

Sırt Ağrısı Ayırıcı Tanısında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Notaljia Parestetika Olgu Sunumu

An Overlooked Condition in the Differential Diagnosis of Back Pain: A Notalgia Paresthetica Case Report

Berra Yamuç Tanrıoğen¹ , Nilay Şahin¹ 

¹ Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Öz

Notaljia Parestetika (NP), skapular bölgede kronik kaşıntı, parestezi ve bazen de ağrı ile karakterize, yaygın ancak sıklıkla göz ardı edilen nöropatik bir sendromdur. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da T2-T6 spinal sinirlerin dorsal dallarının dejeneratif omurga değişiklikleri veya paraspinal kas spazmları nedeniyle tuzaklanmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Bu olgu sunumunda, uzun süredir devam eden sırt ağrısı ve kaşıntı şikayetiyle başvuran ve multidisipliner yaklaşımla NP tanısı konulan ileri yaşta bir hastanın tanı ve tedavi süreci literatür eşliğinde tartışılmaktadır. Yetmiş sekiz yaşında kadın hasta, Balıkesir Üniversitesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine sağ skapula bölgesinde yoğunlaşan, hareketle artan, istirahatle azalan mekanik karakterde sırt ağrısı ve bu ağrıya eşlik eden kronik kaşıntı ve yanma şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde hiperlipidemi mevcuttu. Fizik muayenede, sağ skapula inferiorunda ve torakal paravertebral alanda kronik kaşımaya bağlı sekonder hiperpigmente maküler lezyonlar saptandı. Palpasyonda torakal paraspinal alanda bilateral kas spazmı, fibröz bantlar ve spinöz çıkıntılarda hassasiyet vardı. Torakal ekstansiyonu ve servikal eklem hareket açıklığı her yöne ağrılı ve kısıtlıydı. Nörolojik muayenesi ve laboratuvar testleri normal sınırlardaydı. Radyolojik değerlendirmede, torakal ve servikal vertebrada spondiloz ile uyumlu ileri düzeyde dejeneratif değişiklikler gözlemlendi (Figür 1). Dermatoloji konsültasyonu ile birlikte değerlendirilen hastaya, klinik ve radyolojik bulgular ışığında NP tanısı konuldu. Hastaya topikal kapsaisin ve kortikosteroid, sistemik gabapentin (300 mg 2x1) ile 10 seans olmak üzere 30 dk/gün yüksek frekanslı (50-100Hz) düşük amplitüdlü (1-100mA) transkutanöz elektrik stimülasyonu (TENS), 30 dk sıcak paket uygulama, 5 dk 1.5 watt/cm², 3 MHZ frekansında terapötik ultrason ve 3 seans mezoterapi (prilokain, b12 vitamini, tiyokolşikosid, meloksikam) içeren kombine bir tedavi protokolü uygulandı.

Tedavi protokolünün tamamlanmasının ardından hastanın ağrı, kaşıntı ve yanma şikayetlerinde belirgin bir gerileme gözlemlendi. NP, özellikle dejeneratif omurga değişiklikleri olan yaşlı hastalarda, kronik sırt ağrısı ve kaşıntının ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulması gereken önemli bir durumdur. Bu olgu, başarılı bir sonuç için detaylı anamnez, fizik muayene ve multidisipliner tedavi yaklaşımlarının kombinasyonunun kritik önem taşıdığını vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELELER: Notaljia parestetika, kronik sırt ağrısı, kaşıntı, nöropatik ağrı, dejeneratif omurga değişiklikleri

