4. FTR KURS GÜNLERİ KONGRESİ

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI



"Gelin Öğrenelim!"

16-19 MART 2023

GRANADA LUXURY RESORT
BELEK - ANTALYA

www.kursgunleri.org

/kursgunleri

4. FTR KURS GÜNLERİ KONGRESİ

16-19 MART 2023
GRANADA LUXURY RESORT
BELEK - ANTALYA
"Gelin Öğrenelim!"

DAVET

Saygıdeğer Hocalarım,
Değerli Meslektaşlarım,

Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği yönetim kurulu olarak biliyoruz ki, çok geniş bir yelpazede, farklı hastalık ve hasta gruplarına hitap eden ve diğer branşlarla sürekli diyalog halinde olmayı gerektiren bir branş için bilgili, donanımlı ve güncel olmak başarının ilk koşulu.

Buradan hareketle, 2023 yılında düzenleyeceğimiz 4. FTR KURS GÜNLERİ KONGRESİ'nde FTR branşının olmazsa olmazlarının yanı sıra, en yeni ve en güncel konuları da içeren kapsamlı bir kurs programı hazırladık. FTR Kurs Günleri'nde günlük klinik pratiğimize katkı sağlayacak konular üzerine odaklanacağız. Kurslar teorik bilgilerden ziyade uygulamaya yönelik olacaktır.

4. FTR KURS GÜNLERİ KONGRESİ'nin yenilenen formatı ve içerikleri ile sizler için çok faydalı ve verimli bir eğitim ortamı oluşturacağına inancımız tamdır.

Bu duygularla diyoruz ki;

Gelin Öğrenelim!

Prof. Dr. Kenan AKGÜN
TFTR Derneği Başkanı

TFTR DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan
Prof. Dr. Kenan Akgün

İkinci Başkan
Prof. Dr. Demirhan Dıraçoğlu

Genel Sekreter
Prof. Dr. İlker Yağcı

Sayman
Prof. Dr. Meltem Vural

Veznedar
Prof. Dr. Lale Altan İnceoğlu

Üye
Doç. Dr. Engin Koyuncu
Uzm. Dr. Muzaffer Toklu

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Kenan Akgün
Prof. Dr. Demirhan Dıraçoğlu
Prof. Dr. İlker Yağcı
Prof. Dr. Meltem Vural
Prof. Dr. Lale Altan İnceoğlu
Doç. Dr. Engin Koyuncu
Uzm. Dr. Muzaffer Toklu

BİLDİRİ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Dr. Engin Koyuncu
Dr. Aysun Genç
Dr. Canan Şanal
Dr. Cengiz Bahadır
Dr. Deniz Palamar
Dr. İlknur Aktaş
Dr. Nalan Çapan
Dr. Sibel Ünsal
Dr. Yasin Demir

BİLİMSEL PROGRAM

4. FTR KURS GÜNLERİ KONGRESİ

16-19 MART 2023
GRANADA LUXURY RESORT
BELEK - ANTALYA
"Gelin Öğrenelim!"

I. GÜN **16 Mart 2023,** Perşembe

13.00 - 13.30	**AÇILIŞ**	*Salon-1*
13.45 - 14.15	**Uydu Sempozyumu** **Eklemlere Nefes Aldıran Moleküller: Glukozamin ve Kollajen** **Moderatör:** Cihan Aksoy **Konuşmacı:** Demirhan Dıraçoğlu **Yer:** Salon-1	NOBEL İLAÇ

14.30-17.30	**KURSLAR**	*15.45-16.00 KAHVE ARASI*

DEPREM SONRASI REHABİLİTASYONU *Salon-1*
İbrahim Gündoğdu (Koordinatör), Cuma Uz, Gizem Kılınç Kamacı

İNMEDE ÜST EKSTREMİTE SORUNLARI *Salon-2*
Ayşe Yalıman (Koordinatör), Aysun Genç

ENFLAMATUVAR ARTRİTLERDE (RA, SpA) KLİNİK VE ULTRASONOGRAFİK DEĞERLENDİRME *Salon-3*
İlker Yağcı (Koordinatör), Erhan Çapkın, Özgür Akgül

OMUZ VE DİZ MR DEĞERLENDİRME *Salon-4*
Memduh Dursun (Koordinatör)

GİRİŞİMSEL ALGOLOJİ *Salon-5*
Osman Hakan Gündüz (Koordinatör), Hayri Özbek, Savaş Şencan

SKOLYOZDA KLİNİK DEĞERLENDİRME VE TEDAVİ *Salon-6*
Coşkun Zateri (Koordinatör), Filiz Tuna, Aynur Metin Terzibaşıoğlu

ALT EKSTREMİTE BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMASI *Salon-7*
Belgin Erhan (Koordinatör), Şehim Kutlay, Melek Sezgin, Rıdvan Alaca

KİNEZYOLOJİK BANTLAMA *Salon-8*
Duygu Geler Külcü (Koordinatör), Meltem Vural, Nilgün Mesci

AKUPUNKTUR *Salon-9*
Akın Erdal (Koordinatör), Gülçin Ural

DİZ VE LUMBOSAKRAL PROLOTERAPİ *Salon-10*
Emel Özcan (Koordinatör), M. Ali Taşkaynatan, Ekin İlke Şen

SERVİKAL BÖLGEDE MANUEL TIP *Salon-11*
Cihan Aksoy (Koordinatör), Demirhan Dıraçoğlu, Mustafa Çorum

VERTİGO REHABİLİTASYONU *Salon-12*
Ayşe Karan (Koordinatör), Nalan Çapan

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-1 *Salon-13*
İlknur Aktaş (Moderatör)

14.30-14.40 Bel ve boyun ağrısı hastalık yükü ile risk faktörleri arasındaki ilişkinin cinsiyete göre değerlendirilmesi *Fatih Baygutalp*
14.40-14.50 Ani Başlangıçlı ve Ciddi Omuz Ağrısı İle Seyreden İki Olgu *Benil Nesli Ata*
14.50-15.00 Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Hastalarının Pandemi Sürecinde Covid-19 Farkındalığı, Temas Durumları ve Fiziksel Aktivite Durumlarının İncelenmesi *Merve Günerli*
15.00-15.10 Kronik bel ağrısında mekanizmaya göre ağrı tiplerinin ağrı şiddeti ve hayat kalitesi üzerine etkileri *Savaş Karpuz*
15.10-15.20 Alt Ekstremite Lenfödem Hastalarında Hastalık Değişkenleri ile Hastaların Fonksiyonel Durumları Arasındaki İlişki *Leyla Huseynli*
15.20-15.30 Ankilozan Spondilitli hastalarda kardiyak tutulum ile hastalık aktivitesi, fonksiyon, günlük yaşam aktiviteleri, kullanılan medikal tedaviler ve demografik veriler arasındaki korelasyon *Hüdanur Coşkun*
15.30-15.40 Yaşlılarda Üriner İnkontinansın Kinezyofobi Üzerine Etkisi *Pınar Oba*
16.00-16.10 Romatoid artritli hastalarda kinezyofobi ile ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki *Ahmet Karakoyun*
16.10-16.20 Subakromiyal sıkışma sendromu olan hastalarda düşük yoğunluklu lazer ve peloid terapilerinin etkinliklerinin karşılaştırılması. Randomize kontrollü çalışma *Fatma Çağlayan Ağır*
16.20-16.30 Lateral Epikondilit Tedavisinde Kuru İğneleme Tedavisinin Etkinliği: Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma *Fikriye Elif Saka*
16.40-16.50 Bel ve Diz ağrısının nadir bir nedeni Alkaptonüri *İrem Çiftçi*
16.50-17.00 Nadir bir Lokalizasyon Olarak Rektus femoriste kalsifik tendinit olgusu *Cemile Didem Özdemir Özkan*

17.45 - 18.15	**Uydu Sempozyumu** **Fibromiyaljide Mitokondriyel Destek Kullanımı; Mitoby** **Moderatör:** Demirhan Dıraçoğlu **Konuşmacı:** Kevser Köş **Yer:** Salon-1	goodday
18.15-18.30	**GÜNÜN ÖDÜLLÜ BİLGİ YARIŞMASI**	*Salon-1*

II. GÜN 17 Mart 2023, Cuma Öğleden Önce

08.30-11.30	KURSLAR	09.45-10.00 KAHVE ARASI

DEPREM SONRASI REHABİLİTASYONU *Salon-1*
İbrahim Gündoğdu (Koordinatör), Cuma Uz, Gizem Kılınç Kamacı

İNMEDE ÜST EKSTREMİTE SORUNLARI *Salon-2*
Ayşe Yalıman (Koordinatör), Aysun Genç

ENFLAMATUVAR ARTRİTLERDE (RA, SpA) KLİNİK VE ULTRASONOGRAFİK DEĞERLENDİRME *Salon-3*
İlker Yağcı (Koordinatör), Erhan Çapkın, Özgür Akgül

OMUZ VE DİZ MR DEĞERLENDİRME *Salon-4*
Memduh Dursun (Koordinatör)

GİRİŞİMSEL ALGOLOJİ *Salon-5*
Osman Hakan Gündüz (Koordinatör), Hayri Özbek, Savaş Şencan

SKOLYOZDA KLİNİK DEĞERLENDİRME VE TEDAVİ *Salon-6*
Coşkun Zateri (Koordinatör), Filiz Tuna, Aynur Metin Terzibaşıoğlu

ALT EKSTREMİTE BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMASI *Salon-7*
Belgin Erhan (Koordinatör), Şehim Kutlay, Melek Sezgin, Rıdvan Alaca

KİNEZYOLOJİK BANTLAMA *Salon-8*
Duygu Geler Külcü (Koordinatör), Meltem Vural, Nilgün Mesci

AKUPUNKTUR *Salon-9*
Akın Erdal (Koordinatör), Gülçin Ural

DİZ VE LUMBOSAKRAL PROLOTERAPİ *Salon-10*
Emel Özcan (Koordinatör), M. Ali Taşkaynatan, Ekin İlke Şen

SERVİKAL BÖLGEDE MANUEL TIP *Salon-11*
Cihan Aksoy (Koordinatör), Demirhan Dıraçoğlu, Mustafa Çorum

VERTİGO REHABİLİTASYONU *Salon-12*
Ayşe Karan (Koordinatör), Nalan Çapan

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-2 *Salon-13*
Engin Koyuncu (Moderatör)

08.30-08.40 İnme Sonrası Yatarak Rehabilite Edilen Hastaların İnme Öncesi COVID-19 Geçirme Öyküsü *Yasemin Tombak*

08.40-08.50 Subakut erken ve geç dönem inmeli hastalarda deltoid ve supraspinatus kas kalınlığının değerlendirilmesi, üst ekstremitede ağrı ve fonksiyonellikle ilişkisi; Ön çalışma *Sinem Bozkurt*

08.50-09.00 Manuel Tekerlekli Sandalye Kullanan Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda Akromiohumeral Mesafenin Değerlendirilmesi; Ultrasonografik Çalışma *Nuran Eyvaz*

09.00-09.10 Pediatrik aşırı aktif mesane tedavisinde antikolinerjik ajanların etki ve yan etki profillerinin karşılaştırılması *Meltem Güneş Akıncı*

09.10-09.20 Bel Ağrısı Olan Geriatrik Populasyonda Epidural Steroid Enjeksiyonlarının Etkinliği: Tanı, Tedavi Başarısını Etkiler mi? *Yasin Okumuş*

09.20-09.30 Transkütanöz aurikuler vagus sinir stimülasyonunun Parkinson Hastalığında görülen tremora akut etkisinin değerlendirilmesi: ön çalışma *Merve Damla Korkmaz*

09.30-09.40 50-64 yaş arası postmenopozal kadınlarda FRAX Türkiye modeli ile Yapılan 10 yıllık Kırık Riski Değerlendirmesi *Ebru Yılmaz*

10.00-10.10 Hastane çalışanlarında İşe bağlı Kas İskelet Sistemi Ağrısı *Filiz Meryem Sertpoyraz*

10.10-10.20 Servikal Transforaminal Epidural Deksametazon Enjeksiyonu Sonrası Gelişen Geçici Hemipleji: Bir Olgu Sunumu *Serdar Kokar*

10.20-10.30 Bel ağrısı ile ilgili Türkçe web sitelerinin okunabilirliği ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi *Savaş Karpuz*

10.30-10.40 Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hekimlerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Görüşleri: Ön Çalışma *Hanife Çağlar Yağcı*

10.40-10.50 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ünitesinde Yatarak Tedavi Gören İnme Hastalarının Klinik Ve Demografik Özellikleri *Eser Kalaoğlu*

10.50-11.00 Gebelikte Gelişen Bilateral Ayak Avasküler Nekrozlu Olgu Sunumu *Seher Kara*

11.45 - 12.15	**Uydu Sempozyumu** **Tara, Güçlendir, Koru! Prolia ile Osteoporoz Tedavisinde Kanıtlanmış Etkililik ve Güvenlilik** **Moderatör:** Lale Altan **Konuşmacılar:** Dilşad Sindel, Alp Çetin **Yer:** Salon-1 AMGEN
12.15-13.30	ÖĞLE YEMEĞİ

4. FTR KURS GÜNLERİ KONGRESİ

16-19 MART 2023
GRANADA LUXURY RESORT
BELEK - ANTALYA
"Gelin Öğrenelim!"

II. GÜN **17 Mart 2023,** Cuma *Öğleden Sonra*

13.45 - 14.15	Uydu Sempozyumu **1 + 1 = 3** **Reparil-Gel N: Topikal NSAİİ ile Tedavide Yeni Hedefler** **Moderatör:** Kenan Akgün **Konuşmacı:** İlker Yağcı **Yer:** Salon-1

14.30-17.30	KURSLAR	15.45-16.00 KAHVE ARASI

AMPUTE REHABİLİTASYONU VE PROTEZ UYGULAMALARI *Salon-1*
Koray Aydemir (Koordinatör), Yasin Demir, Gizem Kılınç Kamacı

OMURGA MR DEĞERLENDİRME *Salon-2*
Memduh Dursun (Koordinatör)

PEDİATRİK REHABİLİTASYONDA MERAK ETTİKLERİNİZ *Salon-3*
Resa Aydın (Koordinatör), Evrim Karadağ Saygı, Ebru Yalçınkaya

ÜST EKSTREMİTE ORTEZ REÇETELEME *Salon-4*
Neşe Özgirgin (Koordinatör), Ayşe Küçükdeveci, Kadriye Öneş

SARKOPENİNİN KLİNİK VE ULTRASONOGRAFİK DEĞERLENDİRİLMESİ *Salon-5*
Bayram Kaymak (Koordinatör), Levent Özçakar, Murat Kara

TANISAL ULTRASONOGRAFİ: OMUZ *Salon-6*
Kenan Akgün (Koordinatör), Rana Kaynar, Tuğçe Özekli

EKLEM İÇİ ENJEKSİYONLAR VE PRP *Salon-7*
Demirhan Dıraçoğlu (Koordinatör), Bahar Dernek, Mahir Topaloğlu

OZON TERAPİ *Salon-8*
Kamil Yazıcıoğlu (Koordinatör), Serdar Kesikburun, Emre Adıgüzel

ALT EKSTREMİTE KURU İĞNELEME *Salon-9*
Canan Şanal Toprak (Koordinatör), Yeliz Bahar Özdemir

ÜST EKSTREMİTE BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMASI *Salon-10*
İlknur Aktaş (Koordinatör), Sibel Çağlar, Özge Keniş Coşkun

ÜST EKSTREMİTE LENFÖDEM REHABİLİTASYONU *Salon-11*
Figen Ayhan (Koordinatör), Meltem Dalyan, Seçil Vural

ELEKTRONÖROMİYOGRAFİ *Salon-12*
İlker Yağcı (Koordinatör), Esra Giray, Murat Zinnuroğlu

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-3 *Salon-13*
Cengiz Bahadır (Moderatör)

14.30-14.40 Serebral Palsi' li Çocuklar ile Sağlıklı Akranlarının Bölgesel Vücut Yağ Dağılımı ve Kas Ekojeniteleri Arasındaki Farkların İncelenmesi *Orhan Güvener*
14.40-14.50 Ultrason Rehberliğinde Uygulanan Geniküler Sinir Radyofrekans Termokoagülasyonunda İğne Lokalizasyonunun Floroskopi ile Teyidi *Serdar Kokar*
14.50-15.00 Covıd-19 Pandemi Sürecinde Serebral Palsili Çocukların Fonksiyonel Durumları ve Bakım Veren Kişilerin Covid-19 Korkusu *Ayla Çağlıyan Türk*
15.00-15.10 Fibromiyaljili Olgularda Lipödem Farkındalığı *Tolga Oğuz Karapınar*
15.10-15.20 Karpal tünel sendromu tanısında üç farklı noktadan ultrasonografik indeksin EMG ile korelasyonu *Meliha Nur Köfkeci*
15.20-15.30 Kas iskelet sisteminin kronik hastalıkları ve santral sensitizasyon ilişkisinin değerlendirilmesi *Nurbanu Hindioğlu Doğan*
15.30-15.40 Ağrı Modülasyon Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği *Esra Cansu Kıvratma*
16.00-16.10 De Quervain Tenosinovitiyle İlişkili YouTube Platformunda Yer Alan Sağlık Hizmeti Bilgileri Güvenilir ve Kaliteli midir? *Merve Örücü Atar*
16.10-16.20 Hemiplejik omuz ağrılı olgularda klinik ve ultrasonografik bulguların fonksiyonel durumla ilişkisi *Kenan Abbasov*
16.20-16.30 Meme kanseri ilişkili lenfödem hastalarında ev programı ve telerehabilitasyon ile tedavi sürecinin değerlendirilmesi *Merve Demirci*
16.30-16.40 Genç Hastada Bel Ağrısının Nadir Bir Sebebi Renal Hücreli Karsinom *Büşra Alçın*
16.40-16.50 Semptomatik Diz Osteoartritli Hastalarda Uygulanan Pulsed Elektromanyetik Alan Tedavisinin Klinik, İnflamasyon ve Ultrasonografik Parametreler İle Değerlendirilmesi *Meltem İmal Kızılkaya*
16.50-17.00 Meralgia Parestetikalı Hastalarda Etyoloji ile İlişkili Faktörler *Bilge Kesikburun*

17.45 - 18.15	Uydu Sempozyumu **Bel Ağrılarında Farmakolojik Yaklaşımlar** **Moderatör:** İlker Yağcı **Konuşmacı:** Lale Altan **Yer:** Salon-1
18.15-18.30	**GÜNÜN ÖDÜLLÜ BİLGİ YARIŞMASI** *Salon-1*

4. FTR KURS GÜNLERİ KONGRESİ

16-19 MART 2023
GRANADA LUXURY RESORT
BELEK - ANTALYA
"Gelin Öğrenelim!"

III. GÜN 18 Mart 2023, Cumartesi Öğleden Önce

08.30-11.30	KURLAR	09.45-10.00 KAHVE ARASI

AMPUTE REHABİLİTASYONU VE PROTEZ UYGULAMALARI *Salon-1*
Koray Aydemir (Koordinatör), Yasin Demir, Gizem Kılınç Kamacı

OMURGA MR DEĞERLENDİRME *Salon-2*
Memduh Dursun (Koordinatör)

PEDİATRİK REHABİLİTASYONDA MERAK ETTİKLERİNİZ *Salon-3*
Resa Aydın (Koordinatör), Evrim Karadağ Saygı, Ebru Yalçınkaya

ÜST EKSTREMİTE ORTEZ REÇETELEME *Salon-4*
Neşe Özgirgin (Koordinatör), Ayşe Küçükdeveci, Kadriye Öneş

SARKOPENİNİN KLİNİK VE ULTRASONOGRAFİK DEĞERLENDİRİLMESİ *Salon-5*
Bayram Kaymak (Koordinatör), Levent Özçakar, Murat Kara

TANISAL ULTRASONOGRAFİ: OMUZ *Salon-6*
Kenan Akgün (Koordinatör), Deniz Palamar, Rana Kaynar

EKLEM İÇİ ENJEKSİYONLAR VE PRP *Salon-7*
Demirhan Dıraçoğlu (Koordinatör), Bahar Dernek, Mahir Topaloğlu

OZON TERAPİ *Salon-8*
Kamil Yazıcıoğlu (Koordinatör), Serdar Kesikburun, Emre Adıgüzel

ALT EKSTREMİTE KURU İĞNELEME *Salon-9*
Canan Şanal Toprak (Koordinatör), Yeliz Bahar Özdemir

ÜST EKSTREMİTE BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMASI *Salon-10*
İlknur Aktaş (Koordinatör), Sibel Çağlar, Özge Keniş Coşkun

ÜST EKSTREMİTE LENFÖDEM REHABİLİTASYONU *Salon-11*
Figen Ayhan (Koordinatör), Meltem Dalyan, Seçil Vural

ELEKTRONÖROMİYOGRAFİ *Salon-12*
İlker Yağcı (Koordinatör), Esra Giray, Murat Zinnuroğlu

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-4 *Salon-13*
Nalan Çapan (Moderatör)

08.30-08.40 Femoroasetabular İmpingement Sendromunda Atlanmaması Gereken Bir Tanı: Femur Stres Kırığı *Ahmet Doğan*

08.40-08.50 Akut Boyun Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Crowned Dens Sendromu *Ahmet Doğan*

08.50-09.00 Kronik kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrılarda santral sensitizasyon sıklığı ve dizabiliteyle ilişkisinin araştırılması: Kesitsel çalışma *Feyza Nur Yücel*

09.00-09.10 Romatoid Artritte Hastalık Aktivitesi ile Benzer Kiliniğe Sahip Naviküler Osteonekroz *Ahmet Doğan*

09.10-09.20 Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda İdrar Yolu Enfeksiyonu Sıklığı Ve Üreyen Patojenlerin İncelenmesi *Melek Rukiye Taşgın*

09.20-09.30 Stres ve Mikst Üriner İnkontinansli Kadinlarda Kor Stabilizasyon Egzersizlerinin Etkinliği *Merve Dikici Yağlı*

09.30-09.40 Servikal Spondiloz ile Diyafragma Paralizisi arasındaki ilişki ve Solunum Fonksiyonu Ezerine Etkisi *İbrahim Halil Erdem*

10.00-10.10 Fibromiyalji'li Kadın Hastalarda Cinsel fonksiyon ve Depresyonun hastalık şiddeti ile ilişkisi *İbrahim Halil Erdem*

10.10-10.20 Yıldırım Çarpması Sonrası Çoklu Organ Tutumu ve Multidisipliner Değerlendirme: Olgu Serisi *Ayşenur Şimşek Yağlıoğlu*

10.20-10.30 Diz Üstü Amputasyonu Olan Hastalarda Kas Gücü ve Kemik Mineral Yoğunluğu Arasındaki İlişki, Ön Çalışma Sonuçları *Elif Tekin*

10.30-10.40 Covid-19 hastalarında yorgunluk şiddetinin 5 kez otur kalk testi ve diğer denge testleri ile korelasyonu *Ömer Özyümlü*

10.40-10.50 Karpal Tunnel Sendromunda Steroid Enjeksiyon Tedavisi Sonrası Manuel Tedavinin Tedavi Sonuçlarına Etkisi *Bilgehan Kolutek Ay*

10.50-11.00 İnmeli hastalarda denge cihazının konvansiyonel rehabilitasyon tedavisine eklenmesinin fonksiyonel durum ve denge üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi *Pınar Kılıç Ateş*

11.00-11.10 Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda Osteoporoz Varlığı ve Alt Ekstremite Kas Kitlesi ile İlişkisi *Nuran Eyvaz*

11.10-11.20 Femoral Sinir Nöropatisi ile Prezente Olan İliakus Absesi: Bir Olgu Sunumu *Öykü Tomay Aksoy*

11.45 - 12.15	**Uydu Sempozyumu** **Peptit-Hyaluronik Asit Kombinasyon Enjeksiyonları** **Moderatör:** Kenan Akgün **Konuşmacı:** Demirhan Dıraçoğlu **Yer:** Salon-1
12.15-13.30	ÖĞLE YEMEĞİ

4. FTR KURS GÜNLERİ KONGRESİ

16-19 MART 2023
GRANADA LUXURY RESORT
BELEK - ANTALYA
"Gelin Öğrenelim!"

III. GÜN 18 Mart 2023, Cumartesi Öğleden Sonra

13.45 - 14.15	Uydu Sempozyumu **Fibromiyaljide DAO Enziminin Yeri** **Moderatör:** Cihan Aksoy **Konuşmacılar:** Elif Pahsa, Kazım Çiçek **Yer:** Salon-1 TABİLAÇ

14.30-17.30	KURSLAR — 15.45-16.00 KAHVE ARASI
OMURİLİK YARALANMASINDA DEĞERLENDİRME *Salon-1* *Müfit Akyüz (Koordinatör), Bilge Yılmaz, İbrahim Gündoğdu*	
ALT EKSTREMİTE ORTEZ REÇETELEME *Salon-2* *Demet Ofluoğlu (Koordinatör), Özlem El*	
OSTEOPOROZDA DEXA VE YENİ TEKNOLOJİLER *Salon-3* *Dilşad Sindel (Koordinatör), Alp Çetin, Hanife Çağlar Yağcı*	
FİZİK TEDAVİ AJANLARINDA YENİ TEKNOLOJİLER *Salon-4* *Birol Balaban (Koordinatör), Ferdi Yavuz*	
TANISAL ULTRASONOGRAFİ: DİZ *Salon-5* *Demirhan Dıraçoğlu (Koordinatör), Ekin İlke Şen, Seçilay Güneş*	
USG REHBERLİĞİNDE SAKROİLİYAK VE PİRİFORMİS ENJEKSİYONLARI *Salon-6* *Kenan Akgün (Koordinatör), Deniz Palamar, Tuğçe Özekli*	
MİYOFASİYAL GEVŞETME TEKNİKLERİ *Salon-7* *Ayşegül Ketenci (Koordinatör), Deniz Evcik*	
ÜST EKSTREMİTE KURU İĞNELEME *Salon-8* *Fatih Bağcıer (Koordinatör), Mahir Topaloğlu*	
PEDOBAROGRAFİK DEĞERLENDİRME *Salon-9* *Nurettin Taştekin (Koordinatör), Murat Birtane*	
ELDE TENDON YARALANMALARI *Salon-10* *Lale Altan İnceoğlu (Koordinatör), Serol İnceoğlu*	
ALT EKSTREMİTE LENFÖDEM REHABİLİTASYONU *Salon-11* *Pınar Borman (Koordinatör), Evrim Coşkun, Burcu Duyur Çakıt*	
KARDİYAK REHABİLİTASYON *Salon-12* *Birkan Sonel Tur (Koordinatör), Füsun Köseoğlu, Aysun Genç*	

17.45 - 18.15	Uydu Sempozyumu **Ağrı Spazm İnflamasyon Döngüsünde Üç Etki Tek İlaç** **Konuşmacılar:** Evren Yaşar, Barkın Berk **Yer:** Salon-1 RECORDATI
18.15-18.30	GÜNÜN ÖDÜLLÜ BİLGİ YARIŞMASI *Salon-1*

4. FTR KURS GÜNLERİ KONGRESİ

16-19 MART 2023
GRANADA LUXURY RESORT
BELEK - ANTALYA
"Gelin Öğrenelim!"

IV. GÜN **19 Mart 2023,** Pazar

09.00-12.00	KURSLAR	09.45-10.00 KAHVE ARASI
OMURİLİK YARALANMASINDA DEĞERLENDİRME *Salon-1* *Müfit Akyüz (Koordinatör), Bilge Yılmaz, İbrahim Gündoğdu*		
ALT EKSTREMİTE ORTEZ REÇETELEME *Salon-2* *Demet Ofluoğlu (Koordinatör), Özlem El*		
OSTEOPOROZDA DEXA VE YENİ TEKNOLOJİLER *Salon-3* *Dilşad Sindel (Koordinatör), Alp Çetin, Hanife Çağlar Yağcı*		
FİZİK TEDAVİ AJANLARINDA YENİ TEKNOLOJİLER *Salon-4* *Birol Balaban (Koordinatör), Ferdi Yavuz*		
TANISAL ULTRASONOGRAFİ: DİZ *Salon-5* *Demirhan Dıraçoğlu (Koordinatör), Ekin İlke Şen, Seçilay Güneş*		
USG REHBERLİĞİNDE SAKROİLİYAK VE PİRİFORMİS ENJEKSİYONLARI *Salon-6* *Kenan Akgün (Koordinatör), Deniz Palamar, Tuğçe Özekli*		
MİYOFASİYAL GEVŞETME TEKNİKLERİ *Salon-7* *Ayşegül Ketenci (Koordinatör), Deniz Evcik*		
ÜST EKSTREMİTE KURU İĞNELEME *Salon-8* *Fatih Bağcıer (Koordinatör), Mahir Topaloğlu*		
PEDOBAROGRAFİK DEĞERLENDİRME *Salon-9* *Nurettin Taştekin (Koordinatör), Murat Birtane*		
ELDE TENDON YARALANMALARI *Salon-10* *Lale Altan İnceoğlu (Koordinatör), Serol İnceoğlu*		
ALT EKSTREMİTE LENFÖDEM REHABİLİTASYONU *Salon-11* *Pınar Borman (Koordinatör), Evrim Coşkun, Burcu Duyur Çakıt*		
KARDİYAK REHABİLİTASYON *Salon-12* *Birkan Sonel Tur (Koordinatör), Füsun Köseoğlu, Aysun Genç*		

12.15 - 12.30	**Akılcı İlaç Kullanımı** Merih Akpınar **Yer:** Salon-1

12.30 - 13.00	KAPANIŞ	*Salon-1*

SÖZLÜ BİLDİRİLER

S-1: Bel ve Boyun Ağrısı Hastalık Yükü İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişkinin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Fatih Baygutalp[1], Faruk Urak[2], Abdulbaki Bilgiç[2], Ayhan Kul[1]
[1]Atatürk Ünv. Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
[2]Atatürk Ünv. Ziraat Fakültesi Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı

Amaç: Türkiye'de bel ağrısı ve boyun ağrısının prevalansını tespit etmek, risk faktörlerini belirlemek ve bu risk faktörlerini cinsiyet açısından karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma Türkiye İstatistik Kurumundan (TÜİK) izin alınarak ve TÜİK tarafından 2019 yılında yapılan güncel Türkiye Sağlık Araştırmaları (TSA) verileri kullanılarak yapılmıştır. TÜİK, TSA çalışmasını Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (ABIO) ile işbirliği içinde ülke genelinde iki yılda bir tekrarlamaktadır. ABIO tarafından belirlenen anket modülleri, yılın son üç ayında (Ekim, Kasım ve Aralık) eşit sayıda gözlem ile tüm aile bireylerini kapsayan çok düzeyli kesitsel verileri içermektedir. Anket bilgisayar destekli yüz yüze görüşme yöntemi ile dört farklı anket bölümünden (hane halkının temel özellikleri, 0-6 yaş grubu, 7-14 yaş grubu ve 15+ yaş grubu) oluşmaktadır. Bu çalışma 18 yaş ve üstü 16253 birey ile 8163 aileyi kapsamaktadır. Bağımlı değişken, rastgele etkiler sıralı probit modeli kullanılarak son 12 ayda bel ağrısı ve boyun ağrısından her ikisini de geçirenler, yalnız birisini geçirenler ve her ikisini de geçirmeyenlerden oluşmuştur. Bağımsız değişkenler ise yaş, evlilik, eğitim düzeyi, çalışma durumu, vücut kitle indeksi, sigorta durumu, gelir düzeyi, günlük yürüme zamanı, spor yapmak, sigara ve alkol kullanımı, meyve tüketimi, sebze tüketimi, depresyon ve Türkiye'de yaşanılan bölgeden oluşmaktaydı.

Bulgular: 18 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu 8163 aile ve 16253 bireyin toplam %45,40'ı erkek, %54,60'ı kadındı. Bel ve boyun ağrısını geçirmenin 1 yıllık prevalansı %39.49 idi. Bu kişilerin %17.11'i son bir yıl içinde bel ve boyun ağrısı yaşamış, %22,38'i iki ağrıdan yalnızca birini (%16,11 bel ağrısı, %6,27'si boyun ağrısı) yaşamıştı. Erkeklerin %20,03'ü bel ya da boyun ağrısından birini, %9,92'si bel ve boyun ağrısını birlikte yaşamıştı. Kadınların %24,16'sı bel ya da boyun ağrısından birini, %23,26'sı bel ve boyun ağrısını birlikte yaşamıştı. Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda tek hastalık yükü 1,20 kat, çift hastalık yükü ise 2,34 kat daha fazlaydı. Her iki hastalığın prevalansı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. İlerleyen yaş, evli olmak, düşük eğiyim düzeyi, obezite, günde bir saatten az yürümek, sigara içmek, günde bir defadan az meyve tüketmek ve depresyon öyküsü her iki cinsiyette de ikili hastalık (bel ve boyun ağrısı) için risk faktörü idi.

Sonuç: Türkiye'de cinsiyete göre bel ağrısı ve boyun ağrısı ile ilişkili risk faktörlerinin değerlendirildiği geniş bir popülasyonun değerlendirildiği çalışmamızda, 2019 yılında 18 yaş ve üstü yetişkinlerde 1 yıl içinde nüfusun %39,49'unun bel ağrısı veya boyun ağrısı yaşadığı belirlenmiştir. Bel ve boyun ağrısının birlikte görülme prevalansının kadınlarda (%23,26), erkeklere (%9,92) göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, boyun ağrısı, cinsiyet, probit modeli, risk faktörleri

S-2: Ağrı Modülasyon Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği

Esra Cansu Kıvratma, Ece Çınar, Simin Hepgüler
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Amaç: Kronik ağrı, bireyler ve toplum üzerinde önemli etkileri olan karmaşık ve rahatsız edici bir sorundur. Dünya çapında insanların %30'undan fazlasını etkileyip tıbbı bakım aramasına neden olarak ekonomik yük oluşturmaktadır. Engellik nedenli kaybedilen yılların önde gelen dört nedeni arasında yer alan kronik ağrı, diğer hastalıklara eşlik eden bir belirti değil, kendi başına ayrı bir hastalıktır. Kronik ağrı nedeniyle başvuran bireylerde, değişen santral ağrı işleme sürecinin göstergesi olduğu bildirilen semptomları tanımlamak amacıyla geliştirilmiş olan "Ağrı Modülasyon Ölçeği"nin Türk toplumunda kullanılabilmesi için Türkçeye çevrilmesi, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunun gösterilmesidir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza üç aydan uzun süredir mevcut bel, boyun, diz, omuz ağrısı olan, fibromiyalji tanısı nedeniyle yaygın ağrısı olan veya romatolojik hastalığı olup ağrısı devam eden 125 hasta dahil edilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması için geliştiren araştırmacıdan izin alındıktan sonra Türkçe çevirisi "forward-backward translation" yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Çeviri sonrası anlaşılabilirlik açısından ölçek, 10 adet gönüllüye pilot çalışma olarak uygulanmıştır. Gönüllülerin geri bildirimlerine göre düzenlemeler yapıldıktan sonra çalışma hasta popülasyonuna uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesi için 15 gün ara ile test- tekrar test uygulaması yapılmıştır. Geçerliliğinin değerlendirilmesi için ilk uygulama sırasında hastalara Ağrı modülasyon Ölçeği ile birlikte Pain Detect ve Santral Sensitizasyon Envanteri' de uygulanmıştır.

Bulgular: Ölçek 2 faktörlü olduğu için cronbach alfa katsayısı faktörler için ayrı ayrı hesaplanmış, faktör 1 için 0.89 ve Faktör 2 için 0.82 olarak bulunmuştur. Intraclass correlation coefficient (ICC) değerleri faktör 1 için 0,95, faktör 2 için 0,92 belirlenmiştir. Ağrı modülasyon ölçeğinin Türkçe versiyonu sonuçları, Pain detect ve santral sensitizasyon envanteri ile anlamlı korele olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Ağrı modülasyon ölçeğinin Türkçe versiyonu, kronik ağrı ile başvuran hastalarda klinik ve epidemiyolojik araştırmalar için hızlı ve kolay uygulanabilen geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bir ölçektir.

Anahtar Kelimeler: ağrı, anket, güvenilirlilik ve geçerlilik, ölçek

S-3: Ani Başlangıçlı ve Ciddi Omuz Ağrısı İle Seyreden İki Olgu

Benil Nesli Ata
Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı

Amaç: Ani başlayan ve şiddetli omuz ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken iki önemli tanıyı olgu üzerinden kısaca hatırlatmayı amaçladık. Hastalara bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır.

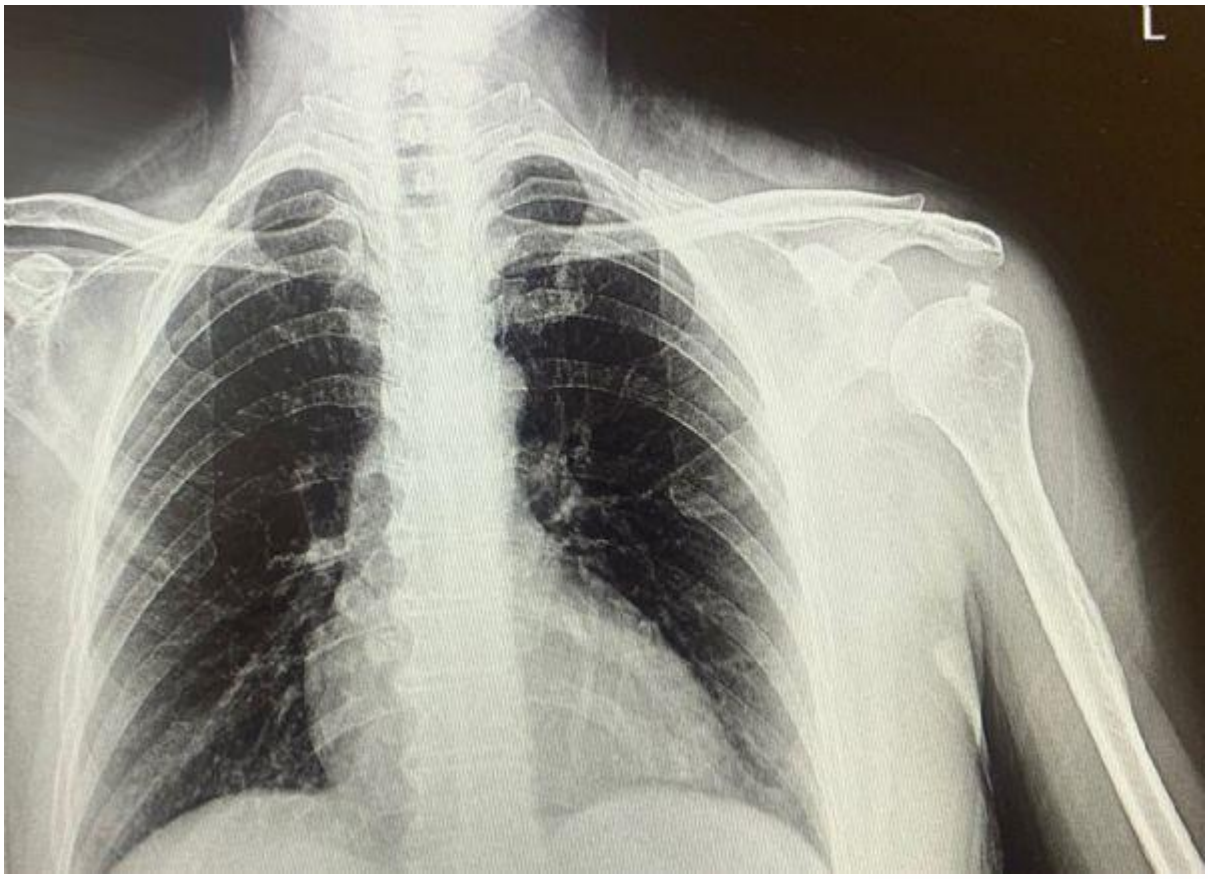
Olgu-1
54 yaşında kadın hasta, sol omuz ön yüzünden kola doğru yayılan şiddetli ağrı ve omuzunu hareket ettirememe yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın şiddetli ağrısı üç gün önce sabaha karşı aniden başlamış. Uzun süredir aynı bölgede ara ara ve hafif şiddette ağrı yakınması oluyormuş fakat bunun hiç doktora başvurmamış. Hasta iki yıldır diyabetes mellitus tanısı ile oral antidiyabetik kullanıyormuş. Sigara ve alkol kullanımı olmayan hastanın travma öyküsü yoktu. Muayenede omuz inspekisyonunda omuz asimetrisi mevcuttu, solda düşük omuz deformitesi izlendi. Palpasyonda akromioklavikuler eklem çevresi ağrılı olarak değerlendirildi. Hastanın omuz ekleminde aktif eklem hareketi yoktu. Pasif eklem hareketi ise şiddetli ağrı sebebi ile değerlendirilemedi. Hastanın yapılan rutin tetkiklerinde akut faz reaktanları normal sınırlardaydı. Hastanın çekilen direk omuz grafisinde subakromiyal aralıkta 7x8 mm çapında kalsifik depozit izlendi. Hasta supraspinatus kalsifik tendiniti olarak değerlendirildi. Hastaya subakromial kortikosteroid enjeksiyonu uygulandı, omuz askısı ile kısa süreli immobilizasyon ve soğuk uygulama önerildi. Nonsterid antiinflamatuar ilaç tedavisi başlandı. Pasif ve aktif yardımlı omuz eklem hareket açıklığı egzersizleri ev programı olarak verildi. Bir ay sonraki kontrol muayanede ağrısının VAS üzerinden 8 den 3'e gerilediği öğrenildi, yapılan omuz muayenesinde, omuz asimetrisinin kaybolduğu görüldü. Aktif ve pasif eklem hareket açıklığı tüm yönlere tamdı, ağrılı ark testi negatif ve jobe testi pozitif olarak değerlendirildi. Konsertavif tedavi sonrası klinik bulgularda düzelme izlenen olguda çekilen kontrol direk grafide kalsifikasyonun rezorbe olduğu görüldü.

Olgu-2
46 yaş erkek hasta 3 haftadır olan sağ omuzda şiddetli ağrı, sağ omuz ve sağ el başparmağını istemli hareket ettirememe yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde sağ omuz ve sağ el ağrısı üç aydır düşük şiddette devam ediyormuş. Hastanın özgeçmişinde diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve anksiyete bozukluğu tanıları mevcuttu. Yakın zamanda aşılama ve enfeksiyon öyküsü yoktu. Sigara kullanımı olan hastanın aile öyküsünde anne ve babasının pankreas kanseri sebebi ile exitus olduğu öğrenildi. Hastanın muayanesinde inspeksiyonda deltoid kası atrofik olarak izlendi. Omuzda aktif eklem hareketi yok, pasif eklem hareket açıklığı tüm yönlere tam fakat özellikle intermal rotasyon ve ekstrenal rotasyon terminali ağrılı olarak değerlendirildi. Duyu muayenesinde C5 dermatomu hipoestezik olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan rutin tetkiklerinde HbA1c 12,5 olup diğer rutin tetkikleri olağan sınırlardaydı. Bu yakınmlarına yönelik çekilen servikal, omuz ve el MRG'si normaldi. EMG bulguları ile brakial pleksopati ile uyumlu bulunan hasta nöraljik amyotrofi olarak değerlendirildi. Medikal tedavisine tramadol, pregabalin ve duloksetin eklendi. Ağrı palyasyonu sağlanana kadar doz titrasyonu yapıldı, bu sürede hastanın anksiyetesinde artış olması ve intihar düşünceleri gelişmesi sebebi ile hasta psikiyatri ile konsülte edildi. İzlemde ağrıda kısmi gerileme sağlanan hastaya elektriksel stimülasyon, sıcak uygulama ve omuz eklemine yönelik aktif yardımlı eklem hareket açıklığı egzersizlerini içeren rehabilitasyon programı başlandı. Hastanın takip ve izlemi henüz devam etmektedir.

Sonuç: Kalsifik tendinit kronik ağrı ile seyredebildiği gibi akut başlangıçlı ve şiddetli ağrı kliniği ile de başlayabilmektedir. Konservatif tedavi ile olguların çoğunda klinik yanıt alınabilmektedir. Nöraljik amiyotrofi sıklığı 100.00 de 1-2 olup ani başlangıçlı omuz ağrısı ve kas kuvveti kaybı durumunda mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kalsifik Tendinit, Nöraljik Amiyotrofi, Omuz Ağrısı, Parsonage Turner Sendromu

Sol Omuz Grafisi



Sol Omuz AP Grafisi

S-4: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Hastalarının Pandemi Sürecinde Covid-19 Farkındalığı, Temas Durumları ve Fiziksel Aktivite Durumlarının İncelenmesi

Merve Günerli[1], Figen Yılmaz[2], Kadriye Banu Kuran[2]
[1]Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Düzce
[2]SBÜ Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada daha önce kliniğimizde yatarak tedavi almış hastaların Covid-19 farkındalıklarını, temas durumlarını ve fiziksel aktivite seviyelerini ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirilmeyi amaçlamaktayız.

Gereç-Yöntem: Gözlemsel, tanımlayıcı, kesitsel tipte olan bu çalışma için Ocak 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğimizde yatarak tedavi alan hastalar dahil etme ve dışlama kriterlerine göre tarandı. Kriterlere uyan 256 hasta Haziran-Eylül 2020 tarihleri arasında telefonla aranarak sosyodemografik özellikleri, pandemi sürecindeki fiziksel aktivite (FA) düzeyleri, günlük yaşam aktiviteleri (GYA), egzersiz algıları ile depresyon durumları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 256 hastanın %71,48'i kadın (n= 183), %28,52'si erkek (n= 73) ve yaş ortalamaları 61,3 ±15,11 yıl idi. Çalışmaya katılan hastalardan 3'nün kendisinin, 4 hastanın ise beraber yaşadığı yakınının Covid-19 geçirmiş olduğu gözlemlendi. Hastaların %27,73'ü düşük, %52,73'ü orta, %19,53'ünün yüksek FA düzeyine sahip olduğu tespit edildi. Yüksek FA grubun GYA değerleri anlamlı derecede yüksek tespit edildi (p=0,0001). FA'sı yüksek grubun egzersiz yarar algısının anlamlı derecede yüksek, egzersiz için engel algısının anlamlı derecede düşük olduğu görüldü (p=0,0001). Yüksek FA olanların depresyon durumları, düşük ve orta FA gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu (p=0,0001).

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamız büyük çoğunluğunun sosyal izolasyon kurallarına uyduğu Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon hastalarının Covid-19 pandemisinin erken döneminde; orta fiziksel aktivite seviyesine sahip olduğunu, fiziksel aktivitesi yüksek olanların günlük yaşam aktivitelerinde daha başarılı olduğunu ve egzersiz yarar algısı fazla olanların daha yüksek fiziksel aktivite seviyesine sahip olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Depresyon, Egzersiz, Fiziksel Aktivite

S-5: Kronik Bel Ağrısında Mekanizmaya Göre Ağrı Tiplerinin Ağrı Şiddeti ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkileri

Savaş Karpuz[1], Ramazan Yılmaz[1], Fatih Güreş[1], Seda Çıra Güreş[2], Kemal Erol[3], Halim Yılmaz[1]
[1]Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Konya Şehir Hastanesi
[3]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı kronik bel ağrılı hastalarda nosiseptif, nöropatik ve nosiplastik ağrı dağılımını ve ağrı şiddeti, dizabilite ve yaşam kalitesine etkilerini belirlemektir.

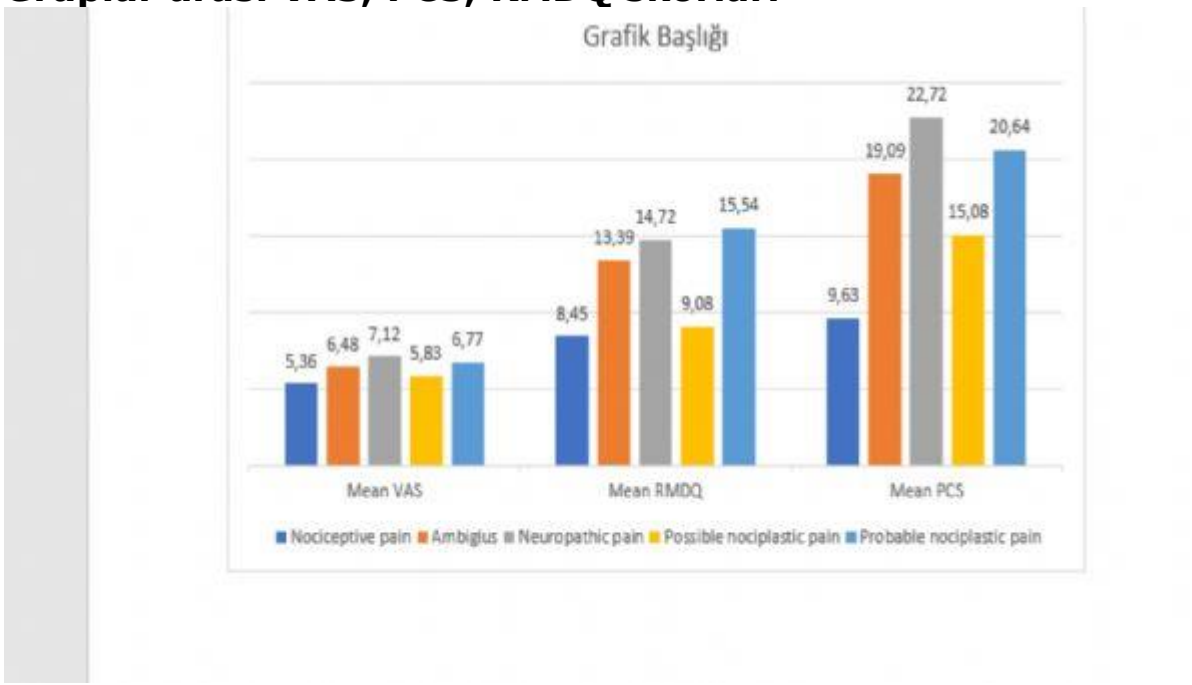
Gereç-Yöntem: Çalışma prospektif ve hastane tabanlı olarak tasarlandı ve etik kurul onayı alındı. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine kronik bel ağrısı (>3 ay) ile başvuran 202 hasta çalışmaya dahil edildi. Ağrı tipi belirlenmesi için painDETECT anketi ve Kas-iskelet sistemini etkileyen nosiplastik ağrı için klinik kriterler ve derecelendirme skoru kullanıldı. Ağrı şiddeti için VAS, Ağrı Felaketleştirme Ölçeği, SF-36 ve Roland-Morris Disabilite Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya ortalama yaşı 57,39±12,19 olan 171'i (%84,7) kadın 31'i (%15,3) erkek olmak üzere toplam 202 kronik bel ağrılı hasta katıldı. Katılımcıların 83 (%41,08) tanesinde nosiseptif, 43 (%21,28) tanesinde belirlenemeyen, 33 (%16,33) tanesinde nöropatik, 12 (%5,94) tanesinde olasi nosiplastik ve 31 (%15,34) tanesinde muhtemel nosiplastik ağrı tespit edildi. Probable nosiplastik ağrı grubunda ve nöropatik ağrı grubunda nösiseptif ağrı grubuna göre VAS, ağrı felaketleştirme ve disabilite skorlarının yüksek olduğu tespit edildi (tüm değerler için $p < 0,05$). SF-36 Yaşam kalitesi alt skorlarında gruplar arasında farklılıklar belirlendi.

Sonuç: Bu çalışma, kronik bel ağrısında mekanizma dayalı sınıflandırmanın (nosiseptif, nöropatik ve nosiplastik) ağrı şiddeti, disabilite ve hayat kalitesinde klinik olarak anlamlı farklılıklarla ilişkili olabileceğini göstermiştir. Mekanizma temelli sınıflandırma hastaların klinik durumlarının değerlendirilmesi, prognoz tahmini ve tedavi seçiminde faydalı olabilir. Bununla birlikte, bu iddiayı doğrulamak için mekanizmalara temelli sınıflandırmalarının prognostik değeri ve tedaviye etkilerini değerlendiren daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik bel ağrısı, nosiplastik ağrı, nöropatik ağrı

Gruplar arası VAS, PCS, RMDQ skorları



S-6: Yıldırım Çarpması Sonrası Çoklu Organ Tutumu ve Multidisipliner Değerlendirme: Olgu Serisi

Gizem Kılınç Kamacı, Merve Örücü Atar, Ayşenur Şimşek Yağlıoğlu, Fatma Özcan, Yasin Demir, Koray Aydemir
SBÜ Ankara Gaziler Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi/ Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Yıldırım çarpması, çevresel veya doğal olayların neden olduğu yaralanma ve ölüm nedenlerinden biridir. Yıldırım çarpması birçok organ sistemine zarar verebilir. En sık zarar gören sistemlerden biri kas iskelet sistemidir. Bu vaka serisinde yıldırım çarpması sonrası yaralanan 4 hasta sunulmaktadır. Hastalardan bilgilendirilmis gönüllü olur/onam formu alinmistir.

Olgu: Olgu 1: 26 yaşında erkek hasta sol üst ekstremite güçsüzlüğü ile başvurdu. Olaydan sonra geçici konuşma bozukluğu, kulak çınlaması şikayetleri de mevcutmuş. Fizik muayenede sağ üst ekstremite ve bilateral alt ekstremitelerin kas gücü 5/5 idi. Sol omuz çevresindeki kas kuvveti 0/5, dirsekte 2/5, el bileği ve parmaklarda 3/5 idi. Sağ üst ekstremitesi duyu muayenesinde hipoestezik idi. Derin tendon refleksleri (DTR) normoaktifti. Radyolojik tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Elektromiyografi (EMG) normal olarak değerlendirildi. Oftalmoloji, nöroloji, kulak burun boğaz ve kardiyoloji bölümleri tarafından muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Psikiyatrist tarafından akut stres reaksiyonu olarak değerlendirilerek uygun tedavi başlandı. Hastaya kas güçsüzlüğü nedeniyle rehabilitasyon programı uygulandı.
Olgu 2: 23 yaşında erkek hasta sağ üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlük ile başvurdu. Yıldırım çarpmasından sonra hastada bilinç kaybı ve kısa süreli görme kaybı oluşmuş. Fizik muayenede sağ üst ve alt ekstremitelerin kas kuvveti 0/5 idi. Sağ baş parmağında minimum aktif hareket vardı. Sağ üst ve alt ekstremiteleri duyu muayenesinde hipoestezik idi. DTR sağ tarafta hipoaktifti. Radyolojik tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. EMG normaldi. İlk EMG'den 1 ay sonra yapılan kontrol EMG'si de normaldi. Hasta oftalmoloji, kulak burun boğaz, kardiyoloji bölümleri tarafından değerlendirildi ve patoloji saptanmadı. Psikiyatrist tarafından hastanın durumu akut stres reaksiyonu olarak değerlendirildi ve tedavisi başlandı. Hastaya uygun rehabilitasyon programı uygulandı.
Olgu 3: 22 yaşında erkek hasta bilateral alt ekstremitelerde güçsüzlük ile başvurdu. Yıldırım çarpmasından 1 saat sonra hasta bilincini kaybetmiş ve olaydan sonraki iki gün boyunca bilateral alt ekstremitelerde hareketi yokmuş. Daha sonra, özellikle sağ alt ekstremitede kas gücü kademeli olarak artmış. Fizik muayenede sol alt ekstremitenin kas kuvveti 4/5 ve diğer ekstremitelerin kas gücü tamdı. Sol alt ekstremitesi duyu muayenesinde hipoestezik idi. DTR normoaktifti. Kan testlerinde aspartataminotransferaz (AST): 54 ve gama-glutamiltransferaz (GGT): 74 değerleri bulundu. Abdominal ultrason sonucu normaldi. Takip sırasında AST ve GGT değerlerinde anlamlı bir değişiklik olmadı. EMG normaldi. Hasta psikiyatri bölümü tarafından akut stres reaksiyonu olarak değerlendirildi ve tedavisi başlandı. Hastaya uygun rehabilitasyon programı uygulandı.
Olgu 4: 22 yaşında erkek hasta sol üst ve sağ alt ekstremitelerde güçsüzlük ile başvurdu. Fizik muayenede sağ alt ve sol üst ekstremitelerin kas kuvveti 4/5 idi. DTR normoaktifti. Radyolojik tetkikleri normal olarak değerlendirildi. İlk yapılan EMG'de patolojik bulgu saptanmadı ve 1 ay sonra yapılan kontrol EMG'si de normaldi. Hastaya psikiyatri bölümü tarafından travma sonrası stres bozukluğu tanısı ile tedavi başlandı. Hastaya uygun rehabilitasyon programı uygulandı.

Sonuç: Vaka serimiz, yıldırım çarpmasının etkilerinin çeşitli semptomlarla nasıl ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Kas-iskelet sistemi ve cilt başta olmak üzere, kardiyovasküler sistem, göz, kulak ve sinir sistemi sıklıkla etkilenir. Bu nedenle multidisipliner değerlendirme gereklidir. Hastaların erken ve geç dönem takipleri yapılmalı ve her hastaya en uygun tedavi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yıldırım çarpması, rehabilitasyon, multidisipliner değerlendirme

S-7: Alt Ekstremite Lenfödem Hastalarında Hastalık Değişkenleri ile Hastaların Fonksiyonel Durumları Arasındaki İlişki

Özge Keniş Coşkun[1], Leyla Huseynli[1], Ahmet Baran Aydın[2], Doruk Altuğ[2], Muhammed Ayberk Çakmak[2], Osman Buğra Tuncer[2], Yeliz Tuğlu[2]
[1]Marmara Üniversitesi Fizik tedavi ve rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,İstanbul

Amaç: Lenfödem, yumuşak doku şişmesine, kronik inflamasyona, reaktif doku fibrozuna ve anormal yağ birikimine yol açan interstisyel sıvı birikimi olarak tanımlanan kronik bir hastalıktır.Bu araştırma, alt ekstremite lenfödem hastalarında performans ölçütleriyle etkilenen kas gruplarının fonksiyonel durumlarını ölçüp hastanın belirttiği ağrı, gerginlik ve sertlik düzeyi ile ilişkisini göstermek amacıyla planlanmıştır. Ağrı ile Baş Etme Envanteri kullanılarak bu hastaların ağrı ile karşılaştıklarında nasıl bir tepki verdiklerini görmek hedeflenmiştir.

Gereç-Yöntem: Çalışma, Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine başvuran,alt ekstremitede lenfödem ile takipli hastaların dahil edildiği kesitsel tipte bir çalışmadır.Hastalarımıza 32 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Bu anketin ilk kısımda hastalara sosyodemografik sorular sorduktan sonra hastaların hissettiği ağrı, gerginlik ve sertlik düzeyleri sorulmuş, bunları öznel olarak 1'den 10'a derecelendirmeleri istenmiştir. Anketin son kısmında Ağrı ile Baş Etme Envanteri (ABE) ölçeği kullanılmıştır. Aynı zamanda "Zamanlı Kalk ve Yürü Testi", "Dinamometre ile Kas Gücü Ölçümü" ve "6 Dakika Yürüme Testi" ile fonksiyonel veriler toplanmıştır.
Demografik veriler basit tanımlayıcı analizler ile, her iki alt ekstremite arasındaki kas gücü farkı bağımlı değişkenlerde t-testi ile, korelasyonlar ise Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 22.0 programında analiz edilmiştir.

