrant coccygodynia. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2008;16:27-9.
4. Dalbayrak S, Yaman O, Yılmaz T. Treatment principles for coccygodynia. *Turk Neurosurg*. 2014;24:532-7.
5. Bayne O, Bateman JE, Cameron HU. The influence of etiology on the results of coccygectomy. *Clin Orthop Relat Res*. 1984;190:266-72.
6. Fogel G, Cunningham P, Esses S. Coccygodynia: evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg*. 2004;12:49-54.
7. Bremer L. The knife of coccygodynia. *Med Rec (NY)* 1896;1:154-5.
8. Mao W, Liao X, Wu W, Yu Y, Yang G. The clinical characteristics of patients with chronic idiopathic anal pain. *Open Med (Wars)*. 2017;12:92-8.