ABSTRACT

Notalgia Paresthetica (NP) is a common yet frequently overlooked neuropathic syndrome characterized by chronic pruritus, paresthesia, and sometimes pain in the scapular region. Although its etiology is not fully elucidated, it is thought to result from the entrapment of the dorsal branches of the T2-T6 spinal nerves, often due to degenerative spine changes or paraspinal muscle spasms. This case report discusses the diagnosis and treatment process of an elderly patient presenting with long-standing back pain and pruritus, who was diagnosed with NP through a multidisciplinary approach. A seventy eight-years-old female patient presented to Physical Medicine and Rehabilitation outpatient clinic of Balıkesir University with mechanical-type back pain concentrated in the right scapular region, which worsened with movement and eased with rest, accompanied by chronic pruritus and burning. Her medical history included hyperlipidemia. Physical examination revealed hyperpigmented macular lesions secondary to chronic scratching, inferior to the right scapula and in the thoracic paravertebral area. Palpation detected bilateral thoracic paraspinal muscle spasm, fibrous bands, and tenderness over the spinous processes. Thoracic extension and cervical range of motion were painful and restricted in all directions. Her neurological examination and laboratory tests were within normal limits. Radiological evaluation showed advanced degenerative changes consistent with spondylosis in the thoracic and cervical vertebrae (Figure 1). Following dermatological consultation, the patient was diagnosed with NP based on clinical and radiological findings. A combined treatment protocol was administered to the patient, including topical capsaicin and corticosteroids, systemic gabapentin (300 mg, twice daily), ten sessions of high-frequency (50–100 Hz), low amplitude (1-100 mA) transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) applied for 30 minutes per day, 30 minutes of hot-pack therapy, 5 minutes of therapeutic ultrasound at 1.5 W/cm² and 3 MHz, and three sessions of mesotherapy involving prilocaine, vitamin B12, thiocolchicoside, and meloxicam. Following the completion of the treatment protocol, a significant regression in the patient's symptoms of pain, pruritus, and burning was observed. NP is an important condition that must be considered in the differential diagnosis of chronic back pain and pruritus, especially in elderly patients with degenerative spinal changes. This case highlights the critical importance of a detailed history, physical examination, and a combination of multidisciplinary treatment approaches for a successful outcome.

KEYWORDS: Notalgia paresthetica, chronic back pain, pruritus, neuropathic pain, degenerative spine changes



GİRİŞ

Skapula bölgesinde görülen, kronik kaşıntı, parestezi (uyuşma, karıncalanma) ve bazen ağrı ile karakterize nöropatik bir durum olan notaljia parestetika (NP) ilk kez 1934 yılında Astwazaturow tarafından tanımlanmıştır (1). Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, temel patofizyolojinin dejeneratif omurga değişikliklerini takiben T2-T6 spinal sinirlerin dorsal dallarının tuzaklanması veya hasar görmesi sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Tanı genellikle spesifik klinik bulgulara dayanır; ancak radyolojik incelemeler ve elektrofizyolojik testler, altta yatan patolojiyi göstermede ve ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (2). NP'nin tedavisinde semptom yönetimi ön plandadır ve topikal ajanlar (kapsaisin, kortikosteroidler), sistemik nöropatik ağrı ajanları (antikonvülzanlar, trisiklik antidepresanlar), fizik tedavi modaliteleri, botulinum toksin enjeksiyonları ve nadiren cerrahi dekompresyon gibi çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır (2, 3,4). Bu olgu sunumunda, uzun süredir devam eden sırt ağrısı ve kronik kaşıntı şikayetleri nedeniyle yaşam kalitesi belirgin olarak bozulmuş bir hastanın klinik özellikleri, tanı süreci ve uygulanan kombine tedavi yöntemleri değerlendirilerek, durumun literatürdeki bilgiler ışığında önemi tartışılmaktadır.