Bulgular: 28 hasta ve 23 kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastaların 23'ü kadındır. Yaş ortalaması 54,43 ± 14,12, ortalama vücut kitle indeksi 33,84 ± 6,17 idi. Hastaların 20'sinde tek taraflı olarak lenfödem görüldü. Bu hastalarda, etkilenen alt ekstremitenin kas gücü, sağlam alt ekstremite ve kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşüktü. Korelasyon analizinde TUGT sonucu ile hastaların hissettiği gerginlik düzeyi arasında anlamlı bir korelasyon gözlendi (r= 0,43, p=0,02).

Sonuç: Alt ekstremite lenfödemi bulunan hastalarda quadriceps femoris kas gücü etkilenen alt ekstremitede anlamlı olarak daha azdır. Ancak ZKYT sonucu ile gerginlik düzeyi arasında çıkan korelasyon dışında kas gücü ve performans ölçütleri ile hastaların ağrı, gerginlik ve sertlik hissi düzeyi ile ilgili anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Lenfödem, alt ekstremite, kas gücü, ağrı

S-8: De Quervain Tenosinovitiyle İlişkili YouTube Platformunda Yer Alan Sağlık Hizmeti Bilgileri Güvenilir ve Kaliteli midir?

Merve Örücü Atar, Fatma Özcan
SBÜ Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Tıbbi bilgilere erişim için YouTube popülerlik kazanan bir platformdur. Fakat çevrim içi sağlık bilgilerinin güvenilirliği ve kalitesi ile ilgili endişeler mevcuttur. Bu çalışmada, De Quervain tenosinoviti ile ilişkili YouTube'da yer alan sağlık hizmeti bilgilerinin güvenilirliğini, kalitesini ve içeriğini araştırmak amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma kesitsel olarak dizayn edildi. "De Quervain tenosynovitis" anahtar kelimesi kullanılarak 14 Şubat 2022'de YouTube'da tarama yapıldı. Video kaynakları, video süresi (dk), videonun yüklendiği tarihten itibaren geçen süre (gün), beğenme sayısı ve görüntülenme sayısı kaydedildi. Amerikan Tıp Derneği Dergisi (JAMA) benchmark kriterleri, Global Kalite Ölçeği ve modifiye DISCERN kullanılarak videoların değerlendirmesi yapıldı. Global Kalite Ölçeği'ne göre düşük, orta ve yüksek olarak 3 kalite grubu oluşturuldu.

Bulgular: YouTube'da toplam 60 video taraması yapıldı. 49 video dahil edilme kriterlerini karşıladığı için çalışmaya dâhil edildi. YouTube'daki videoların %51'i (n=25) doktorlar tarafından paylaşılmıştı. Kalite sınıflandırması yapıldığında yüksek kalitede video oranı %57, orta kalitede video oranı %23 ve düşük kalitede video oranı %20 idi. Yüksek kaliteli videoların %78,6'sı doktorlar tarafından yüklenmişti. Kalite grupları beğeni, günlük izlenme, görüntüleme ve yorum sayısı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu (tümü için $p>0,05$).

Sonuç: De Quervain tenosinoviti ile ilgili YouTube'da paylaşılan videoların yarısına yakını yüksek kalitededir. Kullanıcılar video kaynaklarına odaklanmalıdır ve videoların kalitesine yorum, görüntüleme ve beğeni sayısına göre karar vermemelidir.

Anahtar Kelimeler: De Quervain tenosinoviti, güvenilirlik, kalite, video, YouTube

S-9: Ankilozan Spondilitli Hastalarda Kardiyak Tutulum İle Hastalık Aktivitesi, Fonksiyon, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Kullanılan Medikal Tedaviler Ve Demografik Veriler Arasındaki Korelasyon

Hüdanur Coşkun[1], Ebru Aytekin[2], Ahmet Öz[3]
[1]Safranbolu Devlet Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon,Karabük
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,İstanbul
[3]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kardiyoloji Ana Bilim Dalı,İstanbul

Amaç: AS'li hastalarda kardiyak tutulum ile ağrı, hastalık aktivitesi, fonksiyon, günlük yaşam aktiviteleri, kullanılan medikal tedaviler ve demografik veriler arasındaki korelasyonu saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya Modifiye New-York tanı kriterleri ve ASAS klasifikasyon kriterlerine göre Spondiloartropati (SpA) tanısı konmuş 18-65 yaş arası 100 hasta ve kontrol grubu olarak ise yaş ve cinsiyet özellikleri birebir eşleştirilmiş bilinen kronik hastalığı olmayan mekanik bel ağrılı 50 sağlıklı erişkin dahil edilmiştir. Prospektif kesitsel kontrollü çalışma şeklinde yürütülen bu çalışmada hastalar demografik özellikleri, hastalık süresi, periferik artrit, üveit, sigara-alkol tüketimi ve ilaç kullanımı açısından sorgulanmıştır. Hastaların rutin fizik muayeneleri yapılmış; kan basınçları ölçülmüştür. AS hastalarında laboratuvar parametresi olarak lipid profili(düşük yoğunluklu lipoprotein(LDL), yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), Total kolesterol, Trigliserid(TG)), Eritrosit sedimantasyon hızı(ESH), C-Reaktif Protein(CRP), HLA-B27 değerlendirilmiştir. Hastaların ağrı düzeyi Vizüel Analog Skala (VAS) ile, hastalık aktivitesi BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ASDAS (The Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) ESH ve ASDAS-CRP ile, fonksiyon BASFI (The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), mobilite BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index), yaşam kalitesi (The Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQoL) ile değerlendirilmiştir. Hastaların kardiyak tutulumları Avrupa SCORE2 (Systematic Coronary Risk Evaluation) analizi ile değerlendirilmiş olup ekokardiyografik incelemelerini hastanemizde görevli deneyimli bir kardiyoloji uzmanı yapmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 45,79 ±9,4'di. Çalışmaya katılan hastaların 28'i kadın, 72'si erkekti. Tanı süresinin ortalaması 9,40 ±7,14 yıldır. HLA-B27(+)'liği hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0.001$). Hasta grubunun sistolik kan basıncı ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksekti($p<0,001$). AS hastalarının göğüs ekspansiyonları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur($p<0,001$). AS hastalarının SCORE2 puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0,045$). Hasta ve kontrol grupları arasında SCORE2 risk grupları bakımından anlamlı farklılık gözlenmiştir($p=0,008$). Hastalık süresi arttıkça SCORE2 puanı istatiksel olarak artmaktadır($p=0,049$). Ekokardiyografide değerlendirilen aort genişliği hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur($p=0,003$). Kapak patolojileri varlığı açısından iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir($p=0,008$). Vücut kitle indeksi(VKİ) ile ASDAS ESH, ASDAS CRP, BASDAI, ASQoL arasında istatiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yine BRI(Vücut yuvarlaklık indeksi) ile SCORE2 puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki izlenmiştir. BASDAI, BASFI, BASMI, ASQoL, VAS aktivite, ESH, CRP, ASDAS ESH, ASDAS CRP ölçekleri arasında istatiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda 10 yıllık kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini değerlendiren SCORE2 algoritmasına göre KVH riskinin AS hastalarında sağlıklı popülasyona göre daha fazla olduğuna ve hastalık süresi ile orantılı olarak bu riskin arttığı sonucuna ulaştık. SCORE2 risk sınıflamasına göre sağlıklı popülasyonda düşük-orta KVH riski, AS hastalarında ise çok yüksek KVH riskinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaştık. Bu ilişki üzerinde detaylı çalışılarak ilerde daha açık bir şekilde ifade edilebileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, ağrı, hastalık aktivitesi, kardiyovasküler hastalık, SCORE2

S-10: Servikal Spondiloz ile Diyafragma Paralizisi arasındaki ilişki ve Solunum Fonksiyonu Ezerine Etkisi

İbrahim Halil Erdem[1], Levent Karakaş[2]
[1]Başakşehir Çam ve SAkura Şehir Hastanesi, FTR Kliniği, İstanbul
[2]Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği,İstanbul

Amaç: Serikal bölgedeki vertebra ve disk dejenerasyonuna sekonder gelişen disk hernisi, osteofit gibi patolojilerin frenik sinir ve interkostal kasların fonksiyonuna etkisi ile solunum mekaniğinin bozulup bozulamayacağını araştırmayı amaçladık

Gereç-Yöntem: Diyafragma paralizisi'nin (DP) araştırılmasında servikal vertebra görüntüleme kullanımını ve Servikal diskopatinin(SD) patogeneze katkısını değerlendiren retrospektif bir çalışma yapıldı. PA AC grafilerinden DP'si mevcut 296 hasta tespit edildi. DP tespit edilen ve dosya araştırmasında primer açıklayıcı sebepleri olan (geçirilmiş göğüs cerrahi, tümör, Multipl skleroz, travma, nörodejeneratif hastalıklar) ya da servikal MRG'si olmayan toplam 204 hasta çalışma dışı bırakıldı. 92 idiopatik DP'li hasta çalışma grubu kabul edildi (42 bilateral, 50 tek taraflı). Yaş ve cinsiyet olarak eşleşen DP'si olmayıp servikal MRG'si olan 50 ardışık hasta kontrol grubu olarak seçildi. Gruplar servikal vertebra MRG'de ipsilateral ve kontralateral foraminal stenozun şiddeti açısından karşılaştırıldı. Servikal foraminal darlık Kim sınıflamasına göre (0,1,2) derecelendirildi. Axiyal ve sagital kesitlerde C2-T1 arasında her seviye için ayrı ayrı sağ ve sol ölçümler yapıldı. Kontrol ve çalışma grubunda tespit edilen patolojilerin seviye ve tarafları ile grup içi ve gruplar arası DP etkilenimi ölçülerek karşılaştırıldı. DP olan hastaların Solunum Fonksiyon Test (SFT) sonuçları incelenerek klinikle radyoloji arasındaki ilişki test edildi.

Bulgular: DP'si olan hastaların servikal patoloji olan ve olmayan tarafları karşılaştırıldığında, DP olan tarafta servikal patoloji olan taraf lehine anlamlı fark mevcuttu ($p<0.05$). Her iki grupta da en sık patoloji C5-C6 disk düzeyinde idi. DP'si olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında, DP'si olan hastaların aynı taraflı c3-4,c4-5 servikal patolojileri DP'si olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$). C5-6 disk düzeyinde etkilenim de çalışma grubunda daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi($p>0.05$). Çalışma grubundaki hastaların %65,2'sinde dispne şikayeti mevcutken yalnızca %59,7'sinde boyun ağrısı şikayeti vardı. Bilateral ve tek taraflı DP'si olan hastaların tamamında farklı düzeylerde SFT bozkluğu mevcuttu.

Sonuç: Servikal diskopatiler ve spondiloz, diyafragma paralizisinin önemli ve yeterince bilinmeyen bir nedenidir. Bu nedenle özellikle C3-5 seviyelerinde servikal patolojisi olan hastalarda frenik sinir etkilenimi ve buna bağlı olarak dispne de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dispne, Diyafragma paralizisi, Servikal Spondiloz, Servikal Diskopati

Servikal spondiloz skoru ve servikal omurga düzeyine göre diyafragma paralizili (DP) hastaların ve kontrol grubunun karşılaştırılması.

		Çalışma Grubu			Kontrol Grubu		P değeri
Kim Skoru	2	1	0	2	1	0	
C2-C3	1	9	40	1	7	42	>0.05
C3-C4	26	3	21	8	9	33	<0.05*
C4-C5	23	11	16	9	12	29	<0.05*
C5-C6	18	17	15	17	14	19	>0.05
C6-C7	9	13	28	8	16	26	>0.05
C7-T1	2	9	39	1	9	40	>0.05

Çalışma Grubu: Tek taraflı Diyafragma paralizisi olanlar, (N:50) Kontrol Grubu: Diyafragma paralizisi bulunmayanlar. (N:50) Kim skoru: 0=darlık yok, 1=%50'den az darlık, 2=%50'den fazla darlık

S-11: Yaşlılarda Üriner İnkontinansın Kinezyofobi Üzerine Etkisi

Pınar Oba, Musa Polat
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Giriş: Kinezyofobi fiziksel aktiviteyi azaltacak düzeyde aşırı, tekrarlayan yaralanma korkusudur. Temelde korku-kaçınma modelinin bir sonucu olan kinezyofobi, yaşlılığın kırılgan zemini nedeniyle geriatrik bireylerde daha sık görülür. Yaşlıların ağrı deneyimi karşısında fiziksel aktiviteyi azaltma tepkilerine bağlı kısır döngü oluşur. Depresyon, osteoporoz gibi birçok faktör bu döngünün oluşumuna katkıda bulunur.

Amaç: Bu araştırmada amaç yaşlılarda üriner inkontinansın kinezyofobi üzerine etkisini araştırmaktır.
Materyal-Metod: Bu kesitsel araştırmaya üriner inkontinansı olan 55, üriner inkontinansı olmayan 49 katılımcı dahil edildi. Kinezyofobi varlığı Tampa kinezyofobi ölçeği ile, yaşam kalitesi kısa form-12 (SF-12) ile, duygu durumları hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS) ile değerlendirildi. Üriner inkontinansı olan katılımcıların inkontinans tipi (stres inkontinans, urge inkontinansı, mikst inkontinans) kaydedildi. Üriner inkontinansın şiddeti uluslararası inkontinans sorgulama formu (ICIQ-SF) ile, inkontinansın yaşam kalitesine etkisi üriner inkontinans yaşam kalitesi ölçeği (I-QOL) ile değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grubun ortanca yaş, boy, cinsiyet, VKİ ve komorbidite değişkenleri benzerdi. Gruplar arasında HADS-A, HADS-D, SF-12 fiziksel ve SF-12 mental skorları benzerken, üriner inkontinansı olan grupta Tampa skoru daha yüksekti ($p=0.018$). Katılımcıların Tampa skoru ile ICIQ-SF skoru arasında pozitif yönde ($r=0.70$ $p<001$), I-QOL skoru ile negatif yönde ($r=-0.40$ $p=0.02$) korelasyon vardı.

Sonuç: Üriner inkontinansı olan yaşlılarda kinezyofobi daha yüksektir. Ayrıca üriner inkontinansın şiddeti ile kinezyofobi arasında ilişki vardır. Kinezyofobisi olan geriatrik hastaların yönetiminde inkontinans varlığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, Kinezyofobi, Üriner inkontinans

S-12: Romatoid Artritli Hastalarda Kinezyofobi İle Ağrı, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Ahmet Karakoyun[1], Yalkın Çalık[2]
[1]Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Aksaray
[2]Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bolu

Amaç: Romatoid artrit (RA) sistemik seyirli, kronik, otoimmün, inflamatuar bir hastalıktır. Özellikle sinovial eklemlerde görülen ağrı, fonksiyonel kısıtlılık ve bu duruma eşlik eden sosyal ve psikolojik sonuçlara neden olabilmektedir. Kinezyofobi olarak adlandırılan hareket etme korkusu, kronik ağrılı hastalarda, ağrının sürekliliğine yol açan, aktiviteleri sınırlandıran bir faktör olarak son yıllarda osteoartrit, fibromyalji ve diğer çeşitli kronik romatolojik hastalıklarda araştırmacıların odaklandığı bir konudur. Bu çalışmada amacımız RA'li hastalarda kinezyofobi düzeyi ile depresyon, ağrı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 50 RA'li hasta ile 50 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunun kinezyofobi düzeyi Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ), ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS), yaşam kalitesi Short Form 12 (SF-12) ölçeği ve depresyon düzeyi Beck Depresyon İndeksi (BDI) ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan RA'li hastaların yaş ortalaması 49,28±8,44 ve sağlıklı kontrollerin yaş ortalaması 48,31±8,10 idi. RA'li hastaların % 85'inde kinezyofobi varken, sağlıklı kontrollerin %26'sında kinezyofobi vardı. Hasta grubunda, kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla kinezyofobi mevcuttu ($p<0,001$). Hastaların ortalama TKÖ puanı 44,5±7,1 puan, kontrollerin ise 29,6±8,5 puandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). TKS skoru ($p<0,001$), kinezyofobi oranı ($p<0,001$), VAS ağrı düzeyi ($p<0,001$), BDI düzeyleri ($p<0,001$) ve SF-12 düzeyleri RA'li hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha yüksekti ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. RA'li hastalarda TKS skoru ile VAS ağrı ($p<0,001$), BDI ($p<0,001$) ve SF-12 ($p<0,001$) skorları ilişkili bulunmuşken, yaş ($p>0,05$) ve hastalık süresi ($p>0,05$) arasında ilişki yoktu.

Tartışma: Romatoid artrit, özellikle sinovial eklemlerde görülen ağrı, fonksiyonel kısıtlılık ve bu duruma eşlik eden sosyal ve psikolojik sonuçları olan, kronik inflamatuar bir hastalıktır. Kinezyofobi, ağrılı yaralanma ya da tekrarlayan travmalar sonucu aşırı hassasiyet ve rahatsız edici histen kaynaklanan fiziksel aktiviteye karşı gelişen korkudur. Çalışmamızın sonuçlarında, RA'li hastalarda kinezyofobi oranı sağlıklı kontrollere göre oldukça yüksekti. RA'li hastalarda kinezyofobi seviyesi, ağrı şiddeti, depresyon düzeyi ve yaşam düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. RA ve kinezyofobi ilişkisini irdeleyen çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Aykut ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızla oldukça paralel şekilde RA hastalarının %88'inde, sağlıklı kontrollerin ise %24'ünde kinezyofobi olduğu, gruplar arasında kinezyofobi seviyesi, ağrı şiddeti, kötü fonksiyonellik ve depresyon belirti düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre RA grubunda daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada, RA hastalarında, TKÖ puanları ile BDÖ puanları arasında korelasyon olduğu, kinezyofobinin ağrı şiddeti, yorgunluk, duygusal durum ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Sonuç: RA'li hastalarda kinezyofobi oranı sağlıklı kontrollere göre oldukça yüksekti. RA'li hastalarda kinezyofobi seviyesi, ağrı şiddeti, depresyon düzeyi ve yaşam düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle kinezyofobisi olan hastaları önceden belirleyip, kinezyofobiyi tedavi etmek yada kinezyofobiye neden olan faktörlere yönelik tedavi planlamak RA'li hastaların tedavisinde çok önemli bir yer tutacaktır. RA hastalarında kinezyofobi sıklığı ve etkileyen faktörlerin daha net anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, romatoid artrit, kinezyofobi

S-13: Hemiplejik Omuz Ağrılı Olgularda Klinik ve Ultrasonografik Bulguların Fonksiyonel Durumla İlişkisi

Kanan Abbasov[1], Elıf Aydın[1], Dılara Kasoglu[2]
[1]AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, FTR ANA BİLİM DALI,AYDIN
[2]SAGLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EGİTİM ARAŞTİRMA HASTANESİ,İSTANBUL

Amaç: Omuz ağrısı hemiplejik hastalarda sık görülen bir komplikasyondur.Sıklığı literatürde % 5-84 arasında değişmektedir.Sık görülmesine rağmen HOA'nın patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır.Bir çok araştırmacı birden fazla faktörün bu duruma katkıda bulunduğunu düşünmektedir.Omuz patolojilerinin tanısında kullanılan yöntemler ultrasonografi (US) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'dir.USG, rotator cuff problemlerinin glenohumeral eklem subluksasyonunun değerlendirilmesinde kullanılan non-invaziv, kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli bir yöntemdir.Bunun yanında karşılaştırmalı ve dinamik görüntüleme imkanı sağlar.Son zamanlarda tanısal ultrasonografi, hemiplejik hastalarda omuz problemlerini değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmanın amacı, hemipleji sonrası farklı üst ekstremite motor iyileşme evrelerindeki hastaların klinik özelliklerini ve ultrasonografi yardımıyla rotator cuff problemlerini, glenohumeral eklem subluksasyonunu saptamak ve bu bulgularla hemiplejik omuz ağrısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.İnme öncesinde bilinen omuz patolojisi olan hastalar, klinik değerlendirmeye koopere olamayanlar, tekrarlayan ya da bilateral inme öyküsü, geçirilmiş omuz kırığı veya cerrahisi öyküsü olanlar, hemiplejik üst ekstremiteyi etkileyebilecek KBAS, radikülopati, lateral epikondilit gibi hastalıkları bulunanlar ve diabetes mellitusu olan hastalar çalışma dışında bırakıldı.Hastaların yazılı onamları alındıktan sonra; yaş, cinsiyet, boy, kilo, VKİ (kg/m²), medeni durum, eğitim durumu, meslek, hemiplejik taraf, dominant el, inme sonrası geçen süre, inme etyolojisi, sistemik hastalık varlığı, düşme ya da travma öyküsü, omuz ağrısı ve gece ağrısı sorgulandı.

Çalışmaya alınan kişiler yaş,cinsiyet ve demografik özellikler açisindan benzer olacak şekilde 2 gruba ayrıldı.Gruplar Brunnstrom iyileşme evresi 1-2-3 olanlar kötü üst ekstremite motor fonksiyon grubu (Grup 1), 4-5-6 olanlar iyi üst ekstremite motor fonksiyon grubu (Grup 2) olarak tanımlandı.Çalışmaya hemipleji tanısı alan 53 hasta alındı.Her iki gruba klinik ve ultrasonografik değerlendirme yapıldı.Ultrasonografik değerlendirme de hemiplejik omuzdaki biseps, supraspinatus, infraspinatus, subskapularis tendonları, subakromiyal subdeltoid (SASD) bursa ve akromiyoklavikular eklem incelendi. Hastaların hemiplejik omuz ağrısı şiddetini belirlemek için Numerik Derecelendirme Skalası (NDS) kullanıldı. Üst ekstremite motor fonksiyonunun belirlenmesinde Brunnstrom Motor Değerlendirme Ölçeği (BMDÖ) kullanıldı.Hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi Barthel İndeksi (BI) ile değerlendirildi.Hastaların depresyon semptomları Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile değerlendirildi.

Bulgular: Gruplar arasında yaş, cinsiyet, VKİ (Vücut Kitle İndeksi), hemipleji süresi, hemiplejik taraf, dominant el açısından anlamlı farklılık yoktu.SASD bursa (p=0.03) patalojilerinin görülme sıklığı grup 1'de grup 2'ye göre anlamlı olarak yüksekti.Birinci gruptaki abduksiyon,fleksiyon iç ve dış rotasyon açısı 2. gruptan anlamlı olarak daha düşük bulundu (p<0,001). Biceps tendon patolojisi olan grupta, olmayan gruba göre omuz ekleminin pasif ekstansiyon açısı anlamlı olarak daha düşük bulundu (p<0,017).Birinci gruptaki hastaların Barthel İndeksi 2. gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (p<0.001).Grup 1'in USG' de en az bir patolojik bulgusu olan ve grup 2'nin USG' si normal olarak değerlendirilen hastaların Barthel İndeksi 2. gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulundu.

Sonuç: Sonuç olarak, üst ekstremite motor iyileşme evresi kötü olan hemiplejik hastalarda; supraspinatus tendon patolojileri ve bursal patolojiler daha sık görülmektedir.Barthel İndeksi rotator cuff patolojisi olan hastalarda düşüktü.Özetle üst ekstremite motor iyileşme evresi kötü olan hastaların kişisel bakım ve transferine daha dikkat edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemipleji, omuz ağrısı, ultrasonografi

S-14: Subakromiyal Sıkışma Sendromu Olan Hastalarda Düşük Yoğunluklu Lazer ve Peloid Terapilerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması: Randomize Kontrollü Çalışma

Fatma Çağlayan Ağır, Ramazan Yılmaz, Savaş Karpuz, Halim Yılmaz, Halil Ekrem Akkurt
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Konya

Amaç: Subakromiyal sıkışma sendromunun (SSS) konservatif tedavisinde kullanılan düşük yoğunluklu lazer ve peloid ile ilgili kanıta dayalı güçlü veriler yoktur. Çalışmamızın amacı; ev egzersiz programına ilave olarak verilen düşük yoğunluklu lazer ve peloid tedavisinin semptomatik SSS'li hastalarda ağrı, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine kısa dönem etkinliğini karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışma, 3. basamak hastane tabanlı, prospektif, randomize kontrollü olarak tasarlanmış; çalışma öncesi etik kurul onayı ve gönüllü hastalardan yazılı onam formu alınmıştır. Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniklerimize başvuran ve klinik ve radyolojik olarak kronik SSS tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. 20-60 yaş aralığındaki (49 ± 9) 168 hasta, basit randomizasyon ile düşük yoğunluklu lazer tedavisi + ev egzersiz programı (grup 1, n=56), peloidoterapi + ev egzersiz programı (grup 2, n=56) ve sadece ev egzersiz programı (grup 3, n=56) olarak üç gruba ayrıldı. Hastaların detaylı anamnezleri, sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Birinci gruba 2 hafta, haftada 5 gün (toplam 10 seans) düşük yoğunluklu lazer tedavisi ve ev egzersiz programı; ikinci gruba 2 hafta süreyle, haftada 5 gün (toplam 10 seans), 45 °C, 20 dakika omuz bölgesine peloidoterapi ve ev egzersiz programı; üçüncü gruba ise aynı sürede sadece ev egzersiz programı verildi. Hastalar tedavi öncesinde (1. ölçüm), tedavi bitiminde (2. ölçüm) ve tedavi sonrası 1. ayda (3. ölçüm) klinik açıdan değerlendirildi. Ağrı Vizüel Analog Skala (VAS) ile, fonksiyonel durum Omuz Ağrı ve Disabilite indeksi (OADİ) ile, yaşam kalitesi Kısa Form 36 (KF-36) ile, omuz eklem hareket açıklığı (EHA) gonyometre ile aynı araştırmacı tarafından değerlendirildi.

Bulgular: Her iki aktif tedavi grubunda da VAS, OADI, KF-36 ve EHA parametrelerinde tedavi sonrası ve 1. ay kontrolünde tedavi öncesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler sağlandı ($p<0.05$). 3. kontrol grubunda ise, EHA ve KF-36 fiziksel bileşenlerinde tedavi sonrası ve 1. ay kontrolünde anlamlı iyileşmeler saptanmıştır ($p<0.05$). Peloidoterapi grubunda, tedavi sonrası 3. ölçümde, tedaviden hemen sonraki 2. ölçüme göre omuz disabilite skorlarında anlamlı olarak düşmenin devam ettiği saptandı ($p <0.001$). Düşük yoğunluklu lazer terapisi grubunda ise, omuz ağrı skorlarının, tedaviden 1 ay sonrasındaki 3. kontrolde, tedavi sonrası 2. kontrolden anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlendi ($p<0.001$). Tedavi sonrası kontrol değerlendirmelerinde, her iki aktif tedavi grubundaki iyileşme lehine değişim skorlarının benzer düzeyde olduğu, birbirlerine üstünlüklerinin olmadığı saptandı ($p<0.05$). Tedavilere bağlı hastalarda herhangi bir yan etki kaydedilmedi.

Sonuç: Semptomatik SSS tedavisinde ev egzersiz tedavisine ek olarak verilen düşük yoğunluklu lazer terapisi ve peloidoterapi, ağrı, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve EHA üzerine kısa dönemde etkili bulunmuştur. Her iki tedavinin birbirine üstünlüğü saptanmamıştır. SSS konservatif tedavisinde her iki fizik tedavi modalitesi de etkin ve güvenli bir seçenek olarak hastalara önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Düşük yoğunluklu lazer, egzersiz tedavisi, fizik tedavi modaliteleri, peloidoterapi, subakromiyal sıkışma sendromu

S-15: Lateral Epikondilit Tedavisinde Kuru İğneleme Tedavisinin Etkinliği: Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma

Fikriye Elif Saka[1], Buğra İnce[1], Kamil Yamak[2], Şeniz Akçay[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma SUAM, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
[2]T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Amaç: Bu tek merkezli, prospektif, randomize kontrollü çalışmada lateral epikondilit tanısı alan katılımcılara uygulanan kuru iğneleme yönteminin ağrı şiddeti, fonksiyonellik ve el kavrama gücündeki etkinliği ev egzersiz programı uygulanan katılımcılarla karşılaştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırmaya lateral epikondilit tanısı alan 111 katılımcı dahil edildi. Hastalar randomize olarak ev egzersiz grubu (n=57) ve kuru iğne ve ev egzersiz grubu (n=54) olarak iki gruba ayrıldı. Her iki gruba standart ev egzersiz programı eğitimi verildi ve egzersiz programına 3 ay boyunca devam edildi. Kuru iğneleme tedavisi uygulanan gruba haftada 1 defa 3 seans olarak 0,25mm*25mm boyutunda kuru iğnelerle lateral epikondil bölgesindeki hassas noktalara uygulama gerçekleştirildi. Tüm hastalara tedavi öncesi, tedavinin 1. ve 3. ayında hasta bazlı tenisçi dirseği değerlendirme anketi (The Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation; PRTEE), görsel ağrı skalası ve JAMAR el dinamometresi ile ağrısız el kavrama gücü değerlendirilmeleri gerçekleştirildi. Sonlanım noktası analizleri karışık dizayn tekrarlayan ANOVA yöntemi kullanılarak gerçekleştirildi. Randomize edilen tüm hastalar intention to treat analizine girdiler. Çalışmanın iki primer sonlanım noktası olduğundan çoklu karşılaştırma hesaba katılarak Bonferroni düzeltmesi uygulandı. Bunun sonucunda primer sonlanım noktaları için 0.025, sekonder sonlanım noktaları içinde 0.05 istatistiksel anlamlılığın eşik p değerleri olarak seçildi.

Bulgular: Sadece ev egzersiz grubu ve kuru iğne ve ev egzersiz grubundaki hastaların demografik verileri benzerdi (p>0,05). Varyans analizi çalışmanın primer sonlanım noktaları olan istirahat ağrı skorunda [F (1.838, 200.387) =.329, p=.702, ε=.919] ve PRTEE total skorunda [F (1.908, 208.007) = 1.174, p=.310, ε=.954] istatistiksel olarak anlamlı grup*zaman etkileşimi saptamadı. PRTEE fonksiyon alt skalası günlük aktiviteler skorunda başlangıç skorları arasında gruplar arasında anlamlı fark saptanması (MD = 4.49, CI 1.36-7.61, p=0.005) üzerine başlangıç değerleri kovaryant olarak kullanılarak ANCOVA analizi yapıldı ve herhangi bir grup*zaman etkileşimi saptanmadı, F (2, 216) =.350, p=.705. Diğer sekonder sonlanım noktalarında herhangi bir grup*zaman etkileşimi saptanmadı.
Sonuç: Literatürde lateral epikondilit tedavisinde kısa-uzun dönemde etkin olduğuna dair kanıt düzeyi düşük-orta düzeydedir. Bununla birlikte, araştırmamızın verileri, lateral epikondilit tedavisinde ev egzersiz programına ek olarak kuru iğneleme uygulanması ağrı, fonksiyonellik ve el kavrama gücü bakımından ek katkı sağlamadığı yönündedir. Lateral epikondilit tedavisinde girişimsel yöntemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi için, egzersiz programı başta olmak üzere girişimsel olmayan yöntemlerle karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: egzersiz, kuru iğne, lateral epikondilit

Tablo 1

Tablo 1. Primer ve sekonder sonlanım noktaları skorları*

	Kuru iğne + egzersiz grubu N= 54			Egzersiz Grubu N=57		
	Başlangıç	4. hafta	12. hafta	Başlangıç	4. hafta	12. hafta
Primer sonlanım noktaları						
VAS istirahat, cm ortalama (SS)	4.77 (2.71)	2.85 (3.02)	2.12 (3.14)	4.47 (3.35)	3.03 (3.02)	1.96 (2.63)
PRTEE total, ortalama (SS)	63.1 (17.6)	42.3 (22.4)	32.5 (23.1)	56.4 (17.2)	39.6 (21.1)	31.4 (22.5)
Sekonder sonlanım noktaları						
VAS hareket, cm ortalama (SS)	6.29 (2.69)	3.64 (3.02)	2.45 (2.70)	5.71 (2.51)	3.13 (2.85)	2.56 (2.83)
PRTEE ağrı, ortalama (SS)	32.7 (8.39)	22.0 (11.4)	17.2 (11.6)	29.5 (9.28)	20.2 (10.9)	15.9 (11.2)
PRTEE özel aktivite, ortalama (SS)	36.4 (13.4)	24.9 (13.9)	19.5 (15.2)	32.7 (11.7)	23.9 (13.7)	19.4 (15.0)
PRTEE günlük aktivite, ortalama (SS)†	24.7 (8.72)	15.6 (9.87)	11.0 (9.91)	20.2 (7.83)	14.8 (9.11)	11.5 (10.0)
PRTEE fonksiyon, ortalama (SS)	30.5 (10.2)	20.2 (11.5)	15.2 (12.1)	26.5 (9.28)	19.4 (11.0)	15.4 (12.0)
El kavrama gücü, kg, ortalama (SS)	22.6 (10.6)	25.9 (10.3)	27.9 (11.5)	21.0 (10.3)	22.8 (9.48)	26.1 (10.6)

VAS, vizüel analog skala; SS, standart sapma; PRTEE, Hasta Bazlı Lateral Epikondilit Değerlendirme Testi
*Hiçbir değişken için hiçbir zaman noktasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.
†Başlangıç değerleri kovaryans olarak kullanılarak ANCOVA analizi uygulanmıştır

S-16: Meralgia Parestetikalı Hastalarda Etyoloji ile İlişkili Faktörler

Bilge Kesikburun[1], Ayşe Merve Ata[1], Ayşenur Mert[1], Ebru Karaca Umay[2]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, FTR Hastanesi,Ankara
[2]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, FTR Hastanesi, Ankara

Amaç: Meralgia Parestetika (MP), lateral femoral kutanöz sinirin mononöropatisi olan, özellikle sinirin duysal dağılım gösterdiği uyluk anterolateralinde ağrı, uyuşma, hiperestezi veya hipoestezi ile karakterize bir tuzak nöropatidir. Etyolojide gebelik, abdominal tümörler, spina iliakus anterior süperior bölgesine olan travmalar, emniyet kemeri basısı, sıkı giysiler, kemer, korse ve obesite uzun süre oturma, ayakta durma, postural bozukluklar veya bacak uzunluk farkları ve diabetes mellitus, amiloidoz gibi sistemik hastalıklar yer almaktadır. Biz de bu çalışmamızda, uyluk anterolateralinde ağrı şikayeti bulunan hastalarda, US ile lateral femoral kutanöz sinir yapısı, çapı ve sinir kompresyonunu saptayıp MP tanısı koymayı ve sinirin çevre kas yapıları ve postür ile ilişkisinin araştırılmasını amaçladık.
Gereç-Yöntem: Uyluk anterolateralinde ağrısı olan hastalara USG ile Meralgia Parestetika tanısı koyuldu. Hastalar Alt Ekstremite Fonksiyonel Ölçeği, LANSS, New York postür analizi ve DIERS 4D postür analiz cihazı ile değerlendirildi. USG ile lateral femoral kutanöz sinir çapı, inguinal ligament üzerinden iliopsoas, inguinal ligament altından, sartorius, tensor fasia lata, uyluk proksimalinden rektus femoris, vastus lateralis ve medialis ölçümü literatüre göre yapıldı. Semptomatik tarafın ultrasonografik kas ölçümleri hastaların postür analizi, alt ekstremite fonksiyonel ölçeği ve ağrı skoru ile Spearman korelasyon testi kullanılarak korele edildi, anlamlı çıkan korelasyonlar için regresyon analizi uygulandı. Tüm sonuçlar için $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.
Bulgular: 12 kadın 14 erkek toplam 26 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortanca yaşı 48.5 (35.3-65.0), ortalama VKİ 29.6±4.7 idi. %23.1 hastada DM bulunuyordu. Semptomatik ve asemptomatik tarafın US ile değerlendirilmesinde sadece lateral fomaral kutanöz sinir (LFKS) kesit alanı semptomatik tarafta fazla iken ($p<0.001$) kas kalınlık ölçümleri benzerdi (tüm $p>0.05$). Semptomatik tarafı sağ olanlarda lordotik açı fazlayken ($p=0.008$) (48.6±13.7 vs. 37.2±6.1), lordotik apeks değeri daha azdı ($p<0.001$) (355.8±35.1 vs. 416.3±32.6). Lineer regresyon analizinde genç yaş, semptom süresinin uzun olması, yüksek VKİ, semptomatik tarafta iliopsoas kas kalınlığının az olması ve koranal imbalans değeri, yüksek LANSS skoru açısından önemli risk faktörleri olarak bulundu.
Sonuç: Bu çalışma, Meralgia Parestetikalı hastalarda postur bozuklukları ve çevre kas dokularındaki patolojilerin birer risk faktörü olabileceğini göstermiştir. MP hastaların tedavisinde postur bozuklukları ve izole kas gruplarındaki imbalansa yönelik egzersiz programı dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meralgia parestetika, postural bozukluk, ultrasonografi, kas imbalansı

S-17: Kronik Kas-İskelet Sistemi Kaynaklı Ağrılarda Santral Sensitizasyon Sıklığı ve Dizabiliteyle İlişkisinin Araştırılması: Kesitsel Çalışma

Feyza Nur Yücel[1], Canan Şanal Toprak[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kronik ağrı, vücudun ağrılı uyarana verdiği uzamış maladaptif bir yanıttır ve günümüzde artık bir hastalık modeli olarak kabul edilmektedir (1). Dizabilite kronik ağrının bireysel ve toplumsal yükünü arttıran temel sonuçlarından biridir. Kronik ağrıya eşlik eden dizabilite farklı biyopsikososyal faktörlerin kontrolü altında olup etkin tedavi bu faktörlerin kontrol altına alınmasıyla mümkündür (2). Son yıllarda farklı kas-iskelet sistemi hastalıklarında santral sensitizasyonun (SS) dizabiliteyle ilişkisinin gösterilmesi, bu fenomeni kronik ağrılı bireylerde klinik tablonun temel belirleyicilerinden biri haline getirmiştir. SS, santral sinir sisteminde bulunan nosiseptif nöronların normal ya da eşik altı uyaranlara yanıt artışı olarak tanımlanmaktadır ve kronik ağrılı hastalarda sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (3). Bu çalışmada kas-iskelet sistemi kaynaklı kronik ağrıda SS sıklığının ve dizabiliteyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma Aralık 2020-Ocak 2023 tarihleri arasında çok merkezli olarak yürütüldü. Üç farklı merkezde Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniklerine başvuran, üç aydan uzun süreli ağrısı olan hastalarda SS ve ilişkili tanılar Santral Sensitizasyon Ölçeği (SSÖ) ile araştırıldı. Demografik özellikler, ağrı süresi ve şiddetinin (vizüel analog skala-VAS) yanında yaşam kalitesi değerlendirmesinde Short Form-36 (SF-36) ve dizabilite için ağrılı bölgeye spesifik ölçeklerden İstanbul Bel Ağrısı Fonksiyonel Skalası (İBAFS), Boyun Ağrı ve Dizabilite İndeksi (BADİ), Kol, Omuz ve El Sorunları Hızlı Anketi (Quick DASH) ve Diz İncinme ve Osteoartrit Sonuç Skoru (KOOS) kullanıldı. Hastalar SS varlığına göre gruplandırılarak ki kare ve t testi ile gruplar karşılaştırıldı. Ek olarak SSÖ skoruyla klinik ölçeklerin korelasyonu ve tek değişkenli lineer regresyon modellerinde SS'nin dizabiliteye katkısı araştırıldı.

Bulgular: Toplam 479 hasta (354 kadın, 125 erkek) ile çalışma tamamlandı. Hastaların 164'ü (%34.3) bel ağrısı, 128'i (%26.7) boyun ağrısı, 115'i (%24) omuz-kol ve 72'si (%15) diz ağrısına sahipti. SS bel ağrılı hastalarda %43.9, boyun ağrılı hastalarda %59.4, omuz-kol ağrılı hastalarda %58.3 ve diz ağrılı hastalarda %50 oranında mevcuttu. Toplamda ise 251 hastada (%52.4) SS saptanmış olup SSÖ ortalaması tüm hastalar için 40.53 (SD: 15.79) olarak hesaplandı. Tüm sonuçların SS varlığına göre kıyaslaması Tablo 1'de gösterilmiştir. SSÖ skoru VAS (r: 0.452), İBAFS (r: 0.386), BADİ (r: 0.454), Quick DASH (r: 0.485) ile pozitif yönde; SF-36'nın tüm alt grupları (r: -0.296-0.539) ve KOOS total skoru (r: -0.396) ile negatif korelasyona sahipti ($p<0.01$). Regresyon analizi ise SS varlığının incelenen tüm gruplarda dizabilite skorlarını olumsuz etkileyen bağımsız bir parametre olduğu gösterdi (İBAFS için β: 0.33, R2: 0.11, $p<0.0001$; BADİ için β: 0.36, R2: 0.13, $p<0.0001$; Quick DASH için β: 0.32, R2: 0.10, p: 0.001; KOOS için β: -0.24, R2: 0.06, p:0.04).

Sonuç: SS kronik kas-iskelet sistemi ağrısıyla ayaktan başvuran hastaların %52.4'ünde mevcuttu ve eşlik eden SS yüksek ağrı skorları, yaşam kalitesinde azalma ve dizabilite ile ilişkili saptandı. Artan tedavi seçeneklerine rağmen kronik kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrılar dünya çapında ve ülkemizde engelliğin önde gelen nedenlerinden olmaya devam etmektedir. Bu hastalarda SS'nin erken tanınması ve tedavisi dizabilitenin önlenmesinde önemli bir basamak olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Dizabilite, kronik ağrı, santral sensitizasyon, santral sensitizasyon ölçeği

Santral sensitizasyon varlığına göre demografik ve klinik parametrelerin karşılaştırılması

	SS+	SS-	p
Kadın cinsiyet, % (n)	83 (209)	64.5 (145)	<0.0001*
Yaş (yıl), ortalama (SD)	42.39 (13.05)	41.59 (13.19)	0.505
VKİ (kg/m2), ortalama (SD)	27.97 (5.42)	27.54 (4.77)	0.367
Şikayet süresi (ay), ortalama (SD)	25.28 (29.88)	19.00 (27.79)	0.019*
Şikayet, % (n)			0.416
Bel ağrısı	28.22 (70)	31.34 (68)	
Boyun ağrısı	31.05 (78)	33.64 (76)	
Omuz/kol ağrısı	27.02 (67)	22.12 (48)	
Diz ağrısı	13.71 (36)	12.9 (36)	
VAS ağrı (0-10), ortalama (SD)	6.94 (1.19)	6.03 (1.04)	<0.0001*
SSÖ-A, ortalama (SD)	52.48 (10.10)	27.37 (8.98)	<0.0001*
SSÖ-B,% (n)			
Huzursuz bacak sendromu	17.74 (44)	9.2 (21)	0.008*
Kronik yorgunluk sendromu	12.9 (32)	6.17 (14)	0.013*
Fibromiyalji sendromu	7.25 (18)	3.5 (8)	0.072
Temporomandibuler eklem bozukluğu	2.42 (6)	3.08 (7)	0.781
Migren/Gerilim tipi başağrısı	33.47 (83)	17.62 (40)	<0.0001*
İrritabl barsak sendromu	6.45 (16)	5.29 (12)	0.590
Anksiyete/panik atak	26.80 (64)	8.81 (20)	<0.0001*
Depresyon	27.42 (68)	11.01 (25)	<0.0001*
SF-36-Fiziksel fonksiyon, ortalama (SD)	56.08 (23.37)	70.27 (22.35)	<0.0001*
SF-36-Fiziksel rol, ortalama (SD)	33.92 (45.83)	55.19 (38.55)	<0.0001*
SF-36-Emosyonel rol, ortalama (SD)	37.85 (38.50)	59.12 (41.54)	<0.0001*
SF-36-Enerji, ortalama (SD)	35.47 (18.15)	54.14 (19.74)	<0.0001*
SF-36-Ruhsal sağlık, ortalama (SD)	47.44 (17.52)	63.43 (17.73)	<0.0001*
SF-36-Sosyal işlevsellik, ortalama (SD)	53.60 (23.22)	68.36 (21.74)	<0.0001*
SF-36-Ağrı, ortalama (SD)	29.64 (32.92)	44.96 (20.98)	<0.0001*
SF-36-Genel sağlık, ortalama (SD)	39.10 (17.84)	56.61 (18.19)	<0.0001*
İBAFS (n), ortalama (SD)	25 (72) (17.43)	14.12 (92) (13.68)	<0.0001*
BADİ (n), ortalama (SD)	61.05 (76) (16.9)	46.67 (52) (19.16)	<0.0001*
Quick DASH (n), ortalama (SD)	53.05 (67) (20.66)	38.92 (48) (21.77)	0.001
KOOS total (n), ortalama (SD)	44.08 (36) (18.45)	53.50 (36) (19.83)	0.041

SS: Santral sensitizasyon, VKİ: Vücut kitle indeksi, VAS: Vizüel analog skala, SD: Standart deviasyon, SSÖ: Santral sensitizasyon ölçeği, SF-36: Short form 36, İBAFS: İstanbul bel ağrısı fonksiyonel skalası, BADİ: Boyun ağrı ve dizabilite indeksi, KOOS: Knee injury and osteoarthritis outcome score

S-18: Karpal Tunnel Sendromunda Steroid Enjeksiyon Tedavisi Sonrası Manuel Tedavinin Tedavi Sonuçlarına Etkisi

Bilgehan Kolutek Ay
Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Amaç: Karpal Tunnel Sendromu en sık görülen tuzak nöropatisidir. Bu çalışmada Karpal Tunnel Sendromu tanısı almış, steroid enjeksiyonu uygulaması yapılmış hastalar ile steroid enjeksiyonu uygulanmış ve hemen sonrasında manuel tedavi teknikleri uygulanmış hastaların tedaviye yanıtlarını inceledik.

Gereç-Yöntem: Hastalar retrospektik olarak incelendi. Hastaların demografik verileri ve klinik muayene bulguları bilgisayar ortamından alındı. Hastalar steroid enjeksiyonu uygulanan grup ve steroid enjeksiyon uygulaması ile beraber enjeksiyonun hemen sonrasında tek seans 2x5 tekrar olacak şekilde median sinir mobilizasyonu ve karpal ligaman gevşetme tekniği uygulanan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grup tedavi öncesi ve sonrası Boston Karpal Tunnel Anketi ve Jammer testi sonuçları ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 33 hasta dahil edildi. Hastaların %12'si erkek (n=4), %88'i kadındı (n=29). Sadece enjeksiyon uygulaması yapılmış 15 hasta, enjeksiyon ile birlikte manuel tedavi uygulanmış 18 hasta mevcuttu. Grup karşılaştırması yapıldığında iki grup arasında yaş, cinsiyet ve semptom süreleri açısından farklılık yoktu. Her iki grup yapılan tedaviden fayda görmüş olup tedavi öncesi ve sonrası Boston Semptom Şiddet Skalası, Fonksiyonel Durum Skalası, Total Boston Skoru ve jammer testi açısından karşılaştırıldığında tedavi öncesi ve sonrası değerleri istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,05$). Hastalar enjeksiyon grubu ve enjeksiyon sonrası manuel tedavi uygulanan grup olarak karşılaştırıldığında manuel tedavi uygulanmış grubun Boston Semptom Skalası, Fonksiyonel Durum Skalası ve Total Boston Skoru puanlarının sadece enjeksiyon yapılan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü gözlemlendi ($p<0,01$, $p=0.020$, $p<0.01$). Jammer testi açısından enjeksiyon grubu ile enjeksiyon ile birlikte manuel tedavi uygulanan grup arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.957$).

Sonuç: Yapılan bazı çalışmalarda uygulanan manuel tedavi tekniklerinin Karpal Tunnel alanını hacimsel olarak genişlettiği ve semptomları azalttığı gösterilmiştir. Biz bu çalışmada literatürün sonuçlarını destekler nitelikte sonuçlar elde ettik. Enjeksiyonun hemen sonrası yapılan median sinir mobilizasyonu ve karpal ligaman gevşetme tekniklerinin, tek seans dahi olsa enjeksiyonun etkinliğini artırabileceğini ve hastaların semptomlarında anlamlı ölçüde azalma sağlayabileceğini tespit ettik. Büyük ölçekli hasta grupları ile yapılacak çalışmalar Karpal Tunnel Sendromunda diğer tedaviler ile kombine edilen manuel tedavinin etkinliğini gösterme hususunda ışık tutacaktır.

Anahtar Kelimeler: karpal tunnel sendromu, manuel tedavi, nöral mobilizasyon

S-19: İnme Sonrası Yatarak Rehabilite Edilen Hastaların İnme Öncesi COVID-19 Geçirme Öyküsü

Yasemin Tombak, Ebru Karaca Umay
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, FTR

Amaç: Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), ilk olarak Çin'in Vuhan Eyaleti'nde Aralık ayının sonlarında solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) gelişen bir grup hastada yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanan bir virüstür.
Çalışmalarda COVID-19'un komplikasyonlarından birinin de vakaların yaklaşık üçte birinde görülen nörolojik bulgular olduğu bulunmuştur. Serebrovasküler olaylar yaklaşık %5 oranında bildirilmiştir. Literatürde bu konuda çalışmalar yapılmaya başlanmakla birlikte, hangi semptomları olan COVID-19 hastalarında inme geliştiği ile ilgili bir çalışma yoktur. Ek olarak, rehabilitasyon kliniklerinde inme rehabilitasyonu için tedavi edilen hastaların tedavi değişimine COVID-19 geçirip geçirmeme durumunun etkisi bilinmemektedir.
Bu nedenle, inme ve COVID-19 arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek amacı ile bu çalışma planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: COVID-19 pandemisinin yoğun olduğu Nisan 2020 – Aralık 2021 tarihleri arasında kliniğimize SVO nedeni ile yatırılan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. 117 hastanın dosyası taranıp dahil edilme kriterlerine uyan 83 hasta (ve olay tarihi COVID-19 vakalarının görülmeye başladığı tarihten sonra olan) çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, SVO lezyon yeri, Brunnstrom evresi(giriş-cıkış),ambulasyon düzeyi (giriş-cıkış), komorbiditeler, Charlson komorbidite indeksi, SVO tipi, SVO öncesi COVID-19 geçirme öyküsü ve geçirdiyse semptomlar, geçirilmiş SVO öyküsü ve fizik tedavi aldığı süre kaydedildi.
COVID-19 revers transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi pozitif çıkan ve/veya testleri pozitif olmadığı halde toraks bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde COVID-19 ile uyumlu pnömoni saptanan hastalar COVID-19 geçiren gruba dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 83 hastanın yaş ortalaması 64.81 (SD 12.79) yıl; 29'u (%34.9) kadın, 54'ü erkekti (%65.1). Hastaların çoğu iskemik SVO (n=69, 83.1%) nedeni ile rehabilite edilmekte idi.
Hastaların 28'i (%33.7) SVO öncesi COVID-19 geçirmişti. SVO ile COVID-19 arası süre median 30 gündü (min 8.0-max 150.0).
COVID-19 geçiren hastalarda en sık görülen semptom ateşti (n=11, 39.3%), 8'i favipiravir tedavisi almıştı. 9'u hastaneye yatmış, bu hastaların yoğun bakım ünitesinde tedavileri tamamlanmıştı (n=9, 32.1).
COVID-19 geçirmiş hastalarda iskemik kalp hastalığı ve hipotiroidi komorbiditeleri daha fazla idi (sırasıyla p=0.047, p=0.038). COVID-19 geçirenlerde sağ periventriküler infarkt oranı anlamlı yüksekti (p=0.037). Geçirilmiş SVO öyküsü ise COVID-19 geçirmemiş olanlarda fazla idi (p=0.042). Diğer demografik özellikler, etkilenen diğer beyin alanları ve SVO tipi açısından fark yoktu. Ambulasyon düzeyi COVID-19 geçirmiş grupta daha kötü iken (p=0.028), tedavi ile değişim Brunnstrom evrelerinde (üst p=0.212, el p=0.916, alt p=0.347) ve ambulasyonda (p=0.224) gruplar arası farklı değildi.

Sonuç: COVID-19 öyküsü olanlarda meydana gelen inmede rehabilitasyona daha çok önem verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, inme, rehabilitasyon

S-20: Subakut Erken ve Geç Dönem İnmeli Hastalarda Deltoid ve Supraspinatus Kas Kalınlığının Değerlendirilmesi, Üst Ekstremitede Ağrı ve Fonksiyonellikle İlişkisi: Ön Çalışma

Sinem Bozkurt[1], Ayşe Merve Ata[1], Gonca Canan Doğan[1], Filiz Sivas[2]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Üst ekstremite rehabilitasyonunu olumsuz etkileyen ve rehabilitasyon sürecini uzatan glenohumeral subluksasyon ve omuz ağrısı hemiplejik hastalarda en sık rastlanan komplikasyonlar arasındadır. Çalışmamızın amacı subakut erken ve geç dönem inme hastalarında akromiyohumeral mesafe, deltoid ve supraspinatus kas kalınlığının değerlendirilmesi, spastisite, ağrı ve fonksiyonellikle ilişkisinin belirlenmesidir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya serebrovasküler olay sonrasında hemipleji tablosu gelişmiş, 26 hasta alındı. İnmeden sonra geçirdikleri süre sorgulanarak subakut erken ve geç olmak üzere iki gruba ayrıldı. Tüm hastaların demografik özellikleri kaydedildi; ağrılarının sorgulanması için Vizüel Analog Skala (VAS), motor gelişimini değerlendirmek için Brunnstrom Motor Evrelemesi ve Fugl Meyer Skalası, kas tonusunu değerlendirmek için Modifiye Ashworth Skalası (MAS) kullanıldı. Hemiplejik taraf omuz ve dirsek eklem hareket açıklıkları gonyometre ile, omuz subluksasyonu ise palpasyon ile tespit edildikten sonra antropometrik ölçüm yöntemi olarak akromion inferioru ile humerus başı superioru arasındaki mesafe, mezura ile milimetrik olarak ölçüldü. Sağlam ve hemiplejik taraf akromiyohumeral mesafeleri, tüberkulum majus-akromiyon, tüberkulum minus-akromiyon mesafeleri, supraspinatus kası, orta ve arka deltoid kas kalınlıkları ultrasonografi ile değerlendirildi.

Bulgular: 26 hemiplejik hastanın demografik ve klinik özelllikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Hemiplejik taraf humeroakromiyal, tüberkulum majus-akromiyon, tüberkulum minus-akromiyon mesafeleri belirgin artmış ($p<0.001$), supraspinatus, orta ve arka deltoid kas kalınlıkları sağlam tarafa göre belirgin azalmıştı (sırasıyla $p=0,002$, $p<0.001$, $p<0.001$). Hemiplejik taraftaki akromiyohumeral mesafe, mezura ile ölçülen akromiyohumeral mesafe ile orta ($r=0.582$, $p=0.002$), tüberkulum majus-akromiyon mesafesi ile kuvvetli ($r=0.700$, p 0.001), tuberculum minus-akromiyon mesafesi ile orta ($r=0.595$, $p=0.001$), orta deltoid kas kalınlığı ile negatif yönde zayıf ($r=-0.400$, $p=0.043$) derecede korele bulundu. Hemiplejik taraf akromiyohumeral mesafe, VAS ile zayıf, Brunnstrom üst ekstremite evresi ve Fugl-Meyer skoru ile negatif yönde zayıf korele (sırasıyla $r=0.476$, $p=0.014$; $r=-0.409$, $p=0.038$; $r=-0.467$, $p=0.016$); hemiplejik taraf supraspinatus ve orta deltoid kas kalınlığı, VAS ile negatif yönde orta derecede korele; hemiplejik taraf orta deltoid kas kalınlığı, Brunnstrom üst ekstremite evresi ve Fugl-Meyer skoru ile orta derecede korele (sırasıyla $r= 0.647$, $r=0.671$, $p<0.001$) saptandı. Subakut erken ve geç dönemde olan hastalar arasında akromiyohumeral mesafe, supraspinatus ve arka deltoid kas kalınlığında anlamlı farklılık saptanmazken (sırasıyla $p=0.625$, 0.777, 0.520), orta deltoid kas kalınlığı subakut geç dönemdeki hastalarda belirgin azalmıştı ($p=0.05$). Subakut erken ve geç dönemde olan hastalar arasında VAS, Brunnstrom Motor evreleme ve Fugl-Meyer Skalası arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, subakut geç dönemde hastaneye yatan hastaların hem fonksiyonel durumu daha kötü, hem de ağrısı daha fazla saptandı.

Sonuç: Bu çalışma hemiplejik tarafta, subakut erken ve geç dönemde supraspinatus, orta ve arka deltoid kas kalınlığının anlamlı derecede azaldığını; subakut geç dönemde, subakut erken döneme kıyasla orta deltoid kas kalınlığındaki azalmanın belirgin olduğunu göstermiştir. Ek olarak ultrasonografik olarak ölçülen akromiyohumeral mesafe, orta deltoid kas kalınlığındaki azalmayla ilişkili bulunduğundan özellikle orta deltoid kas liflerini güçlendirmeye yönelik rehabilitasyon uygulamalarının erken dönemde yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: akromiyohumeral mesafe, deltoid kas kalınlığı, inme, supraspinatus kas kalınlığı, ultrasonografi

Tablo 1

Değişkenler	Toplam n=26 (%) median (25-75%)
Yaş (yıl)	63.5 (54-70.75)
Cinsiyet (kadın/ erkek)	11/15 (42.3/57.7)
Medeni hal (evli/bekar)	22/4 (84.6/15.4)
Eğitim durumu okur-yazar değil ilköğretim lise üniversite	 3 (11.5) 19 (73.1) 3 (11.5) 1 (3.8)
Vücut kitle indeksi (VKİ)(kg/m2)	25.85 (24.26- 29.64)
Sigara kullanımı	4 (15,4)
Hipertansiyon	22 (84,6)
Hastalık süresi Subakut erken (< 3 ay) Subakut geç (3-6 ay)	 14 (53.8) 12 (46.2)
Etyoloji iskemik hemorajik iskemi sonrası hemoraji	 19 (73.1) 5 (19.2) 2 (7.7)
Etkilenen taraf sağ/sol dominant/dominant olmayan	 9/17 (34.6/ 65.4) 9/17 (34.6/ 65.4)
Brunnstrum evrelemesi, median üst ekstremite el alt extremite	 2 (2- 5) 2 (2- 5.25) 3 (2- 4.25)
Fugl Meyer üst ekstremite motor değerlendirme ölçeği	6 (4- 38)
Modifiye Aschworth skalası, median (min-max) Omuz flex Omuz add Dirsek flex	 0 (0-0) 0 (0-0) 0 (0-0.25)
Akromiyohumeral mesafe (mm)	10 (5-20)
Eklem Hareket Açıklıkları (EHA) Omuz Fleksiyon Omuz abduksiyon Dirsek fleksiyon Dirsek ekstansiyon	 180 (155-180) 180 (167.5-180) 150 (150-150) 180 (180-180)

Hastaların demografik ve klinik özellikleri

S-21: Femoral Sinir Nöropatisi ile Prezente Olan İliakus Absesi: Bir Olgu Sunumu

Öykü Tomay Aksoy, Nilüfer Balcı
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Ana Bilim Dalı, Antalya

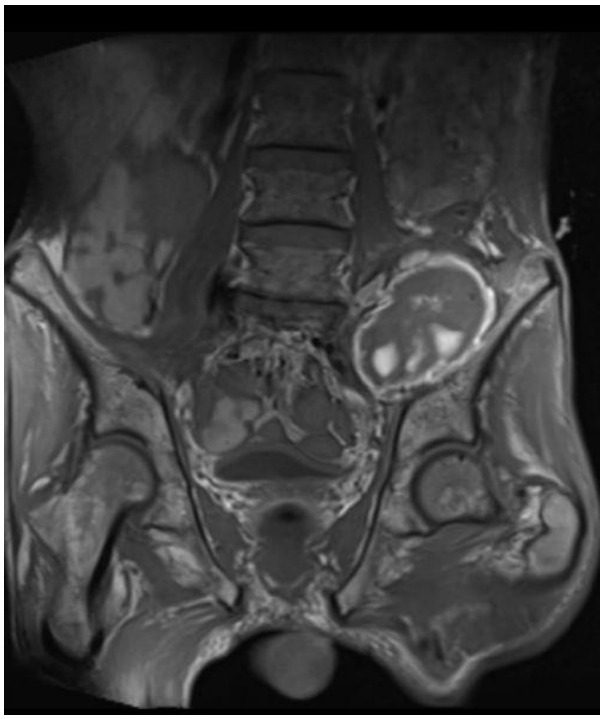
Amaç: Lomber pleksusun en uzun dalı olan femoral sinir, m. psoas majorun lifleri arasında oluştuktan sonra m.psoas major ve m.iliakus arasında seyreder. İliopsoas kası içinde olabilecek tümör, hematom gibi lezyonlara sekonder femoral sinir nöropatisi görülebilse de izole abseye sekonder femoral paralizi literatürde son derece nadirdir. Burada, femoral sinir nöropatisi ile prezente olan iliakus abseli olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış bir yaşında hastanemiz Genel Cerrahi kliniğinde yatan erkek hasta, sol alt ekstremitede güçsüzlük ve sol uyluk ön yüzde ağrı, uyuşma şikayeti nedeni ile tarafımıza konsülte edildi. Hastanın anamnezinde geçirilmiş mezenter iskemiye bağlı açılan ileostomisinin kapatılması için 1 hafta önce opere edildiği öğrenildi. Operasyondan 1 hafta sonra sol uyluk ön yüzünde uyuşma, ağrı ve sol alt ekstremitesinde güçsüzlük şikayeti başladığı ve yürüyemediği öğrenildi. Fizik muayenede sol kalça eklem hareket açıklığı her yöne limitli ve ağrılıydı. Kas gücü muayenesinde sol diz ekstansiyonu 2/5, sol diz fleksiyonu 4/5 idi ve harici kas gücü defisiti saptanmadı. Nörolojik muayenesinde sol alt ekstremitede L4 dermatomunda hipoestezi saptanırken, sol patella refleksi alınamadı. Patolojik refleks izlenmedi. Ön tanı olarak femoral sinir nöropatisi düşünülmesi üzerine yapılan EMG'de sol vastus medialis kasında fibrilasyon potansiyeli saptanırken, MÜP elde edilemedi. İncelenen diğer kaslarda süresi uzamış, polifazik MÜP değişiklikleri ve seyrelme paterni izlendi. Sinir ileti çalışmasında motor ve duyusal sinir ileti hızları, distal latanslar ile BKAP ve DSAP amplitüdleri normal sınırlarda elde edildi. Bu elektrofizyolojik bulgular motor ağırlıklı polinöropati zemininde sol vastus medialis kasında akut denervasyon lehine yorumlandı. Lomber pleksusu görüntülemek için istenen Manyetik Rezonans görüntülemesinde solda iliakus kası içinde inguinal bölgeye uzanım gösteren T1 hiperintens, yoğun hemorajik içerik barındıran 80*65 mm boyutunda loküle koleksiyon sahası tespit edildi ve abse lehine yorumlandı. Bunun üzerine Genel Cerrahi kliniği tarafından eksplorasyon yapılan hastada anostomoz perforasyonu tespit edildi. Antibiyoterapi başlandıktan 2 hafta sonra hastanın mevcut kas gücü defisiti ve femoral nevralji şikayeti geriledi.
Hastadan imzalı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.

Sonuç: İliopsoas kası içindeki lezyonlar femoral sinir paralizisine neden olabilmektedir. Yakın zamanda operasyon öyküsü olan femoral nevraljili hastalarda ilipsoas absesi akılda tutulmalıdır.

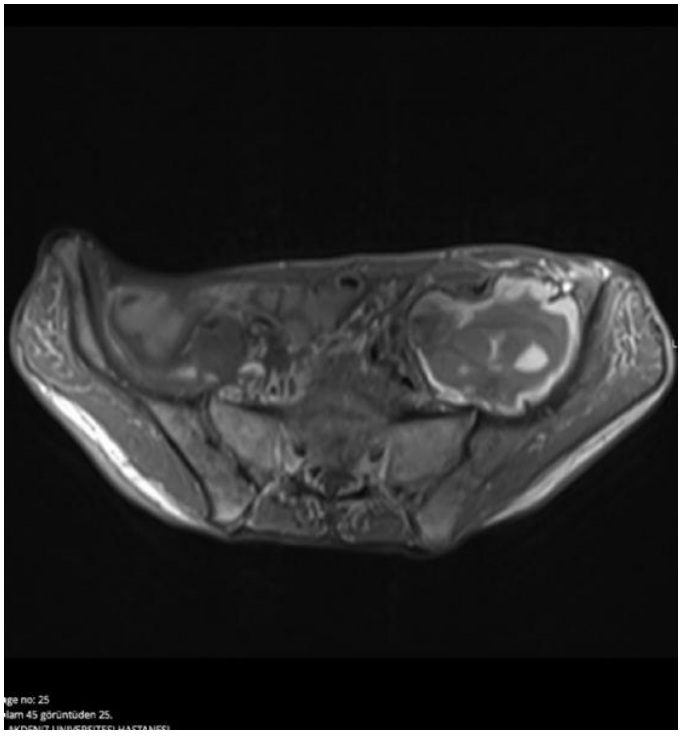
Anahtar Kelimeler: Femoral nevralji, Femoral paralizi, İliopsoas, Lomber pleksus

Resim-1



Sol iliakus kası içinde T1 hiperintens, yoğun hemorajik içerik barındıran abse görünümü

Resim-2



S-22: Meme Kanseri İlişkili Lenfödem Hastalarında Ev Programı ve Telerehabilitasyon ile Tedavi Sürecinin Değerlendirilmesi

Merve Demirci, Yasin Okumuş, Canan Şanal Toprak
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Lenfödem tedavisinde hedefler; ekstremitedeki şişliğin azaltılması, semptomların kontrolü ve komplikasyonların azaltılmasına yöneliktir. Meme kanseri ile ilişkili lenfödem tedavisinde uygulanan konservatif tedavi seçeneklerinin temelini kompleks dekonjestif tedavi(KDT) oluşturmaktadır. KDT iki aşamalı bir tedavi programından oluşur:
Faz 1(Tedavi, yoğun aşama); titiz cilt ve tırnak bakımı, terapötik egzersiz, manuel lenfatik drenaj ve çok katmanlı bandaj uygulamasını içerir. Faz 2(Bakım, idame aşaması);ilk aşamada elde edilen faydanın korunması ve optimize edilmesi için tasarlanmıştır. Kompresyon giysileri, kompresyon bandajı, cilt bakımı, egzersizler ve gerekirse kendi kendine MLD den oluşur. Başlangıçta yoğun terapi ile maksimum volüm azalması hedeflenirken, idame terapisi ile azalmış volümün devamlılığını sağlamak amaçlanır. Covid 19 pandemisi süresinde tüm hastaların rehabilitasyon hizmetleri etkilendi ve daha önceden de uygulanan ancak pandemi dönemi ile birlikte popülerleşen bir terim dünyamıza girdi; "Telerehabilitasyon" Bizim bu çalışmadaki amacımız; telerehabilitasyon uygulanan hastaların tedavi sürecini ve uyumunu değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Randomize tek kör prospektif çalışma. Meme cerrahisi üzerinden en az 3 ay geçmiş evre 1-2 lenfödemi olan 18- 75 yaş arası meme kanseri ile ilişkili üst ekstremite lenfödemi olan hastalar çalışmaya dahil edildi.1.Grup:Hastalara yapacakları masajı ve egzersizleri anlatan bir broşür verilip; fizyoterapist ve klinisyen tarafından belli aralıklarla aranıp yapılacaklar hatırlatıldı.2.Grup:Haftada 3 kez hastalara telerehabilitasyon yöntemi ile egzersizler ve masaj fizyoterapist ve klinisyen tarafından yaptırıldı;kalan günlerde hastaların kendisi yapılacaklara devam etti.Hastalar tedavi öncesi ve tedavi sonrası 5. Ve 8. Haftada olmak üzere 3 kez değerlendirildi. Her vizitte hastaların; her iki ekstremite arası volüm farkı, quick DASH ve yaşam etki skalası skorları, ağrı, gerginlik, sertlik ve ağırlık hisleri skorlandırıldı.
Çalışma için Marmara Üniversitesi Etik Kurul Komitesinden 09.2021.131protokol numarası ile onay alınmıştır.

Bulgular: Çalışmada her iki gruba da 20 şer hasta dahil edildi.Telerehab grubunun yaş ortalaması 52,71(8,92) iken evde egzersiz grubunun (EEG) yaş ortalaması 54,44 (7,44) di(p=0,519).Telerehab grubunun VKİ 31,89(5,05) iken;EEG 31,97(5,57) di(p=0,961).Tedavi öncesi volüm farkı(p=0,093), quick DASH(p=0,322), ağrı(p=0,356), gerginlik(p=0,803), ağırlık(p=0,515), sertlik(p=0,490), yaşam etki skalas(p=0,051) skorlarında gruplar arası fark yoktu. Tedavi sonrası 5.haftada quick DASH(p=0,253), ağrı(p=0,914), gerginlik(p=0,879), ağırlık(p=0,563), sertlik(p=0,158), volüm farkı(p=0,414), yaşam etki skalası(p=0,126) skorlarında gruplar arasında fark yoktu.Tedavi sonrası 8.haftada quick DASH(p=0,354), ağrı(p=0,781), gerginlik(p=0,540), ağırlık(p=0,847), sertlik(p=0,149), volüm farkı(p=0,123), yaşam etki skalası(p=0,600) skorlarında gruplar arası fark yoktu.5.hafta genel sağlık durumu(p=0,114), lenfödem ilişkili sağlık(p=0,105) sorgusunda gruplar arasında fark yoktu.Tedavi memnuniyeti açısından ise çok memnun telerehab grubunda fazlaydı(p=<0,001).8.hafta Gruplar arası genel sağlık(p=0,386), lenfödem ilişkili sağlık(p=0,659) sorgusunda gruplar arasında farklılık yoktu.Tedavi memnuniyeti açısından çok memnun telerehab grubunda fazlaydı(p=<0,03).Tedavi takibi sırasında telerehab grubunda yalnızca 1 kişi 5.hafta kontrolüne gelmedi (%4,5), EEG grubuna alınan hastaların ise 5 tanesi 5. Hafta kontrolüne, 3 tanesi de 8. Hafta kontrolüne gelmedi. Totalde 8 hasta tedaviyi bıraktı(%34).

Sonuç: Her iki gruptaki hastaların tedavi sonrası 5. Ve 8. Haftada, tedavi öncesine göre sonuç ölçütlerinde anlamlı bir değişiklik saptanmayıp; faz 1 tedavi sonrası her iki gruba da uygulanan faz 2 tedavi yöntemlerinin her ikisinden de tedavi öncesi lenfödem ile ilişkili semptom, fonksiyon ve yaşam kalitesini koruduğu saptanmıştır. Telerehabilitasyon ve EEP grupları arasında hastaların klinik değerlendirmeleri açısından fark bulunmasa da, hastaların telerehabilitasyon tedavisinden memnuniyeti ve tedavi uyumu anlamlı oranda yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Ev programı, KDT, lenfödem, tedavi fazları, telerehabilitasyon

S-23: Manuel Tekerlekli Sandalye Kullanan Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda Akromiohumeral Mesafenin Değerlendirilmesi: Ultrasonografik Çalışma

Nuran Eyvaz, Sevda Adar, Ali İzzet Akçin, Nur Doğanlar, Ümit Dündar, Hasan Toktaş, Hilal Yeşil, Selma Eroğlu, Ersin Beştaş
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş-Amaç: Spinal Kord Yaralanma (SKY) lı bireylerde tekerlekli sandalye kullanımı mobiliteye katkı sağlarken bağımsız bir yaşam tarzı için önemli bir araçtır. Manuel tekerlekli sandalye(MTS) kullanıcıları mobilite, transfer ve günlük yaşam aktivitelerinin çoğu için omuzlarına daha fazla yük vermektedir. MTS kullananlarda omuzda ağrı insidansı % 32-78 arasında değişmektedir. Tekerlekli sandalye kullanımı sırasında; düz itme, bir eğime karşı itme, transferler ve vücut ağırlığının taşındığı görevlerde omuz ağrısının yoğun olduğu gösterilmiştir. Özellikle vücut ağırlığının kaldırma (WRR) sırasında kalça üzerindeki baskıyı azaltmak için skapula ve humerus diziliminin değiştirilerek omuzun desteklenmesi gerekir. Bu durum subakromiyal boşluktaki yumuşak doku yapılarında sıkışma riskini arttırmaktadır. Subakromial Sıkışma Sendromu(SSS) patofizyolojisinde akromiohumeral mesafenin (AHM); dinamik değişimi önemli bir rol oynamaktadır. SSS eğilimini ortaya koyan Occupation Ratio(OR), supraspinatus tendonunun; akromiohumeral mesafenin ne kadar doldurdugunu belirleyen özelliği ile tanıda ön plana çıkmaktadır. SSS riskini tahmin etmek için yalnızca kinematik ölçümlere güvenmek yerine subakromiyal boşluğun doğrudan ölçümünün önemi vurgulanmaktadır. Amacımız SKY li manuel tekerlekli sandalye kullanıcılarında akromiohumeral mesafenin dinamik hareketler sırasında ultrasonografik olarak değerlendirmesidir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 18-65 yaş arasında, SKY tanısı ile rehabilite edilen MTS kullanıcısı 34 hasta ve 29 sağlıklı kişi dahil edildi. Katılımcıların demografik özellikleri, SKY süresi, ASİA düzeyi belirlendi ve klinik muayene ile SSS açısından değerlendirildi. Ultrasonografik inceleme hasta ve sağlıklı grupta olmak üzere her iki omuz AHM ve supraspinatus tendon kalınlığı nötral pozisyonda, 60°abdüksiyonda ve dinamik olarak vücut ağırlığını kaldırması esnasında 15 MHz lineer prob (Clarius L15 HD3/Frequency:5-15 MHZ) kullanılarak ölçüldü. Occupation ratio; [(supraspinatus tendon kalınlığı/AHM) × 100] olarak hesaplandı.Tekerlekli sandalye kullanıcılarına fonksiyonel aktiviteleriyle ilişkili omuz ağrısını ölçen Tekerlekli Sandalye Kullanıcısı Omuz Ağrısı İndeksi (WUSPI) uygulandı.

Bulgular: Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 40,1(±)14,1 ve %62 si erkekdi. SKY tanılı 34 hastanın hastalık süresi ortalama 60 ay, ASİA düzeyleri %32,3 ü T2-T6 seviyesi (n=11), %67,6 sı ise T7-T12 seviyesi (n=23) ile uyumlu idi. Gruplar arası dağılımda demografik veriler açısından istatiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızda paraplejik grup ile sağlıklı grup karşılaştırıldığında nötral ve 60°abduksiyon ölçümlerinde her iki grupta da AHM'de anlamlı azalma bulundu (P <0.001). Her iki grupta da WRR pozisyonunda AHM; nötral ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde azalırken (P <0.001), 60° abduksiyona göre izlenen azalma istatistiksel anlamlı değildi. OR ise; 0 ve 60°abduksiyon ölçümleri arasında istatiksel olarak belirgin değişiklik göstermezken, WRR pozisyonu sırasında hem paraplejik hem de kontrol grubunda anlamlı düzeyde arttığı gözlemlendi.

Sonuç: Supraspinatus OR'nin, paraplejik grupta sağlıklılarla karşılaştırıldığında WRR esnasında izlenen artış istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. AHM nin ultrasonografik olarak değerlendirilmesi pratik ve hızlı sonuç verir. Yanı sıra hesaplanan OR, SSS eğilimi yansıtırken, SSS etyolojisinde yer alan diğer omuz patolojileride USG ile aydınlatılabilir.

Anahtar Kelimeler: Spinal Kord Yaralanması, Occupation Ratio, Tekerlekli Sandalye

S-24: Pediatrik Aşırı Aktif Mesane Tedavisinde Antikolinerjik Ajanların Etki ve Yan Etki Profillerinin Karşılaştırılması

Aykut Akıncı, Meltem Güneş Akıncı
Denizli Devlet Hastanesi

Amaç: Aşırı aktif mesane; ani sıkışma, sık idrara çıkma nokturi gibi semptomlarla karakterize, semptomlara yol açabilecek diğer patolojiler ve idrar yolu enfeksiyonu dışlanması ile tanısı konulabilen bir hastalıktır. Yaşam tarzı değişiklikleri ve davranış tedavilerinden fayda görmeyen hastalarda antikolinerjik ajanlar kullanılabilmektedir. Bu çalışmada çocuklarda kullanılan antikolinerjik ajanların etki ve yan etki profillerini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya aşırı aktif mesane tanısı konulmuş, 5-18 yaş arasında, yaşam tarzı değişiklikleri ve davranış tedavisi uygulanmış fayda görmemesi üzerine antikolinerjik ilaç başlanan hastalar alındı. Nörojen mesane ile takipli olan, antikolinerjik ilacını düzenli kullanmayan, birden fazla antikolinerjik kullanımı olan, uroflowmetri ve dysfunctional voiding and incontinence scoring system (DVISS) skoru verilerine ulaşılamayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya toplamda 127 hasta dahil edildi.

Hastaların ilk muayene sırasında uroflowmetrik sonuçları ve rezidüel idrar volümü, DVISS skorları, 3. ay kontrollerinde uroflowmetrik sonuçları ve rezidüel idrar volümleri, DVISS skorları, ilaç ile ilgili yan etkiler ve ilaca devam edebilme durumu karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Toplam 127 hastadan; 73 hasta oksibutinin, 13 hasta propiverin, 18 hasta solifenasin, 23 hasta tolterodin kullanmaktaydı.

Toplamda 73 hasta erkek(%57), 54 hasta kız(%43) cinsiyete sahipti. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından fark saptanmadı (p 0,44). Tüm hastaların ortalama yaşı 9,23±2,71 tespit edildi. Gruplar arasında yaş ortalaması açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p 0,51).
Tüm hastaların başlangıç DVISS skorları ortalaması 13,86±3,36 olarak tespit edilirken, tedavi sonrası 3. aydaki DVISS skorları ortalaması 7,58±2,57 olarak tespit edildi. İlk DVISS skor ölçümleri gruplar arasında benzerdi. Yine 3. ay sonundaki DVISS skorları da gruplar arasında benzer görüldü. Tüm gruplarda DVISS skorları tedavi sonrası anlamlı olarak düşük bulundu.

Tüm hastalarda tedavi öncesi uroflowmetri sırasında saptanan işeme hacmi, maksimun idrar akış hızı ve rezidüel idrar volümü sırasıyla 73,13±23,05; 11,45±3,06; 10,11±8,08 olarak tespit edildi. Tedavi sonrası işeme hacmi, maksimum idrar akış hızı ve rezidüel idrar volümü sırasıyla 70,13±23,10; 11,87±4,01; 11,95±10,52 olarak tespit edildi. Gruplarda ayrı ayrı tedavi öncesi ve tedavi sonrası işeme hacmi, maksimum idrar akış hızı ve işeme sonrası rezidüel idrar volümü benzer olarak bulundu.
Oksibutinin kullanan grupta %40 ilaca bağlı yan etki, propiverin kullanan grupta %15; solifenasin kullanan grupta %17; tolterodin kullanan grupta %22 yan etki görüldü. Her ne kadar oksibutininin yan etki sayısı fazla görünse de gruplar arasında yan etki profili açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p 0,7). Yan etkiye bağlı ilacı bırakma oranları oksibutinin %27, propiverin %8, solifenasin %6, tolterodin %9 olarak tespit edildi, gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edildi (p 0,04).

Sonuç: Pediatrik aşırı aktif mesane tedavisinde antikolinerjikler hem semptom skorları açısından hem de uroflowmetrik değerlendirmeler açısından benzer etkinliktedir. Yan etki profili açısından değerlendirildiğinde; oksibutininin çocuklarda tolere edilmesi diğer ajanlara göre daha zor olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: antikolinerjik, aşırı aktif mesane

Antikolinerjik ilaçların yan etki profili ve ilacı bırakma oranları

Antikolinerjik İlaçlar	Ağız Kuruluğu	Kabızlık	İşemede Zorluk	Sersemlik Hissi	Yüzde Kızarma	İlaç Bırakma
Oksibutinin	9 (%12,3)	4 (%5,5)	4 (%5,5)	4 (%5,5)	8 (%11)	20 (%27,4)
Propiverin	1 (%7,7)	1 (%7,7)				1 (%7,7)
Solifenasin	1 (%5,6)			1 (%5,6)	1 (%5,6)	1 (%5,6)
Tolterodin	1 (%4,3)	1 (%4,3)			3 (%13)	2 (%8,7)

S-25: Diz Üstü Amputasyonu Olan Hastalarda Kas Gücü ve Kemik Mineral Yoğunluğu Arasındaki İlişki, Ön Çalışma Sonuçları

Gizem Kılınç Kamacı, Merve Örücü Atar, Elif Tekin, Fatma Özcan, Yasin Demir, Koray Aydemir
Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Ankara

Amaç: Alt ekstremite amputasyonu; kas güçsüzlüğü, kas atrofisi ve lokal kemik mineral yoğunluğunda azalma gibi vücutta birçok değişikliğe sebep olmaktadır. Kemik mineral yoğunluğunu genetik, beslenme, fiziksel aktivite, kas gücü, kişinin ek hastalıkları ve kullandığı ilaçlar etkilemektedir. Alt ekstremite amputasyonu olan hastalarda kemik kaybının etiyolojisi net olarak ortaya konulamasa da yürüme paternindeki değişikler, kas atrofileri ve mekanik yüklenmenin azalmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Amputasyondan sonra hızlı bir kemik kaybı meydana geldiği ve sonrasında osteoporotik kırıklar için risk oluşturabileceği bilinmektedir. Kas gücü, amputasyon seviyesi ve amputasyondan sonra ambulasyonun sağlanmasına kadar geçen süre kemik mineral yoğunluğunu etkileyebilecek faktörlerdir. Bu çalışmanın amacı, diz üstü ampütasyonu olan hastalarda kemik mineral yoğunluğunun, ampute taraf kalça çevresi izokinetik kas gücü ile ilişkisini araştırmaktır

Gereç-Yöntem: Travmatik unilateral diz üstü amputasyonu olan 18-65 yaş arası, amputasyon sonrası en az 6 ay süre geçen 26 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Hastaların ampute taraf kalça ekstansör ve fleksör kas gücü izokinetik ölçümler ile peak torku, toplam iş miktarı CYBEX izokinetik sistemi kullanılarak 60° ve 120°/s'lik açısal hızlarda belirlendi. Yaralanma sonrasındaki klinik takipleri sırasında çekilen Kemik Mineral Dansitometre (DEXA) ölçümleri not edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 37.03±1.58 olarak saptandı. Ampute taraf, KMD femur T skoru ile 60° açısal hızda kalça fleksiyon pik tork arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Ampute taraf 60° açısal hızda kalça fleksiyon total iş ile KMD femur T ve Z skorları, 120° açısal hızda kalça fleksiyon total iş ile KMD femur T skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

Sonuç: Ampute taraf kalça fleksiyon kas gücü arttıkça, KMD femur ölçümleri artmaktadır. Diz üstü ampute hastalarda kemik mineral yoğunluğunun azalmasını önlemek için ampute taraf kalça çevresi kas gücünü arttırmak önemlidir.

Anahtar Kelimeler: izokinetik, kas gücü, kemik mineral yoğunluğu

S-26: Genç Hastada Bel Ağrısının Nadir Bir Sebebi Renal Hücreli Karsinom

Büşra Alçın, Ömer Faruk Çelik, Soner Demir, Hakan Genç
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Ankara

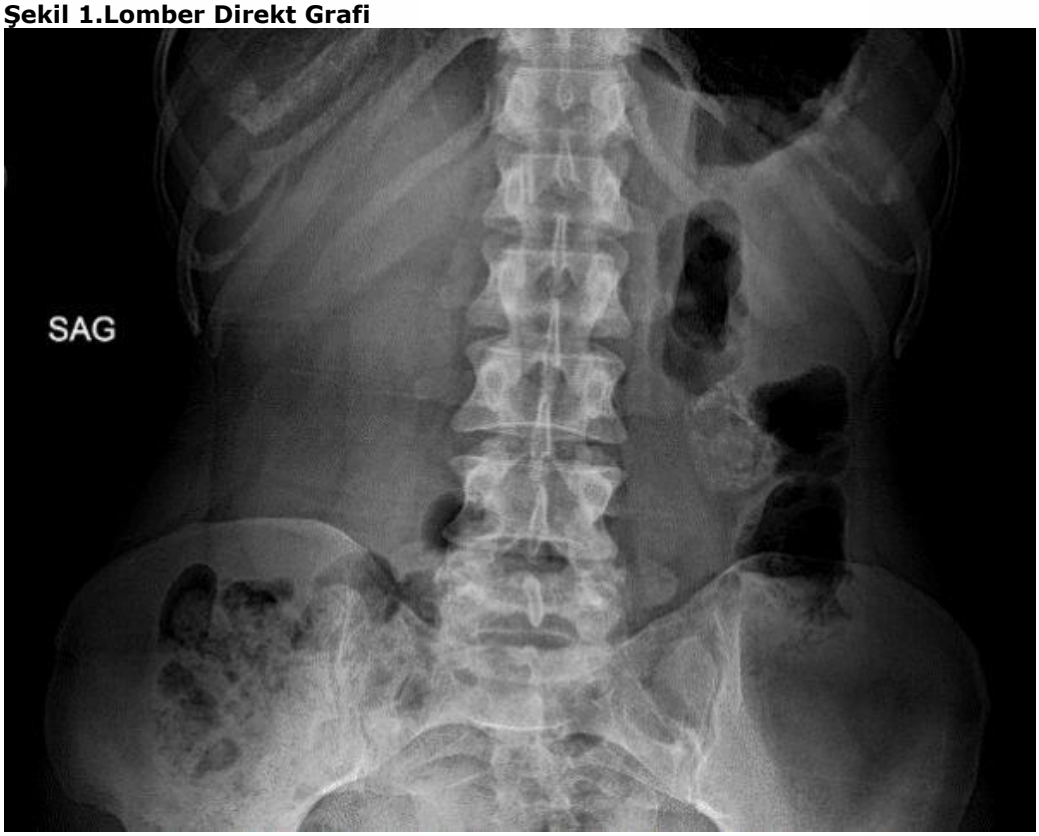
Amaç: Adenokarsinom olarak da bilinen renal hücreli karsinom (RHK), erişkin malignitelerinin %3'ünü ve böbrekten kaynaklanan neoplazmların %95'ini oluşturur. Erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha sık izlenir, genellikle altıncı dekatta ortaya çıkar. Vakaların %80'i 40 ile 69 yaşları arasında görülür. RHK, tüm genitoüriner maligniteleri arasında en ölümcül olanıdır ve hastaların yaklaşık %40'ı metastaz sonrasında ölür. Sunumumuzda genç hastada bel ağrısıyla prezente olan RHK literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Olgu: 33 yaşında kadın hasta 2 yıldır olan bel ağrısı yakınmasıyla polikliniğe başvurdu. Ağrısı hareketle tetiklenip istirahatte devam ediyordu. Gece ağrısı ve kilo kaybı tarifliyor,sabah tutukluğu tariflemiyordu. Ateş, gece terlemesi, travma öyküsü yoktu. Önceki poliklinik başvurularında bel ağrısı şikayeti için verilen medikal tedaviden fayda görmemişti. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. İnspeksiyonda lomber lordoz düzleşmişti. Palpasyonla spinöz proçeslerde hassasiyet ve ele gelen kitle yoktu. Lomber eklem hareket açıklığı tam ancak ağrılıydı. Düz bacak kaldırma, femoral germe, sakroiliak provakasyon testleri negatifti. Nörolojik muayenesi doğaldı.
Rutin laboratuvar incelemesinde lökosit 10.58 mcl, hemoglobin 10.4 g/dL, GFR 84.9 ml/dk, transferrin 1.7 g/L' idi. Diğer incelenen laboratuvar parametreleri normal sınırlardaydı.
Radyolojik görüntülemelerinde lomber direkt grafi L3-4 vertebra hizasında sol midklavikular hat hizasında geniş bir kalsifikasyon alanı ve alt kostalarda litik kalsifik görünüm izlendi. (Şekil 1) Tanı amaçlı ileri görüntüleme olarak toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi(BT) istendi. Toraks BT incelemesinde sol akciğer alt lob anteromedial segmentte ince lineer fibroatelektatik dansite, sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte milimetrik plevral çekintiler izlendi. Abdomen BT incelemesindeyse sol böbrek uzun aksı 75 mm olup normalden küçük,sağ böbrek kompansatrik hipertrofik görünümde, sol böbrek üst polde 6 mm çapında kortikal kist, alt polde böbrekten egzofitik uzanımlı 28x28x37 mm boyutunda, periferinde ve santralinde çok sayıda kaba nodüler kalsifikasyon barındıran heterojen kitle izlendi. (Şekil 2) Bu bulguların RCC ile uyumlu olduğu rapor edildi.
Hasta sonuçlarıyla üroloji kiliniğine malignite takibi açısından yönlendirildi.

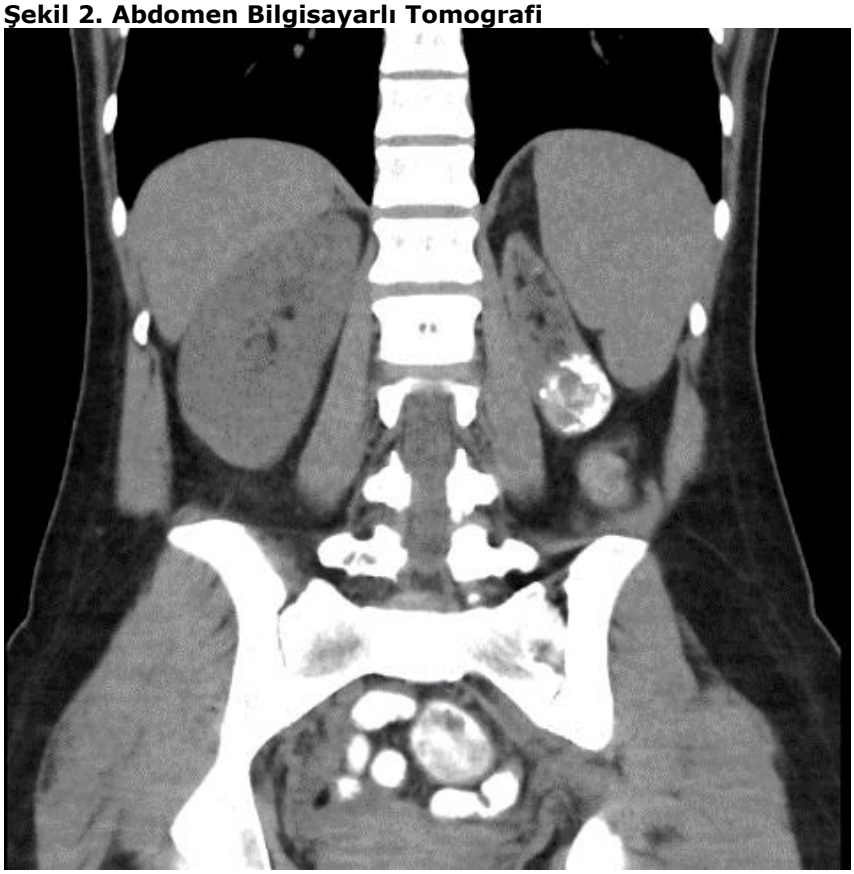
Sonuç: Yetişkinlerin yüzde 84'ünün hayatlarının bir döneminde bel ağrısı yaşadığı tahmin edilmektedir. Bel ağrısı olan hastaların yüzde 1'inden azında ciddi bir etiyoloji mevcuttur. Bel ağrısı 12 haftadan uzun sürüyor, konservatif tedaviyle düzelmiyor ve konstitüsyonel bulgular eşlik ediyorsa ileri görüntüleme alınmalıdır.Vakamızda 2 yıldan uzun süren kilo kaybının eşlik ettiği verilen tedaviyle gerilemeyen bel ağrısı mevcuttu.
RHK tipik olarak uzun bir süre klinik olarak gizli kalır ve hastaların sadece %10'unda klasik hematüri, yan ağrısı ve palpable abdominal kitle görülür. Hastaların yaklaşık %40'ı izole semptomlar olarak hematüri veya yan ağrısı ile başvurur. Vakamızda bel ağrısı semptomuyla ortaya çıkmıştı.
RHK ile ilişkili belirtiler kilo kaybı, hipertansiyon, gece terlemesi ve halsizliktir. Diğer bulgular arasında ateş, anemi, hiperkalsemi, eritrositoz, metastatik yayılıma bağlı olmayan karaciğer enzimlerinde yükselme (Stauffer sendromu), amiloidoz ve polinöropati izlenmektedir.
RHK'nın teşhisinde tercih edilen görüntüleme yöntemi, kontrastlı renal bilgisayarlı tomografi taramasıdır. RHK'yı saptamak, evrelemek ve ek görüntüleme olmadan cerrahi planlamak için kullanılabilmektedir.
Metastazı olmayan RHK'lı hastaların çoğunda cerrahi küratiftir. Bu nedenle evre I, II ve III hastalarında cerrahi tedavi tercih edilmektedir.Vakamızda üroloji kiliniği tarafından nefrektomi operasyonu gerçekleştirildi.
Bu vaka sunumuyla şikayete yönelik alınan öykünün önemine vurgu yapmak ve bel ağrısı olan genç yaştaki hastalarda malignite ortaya çıkabilme ihtimalinin göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerektiğini anlatmak istedik.
Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bel Ağrısı, Genç Hasta, Renal Hücreli Karsinom

Şekil 1.Lomber Direkt Grafi



Şekil 2. Abdomen Bilgisayarlı Tomografi



S-27: Covid-19 Hastalarında Yorgunluk Şiddetinin 5 Kez Otur Kalk Testi ve Diğer Denge Testleri İle Korelasyonu

Hasan Hüseyin Gökpınar, Ömer Özyümlü, Aysun Özlü, Fatıma Yaman, Merve Akdeniz Leblebicier
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Kütahya

Amaç: Denge bozukluğu ve düşme riski gibi bir takım nesnel testler ile ölçülebilen nörolojik etkilenimlerin hastalardaki yorgunluk şiddeti ile ilişkisini akut Covid-19 döneminde araştıran çalışmalar az sayıdadır. Post-akut covid semptomları arasında en sık görülen semptomlardan olan yorgunluk ile denge bozukluğu gibi bazı nörolojik yakınmaların hastalığın aktif dönemlerinde de yakın ilişkide olduğunu ölçülebilir rakamsal verilerle göstermek literatüre anlamlı katkı sunacaktır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel-gözlemsel çalışmaya katılmaya gönüllü olan 110 aktif Covid-19 hastasından dahil edilme kriterlerine uygun olan 74' ü dahil edildi. Hastaların denge ve düşme risklerini değerlendirmek için zamanlı kalk yürü testi, tek ayak üzerinde durma testi, tandem duruş testi, 5 kez otur kalk testi yapıldı. Yorgunluk düzeyleri yorgunluk şiddet skalası ile belirlendi. İstatistiki analiz için bağımsız örneklem t testi, ki-kare ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı.

Bulgular: Hastaların demografik ve laboratuar verileri, sırt ağrısı düzeyleri, covid tutulum şiddetleri, steroid kullanım durumları, fiziksel aktivite düzeyleri, kronik hastalık durumları, sigara ve alkol kullanımı verileri arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$). Yorgunluk şiddeti ile 5 kez otur kalk testi arasında anlamlı korelasyon varken ($p<0.05$), diğer denge testleri ile yorgunluk arasında korelasyon saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Akut Covid-19 hastalarında fonksiyonel güç, denge ve performans ölçütü olan 5 kez otur kalk testi skorları yorgunluk şiddeti fazla olan hastalarda yüksek saptanmıştır. Covid-19 sonrası yorgunluk sendromu olan hastalarda 5 kez otur kalk testini bir performans ölçütü ve takip parametresi olarak kullanmak nesnelliği ve pratikliği nedeniyle akılcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Beş kez otur kalk testi, Covid-19, denge, performans, yorgunluk şiddeti

S-28: Bel Ağrısı Olan Geriatrik Populasyonda Epidural Steroid Enjeksiyonlarının Etkinliği: Tanı, Tedavi Başarısını Etkiler mi?

Yücel Olgun[1], Rekib Saçaklıdır[1], Yasin Okumuş[2], Savaş Şencan[1], Osman Hakan Gündüz[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, istanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Epidural steroid enjeksiyonları bel ağrısı olan hastalarda tercih edilen bir girişimsel ağrı tedavisidir. Amacımız yaşlı hastalarda epidural steroid enjeksiyon tedavisinin etkinliğini araştırmak ve hastaların tanılarının tedavi başarısına etkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Ocak 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında epidural enjeksiyon yapılan 65 yaş üstü hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastalar tanılarına göre disk herniasyonu, spinal stenoz ve başarısız bel cerrahisi sendromu olmak üzere üç gruba ayrıldı. Tüm hastaların işlem öncesindeki, işlem sonrası 3. hafta ve 3. aydaki ağrı düzeyleri sayısal derecelendirme skalasına göre puanlandırılarak not edildi.

Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütüldü. Tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Kurum etik kurulundan onay alındı. (Etik numarası: 02.09.2022.1151)

Bulgular: Çalışmaya toplam 234 hasta dahil edildi. Bunlardan 89'unda disk herniasyonu, 98'inde spinal stenoz ve 47'sinde başarısız bel cerrahisi öyküsü vardı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, semptom süresi, işlem öncesi ağrı skoru, medikal tedavi, radyasyon dozu ve işlem süresi açısından anlamlı fark yoktu. Tüm gruplarda tüm takiplerde ağrı skorlarında anlamlı düzelme saptanmasına rağmen bu skorlar disk hernisi grubunda spinal stenoz ve başarısız bel cerrahisi gruplarına göre üç haftalık ve üç aylık takiplerde anlamlı derecede düşük bulundu.

Sonuç: Epidural steroid enjeksiyonları yaşlılarda bel ağrısı tedavisinde etkilidir. Ek olarak, disk herniasyonu olan yaşlı hastalar, spinal stenoz ve başarısız bel cerrahisi olanlara göre tedaviye daha iyi yanıt verdi. Bu sonuçları desteklemek için daha ileri prospektif ve uzun vadeli takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik Populasyon, Bel Ağrısı, Epidural Enjeksiyonlar, Spinal Stenoz, Başarısız Bel Cerrahisi

S-29: Semptomatik Diz Osteoartritli Hastalarda Uygulanan Pulsed Elektromanyetik Alan Tedavisinin Klinik, İnflamasyon ve Ultrasonografik Parametreler İle Değerlendirilmesi

Meltem İmal Kızılkaya[1], Fatıma Yaman[1], Fatma Emel Koçak[2], Vural Kavuncu[1]
[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Kütahya
[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi,Biyokimya Ana Bilim Dalı, Kütahya

Amaç: Diz osteoartritli hastalarda pulsed elektromanyetik alan tedavisinin (PEMT) klinik parametrelerden ağrı, tutukluk, fonksiyonel durum; inflamasyon parametrelerinden high sensitivity C- reaktif protein (hs-CRP) ve interlökin-6 (IL-6); ultrasonografik bulgulardan femoral kıkırdak dejenerasyon ve sinovyal hipertrofi derecelendirilmesi üzerine etkinliğini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğinde diz osteoartrit tanısı alan (Kellgren-Lawrence kriterleri derece 2 ve 3) ve visual analog skalasında (VAS) ağrı şiddeti 4 veya daha fazla olan hastalar dahil edildi. 40-70 yaş aralığında (PEMT grubu ortalama yaş 53,20±7,52; Sham PEMT grubu ortalama yaş 49,36±6,88) olan 50 hasta (PEMT grubu 17 kadın, 8 erkek; Sham PEMT grubu 18 kadın,7 erkek) çalışmaya alındı. Çalışmaya alının tüm hastalardan aydınlatılmış gönüllü onam formu alındı. Hastalar PEMT veya sham PEMT olmak üzere iki gruba randomize edildi. Randomizasyon ve tedavi uygulamaları hastaların klinik, radyografik ve ultrasonografik bulgularından habersiz aynı terapist tarafından gerçekleştirildi. PEMT grubuna (n=25) konvansiyonel fizyoterapiye [hot pack (20 dk/seans), transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) (20 dk/seans), ultrason (US) (5 dk/seans)] ek PEMT (30 dakika/seans, 50 Hz, 85 gauss) uygulandı. Sham PEMT grubuna ise konvansiyonel fizyoterapiye ek sham uygulama (30dk/seans) yapıldı. Tüm uygulamalar hastalara haftada 5 gün 30 seans yapıldı. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası klinik yanıtları VAS, Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC skalası) ile değerlendirildi. Hs-CRP ve IL-6 10 ml serumdan ELISA yöntemi ile değerlendirildi. Kas-iskelet sistemi ultrasonografisi, hastanın klinik ve tedavi verilerinden habersiz aynı fiziyatrist tarafından yapıldı. USG tekniği European League Aganist Rheumatism (EULAR) ve Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials (OMERACT) kılavuzlarına göre longitudinal ve aksiyel değerlendirildi. Literatürlere uygun femoral kıkırdak dejenerasyon derecelendirilmesi ve sinovyal hipertrofi derecelendirilmesi kaydedildi

Bulgular: PEMT grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS ve WOMAC tüm skorlarında, Hs-CRP skorunda, femoral kıkırdak dejenerasyon ve sinovyal hipertrofi derecelendirilmesinde anlamlı iyileşme tespit edildi ($p<0.05$). Sham PEMT grubunda ise tedavi öncesine göre tedavi sonrası değerlendirme parametrelerinden VAS, WOMAC tüm skorlarında ve sinovyal hipertrofi derecelendirilmesinde anlamlı iyileşme tespit edildi ($p<0. 05$). PEMT grubuna göre sham PEMT grubunda sadece VAS ve WOMAC tüm skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0. 05$).

Sonuç: Çalışmamızda her iki grupta tedaviden fayda görmüştür. Ancak grupların tedavi sonrası parametrelerinin karşılaştırılmasında PEMT grubunda klinik iyileşme daha fazlaydı. PEMT'in femoral kıkırdak üzerine iyileştirici etkisi antiinflamatuar etkisinden kaynaklanabilir. Bu çalışmanın sonuçları, PEMT'in diz osteoartrit semptomlarını azaltmada konvansiyonel fizyoterapiye ek bir etki sağladığını göstermiştir. Ancak, konvansiyonel fizyoterapiye eklenen PEMT uygulamasının hs-CRP, IL-6, kıkırdak dejenerasyonu ve sinovyal hipertrofi azaltılmasında ek bir etkisinin olmadığını göstermektedir. PEMT tedavisinin plasebo tedavisinden bağımsız olarak semptomları azaltmadaki etkinliğini kanıtlamak için örneklem sayısının fazla olduğu, uzun süreli takibi olan ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: IL-6, hs-CRP, PEMT, osteoartrit, ultrasonografi

S-30: Transkütanöz Aurikuler Vagus Sinir Stimülasyonunun Parkinson Hastalığında Görülen Tremora Akut Etkisinin Değerlendirilmesi: Ön Çalışma

Ahmet Kıvanç Menekşeoğlu[1], Merve Damla Korkmaz[1], Enes Efe İş[2], Ceyhun Başoğlu[3], Ali Veysel Özden[4]
[1]S.B.Ü. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
[2]S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Atakent Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[4]BHT Clinic İStanbul Tema Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Parkinson Hastalığında tremor, hastalığın motor semptomlarından bir tanesidir. Bilindiği üzere, dopaminerjik sistemin tedavi edilmesi ile hastalığı motor semptomlarında iyileşme olduğu görülmektedir. Rehabilitasyon ve egzersiz tedavileri medikal tedavilere destek görevindedir (1). Çalışmalarda, vagus sinir stimulasyonunun bir dopaminerjik nöron işaretleyicisi olan tirozin kinaz hidroksilaz'ın striatum, substansia nigra ve lokus seruleus'ta ekspresyonunu arttırarak hareketi ve nöronal çoğalmayı sağladığı saptanmıştır (2). Bununla birlikte, serotoninerjik ve dopaminerjik nöronların aktivasyonunu sağlayarak nöroprotektif etkisi olduğu da ortaya konmuştur (3). Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışmada da non-invaziv vagus sinir stimulasyonunun tremor üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Tek merkezli, prospektif, uygulama öncesi-sonrası şeklinde tasarlanan bu ön çalışmaya Ağustos 2022 ve Ekim 2022 tarihleri arasında Parkinson Hastalığı tanısı almış, 40-65 yaş arası, son 3 ayda medikal tedavisinde değişiklik yapılmayan ve çalışma sırasında üst ekstremiteye yönelik başka bir tedavi almayan 5 katılımcı dahil edildi. Kardiyak pacemaker ya da derin beyin stimulasyonu gibi nörostimulatör tedavi altında olanlar, medikal ya da mental instabilitesi olanlar ve hamileler çalışma dışı bırakıldı. Her katılımcıya farklı günlerde 3 kez auriküler vagus sinir uyarımı (sağ kulak-sol kulak ve bilateral) yapıldı. Auriküler vagus sinir uyarımı, kulak ölçüsüne göre boyutları değişebilen kulaklık şeklinde eklenen özel tasarım yüzey elektrotları ile Vagustim TENS cihazı kullanılarak gerçekleştirildi. Elektrotlar her iki kulak için tragus ve konka iç ve arka yüzlerine yerleştirildi (Resim 1). Stimülasyon, 300 µs atım süresi ve 10 hertz frekans ile iki fazlı, asimetrik bir dalga formu kullanılarak 20 dakika süreyle gerçekleştirildi. Uygulama öncesi ve sonrası katılımcıların kardiyovasküler problemleri Kubios HRV Standard analiz yazılımı ile, tremor UPDRS tremor alt skalası ve tremoru üç planda değerlendiren G-sensor Logger adlı akıllı telefon uygulaması ile değerlendirildi. (*Clinicaltrials ID: NCT05456451*).

Bulgular: Bilateral aurikuler sinir uyarımı uygulanan katılımcılarda diyastolik kan basıncında anlamlı bir düşüş saptandı (p=0.043). UPDRS tremor alt ölçeğinde anlamlı bir değişiklik olmamasına rağmen akıllı telefon ile yapılan ölçümlerde x (p=0,043) ve y (0,014) düzlemlerinde maksimum tremor amplitüdünde azalmalar tespit edildi (Tablo 1).

Sonuç: Bu çalışmada Parkinson hastalarında auriküler vagus sinir uyarımı ile 3 boyutlu düzlemde ölçülen tremor amplitüdünde azalma saptanmıştır. Hasta sayısının arttırılmasi ile daha kaliteli sonuçların elde edilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: parkinson hastalığı, tremor, vagus

Resim 1.



Auriküler vagus sinir stimulasyonu

Tablo 1. Vagus sinir stimulasyonu uygulama yerine göre tremor parametrelerinin grup içi ve gruplararası değerlendirilmesi

Değişkenler ortalama(SS)	sağ kulak (n=5)	sağ kulak (n=5)	sağ kulak (n=5)	sol kulak (n=5)	sol kulak (n=5)	sol kulak (n=5)	bilateral (n=5)	bilateral (n=5)	bilateral (n=5)	
	preT	PostT	p(a)	preT	PostT	p(a)	preT	PostT	p(a)	p(b)
Tremor(sağ) Xmax Ymax Zmax	8.9(10.0) 7.9(3.0) 15.5(7.7)	3.4(1.3) 6.8(1.4) 14.2(1.6)	0.345 0.345 0.500	4.5(1.1) 8.1(2.7) 13.3(0.6)	4.6(2.6) 8.5(1.9) 14.8(6.2)	0.893 0.686 0.893	3.6(0.9) 7.0(1.4) 12.6(1.0)	5.4(2.3) 8.7(2.7) 12.1(2.3)	0.225 0.138 0.686	0.208 0.196 0.632
Tremor (sol) Xmax Ymax Zmax	3.7(0.8) 7.5(2.2) 12.7(0.4)	3.8(1.4) 7.5(3.0) 12.1(0.8)	0.893 0.893 0.080	4.4(1.6) 6.8(2.5) 13.5(1.6)	4.2(2.2) 6.4(1.4) 13.2(1.3)	0.893 0.500 0.500	3.7(2.4) 7.5(2.8) 16.0(2.8)	5.7(1.8) 6.6(2.3) 14.8(2.1)	0.043* 0.080 0.225	0.113 0.014* (R-L:0.028 R-B:0.009 ** L-B:0.347) 0.417
UPDRS Tremor Subscale	11.0 (1.6)	11.0 (1.6)	1.000	10.2(1.5)	10.6(1.5)	0.157	11.0(1.6)	10.8(1.3)	0.317	0.300

*SS: Standard sapma, T: tedavi, UPDRS: Unified Parkinson's Disease Rating Scale, R:sağ, L:sol, B:bilateral, p(a):grup ici analiz icin anlamlılık değeri (Wilcoxon's Signed ranks test), p(b): üç grup arasındaki tedavi öncesi ve sonrası arasındaki farkın anlamlılık değeri (Kruskal Wallis test), *: p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.; ** Kruskal Wallis testi için post-hoc analiz değeri (Mann-Whitney U test/ p<0.0167 pos-hoc analiz için anlamlı kabul edilmiştir).*

S-31: 50-64 Yaş Arası Postmenopozal Kadınlarda Frax Türkiye Modeli İle Yapılan 10 Yıllık Kırık Riski Değerlendirmesi

Ebru Yılmaz[1], Mehpare Fırat[2]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Ankara Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

Amaç: Osteoporoz (OP), kemik mineral yoğunluğu (KMY) ve kemik gücünde azalma, kemik kırılganlığı ve kırık riskinde artma, kemik dokusunun mikromimarisinde bozulmayla karakterize metabolik bir kemik hastalığıdır. OP'daki en önemli morbidite ve mortalite nedeni osteoporotik kalça kırıklarıdır. OP tanısında ve takibinde kullanılan dual enerji X-Ray absorbsiyometri (DEXA), kırık riskini belirlemede altın standart olarak kabul edilse bile kırık tahmini yapmakta tek başına yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle osteoporotik kırık riskini saptamak için bilgisayar tabanlı logaritmik bir tablo üzerinde hesaplama yapılabilen Kırık Risk Değerlendirme Ölçeği (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) isimli bir algoritma oluşturulmuştur. FRAX, osteopenik hastalarda klinik risk faktörleriyle birlikte femur boyun KMY ölçümünün ya da T skorunun kullanıldığı 10 yıllık kalça kırığı ve majör bir osteoporotik kırık (proksimal femur, vertebra, humerus, distal radius) geçirme olasılığını gösteren bireysel hasta modeli temeline dayanır. FRAX ölçeği ile tahmini 10 yıllık majör osteoporotik kırık (MOF) riski %9,3 veya daha yüksek olan 65 yaşın altındaki kadınlarda osteoporoz taramasının değerlendirilmesi önerilmektedir. Daha önceden yapılan çalışmalarda 50-64 yaş arası kadınlarda osteoporoz taraması için bu eşiğin osteoporozu tespit etme duyarlılığının düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmanın amacı, FRAX ölçeğinin DEXA gerektiren osteoporozu olan 65 yaş altı kadınları tespit etmede yeterli olup olmadığını değerlendirmektir.

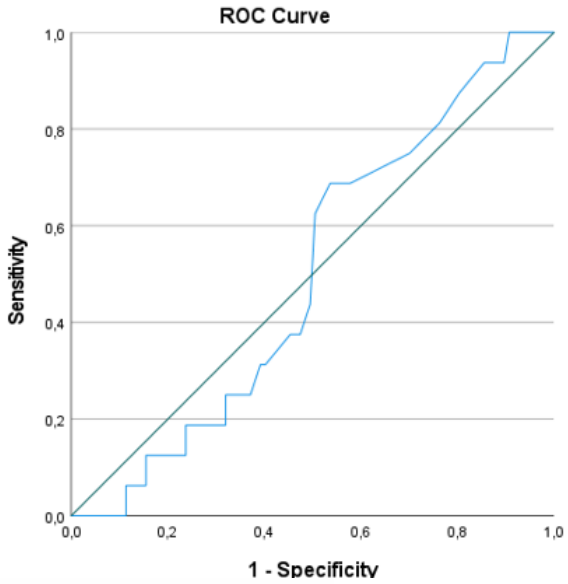
Gereç-Yöntem: Çalışmaya 50-64 yaş arası DEXA ile osteoporoz tanısı konulmuş (L1-L4 T skoru ve/veya femur boyun T skoru <=-2,5), daha önceden osteoporoz tanısına yönelik ilaç tedavisi kullanmamış ve sekonder osteoporoza yol açabilecek herhangi bir hastalığı (romatizmal hastalık, gastrointestinal hastalık, endokrin ve renal bozukluk, hemipleji, malignite gibi) olmayan 114 kadın hasta dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 56.86±4.61 yıl idi. Kalça veya omurganın herhangi bir osteoporozunun saptanması için FRAX ile hesaplanan MOF riskinin >= %9,3 genel duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %0 ve %93.4 idi. Alıcı operatör karakteristik eğrisi (ROC), 0,498'lik eğrinin altında bir alan gösterdi. Bu durum, önerilen %9,3 MOF risk eşiğinin nispeten zayıf test performansına sahip olduğu anlamına gelmektedir. Çalışmamızda daha sonradan önerilen yeni %8,4 MOF risk eşik değerini de analiz ettik. MOF riskinin >=%8,4 genel duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %0 ve %97.9 idi. ROC, 0,549'lik eğrinin altında bir alan gösterdi. Önerilen yeni risk eşik değeri de zayıf test performansına sahipti. Bizim popülasyonumuzda MOF için hesaplanan FRAX risk eşik değeri>=4 idi. FRAX risk eşiğini %4'e düşürmek, popülasyonumuzdaki osteoporozu tespit etme duyarlılığını %0'dan %31.3'e çıkarırken özgüllüğü %93.4'ten %53.6'ya düşürdü. Çalışma grubunda MOF risk eşik değeri >=9.3 olan 1 hasta ve >=8.4 olan 2 hasta olduğu için osteoporoz risk faktörleri açısından gruplar arası karşılaştırmalar yapılamadı.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları daha önceki çalışmalarla uyumlu olarak 65 yaş altındaki postmenopozal kadınlarda osteoporoz tespiti için DEXA ile tarama gerektiren önerilen FRAX eşik değerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bir tarama aracının görevi gizli hastalığı ortaya çıkarmak olduğu göz önünde bulundurulduğunda, gerek FRAX eşik değerinin gerekse FRAX aracında kullanılan risk faktörlerinin yeniden gözden geçirilmesi düşünülebilir. Bunun için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, FRAX

BMD T skoru <=-2,5 olan kişiler arasında ayrım yapmak için tahmini FRAX majör osteoporotik kırık riski >= %9,3 için alıcı işletim karakteristik eğrisi



Hastaların demografik, karakteristik ve laboratuvar bulguları

Değikenler	MOF risk skoru>=%9,3 (n=1)	MOF risk skoru <%9,3 (n=113)	MOF risk skoru >=8,4 (n=2)	MOF risk skoru <8,4 (n=112)
Yaş	57	56.88±4.63	56.5±0.71	56.87±4.65
Vücut kitle indeksi (BMI)	28.4	27.4±4.22	28.4±3.61	27.4±4.21
Sigara kullanımı Evet Hayır	0 (0%) 1 (0.9%)	35 (30.7%) 78 (68.4%)	0 (0%) 2 (1.8%)	35 (30.7%) 77 (67.5%)
Ailede osteoporoz Evet Hayır	0 (0%) 1 (0.9%)	34 (29.8%) 79 (69.3%)	0 (0%) 2 (1.8%)	35 (30.7%) 77 (67.5%)
Menopoz yaşı	53	44.96±6.01	49±5.66	44.95±6.04
Menopoz süresi	22	12.04±6.96	16.5±7.78	12.05±6.99
Vitamin D düzeyi	10.80	14.71±7.77	11.18±0.54	15.06±7.78
Parathormon düzeyi	63.7	70.64±25.0	88.60±35.21	70.26±24.78
Alkalen fosfataz düzeyi	83	83.30±23.69	85±2.83	83.26±23.79
Kalsiyum düzeyi	9.9	9.5±0.35	10.05±0.21	9.48±0.34
Magnezyum düzeyi	2.11	2.03±0.16	2.05±0.09	2.03±0.16

S-32: Spinal Kord Yaralanmalı Hastaların Rehabilitasyon Hastanesinden Beklentileri

Mücahit Atasoy[1], Eser Kalaoğlu[2], Ömer Faruk Bucak[3], Evrim Coşkun[3]
[1]TEKİRDAĞ ÇERKEZKÖY DEVLET HASTANESİ
[2]OSMANİYE BAHÇE FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ
[3]İSTANBUL BAŞAKŞEHİR ÇAM SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

Amaç: Bu çalışmamızın amacı spinal kord yaralanması sonrası engelli hale gelen bireylerin uzun süren rehabilitasyon süreçleri ile ilgili ideal rehabilitasyon merkezinden beklentilerini öğrenmektir.

Gereç-Yöntem: Bu araştırma kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Dahil edilme kriterleri; 18 yaş üstü olmak, SCI sonrası en az 6 ay geçmesi, en az 2 hafta rehabilitasyon kliniğinde yatış öyküsü olmasıdır. Rehabilitasyon hastanesine başka bir nörolojik(Parkinson, Multipls skleroz vs), ortopedik(amputasyon vs) onkolojik, romatolojik nedenlerle yatışının olması, dışlama kriteridir. Çalışmamız için online olarak hazırladığımız 16 sorudan oluşan hastanın demografik bilgileri, hastalık bilgileri, rehabilitasyon sürecinin bölümlerini kapsayan anket, sosyal medya üzerinden/omurilik felçlilerin üye oldukları dernekler vasıtası ile uzaktan online ulaşarak ve servislerimizde yatan spinal kord yaralanmalı hastalara dağıtılarak cevaplar toplandı. Özel rehabilitasyon birimlerine olan beklentiyi sorduğumuz sorularda kesinlikle olmamalı, olmamalı, fikrim yok, olmalı, kesinlikle olmalı seçenekleri vardı.