OLGU SUNUMU

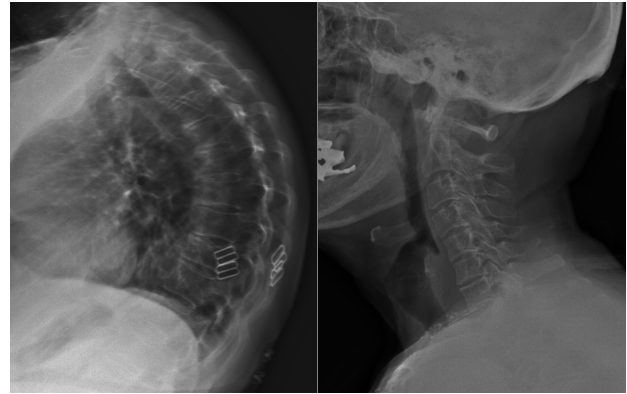
Yetmiş sekiz yaşında kadın hasta, kliniğimize uzun süredir devam eden ve son zamanlarda şiddetlenen sırt ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın anamnezinden, ağrının özellikle sağ skapula bölgesinde yoğunlaştığı, hareketle arttığı ve istirahatle azaldığı (mekanik karakterde) öğrenildi. Hasta, ağrıya ek olarak, aynı bölgede yıllardır devam eden, zaman zaman çok şiddetlenen kaşıntı ve yanma hissinden mustarıptı. Özgeçmişinde hiperlipidemi dışında bilinen kronik bir hastalığı bulunmamaktaydı.

Fizik muayenede, vital bulguları stabildi (ateş 36,5°C, nabızı 86/dakika, tansiyonu 135/70 mmHg). İncelemede, sağ skapula inferiorunda ve torakal paravertebral alanda kronik kaşımaya bağlı olduğu düşünülen, sınırları düzensiz, hiperpigmente maküler lezyonlar dikkati çekti (Şekil 2) Palpasyonda, torakal paraspinal alanda bilateral kas spazmı, hassas fibröz bantlar ve spinöz çıkıntılarda belirgin hassasiyet tespit edildi. Eklem hareket açıklığı (EHA) muayenesinde torakal ekstansiyonu kısıtlı ve ağrılı iken, servikal EHA her yöne kısıtlı ve ağrılı bulundu. Periferik sinir sıkışmalarını veya servikal radikülopatiyi değerlendirmek amacıyla yapılan spurling ve

servikal kompresyon testleri negatif olarak değerlendirildi. Alt ve üst ekstremité kas kuvveti tam (5/5), derin tendon refleksleri normoaktif, plantar ve Hoffman refleksleri bilateral negatif olarak saptandı.

Laboratuvar incelemelerinde, tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C reaktif protein (CRP) ve biyokimyasal parametrelerde (aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT) , kreatinin) herhangi bir anormallik saptanmadı.

Radyolojik değerlendirmede, çekilen torakal ve servikal direkt grafilerde, intervertebral disk mesafelerinde daralma ve faset eklemlerde hipertrofi ile karakterize, spondiloz ile uyumlu ileri düzeyde dejeneratif değişiklikler olduğu görüldü (Şekil 1).



Şekil 1. Torakal ve servikal vertebraya ait lateral direkt grafilerde spondiloz ile uyumlu dejeneratif değişiklikler



Şekil 2. Dorsal bölgede saptanan deri bulgularının klinik görünümü

Kaşıntılı hiperpigmente maküler lezyonların varlığı, ağrının nöropatik karakteri ve radyolojide saptanan dejeneratif omurga bulguları birleştirildiğinde, hastada öncelikle NP tanısı düşünüldü. Ayırıcı tanı ve dermatolojik değerlendirme amacıyla dermatoloji konsültasyonu istendi; konsültasyon sonucu da klinik bulguları NP ile uyumlu olarak değerlendirdi. Hastaya topikal kapsaisin ve kortikosteroid içeren topikal jel reçete edildi. Nöropatik semptomların kontrolü amacıyla sistemik gabapentin günde 2 kez 300 mg (toplam 600 mg/gün) başlandı. Ayrıca, torakal bölgedeki kas spazmını çözmek, eklem hareketliliğini artırmak ve postüral düzeltme sağlamak amacıyla hastaya kuvvetlendirme egzersizleri, topikal kapsaisin ve kortikosteroid, sistemik gabapentin (300 mg 2x1) ile 10 seans olmak üzere 30 dk/gün yüksek frekanslı (50-100 Hz) düşük amplitüdlü (1-100 mA) transkutanöz elektrik stimülasyonu (TENS), 30 dk sıcak paket uygulama, 5 dk 1,5 watt/cm², 3 MHZ frekansında terapötik ultrason ve 3 seans mezoterapi (prilokain, B12 vitamini, tiyokolşikosid, meloksikam) içeren kombine bir tedavi protokolü uygulandı.