Bulgular: Katılımcıların 70'i erkek 50'si kadın idi. Yaş ortalaması 37,47±11,63 idi. 79 hasta evli 41 hasta bekar idi. Eğitim durumlarına göre 95 hasta lisans altı, 25 hasta üniversite ve üstü eğitim almıştı. Spinal kord yaralanma tarihinden itibaren geçen süre 20 hastanın 2 yıldan az ve 100 hasta için 2 yıldan fazla idi. Rehabilitasyon unsurlarından en çok istenen robotik rehabilitasyon ve psikolojik destek iken seksüel rehabilitasyona ilgi diğerlerinden az idi. Yapılan korelasyon analizlerinde yaşlı hastalar daha fazla özelleşmiş servis ve poliklinik olmalı cevabını verdi. "Seksüel rehabilitasyon olmalı mı?" sorusuna verilen cevaplarda cinsiyet farkı bulunmadı. "Mesane rehabilitasyonu olmalı mı?" sorusuna verilen kesinlikle olmalı cevabında inkontinansı olanlar ve olmayanlar arasında fark yoktu.(p=0,93) Makatta his olan ve olmayan hastalar arasında "Barsak rehabilitasyonu olmalı mı?" sorusuna cevapları arasında anlamlı fark bulunmadı.(p=0,57)

Sonuç: Çalışmamızda SKY'li bireylerin rehabilitasyon hastanesinden beklentilerini saptamaya çalıştık. Hastaların robotik rehabilitasyon ilgileri göze çarpmaktadır. Ayrıca seksüel rehabilitasyonun önemi ve gerekliliği hastalara aktarılmalıdır. Umarız çalışmamız SKY rehabilitasyon servislerinin özelleşmesinde hastaların bakış açısını yansıtarak literatüre katkı sağlayacaktır. Çalışmamızın kısıtlılığı öncü bir anket oluşturmamak ve internet üzerinden ulaştığımız hastaların klinik durumlarını net olarak belirleyemediğimiz için soruların klinik durumlar ile korelasyonunu net olarak saptayamamaktır.

Anahtar Kelimeler: Beklenti, Parapleji, Rehabilitasyon

S-33: Nadir Bir Lokalizasyon Olarak Rektus Femoriste Kalsifik Tendinit Olgusu

Şahizer Ayas, Arif Gülkesen, Gökhan Alkan, Cemile Didem Özdemir Özkan, Gürkan Akgöl
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Elazığ

Amaç: Kalsifik tendinit, travma, genetik ve metabolik sebeplerle periartiküler kas bağlantılarında kalsiyum hidroksiapatit kristallerinin birikmesiyle oluşur. Kalsifik birikimler tendon içerisinde, çevre yumuşak dokuda veya tendonun kemiğe tutunma kısmında bulunabilir. En çok omuz rotator manşetinde görülmekle beraber, nadiren kalça çevresinde görülebilmektedir. Kalça ağrılarında ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir. Bu olgu sunumunda amacımız, kalçada gerilme travmasından üç ay kadar sonra ani başlangıçlı, geçmeyen şiddetli ağrı ile başvuran hastanın değerlendirilmesinde nadir bir tutulum yeri olarak kalçada kalsifik tendinite dikkati çekmektir.

Olgu: Hastanemiz fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine 30 yaşında erkek hasta sağ kalçada şiddetli ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın sorgusunda 3 ay kadar önce futbol oynarken ani gerilme sonrası birkaç gün süren ağrılı bir dönem olduğu öğrenildi. Hasta ağrının oral analjezikle birkaç günde rahatladığını o sebeple hekime başvurmadığını belirtti. Ağrı sağ iliak kemik komşuluğuna lokalize olup, nöropatik şikayet yoktu. Ek hastalığı olmadığı öğrenilen hastanın ağrısının özellikle çömelme ve otururken kalkma sırasında şiddetlendiği öğrenildi. Muayenede inspeksiyonda özellik olmayıp palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Sağ kalça fleksiyon, ekstansiyon ve rotasyonları ağrılıydı, FADIR testi pozitif, sakroiliak testler negatifti. Lomber muayenesi doğal olup, siyatalji düşündüren bulgusu yoktu. Çekilen pelvis grafisinde sağ iliak kemik komşuluğunda kalsifiye alan görüldü (Resim). Myozitis ossifikans ön tanısı ile istenen MR görüntülemesinde sağ rektus femoris kas tendonu iliak kemik yapışma düzeyinde koronalde 24*13 mm boyutunda kalsifik görünüm raporlandı. Hastaya soğuk uygulama, istirahat ve NSAİ (oral meloksikam 1*1) başlandı. Hastanın 1 hafta sonraki kontrol muayenesinde ağrısının rahatladığı öğrenildi hastanın olgu yapılmak üzere onamı alındı. Bu olgu sunumunda ani başlangıçlı şiddetli kalça ağrısı ayırıcı tanısında, nadir bir tutulum alanı olan rektus femoris kalsifik tendiniti değerlendirildi. Kalsifik tendinit, en sık omuz çevresinde olmak üzere çok sayıda anatomik bölgede ortaya çıkan iyi huylu bir inflamatuar durumdur. En yaygın semptomlar, tendonların çıkış bölgesinde eklem hareketi ile şiddetlenen belirgin hassasiyet ve ağrıdır ve bazı durumlarda lokal ödem, eklem hareketinde kısıtlılık ve yüksek akut faz reaktan seviyeleri olabilir. Kalsifik tendinitle ilişkili şiddetli ağrı, genellikle rezorptif faz sırasında, apatit kristallerini sindiren ve hiperaljezik sitokinler salan makrofajların ve çok çekirdekli dev hücrelerin infiltrasyonu ile depozitin kenarı boyunca vasküler proliferasyon olduğunda ortaya çıkar. Bu hastalığın ayırıcı tanısında avülsiyon kırıkları, myozitis ossifikans, tendon içi sesamoid kemikler göz önünde bulundurulmalıdır. Tanı, klinik şüphe ve ilgili tendonda kalsifik birikintilerin radyografik bulgularına dayanır. Kalsifik tendinitin klinik semptomları genellikle kendiliğinden azalır. Tedavisi genellikle steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlar, lokal enjeksiyonlar ve fizik tedavi ajanlarını içerir.

Sonuç: Kalça ve pelvis kasları yaralanmaya çok yatkın kas gruplarıdır. Sprint, kesme ve fırlatma sporlarının hepsi kalça ve pelvisten gelen enerjiyi kullanır, bu da kalça ve pelvisteki kas gruplarının çok yaygın yaralanmalarına neden olur. Bu yaralanmalar sonucu nadiren tendon kalsifikasyonu görülebilmektedir. Rektus femoris kalsifik tendinit için nadir görülen bir kas olmakla birlikte şiddetli ağrı tarifleyen hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: kalsifik tendinit, rektus femoris

S-34: Hastane çalışanlarında İşe bağlı Kas İskelet Sistemi Ağrısı

Filiz Meryem Sertpoyraz[1], Elif Umay Altaş[1], Göksel Tanıgör[2], Esra Han[3]
[1]İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,İzmir
[2]İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,İzmir
[3]İzmir Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Birimi,İzmir

Amaç: İşe bağlı kas iskelet sistemi hastalıkları toplumda sık görülen sağlık sorunlarındandır.Ağrı ve fonksiyon kaybına ve yaşam kalitesinde farklı düzeylerde bozulmaya yol açabilir.
Amacımız hastanemizde çalışan personelin sağlığını korumak, iş memnuniyetini artırmak ve iş kaybına neden olabilecek durumları önleyebilmek için işe bağlı kas iskelet sistemi ağrı sıklığını ve bu sorunu önleyebilecek etmenleri belirlemektir.

Gereç-Yöntem:
Çalışmamıza, hastanemizde farklı bölümlerde çalışan,kadın ve erkek toplam 275 sağlık personeli katıldı. Katılanların demografik verileri, iş ve çalışma ortamı, ergonomi, bu konuda eğitim alıp almadıkları ve ağrıları sorgulandı. İskandinav Kas-İskelet Sistemi Anketiyle ağrı bölgeleri belirlendi.

Bulgular:
Çalışmaya katılanların 199'ü (%72.4) kadın ve 76'i (%27.6) erkek idi. En sık %71.3 ile 35-54 yaş aralığındaydı. Katılımcıların 84 (%30.5)' hemşire,84 (%30.5) yardımcı sağlık personeli 31 (%11.3) güvenlik,21(%7.6) veri kayıt elemanı,16 (%5.8)doktor ve 16 (%5.8)temizlik personeliydi.
Sağlık çalışanlarının %69.8 hastanede ergonomik düzenleme yapılmadığı,bu konuda %81.4 eğitim almadığı saptandı.
Çalışanların %81.4'de ağrı şikayeti vardı. Ağrı en sık sırt,bel ve boyun bölgesindeydi. Ağrının varlığı ve şiddet artışı kadın cinsiyette belirgindi. İşin zorluk derecesi,ağrı şiddeti ile pozitif korelasyon gösterdi.
Çalışma yılı ve günlük çalışma süresi ile ağrı sıklık ve şiddetiyle ilişkiliydi.

Sonuç: İşe bağlı kas iskelet sistemi ağrısı, hastane sağlık çalışanlarında sık olduğu, çalışma ortamlarında ergonomik düzenlemenin ve bu konuda eğitimlerinin olmadığı saptandı. Ergonomi ve kas iskelet sistemi koruma eğitimlerinin, yeni ve kapsamlı çalışmalarda etkinliği araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ergonomi, Kas iskelet, ağrı, Hastane çalışanı

S-35: Femoroasetabular İmpingement Sendromunda Atlanmaması Gereken Bir Tanı: Femur Stres Kırığı

Ahmet Doğan, Ömer Faruk Çelik, Burcu Duyur Çakıt
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Ankara

Amaç: Stres kırıkları özellikle sporcularda ve askeri personellerde görülen, tekrarlayan tensil veya kompresif stresin neden olduğu kemiğin aşırı kullanım yaralanmasıdır. Stres kırıkları en çok tibiada ve ardından metatarslarda görülür. Femoral stres kırıklarıysa daha nadirdir,vaka serilerinde tüm stres kırıklarının %1 ile %25'ini oluştururlar. Yazımızda femoroasetabular impingement nedeniyle konservatif olarak takip edilen ve kalça ağrısı şikayeti ilerleyen hastada gelişen femoral stres kırığı olgusu sunulmuştur.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta 2 aydır olan sağ kalça ve kasık ağrısı şikayetiyle polikiliniğe başvurdu. Ağrıları hareket etmekle ve üzerine yük vermekle artmakta, istirahatte azalmaktaydı. Son günlerde yürümekte zorlanacak kadar ağrısının arttığını ifade etmekti. Ağrı bel veya bacağa yayılmamaktaydı. Ateş, gece terlemesi,kilo kaybı ve travma öyküsü yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede inspeksiyonda antaljik yürüme paterni gözlendi. Sağda inguinal bölge palpasyon ile ağrılıydı. Lomber eklem hareket açıklığı her yöne açık ve ağrısızdı. Sağ kalça eklem hareket açıklığı kısıtlı ve her yöne ağrılıydı. Sağda FABER ve FADIR testi pozitif saptandı. Düz bacak kaldırma testi, femoral germe testi negatifti. Nörolojik muayenesi doğaldı.
Rutin Laboratuvar incelemelerinden; tam kan sayımı Hb 15.2 gr/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 13 mm/h, C-reaktif protein 7.0 mg/L üre 25 mg/dl diğer laboratuvar değerleri normal aralıktaydı. Radyolojik görüntülemelerde pelvis anterior-posterior grafisinde kalça eklem aralığı normaldi ancak sağ asetabulumun, femur başını normalden daha fazla kapladığı görüldü (Şekil 1). Pincer tip impingementla uyumluydu. Hastanın ağrılarının şiddetlenmesi ve yürüme bozukluğu sebebiyle fraktür ve diğer sekonder nedenlerin ekartasyonu açısından sağ kalça Bilgisayarlı Tomografi(BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme(MRG) istendi(Şekil 2).
Kalça BT görüntülemesinde sağ femur başı, asetabulum tarafından simetriğine oranla daha çok sarılmış olup Pincer tipi sıkışma sendromu ile uyumlu olduğu raporlandı.Kalça MR görüntülemesinde sağ femur başı inferior yüzünden başlayan orta kesimi -boyun bölümüne doğru uzanan fraktür hattı ve femur baş-boyun bölümünde belirgin kemik iliği ödemi izlendiği kaydedildi.Olgu klinik ve görüntülemeler eşliğinde Femoroasetabuler İmpingement Sendromu'na sekonder femoral stress kırığı olarak değerlendirildi. Hastanın etkilenen ekstremitesine yük vermemesi için koltuk değneği kullanımı önerildi. Ortopedi kiliniğine yönlendirildi. Ortopedi kiliniği tarafından operasyon kararı alındı.

Sonuç: Stres kırıkları tek bir yük ile kırılmaya neden olmak için gereken kuvvetten çok daha düşük olan tekrarlayan kuvvetlerin birikmesiyle meydana gelir.
Femoral stres kırıklarının gerçek insidansını belirlemek zordur, yetersiz teşhis edildiği düşünülmektedir. Femoral stres kırıklarının %75'inin ilk değerlendirmede gözden kaçtığı veya yanlış teşhis edildiği tahmin edilmektedir.
Risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, yaş, sigara içme, düşük aerobik kondisyon, gluteus medius zayıflığı ve femoroasetabular sıkışma yer alır.
Femur stres kırıklarında kilinik aktiviteyle artan, dinlenmeyle azalan kalça veya kasık ağrısıdır.
Femoral stres kırığından klinik olarak şüphelenildiğinde, görüntüleme düz radyografi ile başlar.
Erken evrede radyografiler genellikle negatiftir. Radyografiler normal olmasına rağmen femoral stres kırığı şüphesi devam ederse, ileri görüntüleme gereklidir. BT tanı için yararlı olsa da, stres fraktürlerinin tanısında altın standart MRG'dir.
Ayırıcı tanıda Labral yırtıklar, femoroasetabuler impingement, müsküler strain ve yırtıklar, tendinöz avulsiyonlar, avasküler nekroz ve neoplazmlar düşünülmelidir.
Tedavide etkilenen ekstremitesiye yük verilmez. Gereklilik halinde analjezi sağlanır ve cerrahi açıdan değerlendirilir.
Olgumuzda stres kırıklarında MRG'nin önemini; özellikle akut dönemde sadece grafi veya BT ile tanı konulamayacağını, femoroasetabular impingement sendromunda ilerleyen dönemde stres fraktürleri ile karşılaşabileceğimizi vurgulamak istedik. Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Femoroastebular İmpingement, Femur Stres Kırığı, Kalça Ağrısı

Şekil 1.Pelvis Anterior-Posterior Grafi



Şekil 2. Sağ Kalça Manyetik Rezonans Görüntüleme



S-36: Akut Boyun Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Crowned Dens Sendromu

Ahmet Doğan, Ömer Faruk Çelik, Barış Nacır
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Ankara

Amaç: Crowned Dens Sendromu (CDS) boyun ağrısı ve boyunda hareket kısıtlılığı, ateş ve sistemik inflamasyon ile kendini gösteren kalsiyum pirofosfat dihidrat depo hastalığının (KPPDH) nadir görülen bir şeklidir. Kalsiyum pirofosfat dihidrat(KPD) kristallerinin odontoid çevresindeki ligamanlarda birikimi sonucu radyografik olarak taç şeklinde görülen kalsifikasyonlar ile seyreder. Sendromun prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte yaşlı hastalarda daha yaygın olduğu bilinmektedir. Kliniği menenjit, epidural apse, diskit, polimiyaljia romatika ve Dev hücreli artriti taklit edebilir. CDS'nin iyi bir prognozu vardır ve kapsamlı invaziv araştırmalardan ve yanlış tedaviden kaçınmak için erken teşhis şarttır. Sunumumuzda akut boyun ağrısıyla gelen ileri yaş hastada CDS literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Olgu: 64 yaş erkek hasta 7 gündür olan boyun ağrısı ve boyun hareket kısıtlılığı yakınmasıyla polikliniğe başvurdu. Önceden de boyun ve dizlerinde ağrı olduğu ve dizde şişlik şikayeti ile hastane başvurusu olduğu öğrenildi. Boyun ağrısı başını çevirdiğinde artıyordu. Sabah tutukluğu, omuzlara yayılan ağrısı, vizüel semptomları ve çene kladikasyosu yoktu. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve tramva öyküsü tariflememekteydi.
Özgeçmiş ve Soygeçmişinde özellik yoktu.
Vücut sıcaklığı 36.3°C, kalp atım hızı 80/dk, solunum hızı 20/dk ve kan basıncı 120/78'di. Fizik muayenesinde servikal eklem hareketleri belirgin derecede kısıtlıydı. Sağ ve sol rotasyon 20°, lateral fleksiyonlar 45° fleksiyon ve ekstansiyon 45°'de kısıtlı ve ağrılıydı. Spurling,kompresyon ve distraksiyon testi negatifti. Nörolojik muayenesi doğaldı.
Rutin laboratuvar incelemelerinde Eritrosit sedimentasyon hızı(ESH) 50 mm/saat ve C-reaktif protein düzeyi 29.5 mg/L'idi. Diğer laboratuvar parametreleri normal aralıktaydı.
Radyografik görüntülemelerinde servikal grafisinde servikal spondilozu destekleyen osteofitler ve dejeneratif değişiklikler mevcuttu. Enfeksiyon veya tümörü dışlamak için servikal bilgisayarlı tomografi(BT) istendi. BT görüntülemelerinde transvers odontoid ligaman çevresinde kalsifikasyon görüldü(Şekil 1). Diz direkt grafisinde sağ diz medial menisküs çevresinde kondrokalsinozis görüldü (Şekil 2).
Hastaya mevcut klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları eşliğinde KPD kristal birikimine bağlı CDS tanısı konuldu. Hastaya günde 2 kez 0.5 mg kolşisin ve doz azaltılarak kesilecek şekilde 15 mg prednizolon başlandı. 2 hafta sonraki kontrolünde hastanın ağrısı gerilemiş ve boyundaki hareket kısıtlılığı azalmıştı.

Sonuç: Crowned dens sendromu (CDS) ilk olarak 1985 yılında Bouvet ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Akut boyun ağrısı ile başvuran 70 yaş üstü hastaların %2 kadarında saptanabilir. CDS temel olarak odontoid çevresinde biriken kristallerin atlantoaksiyal eklemde inflamasyon oluşturmasıyla meydana gelen bir tür psödoguttur. İnflamasyon oksiput tabanında boyun ağrısı, boyun sertliği, ateş ve inflamasyon belirteçlerinde (ESH,CRP) artışa neden olur. CDS tipik olarak akut başlar ancak bazen kronik olabilir.
CDS sıklıkla travma, menenjit, servikal diskit veya dev hücreli arterit ile karışır bu da lomber ponksiyon gibi uygun olmayan invaziv incelemelere ve ardından parenteral geniş spektrumlu antimikrobiyal tedaviye yol açar.
Boyun grafileri bu kalsifikasyonları net olarak göstermez. Üst servikal omurganın kontrastsız bilgisayarlı tomografisi (BT), odontoid çıkıntıya komşu kristal birikiminin tespiti için tercih edilen tanısal görüntüleme yöntemidir ve altın standarttır
CDS, doğru bir şekilde teşhis edildiğinde tedavinin başlamasından sonra günler ile haftalar içinde semptomlarda belirgin bir iyileşme olur. Steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlar altın standart tedavidir. Düşük doz oral kolşisin tedavide etkilidir. NSAİD veya kolşisini tolere edemeyen hastalarda düşük doz kortikosteroidler tedavide kullanılabilir.
KPPDH düşündürür eklem tutulumunun eşlik ettiği ileri yaş akut boyun ağrısı olan hastalarda CDS ön tanılarımız arasında olmalıdır. Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır

Anahtar Kelimeler: Akut boyun ağrısı, Crowned Dens Sendromu, Kalsiyum pirofosfat dihidrat kristal birikimi

Şeki 1: Aksiyel planda odontoid transvers ligamanda görülen kalsifikasyon



Şekil 2: Sağ diz medial menisküs çevresinde kalsifikasyon



S-37: Servikal Transforaminal Epidural Deksametazon Enjeksiyonu Sonrası Gelişen Geçici Hemipleji: Bir Olgu Sunumu

Serdar Kokar
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Literatürde daha önce yer almamış, deksametazon ile yapılan servikal epidural enjeksiyonunu takiben gelişen ilk hemipleji olgusunu sunmak. Bu olgu çerçevesinde servikal transforaminal epidural enjeksiyonlardaki komplikasyon riskini özetlemek.

Olgu sunumu: 52 yaşındaki kadın hasta dört yıl önce servikal disk hernisi nedenli C6-7 seviyesinden opere edilmişti. Polikliniğimize başvurusunda boyundan sağ kola yayılan nöropatik karakterde ağrıdan yakınmaktaydı. Fizik muayene ve servikal MR görüntülemenin değerlendirilmesi neticesinde, konservatif tedavilere yanıt vermeyen hastaya sağ C7 transforaminal epidural steroid enjeksiyonu tedavisi planlandı.
Hasta supin pozisyonda yatırıldı. Cilt antisepsi kurallarına uygun şekilde silindi, steril örtü örtüldü. 90 mm uzunlukta 22 G spinal quincke iğnesi intermittan floroskopik görüntüleme altında sağ C7 foramenine yönlendirildi (Şekil 1). Devamlı çekim altında kontrast madde enjeksiyonu uygulandı ve anteroposterior görüntülemede opak maddenin sinir kökü boyunca yayıldığı tespit edildi (Şekil 2). Negatif aspirasyonu takiben 1 ml Lidokain %2 ve 2 ml deksametazon enjeksiyonu yapılarak işlem sonlandırıldı.
Hasta oturur pozisyona getirildiğinde sağ kolunu ve hemen ardından sağ bacağını hareket ettiremediğini belirtti. Yapılan muayenede sağ taraf üst ve alt ekstremitelerde flask paralizi fark edildi. Duyu muayenesinde sağ taraf hipoestezisi saptandı. Sol taraf kas güçlerinde ve duyu muayenesinde defisit saptanmadı. Hasta şiddetli boyun ve sırt ağrısından yakınmaktaydı. Kan basıncı 85/50 mmHg, nabız 70/dk olarak ölçüldü. Acilen 1000 ml serum fizyolojik %0,9 intravenöz olarak verildi.
Daha sonra servikal MR ve beyin diffüzyon MR görüntülemeleri yapıldı. Vertebral ve karotis sistem BT anjiografileri istendi. Görüntülemelerde herhangi bir patoloji tespit edilmedi.
Hastanın derin tendon refleksleri normoaktif olarak değerlendirildi ve patolojik reflekslere rastlanmadı. Ağrılı uyarana alt ekstremitede zayıf da olsa yanıt alınıyor oluşu spinal kord yaralanması/iskemisi tanısında şüpheye düşmemize yol açtı. Temaruz ihtimali göz önünde bulundurularak psikiyatri konsültasyonu istendi. Majör depresif bozukluk tanısı ile ketiapin 200 mg/gün ve duloksetin 60 mg/gün oral tedavileri almakta olan hasta için psikiyatri hekiminin önerisi; organik patolojinin ayırt edilemeyeceği gerekçesiyle monitörizasyon oldu.
Spinal Kord yaralanması ön tanısı ile hastaya pulse metilprednizolon (1 gr/iv bolus) tedavisi uygulandı. Sistolik kan basıncının 90-110 mmHg, diastolik kan basıncının ise 60-70 mmHg düzeylerinde dengelendiği görüldü. Organ perfüzyonunun yeterli olduğu düşünülerek vazopressör ajan tedavisine ihtiyaç duyulmadı. Hasta 24 saatin sonunda işlem öncesi kas gücüne kavuştu. Üst ve alt ekstremite kas güçleri muayenede 5/5 olarak değerlendirildi. Derin tendon refleksleri başlangıçta olduğu üzere normoaktifti ve patolojik reflekslere rastlanmadı. Hastanın işlemden sonraki 24. saatte spinal difüzyon mr görüntülemesi yapıldı ve diffüzyon kısıtlaması görülmedi. Sonuç olarak olgu, spinal kordun geçici iskemik atağı olarak kabul edildi.

Sonuç: Transforaminal epidural enjeksiyonlara bağlı spinal kord hasarının başlıca nedeni olarak intra-arteriyel verilen partiküllü steroidlerin oluşturduğu emboliler gösterilmektedir. Biz partikülsüz bir steroid olan deksametazonu kullanarak bu riskten kaçındık.
Furman ve ark. çalışmalarında servikal transforaminal enjeksiyonlarda intravasküler enjeksiyon insidansının %19,4 olduğunu ve bunların yarısından fazlasında negatif aspirasyon bulunduğunu saptamışlardır [1]. İntermittant veya gerçek zamanlı floroskopi ise vasküler enjeksiyonların bazılarını gözden kaçırabilir. Sunulan vaka, bunu doğrular niteliktedir. Bu çerçevede, komplikasyon riskinden kaçınmak için dijital substraksiyon anjiografinin (DSA) kullanılması gerektiği fikrine katılıyoruz.
Sonuç olarak servikal transforaminal enjeksiyonlar için önerilen işlem tekniğine riayet edilse dahi vasküler anatomik varyasyonların çokluğuna bağlı olarak komplikasyon riski yüksektir ve DSA kullanımını gerektirir.

Hastaya bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formu imzalatılmıştır.

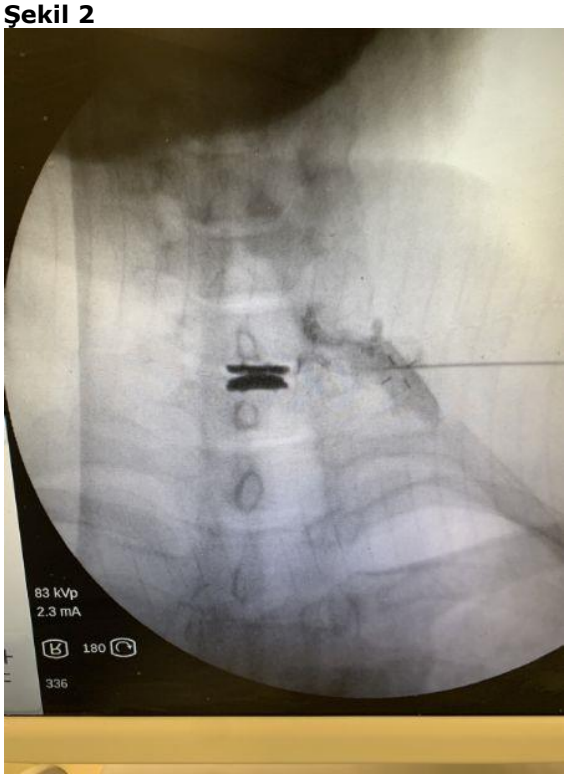
Anahtar Kelimeler: Floroskopi, geçici iskemik atak, servikal epidural enjeksiyon, transforaminal enjeksiyon

Şekil 1



Spinal iğnenin C7 foramininin posteroinferiorunda konumlandığı görülmektedir.

Şekil 2



Anteroposterior görüntülemede C7 kökü boyunca yayılan kontrast madde görüntüsü.

S-38: Bel ve Diz Ağrısının Nadir Bir Nedeni Alkaptonüri

İrem Çiftçi, Ömer Faruk Çelik, Burcu Duyur Çakıt
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Ankara

Amaç: Alkaptonüri(AKU); homogentisik asit oksidaz enzim eksikliğine bağlı gelişen nadir görülen otozomal resesif geçişli metabolik bir hastalıktır. Okronozisse homogentisik asit(HGA) ve metabolitlerinin göz, kulak, cilt, tendon gibi konnektif dokularda birikmesidir. Hastalık klinik olarak homogentisinik asidüri, bağ dokularında mavimsi siyah renk değişikliği,vertebral ve büyük eklem artropatisi ile karakterizedir. Yazımızda ileri yaş, bel ve sırt ağrısı yakınması olan alkaptonüri hastasını literatür eşliğinde tartışacağız.

Olgu: 67 yaşında kadın hasta 15 yıldır olan sırt, bel ve diz ağrısı yakınmasıyla polikliniğe başvuruyor. Ağrıları hareketle artıyor istirahatte azalıyordu. Bel ağrısı sırtına doğru yayılıyordu. Ateş,gece terlemesi,kilo kaybı ve tramva öyküsü yoktu.Özgeçmişinde hipertansiyon,nefrektomi ve koroner arter hastalığı bulunuyordu. İnspeksiyonda kulak helikslerinde,skleralarda ve burun kanatlarında mavi-siyah pigmentasyon mevcuttu. Lomber lordoz azalmış,torakal kifoz artmıştı. Dizlerde şişlik, hiperemi yoktu.Palpasyonla lomber paravertebral kas spazmı ve bilateral dizlerde krepitasyon mevcuttu.Düz bacak kaldırma, femoral germe testi negatifti. Lomber ve bilateral diz eklem hareket açıklığı kısıtlı ağrılıydı. Nörolojik muayenesi doğaldı.Rutin laboratuvar incelemelerinde tam kan değerleri normal sınırlarda C-reaktif protein 3.5 mg/L, romatoid faktör <20 IU, glomerüler filtrasyon hızı 81 ml/dk ve diğer biyokimyasal incelemeleri normal sınırlardaydı. Radyolojik incelemelerinde lomber direkt grafide; lordozda düzleşme, İntervertebral disklerde daralma, kalsifikasyonlar,vertebra ön yüzlerinde osteofitik dejeneratif değişiklikler izlendi(Şekil 1). Dizlerde osteofit, medialde eklem aralığında daralma ve skleroz izlendi(Şekil 2). Sakroiliak eklem mesafeleri açıktı.
Vakamıza okronotik spondiloz ve artropati tanısıyla,15 günlük fizik tedavi programı verildi. Takiplerinde şikayetlerinde gerileme izlendi.

Sonuç: AKU İlk kez 1866 yılında Virchow tarafından 67 yaşında bir erkek hastada postmortem olarak tanımlanmıştır. HGA birikimi bağ dokularda pigmentasyona sebep olur. Etkilenen hastalar çocukluk çağında genellikle asemptomatiktir. Klinik bulgular çoğunlukla hayatın dördüncü dekatında okronotik pigmentin organlarda birikimi sonucu oluşur. Okronotik artropati, spondiloz ile başlama eğilimindedir, bunu periferik artropati takip edebilir. Vakamızın sklerada,kulak kıkırdağında ve burun kanatlarında pigmentasyon ve idrarında siyah renk mevcuttu.
Okronotik spondilozda semptomlar genellikle bel ağrısı ve siyatalji şeklindedir. Tüm vertebralarda görülmekle beraber,lomber bölgede sık görülür. Bulgularında lomber lordoz azalışı, torakal kifoz artışı ve geç dönemde ankiloza bağlı hareket kısıtlılığı görülür.
Radyolojik bulgular; intervertebral eklem aralığında daralma, disklerde kalsifikasyon,vertebralarda marjinal skleroz.disklerin ve onu çevreleyen kemiklerin progresif ossifikasyonu sonucu ankiloz gelişimidir.İntervertebral disk kalsifikasyonu okronozisi akla getirmekle birlikte okronozis için patognomik değildir. İntervertebral disk kalsifikasyonu ankilozan spondilit,diffüz idiopatik skeletal hiperostozis(DISH),İntervertebral osteokondrozis gibi hastalılarda izlenebilir.Vakamızda literatürdekilere benzer okronotik spondiloz bulguları izlendi.
Hastalığın ayırıcı tanısında dejeneratif eklem hastalıkları,ankilozan spondilit ve DISH düşünülmelidir..Okronotik spondilozda aksiyel tutulum radyolojik olarak ankilozan spondilite benzeyebilir ancak ince, vertikal sindezmofitlerin,ciddi apofizyel faset eklem tutulumunun,sakroiliak eklem erozyonun ve füzyonun bulunmayışıyla ayrılırlar.DISH, ileri yaş erkek hastalarda genelde torakal vertebralarda görülür, disk aralıklarının korunması ve pigmentasyon eşlik etmemesiyle ayırımı yapılabilir.
Alkaptonüri için onaylanmış bir tedavi yoktur. Bununla birlikte, tirozinin katabolik yolundaki ikinci enzimi inhibe eden Nitisinon kullanılabilir.Tirozin ve fenilalanin diyetle kısıtlanabilir, askorbik asit verilebilir. Tedavi etkinlikleri okronotik artropati için kanıtlanmamıştır. Semptomatik tedavide ağrı kontrolü,fizyoterapi ve hasta eğitimi seçenekler arasındadır. Periferik eklem tutulumu ve tendon rüptürlerinde cerrahi yaklaşım önerilebilir.
Bu vaka sunumuyla dejeneratif ve inflamatuar spinal tutulumlu hastalarda okronozisin ayırıcı tanıdaki yerine vurgu yapmak. Erken tanıda spinal mobilizasyon ve gövde kaslarını güçlendirmeye yönelik tedavinin, ilerleyen yaşlarda hayat kalitesini arttırdığını belirtmek istedik.Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Alkaptonüri, Bel ve Diz Ağrısı, Okronotik Artropati

Diz Anterio-posterior Direkt Grafi



Lomber Lateral Direkt Grafi



S-39: Bel Ağrısı İle İlgili Türkçe Web Sitelerinin Okunabilirliği ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi

Savaş Karpuz, Ramazan Yilmaz, Halim Yılmaz
Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada bel ağrısı konusunda bilgilendirme içeren Türkçe internet sitelerinin Ateşman ve Yilmaz-Bezirci okunabilirlik formüllerine göre okunabilirlik ve JAMA ve DISCERN skorlarına göre güvenilirlik düzeylerini ortaya koymayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Şubat 2022'de Google'ın arama motoruna (https://www.google.com) "bel ağrısı" kelimesi yazılarak arama yapıldı. Google arama motoru sonuçlarında ilk 15 sayfada yer alan web sitelerini değerlendirdik. Ticari siteler, reklam siteleri, sohbet siteleri, forum siteleri, magazin siteleri, sadece resim veya video içeren siteler ve 10 cümleden az cümle içeren siteler çalışma dışı bırakıldı. Ortalama hece sayısı, ortalama 4 ve daha fazla heceli kelime sayısı ve Ateşman ve Bezirci-Yılmaz okunabilirlik, JAMA ve DISCERN skorları ile güvenilirlik değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Ortalama hece sayısı ve 4 ve daha fazla heceli ortalama kelime sayısı sırasıyla 2,78 [1,68-3,20]ve 3,74 [0,36-6,31]'dir. Median Ateşman, Bezirci-Yılmaz, okunabilirlik değerleri sırasıyla 56,10 [29,77-100,00]ve 12,80 [1,88-20,01] JAMA ve DISCERN güvenilirlik skorları sırasıyla 1.06 [0-2], 43,00 [26,00-67,00]'idi.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda bel ağrısı ile ilgili bilgilendirme içeren Türkçe internet sitelerindeki metinlerin okunabilirlik oranı, kalite ve güvenililiğinin oldukça düşük seviyede olduğu sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, internet siteleri, okunabilirlik, güvenilirlik

S-40: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hekimlerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Görüşleri: Ön Çalışma

Hanife Çağlar Yağcı
Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Amaç: Günümüz toplumunda, bireylerin sağlık hizmeti tercihleri gözlemlendiğinde, kanıta dayalı tıbbın (KDT) yanı sıra, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbba (GETAT) da yöneldikleri görülmektedir. Hekimler GETAT uygulama ve ürünlerinin gerekliliği, yararı konusunda farklı görüşlere sahiptir. Çalışmanın amacı Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) hekimlerinin GETAT uygulamalarına bakış açısını, en çok kabul gören GETAT uygulamalarını ve eğitim ihtiyacını belirlemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışma iki aşamalı olarak planlanmıştır. Birinci aşamada çevirim içi bir anket oluşturulmuştur. Anketin amacı ikinci aşamada yapılacak nitel çalışmaya FTR hekimlerinin profilini yansıtan bir örneklem elde edilmesidir. Anket 15 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların profili, ikinci bölümde temel GETAT bilgi ve farkındalığı, üçüncü bölümde GETAT hakkındaki görüşler sorgulanmıştır. Ankete katılım için mail ve sosyal medya gruplarına süreli davet gönderilerek katılım sağlanmıştır.

Bulgular: Anketi 23-58 yaşları arasında, 109 kadın-41 erkek, 150 FTR hekimi yanıtlandırmıştır. Katılımcıların 73'i asistan, 77'i uzman hekimdir. 77 uzman hekimin 49'u uzman doktor, 1'i öğretim görevlisi, 3'ü doktor öğretim görevlisi, 12'si doçent, 12'si profesör olarak görev yapmaktadır. 8 katılımcı özel muayenehane, 5 katılımcı özel dal merkezi, 16 katılımcı özel hastane, 4 katılımcı özel tıp fakültesi, 20 katılımcı devlet hastanesi, 67 katılımcı eğitim ve araştırma hastanesi, 30 katılımcı devlet üniversitesinde çalışmaktadır. Katılımcıların %4.6'sı GETAT yöntemlerine karşı ve kullanmamakta iken %34'ü bazılarının faydalı olduğunu, ancak kendilerinin uygulamadığını, %16'sı GETAT yöntemlerini önerdiğini ancak kendisinin uygulamadığını ifade ederken, %44,6'sının GETAT yöntemlerini önerdiklerini ve bazılarını uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Bir katılımcı ise GETAT yöntemlerini kanıta dayalı tıp uygulamalarına tercih etmektedir. GETAT yöntemlerinin popüler olmasının en önemli üç nedeni yüksek mali hacimli bir sektör haline gelmesi, medya ve sosyal medyada sıkça tanıtılması ve hastaların hastalıklarına kanıta dayalı tıp yöntemlerinden öte çözüm bulma isteği olarak görülmektedir (sırasıyla %16.4, %14.6, %12.8).Sağlık Bakanlığının GETAT mevzuatında yer alan 15 uygulamanın haricindeki pek çok yöntemi FTR hekimleri GETAT uygulamaları arasında bildirmiştir. 15 uygulamanın tamamını doğru olarak yanıtlayan katılımcı sayısı yalnızca 8 (%5)'dir. Yönetmelikte yer almamasına karşın nöral terapi, kuru iğneleme ve kinezyolojik bantlama yöntemleri katılımcılar tarafından GETAT yöntemi olarak nitelendirilmiştir. Katılımcıların %10.9'u GETAT yöntemlerini hiç kullanmaz iken en sık kullanılan ilk üç uygulama nöral terapi, proleterapi ve ozon tedavisidir (sırasıyla %9.5, %8.3, %7.2).Katılımcıların % 50'si klinik yaşantılarında GETAT uygulamalarından zarar görmüş hastaları olduğunu ifade ederken, GETAT uygulamaları ile ilgili kanıt düzeyinin %14.6 çok zayıf, %36 oldukça zayıf %38 kararsız-fikri yok, %9.3 oldukça yeterli %2 yeterli olduğunu bildirmektedir. Katılımcılar FTR hekimi GETAT ile ne ölçüde ilgilenmeli sorusuna %6 ilgilenmemeli, %25.3 ilgi alanındaki konulara odaklanmasını azaltacağından sınırlı olmalı, %68.6 tedavi edilen çoğu hastalığın FTR branşı kapsamında olduğu için ilgilenmeli yanıtını vermektedir. Katılımcıların GETAT eğitimi almak ister misiniz sorusuna %42.6 kesinlikle evet, %32 çoğunlukla evet, %12 kararsız, %10.6 çoğunlukla hayır, %2.6 kesinlikle hayır yanıtını vermişlerdir. GETAT uygulamalarını FTR uzmanlık eğitimi müfredatına eklenmesi konusunda sorulan soruya %40 kesinlikle evet, %32.6 çoğunlukla evet, %15.3 kararsız, %7.3 çoğunlukla hayır, %4.6 kesinlikle hayır yanıtını vermişlerdir.

Sonuç: GETAT uygulamalarının FTR hekimleri tarafından yaygın olarak kabul gördüğü anlaşılmaktadır. FTR hekimleri GETAT uygulamalarının büyük oranda kanıta dayalı olmadığını düşünmesine rağmen uygulamaya başlamışlardır. Büyük çoğunluk FTR uzmanının GETAT ile ilgilenmesi gerektiğini, eğitim almak istediğini ve GETAT uygulamalarının uzmanlık eğitim müfredatına eklenmesini istediklerini ifade etmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: GETAT, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

S-41: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ünitesinde Yatarak Tedavi Gören İnme Hastalarının Klinik Ve Demografik Özellikleri

Eser Kalaoğlu
Bahçe Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi

Amaç: İnme, serebral damarların tıkanması veya rüptüründen kaynaklanan çeşitli derecelerde motor ve duyusal kayıplar, denge bozukluğu, konuşma ve kognitif fonksiyon kaybından komaya kadar gidebilen, aniden ortaya çıkan klinik tablolar bütünüdür. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ünitesinde yatarak tedavi gören inme hastalarının klinik ve demografik özellikleri araştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem: Bahçe Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde Ekim 2021- Ekim 2022 tarihleri arasında yatarak rehabilitasyon için başvuran inme hastaları değerlendirmeye alındı. Demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni hali), Boy ve Kilosu, inme süresi, hemiplejik taraf, dominant taraf, inme etiyolojisi kaydedildi.

Bulgular: Toplam 150 inme hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların yaş ortalaması 64,36±9,7 yıldı ve %56,7 si kadındır. Hastaların eğitim düzeyi; 40 hastanın okuma yazması yoktu, 71 hasta ilkokul, 13 hasta ortaokul, 19 hasta lise, 7 hasta ise yüksek okul mezunuydu. 119 hasta evli,31 hasta bekardı (Tablo 1). Etiyolojisi iskemik olanlar 112 (%74,67) kişi, hemorajik olanlar 38 (%25,33) kişi; hemiplejik tarafı sağ olanlar 69 (%46), sol olanlar 81 (%54) olarak bulundu (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, ilgili araştırmaların sonuçlarının önemli bir kısmını destekler nitelikte olup ülkemizdeki etiyolojik verileri daha iyi ortaya koymak adına çok merkezli daha geniş hasta sayılı çalışmalara ihtiyacımız vardır.

Anahtar Kelimeler: inme, klinik, sosyodemografik özellikler

Tablo 1

Demografik Veriler		N	%	Ort±SD
Yaş (yıl)		150		64,36±9,70
Boy		150		164,27±8,67
Kilo		150		78,92±13,04
Olay süresi (ay)		150		4,88±3,58
Cinsiyet	Erkek	65	43,30%	
	Kadın	85	56,70%	
Eğitim Durumu	O.Y.Değil	40	26,70%	
	İlkokul	71	47,30%	
	Ortaokul	13	8,70%	
	Lise	19	12,70%	
	Yüksekokul	7	4,70%	
Medeni Durum	Evli	119	79,30%	
	Bekar	31	20,70%	
Dominant El	Sağ	143	95,30%	
	Sol	7	4,70%	
Meslek	Çalışıyor	19	12,70%	
	Emekli	47	31,30%	
	İşsiz	4	2,70%	
	Ev Hanımı	80	53,30%	

Demografik veriler

Tablo 2

İnme İle İlgili Özellikler		N	%	Ort±SD
Olay süresi (ay)		150		4,88±3,58
Etiyoloji	İskemik	112	74,67%	
	Hemorajik	38	25,33%	
Hemiplejik Taraf	Sağ	69	46,00%	
	Sol	81	54,00%	
Lezyon Yeri	MCA	91	60,70%	
	ACA	25	16,70%	
	Posterior Dolaşım	34	22,70%	

İnme ile İlgili Özellikler

S-42: Ultrason Rehberliğinde Uygulanan Geniküler Sinir Radyofrekans Termokoagülasyonunda İğne Lokalizasyonunun Floroskopi ile Teyidi

Özgür Emre Polat[1], Serdar Kokar[2]
[1]Memorial Şişli Hastanesi, Algoloji Kliniği, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ultrason rehberliğinde geniküler sinir radyofrekans termokoagülasyonunda iğne ucunun nihai lokalizasyonunu floroskopi ile tespit etmek. İkincil olarak bu tedavinin başarısını değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya, Kellgren-Lawrence sınıflamasına göre evre 3 veya 4 diz osteoartriti olan kronik ağrılı 22 hasta seçildi. Ultrasonografik tarama ile superomedial, inferomedial ve superolateral geniküler sinirler tespit edildi. Daha sonra her bir sinir 1 ml lidokain %2 ile bloke edildi. Enjeksiyonu takiben diz ağrıları %50 veya daha fazla oranda gerileyen hastalarda bahsi geçen sinirlere yönelik radyofrekans termokoagülasyon tedavisi uygulandı. İşlemin sonunda floroskopi ile anteroposterior ve lateral pozisyonda görüntüler alınarak iğnenin final pozisyonu tespit edildi.

Bulgular: Floroskopik lateral görüntülemede, toplamda 66 işlemin 52'sinde (%79) iğnenin kemik şaftın 1/3 anteriorunda, onikisinde (%18) kemik şaftların 1/3 ile 2/3'ü arasında ve iki tanesinde (%3) 1/3 posteriorda konumlandırıldığı tespit edildi. Numerik derecelendirme skalasına (NRS) göre diz ağrısında; tedavi öncesi ile karşılaştırıldığında (7,91 ± 0,70), 1. Hafta (4,36 ± 1,02), 1. Ay (2,41 ± 1,26) ve 3. Ay (1,73 ± 1,49) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğu saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: Geniküler sinirlerin radyofrekans termokoagülasyonu için iğneyi, posteriora ilerletmeye gerek olmadan, çoğunlukla kemik şaftın 1/3 anteriorunda konumlandırmak yeterlidir. Floroskopi tekniğindekinin aksine geniküler sinirler daha distalde koagüle edilse de etkin analjezi sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: diz osteoartriti, geniküler sinir, girişimsel ultrasonografi, radyofrekans ablasyon

Şekil 1



Radyofrekans elektrodunun lateral floroskopik görüntüleme altındaki final pozisyonu.

S-43: Fibromiyalji'li Kadın Hastalarda Cinsel fonksiyon ve Depresyonun Hastalık Şiddeti İle İlişkisi

İbrahim Halil Erdem[1], Fatma Ustabaşıoğlu[2]
[1]Başakşehir Çam ve SAkura Şehir Hastanesi, FTR Ana Bilim Dalı, İstanul
[2]Edirne 1. murat devlet hastanesi

Amaç: Fibromiyalji (FM) özellikle kadınlar için önemli sağlık sorunlardan biridir. FM hastalarının cinsel işlev bozukluklarının yaşam kalitelerini düşürdüğünü göstermektedir. Literatürde depresyonun FM'li hastalarda cinsel fonksiyon ile ilişkisi tartışmalıdır. Biz FM hastalığı olan kadınlarda cinsel bozukluk ve depresyonun hastalık şiddeti ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: FM tanısı almış ve henüz tedavi başlanmamış 98 kadın hasta ve 54 sağlıklı kadın (Kontrol) çalışmaya dahil edildi. Seksüel disfonksiyonu (SD) ölçmek için "Kadın Cinsel İşlev Endeksi (FSFI)" kullanıldı. FM hastalık şiddeti, Fibromiyalji Etkisi Anketi (FIQ) ile değerlendirildi. Hamilton Depresyon Ölçeği (HDS), hastaların depresyon durumunu değerlendirmek için kullanıldı. Tüm katılımcıların, yaş, vücut kitle indeksi, meslek, eğitim durumu kaydedildi. Çalışma için İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan 30.11.12/209 nolu etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: VKİ, çalışma durumu ve hastalık şiddeti ile SD veya depresyon durumu arasında bir ilişki bulunmadı. HDS sonuçlarına göre hastaların ortalama puanları 11.55 ± 3.76, kontrollerin ortalama puanları 4.30 ± 2.00 ve hastaların 75'inde (%76.5) depresyon vardı. Depresyonu olan ve olmayan FM hastalarının FSFI puanları karşılaştırıldığında, ek depresyonu olan hastaların FSFI puanları daha düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p =0,002).Ortalama FSFI skorları hastalarda 23.80 ± 2.68 ve kontrollerde 29.15 ± 2.38 idi. Hastaların ortalama HDS ve FIQ puanları kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek (p<0.001, p<0.001), ortalama FSFI puanları kontrollerden anlamlı olarak düşüktü (p<0.001). FSFI toplam skorlarına göre, FM'li 78 hastada (%79.6) SD mevcutken, kontrol grubunda bu sayı 12 (%22.2) idi. FSFI alt alan puanları karşılaştırıldığında, "cinsel istek" dışındaki tüm alanlardaki fark kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. En sık görülen cinsel sorun hastalarda "memnuniyet" (n = 79, %80,6), kontrollerde (n = 15, %27,8) "orgazm" idi. En az saptanan cinsel sorun hastalarda "ağrı" (n=45, %45,9) ve kontrollerde "lubrikasyon" (n=4, %7,4) idi. Korelasyon analizinde FSFI puanı ile HDÖ (rho = -0,235, p = 0,020) ve FIQ (rho = -0,215, p = 0,033) puanları arasında anlamlı bir negatif korelasyon görülmüştür. HDS ile FIQS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon vardı (rho = 0,227, p=0,024).

Sonuç: Çalışmamız kadın FM hastalarında SD prevalansının yüksek olduğunu ve SD ile hem hastalık şiddeti hem de depresyon arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, FM tedavi disiplininde SD'nin ve depresyonun göz önünde bulundurmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel disfonksiyon, Depresyon, Fibromyalji

Demografik bulgular

	Gruplar		Test İstatistikleri	
	Kontrol-Grubu *n*=54	FM-Grubu *n*=98	Test değeri	*p*-değeri
Yaş				
Ort±SD	36.94 ± 6.55	38.47 ± 6.72	-1.350	0.179
M (Min Max)	36 (25-52)	39 (23-51)		
VKİ				
Ort±SD	24.88 ± 3.42	26.38 ± 4.34	-1.927	0.054
M (Min Max)	24.4 (18.2-33.2)	25,7 (18.1-37.9)		
İŞ				
Çalışmıyor	32 (59.3%)	72 (73.5%)	3.254	0.071
Çalışıyor	22 (40.7%)	26 (26.5%)		
Eğitim Düzeyi				
Okur yazar değil	3 (5.6%)	4 (4.1%)		
İlköğretim	16 (29.6%)	37 (37.8%)	1.152	0.764
Orta öğretim	23 (42.6%)	39 (39.8%)		
Üniversite	12 (22.2%)	18 (18.4%)		

Tablo 1

tablo 2

Characteristics	Gruplar		Test istatistikleri	
	Kontrol *n*=54	FM Grubu *n*=98	Test Değeri	*p*-Değeri
FIQS				
Ort ± SD	18.43 ± 8.84	71.45 ± 21.69	**-17.171**	**< 0.001**
M (Min Maks)	17 (5-41)	81 (32-96)		
HDS				
Ort ± SD	4.30 ± 2.00	11.55 ± 3.76	**-13.175**	**< 0.001**
M (Min Maks)	4 (1-9)	12 (5-20)		
FSFI Toplam				
Ort ± SD	29.15 ± 2.38	23.80 ± 2.68	**12.254**	**< 0.001**
M (Min Maks)	29.4 (24.8-33.6)	23.8 (18.2-29.5)		
FSFI İstek				
Ort ± SD	4.61 ± 0.89	4.41 ± 1.17	1.076	0.284
M (Min Maks)	4.7 (3-6)	4.2 (1.8-6)		
FSFI Uyarılma				
Ort ± SD	4.86 ± 0.74	3.73 ± 0.84	**8.291**	**<0 .001**
M (Min Maks)	4.8 (3.6-6)	3.6 (2.1-6)		
FSFI Lubrikasyon				
Ort ± SD	4.84 ± 0.77	3.65 ± 0.70	**9.678**	**< 0.001**
M (Min Maks)	4.8 (3.6-6)	3.6 (2.4-6)		
FSFI Orgazm				
Ort ± SD	4.71 ± 0.98	3.80 ± 0.94	**5.572**	**< 0.001**
M (Min Maks)	4.6 (3.2-6)	3.6 (1.6-6)		
FSFI Memnuniyet				
Ort ± SD	5.06 ± 0.93	3.58 ± 0.58	**12.041**	**< 0.001**
M (Min Maks)	5.2 (3.2-6)	3.6 (2.8-5.6)		
FSFI Ağrı				
Ort ± SD	5.07 ± 0.57	4.62 ± 0.78	**3.775**	**< 0.001**
M (Min Maks)	5.2 (4-6)	4.8 (3.2-6)		

FM ve Kontrol grubunun FİQ,HDS, FSFI skorlarının karşılaştırılması

S-44: Serebral Palsi' li Çocuklar ile Sağlıklı Akranlarının Bölgesel Vücut Yağ Dağılımı ve Kas Ekojeniteleri Arasındaki Farkların İncelenmesi

Figen Dağ[1], Orhan Güvener[2], Özlem Tezol[3], Asena Ayça Özdemir[4], Melek Sezgin[2]
[1]Mersin Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Mersin
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Mersin
[3]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana bilim Dalı, Mersin
[4]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalı, Mersin

Amaç: Serebral Palsi (SP)'li çocukların sağlıklı akranlanlarına kıyasla daha küçük kas kitlesine sahip olduğu bilinmektedir. Ayrıca SP' li çocukların kasları daha az kontraktil doku ve daha fazla yağ doku içermektedir. Bu çalışmanın amacı, hemiplejik SP' li çocukların sağlıklı çocuklardan farklı bölgesel yağ dağılımına sahip olup olmadığının değerlendirilmesi ve distal bacak kas ultrasonografi bulguları ile bölgesel yağ dağılımları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya yaşları ve cinsiyetleri eşleştirilmiş 14 hemiplejik SP' li çocuk ve 16 sağlıklı kontrol dahil edildi. Gastroknemius medialis (Gm) ve lateralis (Gl), Soleus (Sol), tibialis anterior (Ta), peroneous longus (Pl) kaslarının ekojeniteleri (Heckmatt skalası) ve subkutan yağ doku kalınlıkları ultrasonografi ile değerlendirildi. Bireylerin vücut kompozisyonu (bölgesel vücut yağ dağılımları) analizi biyoelektrik empedans (BIA) yöntemi ile (TANİTA BC 418 MA) belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya katılan SP' li çocukların (8 erkek, 6 kız) ortalama yaşı 99.21±21.93 ay, sağlıklı kontrolerin (11 erkek, 5 kız) ortalama yaşı 100.5±19.94 aydı. Gruplar arasında, total ve bölgesel yağ dağılımı ve sonografik olarak değerlendirilen ön ve arka bacak subkutan yağ doku kalınlığı açısından farklılık yoktu ($p>0.05$). SP' li çocukların paretik ekstremitesi ile sağlıklı çocukların dominant ekstremitesinin Pl hariç, Gm, Gl, Sol ve Ta kaslarının ekojenite evreleri bakımından anlamlı farklılıklar vardı ($p<0.05$). Ayrıca bu farklılık SP' li çocukların paretik ve sağlam ekstremiteleri arasında da mevcuttu ($p<0.05$). SP' li çocukların paretik taraf ön bacak subkutan yağ doku kalınlığı Pl kas ekojenitesi evre 3 olanlarda evre 1 olanlara kıyasla daha kalındı. ($p=0.03$). Ön ve arka bacak subkutan yağ doku kalınlıkları ile BIA yöntemiyle ölçülen total vücut yağ yüzdesi arasında, SP' li çocuklarda orta dereceli pozitif korelasyon vardı (sırasıyla, ön paretik bacak $r=0.63$, $p=0.02$, sağlam taraf $r=0.57$, $p=0.03$, arka paretik bacak $r= 0.75$, $p=0.002$, sağlam taraf $r=0.74$, $p= 0.002$; dominant ön bacak $r=0.81$, $p<0.0001$, arka bacak $r= 0.71$, $p<0.002$). SP' li çocuklarda paretik ön bacak subkutan yağ doku kalınlığı ile paretik bacak yağ %'si ($r=0.62$, $p=0.02$), sağlam bacak yağ %'si ($r=0.69$, $p=0.01$), ve sağlam kol yağ %'si ($r=0.67$, $p=0.01$) arasında orta derecede korelasyon saptanırken, sağlam taraf subkutan yağ doku kalınlığı ile paretik taraf bacak yağ %'si arasında orta derecede korelasyon tespit edildi ($r=0.68$, $p=0.01$). SP' de paretik arka bacak subkutan yağ doku kalınlığı ile paretik bacak yağ % ($r=0.65$, $p=0.01$), gövde yağ % ($r=0.68$, $p=0.007$), sağlam bacak yağ % ($r=0.79$, $p=0.001$), ve sağlam kol yağ %'leri ($r=0.79$, $p=0.001$) bakımından orta derecede korelasyon, sağlam taraf ile gövde ($r=0.61$, $p=0.02$) ve paretik bacak yağ % değerleri arasında ($r=0.73$, $p=0.003$) orta dereceli bir korelasyon vardı.

Sonuç: SP' li ve sağlıklı çocuklar bölgesel yağ dağılımları ve bacak subkutan yağ doku kalınlığı açısından farklılık göstermemektedir. Her iki grupta bölgesel yağ dağılımları ile bacak subkutan yağ doku kalınlığı arasında orta ile yüksek düzeyde korelasyonlar saptanmıştır. Ayrıca, SP' li çocukların paretik taraf Gm, Gl, Sol ve Ta kas ekojeniteleri sağlam taraf ve sağlıklı çocukların dominant taraf kas ekojenitelerine göre belirgin azalmıştır ve Pl kas ekojenitesi daha kötü olanlarda subkutan yağ doku kalınlığı daha fazlaydı.

Anahtar Kelimeler: Biyoelektrik empedans, kas ekojenitesi, serebral palsi, ultrasonografi

S-45: Gebelikte Gelişen Bilateral Ayak Avasküler Nekrozlu Olgu Sunumu

Seher Kara

Amaç: Gebelikte avasküler nekrozun atipik yerleşimde meydana gelebileceğine dikkat çekmek

Olgu: Öncesinde sağlıklı 35 yaşında kadın hasta 5 aydır devam eden her iki ayakta ağrı ve ödem şikayeti ile kliniğimize başvurdu. 3 hafta evvel sezeryan doğum ile sağlıklı bebek doğurma öyküsü mevcut. IVF(İn Vitro Fertilizasyon) sebebi ile GnRH ve FSH anologları kullanmış. Gebeliğin ilk 3 ayı 16 mg /gün ovül prednol, progesteron ovül ve coraspin kullanma öyküsü mevcut. Gebeliğin 14.haftasında covid geçirme öyküsü var. Gebelik süresince yapılan labaratuar ve idrar tahlillerinde özellik saptanmamış. Son trimestırda her iki ayakbileğinden kortizon enjeksiyonu yapılmış. Hastanın ağrı ve ödem şikayeti son 4 aydır belirginleşmiş. Yapılan fizik muayenede her iki alt ekstremitede belirgin şişlik ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Bilateral grade 2 godet bırakan ödem pozitifti. Hastaya doğum sonrası 10. günde çekilen MRG de her iki ayak bileğinde talusta, tibia distalinde talokrural eklemde ve navikulokuneiform eklemde yaygın kemik iliği ödemi ve efüzyon saptandı. Bunun üzerine ortopediye konsülte edilen hastaya klinik muayene ve de yapılan testler sonucu bilateral erken evre avasküler nekroz teşhisi kondu.

Sonuç: Son zamanlarda artan IVF uygulamaları ve koronavirüs enfeksiyonu sebebi ile gebelik dönemi ve sonrasında atipik yerleşimli avasküler nekroz meydana gelebilmektedir. Erken teşhis ve tedavi için ayırıcı tanıda unutulmamalıdır.
Hastadan bilgilendirlmiş gönüllü onam formu alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: atipik, avasküler nekroz, gebelik, IVF

S-46: Romatoid Artritte Hastalık Aktivitesi ile Benzer Kiliniğe Sahip Naviküler Osteonekroz

Ahmet Doğan, Ömer Faruk Çelik, Burcu Duyur Çakıt
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Ankara

Amaç: Osteonekroz, subkondral kan akımının kesilmesi sonucu kemiğin hücresel bileşenlerinin ölümü ile karakterize dejeneratif bir durumdur. Sıklıkla femur başı ve kondili, humerus başı, proksimal tibia, el ve ayak küçük kemiklerinde meydana gelir. Naviküler osteonekroz idiyopatik olarak, tramva sonrası, kortikosteroid kullanımı ve sistemik hastalıklara bağlı görülebilmektedir.Sebep olan sistemik hastalıklardan bazıları romatoid artrit,sistemik lupus eritematozus ve orak hücreli anemidir.
Sunumumuzda ayak dorsumunda şişlik ve ağrı şikayeti olan romatoid artritli hastada naviküler osteonekrozu literatür eşliğinde tartışacağız.

Olgu: 51 yaşında kadın hasta 2 yıldır olan sağ ayak üzerinde şişlik ve ağrı yakınmasıyla polikliniğe başvurdu. Ağrısı istirahatte azalıyor yürürken artıyordu. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı,tramva, ıntravenöz ilaç ve steroid kullanım öyküsü yoktu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve romatoid artrit (RA) ile takipliydi 2 yıldır RA için takiplerine gitmiyordu.İnspeksiyonda sağ ayak dorsumunda şişlik izlendi, hiperemi yoktu. Palpasyonla hassastı, ısı artışı yoktu. Ayak bileği eklem hareketi açık ağrısızdı. Nörolojik muayenesi doğaldı.
Rutin laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimantasyon hızı 13 mm/saat c-reaktif protein 0.9 mg/l romatoid faktör 54.3 IU ve diğer laboratuvar parametreleri normal aralıktaydı.
Radyolojik incelemelerde sağ ayak direkt grafisinde(Şekil 1)naviküler kemikte skleroz artışı izlendi, belirgin kemik dokularda bütünlük kaybı yoktu. Sağ ayak manyetik rezonans görüntülemesinde(MRG) (Şekil2) ayak dorsumunda özellikle lateral kesimde cilt altı yumuşak dokular ödemli görünümde, talokrural eklem aralığı ve intertarsal eklem aralıklarında sıvı artışları izlenmişti. Naviküler kemikte hafif kompresyon, santral kesiminde 8 mm çapında T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens görünümde periferal kontrastlanan lezyon mevcuttu. Komşuluğunda yaygın kemik iliği ödemi izlenmişti. Bu bulgular avasküler nekrozla uyumluydu.
Hastaya istirahat, yük vermekten kaçınması için yardımcı cihaz kullanımı önerildi. Görüntüleme sonuçları ile ortopedi kiliniğine cerrahi açısından yönlendirildi.

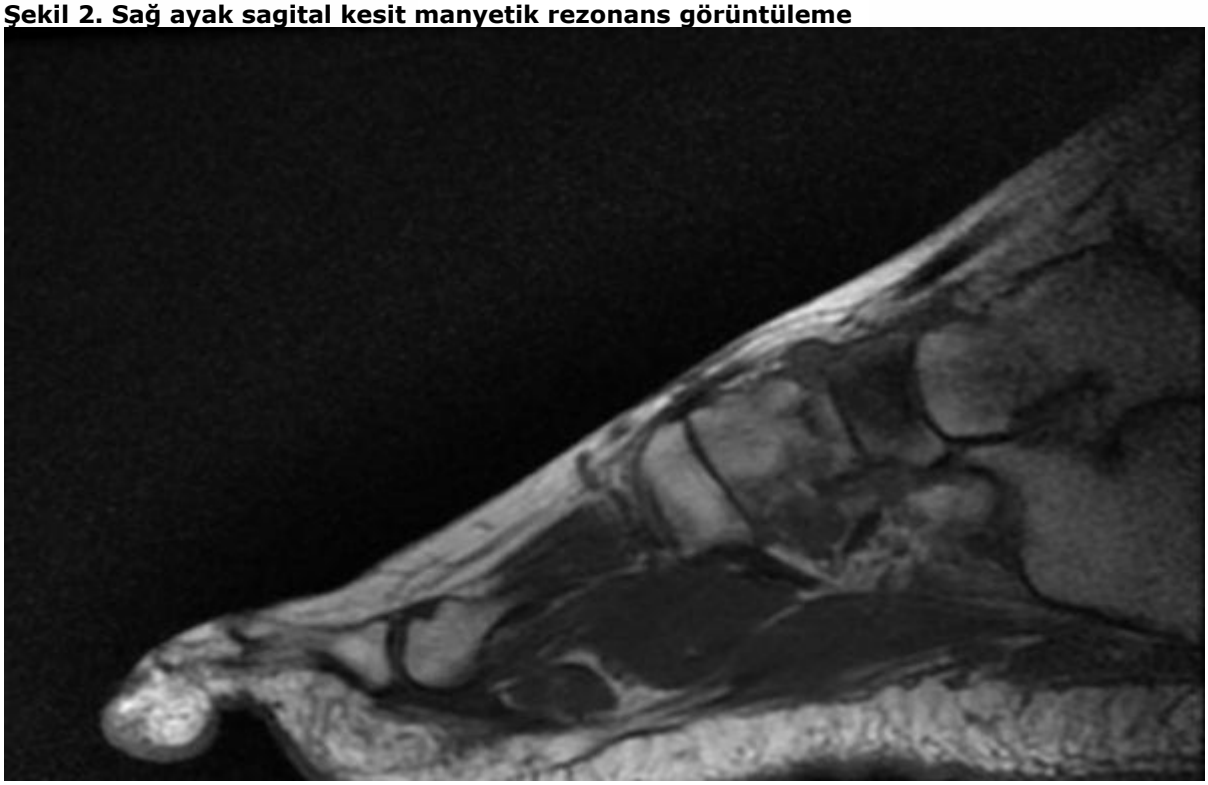
Sonuç: Osteonekrozun primer patofizyolojisi, nekroz alanlarına neden olan kemiğin masif ölümüdür.
Ayakta osteonekroz en sık talus, birinci ve ikinci metatarsallar ve navikulada görülür. Naviküler osteonekroz nispeten nadirdir, gerçek prevalansı bilinmemektedir. Tüm semptomatik osteonekroz vakalarının küçük bir yüzdesini oluşturmaktadır.
Etiyolojisinde idiyopatik sebeplerde yetişkinlerde 5- 6. dekatlarda müller weiss sendromu, 3-7 yaş arası çocuklarda köhler hastalığı yer alır. Sistemik hastalıklardaysa romatoid artrit,sistemik lupus eritematozus ve orak hücreli anemisi sayılabilir.
Travmatik olmayan vakalar tipik olarak değişken başlangıçlı ve şiddette mekanik ağrı ile ortaya çıkar ve genellikle lokalizasyonu zordur. Erken hastalıkta fizik muayene genellikle normaldir bu durum tanıda gecikmeye yol açabilir. Öykü,travma, steroid kullanımı, otoimmün hastalık, alkolizm, yürüyüşte değişiklik, sinsi başlangıçlı ağrı ve hareket açıklığında azalma osteonekroz açısından şüphe uyandırmalıdır.
Osteonekroz tanısında direk radyografiler kullanılır ancak bulguların radyografiye yansıması 6-12 hafta sürebilir. Hastalık ilerledikçe ve tutulan kemiğin yapısal bütünlüğü bozuldukça, subkondral kollaps (hilal işareti) ve ardından tam yapısal çöküş ve ilişkili artritik değişiklikler gelişir. Kilinik şüphesi olan hastalarda MRG yapılmalıdır.
Osteonekroz tedavisi erken ve geç aşamalara göre değişiklik gösterir. Erken evrelerinde konservatif tedavi, kemik greftleme ve dekompresyon gibi eklem koruyucu prosedürler semptomları azaltmak için uygulanabilir. Geç evrelerinde tedavi sınırlıdır artrodez, artroplasti uygulanabilmektedir.
Sinsi başlangıçlı uzun süreli eklem ağrısı olan hastalarda inflamatuar hastalık öyküsü,osteonekroz açısından kilinik şüpheyi arttırmalıdır. Radyografilere yansıyan bulgu olmaması patolojilerin ekartasyonu açısıdan yetersiz kalabileceği bilinerek ileri görüntüleme açısından hastalar değerlendirilmelidir. Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ayak Ağrısı, Naviküler Osteonekroz, Romatoid Artrit

Şekil 1. Sağ ayak lateral direkt grafi



Şekil 2. Sağ ayak sagital kesit manyetik rezonans görüntüleme



S-47: Covid-19 Pandemi Sürecinde Serebral Palsili Çocukların Fonksiyonel Durumları ve Bakım Veren Kişilerin Covid-19 Korkusu

Ayla Çağlıyan Türk, Ender Erden, Dilek Eker Büyükşireci, Ebru Erden
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Amaç: Serebral palsili (SP) çocukların Covid-19 pandemisinde rehabilitasyon sürecini ve etkilenimlerini değerlendirmek, bakım veren kişilerin Covid-19 korkusunu saptamak.

Gereç-Yöntem: Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon polikliğinde Serebral Palsi tanısı ile takipli olan ve pandemi öncesi kayıtları bulunan 100 hastanın 43 tanesine ulaşılabildi. 2 yıllık pandemi dönemi içinde rehabilitasyona devam durumları, fonksiyonel durumları, botilinum toksin uygulamaları, hem çocuk hem de bakım verenin covid-19 geçirme durumu, bu süreçte çocuğun beslenme, fiziksel aktivite, psikolojik durum ve aile ilişkileri sorgulandı. Hastaların kaba motor fonksiyonlarındaki bozukluğun ciddiyetini sınıflandırmak için Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (KMFSS) kullanıldı. Ayrıca bakım veren için Covid-19 korku ölçeği dolduruldu.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen çocukların ortalama yaşı 128,7±43,8 ay idi. Hastaların 19 tanesi (%44) kız idi. 42 hastada spastik tip, bir hastada diskinetik tip SP saptandı. Bakım veren kişi %85 oranında anne idi. 14 çocukta epilepsi, 16 çocukta beslenme ve yutma bozukluğu, 3 çocukta işitme bozukluğu, 15 çocukta görme problemi, 24 çocukta konuşma bozukluğu, 22 çocukta mental bozukluk vardı. 12 çocukta cerrahi öyküsü vardı.17 çocukta botilinum toksin öyküsü vardı. 31 hastanın pandemi sürecinde hiç hastane başvurusu yoktu. Pandemi sürecinde 7 çocukta artmış kas ağrısı, 14 çocukta artmış spastisite bildirildi. 25 çocuk pandemi sürecinde rehabilitasyon merkezine devam etmişti. Pandemi öncesi ve sonrası KMFSS değişimlerine bakıldığında KMFSS 1 olan çocuk sayısı 5'den 6'ya, KMFSS 2 olan çocuk sayısı 9'dan 8'e, KMFSS 3 olan çocuk sayısı 12'den 10'a, KMFSS 4 olan çocuk sayısı 10'dan 7'ye, KMFSS 5 olan çocuk sayısı 7'den12'ye değişim göstermişti. 43 çocuğun 8'inde Covid-19 enfeksiyonu geçirme öyküsü mevcuttu. Bakım verenlerin ise 18'i Covid-19 enfeksiyonu geçirmişti. Covid-19 enfeksiyonu geçiren tüm çocukların bakım vereni de enfeksiyonu geçirmişti. Covid-19 enfeksiyonu geçiren 8 çocuğun 3'ünün KMFSS düzeyinde kötüleşme olmuştu. Covid-19 sürecinde çocukların %44'ünde beslenme değişiklikleri, %51'inde fiziksel aktivite düzeyinde değişiklikler, %46'sında psikolojik durum değişiklikleri, %40'ında aile ilişkilerinde değişiklik saptandı. Bu süreçte telerehabilitasyona ulaşmayı isteyen hasta sayısı 42 idi. Covid-19 korku ölçeği ortalaması 16,6±8,3 idi. Covid-19 korku ölçeği ile pandemi öncesi çocuk yaşı arasında negatif korelasyon saptandı ($p<0,001$).

Sonuç: Pandemi döneminde ki 2 yıl içinde serebral palsili hastaların rehabilitasyonunu olumsuz olarak etkilemiş ve hastaların fonksiyonel durumlarında gerileme meydana gelmiştir. Hastalar pandemi sürecinden hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilenmiş olup, telerehabilitasyonun aktif olarak kullanılmasının bu hasta grubu için faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, KMFSS, rehabilitasyon, Serebral palsi

Tablo 1: Demografik Veriler

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş (Ay)	60	214	128,72	43,85
Doğumda Anne Yaşı (yıl)	17	44	26,88	5,68
Problemin Farkedilme Yaşı (Ay)	0	48	8,07	9,52
Covid-19 Korku Ölçeği	7	35	16,60	8,33

S-48: Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda İdrar Yolu Enfeksiyonu Sıklığı Ve Üreyen Patojenlerin İncelenmesi

Sevda Adar, Melek Rukiye Taşgın, Ümit Dündar, Hasan Toktaş, Hilal Yeşil, Selma Eroğlu, Nuran Eyvaz, Ersin Beştaş
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), Spinal kord yaralanmalı (SKY) hastalarda sık gözlenen komplikasyonlardan biridir ve tedavi gerektiren ancak semptom ve bulguların sensitivite ve spesifitesinin zayıf olması nedeniyle tanı koyması güç olan bir hastalıktır. SKY işeme dinamiklerini değiştirir ve sıklıkla mesane drenajı için kateter gerektirir. Rezidü idrar, yüksek intravezikal basınç ve kateter kullanımı semptomatik üriner sistem enfeksiyonu riskinin artmasına katkıda bulunur ve omurilik yaralanmasında önemli bir morbidite nedenidir. Bu çalışmada amacımız SKY'li hastalarımızda rehabilitasyon sürecinde saptanan idrar yolu enfeksiyonları sıklığını, ilişkili faktörleri ve üreyen patojenleri belirlemekti.

Gereç-Yöntem: 2021-2023 tarihleri arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi (AFSÜ) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğinde SKY tanısı ile rehabilitasyon amacıyla takip edilen 18-75 yaş arası 167 hasta dahil edildi. Dosya kayıtlarından hastaların demografik verileri, kullandıkları ilaçlar, ek hastalıkları, tam idrar tetkiki (TİT) ve idrar kültürü sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 47,27±17,05 (18-75) idi. %34,1'i (n=57) kadın %65,9'u (n=110) erkekti. %28,7'si tetrapleji (n=48), %71,3'ü (n=119) parapleji kliniğine sahipti. Hastaların %31,1'i spontan, %10,8'i daimi kateter kullanarak, %58,1'ü temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) yöntemi ile mesane boşaltımını gerçekleştiriyordu ve %27'si antikolinerjik ilaç, %6'sı beta 3 adrenoseptör agonisti kullanmaktaydı. Ortalama hastanede yatış süresi 94,01±66,84 gün idi. Hastalarımızın %60,1'i (n=102) hospitalizasyon boyunca en az bir kez İYE geçirmişti. Hastalarımız İYE geçiren ve İYE geçirmeyen olarak iki gruba ayrıldığında yaş, cinsiyet, komorbidite, tetrapleji-parapleji oranı ve komplet-inkomplet oranı açısından fark yoktu (p>0,05). İYE geçirmeyen hastaların ortalama hastanede yatış süresi 72,64±50,28 iken İYE geçirenlerin 107,63±72,52 gündü. İki grup arasında hastanede yatış süresi açısından anlamlı vardı (p<0.001). İYE geçirenlerin %36,5'i spontan işeme gerçekleştiriyorken iken %72,2'si TAK ya da daimi kateter kullanmaktaydı (p<0.001). Daimi kateter kullanan hastalarda yaş, piyüri sayısı ve İYE sayısı TAK kullanan hastalardan daha yüksekti (p<0,005). Üreme olan tüm kültürlerdeki patojenler incelendiğinde %43,6 Escherichia coli %9,1 Klebsiella Pneumoniae, %3,6 Pseudomonas aeruginosa, %4,5 diğer mikroorganizmalar ve %39 çoklu mikroorganizma ürediği görüldü.

Sonuç: İdrar yolu enfeksiyonu spinal kord yaralanmalı hastalarda sık görülen bir komplikasyondur. Uzun süreli hospitalizasyon ve daimi kateter kullanımı İYE sıklığını artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: idrar yolu enfeksiyonu, nörojen mesane, spinal kord yaralanması, temiz aralıklı kateterizasyon

S-49: Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda Osteoporoz Varlığı ve Alt Ekstremite Kas Kitlesi ile İlişkisi

Sevda Adar, Nuran Eyvaz, Nur Doğanlar, Ali İzzet Akçin, Ümit Dündar, Hasan Toktaş, Hilal Yeşil, Selma Eroğlu, Ersin Beştaş
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: Düşük kemik kütlesi ve iskelet mimarisinin bozulması, spinal kord yaralanmasının (SKY) iyi bilinen bir sonucudur. Uzun vadeli takip verileri, SKY'li kişilerin %50 kadarının, yaralanmalarının ardından osteoporotik bir kırık yaşayacağını göstermektedir. SKY sonrası kemik kaybının bir nedeni de kemik üzerinde kas kaynaklı mekanik uyaranların ortadan kalkmasıdır. Çalışmamızda SKY'li hastalarımızda osteoporoz sıklığını ve osteoporoz gelişiminin alt ekstremite kas kitlesi ile ilişkisini araştırdık.

Gereç-Yöntem: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi (AFSÜ) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğinde ayaktan ya da yatarak tedavi alan, 18 yaş üstü, en az 6 ay önce SKY geçirmiş olan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, vücut kitle indeksi, eğitim düzeyleri, medeni durumları, sigara-alkol tüketimleri, hastalık süresi, yaralanma seviyesi, komplet/inkomplet lezyon varlığı, kronik hastalık varlığı, steroid kullanımının olup olmadığı, hem hasta hem de ebeveynlerinde bilinen kırık öyküsü varlığı sorgulandı. Hastalara osteoporoz hakkında bilgi ve farkındalık düzeyini ölçen "Osteoporoz Farkındalık Ölçeği" (OAS) uygulandı. Son 6 ay içinde yapılan kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçümleri kaydedildi. Alt ekstremite kas kitlesi açısından kas-iskelet ultrasonografisi ile rektus femoris ve vastus intermedius kaslarının ölçümleri yapıldı.

Bulgular: Hastaların %27,5' i kadın (n=11), %72,5'i (n=29) erkekti. Hastalarımızın yaş ortalaması 42,45±15,57 (20-65) idi. Hastalarımızın %30'u (n=12) tetrapleji, %70'i (n=28) parapleji kliniğine sahipti. Hastalarımızın hiçbirinde geçirilmiş frajilite kırığı öyküsü yoktu. Son 6 ay içinde çekilen kemik mineral yoğunluğu ölçümü sonuçlarına göre % 27,5'i osteoporotik (n=11), %50'si osteopenik (n =20), %22,5'i (n=9) normaldi. Hastalar osteoporozu olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. İki grup arasında cinsiyet, komorbidite, sigara-alkol kullanımı, steroid kullanımı, ambulasyon durumları açısından fark yoktu (p>0,05). İki grup arasında yaş, beden kitle indeksi, OAS sonuçları ve ön uyluk ultrasonografik kas ölçümleri açısından fark yoktu (p>0,05). Hastalar yaralanma üzerinden geçen süreye göre iki yıl önce ve iki yıldan fazla olarak iki gruba ayrıldı. Süreye göre gruplarda yaş, beden kitle indeksi ve OAS sonuçları benzerdi (p>0,05). Yaralanma süresi iki yıldan uzun olanların sol femur KMY ortalaması 0,88±0,22 g/cm² idi. İki yıldan az süre geçen hastaların sol femur KMY ortalaması ise 0,94±0,24 g/cm² idi. İki grup arasında KMY ölçümü açısından fark vardı (p=0,021). Yaralanma sonrası geçen süreye göre grupların ön uyluk ultrasonografik ölçümleri ise benzerdi (p>0,05).

Sonuç: Bu kesitsel çalışmada SKY 'li hastalarımızda osteoporoz sıklığı % 27,5 olarak bulunmuştur. Hastalarda uzun dönemde kemik mineral yoğunluğu azalmaktadır. SKY'li hastalarda osteoporoz varlığının osteoporoz farkındalığı ve alt ekstremite kas kitlesi ile ilişkisine dair kanıt bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: alt ekstremite kas kalınlığı, osteoporoz, osteoporoz farkındalığı, spinal kord yaralanması

S-50: Fibromiyaljili Olgularda Lipödem Farkındalığı

Zeliha Ünlü[1], Saime Ay[2], Elzem Bolkan[2], Tolga Oğuz Karapınar[1]
[1]Celal Bayar Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Manisa
[2]Ufuk Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Adipoz doku bozukluğu, yağ dokunun patolojik birikimi ve dağılımı ile karakterize kalçadan ayak-bileklerine uzanan progresif simetrik genişlemelere yol açan ağrılı subkütan yağ dokusunun kronik bir bozukluğudur. Bu çalışmada Fibromiyalji Sendromu (FMS) olan bireylerde lipödem sıklığını araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran ACR 2016 tanı kriterlerine tanı konulan 28 FMS hastası çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, eşlik eden hastalıklar,risk faktörleri, kullandığı ilaçlar, menapoz yaşı, vücut kitle indeksi sorgulandı. Lipödem tanısı ve evrelemesi doğru öykü ve klinik muayene ve palpasyondaki spesifik kriterlere göre konuldu. Yaygın ağrıları görsel ağrı skalası ile değerlendirildi.
Hastaların depresyon düzeyleri Beck Depresyon Anketi ile, hastalarda oluşan limitasyonları ve fonksiyonel disabiliteyi Yeniden Gözden Geçirilmiş. Fibromiyalji Anketi Türkçe versiyonu ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 28 fibromiyalji hastası dahil edilmiştir. Hastaların 11'inde (%39,3) evre 1, 3'ünde (%10,7) evre 2, 3'ünde (%10,7) evre 3 olmak üzere toplam 17 (%60,7) hastada lipödem varlığı tespit edilmiştir. Lipödemi olan hastalarda yaş (p=0,04), vücut kitle indeksi (p=0,02) ve menapoz yaşı (p=0,03) lipödemi olmayan hastalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun dışındaki çalışma değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı izlenmiştir (p>0,05). Lipödem evresi ve lipödemde ağrı şiddeti ile çalışmadaki sayısal değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde lipödemde ağrı şiddeti ile lipödem evresi arasında pozitif yönde mükemmel derecede (r: 0,83, p<0,001), lipödem evresi ile vücut kitle indeksi arasında pozitif yönde iyi derecede (r: 0,62, p<0,001), lipödemde ağrı şiddeti ile vücut kitle indeksi (r: 0,52, p: 0,005) ve yaygın ağrı şiddeti arasında (r: 0,43, p: 0,02) pozitif yönde orta derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu izlenmiştir. Bunlar dışındaki çalışma değişkenleri ile lipödem evresi ve lipödemde ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki izlenmemiştir (p>0,05).

Sonuç: Fibromiyalji hastalarında lipödem izlenebilmektedir. Lipödemde ağrı şiddetinin fibromiyaljide izlenen yaygın ağrının şiddeti ilişkili olabileceği görünürken, lipödem evresi fibromiyaljiye ilişkin klinik değerlendirme parametreleri ile ilişkili görünmemektedir. Fibromiyalji hastalarında lipödem ve lipödemde ağrı yüksek vücut kitle indeksi ile ilişkili olarak gözleniyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Fibromyalgia, Lymphedema

S-51: İnmeli Hastalarda Denge Cihazının Konvansiyonel Rehabilitasyon Tedavisine Eklenmesinin Fonksiyonel Durum ve Denge Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Banu Aydeniz, Emine Işıl Üstün, Pınar Kılıç Ateş, Sibel Çağlar, Meltem Vural
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği,İstanbul

Amaç: İnme, tüm dünyada fonksiyonelliğin ve yaşam kalitesinin etkilendiği önemli bir sağlık sorunudur (1). İnmeli hastalarda denge ve koordinasyon bozukluğu sıklıkla eşlik etmektedir. Bu nedenle inme rehabilitasyonunda denge koordinasyonu geliştirmeye yönelik yaklaşımlar önem arz etmektedir. Son yıllarda teknolojik rehabilitasyon uygulamalarının inmeli hastalarda yaşam kalitesine, motiliteye ve denge üzerine etkili olduğu, aynı zamanda duruş kontrolü, ağırlık aktarımı ve bağımsız dinamik aktivitelere olan güvenin artmasına yardımcı olabileceği bildirilmektedir (2,3). Ancak bu konuda yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmamızda konvansiyonel rehabilitasyona denge cihazı tedavisinin eklenmesinin tek başına konvansiyonel rehabilitasyona kıyasla fonksiyonel durum ve denge koordinasyon üzerine etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde rehabilitasyon amacıyla interne edilen ve denge koordinasyon bozukluğu olan subakut dönem inme tanılı 23 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgular yaş, cinsiyet, lezyon patofizyolojisi ve ambulasyon şekli açısından homojendi. Sadece konvansiyonel rehabilitasyon yöntemi uygulanan grup 1 (n=13) ve konvansiyonel rehabilitasyon yöntemine ek olarak denge cihazı tedavisi alan grup 2 (n=10) olarak iki değerlendirildi. Konvansiyonel denge koordinasyon egzersizleri 3 hafta süre ile 30 dk/gün verildi. Grup 2 deki olgular konvansiyonel rehabilitasyon programına ek olarak haftada 3 gün 20-30 dk/gün olarak denge cihazında (THERA - Trainer® Balance-Trainer Denge Egzersiz Cihazı, Almanya) 3 hafta süre ile tedaviye alındı. Olgular yaş, cinsiyet, lezyon nedeni, sigara ve alkol kullanımı, Berg Denge Skalası (BDS), Barthel İndeksi, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ), ambulasyon durumları tedavi öncesi ve tedaviden hemen sonra değerlendirildi. Çalışmadaki verilerin istatistiksel analizinde Statistical Package for Social Sciences – SPSS (Chicago, ABD) paket programının 28. versiyonu kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği histogram, kutu grafiği, Q-Q grafik, eğrilik ve çarpıklık değerleri ile Shapiro-Wilk testleri kullanılarak tespit edilmiştir. Sürekli ve sıralı değişkenlerin ikili grup karşılaştırmalarında normal dağılıma uyanlar için student t testi normal dağılıma uymayanlar içinse Mann-Whitney U testleri uygulanmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık eşiği $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmanın sonucunda her iki grupta tedavi öncesi ve sonrası sonuç ölçümlerinde anlamlı iyileşme saptanmıştır ($p < 0,05$). Denge ve koordinasyon rehabilitasyon programına (grup 1) ek olarak denge cihazı ile tedavi uygulanan grupta (grup 2), grup 1'e kıyasla istatistiksel olarak daha anlamlı gelişme tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Grupların tedavi öncesi ve sonrası skor farkları alınarak karşılaştırıldığında BDS, Barthel İndeksi ve FBÖ skorları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Subakut dönemdeki inmeli hastaların rehabilitasyonunda denge cihazının, konvansiyonel rehabilitasyon programına eklenmesinin fonksiyonel durum ve denge üzerine olumlu katkısı olduğunu düşünmekteyiz. Bu konuda daha fazla olgunun dahil edildiği uzun dönem çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: denge cihazı, inme, denge rehabilitasyonu

Denge Cihazı



grup 1ve grup 2 nin etkinliği

	Grup 1 ort SS	Grup 2	p
BDG	T:Ö 12.77 ± 10.97 TS 30.08 ± 13.87	TÖ18.20 ± 16.22 TS35.00 ± 11.37	0,001a
BARTHEL SKORU	TÖ31.38 ± 21.27 TS59.92 ± 26.19	TÖ49.70 ± 25.40 TS74.00 ± 19.08	0,001a/
FBÖ	TÖ49.77 ± 18.15 TS73.69 ± 20.35	TÖ75.10 ± 21.26 TS99.70 ± 16.63	0,001a/

Tö tedavi öncesi TS tedavi sonrası a Wilcoxon İşaretli Sıra Testi

S-52: Karpal Tünel Sendromu Tanısında Üç Farklı Noktadan Ultrasonografik İndeksin EMG İle Korelasyonu

Tuba Baykal[1], Feray Cinevre Soyupek[1], Burhan Zorlu[1], Meliha Nur Köfkeci[2]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Isparta
[2]Çaycuma Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Amaç: Karpal tünel sendromu (KTS) olarak bilinen median nöropati elektrodiagnostik test için en yaygın endikasyonlardan birisidir. Elektrodiagnostik testler KTS tanısında altın standart olarak kabul edilmektedir. Periferik sinir ultrasonografisi (USG), son yıllarda KTS başta olmak üzere tuzak nöropatilerin tanısında yer almaktadır. Sadece tanıda değil tuzaklanmaya neden olan etyolojinin ortaya konmasında da eş zamanlı yardımcı olan bir görüntüleme yöntemidir. Bu çalışmada KTS tanısında median sinir ultrasonografik değerlendirme kriterleri ve topografik olarak median sinir çapı ve kesit alanı ölçüm kriterlerini belirlemeyi ve standardize etmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamız prospektif ve karşılaştırmalı bir çalışma olarak planlandı. Çalışmanın etik kurul başvurusu yapıldı ve çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (25 Şubat 2021 tarihli, 109 sayılı) tarafından onaylandı. Çalışmaya klinik ve elektrodiagnostik olarak KTS tanısı almış 18-75 yaş arası 66 hasta dahil edildi. Sırasıyla karpal tünel distalinde trapezium ve hamatum kemikleri hizası, proksimalinde skafoid ve pisiform kemik hizası ve bu iki nokta arasında karpal tünelin orta noktası olmak üzere USG ile 3 ayrı noktadan median sinir ölçümü yapıldı. Karpal tünelin distal ve proksimal sınırları ile ön kolda median sinir kesit alanı (KA) ölçümü, karpal tünel orta noktasında ise median sinirin transvers ve AP çap ölçümü yapıldı. Her bir ölçüm 3 kez yapılarak değerlerin ortalaması alındı. Karpal tünel distal ve proksimalinde ölçülen değerler ön kol ortasındaki median sinir kesit alanına oranlandı. Karpal tünel içinde ölçülen transvers çap ise AP çapa oranlandı. USG ile KTS tanısında bu oranların kesme değeri sırasıyla 1 ve 3 olarak kabul edildi. Median sinirin vaskülarizasyonu, ekojenitesi, mobilitesi ve karpal tünel içinde tuzaklanmayı arttırabilecek faktörler de USG ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 55'i kadın, 11'i erkek olup, yaş ortalaması 46±11,35 idi. Ortalama vücut kitle indeksi 29,61±4,94, ortalama semptom süresi 12 ay (min. 0,50; max. 96) idi. Hastaların yarısından fazlasında (%54,5) dominant ekstremite etkilenmesi vardı. Hastaların median sinirlerinin karpal tünele göre distal KA'nın ön kol KA'na oranı, proksimal KA'nın ön kol KA'nına oranlarının ortalaması sırasıyla 1,07±0,40 ve 0,96±030 olarak bulundu. Karpal tünelde transvers çapın AP çapa oranının ortalaması 3,35±0,79 olarak bulundu. Kesme değerlerine göre karpal tünelde transvers çapın AP çapa oranının diğer ölçümlere göre istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu saptandı (P=0,027). İki hastada persistan median arter ve iki hastada bifid median sinir saptandı. 28 hastada (%42,4) median sinir mobilizasyonu azalmış, 32 hastada (%48,5) ekojenitesi artmış ve 19 hastada (%28,8) median sinir vaskülarizasyonunun artmış olduğu saptandı. Palmaris longus, fleksör digitorum süperfisiyalis varyasyonu ve karpal tünelde kitle varlığı tespit edilmedi.

Sonuç: USG KTS'nin görüntülenmesinde basit, non-invaziv ve etyolojiyi de eş zamanlı ortaya koyabilen, rutin pratikte kolaylıkla kullanılabilecek bir yöntemdir. Yürütmeye devam ettiğimiz çalışmanın ön verileri ile elde edilen sonuçlar median sinirin USG ile topografik olarak karpal tünel içindeki ölçümlerinin KTS açısından daha duyarlı olduğuna işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: karpal tünel sendromu, median sinir, ultrasonografi

KTS tanılı hastalarda USG ile median sinir ölçüm değerleri

Median Sinir	Sayı (%)	P değeri
Distal KA/Ön kol KA		
<1	31 (%47)	0,622
>=1	35 (%53)	
Proksimal KA/Ön kol KA		
<1	37 (%56,1)	0,325
>=1	29 (%43,9)	
Transvers çap/ AP çap		
<3	22 (%33,4)	0,027
>=3	42 (%63,6)	

KA: kesit alanı; AP: anteroposterior

S-53: Stres ve Mikst Üriner İnkontinansli Kadinlarda Kor Stabilizasyon Egzersizlerinin Etkinliği

Merve Dikici Yağlı[1], Nalan Çapan[1], Funda Güngör Uğurlucan[2], Cenk Yaşa[2], Ayşe Karan[1]
[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amaç: Stres üriner inkontinanslı (SÜİ) kadınlarda en iyi bilinen tedavi yöntemlerinden biri pelvik taban kas egzersizleridir (PTKE, Kegel). Pelvik tabanın kor kas sisteminin bir parçası olması nedeniyle kor stabilizasyon egzersizlerinin bu hastalarda etkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda kor stabilizasyon egzersizleri ile birlikte PTKE yapan grup, sadece PTKE yapan grup ile karşılaştırılmış olup; kor egzersizlerinin pelvik taban kas (PTK) gücü, mesane günlüğü ve ped testi gibi üriner inkontinans şiddetini değerlendiren testler ile hayat kalitesi skorları üzerine etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ürojinekoloji Bilim Dalı' nda takip edilen SÜİ veya stres komponenti baskın olan mikst üriner inkontinans (MÜİ) tanılı 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Grup 1 (n: 30)' e kor stabilizasyon egzersizleri ile birlikte PTKE, Grup 2 (n: 30)' ye sadece PTKE tedavisi verildi. Hastalar dijital palpasyon, perineometre, mesane günlüğü, ped testi ve tedavilerin hayat kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren skorlardan Urogenital Distress Invertory-6 (UDI-6), Incontinence Impact Questionnaire-7 (IIQ-7), Incontinence Severity Index (ISI), King Sağlık Anketi (KSA) ile değerlendirildi. Tüm değerlendirmelerin istatistiksel analizinde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi. Hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışmanın etik kurul onayı ve Clinical Trials kaydı (ID: NCT05610761) mevcuttur.

Bulgular: Her iki grupta tedavi sonrası değerlendirmesinde (TS) dijital palpasyon ve perineometre değerleri anlamlı artış göstermiştir ($p<0,05$). Uzun dönem takip değerlendirmesinde (TD) sadece Grup 1 anlamlılık düzeyini korumuştur ($p<0,05$). Ped ağırlığında TS' de her iki grupta, TD' de ise sadece Grup 1'de anlamlı iyileşme saptanmıştır ($p<0,05$). Gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Mesane günlüğü ile değerlendirilen idrar yapma sayısı (gece), idrar yapma zorunluluğu, idrar kaçırma sayılarında tüm takiplerde her iki grupta da anlamlı azalma saptanmıştır ($p<0,05$). Gruplar arası karşılaştırmada idrar yapma sayısı (gece) ve idrar kaçırma sayısında TD' de Grup 1 anlamlı üstünlük göstermiştir ($p<0,05$). ISI, IIQ-7, UDI-6 (1) ve UDI-6 (2) ölçeklerinde TS' de her iki grupta, TD' de ise sadece Grup 1'de anlamlı iyileşme gözlenmiştir ($p<0,05$). KSA toplam skoru TS' de her iki grupta, TD' de ise sadece Grup 1' de anlamlı iyileşme göstermiştir ($p<0,05$).

Sonuç: SÜİ ve stres komponenti baskın olan MÜİ tanılı kadınlarda kor stabilizasyon egzersizlerinin Kegel egzersizleri ile benzer etkinlik göstererek PTK' yı güçlendirdiği gösterilmiştir. Uzun dönem takiplerinde kor egzersizi içeren grupta olumlu etkilerin devam ederken diğer grupta etkilerin kaybolmaya başlaması, kor stabilizasyon egzersizlerinin PTK üzerinde sağladığı güç ve dayanıklılığın Kegel egzersizlerine göre daha kalıcı olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: kor stabilizasyon egzersizleri, pelvik taban kas egzersizleri, stres üriner inkontinans

S-54: Kas İskelet Sisteminin Kronik Hastalıkları ve Santral Sensitizasyon İlişkisinin Değerlendirilmesi

Nurbanu Hindioğlu Doğan[1], Sena Tolu[2]
[1]Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Santral sensitizasyon, periferik nosiseptif girdilerin uzun sürdüğü durumlarda spinal kord ve beyindeki ağrı yolaklarında artmış nörotransmitter salınımı ya da reseptör sayısındaki değişiklik sonucu ortaya çıkmaktadır. Özellikle kronik ağrı ile ilişkili olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur(1). Bu çalışmada; diz osteoartriti, fibromiyalji, kronik bel ve boyun ağrısı tanısı bulunan hastalarda santral sensitizasyon varlığı ve derecesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Katılımcıların cinsiyet, yaş, boy, kilo, BMI(body mass index), hastalık süresi, görsel ağrı skalası(VAS) gibi özellikleri kaydedilmiştir. 18-65 yaş aralığında olan 123 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar;
- Kronik boyun ağrısı için: Oswestry boyun dizabilite indeksi, santral sensitizasyon envanteri
- Kronik bel ağrısı için: Oswestry bel dizabilite indeksi, santral sensitizasyon envanteri
- Osteoartrit için: WOMAC osteoartrit indeksi, santral sensitizasyon envanteri
- Fibromiyalji için: 2016 fibromiyalji tanı kriterleri, santral sensitizasyon envanteri ile değerlendirilmiştir.
Santral sensitizasyon envanteri, santral sensitizasyon ile ilişkili hastalıkların belirtilerini değerlendiren A bölümü ve hastanın bu ilişkili hastalıklardan herhangi birine ait tanı alıp almadığını sorgulayan B bölümü olmak üzere 2 kısımdan oluşmaktadır. A bölümünde; 0: asla, 1: nadiren, 2: bazen, 3: sık, 4: her zaman ifadelerine karşılık gelen 0-4 arası puanlandırılan 25 soru bulunmaktadır. B kısmında; huzursuz bacak sendromu, kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji sendromu, temporomandibuler eklem bozukluğu, migren/gerilim tipi başağrısı, huzursuz bağırsak sendromu, çoklu kimyasal duyarlılığı, boyun whiplash travması, anksiyete/panik atak, depresyon tanılarından birini alıp almadığı kayıt edilir. Sınır değeri 40 olan ölçeğin 2017 yılında Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir(2). Bilişsel ve iletişime engel olan psikiyatrik problemleri olan hastalar dışlanmıştır.

Bulgular: Hasta grupları arasında; cinsiyet, BMI, hastalık süresi, VAS verilerinde anlamlı fark tespit edilmemiş olup osteoartrit hasta grubunda yaş diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p<0,001$). Santral sensitizasyon-A bölümü skorlarına göre sensitizasyon oranı; fibromiyaljide %60, osteoartritte %25,8, kronik boyun ağrısında %12,9 ve kronik bel ağrısında %22,6 olarak tespit edilmiştir. Santral sensitizasyon envanteri skorlarının gruplar arası karşılaştırıldığı post-hoc analizinde fibromiyalji grubunda diğer bütün gruplara kıyasla anlamlı fark tespit edilirken($p=0,001$), osteoartrit, kronik boyun ve bel ağrısı grupları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir($p>0,05$).

Sonuç: Fibromiyalji, osteoartrit, kronik boyun ağrısı literatürde santral sensitizasyon ile ilişkisi gösterilmiş hastalıklar olup sonuçlarımız literatür ile uyumludur(3). Çalışmamıza dahil edilen tüm gruplarda farklı oranlarda santral sensitizasyon tespit edilmiş ve fibromiyaljide anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur, hasta sayısının az olması çalışmamızın limitasyonudur. Santral sensitizasyon varlığının tedavi ve prognoz üzerine olan negatif etkisi nedeniyle hastalar değerlendirilmelidir. Trisiklik antidepresanlar, serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü gibi ilaçlar kompleks psiko-nöro-immünolojik mekanizmalar nedeniyle tek başına yeterli olmamaktadır. Bilişsel terapiler, egzersiz, uyku ve stres yönetimi, beslenme önerilerini içeren bireyselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulması önerilmektedir(4).

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, kronik ağrı, osteoartrit, santral sensitizasyon

Tablo

Grupların santral sensitizasyon ölçeği ile değerlendirmesi

	Fibromiyalji sendromu	Osteoartrit	Kronik boyun ağrısı	Kronik bel ağrısı	p
Santral sensitizasyon envanteri-A skor*	41 (19-56)	28 (8-54)	27 (9-52)	30 (12-53)	**<0.001¶**
Santal sensitizasyon envanteri-B skor*	3 (0-6)	1 (0-6)	2 (0-4)	2 (0-5)	**<0.001¶**
Santral sensitizasyon pozitif (n %)	18 (60%)	8 (25.8%)	4 (12.9%)	7 (22.6%)	**<0.001¶**

*median (min-max);¶ Kruskal-wallis test; t Ki-kare testi; istatistiksel olarak anlamlı p değeri < 0.05

Grupların Post-Hoc analizi (Tukey's test)

	p değeri					
	FMS-OA	FMS-KBOA	FMS-KBEA	OA-KBOA	OA-KBEA	KBOA-KBEA
Santral sensitizasyon envanteri-A	**0.001**	**0.001**	**0.003**	1.000	1.000	1.000
Santal sensitizasyon envanteri-B	**<0.001**	**<0.001**	**0.021**	1.000	0.352	0.997

istatistiksel olarak anlamlı p değeri < 0.05; KBOA: kronik boyun ağrısı; FMS: Fibromiyalji sendromu; KBEA: kronik bel ağrısı; OA: osteoartrit

S-55: Ankilozan Spondilitli Hastalarda Covid-19 Pandemisinde Tedavi, Hastalık Kontrolü, Fonksiyonel Durum, Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Durum: Kesitsel Çalışma

Yasemin Tombak[1], Ayşe Elif Şen[1], Methiye Kübra Sezer[1], Ajda Bal[1], Emel Ekşioğlu[1], Deniz Dülgeroğlu[2], Buse Ercan Batı[1], Özgür Zeliha Karaahmet[1]
[1]Etlik Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Ankara
[2]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş:
Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), ilk olarak Çin'in Vuhan Eyaleti'nde Aralık ayının sonlarında solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) gelişen bir grup hastada yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanan bir hastalıktır.Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de saptanmıştır.Vaka sayıları ve ölüm oranlarının yükselmesi, salgın ile ilgili haberlerin sürekli gündemde olması herkesi kaygılandırmaktadır. Kronik hastalığı olanlar ve immunsupresif ilaç kullananlarda bu kaygı düzeyi fazla olabilmektedir.

Metod: Çalışmaya Dışkapı YBEAH, FTR Kliniği romatolojik hastalıklar izlem polikliniğinde takipli olan ve calışma için gönüllü olan 74 hasta dahil edildi.Çalışmamızda hastaların demografik verileri ile klinik ve laboratuar özellikleri (ko-morbiditeler, eklem dışı tutulum, kullandığı ilaçlar, varsa ilacı kesme ve swich nedenleri, hastalığı geçirme durumu) incelendi.Tedavi ve hastalık kontrolü BASDAI ile, fonksiyonel durum BASFI ile yaşam kalitesi COVID-19'un Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği ile, psikolojik durum Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve COVID-19 Anksiyete Ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 74 hasta dahil edildi. 74 hastanin 44'ü (%59,5) kadın, 30'u (%40,5) erkekti.Hastaların yaş ortalamasi 47.3'tü.Hastaların %25,7'si ilkokul, %21,6'sı ortaokul, %28,4'ü lise, %20,3'ü üniversite mezunuydu. %40,5'i ev hanımı, %37'si aktif çalışan, %6'sı emekli idi.%23 ile hipertansiyon en sık eşlik eden hastalıktı.%17,6'sında eklem dışı tutulum mevcuttu.Hastaların %51,4'ü biyolojik ajan kullanmaktaydı.%45.9'u COVID-19 hastalığı geçirmişti. %67.6'sında ailede COVID-19 geçirme öyküsü mevcuttu. %4,1'I COVID-19 nedeniyle hastaneye yatırılmıştı.%85.1'i ilacına düzenli devam etmişti. Hastaların %10.8'i son 1 yıl içerisinde hiç kontrole gelmemişti.Çalışmaya alınan hastaların ortalama hastalık süresi 13.1 yıldı.%2,7 hastada pandemi nedeniyle iş değişikliği, %24,3 hastada maddi durumda kötüleşme olmuştu.Hastaların BASDAI skoru ortalama değeri 4.42, BASFI skoru ortalama değeri 3,5 olarak saptandı.COVID-19 Anksiyete ölçeği ortalama skoru 1,5 ve COVID-19'un Yaşam Kalitesine Etkisi ölçeği ortalama skoru 3,5 idi.Beck Umutsuzluk ölçeği ortalama skoru 6.3 ve Beck Depresyon ölçeği ortalama skoru 12,7 olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda COVID-19 pandemi döneminde AS'li hastalarda tedavi, hastalık kontrolü, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve psikolojik durumuna yönelik kesitsel bir bakış sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: ankilozan spondilit, COVID-19, hastalık kontrolü, pandemi

POSTER BİLDİRİLER

P-1: Covid-19 Enfeksiyonu Sonrasında Gelişen Akut Motor ve Sensorial Aksonal Nöropati (AMSAN) Sendromu ve Rehabilitasyonu: Olgu Sunumu

Mehmet Köksal, Havva Talay Çalış
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

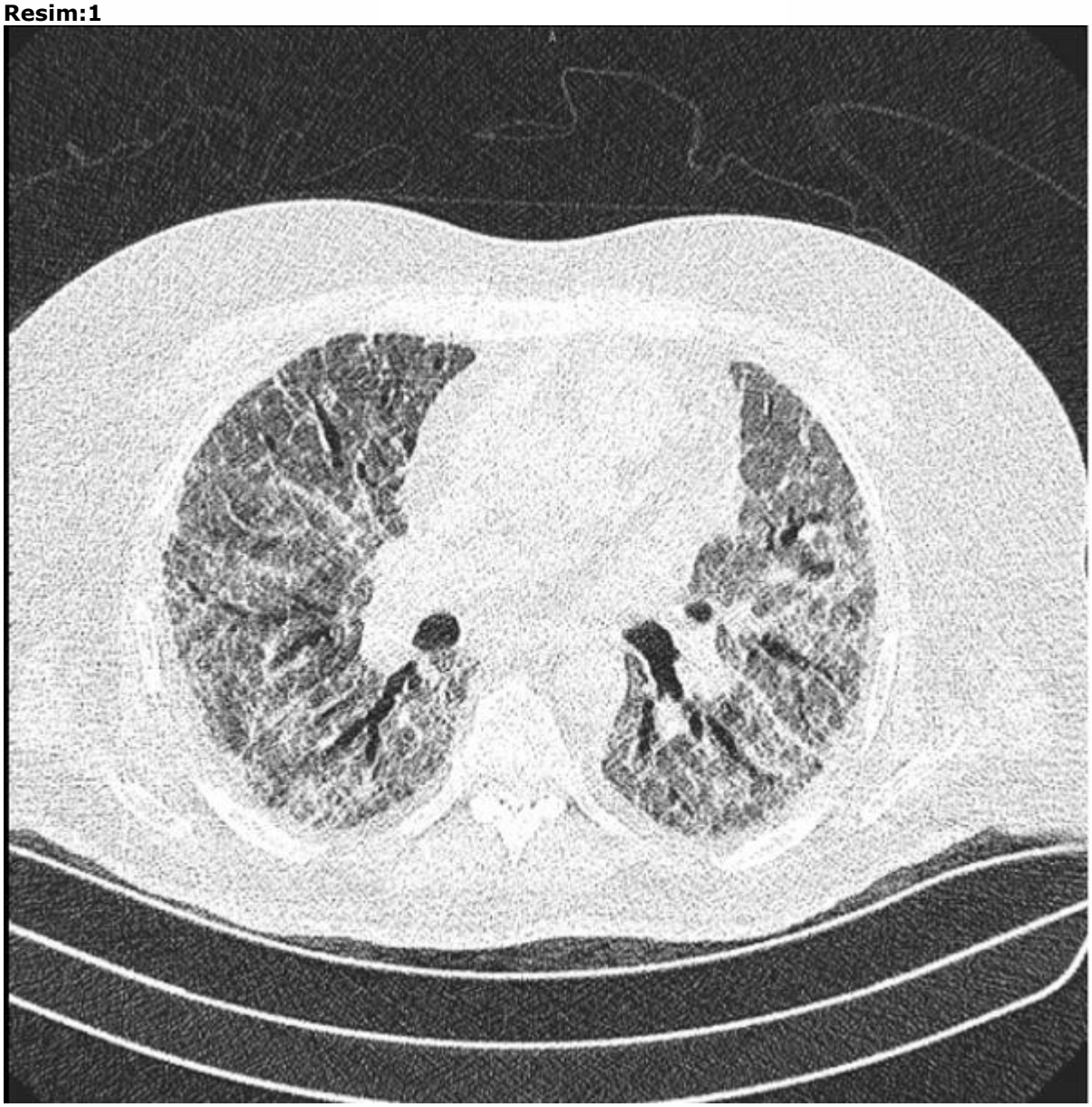
Amaç: Covid-19 birçok nörolojik komplikasyona sebep olmaktadır. Akut Motor ve Sensorial Aksonal Nöropati (AMSAN)sendromu; GBS'nun motor ve duyusal belirtilerle seyreden ve periferik sinirlerde inflamasyon ve demyelinizasyondan ziyade, aksonal hasar ile seyreden formudur. AMSAN sendromu gibi aksonal tipteki GBS'lu hastaların prognozu demyelinizan tiptekilerden daha kötüdür ve daha çok rehabilitasyona ihtiyaç duyarlar. Burada, Covid-19 nedeniyle gelişen GBS'nin nadir bir varyantı olan AMSAN'ın olgusu ve rehabilitasyon sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Olgu: Nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvuran 47 yaşında erkek hastanın, O^2 satürasyon düşüklüğü, SARS-CoV2-PCR testi pozitifliği ve bilgisayarlı tomografi bulguları pozitif (Resim:1) çıkması nedeniyle hastaneye yatırıldı. Özgeçmişinde Tip-2 diabetes mellitus, hipertansiyon, hipotiroidizm ve astım öyküsü vardı. Hastanın yatışı sonrasında alt ekstremitelerinde akut ve simetrik güçsüzlük, parestezi semptomları gelişti. Muayenede üst ekstremite distali kas kuvveti:2/5, alt ekstremite distalinde:1/5, bilateral DTR'ler hipoaktif olarak değerlendirildi. BOS örneklemesinde albuminositolojik disosiasyon saptandı. Beyin MRG normaldi, spinal MRG'de bulgingleri mevcuttu. Elektromiyografi (EMG); akut dönemde ağır düzeyde motor ve duysal aksonal nöropati tablosu (AMSAN) ile uyumlu olarak saptandı. AMSAN tanısı ile hastaya plazmaferez tedavisi başlandı. Plazmaferez ilk seans sonrası hastanın genel durumunda bozulma desatüre olması sonucu hasta entübe edildi. Hasta devam eden plazmaferez seansları sonrası ekstübe edildi ve 10 seans plazmaferez sonucunda kas kuvvet kazanımları oldu. Hasta taburculuk sonrası Covid-19 sonrası pulmoner rehabilitasyon ve AMSAN sendromu için nörolojik rehabilitasyon programına alındı. Hastaya 10 haftalık rehabilitasyon programı dahilinde bisiklet ergometresi ile aerobik egzersiz programı, eklem hareket açıklığı, germe, gevşeme, kuvvetlendirme, denge-koordinasyon, yürüme, postür ve solunum egzersizlerine başlandı. Sağ ayak dorsifleksiyonu kas kuvveti:2/5 olduğu için refleks AFO önerildi ve tibialis anterior kasına elektrik stimülasyonu uygulandı. 10 hafta sonunda sağ ayak dorsifleksiyon kas kuveti:4/5 olan hastanın Barthel indeksi 65'den 90 puana, MRCS-dispne skoru 3'den 1'e gelişme gösterdi.

Sonuç: Covid-19'a bağlı gelişen akut nöropati vakalarında prognozun daha kötü seyrettiği düşünülse de, Covid-19 ilişkili AMSAN sendromunda erken rehabilitasyon ile, son derece yüz güldürücü sonuçlar alınabilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Dispne, Nöropati, Gullian Barre Sendromu, AMSAN Sendromu

Resim:1



Olgunun bilgisayarlı tomografide Covid-19'a bağlı Pnömoni bulguları

P-2: Diffüz İdiopatik İskelet Hiperostozuna Bağlı Disfajide Klinik ve Radyolojik Bulgular: Olgu Sunumu

Bülent Alyanak, Murat İnanır, Serkan Kablanoğlu
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Diffüz idiopatik iskelet hiperostozu (DISH) genelde erkeklerde ve 5. dekattan sonra görülen, vertebral kolonun anterior ve lateral kesimlerindeki ossifikasyonlarla karakterize non-inflamatuar bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte ileri yaş, travma, obezite, diyabet ve hipertansiyonun etiyolojide rol oynadığı öne sürülmektedir. Çoğunlukla torakal vertebraları tutmakla birlikte servikal ve lomber vertebraları da etkileyebilir. Ayrıca en çok vertebra tutulumu olmakla birlikte; pelvis, patella, kalkaneus ve olekranon etkilenen diğer bölgelerdir. DISH'te anterior servikal osteofitlerin neden olduğu mekanik obstrüksiyon disfajiye neden olabilmekte ve zamanla disfaji semptomları progresyon gösterebilmektedir. Kliniğimize boyunda ağrı, hareket kısıtlılığı ve yutma güçlüğü sebebiyle başvuran DISH tanılı olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta, boyun ağrısı, boyun hareketlerinde kısıtlılık, yutma güçlüğü ve yutkunurken ağrı yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hasta boyun ağrısı ve kısıtlılığının son birkaç yıldır olduğunu, son bir yıldır şikayetlerinin arttığını ve yutma güçlüğü şikayetinin eklendiğini belirtti. Özgeçmişinde Diyabet, Hipertansiyon, Koroner Arter Hastalığı ve Benign Prostat Hipertrofisi mevcuttu. Hasta yarı katı ve özellikle katı kıvamlı gıdaları yutarken zorlandığını, ağrısının olduğunu ve bazen öksürerek geri çıkardığını ifade ediyordu. Fizik muayenesinde servikal eklem hareket açıklıkları (EHA); servikal fleksiyon 10º, ekstansiyon 30º, sağa ve sola lateral fleksiyon 25º, sağa ve sola rotasyon 50º olarak ölçüldü. Servikal spurling testi negatifti. Servikal paravertebral ve trapez kaslarında spazm ve palpasyon ile ağrılı miyofasiyal tetik nokta saptandı. Her iki üst ekstremite motor, duyu ve refleks muayenesinde patoloji saptanmadı. Laboratuvar testleri normal olarak saptandı. Hastanın BT tetkikinde farenks arka duvarını özellikle havayolu giriş seviyesinde daraltan, servikal 3. ve 4. vertebra seviyesinde daha belirgin olmak üzere servikal ve torakal vertebralar anterior bölümlerinde osteofitler izlendi. Yapılan klinik yutma değerlendirmesinde çene, yanak, dil ve dudak ROM, kas gücü ve duyu muayenesi doğaldı. Palatal refleks ve GAG refleksi normoaktifti. Hasta istemli olarak öksürebiliyor ve kuru yutkunabiliyordu. Gıdalar ile yapılan klinik yutma değerlendirmesinde ise yarı katı ve özellikle katı kıvamlı gıdalarda yutkunurken ağrı, yutkunmada güçlük izlendi. Sıvı, yarı katı ve katı olmak üzere üç kıvamda da bazı yutma denemeleri sonrasında öksürük ve boğaz temizleme gözlendi. Aspirasyon riski nedeniyle videofloroskopik yutma değerlendirmesi yapılması planlandı. Yapılan videofloroskopik yutma değerlendirmesinde osteofitlerin mekanik etkisi ile epiglottik posterior inversiyonda kısıtlılık, katı gıdalarda belirgin olmak üzere her üç kıvamda da valleküler bölgede rezidü ve azalmış epiglottik inversiyona bağlı larengeal açıklığın yetersiz kapanması sebebiyle larenkse penetrasyon izlendi. Ön-arka planda çekimlerde her üç kıvamda da solda bolus geçişinde azalma izlendi. Kliniğimizce tedaviye alınan hastaya ağrı, hareket kısıtlılığı ve disfajiye yönelik konservatif tedavi uygulandı. Hastanın boyun ağrıları azaldı VAS 7'den 2'ye düştü. Hareket kısıtlılığı ve disfaji tedavisinden belirgin fayda görmeyen hasta KBB kliniğine danışıldı. KBB tarafından cerrahi girişim planlandı ve opere edildi.