Hastanın tedavi sonrası takiplerinde, özellikle kaşıntı, yanma ve ağrı şikayetlerinde belirgin bir gerileme gözlemlendi ve yaşam kalitesinde artış sağlandı.

Hasta Onamı

Hastadan, olguya ait verilerin ve görüntülerin bilimsel yayın amacıyla kullanılması için bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

TARTIŞMA

Bu olgu sunumu, ileri yaşta bir kadında görülen NP'nin klasik klinik özelliklerini ve kombine tedavi yaklaşımlarının başarısını vurgulamaktadır. Hastanın semptomları (kronik kaşıntı, ağrı, yanma), fizik muayene bulguları (hiperpigmentasyon, kas spazmları, fibröz bantlar) ve altta yatan dejeneratif omurga patolojisi, literatürde bildirilen NP vakalarıyla büyük ölçüde örtüşmektedir (1).

NP'nin etiyolojisinde sinir sıkışması kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle de T2-T6 spinal sinirlerin arka (dorsal) dallarının, vertebral foramenlerden çıktıktan sonra paraspinal kasları (multifidus, longissimus dorsi) delerek cilde ulaştığı seyirleri sırasında tuzaklanması ana patofizyoloji olarak kabul edilir (5-8). Bu sıkışma, olgumuzda da saptandığı gibi, dejeneratif omurga değişiklikleri (spondiloz, faset hipertrofisi), disk patolojileri, belirgin kas spazmları veya fibröz bantların varlığıyla tetiklenebilir veya şiddetlenebilir (5). Hastamızda saptanan ileri düzey dejeneratif değişiklikler ve kronik kas spazmları, bu etiyolojik teoriyi güçlü bir şekilde desteklemektedir.

NP'nin tanısı öncelikle klinik; ancak radyolojik incelemeler altta yatan nedeni belirlemek için önemlidir. Servikal ve torakal MR görüntülemeleri, sinir sıkışmasına neden olabilecek herniasyon, osteofit, spinal stenoz veya diğer olası patolojilerin saptanmasına yardımcı olabilir (3). Elektrofizyolojik incelemelerin tanıdaki yeri ise tartışmalıdır. Vakaların önemli bir kısmında EMG bulguları normal sınırlarda saptanabilir (3). Bununla birlikte, bazı çalışmalarda T2-T6 seviyelerinde posterior ramusların tutulumuna bağlı paraspinal kaslarda denervasyon bulguları da gösterilmiştir. Bu durum, notaljia parestetikanın yalnızca saf duyuusal bir nöropati olmadığını, motor liflerin de etkilenebileceğini düşündürmektedir (3,9).

NP tedavisinde semptomları hafifletmeye yönelik multimodal bir yaklaşım gereklidir. Olgumuzda olduğu gibi, topikal kapsaisin (sinir uçlarındaki P maddesini tüketerek) ve topikal kortikosteroid (lokal inflamasyonu azaltarak) kaşıntı ve ağrıyı hafifletebilir (2, 3). Gabapentin, pregabalin ve amitriptilin gibi sistemik ajanlar, nöropatik ağrıyı ve kaşıntıyı santral olarak kontrol altına almada etkilidir (2,4). Tedavinin temel taşlarından biri de fizik tedavidir. Fizik tedavi uygulamaları, traksiyon, manuel terapi ve egzersizler; kas spazmlarını gidermeye, eklem hareketliliğini artırmaya ve postüral düzeltme yoluyla sinir sıkışmasını mekanik olarak hafifletmeye katkı sağlayabilir (2,3,10). Olgumuzda bu üçlü yaklaşıma (topikal, sistemik, fizik tedavi) eklenen mezoterapi, lokal dolaşımı artırarak ve kas spazmlarını çözerek tedavinin başarısını desteklemiştir. Literatürde ayrıca botulinum toksin enjeksiyonları, lokal anestetik bloklar, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu ve dirençli vakalarda cerrahi dekompresyon gibi tedavi seçenekleri de bildirilmektedir (6,10).