Sonuç: DISH'e bağlı disfajide etiyolojiyi osteofitlerin çevre dokulara yaptığı bası oluşturur. Tedavi erken dönemde konservatif yaklaşımdır. Konservatif tedaviden fayda görmeyen ya da görmeyeceği düşünülen ilerlemiş vakalarda ise osteofitler cerrahi olarak eksize edilmektedir. Konjenital veya edinsel birçok hastalık disfajiye neden olabileceği gibi DISH ayırıcı tanıda daima göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diffüz idiopatik iskelet hiperostozu, disfaji, osteofit, penetrasyon, videofloroskopik yutma değerlendirmesi

Lateral planda yapılmış videofloroskopik yutma değerlendirmesi



Epiglotun yetersiz inversiyonuna bağlı azalmış bolus geçişi ve larengeal penetrasyon

P-3: Olekranon Spur: Olgu Sunumu

Bülent Alyanak, Murat İnanır, Serkan Kablanoğlu
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Bu olgu sunumunda spor sonrası dirsekte ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvuran, klinik ve radyografik olarak ulnar kollateral ligaman (UKL) parsiyel rüptürü tanısı konulan ve insidental olarak olekranon spur saptanan olgu sunulmuştur. Hastanın sözlü ve yazılı olarak onamı alınmıştır.

Olgu: 40 yaşında erkek hasta polikliniğimize 2 gün önce spor yaptıktan sonra başlayan sağ dirsekte ağrı ve kısıtlılık şikayeti ile başvurdu. Hasta yoğun push up egzersizi sonrasında şikayetlerinin başladığını belirtti. Muayenesinde; ağrı dirsek posteromedial bölgesinde, palpasyonla provoke olan, şiddetli ve kısıtlayıcı karakterdeydi. Valgus stres testi pozitifti. Eklem hareket açıklığı (EHA) kısıtlanmıştı. Minimal şişlik ve ısı artışı gözlemlendi. Kızarıklık yoktu. Duyu ve refleks muayenesinde patoloji saptanmadı. Hasta uzun yıllardır üst ekstremite ağırlıklı sporları düzenli ve yoğun olarak yapıyordu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Diğer sistemik muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir anormallik izlenmedi. Hastanın ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi ve VAS 8 olarak kaydedildi. Radyografik değerlendirme açısından yapılan direk grafide intakt yapıda olekranon spur izlendi. Spurun traksiyon fraktürü mevcut değildi. Manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) ise dirsek çevresinde mayii artışı ve ulnar kollateral ligamanda parsiyel rüptür bulguları izlendi. Tedavi olarak 2 haftalık istirahat, brace, buz uygulaması, non-steroid antiinflamatuar tedavisinden sonra rehabilitasyon programına alınan hastaya EHA, ağrı sınırında germe ve izometrik güçlendirme egzersizleri uygulandı. Tedavinin bitiminde şikayetleri azalan hastada VAS 8'den 2'ye geriledi. Dirsek ekstansiyon eklem hareket açıklığı 160⁰ derece olarak ölçüldü. 20⁰ ekstansiyon kaybı mevcuttu ve bu sebeple germe egzersizlerine ev programı şeklinde devam etmesi önerildi. Hasta taburcu edildi ve klinik kontrolü önerildi.

Sonuç: UKL dirseğin valgus stabilitesi için kritiktir ve birincil dirsek stabilizatörüdür. Dirsek medialinde spora özel tekrarlayıcı hareketler veya akut valgus zorlanmaları sonucunda UKL'de yaralanmalar meydana gelebilmektedir. Tekrarlayan üst ekstremite fırlatma hareketleri, sporcularda UKL yaralanmasının en yaygın nedenidir. Tedavisi öncelikle konservatiftir. Seçilmiş bazı vakalarda cerrahi tedavi uygulanır. Olekranon spur ise genelde tekrarlayan güçlü dirsek ekstansiyonu gerektiren aktivite yapan kişilerde görülür. Tekrarlayan traksiyon stresinin bir sonucu olarak ortaya çıktıkları düşünülür ve endokondral, intramembranöz ve kondroidal ossifikasyonun bir kombinasyonu ile oluşup büyüdükleri bulunmuştur. Olekranon spur, triseps tendonunun yüzeysel kısmı içinde oluşur ve genelde yukarı doğru bir eğri ile posteriora doğru çıkıntı yapar. Spurlar oldukça büyüyebilir ve triseps insersiyonunun %30 ila %50'sini işgal edebilir. Bazen birbirinin yerine kullanılan "olekranon spur" ve "olekranon osteofiti" literatürde net olarak tanımlanmamış olup bazı belirsizlikler vardır. Olekranon spur triceps yapışma yerinde ve tendonun yüzeyel kısmı içinde oluşurken osteofitler ise posteromedial ve posterolateralde eklem sınırı bölgesinde oluşurlar. Her ikisinin de entezofitler olduğu düşünülse de yerleşim yerleri, semptomları, tanıları, tedavileri ve muhtemelen etiyolojileri farklıdır. Bu nedenle literatürde farklılaşma ve netlik gerektiği belirtilmiştir. Olekranon spur yaygın olarak triseps tendiniti ve/veya olekranon bursitine eşlik etmektedir. Tedavisi genellikle istirahat, buz uygulaması, medikal tedavi ve rehabilitasyon tedavisidir. Ekstansiyonda kısıtlılık, olekranon spur olan hastalarda sık görülen bir bulgu olup kontraktüre sebep olabilirler. Kontraktür gelişiminin mekanizması henüz kesin olarak belirlenmemiştir. Ancak terminal ekstansiyonda ağrı olmasının fleksiyon kontraktürüne yol açan bir feedback döngüsüne neden olabileceği düşünülmüştür. Spur varlığının, kişiyi konservatif tedaviye daha dirençli hale getirdiği ve kontraktüre sebep olabileceği düşünülerek bu kişilerde cerrahi müdahele gerekliliğinin daha yüksek olduğu varsayılır.

Anahtar Kelimeler: ''olekranon spur, ulnar kollateral ligaman, valgus''

Lateral planda çekilmiş dirsek direk grafisi



Olekranonda spur formasyonu izlenmiştir.

P-4: Radyoterapiden 32 Yıl Sonra Brakiyal Pleksopati Gelişen Meme Kanserli Hasta: Olgu Sunumu

Hatice Demirel, Canan Şanal Toprak
Marmara Üniversitesi, FTR Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Brakiyal pleksus, servikal ve üst torasik (C5-T1) sinir köklerinden kaynaklanan, üst ekstremitenin motor ve duyusundan sorumlu sinir ağıdır.Brakiyal pleksopatilerin en sık nedeni travma, diğer nedenler; radyoterapi,primer ve metastatik maligniteler, idiyopatik. Özellikle lenfoma, akciğer kanseri, meme kanseri, boyun kanserleri, mediastinum ve aksiller lenf nodları tedavisi amacıyla direkt olarak pleksus bölgesine uygulanan RT brakiyal pleksopatiye neden olabilmekte.Radyasyon tedavisi sonrası yıllar sonra progresif brakiyal pleksus hasarı ortaya çıkabilir.Biz bu vakada;sağ üst ekstremide ağrı,uyuşma şikayeti olan radyasyon pleksopatisi düşündüğümüz hastayı sunmayı amaçladık.Hastaya gönüllü olur/onam formu imzalatilmıştır.

Olgu: 75 yaşında kadın hasta, sağ üe'de 5 yıldır olan sağ elde uyuşma, güçsüzlük ve son 1 yıldır eşlik eden ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Ağrı kesiciler ile şikayetleri azalmamaktaydı ve geceleri belirgin uyuşma şikayetleri vardı. Hastanın öyküsünde 32 yıl önce meme kanseri nedeniyle sağ total mastektomi ve sağ aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmış ve sonrasında radyoterapi ve kemoterapi almıştı. Sağ üe de lenfödemi mevcuttu. Belirli aralıklarla lenfödeme yönelik manuel lenfatik drenaj ve bandaj, pnömotik kompresyon tedavisi almaktaydı ve düzenli olarak bası giysisi kullanmaktaydı. Hastanın fizik muayenesinde omuz kuşağı kas güçleri 3/5, diğer üst ekstremite kas güçleri global 2/5 idi. Eklem hareket açıklıkları (eha) omuz aktif her yöne 90*, diğer ehaları belirgin limitliydi. Omuz pasif fleksiyonu 100* idi, pasif hareketini kısıtlayan aksiller bölgede fibrotik webi olduğu gözlendi. Elin ulnar bölgesinde yoğunlaşan, üe de genel bir hipoestezi mevcuttu. Üe dtr leri hipoaktifti. Ağrısı visüel analog skala'ya (VAS) göre 7 idi. Ağrıdan dolayı gece uykuları düzensizdi. Bilateral üe sinir iletim çalışması ve sağ üe iğne elektromiyografik incelemesinde (ENMG): sağ brakial pleksusun alt trunkusunun subakut dönemde parsiyel aksonal hasarı ile uyumlu idi, RT'ye spesifik bulgu olan miyokimik boşalımlar gözlenmedi. Hasta tümör invazyonu ve radyoterapi ayırıcı tanısı için onkoloji bölümüne yönlendirildi. Dış merkezde servikal manyetik rezonans görüntüleme (MRI), yüzeyel ultrasonografi (USG), pozitron emisyon tomografisi (PET) sonrası metastaz, tümör invazyonu, bası saptanmadı. Bilateral sinir iletim çalışmaları ve sağ üe iğne EMG sonucu bulgular sağ brakiyal pleksusun alt trunkusunun subakut dönemde parsiyel aksonal hasarı ile uyumlu bulundu ve 'radyasyon pleksopatisi' tanısı konuldu.

Sonuç: RT sonrasında sinir hasarı,tedaviden birkaç ay ila yıllar sonra ortaya çıkabilir.Bu hasar genellikle RT bitiminden 5-30 ay sonra ortaya çıkar,ancak bizim vakamızda olduğu gibi RT aldıktan 30 yıl sonra görülen vakalarda literatürde bildirilmiştir.Kanser öyküsü olan ve sonrasında RT alan hastalarda gelişen progresif pleksopatinin;tümör invazyonu mu,RT' ye sekonder mi ayrımını yapmak önemlidir.Klinik ve elektrofizyolojik bulgular bu konuda yol gösterici olabilir.Tümör invazyonlarında ilk ve belirgin semptom genelde ağrıdır ve nörolojik defisit alt trunkusa lokalizedir, RT'ye sekonder pleksopatide parestezi ön plandadır, hastanın şikayetleri çok uzun süreden beri vardır.Üst trunkusun innerve ettiği kaslarda güçsüzlük ve lenfödem eşlik eder.Bizim vakamızda da literatür ile uyumlu olarak hastanın sağ üe'sinde lenfödemi mevcuttu ve ilk semptomu uzun zamandır olan parestetik yakınmaları ve güçsüzlük idi, ağrı daha sonra, geç dönemde ortaya çıkmıştı.Yine literatür ile uyumlu olarak enmg'de daha sık karşılaşılan alt turunkus etkilenimi vardı.Sağ aksillada fibrozise bağlı gelişen web de radyoterapiye sekonder olduğunu destekler nitelikteydi.Sonuç olarak malignite ve radyoterapi öyküsü olan hastalarda üst ekstremitede güçsüzlük, ağrı ve uyuşma durumunda, BP tanısı düşünülmeli,ayırıcı tanı ve tedavi açısından ileri incelemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, radyoterapi, brakial pleksopati

figür 1



aksiller web ve brakial pleksopatiye bağlı kısıtlı omuz abduksiyonu

P-5: Ağrısız Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu

Onur Öz, Nilüfer Balcı
Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu (KBAS) her zaman aklımıza gelmeyen ve tedavimizin önünde engel oluşturan önemli bir tanıdır. KBAS tutulan ekstremitede şiddetli ağrı, ödem ve otonomik disfonksiyon ile karakterize bir rahatsızlıktır. Major veya minör travma KBAS gelişimini en sık tetikleyen nedendir. Bu olgu sunumuna KBAS'ın her zaman ağrı semtomu ile karşımıza çıkmayabileceğini, diğer semptom ve bulgularla tanıya gidebileceğimizi anlattık.

Olgu: 76 yaş erkek hasta sağ distal radius kırığı sonrası alçı sürecinin tamamlanmasının ardından el ve el bilek eklem hareket açıklıklarında kısıtlılık ve ödem ile Fizik Tedavi Polikliniğimize başvurdu başvuru esnasında hastanın belirgin bir ağrı şikayeti yoktu. Çekilen el direkt radyografisinde periartiküler benekli osteoporoz görünümü saptanması üzerine, hastadan üç fazlı kemik sintigrafisi istendi. Üç fazlı kemik sintigrafinde; sağ el ve el bilek KBAS ile uyumlu geldi. Hastaya kontrast banyo önerildi ve metilprednizolon tablet 32 miligram (mg)/gün başlandı. Steroid dozu azaltılarak 4 haftada kesildi. Medikal tedavinin yanısıra hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındı. 30 günlük medikal tedavi ve rehabilitasyon sürecinin tamamlanmasının ardından hastanın eklem hareket açıklıkları tama yakın düzelirken, ödemi de geçmişti. Hastaya ev egzersiz programı verildi. Taburculukta hastamızdan olgu sunumu ve araştırma için imzalı onam formu alınmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak özellikle üst ekstremite travma öyküsü olan hastalarda, elde gelişebilecek KBAS tanısı gözden kaçırılmamalıdır. Hastaya direkt radyografi ve üç fazlı kemik sintigrafisi tetkikleri yaptırılıp, medikal tedavi, fizik tedavi ve rehabilitasyona bir an önce başlanmalıdır. Hastaların özellikle el fonksiyonlarını tam kazanabilmesi için, KBAS'da erken tanı ve tedavi en önemlisidir.

Anahtar Kelimeler: kbas, kompleks bölgesel ağrı sendromu

RSD



Olguya ait direkt grafide,sağ el el bilekte benekli osteoporoz gözlenmektedir.

P-6: Tekrarlayan İdiyopatik Aksiller Web Sendromu-Olgu Sunumu

Canan Şanal Toprak, Leyla Huseynli, İmran Kalkan
Marmara Üniversitesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş: Aksiller web sendromu(AWS), aksilladan medial kola ve bazen de avuç içine uzanan, genellikle omuz abdüksiyonunda ortaya çıkan, elle hissedilen kord benzeri subkutan doku ile karakterizedir. AWS, meme kanseri ve melanom cerrahisi sonrası aksiller lenf nodu diseksiyonu, travma, enfeksiyon, dahil olmak üzere diğer omuz ve aksiller patolojisi olan hastalarda ortaya çıkar. Kordların lenfatik kökenli olduğu hipotezi, giderek artan sayıda bilim insanı tarafından kabul edilmektedir. İdiyopatik AWS hakkında literatürde birkaç vaka bulunmaktadır, ancak burada sunulan olgu bilgimiz dahilinde literatürde tekrarlayan AWS ile ilgili ilk olgudur. Olgu sunumu için hastadan yazılı onam alınmıştır.

Olgu: 33 yaşında güvenlik görevlisi 5 gündür olan sol omuzdan dirseğe yayılan ağrı,omuz ve dirsekte hareket kısıtlılığı ve koltuk altından dirseğe kadar uzanan bir cilt altı kordon şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünde bu şikayetleri herhangi bir olayla ilişkilendirmiyordu. Özgeçmişinde ve aile öyküsünde bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde sol omuz fleksiyonu 90*,abdüksiyonu 70 *,dirsek ekstansiyonu -20* limitli ve ağrılıydı. Omuzda 70* abdüksiyonunda ve dirsek -20* ekstansiyonunda cilt altı kordlar palpe ediliyordu. Distal nabızlar, motor muayene ve üst ekstremite refleksleri normaldi. Hastanın çekilen omuz ve dirsek MRı, ve yüzeyel doku US sonuçlarında şikayetleri açıklayan bir bulgu yoktu. Hastanın laboratuar değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın VAS değeri 8/10 du.
Hastaya contramal 50mg 3x1 ve NSAİ reçete edildi. TENS,hotpack ve miyofasiyal gevşetmeden ibaret 15 seanslık tedavinin yanı sıra ev egzersiz programı düzenlendi. 3. Haftanın sonunda kordon istirahatte artık görünmüyordu ve hasta artık kordondan herhangi bir rahatsızlık hissetmediğini belirtti.
6 ay sonra hasta tekrardan aynı şikayetle kliniğimize başvurdu. Hasta ev egzersiz programını düzenli uygulamadığını belirtti. Bu kez şikayetleri öncekine göre daha hafifti. Dirsek bölgesinde kord palpe edilmiyordu. Hastanın tetkikleri yenilendi, ancak şikayetleri açıklayacak bulguya rastlanmadı. Fizik tedavi programı tekrar uygulandı ve egzersizleri düzenli yapması önerildi.

Tartışma: AWS genellikle meme kanseri ameliyatından 2-8 hafta sonra ortaya çıkar. Bununla birlikte, son çalışmalar AWS'nin aylar veya yıllar sonra ortaya çıkabileceğini ve aynı zamanda çözülebileceğini ve ardından nüksedebileceğini göstermiştir. Literatürde bildirilen insidans aralığı %0,6-%85,4 arasındadır. Meme kanseri tedavisi görmeyen erkekler için insidans oranlarına ilişkin bir rapor bulunmamaktadır. Literatürde idiyopatik AWS nadiren bildirilmiştir. Patogeniziyle ile ilgili genel görüş lenf ve venoz damarları çevreleyen fibroz doku gelişimiyle ilişkilidir.Moskovitz ve arkadaşlarının çalışmasında, aksiller ağ biyopsisi, rekanalizasyonun çeşitli aşamalarında ara sıra fibrin pıhtıları ve venöz tromboz ile birlikte dilate lenfatikleri ortaya çıkardı. Mevcut hastada meme kanseri veya ameliyat olmadığı için tetikleyici mekanizma net olarak anlaşılamamıştır. Bizim düşüncemize göre hastamız hastanede güvenlik görevlisi olarak çalıştığı için,kendisi hatırlamasa da görev sırasında travmaya bağlı olarak venöz ve lenfatik damarlarda hasara yol açmış olması mümkündür.
AWS tedavisinde kanıtlanmış spesifik tedavi yöntemi olmamakla birlikte çalışmalara dayanarak güvenli ve etkili birincil tedavi olarak fizik tedavi önerilir..Bu çalışmalar, fizik tedavinin kordonu tedavi etmemekten daha hızlı çözdüğü hipotezini desteklemektedir. Ayrıca, steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar ve opioidler de ilişkili ağrının şiddetine göre önerilmiştir.

Sonuç: AWS genellikle meme kanseri ve operasyonların komplikasyonu olarak gelişmektedir. Ancak Omuz ağrısı ve azalmış eklem haraket açıklığı ile başvuran hastada, AWS ayırıcı tanıda düşünülmelidir ve detaylı omuz muayenesi yapılmalıdır.Hastalara egzersizin önemi vurgulanmalı,yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aksiller web sendromu, miyofasyal gevşetme, rehabilitasyon

P-7: Multiple Myeloma Vakasının Tedaviye Dirençli Polinöropati İle Prezentasyonu

Özge Keniş Coşkun, Burak Yıldız
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu hasta ve hasta yakınlarına imzalatılmıştır.

Amaç: Standart tedavilere dirençli polinöropatik süreçlerde akla paraneoplastik süreçlerin getirilmesi gerekmektedir.

Olgu: Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon ve koroner stent öyküsü olan 71 yaş erkek hasta Mart 2021'de her iki alt ekstremite distallerinde başlayan uyuşma ve güçsüzlük yakınması ile dış merkeze başvurmuş. Sonrasında her iki üst ekstremitesinde de uyuşma ve güçsüzlük başlayan hastanın bulber semptomları olmamış. Anamnezinde üst solunum yolu enfeksiyonu ya da gastroenterit öyküsü saptanmamış. Dış merkezde EMG ve BOS analizi yapılan hastanın EMG'sinde diyabetik polinöropatik zemininde gelişen Guillain barre sendromu tanısı konularak 5 gün IVIG tedavisi almış ancak fayda görmemiş daha sonrasında Methotrexate başlanmış. 1 ay sonrasında 5 kür plazmaferez tedavisi almış ancak bu tedaviden de belirgin fayda görmemiş. 1 ay sonrasında da rituksimab tedavisi verilmiş. Rehabilitasyon programına başlatılması için kliniğimize yatışı yapılan hastanın; Fizik muayenesinde motor muayene: Okuler kas gücü: 5/5, pitoz yok, frontalis kas gücü: 5/5, boyun fleksiyon ve ekstansiyon kas gücü: 5/5, bilateral trapez kas gücü: 5/5, deltoid kas gücü: 4/5, biceps: 4-/5, triceps: 4/5, el bilek fleksörleri: 3/5, el bilek ekstensörleri: 3/5, parmak ekstensörleri; 3-/5 parmak fleksörleri; 4/5; alt ekstremite kas güçleri; bilateral iliopsoas; 3/5, quadriceps; 3/5, hamstring; 3/5 ayak dorsifleksiyonu sağda 1/5, solda 0/5, sağ plantar fleksiyon 1/5, sol plantar fleksiyon 0/5 olarak değerlendirildi. Bilateral biceps ve triceps refleksleri normo aktif olan hastanın patella ve aşil refleksleri alınamadı. Duyu muayenesinde; Sol alt ekstremitede uzun çorap hipoestezi olup diğer duyular sağlamdı. Dismetri -/-, disdiadokinezi -/-, olan hastanın pozisyon duyusu üst ekstremitelerde bilateral normal iken alt ekstremitelerde bozulmuş olarak tespit edilen hastanın nörolojik muayenesi, anamnezi ve daha önceki aldığı tedavilerden yola çıkarak CIDP olarak değerlendirilen hasta rehabilitasyon programı başlatıldı. Rehabilitasyon sırasında belirgin fayda görmeyen hastanın 2 hafta sonrasında tedaviden fayda görmemesi ve rehabilitasyon sonrasında belirgin güçsüzlüğünün artması nedeniyle hastanın inflamatuar polinöropatiler açısından kontrastlı tüm spinal MRG yapıldı ancak belirgin bası yapmayan disk herniasyonları dışında anormal bulgu tespit edilmedi. EMG'si tekrarlanan hastanın EMG sonucunda: Duyu ve motor liflerin alt ekstremitelerde daha belirgin olmak üzere yaygın ve simetrik olarak etkilendiği, segmenter demiyelinizasyon ve sekonder aksonal dejenerasyonla seyreden aktif denervasyon sürecinin eşlik ettiği kronik süreçte ağır polinöropatik tutulum olarak tespit edildi. Hastanın kliniği tipik CIDP kliniğine uymaması nedeniyle atipik CIDP? nörofasin?, POEMS?, paraneoplastik süreçler ? nedeniyle ileri inceleme yapıldı. Yapılan ileri incelemeler sonucunda serum elektroforezde IgG lambda bandı yüksek saptanan hasta POEMS?, paraneoplastik süreçler? açısından hematoloji görüşü alınan hastadan kemik iliği biyopsisi yapılmış olup lambda monopatisi gösteren, %20-25 plazma hücresi görülmüş olup protein elektroforezde M piki tespit edilmesi, serum immün fiksasyonda IgG monoklonal band tespit edilen hasta multiple myelom ön tanısı ile hematoloji servisine devredildi.

Sonuç: Medikal tedavilere ve rehabilitasyon sürecine yanıt vermeyen polinöropatik tutulumlarda akla mutlaka paraneoplastik süreçler gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Guillain barre sendromu, Kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati, multiple myeloma, POEMS

P-8: İnmeli ve Omurilik Yaralanmalı Hastalarda Nörojenik Barsak Disfonksiyonu: Kliniğimize Ait Sonuçlar

İbrahim Demiralay, Birkan Sonel Tur, Haydar Gök, Şehim Kutlay, Semra Yılmaz Özkan, Yeşim Aytür, Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Amaç: Nörojenik barsak disfonksiyonu (NBD), nöral kontrolün ortadan kalktığı durumlarda görülen; konstipasyon, fekal inkontinans ve obstrüktif dışkılama ile karakterize, kolonun fonksiyon kusurudur. Bu çalışmada inmeli ve omurilik yaralanmalı (OY) hastalarda NBD sıklığını, uzun dönem sonuçlarını tanımlamak ve zamanla barsak programındaki değişimleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi FTR Nörorehabilitasyon Kliniğinde 2015-2021 yılları arasında yatarak rehabilitasyon programına alınmış, inme veya OY'ye bağlı NBD tanısı bulunan, 18 yaş üstü hastalar çalışmaya dahil edildi. İlk olarak tüm hastaların dosya taraması ile hastaların demografik verileri, hastalık süresi, değerlendirmeler arası zaman, NBD nedeniyle yapılan uygulamalar, barsak boşaltım teknikleri ve boşaltım sıklığı hasta takip formuna kaydedildi. Ayrıca inmelilerde inme tipi, lezyon tarafı, lezyon derinliği, hemiplejik taraf, Brunnstrom evreleri ve OY'lilerde travma tipi, travma yaşı, yaralanma seviyesi, yaralanma tipi (komplet/inkomplet), ASIA değerlendirmesi de kaydedildi. Tüm hastalar kontrole çağrılarak son 4 haftadaki barsak fonksiyon ve bakım özellikleri sorgulandı. Nörojenik barsak disfonksiyonu; Konstipasyon Skorlama Sistemi (KSS), Nörojenik Barsak Disfonksiyon skoru (NBDS), Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) barsak ve toplam skoru ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 270 inmeli ve 77 OY'li hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. Dahil edilme kriterlerini karşılayan 148 hastadan 22'sinin hayatını kaybettiği, 24'üne ulaşılamadığı ve 2'si ankete katılmayı reddettiği için 50 inmeli, 50 OY'li olmak üzere 100 hasta analiz edildi.
İnmeli hastaların (25 erkek, 25 kadın) yaş ortalaması 66,3± 16,9 (18-88) yıl iken, OY'li hastaların (38 erkek, 12 kadın) yaş ortalaması 51,4± 16,9 (18-88) yıl olup; iki grup arasında cinsiyet ve yaş açısından anlamlı fark vardı (p=0,0001). İnme tipi %80 hastada iskemikti. OY şekli 28 hastada (%56) travmatik, 22 hastada (%44) ise non-travmatikti. 41 hasta (%82) paraplejikti ve 30 hasta (%60) inkompletti.
İnmelilerde tanıdan ilk değerlendirmeye kadar geçen süre medyanı 78 gün OY'li hastalarda 98,5 gündü. Kontrol sırasında inmeli (%64) ve OY'li (%76) hastaların NBD görülme oranı benzerdi (p=0,028). Kontrol değerlendirmesinde; defekasyon sıklığı 3 gün ve üzerinde olanlar OY grubunda (%74'den %42'ye) inme grubuna göre (%36'dan %12'ye) anlamlı oranda daha fazla gerilemiş bulundu (p=0,001). Alt bezi kullanımı inme grubunda %26 iken, OY'lilerde %50 olup iki grup arasındaki fark anlamlıydı (p=0,024). İnme grubunda suppozituvar/lavman kullanımı %12'den %0'a; OY'lilerde %44'den %18'e gerilemişti. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark vardı (p=0,003). İnme grubunda %2 hastada dijital stimülasyon devam ederken, OY'li hastalarda bu oran %26 olup aradaki fark anlamlıydı (p=0,001). İki hasta grubunda da KSS, NBDS ile FBÖ barsak kontrolü ve toplam skoru iki değerlendirme zamanı arasında anlamlı iyileşme göstermişti, ancak inme grubundaki KSS (p=0,001), NBDS (p=0,016), FBÖ barsak kontrolü (p=0,011) skorlarında kronik dönemdeki farklılık OY grubuna göre anlamlıydı. FBÖ barsak medyan değerleri, inmelilerde OY grubuna göre iki değerlendirmede de daha yüksek değerdeydi.

Sonuç: İki farklı nörolojik hastalık olan inme ve OY'de sıklığı azalmakla beraber NBD devam etmektedir. İnmeli hastalar defekasyon sıklığı, alt bezi kullanımı, suppozituvar/lavman kullanımı, dijital stimülasyon, KSS, NBDS açısından daha iyi durumda olup, zaman içindeki gelişmeleri de OY'ye göre daha olumludur. Ancak bu iki hastalıkta nörojenik barsak açısından değerlendirmenin önemli ve gerekli olduğu, uzun dönem takiplerinde de devam edilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: İnme, omurilik yaralanması, nörojenik barsak

P-9: İlaca Bağlı Osteoporoz Tedavisinde Zoledronik Asit İnfüzyonu Sonrası Görülen Periferik Fasiyal Paralizili Bir Olgu

Deniz Başcıllar, Kadir Songür, Özlem El
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Zoledronik asit (ZA) osteoporoz tedavisinde özellikle hasta uyumunun sorun yaratabileceği durumlarda ve ileri osteoporozu olan hastalarda sık tercih edilen bir bisfosfonattır. En yaygın yan etkisi infüzyonu takiben ortaya çıkabilen akut faz reaksiyonudur. Literatürde ZA infüzyonu sonrası görülen sinir paralizilerine dair bildirilmiş çok az sayıda vaka mevcuttur. Bu olguda, ilaca bağlı osteoporozun ZA ile tedavisi sonrasında ortaya çıkan periferik fasiyal paralizinin (PFP) eşlik ettiği bir vaka sunulmaktadır. Bu olgu raporu, klinisyenlerin ZA ilişkili yan etkiler konusundaki farkındalığını artırmayı, sinir paralizisi tanımlanan hastalarda ayırıcı tanıları ve osteoporoz tedavisini gözden geçirmeyi amaçlamaktadır.

Olgu: Pemfigus vulgaris, Parkinson hastalığı ve uzun süreli sistemik kortikosteroid kullanımı öyküsü olan 68 yaşında bir erkek hastada ilaca bağlı osteoporoz saptandı. Daha önce osteoporoza yönelik tedavi almamış olan hastaya ZA 5mg intravenöz infüzyon şeklinde uygulandı. İnfüzyondan yaklaşık 12 saat sonra kas ağrısı başlayan hastada ardından halsizlik semptomları ve 36 saat sonra da sağ gözde kızarıklık, aynı taraftaki kaşta düşüklük, göz kapağını tam kapatamama ve dudak kenarında asimetri gelişti. Hasta sırasıyla göz hastalıkları, kulak burun ve boğaz Hastalıkları, nöroloji ve dermatoloji tarafından değerlendirildi. Yapılan fizik muayenelerde sağ PFP ile uyumlu bulgular saptanan hastanın diğer nöromuskuler sistem muayenesinde anormallik saptanmadı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı, akut faz reaktanları, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, HbA1C, serum elektrolit ve B12 vitamini düzeylerinde anormal bulgu saptanmadı. Kranial difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) fasiyal paraliziye sebep olabilecek bir patoloji izlenmedi. Hastaya nöroloji tarafından Bell's paralizi tanısı ile 32 mg/gün metilprednizolon başlandı ve 10 gün kullanımın ardından doz azaltılarak kesilmesi planlandı. Semptomların başlangıcından 5 hafta sonra kliniğimizde yapılan muayenede House-Brackmann Evrelemesi'ne (HBE) göre evre 5 olarak değerlendirildi. Bu vakada, "Naranjo İlaç Yan Etki Olasılık Ölçeği" göz önüne alındığında, PFP kliniğinin ZA infüzyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmüş olup hasta, duruma neden olabilecek nörolojik, hematolojik ve romatolojik hastalıklar, viral enfeksiyonlar, aşı öyküsü gibi diğer durumlar açısından da ayrıntılı değerlendirme yapılmıştır. Romatolojik, viral ve bakteriyel kan tetkiklerinde anormal bulgu saptanmadı. Kompleman düzeyleri normal sonuçlanan hastanın protein elektroforezinde paraprotein bandı görülmedi. Bu laboratuvar bulguları ve radyolojik incelemeler herhangi bir anormallik göstermemiş olup harici yeni medikasyon kullanımı olmayan hastada olası ZA ilişkili PFP tanısı düşünüldü. Otuz seans ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınan hastaya fizyoterapist eşliğinde proprioseptif nöromusküler fasilitasyon egzersizleri uygulandı. Kısmi iyileşme saptanan hastanın kontrol muayenesi, HBE'ne göre evre 3 olarak değerlendirildi. Hastanın ileriye yönelik ilaca bağlı osteoporoz tedavisi için bifosfonat dışı tedavilerin kullanımı planlandı. Hastaya verilerinin bilimsel bir yayında kullanılacağı bilgisi verildi ve yazılı onamı alındı.

Sonuç: Bu olgu raporu, ZA'nın nadir de olsa PFP kliniğinin olası bir nedeni olabileceğini göstermektedir. PFP kliniği ile gelen hastalarda ilaç geçmişinde intravenöz bifosfonat tedavisinin de sorgulanması tanısal açıdan önemli olabilir. Klinisyenler, ZA infüzyonu sonrası gelişebilecek semptom ve bulgular nedeniyle hastayı infüzyon sonrası tekrar değerlendirmeli ve olası yan etkileri erken evrede belirlemelidir.

Anahtar Kelimeler: osteoporoz, zoledronik asit, fasiyal paralizi, olgu sunumu

P-10: Psöriatik Artritin Temporomandibular Eklem Tutulumu: Olgu Sunumu

Baran Sezgin, Nalan Çapan, Ayşe Karan, Demirhan Dıraçoğlu, Sina Arman
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Amaç: Psöriatik artropati (PsA), psöriazis hastalarının %5-8'ini etkileyen inflamatuar seronegatif bir artrittir. Her iki cinsiyet eşit derecede etkilenir. Vakaların çoğu 40-50 yaş arasındadır. Psöriazis tanılı bireylerin üçte birinde, PsA hastalarının yarısında temporomandibular eklem (TME) semptomları olabilir. Hastalığın süresi, semptomların şiddeti ve etkilenen eklem sayısı, TME tutulumu için ana risk faktörleridir. Tipik bulgular eklemden ses gelmesi, eklemde ağrı, sabah sertliği, krepitasyon ve kas hassasiyetini içerir. Hastalık ilerledikçe ağrının yerini eklem hareket kısıtlılığı alır. Olgu sunumumuzda sağ çenede ağrı yakınımı ile polikliniğe başvuran, yapılan tetkikler sonrasında PsA'nın TME tutulumu olduğu tespit edilen hastanın klinik özelliklerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Olgudan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Olgu: 36 yaşında kadın hasta, Mart 2021'de 10 ay önce yapılan diş dolgusu operasyonu sonrası başlayan her iki tarafta çeneden ses gelmesi, son bir haftadır sağ çeneden kulağa yayılan ağrı ve ağzını açmakta zorluk şikayetiyle İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çene polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde psöriazis tanısı olan hasta metotreksat tedavisi almaktaydı. Fizik muayenesinde sağ dirsekte ve her iki dizde pullu skuamlı lezyonları mevcuttu. Sağ ayak 2. distal interfalengeal (DİF) ve sol ayak 3. DİF eklem hareketleri ağrılıydı. Dilinde ve yanaklarında diş ısırık izleri olup bruksizmi mevcuttu. Fonksiyonel parametreleri; maksimım ağız açıklığı (MAA) cetvel ile değerlendirildi. İstirahat ve mandibular hareketle oluşan ağrı düzeyi Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Palpayonla eklem hassasiyeti, temporal ve masseter kas hassasiyetleri değerlendirildi. Fizik muayenede MAA 28 milimetre (mm) saptandı. İstirahat ve mandibular hareketle oluşan ağrı düzeyi VAS ile tedavi öncesi sırasıyla 5,7 olarak kayıt edildi. Ağzını açarken çene sağ tarafa defleksiyon izleniyordu. Bilateral TME hareketi kısıtlı olup solda klik mevcuttu. Sağda daha belirgin olmak üzere bilateral TME ağız açılırken ve palpasyonla ağrılıydı. Bilateral masseter ve temporal kas palpasyonla hassastı. Bilateral kontrastsız TME MR görüntülemesinde sağ mandibular kondil eklem yüzleri düzensizdi. Her iki eklemde skleroz artışı izlenmekteydi. Sol mandibular kondil eklem yüzeyinde skleroz artışı ve düzensizlikler mevcutttu. Sağda daha belirgin olmak üzere bilateral TME'de efüzyon izlenmekteydi. Sağ eklem diski belirgin dejenere görünümde, ağız kapalı pozisyonda anteriora deplase, ağız açık pozisyonda nonredükteydi (Resim 1, Resim 2). Sağ tarafta non-redükte disk deplasmanı, sol tarafta redükte disk deplasmanı ve her iki TME'de PsA tutulumu tanısı ile medikal tedavisi ve rehabilitasyon programı düzenlendi, gece splinti önerildi. Bir ay sonraki tedavi sonrası kontrolünde MAA 32 mm, istirahat ve mandibular hareket VAS değerleri sırasıyla 2,4 olarak tespit edildi. Bilateral eklem, temporal ve masseter kas palpasyonundaki hassasiyeti azalmıştı.

Sonuç: PsA tipik olarak asimetriktir ve genellikle DİF eklemlerini içerir. Deri semptomlarının şiddeti ile eklem tutulumu arasında bir ilişki yoktur. PsA ile ilişkili semptomların belirsiz doğası nedeniyle, ayrıntılı anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve radyografik çalışmalar gereklidir. TME tutulumu romatizmal hastalıklarda çene eklem ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ağrı, psoriazis, psöriatik artropati, temporomandibular eklem

Resim 1 - Sağ TME Sagital STIR Sekans



Resim 1 - Sağ TME Sagital STIR Sekans MR Görüntüsü

Resim 2 - Sol TME Sagital STIR Sekans



Resim 2 - Sol TME Sagital STIR Sekans MR Görüntüsü

P-11: Kronik Ağrılı Hastalarda Yüksek Yoğunluklu Manyetik Alan Tedavisinin Etkinliği

Özlem Altındağ[1], Mazlum Serdar Akaltun[1], Neytullah Turan[2], Şükrü Biçer[1], Ali Gür[1]
[1]Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep
[2]Van İl Sağlık Müdürlüğü, Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi, Van

Amaç: Bu çalışma, Yüksek Yoğunluklu Manyetik Alan (HIMF) tedavisinin boyun, bel ve dizde kronik mekanik ağrısı olan hastalarda ağrı ve fonksiyonellik düzeyi üzerine etkilerini araştırmak amacıyla tasarlandı.

Yöntem: Çalışma populasyonu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine boyun, bel ve dizde kronik mekanik ağrı yakınması ile başvuran hastalar arasında ardışık olarak muayene edilen 30 gönüllüden oluşuyordu. Yakınmaların, dejeneratif eklem hastalığı ile ilişkili tanısı klinik ve radyolojik bulgulara göre kondu. Hastaların, demografik özellikleri, detaylı muayene bulguları, eşlik eden hastalıkları, rutin kan testi sonuçları ve radyolojik bulguları kaydedildi. Tüm hastalarda, boyun, bel paravertebral kasları, her iki diz eklemi çevresine hafta içi 5 gün olmak üzere 3 hafta toplam 15 seans HIMF tedavisi uygulandı. Tedavi süresi içerisinde egzersiz ve medikal tedavi önerilmedi. Tüm hastalarda, Ağrı şiddeti Görsel Analog Skala (GAS); fonksiyonellik, Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (SDÖ); depresyon düzeyi, Beck Depresyon ölçeği (BDÖ) ile değerlendirildi. Hastalık şiddeti, Diz hastalarında, Western Ontario ve McMaster Universities Osteoarthritis (WOMAC) ve Lequesne Indeksleri; boyun hastalarında boyun Ağrısı ve Sakatlığı Ölçeği (NPADI); bel hastalarında, Quebec ve Oswestry indeksleri ile değerlendirildi. Tedavi öncesi ve tedaviden sonra değerlendirmeler tekrarlandı.

Bulgular: HIMF tedavisi sonrası VAS, HAQ ve BDI skorları ortalamalarının tamamında anlamlı düzeyde iyileşme saptandı ($p < 0.001$, hepsi için). Hastalık şiddeti açısından tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalarında WOMAC, Lequesne, NPADI, Quebec ve Oswestry indekslerinin tüm alt başlıklarında anlamlı düzelme olduğu görüldü ($p < 0.001$).

Sonuç: Bu çalışmada, bel, boyun, dizde kronik mekanik ağrısı olan hastalarda, HIMF tedavisinin mekanik sebepler ile ilişkili ağrı, hastalık şiddeti ve depresyon düzeyini azalttığı, ayrıca fonksiyonelliği arttırarak günlük yaşam aktivitelerinde iyileşme sağlayan etkili ve güvenli bir tedavi yaklaşımı olabileceği gözlendi.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Kronik ağrı, Yüksek yoğunluklu manyetik alan tedavisi

P-12: Nöroleptik Malign Sendromda Subakut Dönem Rehabilitasyonu: Komplike Bir Vakanın Takibi ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Ramazan Yılmaz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Konya

Amaç: Nöroleptik malign sendrom (NMS), santral dopaminerjik sistemi etkileyen ilaçların, en sık da antipsikotiklerin kullanımı sonrası ortaya çıkan, nadir görülen fakat hayatı tehdit eden hipermetabolik klinik bir tablodur. Objektif tanı kriterleri ve spesifik laboratuar bulguları olmamakla beraber; bilinç değişikliği, muskuler rijidite, hipertermi ve otonomik disfonksiyondan oluşan dört major semptom ile karakterizedir. NMS oldukça heterojen seyreden bir hastalık olup %10-20 mortalite riskine sahiptir. Hastaların büyük çoğunluğunda bir ay içinde iyileşme beklenir. Kanıtlanmış kesin bir tedavisi yoktur. Tedavinin esasını destekleyici bakım, medikal tedavi ve rehabilitasyon oluşturur. Burada, antipsikotik kullanımı sonrası gelişen ve klinik tablonun düzelmediği ağır bir NMS olgusu sunulacaktır.

Olgu: 50 yaşında kadın hasta refakatçileri tarafından sedye ile FTR polikliniğimize yaygın kasılma ve immobilite nedeniyle başvurdu. 12 yıldır bilinen şizofreni tanısı olan, öncesinde mobilite kısıtlılığı olmayan ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan hasta oral (ketiapin 100mg/g) ve intramuskuler (paliperidon 75mg/ay) antipsikotik ilaç kullanmaktaymış. Bir ay önce, bilinç değişikliği, ateş, bulantı, kusma, diaforez, taşikardi, hipotansiyon, yaygın kasılma ve yürüyememe nedeniyle başvurduğu 3. basamak acil serviste, antipsikotik ve anti-emetik (metoklopramid) kullanımına bağlı NMS tanısı konmuş. Hayati tehlikesi olan hasta, bir ay boyunca yoğun bakım ve nöroloji servisinde takip edilmiş. Beyin MRG ve BT görüntülemeleri olağan saptanmış, EEG'sinde jeneralize epileptiform anormallik izlenmiş. Kan tetkiklerinde nötrofilik lökositoz (WBC:14,540/mm3), CRP (45 mg/dL) ve kreatinin kinaz yüksekliği (675 U/L) dışında spesifik bir sonuç gözlenmemiş. Medikal tedavi olarak, bromokriptin 3x2.5mg, baklofen 4x20 mg, lorazepam 2x1mg, valproat 1x500mg, biperiden 2x2 mg ve propranolol 2x40 mg başlanmış. Hastanın muayenesinde; bilinci bulanık, kooperasyon ve oryantasyonu bozuktu. Trismusu olan, iletişim kurulamayan hastanın konuşması disfazikti ve yutma zorluğu tarifleniyordu. Oturma dengesi olmayan hastada, üst ekstremitede fleksör, alt ekstremitede ekstansör ağırlıklı yaygın kurşun boru rijiditesi saptandı. Aktif hareket gözlenmeyen, sabit rijit postürde yatan hastanın kas güçleri değerlendirilemedi. DTRler: +/+, patolojik refleks yoktu. Hastanın yaşı ve NMS atağı öncesi mobilizasyonunun tam olması göz önüne alınarak rehabilitasyon amacıyla FTR servisimize yatırıldı. Dört ekstremite EHA, germe, oturma dengesi egzersizleri ve yatak içi uygun pozisyonlama eğitimi verildi. El-el bileği inhibitör splint ve istirahat AFO reçete edildi. Psikiyatri ve nöroloji ile mükerrer konsülte edildi, ancak medikal yaklaşım açısından ek önerileri olmadı. 80 mg/gün baklofen ile rijiditesinde gevşeme olmayan kaşektik hastada, baklofene bağlı kognitif disfonksiyon olabileceği dikkate alınarak doz kademeli azaltılıp 30 mg/gün'e düşüldü. Rijiditede anlamlı değişiklik gözlenmedi. Rehabilitasyonun 3. haftasında, rijiditeye bağlı yutma güçlüğü nedeniyle beslenme sorunu ön plana çıkan hasta palyatif bakım ünitesine devredildi. Burada 2 aydır yatan, fizyoterapist eşliğinde egzersizlerine devam edilen hasta, en son 23.01.2023 tarihinde tarafımızca değerlendirildi. Bilinç durumunun bulanık olduğu, rijiditesinde sağ diz ve sol ayak bileğinde azalma olduğu, ancak sağ el-bileği ve sol kalçada fleksiyon kontraktürü geliştiği ve beslenme için PEG takıldığı gözlendi (Resim 1). NMS tablosunda gerileme olmayan hastanın palyatif bakımda takibi devam etmektedir (Not: Bu olgu sunumu için, hasta yakınından imzalı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.).

Sonuç: NMS çok nadir görülen, ağır komplikasyonları olan, medikal tedavisi ve rehabilitasyonu hususunda kanıta dayalı bilginin oldukça kısıtlı olduğu ağır bir klinik tablodur. NMS hastalarının multidisipliner bir yaklaşımla takip edilmesi ve tüm vakaların kayıt altına alınarak bu konudaki bilgi ve tecrübe birikiminin arttırılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: immobilite, musküler rijidite, nöroleptik malign sendrom, subakut rehabilitasyon

Resim 1



Resim 1. Nöroleptik malign sendrom tanılı hastanın ataktan 3 ay sonrasındaki görünümü

P-13: Santral Pontin Demiyelinizasyon Nedenli Yaygın Beyin Hasarı Olan Hastanın Nörorehabilitasyonu; Vaka Sunumu

Mert Koç, Yunus Emre Bildik, Elif Tekin, Sinem Uyar Köylü, Serdar Kesikburun, Eda Gürçay
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Ankara

Amaç: Bu çalışmada hiponatremisi olan hastada sodyum replasmanı sonrası gelişen pontin demiyelinizasyona bağlı beyin hasarı sonrası hastaya uygulanan nörorehabilitasyon tedavilerini ve tedavinin etkinliğini sunmayı amaçladık. (Hastanın olgu sunumu için yazılı izin onamı alınmıştır.)

Olgu: 65 yaşındaki kadın hasta kliniğimize kooperasyon ve oryantasyon bozukluğu ile tekerlekli sandalye seviyesinde yatış için başvurdu. Yatışında alınan anamnezinde kronik hipertansiyonu olduğu ve yaklaşık 1 yıl önce antihipertansif ilacıyla anksiyete ilacının değiştirildiği ve ilaç değişimini takiben genel durumunda bozulma, şiddetli kusma şikayetinin olduğu öğrenildi. Kusma sonrası bilinç bulanıklığı ile başvurduğu dış merkezdeki değerlendirilmesinde kan sodyum değerinin 98 mmol/L olarak tespit edilmesi üzerine iv hiponatremi tedavisi uygulandığı ve 6 gün sonra ani bilinç kaybı geliştiği öğrenildi. Beyin magnetik rezonans görüntülemede pons santralinde sekel ensefalomalazi ile uyumlu, santrali BOS ile izointens çevresinde gliotik sinyal kayıtları izlenen alan saptanması üzerine santral pontin miyelinozis tanısı aldığı ve rehabilitasyon amaçlı yönlendirildiği öğrenildi. Hastanın tanı aldıktan sonraki süreçte sadece göz hareketlerinin olduğu, evde uygulanan rehabilitasyon çalışmaları sonucunda kısa oturma dengesinin geliştiği öğrenildi.
Fizik muayenesinde motor afazik, denge-kooperasyonu kısıtlı olarak değerlendirildi. Kas güçleri sağ üst ekstremitede omuz abdüksiyonu ve fleksiyonu 2/5; dirsek fleksiyonu ve ekstansiyonu 2/5; el-el bilek tüm hareketlerde 2/5; sol üst ekstremitede omuz abdüksiyonu ve fleksiyonu 3/5; dirsek fleksiyon ve erkstansiyonu 2/5, el- el bilek tüm hareketlerde 1/5; sağ alt ekstremitede kalça fleksiyon,ekstansiyon ve abdüksiyonu 4/5; diz fleksiyon ve ekstansiyonu 3/5, distalde kalan tüm hareketlerde 1/5; sol alt ekstremitede proksimalde ve distalde tüm eklemlerin hareketlerinde 1/5 olarak tespit edildi. Sağ dirsek ekstansiyonu -50 derecede limitliydi. Sağ dizi fleksiyon yönünde oldukça ağrılıydı. Modifiye Ashworth Skalası'na göre bilateral pektoralis majör, brakialis, pronator, FCR, FDS, FPL, gastrosoleus, tibialis posterior kaslarında MAS 3 seviyesindeydi. Gaitada istemli kontrollüydü; idrarda daimi sondadaydı. Yutma değerlendirmesi fonksiyoneldi, kullanılmayan PEG'i mevcuttu.

Hastaya germe, eklem hareket açıklığı, güçlendirme, oturma dengesi egzersizleri; el rehabilitasyonu, konuşma ve kognitif rehabilitasyon amaçlı egzersizler, bilateral kalça fleksiyonu ve ayak bileği dorsiflerksiyonuna yönelik fonksiyonel elektrik stimülasyon tedavileri verildi. Hastanın bilateral pektoralis major, sağ FCR, sol FDS VE FCU, sol gastroknemius kaslarına ultrasonografi eşliğinde botulinum toksini enjeksiyonu yapıldı. Enjeksiyon sonrasında ilaçları arasında bulunan baklofen, aşamalı doz azaltılarak kesildi. Modifiye Ashworth Skalasına göre botulinum toksini uygulanan kaslardaki spastisite düzeyi MAS 3'ten MAS 2'ye geriledi. Hastanın daimi sondası çıkarıldı, kontrollü şekilde postmiksiyon rezidüsü bakıldı ve 20 ml olarak ölçüldü. Değerlendirme sonucunda idrar için takibi istemli kontrollü olarak devam etti. Yutma değerlendirmesi fonksiyonel olduğundan hastanın PEG'i gastroenteroloji bölümünce çıkarıldı. Hastanın sağ diz ağrısına yönelik ultrasonografi eşliğinde intraartiküler betametazon enjeksiyonu ve geniküler sinir bloğu yapıldı. Enjeksiyon öncesi VAS skoru 9 iken taburculuk öncesi VAS skoru 3 olarak kaydedildi. Hasta yatış öncesi tekerlekli sandalye seviyesindeyken, taburculuk öncesi paralel barda vertikalize olabilir durumdaydı. Hasta önerilerle taburcu edilerek 3 ay sonra poliklinik kontrolüne çağrıldı.

Sonuç: Santral pontin demyelinizasyon nadir görülen ve ağır fonksiyon kayıplarına yol açan bir klinik durumdur. Erken ve kapsamlı rehabilitasyonla hastalarda iyi fonksiyonel sonuç elde edilebileceğinden klinisyenlerin beyin hasarlı hastalarda ayrıntılı elektrolit imbalansını da içeren laboratuvar değerlendirmelerini yaparak erken rehabilitasyon sürecini başlatmalarının önemli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: nörorehabilitasyon, santral, pontin, miyelinozis

P-14: Ramsay Hunt Sendromlu Vestibuler Etkilenimli Hastada Rehabilitasyonun Kısa Dönem Sonuçları

Simge Hande Görmüş, Fatma Yıldız, Emrullah Yıldırım, Mehmet Can Genç, Ömer Faruk Aslan, Ecem Sak, Elif Umay Altaş, Filiz Meryem Sertpoyraz
İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı

Amaç: Ramsay Hunt sendromu, akut periferik fasiyal sinir parezisi ve sıklıkla diğer kraniyal sinir lezyonları ile ilişkili herpes zoster otikus olarak tanımlanır. Motor, duyusal ve otonomik tutulum nedeniyle yüz kaslarında parezi, işitme ve denge bozuklukları, duyusal sorunlar ve tat alma bozuklukları ile lakrimal ve nazal sekresyonlar, ağrı gibi yaşam kalitesini bozan sorunlara yol açar. Biz Ramsay Hunt Sendromlu denge problemi ön planda olanbilgilendirilmiş onamı alınan hastamızda rehabilitasyon tedavisinin kısa dönemdeki etkisini paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 70 yaş kadın hasta polikliniğimize yüzde asimetri ve dengesizlik yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Altı hafta önce sol kulak, başın sol yarısında, göğüs ve sırtın sol tarafında veziküler döküntü sonrası ani başlayan gözü kapatamama, ağızda kayma, sol kulakta işitme kaybı ve denge kaybı nedeniyle kulak burun boğaz servisine interne edilmiş. Yüz felci House Brackman Evre 6 olarak değerlendirilip Ramsay Hunt Sendromu tanısıyla nedeniyle asiklovir, B vitamin kompleksi, Dimenhidrinat, Pirasetam, metilprednisolon (ilk 3gün 70mg/gün İV, daha sonraki 3 gün 60 mg/gün İV) tedavisi verilip 48mg/gün oral metilprednisolon tedavi başlanmış.
Denge problemi ve fasial paralizi nedeniyle rehabilitasyon amacıyla kliniğimize yatırıldı.
Özgeçmişinde servikal kot nedeniyle opere, meniere hastalığı, troidektomi ve osteoporoz vardı.
Fizik Muayenede inspeksiyonda sol fasial paralizi, kulak sayvanında ve saçlı deride veziküller, dorsal kifozda artış ve pektus excavatus mevcuttu. Sol gözde hiperemi ve sağa bakışta nistagmus mevcuttu.
Yürüme geniş tabanlı, dengesiz ve ataksikti. Yerden kalkmada yardım alıyordu. Tandem yürüyüşünü yapamıyordu. House Brackman skoru Evre 6 idi.Standing Leg Stans test bilateral 10 sn altında ve Düşme etkinlik Ölçeği 82'idi.
Video Head İmpuls Testte solda patoloji saptandı.
Biyokimyasal değerlendirme parametreleri olağandı.
EMG'si Sol fasial sinirin kronik süreçte ileri düzeyde aksonal dejenerasyonu ile uyumluydu.
Hastaya fasial sinir motor nokta stimülasyonu, yüz kaslarına yönelik egzersizler, yürüme eğitimi,denge koordinasyon egzersizlerini içeren rehabilitasyon programı düzenlendi.
Son değerlendirmesinde dengesizlik ve yürümede zorluk şikayeti azaldı, Standing Leg Stans Test 30 saniye üzerinde idi. House Brackmann Evre V'e ve Düşme etkinlik ölçeği 65'e geriledi.

Sonuç: Ramsay Hunt Sendromu fasial paralizi ile beraber vestibüler etkilenimde denge problemine de neden olabilmektedir.Erken dönemde başlanan rehabilitasyonun denge problemi olan hastada kısa dönemde etkin olduğu saptanmıştır.

1.Bakshi SS, Ramesh S, Annam CS.Ramsay Hunt Syndrome
Am J Med. 2022 Jun;135(6):e125-e126.
2. Chih-Chieh Chou, Yu-Tai et al. LoFear of falling as a potential complication of Ramsay Hunt syndrome in older adults: a case report.BMC Geriatr 2022 Nov 24;22(1):901

Anahtar Kelimeler: Ramsay Hunt Sendromu, Dengesizlik, Rehabilitasyon

Ramsay Hunt Sendromu Kulakta Veziküler Lezyonlar



P-15: Multipl Strok Öyküsü olan Takayasu Artritli Hastada Avasküler Nekroz

Ecem Sak, Ömer Faruk Aslan, Mehmet Can Genç, Emrullah Yıldırım, Fatma Yıldız, Simge Hande Görmüş, Elif Umay Altaş, Filiz Meryem Sertpoyraz
İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,İzmir

Amaç: Takayasu arteriti genç hastalarda, ender görülen nedeni bilinmeyen büyük-damar vaskülitidir. Glukokortikoidlerle tedavi genellikle vaskülitin ilerlemesini durdurmakta başarılıdır. Steroid tedavisine Metotreksat, Mikofenolat Mofetil, İnfliksimab, Siklofosfamid veya Ritüksimab eklenebilir. Takayasu arteriti olan hastalarda kalıcı morbidite sık görülür. Bunlar hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, aortik regürjitasyon, üst veya alt ekstremitede kladikasyo ve inmedir. Biz Takayasu Artriti nedeniyle multipl inme öyküsü olan, sol kalçada avasküler nekroz gelişen bilgilendirilmiş onamı alınan olgumuzu paylaşmak istedik.

Olgu: 41 yaş erkek hasta, son 5 aydır olan sol kalçada ağrı ve yürümede zorluk şikayeti ile polikliniğe başvurdu.
Öyküsünde Takayasu Arteriti tanısı olan hastada sol kalça ağrısı nedeniyle başvurduğu sağlık kurumunda iler tetkikler sonucunda avasküler nekroz tanısı almıştı. Son üç aydır yürümede zorluk, sol kalçada ağrı ve kısıtlılığın artması nedeniyle ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı.
Özgeçmişinde 20 yaşında Takayasu arteriti tanısı alan hasta yaklaşık 20 yıl oral metil prednisolon 16mg/gün kullanmış. Sol kalçada avasküler nekroz gelişince steroid tedavisi kesilmiş.
2001 yılında SVO (sağ hemiparezi), 2008 yılında iki kez SVO (sol hemiparezi) ve 2008 yılındaki ikinci SVO' ya Pulmoner Emboli eşlik ettiği öğrenildi. Takiplerde çok kez fizik tedavi almış.
Sol alt ekstremitesindeki spastisitelerine yönelik çok kez botulinum toksin enjeksiyonu öyküsü olan hasta Varfarin 10mg 1x1, Desmopressin 120mg 1x1 ve Essitalopram 20mg 1x1 kullanıyordu.
Klinik değerlendirilmesinde
Tek kanadyen ile mobilize. Fonksiyonel ambulasyon skalası: 1,Yürüme paterni antaljikti ve kısa mesafe yürüyebiliyordu.
Brunstrom üst ekstremite:6, el:5, alt ekstremite:5.
Sağ radial nabız azalmıştı ve sağ dorsalis pediste nabız alınamadı.
Tansiyon sağ üst ekstremiteden ölçülemedi.
Alt ekstremitede sol kalça ve diz fleksörlerinde Modifiye Ashworth Evre:2 spastisitesi mevcut.
Sol kalçada VAS ağrı skoru:8, Solda belirgin bilateral kalçalarda FABER ve FADIR oldukça ağrılı ve kısıtlıydı.
Babinski bilateral pozitif.
Biyokimyasal değe1.rlendirmede D vitamini:10, B12:202, INR:4,6 dışında patolojik bulgu saptanmadı.
Hastaya, Paracetamol IV tedavi başlandı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programı olarak sol kalça soğuk uygulama ve interferans, bilateral kalça ROM ve germe egzersizleri, bilateral diz ROM ve germe egzersizleri ve quadriceps izometrik güçlendirme egzersizleri verildi. Ağrıları devam eden hastaya medikal tedavi olarak tramadol ve parasetamol tablet başlandı.
Ortopedi kliniği ile konsülte edilen hasta avasküler nekroza evre 4 olarak değerlendirildi ve İNR düzeylerinin düzensiz seyretmesi nedeniyle konservatif tedavinin devamı ve elektif şartlarda artroplasti önerildi.
Tedavinin 15 seansında sol kalça VAS skoru:4 şeklinde geriledi. Kalça ekleminde fleksiyon ve abduksiyon,diz ekleminde fleksiyon yönünde kısmen eklem hareket açıklığında artış saptandı. Yürüyüş mesafesi arttı.

Sonuç: Takayasu Artritli hastalarda inme, aseptik nekroz ve eklem hareket kısıtlılığı gibi multipl komplikasyonlar görülebilmektedir. Ko morbiditeler nedeniyle cerrahi ertelenen hastalarda fizik tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımı ağrı ve fonksiyonellik açısından etkilidir.
1. Gokcen N, Komac A, Tuncer F et al.
Risk factors of avascular necrosis in Takayasu arteritis: a cross sectional study.Rheumatol Int. 2022 Mar;42(3):529-534.
2.Saklecha AV, Wadhokar OC, Patil DS, Naqvi WM.Effect of physiotherapy rehabilitation on stage 4 avascular necrosis of femur following pyogenic arthritis: a case report Pan Afr Med J
. 2022 Jan 7;41:17.

Anahtar Kelimeler: Takayasu Arterit, Avasküler Nekroz, İnme, Kortikosteroid

Bilateral Kalça Grafisi



P-16: Siringomiyeli İlişkili Skolyoz: Olgu Sunumu

Zeynep Şener Doğruel, Damla Cankurtaran, Ece Ünlü Akyüz
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ankara

Giriş: Skolyoz, koronal düzlemde omurganın 10 ° üzerindeki eğriliğin yanında vertebraların rotasyonudur. Skolyozun, idiyopatik olup olmadığını veya ilişkili bir nöral eksen malformasyonuna sahip olup olmadığını belirlemek önemlidir çünkü bu bilgi prognozu, tedaviyi ve sonucu etkileyebilir. Siringomiyeli, omurilik maddesi içinde sıvı dolu bir boşluk ile karakterize bir durumdur siringomiyeli ağrı, duyu kaybı ve motor güçsüzlüğe spinal deformite eşlik edebilir. Biz bu yazıda siringomiyeli ilişkili bir skolyoz olgusu sunulucaktır. Hastanın ebeveynleri tarafından bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldı.

Olgu: Olgumuz, 9 yaşında kız hasta hasta polikliniğimize el kaslarındaki kuvvetsizlik sebebiyle başvurdu. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın yapılan lökomotor fizik muayenesinde inspeksiyonda; belirgin bir omuz asimetrisi mevcuttu. Adam öne eğilme testinde de bu asimetri fark ediliyordu. Kas gücü muayenesinde parmak abdüksiyonu ve addüksiyonu kas gücü 2/5, baş parmak oppozisyonu kas gücü 3/5, parmak ekstansör kas gücü 4/5 olduğu görüldü. Patolojik refleks saptanmadı. Biceps, bracihoradial ve triceps refleksleri normoaktifti. Froment testi ve wartenberg testi pozitifti. Hastada patolojik refleks saptanmadı
Yapılan elektronöromiyografi (ENMG) incelemesinde C8-T1 sinir köklerinde dorsal kök ganglionu proksimalinde akut aksonal parsiyel dejenerasyon ile uyumlu bulundu. Sonrasında hasta ileri radyolojik değerlendirmeye yönlendirildi. Çekilen magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG) torakolomber bölgede açıklığı sola bakan belirgin skolyoz ve servikal bölgeden başlayıp torakal seviyelere kadar devam eden en geniş yerinde 4.6mm anteroposterior çapa sahip siringomyeli spatandı. Serebellar tonsiller foremen magnum düzeyi inferiorunda 6.7mm herniye görünümdeydi (şekil 1-2).
Hastanın klinik durumunun Chiari malformasyonun eşlik ettiği siringomiyeli ilişkili skolyoz olduğu düşünüldü.

Sonuç: Siringomiyelili hastaları gerçek idiyopatik skolyozlu hastalardan ayırt etmek için fizik muayene ve radyolojik görüntüleme oldukça önemlidir. Bu nedenle skolyoz olgularında ayrıntılı klinik ve nörolojik muayene ve gerekli durumlarda görüntüleme yöntemleri eşlik eden patolojileri saptamak açısından önemlidir. Bu hastaları başarılı ve güvenli bir şekilde tedavi etmek için nöroşirürji ekibi ile yakın etkileşim zorunludur. Siringomiyeliden kaynaklanan skolyoz ilerlemesi her zaman büyümeye bağlı değildir ve iskelet olgunluğundan sonra da devam edebilir. Bu nedenle takip yetişkinliğe kadar sürdürülmelidir.

Anahtar Kelimeler: elektronöromiyografi, siringomiyeli, skolyoz

Şekil 1



Chiari malformasyonun eşlik ettiği siringomiyeli

Şekil 2



Chiari malformasyonun eşlik ettiği siringomiyeli

P-17: Nöromusküler Elektriksel Stimülasyon Uygulaması Sonrası Gelişen Nöbet Olgusu

Ezgi Meriç, Nurettin Taştekin, Taban Kamal Mohammed Aziz
Trakya Üniversite Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Edirne

Amaç: Elektrik enerjisinin tıbbi tedavi amacıyla kullanılmasına elektroterapi denir. Nöromusküler elektriksel stimülasyon (NMES); etkilenmiş ekstremite fonksiyonlarını iyileştirmek için uygulanan elektroterapi yöntemidir. NMES kası kuvvetlendirmek, kas atrofisi ve dejenerasyonunu önlemek, eklem hareket açıklığını (EHA) korumak veya artırmak, spastisiteyi önlemek amacıyla uygulanabilir. Bu olgu sunumunda bilinen epilepsi ve atipik otizm tanıları olan; sol tuberculum majus fraktürü sonrası opere edilen, rehabilitasyon programında deltoid, supraspinatus, infraspinatus kaslarına 20 dakika elektrik stimülasyonu uygulanan ve elektrik stimülasyonu sonrası nöbet geçiren hastayı sunmayı amaçladık. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu hasta ve ailesine imzalatılmıştır.

Olgu: 20 yaşında bilinen atipik otizm ve epilepsi tanıları olan erkek hasta 18.10.2022 tarihinde nöbet geçirdikten sonra sol omuzda ağrı ve şişlik şikayetleri gelişmesi üzerine acil servise başvurmuş. Çekilen direkt grafide sol tuberculum majus fraktürü saptanmış. Açık redüksiyon internal fiksasyon yöntemi ile opere edilmiş. Hasta postoperatif 8. haftada tarafımıza rehabilitasyon amacıyla başvurdu. Hastanın operasyon sonrası 2 ay velpeau bandaj kullandığı, tarafımıza başvurduğunda faz 1 egzersizlerini yaptığı ve 1 mg 1x1 Risperidon, 500 mg 2X1 Levetirasetam, 5 mg 1x1 Aripiprazol kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede sol omuz eklem hareket açıklıkları tüm yönlerde kısıtlıydı. Deltoid atrofik görünümdeydi. Sol dirsek fleksiyon postüründeydi ve ekstansiyonu 30° kısıtlıydı. Velpeau bandajı çıkarıldı ve kullanımı durduruldu. Rehabilitasyon programı eklem hareket açıklığı egzersizleri, germe egzersizleri, güçlendirme egzersizleri, postür eğitimi ve elektrik stimülasyonu olarak planlandı. Hasta elektrik stimülasyonu uygulamasının ilk gününde, uygulamadan 6 saat sonra gözlerde yukarı kayma, hareketlerde duraklama, boşluğu bakma şeklinde yaklaşık 2 dakika süren farkındalığın kaybolduğu nöbet geçirdi. Hastanın vitallerine bakıldı. Kan basıncı 150/100 mmHg ölçüldü. Diğer vitalleri stabildi. Kan basıncı 10 dk sonra 110/70 mmHg ölçüldü. Muayenesinde patolojik durum saptanmayan hasta nörolojiye danışıldı. Hastadan kranial manyatik rezonans görüntüleme (MRG) ve elektroensefalografi (EEG) istendi. EEG'de çekim sırasında epileptiform bir anomaliye rastlanmadı. Kranial MRG'de sağ oksipital lobda subkortikal ak madde yerleşimli ancak belirgin kortikal uzanımı bulunmayan T2-FLAİR hiperintens sinyal değişikliği alanı izlendi. Sinyal değişikliği alanı fokal kortikal displazi ve benzeri fokal epileptojenik lezyonlar açısından şüpheli olarak değerlendirildi. Nöroloji tarafından hastanın Levetirasetam adlı ilacının dozu 1000 mg 2x1'e yükseltildi. Hastanın rehabilitasyon programından elektrik stimülasyonu çıkarıldı. Takiplerinde yeni bir nöbet görülmedi. Hastanın kontrolleri ve egzersiz programı düzenli şekilde devam etmektedir.

Sonuç: Epilepsi yaygın görülen ciddi nörolojik hastalıklardan biridir. Epileptik nöbet; nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarj sonucu ortaya çıkan geçici semptomlara verilen addır. Epilepsi ise; epileptik nöbet oluşturmaya kalıcı bir yatkınlık ile karakterize olan beyin hastalığıdır. Epilepsi tanısı ve geçirilmiş nöbet öyküsü olan; MRG'de epileptojenik odağı saptanan, medikal tedavisini düzenli kullanan hastamız NMES sonrası nöbet geçirmiştir. Hastanın rehabilitasyon programından NMES çıkartılmış ve yeni bir nöbet görülmemiştir. Olgumuzda görüldüğü gibi epilepsi tanısı olan veya nöbet öyküsü olan hastalarda elektrik stimülasyonu uygulamaları yeni bir nöbeti tetikleyebilir. Tedavi amacıyla sıkça kullandığımız elektroterapi yöntemleri bu hastalarda dikkatli kullanılmalı, tıbbi gereklilikler dışında kullanımından kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: elektrik stimülasyonu, nöbet

P-18: Yaş Kupa (Hacamat) Uygulaması Sonrası Gelişen Septik Subdeltoid Bursit

Ayşegül Özsoy[1], Muhammet Uğur Öztürk[2], Fatih Baygutalp[1]
[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum
[2]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Erzurum

Amaç: Septik bursit enfeksiyon kaynaklı bursa inflamasyonudur. Enfeksiyon mikroorganizmaların bursaya perkütan yolla inokülasyonu, cilt komşuluğundaki selülitten doğrudan yayılım ve nadiren hematojen yolla olabilir (1,2). Akut septik bursitte en yaygın mikroorganizma Staphylococcus aureus'tur ve onu Streptococcus türleri takip eder. Diğer mikroorganizmalar Escherichia coli, Enterococcus, Psödomonas Aeroginosa ve koagülaz negatif Stafilokoklardır (3). Kupa tedavisi temel olarak yaş ve kuru kupa tedavisi olarak yapılmaktadır (4).
Bu olgu sunumunun amacı sağlık üniteleri ve personeli dışında omuza uygulanan yaş kupa tedavisi sonucu gelişen septik bursit komplikasyonuna dikkat çekmektir.

Olgu: 28 yaş erkek hasta sol omuz ağrısı şikayetiyle Atatürk Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvurdu. Ağrısı yaklaşık 4 aydır mevcut olup son 1 haftadır şiddetlenmiş. Ağrı omuzdan dirseğe doğru yayılıyor, hareketle artıp istirahatle değişmiyor, gece ağrısı oluyor ve sabah tutukluğu 15 dakikadan kısa sürüyordu. Hastanın nonsteroid ilaç kullanmasına rağmen ağrısı devam ediyordu. Hastanın, travma ve son 3 ayda geçirilmiş enfeksiyon öyküsü yoktu. Fizik muayane de inspeksiyonla sol omuz derisinde kesi izleri görüldü (Resim 1). Hastaya 1 hafta önce sağlık kurumları dışında sağlık personeli olmayan bir kişi tarafından hacamat yapıldığı öğrenildi. Palpasyonla hafif ısı artışı mevcuttu. Omuz eklem hareket açıklıkları tüm yönlerde açık ve tam olup fleksiyon ve abdüksiyon ağrılıydı. Hawkins ve Neer testi pozitif, ağrılı ark, düşük kol ve Speed testi negatif idi. Laboratuar tetkiklerinde beyaz küre 6120/mm3, hemoglobulin 13.9 gr/dl, trombosit 233.000/mm3, glukoz 99 mg/dl, CRP ve sedim ile birlikte diğer biyokimya markırları normal, RF, Anti-CCP, ANA ve diğer otoimmün markırlar negatif idi. Omuz USG'de subdeltoid bursada belirgin efüzyon mevcuttu, aspire edildi ve pürülan görünümdeki sıvı analize gönderildi (Resim 2a ve 2b). Aspirat sıvısında beyaz küre 19600/mm3, glukoz 86 mg/dl, gram yaymada her sahada 6-8 polimorfonükleer lökosit görüldü. Gram yaymada mikroorganizma ve direkt tetkik de Aside dirençli basil görülmedi. Kültürde Escherichia coli üredi. Septik bursit ön tanısıyla enfeksiyon hastalıkları ve ortopedi konsültasyonu istendi. Siprofloksasin 500 mg tablet 2x1 başlandı, 7 gün kullanıldı. Hasta kontrole çağrıldı şikayetlerinin geçtiğini belirtti.

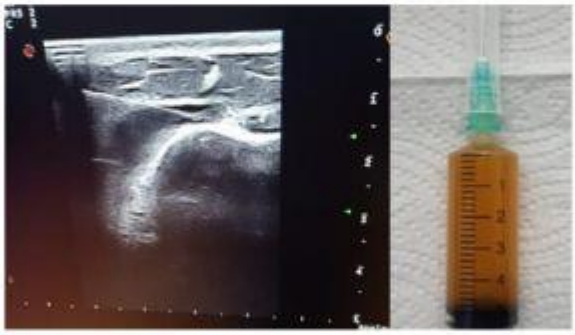
Sonuç: Günümüzde yaş kupa uygulamaları sık tercih edilen tamamlayıcı tedavi yöntemlerindendir. Kupa tedavisine bağlı gelişen faktitiyal dermatit, herpes enfeksiyonu, ciltte pigmentasyon ve laserasyon, demir eksikliği anemisi, servikal epidural apse, lomber apse, ağrıda artış gibi komplikasyonlar rapor edilmiştir (5). Araştırdığımız kadarıyla literatürde kupa uygulaması sonrası gelişen septik bursit vakasına rastlamadık. Olgumuz da yaş kupa uygulamasının yapıldığı hasta tarafından belirtilmemiş olup inspeksiyonla fark edilmiştir, bu vaka inspeksiyonun önemini göstermiştir. Sağlık üniteleri dışında doktor tarafından yapılmayan yaş kupa uygulamalarında gelişebilecek septik bursite dikkat çekilmiştir. Hastadan bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formu alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hacamat, komplikasyon, subdeltoid bursit, yaş kupa

Resim 1, 2a, 2b.



Resim 1. Hacamata bağlı cilde kesi izleri



Resim 2a. Subdeltoid bursanın USG görüntüsü, 2b. Aspirasyon sıvısı

P-19: Brakial Pleksus Malign Periferik Sinir Kılıfı Tümörü: Nadir Bir Olgu Sunumu

Merve Dikici Yağlı[1], Meltem İnci[2], Merih Akpınar[1], Nalan Çapan[1]
[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Malign periferik sinir kılıf tümörleri (MPSKT) nadir görülmektedir. Tüm yumuşak doku tümörlerinin %10'unu oluşturmaktadır. Kas iskelet sisteminde farklı semptomlarla bulgu vermektedir. Olgu sunumumuzda sol elde ilerleyici uyuşma ve ağrı şikayetiyle başvuran, yapılan ileri tetkiklerle MPSKT tanısı konulan hastanın klinik özelliklerinin gözden geçirilmesi ve ayırıcı tanısının tartışılması amaçlanmıştır. Olgudan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta, Ağustos 2022' de İstanbul Tıp Fakültesi (İTF), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı polikliniğine sol el ilk iki ve 3. parmak yarısında özellikle geceleri sabaha karşı olan uyuşma ve ağrı şikayetleri ile başvurmuştu. Anamnezinde ağrının giderek arttığını ve gece uykudan uyandırdığını belirtti. Yapılan fizik muayenesinde üst ve alt ekstremite kas güçleri tam olarak bulundu. Bilateral tenar kaslarda atrofik görünüm mevcuttu. Bilateral brakioradiyal refleksler canlı, diğer derin tendon refleksleri normoaktifti. Ek olarak herhangi bir patolojik refleks saptanmadı. Phalen ve Tinnel testleri negatifti. Yüzeyel duyu muayenesinde sol üst ekstremitede dermatomal olmayan genel bir hipoestezi tarifliyordu. Vibrasyon ve pozisyon duyuları normal olarak saptandı. Özgeçmişinde 26 yıl önce toraks duvarında bulunan fibrosarkom nedeniyle radyoterapi öyküsü mevcuttu. Karpal tünel sendromu (KTS) ve brakial pleksus patolojilerine yönelik Eylül 2022' de istenen elektromiyografi (EMG) sonucunda tuzak nöropati ve brakial pleksusa ait bir patolojik bulgu saptanmadı. Özgeçmişinde radyoterapi öyküsü olması üzerine kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi. Sol aksiller fossada, aksiyel planda en geniş yerinde 24 x 30 mm boyutlu, aksiller arteri yaklaşık 150 derece çevreleyen, yumuşak doku dansitesinde nodüler lezyon saptandı. Ekim 2022'de USG eşliğinde yapılan biyopside iğsi hücreli mezenkimal tümör saptanan hastanın PET-BT' sinde sol aksiller fossada görülen heterojen dansiteli lezyon dışında başka tutulum saptanmadı. Aralık 2022' de İTF Plastik Cerrahi Anabilim Dalı tarafından kitle ekzisyonu yapıldı. Patoloji sonucu MPSKT olarak rapor edildi, cerrahi sınırı temiz olarak belirtildi. Radyoterapi planlanan hastaya nöropatik ağrıları nedeniyle gabapentin tedavisi başlandı. Postoperatif ödemi ve her yöne omuz hareket kısıtlılığı olan hastaya, omuz çevresine ağrı sınırında pasif eklem hareket açıklığı ve nazik germe egzersizleri verildi, şiş ve ağrılı el için kontrast banyo önerildi.

Sonuç: MPSKT, tüm yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %10'unu oluşturan, lokal ve uzak yayılma riski yüksek, orta/yüksek dereceli nadir bir yumuşak doku sarkomu alt tipidir. Siyatik sinir, brakiyal pleksus veya sakral pleksus periferik sinir dalından veya kılıfından köken alabilir. %50'si Nörofibromatozis Tip 1 hastalığı ile ilişkilidir, bu nedenle bu hastalar herhangi bir yeni semptom veya kitle açısından detaylı araştırılmalıdır. Hodgkin Lenfoma, meme karsinomu gibi maligniteler nedeniyle yapılan radyoterapiden yıllar sonra da MPSKT görülebilir. Brakiyal pleksusun MPSKT' sinde üst trunkus tutulum sıklığı yüksektir. C5-C6 dermatom ve miyotomları etkilenebilir, üst ekstremitede ağrı ve uyuşma şikayeti ile başvuran hastalarda semptomlar C5-C6 radikülopatisini veya KTS'yi taklit edebilir. Ameliyat öncesi veya sonrası yapılan adjuvan yüksek doz radyoterapi ile birlikte geniş negatif sınırlarla cerrahi rezeksiyon, MPSKT için tek küratif tedavi seçeneğidir. Rezeke edilemeyen veya metastaz olan olgularda 5 yıllık sağkalım oranı yaklaşık % 20-50' dir.

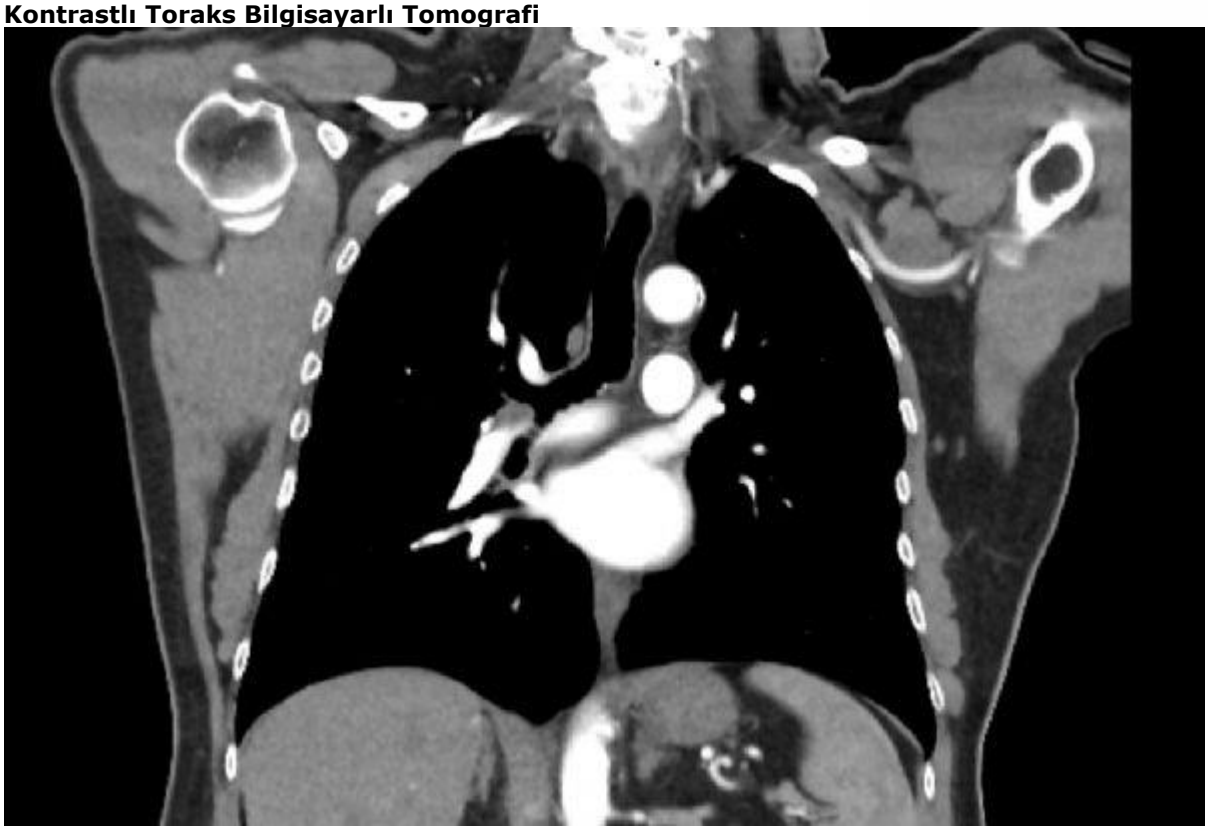
Anahtar Kelimeler: Brakial pleksus, nöropatik ağrı, sinir kılıfı tümörü

Kontrastlı Toraks Bilgisayarlı Tomografi



Şekil 2: Sol aksiller fossada, aksiyel planda en geniş yerinde 24 x 30 mm boyutlu, aksiller arteri yaklaşık 150 derece çevreleyen, yumuşak doku dansitesinde nodüler lezyon

Kontrastlı Toraks Bilgisayarlı Tomografi



Şekil 1: Sol aksiller fossada, aksiyel planda en geniş yerinde 24 x 30 mm boyutlu, aksiller arteri yaklaşık 150 derece çevreleyen, yumuşak doku dansitesinde nodüler lezyon

P-20: Dravet Sendromlu Çocuk Hastada Rehabilitasyon Deneyimi: Bir Vaka Sunumu

Bilge Büşra Ceylan, Aslıhan Aladağ Aydoğan, Ahmet Tarık Canbulat, Berke Aras, Özlem Yılmaz Taşdelen, Canan Çulha
ankara şehir hastanesi

Amaç:: Dravet Sendromu (DS) inatçı epilepsi ve nörogelişimsel gecikmelerle kendini gösteren erken başlangıçlı, genetik bozukluk nedenli epilepsi sendromudur. DS'nin genetik temeli 24. kromozomdaki voltaj kapılı sodyum kanalları ile ilgili SCN1A genindeki bir mutasyon olarak keşfedilmiştir. Bebeklik döneminde geçirilen nöbetlere bağlı oluşan nörogelişimsel gecikmeler zamanla ciddi nörolojik yetersizliğe ilerler. Ataksi, dizartri, lisan bozukluğu ile birlikte bilişsel bozukluklar, görsel motor entegrasyon, algı ve yürütücü işlev bozuklukları gelişir. (1) Bu vaka sunumunda DS ile takipli çocuk hastada rehabilitasyon deneyimi sunulmuştur. Hasta yakınından olgu sunumu yapılacağına dair bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır.

Olgu: Gelişim geriliği nedeniyle başvuran 3 yaşındaki erkek hasta ilk epileptik nöbetini 3 aylıkken geçirmiş, tekrarlayan nöbetler sonrasında genetik analizinde SCN1A heterozigot gen mutasyonu da saptanmasıyla DS tanısı almış. Baş tutması 8 ay, oturması 1 yaş, adımlaması 1,5 yaşında başlamış. Fizik muayenesinde başını tutabiliyor,desteksiz oturabiliyordu. Her iki üst ekstremitede kaba kavraması ve ince becerileri yetersizdi. Sol eli sağ ele göre daha az kullanıyordu. Kişi gözetiminde kısa adımlarla, başı fleksiyon posturunde, ataksik ve yardımcı cihaz kullanmadan bağımsız ambule idi. Görme değerlendirmesinde strabismus ve fiksasyon zayıflığı görüldü. Pediatrik rehabilitasyon kliniğine yatmasının ardından hastaya eklem hareket açıklığı ve güçlendirme egzersizleri, denge ve koordinasyon egzersizleri, yürüme eğitimi, postür egzersizleri, ergoterapi, temel görsel becerileri arttırmaya yönelik görme rehabilitasyonu, dil ve konuşma rehabilitasyonu ve kognitif rehabilitasyonu içeren bir tedavi verildi. Altı haftalık rehabilitasyon sürecinin sonunda başı dik ve daha dengeli yürümeye başladı. Konuşmasında olumlu bir gelişme görülmedi. Kognitif becerilerinde ciddi değişiklikler olmasa da göz takibinin arttığı görüldü.

Sonuç: Bu vakada belirttiğimiz üzere devam eden nöbetlere rağmen uygulanan nörorehabilitasyon hastanın fonksiyonel durumunda iyileşme ile sonuçlanmıştır. Bu hastaların rehabilitasyonunda karşılaşılabilecek zorlukların bilinmesinin ve rehabilitasyon programının yönetiminin hastaların fonksiyonel durumunu geliştirmek için faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: dravet, pediatrik, rehabilitasyon

P-21: Tedaviye Dirençli Bir İdiopatik Aşırı Aktif Mesane Olgusu

Onur Çakan, Birkan Sonel Tur, Haydar Gök, Aysun Genç, Sevgi Esra Özdemir
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: İdiopatik aşırı aktif mesane (AAM), sık idrara çıkma, üriner inkontinans (Üİ) ve noktüri ile birlikte olan veya olmayan idrar aciliyeti ile karakterize yaygın bir bozukluktur. AAM tedavisinde farmakoterapinin yanında, davranışsal terapi yöntemleri ve pelvik taban egzersizleri olarak da bilinen Kegel egzersizleri en sık uygulanan yaklaşımlardır. Nadiren bazı hastalarda tedaviye direnç görülebilmektedir. Bu durumlarda bireye özgü oluşturulan tedavi yönetimi gereklidir. Bu olgu sunumu ile, farklı zamanlarda uygulanan çeşitli tedavi yöntemlerine dirençli bir idiopatik AAM hastasında multidisipliner ve çoklu tedavi yaklaşımının daha etkili olabileceğini göstermeyi amaçladık.

Olgu: 70 yaşındaki kadın hasta 18 yıldır sık idrara çıkma yakınması ile çok defa Üroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniklerine başvurmuş. Öyküsünde 4 kez normal doğum yaptığı ve yakınmalarının doğumdan sonra başladığı öğrenildi. 10 yıl önce Üroloji kliniğinde mesaneye botulinum toksin enjeksiyonu ile birlikte hidrodistansiyon uygulanmış. Şikayetleri devam eden hastaya daha sonra intravezikal kondroitin sülfat uygulaması denenmiş ve medikal tedavi olarak önce oksibutinin ardından 7 yıl önce Fesoterodin 4mg/gün başlanmış. Hasta bu uygulamalardan fayda görmemiş. Pelvik ağrıları da olan hastaya Duloksetin 30mg/gün olarak başlanmış. Biyofeedback eşliğinde kegel egzersizleri yaptırılmış. Bu son tedaviden minimal derecede fayda gören hastanın idrar yapma hacmi 40 cc'den 200 cc'ye çıkmış. Bununla birlikte hasta her saat başı idrara sıkışıyormuş, tüm gün içerisinde 7-8'i gece olmak üzere toplam 17-18 kez tuvalete gidiyormuş. Bu nedenle uyku düzeni ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiş. Üroloji Kliniği tarafımızca ürolojik rehabilitasyon amacıyla kliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın sistemik, lökomotor ve nörolojik muayenesi normaldi. Pelvik taban ve vajinal muayenesinde şiddetli kontraksiyonlar saptandı. Tüm laboratuvar tetkikleri normal, idrar kültürü temiz olarak sonuçlandı. Duloksetin 1 ay sonra 60mg/gün dozuna çıkıldı. Biofeedback eşliğinde ters Kegel egzersizleri ile gevşeme egzersizi 20 dakika süreyle 20 seans olarak uygulandı. Beraberinde solunum ve kor kaslarına yönelik egzersizler yaptırıldı. Hastaya yapılan ürodinamide; mesane duyusu aşırı artmış olarak saptandı. İlk his 61ml'de, çok sıkışma ise 99ml'de izlendi. Detrüsör aşırı aktivitesi ve inkontinans gözlenmedi. Bu bulgularla Fesoterodin 8mg/gün'e çıkıldı. Hastaya programlı işeme ve davranış tedavisi programı uygulandı. Bu amaçla 24 saatlik çizelge oluşturularak hastaya gün içerisinde işeme yapacağı saatler belirlendi ve ani işeme ihtiyacı duyduğunda hemen tuvalete gitmemesi, ayakta ise oturması ve gevşemek için nefes egzersizleri yapması önerildi.Sıvı rejimi düzenlendi. İki hafta sonra tedaviye 10mg/gün dozda baklofen eklendi, 5 gün sonra 20mg/gün doza çıkıldı. Ayrıca kabızlığı önlemek diyeti düzenlendi. Gece sık tuvalete kalkan hastaya uyku hijyeni hakkında bilgi verildi.
Tüm bu tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımlarının 1. ayında hasta gündüz iki saatte bir olmak üzere daha seyrek olarak ve geceleri 4-5 kez idrara çıkmaya başladı. Hastanın uykusu ve morali daha iyi hale geldi ve memnuniyetini ifade etti. Bu olgu sunumu için hastadan yazılı onam alındı.

Sonuç: Tedaviye dirençli idiopatik aşırı aktif mesane yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkilemektedir. Tek başına verilen medikal tedavi veya rehabilitasyon yaklaşımları sıklıkla başarısız olmaktadır. Bu nedenle tedavinin kişiye özel olarak ayarlanması, multimodal olması ve hastanın işbirliğinin de sağlanmasının gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Aşırı aktif mesane, rehabilitasyon, davranış terapisi, biofeedback

P-22: Nadir Bir Bel Ağrısı Sebebi: Baastrup Hastalığı

Berkay Yalçınkaya, Murat Kara
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksek Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Bel ağrısının en sık nedenleri arasında kas spazmları, lomber disk hernileri, spondiloza bağlı dejeneratif değişiklikler yer almaktadır. Bunlarla birlikte bel ağrısının nadir nedenleri de gözden kaçırılmamalıdır. Baastrup hastalığı da bu nadir nedenler arasında yer almaktadır. Baastrup hastalığı; lomber bölgedeki spinöz proseslerin normalden daha büyük olması neticesinde bu proseslerin hareketle ilişkili olarak birbirine sürtünmesi ve bu sürtünmenin de komşu kemik ve yumuşak dokularda yol açtığı dejeneratif değişikliklerin sebep olduğu bel ağrısıyla karakterize bir hastalıktır. Biz bu vakamızda bu nadir nedenlerden biri olan Baastrup hastalığına dikkat çekmek istedik.

Olgu: 31 yaşında erkek hasta polikliniğimize uzun zamandır ve ara ara olan bel ağrısıyla başvurdu. Hasta ağrısını sakroiliak bölge üzerinde lokalize ediyordu. Ağrının hareketle belirgin ilişkili bir paterni yoktu. Hasta travma ya da başka herhangi bir semptom tariflemedi. Hastanın yakın tarihte yapılan sol kalça manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), her iki femur proksimalinde pistol kabzası konfigürasyonu saptandığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde bel ekstansiyonunun belirgin ağrılı olması dışında herhangi bir bulgu saptanmadı. Hastanın ağrılarının kalça eklemi ile tam ilişkilendirilememesi sonucunda lomber ve torakal iki yönlü X-ray istendi. X-ray gözden geçirildiğinde lomber bölgede spinöz proseslerin normalden büyük olduğu, iki spinöz proseste sürtünmeye bağlı sklerotik değişiklikler olduğu gözlendi. (Resim-1) Bunun üzerine hastaya Baastrup hastalığı teşhisi kondu. Hasta non steroidal anti inflamatuar ilaç(NSAİİ); bel-karın kaslarını ve kalça ekstansörlerini güçlendirici egzersiz, sırt ekstansör güçlendirme, kalça fleksörlerini germe ve postür egzersizleri ile tedavi takibine alındı, hastanın aktif tedavisi hala devam etmektedir. Hastaya olgu sunumu şeklinde bilimsel amaçla yazılacağı bilgisi verildi ve hastadan aydınlatılmış sözlü-yazılı onam alındı.

Sonuç: Baastrup hastalığı interspinöz bursit ve lomber omurgadaki proseslerin dejeneratif değişiklikleriyle karakterize nadir görülen bir bel ağrısı sebebidir. Sık görülen nedenleri arasında sagittal planda yapılan tekrarlayıcı-zorlayıcı fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri, artmış lordoz, travma ve obezite yer alır. Tanı genellikle görüntüleme ile konur.(X-ray, BT, MRG). Herhangi bir fonksiyon kaybına neden olmuyorsa tedavide öncelikle konservatif seçenekler değerlendirilmelidir. Ağrının semptomatik tedavisine yönelik NSAİİ; sırt ekstansör ve kalça ekstansör kaslarına güçlendirme, kalça fleksörlerine germe egzersizleri verilmelidir. Sonuç olarak Baastrup hastalığı bel ağrısına sebep olan ve klinisyenler tarafından atlanmaması gerektiğini düşündüğümüz bir hastalıktır. Biz bu yazıyla bu nadir ama kolay tanı konabilen hastalığa dikkat çekerek klinisyenler arasında hastalık hakkındaki farkındalığı arttırmak istedik. Son olarak her ne kadar tanı algoritmalarında travma öyküsü olmayan genç hastalara rutin omurga grafisi çektirilmesi önerilmese de klinisyenin tecrübesi doğrultusunda travma öyküsü olmayan genç hastalara dahi varyasyonel ya da dejeneratif omurga değişikliklerini saptamak açısından omurga grafisi istenmesinin faydalı olabileceğini göstermek istedik.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, Dejenerasyon, Direkt grafi, Omurga

Resim-1



Figür 1: Normalden daha büyük spinöz prosesler ve özellikle L2 ve L3 spinöz proseslerin alt yüzlerinde belirgin olan dejenerasyona bağlı sklerotik alanlar görülmektedir.

P-23: Rüzgar Savruğu (Windswept) Deformitesi Olan Hastada Erken Dönemde Rehabilitasyonun Sonuçları: Olgu Sunumu

Yıldız Altıntaş, Cuma Uz, Zeynel Abidin Güldoğan, Şükran Güzel, İbrahim Gündoğdu
Ankara Etlik Şehir Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi

Giriş: Rüzgar savruğu (Windswept) deformitesi, ilk olarak 1975'te tanımlanan bir dizde varum deformitesi diğerinde valgus deformitesi olmasıdır. Etyolojisinde gelişimsel displaziler, metabolik hastalıklar nadiren de dejeneratif süreçler yer alır. İleri derecede fonksiyonel durumu kısıtladığında tedavisinde diz artroplastisi uygulandığına dair vakalar vardır. Burada rüzgar savruğu deformitesi olan çift destekle kısa mesafe ambule olabilen bir hastada inme sonrası erken rehabilitasyon sonuçları sunulmuştur.

Olgu: Bilinen diyabetes mellitus ve esansiyel hipertansiyon hastalığı olan 69 yaş kadın hasta sağ alt ve üst ekstremitede güçsüzlük ve yürüyememe şikayetiyle yatak seviyesinde kliniğimize yatırıldı. 1 ay önce vücudunun sağ tarafında güçsüzlük ve düşme şikayetiyle acil servise götürülen hasta, görüntülemelerinde sol frontoparietal bölgeyi etkileyen iskemik serebrovasküler olay nedeniyle nöroloji servisinde 5 gün hospitalize edilmiş. İki taraflı gelişimsel kalça displazisi öyküsü olan hastanın inme öncesi çift kanedyenle ambule olduğu öğrenildi. Hasta yatak seviyesinde nöroloji kliniğinde yatışının 5. gününde subakut rehabilitasyon kliniğine kabul edildi. Hastanın lökomotor sistem muayenesinde sağ dizinde genu valgus, sol dizinde genu varum deformitesi (rüzgar savruğu) olduğu görüldü. Sağ kalça internal ve eksternal rotasyonunda kısıtlılığı mevcuttu. Gerçek fonksiyonel uzunluk ölçümüne göre sağ bacak sol bacaktan 2 cm daha uzundu. Brunnstrom motor iyileşme evrelerine göre sırasıyla üst ekstremitede evre 5, elde evre 5, alt ekstremitede evre 4'tü. Sağ üst ve alt ekstremitede derin tendon refleksleri hiperaktifti. Yatışında fonksiyonel bağımsızlık ölçeğine(FIM) göre toplam motor skoru 44 puan toplam kognitif skoru 35 puandı. Yatak başı yutma testleri normal, idrar-gaita kontine idi. Hastadan pelvis ve bilateral diz grafisi istendi.(Resim 1). Laboratuvar tetkikleri olağan sınırlardaydı. Rehabilitasyon programı kademeli vertikalizasyon, yatak içi ve kenarı oturma, üst ve alt ekstremite eklem hareket açıklığı-germe-kuvvetlendirme egzersizleri, iş-uğraşı terapisi olarak planlandı. Sonrasında alt ekstremite bisiklet ergometrisi, paralel barda ayağa kalkma, yük aktarımı ve destekle ambulasyon eğitimi başlanan hasta 15 günlük rehabilitasyon programının sonunda kısa mesafede walker ile bağımsız ambule olmaya başladı. FIM motor skoru 8 puan arttı. Eski fiziksel fonksiyonuna ulaşan hasta ev programı verilerek önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Hastaların premorbid fiziksel fonksiyonları rehabilitasyon sürecini ve sonuçlarını etkilemektedir. İnme öncesi çift destekle ambule olan rüzgar savruğu deformiteli hasta inme sonrası immobilizasyon ve nörolojik defisit nedeniyle yatak seviyesinde servise kabul edilmiştir. Kısa süreli rehabilitasyon programı ile eski fiziksel fonksiyonuna ulaşmıştır. Premorbid fiziksel ve bilişsel engelliliği olan hastalarda inme sonrası rehabilitasyon servisine yatış mı yapılacağı yoksa palyatif bakım servisine mi yönlendirileceği konusu tartışmalıdır. Olgumuz premorbid fiziksel engelliliği olan hastalara rehabilitasyon potansiyelini değerlendirme açısından kısa süreli rehabilitasyon yatışının önemini vurgulamak açısından önemlidir. Olgudan yayın için bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: inme, rehabilitasyon, rüzgar savruğu deformitesi

Resim 1



Bilateral diz anteropasterior grafisi

P-24: Travmatik Beyin Hasarlı Olguda Hızlı Trakeostomi Dekanülasyonu: Olgu Sunumu

Yıldız Altıntaş[1], Cuma Uz[1], Zeynel Abidin Güldoğan[1], Şükran Güzel[1], Cansu Özkılıçarslan[1], Eda Macit Aydın[2], Büşra Tezcan[2], İbrahim Gündoğdu[1]
[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
[2]Yoğun Bakım Kliniği

Giriş: Travmatik beyin hasarı (TBH) sonrası hastalarda; koma, beyin sapı lezyonu, ARDS, hemo-pneumotoraks, YBÜ pnömonisi, kritik hastalık nöromiyopatisi gibi sebeplerle solunum yetmezliği ve MV ihtiyacı oluşturabilir. Mekanik ventilatör (MV) kullanımı ve trakeostomi süresinin uzaması diyafram atrofisine yol açarak MV'den ayrılmayı güçleştirebilir. Uzamış trakeostomi ise rehabilitasyonun ana esaslarından olan iletişimi etkileyebileceğinden rehabilitasyonu olumsuz olarak etkileyebilir. Bu olgu ile uzamış MV kullanımı ve trakeostomisi mevcut hastanın solunum yetmezliği bulgularının olmaması nedeniyle subakut dönemde hızla MV ve trakeostomiden ayrılması tartışılmıştır.

Olgu: 32 yaş erkek hastada araç içi trafik kazası sonrası bilinci kapalı, genel durum bozukluğu ile acil servise getirilmiş. Geldiğinde Glasow Koma Skoru(GKS) 3 olan hastada beyin bilgisayarlı tomografisinde multiple kraniyel fraktür, bilateral frontal bölgede sağda 6 mm solda 8 mm olmak üzere subdural hematom görülmüş. Hasta solunum sıkıntısı nedeniyle entübe edilerek yoğun bakımda takip edilmiş, olaydan dört gün sonra yapılan diffüz beyin manyetik rezonans görüntülemesinde frontal lobda, sağ temporal lobda diffüz aksonal hasar ve maksillofasiyel fraktür tespit edilmiş. Yoğun bakım takibinde soldaki subdural hematomuna yönelik girişim yapılmış ve birinci haftada Etlik Şehir Hastanesine Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi'ne nakil alınmıştır. Hastanın olaydan sonra 20.gününde trakeostomisi açılmış ve toplamda 40 gün mekanik ventilatöre (MV) bağlı izlenmiştir. Sol orbita blow out fraktürü nedeniyle opere edilen hasta; post operatif 1. haftasında YBÜ'de kademeli MV'den ayırarak solutma yöntemi ile MV'den ayrılmış ve rehabilitasyon kliniğine oda havasında trakeostomiyle solunum yapar halde kabul edilmiştir. Geliş muayenesinde hasta yatak seviyesinde, manuel kas gücü testi üst ve alt ekstremitesinde 5/5 olarak saptandı. Üst ve alt ekstremitede spastisitesi Modifiye Ashworth Skalasına göre 0'dı. Hastanın tarafımıza geliş GKS 13'tü. Ranchos Los Amigos Ölçeğine göre bilinç durumu konfüze-uygunsuzdu. Yatak başı yutma testleri normal, idrar gaita bezde idi. Dizabilite değerlendirme ölçeği skoru 16, koma iyileşme skoru (JFK) 17 puandı. Hastaya bilişsel ve solunum rehabilitasyon programı, üst ve alt ekstremite eklem hareket açıklığı, kuvvetlendirme egzersizleri, denge egzersizleri, ve kademeli vertikalizasyon-tilt table, alt ekstremite elektrik stimülasyonu başlandı. Takiplerinde 1 saat, 8 saat ve 24 saat olmak üzere yakın vital bulgu takibi yapılarak 3 günlük trakeostomi kapama protokolü uygulandı ve 24 saatlik kapama sonrasında arteriyel kan gazı normal olan hastaya YBÜ ekibi tarafından rehabilitasyon kliniğinde trakeostomi dekanülasyon işlemi uygulandı. Rehabilitasyona yatışının 3. gününde ve MV'den ayrılmasının 10. gününde trakeostomi dekanülasyonu yapılan hastanın bilişsel ve fiziksel rehabilitasyon süreci devam etmektedir. Dekanülasyonun 2. haftasında ek komplikasyon gelişmedi ve trakeotomi açıklığı kapandı.

Sonuç: Travmatik beyin hasarı gibi akut nörolojik olaylar sonrasında nöroplastisite (fırsat) penceresi de denilen ilk 3 ayda hastaların nörorehabilitasyon programına alınmasının prognozu iyileştirdiği çok sayıda çalışma ile desteklenmektedir. Solunum plastisitesi de yine aynı dönemde maksimumdur ve solunum yetmezliği göstergeleri olan MV ve trakeostomide süreç uzadıkça hastaları ayırmak güçleşmektedir. Solunum rehabilitasyonu ve diğer rehabilitasyon programlarının aynı zaman diliminde yapılması, rehabilitasyona kabul için MV ve trakeostomi dekanülasyonunun beklenmemesi, hızlı dekanülasyon şansının değerlendirilmesi ve YBÜ ile rehabilitasyon işbirliği prognostik açıdan önemli olabilir. Olgudan yayın için bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dekanülasyon, trakeostomi, travmatik beyin hasarı

P-25: Kalça Ağrısının Nadir Nedenlerinden Osteoid Osteoma: Olgu Sunumu

Nurida Osmanlı, Özge Keniş Coşkun, İlker Yağcı
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kalça ağrısının ayırıcı tanısında neoplastik süreçlerin akılda bulunması

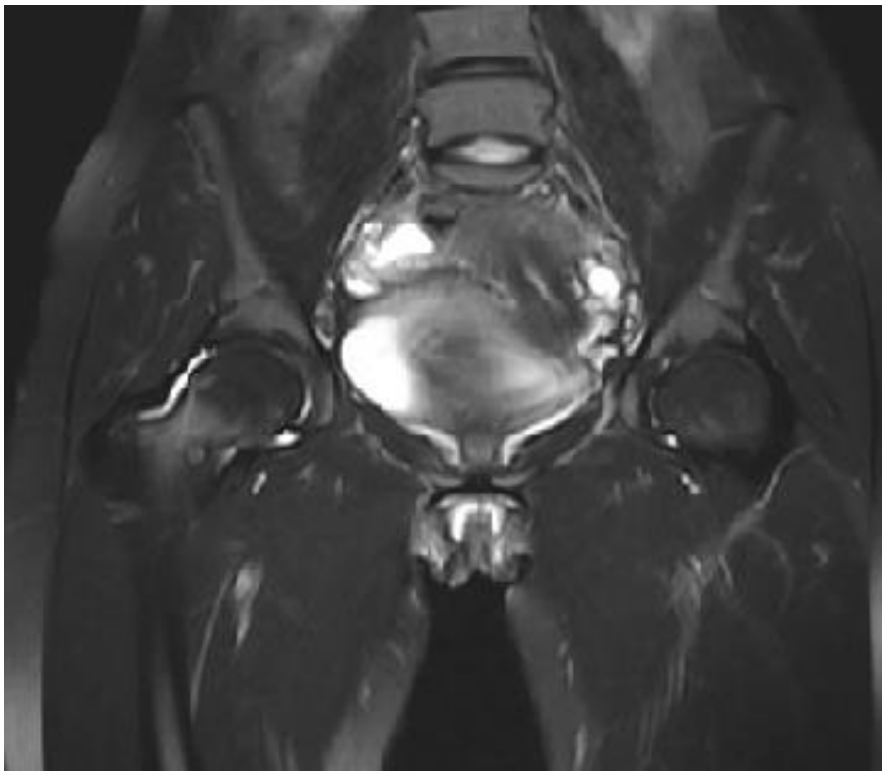
Giriş: Osteoid osteoma benign kemik tümörlerinin %12'sini oluşturan ve en sık femur ve tibiada yerleşim gösteren bir tümördür.Etrafını çevreleyen skleroz ve ödem nedeniyle büyük görülse de boyutları nadiren 1.5 cm'yi geçer.Sıklıkla 2.dekattaki genç erişkinleri etkiler ve erkeklerde üç kat daha sık görülmektedir.Hastalarda klinik belirti geceleri artan, uykuyu etkileyen ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlarla azalan gece ağrısıdır.Lezyonun belirlenmesinde BT vazgeçilmez yöntemdir.Osteoid osteoma medikal veya cerrahi yöntemlerle tedavi edilmektedir.Perkütan radyofrekans termoablasyon (PRT) son yıllarda osteoid osteoma tedavisinde en popüler yöntemdir

Olgu: 22 yaş kadın hasta, 2 yıldır olan sağ kalça ağrısı nedeniyle tarafımıza başvurdu. Bilinen sistemik hastalık öyküsü,covid öyküsü,kortikosteroid kullanım öyküsü yoktu.Hastanın ağrıları gece daha çok artmaktaydı ve ağrı kesicilerden fayda görmekteydi. Hasta romatolojik hastalık açısından tetkik edildi ve ağrısını açıklayacak romatolojik durum bulunamadı.Çekilen MRG'de sağ femur başı, boyun kısmında yağ baskılı sekansta hiperintens, T1 ağırlıklı sekanslarda hafif hipointens görünüm izlenmiştir (AVN?). Hasta dış merkezde 1.5 ay hiperbarik oksijen tedavisi almış fakat fayda görmemiş.Ortopedi tarafından tekrar değerlendirilen geçici osteoporoz düşünülen hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde sağ kalça eklem hareket açıklıkları her yöne limitli ve ağrılıydı.Belirgin motor ve duyu defisiti yoktu.Ağrısı visüel analog skala'ya (VAS) göre 8 idi.Hastanın tekrarlayan MRG'leri interosseöz ödem lehine olduğundan tekrar kontrol MRG istendi.Güncel MRG'da önceki MRG'de izlenen sağ femur boyun kısmındaki ödem regresyon göstermekte olup yer yer devam etmekteydi.Hastadan tarafımızca kalça BT istenerek tekrardan ortopediye yönlendirildi.Çekilen BT'de sağ femur boyun anterior kesiminde jukstakortikal yerleşimli yaklaşık 7 mm çapında etrafı sklerotik santral hipodens lezyon izlenmekte olup ilk planda osteoid osteoma düşündürtmekteydi.Hastaya radyofrekans ablasyon planlandı
Hastaya gönüllü olur /onam formu imzalatılmıştır.

Sonuç: Uzun süredir devam eden ve tedaviye yanıt oranı düşük kalça ağrılı hastalarda neoplastik süreçler düşünülmeli, ayırıcı tanı ve tedavi açısından ileri incelemeler yapılmalıdır

Anahtar Kelimeler: osteoid osteoma, nidus görüntüsü

MRG görüntüsü



X-ray görüntüsü



P-26: Depresör Anguli Oris'in Konjenital Unilateral Hipoplazisi

Berk Korkut, Nalan Çapan, Demirhan Dıraçoğlu, Ayşe Karan, Fatma Merih Akpınar
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Depresör anguli oris kasının konjenital hipoplazisi 3–6/1000 canlı doğumu etkileyen ve sıklıkla fasiyal sinir felcini taklit eden nadir bir durumdur. Depresör anguli oris kas lifleri, mandibulanın oblik hattından kaynaklanır ve alt dudağa bağlanır. İpsilateral fasiyal sinirin bukkal ve mandibular dalları tarafından innerve edilir. İşlevi ipsilateral ağız köşesini bastırmak ve alt dudağı dışa çevirmektir. Olgu sunumumuzda ailesi tarafından gülme sırasında ağız sağ kısmında kayma şikayeti ile başvuran ve fasiyal paralizi ön tanısı ile polikliniğimize yönlendirilen ve muayene, hikayesi sonrasında depresör anguli oris kasının konjenital hipoplazisi tanısı konulan hastanın klinik özelliklerinin gözden geçirilmesi ve ayırıcı tanısının tartışılması amaçlanmıştır. Olgunun ailesinden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Olgu: İstanbul Tıp Fakültesi (İTF), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı polikliniğine gülümsediği zaman ağız köşesinin sağa kayması şikayetiyle başvuran 5 yaşındaki erkek hastanın anamnezinde postnatal 2 ay kuvözde kalma öyküsünün bulunduğu ve mevcut şikayetlerinin ailesi tarafından taburculuk sonrasında fark edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde gözlerini kapatabilmekte ve kaşlarını kaldırabilmekteydi. Yüzün mimiksiz haliyle inspeksiyonunda herhangi bir patoloji saptanmadı. Gülümsemesi istendiğinde alt dudağın sağ ağız köşesine doğru çekildiği gözlendi.
Dış merkezde fasiyal paralizi açısından nörolojiye konsülte edilen hastanın yapılan EMG'si normal olarak değerlendirildi. Hastanın anamnezi, muayenesi, tetkik ve konsültasyonları sonucunda mevcut tablo depresör anguli orisin konjenital unilateral hipoplazisi olarak değerlendirildi. Asimetri için koordinasyon ve dil-dudak egzersizleri önerildi. Eşlik edebilecek ek anomaliler açısından pediatriye yönlendirildi.

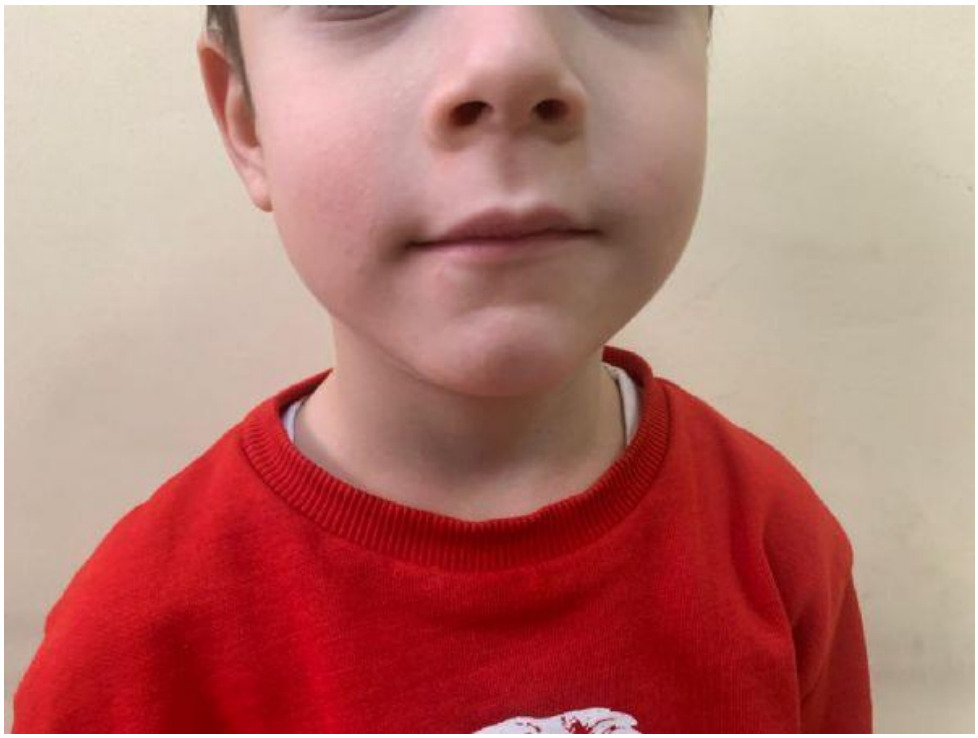
Sonuç: Depresör anguli oris kasının konjenital hipoplazisinde ağız açısı ve mandibula normal tarafta aşağı çekilirken, hipoplazi tarafında hareket yoktur. Etkilenen alt dudak, eversiyon olmaması ve kas agenezisi nedeniyle daha ince görünebilir. Depresör anguli oris kasının konjenital hipoplazisinin kesin nedeni bilinmemektedir. Hasta yenidoğan döneminde genellikle asimetrik ağlayan yüz ile başvurur, ancak fasiyal sinir felcinin aksine alın kırışıklığı, göz kapağı kapanması ve nazolabial çizgilenmede asimetri gözlenmez. Teşhis ağırlıklı olarak kliniktir; elektrofizyolojik çalışmalar mentalis ve orbicularis oculi kaslarına giden normal sinir iletim süresini gösterebilir.

Tablonun patogenezi henüz iyi belirlenmemiştir. Bugüne kadar, intrauterin gelişim sürecindeki bozukluklar, gebelik sırasında subklinik viral enfeksiyon ve kalıtım nedensel faktörler olarak öne sürülmüştür. Konjenital tek taraflı depresör anguli oris hipoplazisinin patogenezi multifaktöriyel olarak görünmektedir ve bunu aydınlatmak için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Konjenital kalp hastalığı (%40-50), baş boyun anomalileri (%45-50), iskelet defektleri (%22) ve genitoüriner anomaliler gibi diğer anomalilerle ilişkili olabileceği gibi; CATCH22, Cayler kardiyofasiyal sendromu, vertebral defektler, anal atrezi, kardiyak defektler, trakeo-özofageal fistül, böbrek anomalileri ve ekstremite anormallikleri (VACTERL) asosiyasyonu ve DiGeorge sendromu gibi sendromlarla birlikte seyredebilir.
Ayırıcı tanılar arasında yüze doğum travması, fasiyal sinir felci ve fasiyal sinir çekirdeğinin konjenital yokluğu mevcuttur.
Kozmetik sorunlar görülebilir fakat genellikle yetişkinlikte fark edilemez hale gelir, konuşma ve beslenmeyi engellemez.
Depresör anguli oris kasının konjenital hipoplazisi kliniğinin doğru tanımlanması çocuğun gereksiz araştırmalara maruz kalmasını önler. Klinik muayenede tabloyla ilişkili anomaliler her zaman akılda tutulmalı ve dışlanmalıdır.