SONUÇ

NP, kronik sırt ağrısı ve özellikle kaşıntı şikayetlerinin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken, sık görülmesine rağmen tanısı sıklıkla atlanabilen nöropatik bir durumdur. Hastalar genellikle dermatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, beyin cerrahisi ve algoloji gibi birden fazla kliniğe başvurmakta ve tanı gecikmeleri yaşayabilmektedir. Bu olgu, multidisipliner bir yaklaşımla detaylı anamnez almanın ve spesifik muayene bulgularını altta yatan radyolojik bulgularla birleştirmenin NP tanısında ne kadar kritik olduğunu göstermektedir. Tedavide tek bir yöntem yerine, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin kombinasyonunun semptom kontrolünde yüksek başarı sağlayabileceği vurgulanmalıdır. NP tedavisinde kullanılan yöntemlerin etkinliğini ve uzun dönem sonuçlarını

değerlendiren daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

Hasta Onayı: Hastadan, olguya ait verilerin ve görüntülerin bilimsel yayın amacıyla kullanılması için bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Informed Consent: Informed written consent was obtained from the patient for the use of the case-related data and images for scientific publication purposes.

Yazar katkı durumu; Çalışmanın konsepti; BYT, NŞ. dizaynı; BYT, NŞ. Literatür taraması; BYT, NŞ. verilerin toplanması ve işlenmesi; BYT, NŞ. istatistik; BYT, NŞ. yazım aşaması; BYT, NŞ.

Author contribution status; The concept of the study; BYT, NŞ. literature review; BYT, NŞ. collecting and processing data; BYT, NŞ. statistics; BYT, NŞ. writing phase; BYT, NŞ.

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.
The author declares no conflict of interest.

Finansal Destek: yoktur / Funding: none

doi: <https://doi.org/10.33713/egetbd.1831500>

Kaynaklar

1. Situm M, Kolic M, Franceschi N, Pecina M. Notalgia paresthetica. *Acta Clin Croat*. 2018; 57: 721-725.
2. Karaoğlu B, Çetin F. Paresthetica in a patient who applied with back pain. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*. 2021; 24: 88-90.
3. Terzi R, Bekdik Sirinocak P. A rare cause of neuropathic pain in the back: notalgia paresthetica. *Noro Psikiyatr Ars*. 2016; 53: 89-90.
4. Karahan AY. Notalgia Parestetika Tedavisinde Gabapentin ve TENS: Olgu Sunumu. *FTR Bil Der* 2012; 15: 86-88.
5. Yılmaz Demiriz S, Sarıkaya S. Treatment of a patient diagnosed with notalgia paresthetica by dry needling: a case report. *Turkish Journal of Osteoporosis*. 2021; 27: 187-190.
6. Chtompel Y, Eghtesadi M, Vargas-Schaffer G. A case report of refractory notalgia paresthetica treated with lidocaine infusions. *Am J Case Rep*. 2017; 18: 1225-1228.
7. Shin J, Kim YC. Neuropathic itch of the back: a case of notalgia paresthetica. *Ann Dermatol*. 2014; 26: 392-394.
8. Wang CK, Gowda A, Barad M, Mackey SC, Carroll IR. Serratus muscle stimulation effectively treats notalgia paresthetica caused by long thoracic nerve dysfunction: a case series. *J Brachial Plex Peripher Nerve Inj*. 2009; 4: 17.
9. Massey EW, Pleet AB. Electromyographic evaluation of notalgia paresthetica. *Neurology*. 1981; 31: 642.
10. Low R, Swanson LA, Swanson DL. Notalgia paresthetica relieved by cervical traction. *J Am Board Fam Med*. 2017; 30: 835-837.