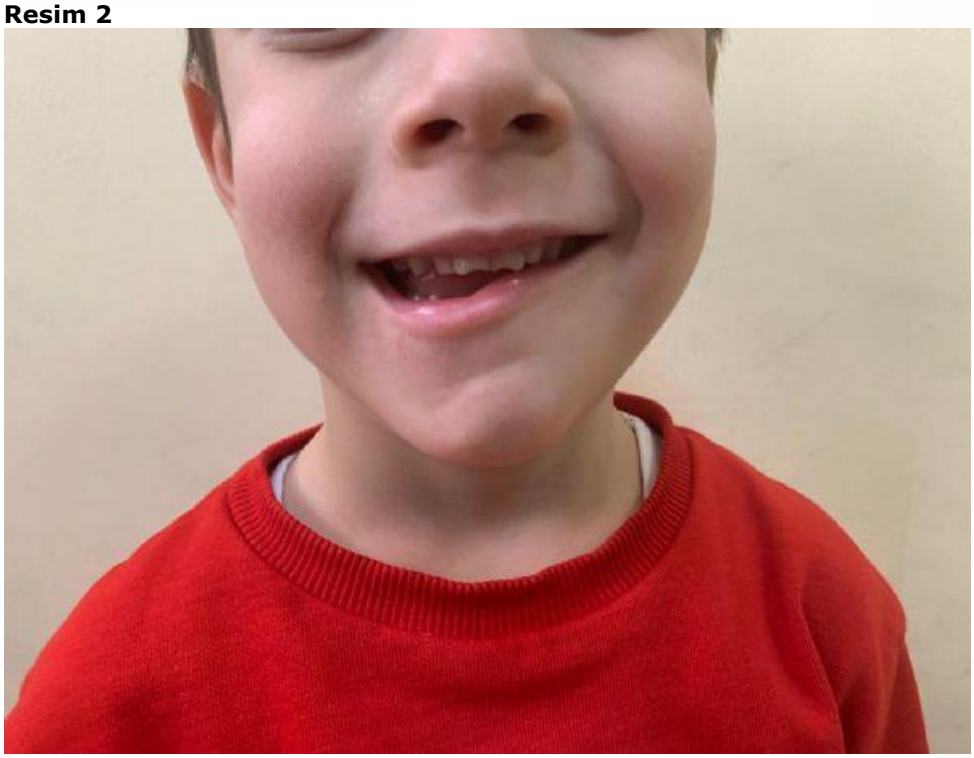
Anahtar Kelimeler: anguli, depresör, hipoplazi, oris

Resim 1



Yüzün mimiksiz haliyle inspeksiyonu

Resim 2



Hastadan gülümsemesi istendiğinde alt dudağın sağ ağız köşesine doğru çekildiği gözlendi

P-27: Orak Hücreli Anemili Bir Hastada Vertebra Kompresyon Kırığına Bağlı Gelişen Bel Ağrısı: Olgu Sunumu

Büşranur Tüten Sağ, Alp Çetin
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Orak hücreli anemi, anormal globin sentezine bağlı hemoglobin düzeylerinde azalma ve ağrılı krizler ile karakterize kalıtsal sistemik bir hastalıktır. Orak hücreli anemideki kemik tutulumları arasında osteopeni, osteoporoz, akut vazookluziv kemik ağrısı, kemik mikroenfarktları, osteomiyelit, septik ve aseptik artrit, dejeneratif artrit, vertebral kemik deformiteleri, patolojik kırıklar ve osteonekroz yer alır. Orak hücreli anemide kronik hemolitik anemi kemik iliği hiperplazisine yol açar. Bu durum kemik iliği boşluklarının kırmızı ilikle dolmasına neden olarak kemik trabekülasyonunda ve korteksinde incelmelere ve düzensizleşmelere neden olmaktadır. Burada orak hücreli anemiye bağlı vertebra kompresyon kırıkları gelişmiş bir olgu sunulacaktır.

Olgu: Kliniğimize orak hücreli anemi tanısı olan 27 yaşındaki kadın hasta bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hasta orak hücreli anemi tanısı nedeni ile hidroksiüre ve aspirin tedavileri almaktaydı. 2019 yılında sağ kalça ekleminde femur başı avasküler nekrozu gelişmesi sonucu eklemde belirgin eklem hareket kısıtlılığı ve ağrı meydana gelmiş, aynı yıl sağ kalça eklemine total kalça protezi ile artroplasti yapılmış. Hasta bel ağrısı şikayetinin son 8 aydır olduğunu, son zamanlarda ağrısında artış hissettiğini söyledi. Öyküsünde ağrısının ayakta kalmakla ve yürümekle arttığını, istirahatle azaldığını bildirdi. Travma öyküsü yoktu. Belden kalçaya ve uyluğa yayılan bir ağrı yoktu. Uyuşma veya karıncalanma şikayeti, gece ağrısı tariflemedi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde belirgin bir kas gücü kaybı, duyu defisiti saptanmadı, derin tendon refleksleri normoaktifti. Hastadan risk faktörü taşıması nedeni kemik mineral dansitometrisi, iki yönlü torakal ve lomber grafi ve rutin kan testleri istendi. Lomber grafideki dejeneratif ve yükseklik kaybını düşündürür görünüm nedeni ile ileri tetkik olarak lumbar spinal MRG istendi. Çekilen lumbar spinal MRG'ında T11 ve L2-S1 vertebralar korpus santral kesimlerindeki yükseklik kaybı 'H vertebra' ile uyumlu; vertebralarda kırmızı kemik iliği hiperplazisi ve hafif lumbar spondiloz görüldü. Çekilen kemik mineral dansitometrisinde ise Z skorları şu şekildeydi: L1-L4 -2.5, femur boyun -2.7, femur total -3.0. Hastaya bel ağrısına yönelik bel-karın izometrik ve kalça çevresi kaslarını güçlendirici egzersizler ev egzersiz programı olarak verildi. Kemik mineral yoğunluğundaki düşüklük nedeniyle D vitamini replasmanı başlandı. Hasta osteoporoz açısından izlem programına alındı. Hastaya olgu sunumu şeklinde bilimsel amaçla sunulacağı bilgisi verildi ve hastadan aydınlatılmış sözlü-yazılı onam alındı.

Sonuç: Orak hücreli anemisi olan hastalarda osteopeni ve osteoporoz riski yüksektir. Daha düşük kemik mineral yoğunluğu, normal popülasyona göre daha erken yaşta tespit edilir. Diyet, D vitamini eksikliği, hemoliz, inflamasyon, zayıf olma, hipogonadizm orak hücreli anemide osteoporoz gelişimi için risk faktörleri arasındadır. D vitamini, kalsiyum ve fosfor homeostazının ve iskelet sağlığının korunmasında önemli bir rol oynar. Bu hastalarda osteopeni ve osteoporoz; kırık gelişimine, vertebral çökme kırıklarına, kronik kemik ağrısına, eklem hareket açıklığı kaybına, kas güçsüzlüğüne ve bu faktörlere bağlı erken morbiditeye neden olabilir. Bu nedenle orak hücreli anemili hastalarda kırık oluşumunu ve kırığa sekonder sorunları önlemek için erken tanı önemlidir. Orak hücreli anemi teşhisi konan hastaların tıbbi öyküleri dikkatlice alınmalı, fizik muayeneleri yapılmalı ve risk taşıyan hastalarda kemik mineral yoğunluğu incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Orak hücreli anemi, Osteonekroz, Osteopeni, Osteoporoz, Vertebra kompresyon kırığı

Şekil-1



Hastanın lumbar spinal MRG tetkikinde T2 sekans sagittal kesitte vertebra kompresyon kırıklarına bağlı oluşan H vertebra görünümü mevcut.

P-28: 16 Yaş Kadın Hastada Sleeve Gastrektomi Sonrası Guillain Barre Sendromunu Taklit Eden, Wernicke Ensefalopatisi: Olgu Sunumu

Ayşegül Geyik[1], Naime Evrim Karadağ Saygı[1], Özge Keniş Çoşkun[1], Olcay Ünver[2], İsmail Hakkı Akbeyaz[2]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Wernicke Ensefalopatisi (WE), tiamin eksikliğinin sebep olduğu, akut nörolojik acil bir durumdur. Ataksi, ensefalopati, okkülomotor disfonskiyon WE'nin kardinal semptomlarıdır. En sık kronik alkoliklerde gözükmekle beraber uzamış açlık, malabsorpsiyon, beslenme yetersizlikleri ve bariatrik operasyonlar sonrası da görülebilmektedir. Akut gelişen polinöropati tablolarında, tiamin eksikliği akla gelmeli, bariatrik cerrahi öyküsü sorgulanmadır.

Olgu: 16 yaşında kadın hasta, 2 haftadır süren ve gittikçe kötüleşen baş dönmesi, göz kararması, bacaklarında his kaybı şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 10 gün önce kolesistektomi yapıldığı öğrenildi. Ailesi ek hastalığının olmadığını, ilaç kullanmadığını söyledi. Yapılan muayenesinde zaman, mekan ve kişi oryantasyonu vardı, spontan nistagmus yoktu. Görmesi el hareketleri düzeyindeydi. Alt ekstremite kas gücü bilateral proksimaller 3/5, distaller 2/5 ti. Derin tendon refleksleri alt ekstremitede alınamadı. Patolojik refleksler ve klonusa rastlanmadı. Bilateral alt ekstremitede dokunma ve pozisyon duyusu yoktu.
Üst ekstremite kas gücü 5/5 di. Derin tendon refleksleri alınıyordu ve duyu muayenesi normaldi. Oftalmolojik muayenesinde bilateral oftalmoparezi ve optik diskte grade 3 papil ödem tespit edildi. Rutin laboratuvar bulguları:tam kan sayımı, amilaz, lipaz, elektrolit normal sınırlarda, crp negatif ti. D-dimer 2, Alt 63, Ast 72 idi.
Kontrastlı beyin MR, difüzyon MR ve orbita MR ında KİBAS düşündürecek bulgu saptanmadı.mSonuçlar normal olarak yorumlandı. Kontrastlı tüm spinal MR da L4-5 ve L5-S1 disklerinde dejeneratif sinyal kaybı dışında özellik yoktu. Emg sonucunda akut simetrik miks polinöropati gözlendi. Ön tanı Guillain Barre Sendromu (GBS) olarak değerlendirilen hastaya 7 gün pulse metilprednizolon, 5 defa plazmaferez ve sonrasında İntravenöz İmmunglobulin (IVIG) tedavisi uygulandı. Ancak tedavinin 3. gününde klinik semptomlar ve ensefalopati tablosu derinleşti. Solunum problemleri nedeniyle dahili yoğun bakım ünitesine devredilen hasta entübe edildi. İdrar inkontinansı olması üzerine foley sonda takıldı.
Hasta yakınları 3 ay kadar önce obezite nedeniyle dış merkezde ameliyat olduğu bilgisini verdi. Yeniden çekilen kranial diffüzyon MR da her iki talamus medial kesimlerde, periakuaduktal alanda, medulla oblongata posterior kesimde diffüzyon kısıtlanmaları görülmekteydi. Tanıda GBS den uzaklaşılıp WE olarak değerlendirilen hastaya 1500 mg/gün intravenöz (iv) tiamin tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününde bilinç bulanıklığı ve oftalmoparezi dramatik olarak düzeldi ve 5.gününde tamamen geriledi. Solunum ve enfeksiyon problemleri stabilleşen hasta, yoğun bakım ünitesinden fizik tedavi servisine devralındı. Servise yatışı sırasında, trakeostomize, gövde dengesi kötü, alt ekstremite motor muayenesi global 3/5 idi. Hastaya nörolojik rehabilitasyon kapsamında güçlendirme egzersizleri başlandı. Tedavisinin 5. ayında trakeostomi kanülünden ayrıldı ve şu an bağımsız oturabilmekte, tek kişinin desteğiyle ambule olabilmekte.

Sonuç: Günümüzde artan obezite oranları ve genç yaşta dahi yapılabilen bariatrik cerrahiler popülerleşmektedir. Wernike ensefalopatisinin hızlı tanısı ve tiamin ile tedavisi hayat kurtarıcıdır. Akut başlangıçlı polinöropati olgularında mutlaka tiamin eksikliği akla gelmeli, bariatrik cerrahi öyküsü sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut Polinöropati, Gullain Barre Sendromu, Sleeve Gastrektomi, Tiamin Eksikliği, Wernicke Ensefalopatisi

P-29: Çocukluk Çağında Longitudinal Ekstensif Transvers Miyelit: Olgu Sunumu

Ahmet Tarık Canbulat, Bilge Büşra Ceylan, Berke Aras, Özlem Yılmaz Taşdelen, Canan Çulha
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç:
Longitidunal Ekstensif Transvers Miyelit (LETM) çocukluk döneminde nadir görülen ve çoğunlukla kötü seyreden bir sendromdur. Olgu sunumundaki amacımız vakamızda olduğu gibi geniş bir alanı içeren akut miyelit tablosuna rağmen uygun medikal tedavi ve kapsamlı bir rehabilitasyon programı ile prognozun iyi seyredebileceğini sunmaktır. Olgu sunumu için hasta ve ailesi tarafından bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalanarak onam ve izin alınmıştır.

Olgu:
Akut transvers miyelit (ATM) akut omurilik disfonksiyonu ile karakterize, lezyon seviyesi altında motor, duyu ve otonom disfonksiyon, mesane, bağırsak ve cinsel işlev bozuklukları ile seyreden bir sendromdur. İdiyopatik veya sekonder olabilen ATM'nin sekonder nedenleri arasında enfeksiyöz, paraneoplastik, vasküler, toksik, otoimmün sendromlar ve kazanılmış demiyelinizan hastalıklar bulunmaktadır. ATM olgularının yaklaşık %20'si pediatrik hasta grubudur. Batı ülkelerinde 16 yaş altı çocuklarda insidansı milyonda 1-9 vaka olarak bildirilmiştir. ATM ile karşılaştırıldığında daha nadir görülen LETM T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemede (MRG) birbirine bitişik üç vertebra segmentini aşan uzunlukta inflamatuar lezyonla karakterizedir. En sık görülen semptomlar sırt ağrısı, paraparezi, mesane semptomları ve seviye veren duyu değişiklikleridir. (1-3)

6 yaşındaki erkek hasta sırt ağrısı ve alt ekstremitelerde daha fazla olmak üzere tüm ekstremitelerde güç kaybı ve uyuşma şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Nörolojik muayenesinde tüm ekstremitelerinde motor disfonksiyon ve duyu defisitleri ile MRG'de ponsun posteriorundan başlayıp T11 seviyesine kadar T2 sekanslarda intensite artışı (uzun segment miyelit) saptanmış. Kan ve BOS incelemesinde serum anti- nükleer antikor ve anti- dense fine speckled 70 pozitifliği belirlenmiş. LETM tanısıyla metilprednizolon, IVIg ve plazmaferez tedavileri uygulanmış. Hasta tanı tarihinden 3 hafta sonra nörolojik olarak stabil olmasının ardından pediatrik rehabilitasyon kliniğimize nakil alındı. Yapılan muayenesinde baş tutma dengesini kısmen sağlayabildiği, desteksiz oturamadığı, yatak içi dönme ve doğrulmanın kişi desteği ile sağlandığı görüldü. Kas gücü bilateral üst ekstremitelerde proksimalde 1/5 distalde 3/5, bilateral alt ekstremitelerde proksimalde 3/5 distalde 2/5 idi. Tüm ekstremitelerde hipoestezi saptandı. Mesane ve rektumda doluluk hissi korunmuş olup sfinkter kontrolü vardı.

Tüm ekstremitelerine aktif asistif eklem hareket açıklığı egzersizleri, baş-boyun, gövde ve ekstremite kaslarına progresif rezistif egzersizler, postur, denge-koordinasyon egzersizleri, yatak içi-dışı transfer egzersizleri, iş ve uğraşı terapisi, alt ekstremitelerine fonksiyonel elektrik stimülasyonu ve kardiyopulmoner egzersizler ile rehabilitasyon programına başlandı. Hastanın takiplerinde oturma ve ayakta durma dengesi kazanması ile birlikte paralel barda ayağa kalkma ve yürüme eğitimine geçildi. Su içi egzersizler, alt ekstremite robotu, takiben arttırılmış gerçeklik uygulamalı vücut ağırlık destekli yürüyüş sistemleriyle (C-mill) denge ve yürüyüş eğitimi verildi. 16 hafta süren rehabilitasyon programı sonrasında hastamız kısa adımlarla tam bağımsız ambule, elin ince becerilerini de kazanmış olarak günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımsız şekilde taburcu edildi. Rehabilitasyon sürecinde 4 hafta aralıklarla IVIg tedavisi uygulanmaktaydı.

Sonuç:
Longitidunal Ekstensif Transvers Miyelit çocukluk döneminde nadir görülür ve morbidite riski yüksektir. Ülkemizden yapılan, 9 yıllık klinik deneyime dayalı bir çalışmada 6. ayda vakaların %73'ünde tam motor iyileşme bildirilmiştir. (1) Bununla beraber kötü prognoz oranlarının yüksek olduğu (%68 oranında nörodefisitler) yayınlar da vardır. (4) İmmünsupresör/modülatör tedavinin erken dönemde başlanması ve iyi bir rehabilitasyon programının iyi prognozla ilişkili olduğu da bildirilmiştir. (1) Bizim vakamız da geniş bir alanı içeren miyelit tablosuna rağmen uygun medikal tedavi ve kapsamlı bir rehabilitasyon programı ile prognozun iyi olduğu gruba dahil olmuştur.

Anahtar Kelimeler: nörolojik rehabilitasyon, omurilik hasarı, pediatrik rehabilitasyon, transvers miyelit

P-30: Disk Herniasyonunda Transforaminal Epidural Steroid Enjeksiyonu Sonrası Süreç: Gerileme mi İlerleme mi ?

Yasin Okumuş[1], Rekib Saçaklıdır[2], Savaş Şencan[2], Osman Hakan Gündüz[2]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, istanbul

Amaç: Transforaminal epidural steroid enjeksiyonu (TFESE) tedavisi genellikle ağrı ve işlevsellikte düzelme sağlamakla birlikte epidural steroid enjeksiyonunun disk materyalinin rezorpsiyonunu sağlayabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu vakada TFESE sonrası disk herniasyonunda progresyon gelişen bir olguyu sunmayı ve bu olası durum hakkında meslektaşlarımızı bilgilendirmeyi amaçladık.
Hasta çalışma hakkında bilgilendirildi. Hastaya gönüllü onam olur/onam formu imzalatıldı.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta dört aydır sol bacağa yayılan bel ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik tedavi ve medikal tedaviye yanıt alınamadı. Hastanın MRG'sinde L4-L5 disk seviyesinde sol sinir kökü basısı ve anüler yırtık, L5-S1 disk seviyesinde sol parasantral disk herniasyonu saptandı(Resim 1).Hastanın sol L4-5 ve L5-S1 disk seviyelerine TFESI uygulandı. İşlem sonrası 2. gün hastanın ağrılarının arttığı, sol bacakta güçsüzlük gözlendiği ve L4-5 seviyesinde disk herniasyonunun ilerlediği saptandı (Resim 2).

Sonuç: Transforaminal epidural steroid enjeksiyonlarının lomber disk herniasyonuna bağlı radiküler ağrıda etkili olduğu ve bazı olgularda fıtığın boyutunu azalttığı gösterilmiştir. Mevcut olgumuzda TFESE sonrası fıtık boyutunda artış saptanmıştır. Ancak bunun tedavinin olası bir yan etkisi olup olmadığını belirlemek için prospektif kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

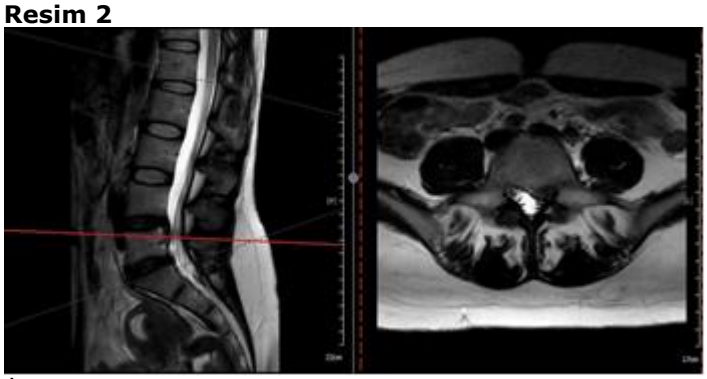
Anahtar Kelimeler: Disk Herniasyonu, Floroskopi, Epidural Enjeksiyon, Progresyon

Resim 1



İşlem öncesi lomber MR görüntüleri

Resim 2



İşlem sonrası ikinci günde L4-L5 disk herniasyonundaki progresyon

P-31: Travmatik Beyin Hasarına Bağlı Heterotopik Ossifikasyonda ESWT'nin Etkinliği: Vaka Sunumu

Zeynep İnce Keskin, Ömer Kuzu, Bilge Kesikburun
Ankara Şehir Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ankara

Amaç: Nörojenik heterotopik ossifikasyon (NHO) santral sinir sistemi yaralanmalarıyla ilişkili olarak sinoviyal eklem çevresindeki yumuşak dokularda benign kemik oluşumu ile karaktarize bir patolojidir. Travmatik beyin hasarı (TBH), spinal kord yaralanması gibi santral sinir sistemi hastalıklarında görülebilen komplikasyonlardan birisidir. Patofizyolojisi tam olarak ortaya konmamış olmakla birlikte, dolaşım bozukluğuna bağlı doku hipoksisi, metabolik, genetik ve biyokimyasal faktörler ile indüklenen mezenkimal hücrelerin metaplazik cevabından kemik dokusu oluştuğu bilgisi kabul görmektedir. Travmatik beyin hasarlı hastalarda uzun süreli koma hali, spastisite, uzun kemik kırıkları ve eklem hareket açıklığında azalma heterotopik ossifikasyon oluşumu için bilinen risk faktörleridir. HO tedavi yöntemleri arasında non steroidal antienflamatuar ilaçlar, bifosfonatlar, egzersiz, radyoterapi ve cerrahi tedavi yer almaktadır. Son zamanlarda yeni bir tedavi yöntemi olarak Extracorporeal Shock Wave Therapy (ESWT) 'nin HO tedavisinde olumlu etkisinin olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu olguda travmatik beyin hasarı sonrası yaygın HO'ları olan ve ESWT tedavisi uygulanan 25 yaşında erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi beş yaşında erkek hasta, 7 ay önce araç içi trafik kazasına bağlı gelişen travmatik beyin hasarı rehabilitasyonu amacıyla kliniğe kabul edildi. Hastanın uzun süreli yoğun bakım ve palyatif servislerinde yatış hikayesi mevcuttu. Fonksiyonel durumu sedye seviyesindeydi. Yapılan fizik muayenesinde hastanın bilateral dirsek, el bilek, kalça ve diz eklemlerinde belirgin hareket kısıtlılığı mevcuttu. Çekilen grafilerde her iki dirsek, kalça ve diz eklemi çevresinde HO ile uyumlu görünüm saptandı. Özellikle kalça bölgesindeki ağrılı HO ya bağlı olarak hastanın pozisyonlanması, oturma dengesinin sağlanması ve egzersiz uyumu konusunda zorluk yaşanıyordu. Hastaya sağ kalçasındaki HO 'ya yönelik 8 seans (4 hafta, haftada 2 gün, 4000 shock, 3 Hz, 0.068 mJ/mm²) ESWT tedavisi planlandı ve uygulandı. Tedavi sonrası yapılan değerlendirmede hastanın sağ kalça fleksiyonunda 20 derecelik artış gözlendi. Ayrıca hastanın egzersiz ve kontraktür germe cihazına uyumunda ve kısa oturma dengesinde artış meydana geldi.

Hastadan yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alındı.

Sonuç: Travmatik beyin hasarlı hastalarda eklemlerde ağrı ve kısıtlılık durumunda HO ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken tanılardan birisidir ve hastaların fonksiyonel durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu vaka ESWT'nin TBH sonrası HO tedavisinde etkili ve kullanılabilir bir tedavi yöntemi olabileceğini düşündürmekle birlikte ileri randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: ESWT, Heterotopik Ossifikasyon, Beyin Hasarı

Direk grafide ESWT tedavisi öncesi(A) ve sonrası(B) sağ kalçada heterotopik ossifikasyon görünümü



Direk grafide ESWT tedavisi öncesi(A) ve sonrası(B) sağ kalçada heterotopik ossifikasyon görünümü

P-32: Covid-19 enfeksiyonu sırasında gelişen Bell Palsi

Ferda Büyük, Esra Şahingöz Bakırcı, Gülseren Demir Karakılıç
Yozgat Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Yozgat

Amaç: Bell palsi (BP) aniden ve tek taraflı gelişen fasiyal sinir paralizisidir. Sıklıkla viral enfeksiyon nedeniyle gelişir ya da viral enfeksiyonla ilişkili olarak görülmektedir. COVID-19 enfeksiyonunu takiben de nadir görülen bir komplikasyon olarak literatürde bildirilmiş BP vakaları mevcuttur. BP, COVID-19'un nörolojik manifestasyonlarından biri olarak düşünülmeye başlanmıştır. Bu vaka sunumunda COVID-19 enfeksiyonu sırasında BP gelişmiş bir hasta sunmayı amaçladık.

Olgu: 22 yaşında kadın hasta ateş, boğaz ağrısı ve burun akıntısı nedeniyle acil servise başvurmuş. Hastaya yapılan fizik muayene sonucu COVID-19 enfeksiyonu düşünülerek nazofarengeal sürüntü örneği alınmış. Gerçek zamanlı revers transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi ile hastaya COVID-19 tanısı konulmuş. Hastaya favipiravir ve parasetamol tedavisi başlanmış. Evde izolasyon önerilen hasta, hastalığının 4. gününde baş ve ense ağrısı, yüzünün sol tarafında uyuşukluk nedeni ile acil servise başvurmuş. Hastanın muayenesinde vital bulguları stabil bulunmuş ve hastanın çekilen elektrokardiyogramı normal sinüs ritminde saptanmış. Hastanın nörolojik muayenesinde kas gücü ve duyu muayenesi doğal bulundu, derin tendon refleksleri normoaktifmiş ve patolojik refleks yokmuş. Hastanın hemogram ve biyokimya parametreleri normal sınırlar içinde olarak değerlendirilmiş. Yapılan testlerde herpes zoster ve diğer viral enfeksiyonlara karşı antijen tespit edilmemiş. Hastanın beyin tomografisi ve difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde de herhangi bir patoloji saptanmamış. Hastaya sol periferik fasiyal paralizi tanısı konularak 16 mg/gün metilprednisolon tedavisi başlanmış. Metilprednisolon tedavisi azaltılarak 21 günde kesilmiş. Hasta fizik tedavi polikliniğine başvurduğunda metilprednisolon tedavisini bitireli 3 gün olmuştu. Hastanın özgeçmiş sorgulamasında herhangi bir özellik yoktu. Daha önceden BP geçirmemişti. Hastanın fizik muayenesinde sol gözünü tam olarak kapatamıyor ve sol kaşını tam olarak kaldıramıyordu, fasiyal asimetrisi mevcuttu. House Brackman sınıflaması orta derece disfonksiyon ile uyumlu idi. Hastanın sol yüz yarısında hipoestezisi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hasta fizik tedavi programına alınarak infraruj, elektrik stimülasyonu ve fasiyal paralizi egzersizleri şeklinde tedavisi başlandı. 15 seans fizik tedavi uygulanması sonrası fasiyal paralizi sekelsiz olarak iyileşmiştir. Hastadan bilgilendirilmiş gönüllü olur ve onam formu alınıp imzalatılmıştır.

Sonuç: Bell palsi, COVID-19 enfeksiyonunun nörolojik sistemde ortaya çıkardığı, hastalığın herhangi bir evresinde ortaya çıkabilen komplikasyonlardan biridir. Virüsün hangi mekanizmalarla BP gelişimine neden olduğunu açıklamak için daha geniş ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Bell palsi, COVID-19, fasiyal paralizi, rehabilitasyon

P-33: Lenfödem Distikiyazis Sendromu: FOXC2 Mutasyonuyla Seyreden Nadir Bir Lenfödem Vakası

Nurahsen Zaben[1], Canan Şanal Toprak[1], Nur Kaya[2]
[1]Marmara Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, İstanbul

Amaç: Lenfödem-distikiyazis sendromu, alt ekstremitede lenfödem ve konjenital distikiyazisin eşlik ettiği otozomal dominant aktarılan bir primer lenfödem sebebidir. Distikiyazis; meibom bezlerinin farklılaşmasındaki bozukluğa bağlı olarak iki sıra kirpik görülmesiyle karakterizedir. Primer lenfödem ile sonuçlanan hastalıklarda genellikle lenfatik damarlarda hipoplazi veya aplazi söz konusudur. Lenfödem-distikiyazis sendromunda ise lenfatik damarlar sayıca artmıştır ancak damar kapakçıklarının küçük ve displastik olması sebebiyle lenfödem gelişmektedir. Lenfödem sıklıkla ergenlik döneminde ortaya çıkmakla birlikte konjenital vakalar da bildirilmiştir. Ödem alt ekstremiteler ile sınırlıdır, genital tutulum eşlik edebilir. Erkek cinsiyette daha erken başlar ve erkekler kadınlara göre daha fazla selülit atağı geçirirler. Kadınlarda gebelik ve oral kontraseptif kullanımı, lenfödem gelişimini hızlandırabilir. Distikiyazis ise hastaların %94'ünde görülmekle birlikte kliniğe konjoktivit, kornea ülseri, fotofobi eşlik edebilir. Hastalarda nadiren de olsa konjenital kalp hastalığı, böbrek anomalileri, yarık damak dudak, hidrops fetalis riskinde artış görülebilir.
Tanı, bulguların varlığında klinik olarak konulabilmektedir. Hastada lenfödem ve distikiyazis bulunması, hastada distikiyazis ve ailede lenfödem öyküsü olması, hastada alt ekstremite lenfödemi ve ailede distikiyazis öyküsü olması tanı koydurucudur. Genetik olarak FOXC2 mutasyonu saptanması ile tanı doğrulanabilir. Burada göz bulguları, bilateral alt ektremitede lenfödem ve FOXC2 geninde heterozigot mutasyon bulunan bir Lenfödem Distikiyazis vakası sunmaktayız.

Olgu: 7 yaşında erkek hasta yaklaşık bir senedir olan her iki bacakta şişlik yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Şişliklerin sünnet operasyonu uygulanmasından yaklaşık 6 ay sonra başladığı ve sünnet sonrası yara iyileşmesinde problem olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde 3 yaşında kirpik batması nedeniyle geçirdiği operasyon dışında özellik yoktu. Anne, baba ve kız kardeşinde benzer hastalık öyküsü yoktu.
Fizik muayenede sol alt ekstremitede daha belirgin olmak üzere diz seviyesinden ayak parmaklarına uzanan ödem mevcuttu. Kızarıklık ve ısı artışı yoktu. Ödem 1+ gode bırakıyordu ve stemmer işareti pozitifti. (Resim 1)
Hastanın Lenfosintigrafisi 'Solda belirgin olmak üzere her iki alt ekstremitede kruris düzeyinde dermal geri akım paterni izlenmektedir. Solda belirgin her iki alt ekstremitede lenfatik yetmezlik lehine bulgular izlenmiştir.' şeklinde raporlandı. Hastanın mevcut oküler operasyon öyküsü ve lenfödem varlığından şüphelenilerek istenen Genodermatoz paneli incelemesi sonucunda FOXC2 geninde heterozigot mutasyon saptandı.
Bilateral alt ekstremiteyi etkileyen lenfödemin tedavisi için hasta fizik tedavi servisine yatırıldı. Toplamda 15 seans manuel lenfatik drenaj ve masaj bandaj tedavisi uygulandı ve bası giysisi reçetelendi. Tedavi öncesi ve sonrası çevre ölçümleri Tablo 1'de verilmiştir.
Aile bireyleri genetik danışmanlık açısından yönlendirildi ve gerekli tetkikler Tıbbi Genetik tarafından istendi. Hastaya bası giysisi kullanımının devamı, düzenli egzersiz programı önerildi.
(Hasta yakınlarından bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.)

Sonuç: Distikiyazis ve lenfödem birlikteliği, benzer aile öyküsü varlığında nadir bir primer lenfödem sebebi olan Lenfödem Distikiyazisten şüphelenilmelidir. Mutasyon tespit edildiğinde ailenin genetik testler açısından yönlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: lenfödem, primer lenfödem, distikiyazis, FOXC2

Resim 1



Tablo 1

Ölçüm seviyesi	Tedavi öncesi-Sol	Tedavi sonrası-Sol	Tedavi öncesi-Sağ	Tedavi sonrası-Sağ
Metatarsofalangeal eklem	20 cm	20 cm	19 cm	19 cm
Ayak bileği	23 cm	21 cm	22 cm	22 cm
Ayak bileği-8cm	29 cm	25,5 cm	26 cm	26 cm
Ayak bileği-16cm	33 cm	28 cm	28 cm	27 cm
Ayak bileği-24cm	28 cm	26,5 cm	27 cm	26,5 cm
Ayak bileği-32cm	31 cm	30 cm	31 cm	31 cm

P-34: İmmobilizasyon Hiperkalsemisi Gelişen Bir Omurilik Yaralanması Olgusu

Ayşe Elif Şen, Methiye Kübra Sezer, Yıldız Altıntaş, Zeynep Kıraç Ünal, Ece Ünlü Akyüz
Etlik Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Giriş: Hiperkalsemi yaygın bir metabolik anormalliktir ve ayırıcı tanısı geniştir. İmmobilizasyon hiperkalsemisi hiperkalseminin nadir bir nedenidir ve vakalar genellikle yeni omurilik yaralanmalı genç erkeklerdir. Genç yaşa (21 yaşından küçük) ek olarak, tam nörolojik yaralanmalar ve yüksek servikal seviyeli omurilik yaralanmalarında immobilizasyon hiperkalsemisi riski artar. Burada immobilizasyon hiperkalsemisi olan bir olgu sunulacak olup hastanın bilgilendirilmiş gönüllü onamı alınmıştır.

Olgu: 59 yaşında kadın hasta kliniğimize tetrapleji tanısıyla rehabilitasyon amaçlı yatırıldı. Nörolojik seviyesi C3 ASIA C olarak değerlendirildi. Hastanın bir yıl önce boyun ve sol kolunda ağrı ve uyuşma-karıncalanmanın başladığı, 3 ay sonrasında sağ el parmaklarında ve her iki alt ekstremitesinde de uyuşma-karıncalanma şikayetlerinin eklendiği, sol kolda kuvvet kaybı geliştiği öğrenildi. Bu şikayetlerle kliniğimize yatışından 2 hafta once opere edilmişti. Hasta kliniğimizce rehabilitasyon amacıyla alınmıştı; ancak COVID-19 PCR testinin pozitif saptanması üzerine rehabilitasyona başlanamadan enfeksiyon hastalıkları kliniğine devredilmişti. Hastanın bir ay sonra kliniğimize tekrar yatışı yapıldığında seviyesi C4 ASIA D olarak tespit edildi, immobildi ve yatak seviyesindeydi. Hastanın yatış tetkiklerinde kanda iyonize kalsiyum düzeyi 12 mg/dl tespit edildi. Hasta iç hastalıkları bölümüne konsülte edildi. Kalsiyum ve sütten fakir diyet ile bol hidrasyon ve kan kalsiyum seviyelerinin takibi önerildi. Takiplerinde dirençli hiperkalsemisinin devam etmesi üzerine etyoloji araştırılması için 24 saatlik idrarda kalsiyum takibi, paratiroid sintigrafisi, boyun-tiroid ve renal USG istendi. Yapılan tetkiklerde idrarda 591 mg/gün kalsiyum atılımı olduğu saptandı. Tiroid USG de 2.5 cm çapında nodül görüldü; ancak adenom ile uyumlu bulunmadı. Yapılan renal USG ve paratiroid sintigrafisinde patoloji saptanmadı.

Hastanın yapılan tetkiklerinde dirençli hiperkalsemi etyolojisine yönelik organik bir sebep bulunamadı, immobilizasyona sekonder gelişen hiperkalsemi olduğu düşünüldü.

Sonuç: Spinal kord hasarlı hastalarda ilk altı ay içinde hiperkalsiüri, hiperkalsemi ve üriner taş sık görülen önemli komplikasyonlardandır ve immobilibilizasyonla ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hiperkalsemi, immobilizasyon, omurilik yaralanması

P-35: Osteopoikilosis Hastalığı: Olgu Sunumu

Muhammed Fatih Özdemir, Merve Akdeniz Leblebicier, Fatıma Yaman
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

Amaç: Osteopoikilosis Hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak

Olgu: 45 yaşında kadın hasta, polikliniğe sağ diz ağrısı ile başvurdu.Hasta daha önce aile hekimliği polikliniğine başvurmuş olup çekilen grafide sklerotik odakların görülmesi üzerine hasta Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine yönlendirilmiş. Yaklaşık 1 aydır diffüz sağ diz ağrısı olan hastanın ağrısı mekanik karakterde olup ağrının aralıklı olarak şiddettini artırdığını belirtti. Hasta dizinde takılma, kitlenme ve boşa basma semptomları tariflemedi. Hastanın travma öyküsü ve ek hastalığı yoktu. Yapılan fizik mauyenede sağ diz eklem hareket açıklığı tam ve hareket sonu ağrılıydı. Değerledirilen özel testlerden sıkıştırma testi, Mcmurray testi, Apley kompresyon testi ve ön ve arka çekmece testi negatif olup sadece krepitasyon pozitifti. Ek olarak inflamatuar artrit bulgusu gözlenmedi. Ağrı şiddeti Görsel Analog skalası (GAS)'na göre 6 idi. Diğer kas iskelet sistemi muayenesinde ek bir bulgu saptanmadı. Nörolojik muayenede üst ve alt ekstremite kas gücü 5/5, DTR: Normoaktif ve TCR: Fleksör idi Hastanın sağ diz ön-arka ve yan grafilerinde femoral kondil ve tibial tüberkül bölgesinde çok sayıda milimetrik sklerotik odaklar izlenmekteydi.Hastada klostrofobi olması sebebiyle Manyetik Rezonans Görüntüleme(MRG)çekilemedi.Çekilen Bilgisayarlı Tomografi(BT)'de direkt grafi ile benzer bulgular saptandı.Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı(ESH) ve C-reaktif protein(CRP) düzeyleri normal sınırdaydı., 1.ay kontrolünde ağrısı azalan(GAS:4) hastaya hamstring,quadriceps,kalça abduktörleri ve ekstansörleri germe ve kuvvetlendirme egzersizlerine ek proprioseptif egzersizler verildi., 3.ay kontrolünde ise GAS:3'e gerileyen hastanın egzersiz programına devamı önerildi.

Sonuç: Osteopoikilozis(OP) ender görülen bir kemik displazisidir. OP, otozomal dominant kalıtım gösteren, çok nadir görülen, benign, sklerozan bir kemik displazisidir. rutin radyografik görüntüleme tetkiklerinde rastgele saptanır. Nadiren OP lokalizasyon yerinde herhangi bir deformite veya disfonksiyona yol açmadan ağrılı olabilir. LEMD3 genindeki mutasyonların osteopoikilozise neden olduğu gösterilmiştir.Olgular daha çok direkt grafilerde tipik radyografik bulguların görülmesi üzerine insidental olarak tanı almaktadır. Osteopoikiloz genellikle simetrik olarak uzun kemikleri, özellikle diz ve omuz çevresini, pelvisi, karpal ve tarsal kemikleri tutar. Bizim olgumuzda da tipik tutulum bölgesi femoral kondil ve tibial tüberkül çevresi olup semptomatik olması özellikli bir durumdur.. Ayırıcı tanıda serum alkalen fosfataz değerlerinin normal olması ile Paget hastalığından uzaklaşıldı.

Hastamızda tipik iskelet tutulumunun olması,laboratuvar tetkiklerinin normal olması ve medikal tedaviye yanıt vermesi nedeniyle ileri tetkik yapılmadı. Ancak, özellikle ileri yaştaki hastalarda, lezyonların yaygın ve büyük olduğu olgularda ve atipik bölgelerde tutulum saptandığında osteoblastik metastatik lezyonlardan ayrım yapılması amacıyla olguların kemik sintigrafisi ile değerlendirilmesi önerilmektedir

Anahtar Kelimeler: osteopoikilosis, kemik tümörleri

Resim 1



P-36: Romatoid Artrit Tanılı, Takibinde Nöropatik Yakınmalar Gelişen Bir Fahr Sendromu Olgusu

Cemile Didem Özdemir Özkan, Arif Gülkesen, Gürkan Akgöl, Gökhan Alkan
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Romatoid artrit sinovyal eklemlerin ve sinovyal karakterdeki tendon kılıfların inflamasyonu ile karakterize kronik, progresif, otoimmun bir hastalıktır. Hastalığın şiddeti ve süresi ile ilişkili olarak ekstra-artiküler manifestasyonlar gelişebilmektedir. En sık görülen nörolojik komplikasyon kompresyon nöropatileridir. Sinovyal inflamasyonun, hipertrofiye dokuların veya subkutan nodüllerin komşu periferik sinire basısı sonucu gelişir. En sık karpal tünelde median sinir, tarsal tünelde posterior tibial sinir basısı görülür. Bu olgu sunumunda amacımız romatoid artritle takipli nöropatik yakınmaları olan hastalarda ayırıcı tanıda periferik nöropatilerin yanısıra; nörodejenerasyonla seyreden santral sinir sistemi patolojilerine dikkat çekmektir.

Olgu: Hastanemiz fizik tedavi ve romatoloji polikliniğinde seropozitif romatoid artrit tanısı alan 42 yaşında erkek hasta ellerinde uyuşma-karıncalanma şikayetiyle başvurdu. Hipertansiyon haricinde ek komorbiditesi olmayan hasta tosilizumab 162 mg sc/hafta, metotreksat 10 mg sc/hafta, kolşisin 0,5 mg 2x1/gün, metilprednizolon 4 mg tb/gün ile takip edilmekteydi. Yapılan fizik muayenede alt ve üst ekstremite kas gücü 5/5, derin tendon refleksleri doğal, serebellar testleri becerikli ve bilateral tinnel pozitifliği mevcuttu. Kliniğimizde yapılan EMG'de sağda ılımlı karpal tünel sendromu saptandı. Servikal MR'da C3-4 düzeyinde sol subartiküler disk protüzyonu ve C5-6 düzeyinde sol nöral forameni daraltan disk protüzyonu izlendi. Oral ve topikal non-steroid antiinflamatuar ilaçlar ile el bileği istirahat splinti reçete edildi. Kontrol vizitlerine düzenli gelmeyen tarafımızca olgu yapılmak üzere onamı alınan hasta, tanısının 3. yılında ellerde titreme, ayaklarda uyuşma, denge kaybı ve baş ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Kas gücü doğal, yürüyüşü ataksik, serebellar testleri beceriksiz ve Romberg testi pozitif olan hastadan güncel EMG, beyin BT, geniş biyokimya, vitamin B12 ve hormon tetkikleri istenerek nöroloji bölümüne konsülte edildi. Hasta nöroloji tarafından interne edilerek tetkik edildi. Kontrastlı beyin MR'ında bilateral globus palliduslarda SWI'da hipointens eser element birikimi izlenen hasta FAHR Sendromu tanısı aldı. Yapılan güncel EMG tetkikinde yaygın sensörimotor polinöropati zemininde sağda karpal tünel sendromu saptandı. Gabapentin 300 mg 3x1 başlanan hastanın kliniğinde kısmi düzelme sağlandı. Bu olgu sunumunda romatoid artritli hastalarda sık karşılaşılan karpal tünel sendromu ile nörodejeneratif hastalıkların ayırıcı tanısı değerlendirildi. Bir nörodejeneratif hastalık olan FAHR Sendromunun başlangıç bulguları karpal tünel sendromu gibi periferik nöropatilerle karışabilmektedir. FAHR Sendromu serebellum, talamus ve bazal gangliyonlarda kalsiyum ve fosfor metabolizma bozukluğu sonucu oluşan kalsinozisle seyreden nadir görülen bir hastalıktır. Bu sendrom radyasyon maruziyeti, sistemik inflamatuar hastalıklar, hipo/hiperparatiroidizm ile birlikte görülebileceği gibi ailesel de olabilir. Klinik bulgular oldukça değişken olmasına rağmen baş ağrısı başlangıçta görülen semptomlardan biridir. Hipokinezi, tremor ve ataksi gibi hareket bozuklukları görülebilir. Tanıda en önemli görüntüleme yöntemi beyin BT'dir. BT'de görülen kalsifikasyonların en önemli özelliği simetrik olmasıdır. Bu radyolojik bulguların varlığı periferik nöropatilerden ayrımında önemlidir.

Sonuç: Olgumuz FAHR Sendromu tanısıyla nöroloji takibine alındı, gabapentin başlanmasıyla kliniğinde kısmi düzelme ve yaşam konforunda iyileşme sağlandı. Karpal tünel sendromu düşünülen hastalarda eşlik edebilecek veya olası primer nörodejenereatif hastalık varlığı da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: FAHR, Karpal tünel, Romatoid artrit

P-37: Tedavisiz Postpartum Osteonekroz Sonrasında Gelişen Koksartroz Olgusu

Aylin Ayyıldız[1], Selda Çiftci[2]
[1]Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Osteonekrozun, hastalık için bilinen diğer risk faktörlerinin yokluğunda gebelikle ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Hamileliğin sonunda ve doğumdan sonra kalça osteonekrozu riski mevcuttur ve doğum sonrasında risk hızla azalmaktadır. Bu durum daha fazla gebelik ve postpartum dönemde gebede pıhtılaşma faktörleri artışı ile ilintilendirilmiştir. Bu olgu sunumunun hazırlanmasında bahsi geçen hastadan aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 40 yaşında kadın hasta sol kalçadan dize kadar yayılım gösteren ağrı ile kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde sol kalça fleksiyon, dış ve iç rotasyon hareketli kısıtlı saptandı. FABERE ve FADİR testi pozitifti. Hasta belirgin bir biçimde sol bacağı üzerinden antaljik yürümekteydi. Özgeçmişi sorgulandığında hastanın sol kalçaya ait şikayetlerinin bundan 4 sene önce sezaryen ile doğum öyküsü sonrasında başladığı ve son zamanlarda ağrılarının şiddetlendiği tespit edildi. Hastanın görüntülemelerinde "femur başında belirgin yayvanlaşma ve koksofemoral eklem aralığında daralma" tespit edildi. Önceki görüntülemeleri ile kıyaslandığında son 2 senede hastanın femur başı sferisitesini kaybetmiş olduğu gözlendi. Hasta sorgulamasında postpartum dönemde pıhtılaşma artışına bağlı multipl embolizasyon öyküsü olduğu ve buna bağlı uzun dönem tedavi uygulandığı görüldü. Hastanın erken yaşta oluşan bu şikayetlerinin altında postpartum emboliye bağlı avasküler nekroz ve sonucunda uzun dönemde gelişen koksartroz tespit edildi. Hastaya daha öncesinde koksofemoral intraartiküler kortikosteroid uygulaması yapılmıştı. Fakat rahatlaması olmamıştı. Biz de hastamızı fizik tedavi ve egzersiz programına aldık ve ultrason altında intraartiküler hyaluronik asit uygulaması yaptık. Hastanın tedavi sonunda %70 faydalanımı olduğu gözlendi ve topallama şikayetinde görülebilir azalma saptandı.

Sonuç: Gerekli tedaviyi alamayan osteonekroz vakalarında uzun dönemde ekleme ait osteodejeneratif değişiklikler görülmektedir. Osteoartroz dönemine gelinmiş olsa bile hastanın yaşam kalitesinde ve fonksiyonelliğinde artış sağlayabilecek tedaviler mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Koksartroz, Osteonekroz, Postpartum

Resim 1



Sol Kalçada Osteonekroz sonrasında Gelişen Yoğun Osteodejeneratif Değişiklikler

P-38: Spinal Kord Yaralanmasında Multifokal Osteonekroz: Olgu Sunumu

Canan Tıkız, İlhan Celil Özbek, Emir Onağ
Celal Bayar Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Omurilik yaralanması sonrası yüksek doz steroid tedavisi alan hastada bilateral diz ve ayak bileği kemiklerinde yaygın osteonekroza dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Olgu: 24 yaşında sigara-alkol kullanımı ve ek hastalık öyküsü olmayan erkek hasta, Haziran 2022 tarihinde geçirdiği ateşli silah yaralanması sonucu hepatik ve kolon yaralanması sebebiyle dış merkezde genel cerrahi tarafından opere edildikten sonra hastanemiz anestezi yoğun bakımında izlenen hasta T11- T12 vertebra korpusunda displase olmayan kırığı ve klinik olarak paraplejisi sebebiyle nöroşirurji tarafından devralınmış, herhangi bir stabilizasyon uygulanmamıştır. 18 gün boyunca 4x40 mg intravenöz yolla, toplamda 2880 mg steroid tedavisi almıştır. Ağustos ayında T11 komplet (ASİA-A) parapleji tanısıyla servisimize rehabilitasyon amacı ile devredilmiştir.

Flask paralizi saptanan hastanın yapılan eklem muayenesinde bilateral dizlerde şişlik, ısı artışı, pasif 40 derece fleksiyon kısıtlılığı saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde serum alkalen fosfataz düzeyi (ALP) 224 IU/L (30-120), kalsiyum düzeyi 10.1 mg/dL (8.8-10.6), fosfat düzeyi 5.0 mg/ dL (2.5-4.5) olarak ölçüldü. Eritrosit sedimentasyon hızı 81 mm/saat, CRP 2.7 (0-0.5) ve normal değerin üstünde idi.

Bu bulgularla heterotopik ossifikasyon (HO) ön tanısıyla hastanın mukayeseli diz radyografisi ve bilateral diz MR'ı çekildi (Şekil1A-1B). Bilateral diz eklemi çevresinde medialde daha belirgin olmak üzere HO gözlemlendi. Ayrıca diz MR'ında heterotrofik ossifikasyona ilave olarak bilateral femur distalinde ve tibia proksimalinde yaygın ostenekroz alanları gözlendi.

Hastaya tedavi olarak 100 mg/gün indometazin ve alendronat 75 mg/hafta başlanıldı. Bilateral diz eklemine yönelik nazik bir şekilde eklem hareket açıklığı egzersizlerine başlandı. İndometazin tedavisine başlandıktan 1 ay sonra hastanın bilateral dizlerde şişliği azaldı, limitasyonda 20 derece gerileme gözlendi ve bel kemerli uzun yürüme cihazı ile paralel barda yürüme eğitimine başlatıldı.

Hastanın rehabilitasyonunun 3.ayında sağ ayak bileğinde şişlik görülmesi üzerine çekilen bilateral ayak bileği MR` ında bilateral tibia distalinde, bilateral talusta, talar kubbede ve 2 ve 3. metatars başlarında nekroz alanları, çevre yumuşak dokularda kas ve fasyalarda yaygın ödem saptandı (Şekil-1C).

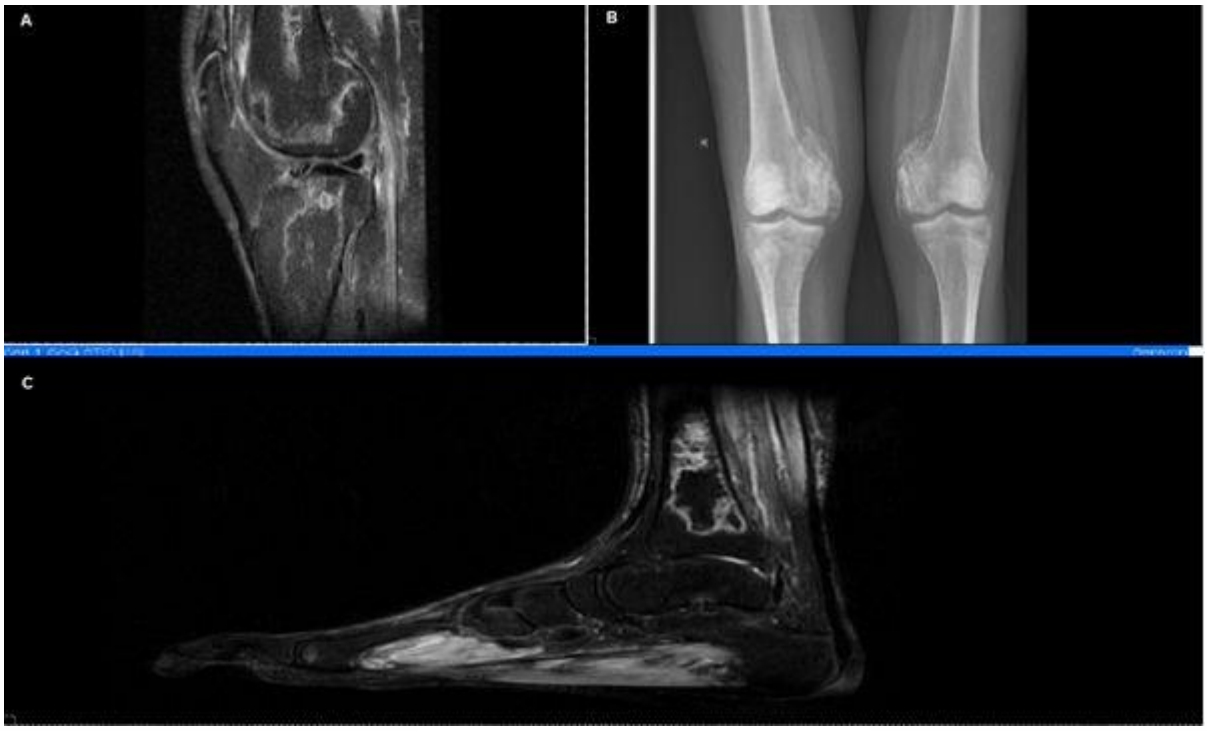
Tartışma: Yüksek doz steroid kullanımının osteonekrozun risk faktörlerinden biri olduğu bilinmektedir. Olgumuzda olduğu gibi kapalı spinal kord yaralanması sonrasında yüksek doz steroid tedavisi alan hastalarda bu açıdan dikkatli olunmalıdır. Hastamızda hem heterotropik ossifikasyona komşu kemik dokusunda hem de tek başına ayak bileği eklem bölgelerinde osteonekroz saptanmıştır. Literatürde HO tedavisi sonrasında gelişen osteonekroz bildirilmiş fakat HO ile aynı anda osteonekrozun görüldüğüne dair herhangi bir olguya rastlanmamıştır. Yine aynı şekilde spinal kord yaralanması sonrası multifokal osteonekroz vakasına da rastlanmamıştır.

Sonuç: Yüksek doz prednizon tedavisi alan spinal kord yaralanmalı hastalarda multifokal osteonekrotik alanların gelişebileceği ve yarattığı inflamatuar süreç ile birlikte HO oluşumunu tetikleyebileceği akılda tutulmalıdır.

Not: Hastadan bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formu imzalatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Heterotopik ossifikasyon, multifokal osteonekroz, spinal kord yaralanması

Şekil-1



Şekil 1. (A) Magnetik rezonans görüntüleme T2 STIR sekanslarda a.Tibia proksimali ve femur distalinde yaygın osteonekroz alanları, b. Tibia distalinde,talusta,talar kubbede ve metatars başında osteonekroz alanları (B) Bilateral diz eklemi çevresinde medialde daha belirgin olmak üzere heterotropik ossifikasyon (C) Tibia distalinde,talusta,talar kubbede ve metatars başında osteonekroz alanları

P-39: Diz ve Ayak Ağrıları Ayırıcı Tanısında Charcot Artropatisi: Olgu Sunumu

Tolga Oğuz Karapınar[1], Özgür Akgül[1], İhsan Şebnem Örgüç[2]
[1]Celal Bayar Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Manisa
[2]Celal Bayar Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Manisa

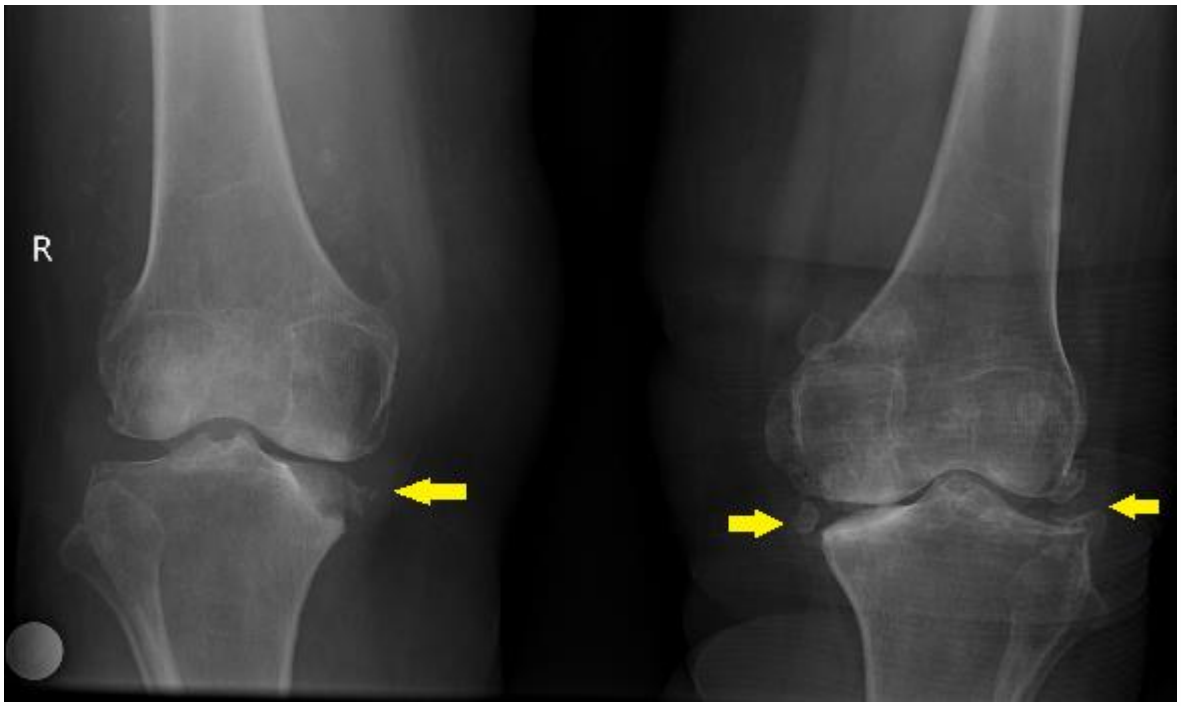
Amaç: Charcot Artropatisi (CA), ilk olarak Fransız patolog ve nörolog Jean-Martin Charcot tarafından tabes dorsalis hastalarında tanımlanmış olup; periferik nöropati ile ilişkili olarak kemik, eklem ve yumuşak dokuların tutulduğu kronik ve progresif bir hastalıktır. Diabetes mellitus (DM) ve sebep olduğu nöropatinin günümüzde CA'nın en sık nedeni olduğu düşünülmektedir. Ancak aynı zamanda elimizdeki veriler CA'nın birçok DM hastasında tanısının konamadığına işaret etmektedir. CA sıklıkla 50'li, 60'lı yaşlarındaki, en az 10 yıldır DM'si bulunan hastalarda ortaya çıkmaktadır. Tedavinin temelini sıkı glisemik kontrol oluşturmaktadır. CA tanı ve tedavisindeki gecikmeler etkilenen eklemde ciddi deformite gelişimine ve cerrahi amputasyon gereksinimine yol açabilmektedir. Bu olgu sunumunda her iki diz ve ayakta CA tanısı alan bir hasta sunulacaktır.

Olgu: 67 yaşında kadın hasta, sol dizinde ağrı ve şişlik şikayeti nedeniyle fizik tedavi polikliniğine başvurdu. Sol dizde tekrarlayan monoartrit sebebiyle takip edilen, takiplerine düzenli gelmeyen ve tanısı bilinmeyen hasta en son 4 yıl önce kontrole gelmişti. Hastanın diz ağrısı mekanik vasıftaydı. Bilinen tip 2 DM dışında ek hastalığı bulunmamaktaydı. 6 yıl önce düşme sonrası sağ ayak 1. metatars fraktürü gelişmiş olup başka travma öyküsü yoktu. Yapılan romatizmal sistem sorgulamasında özellik bulunmamaktaydı. Diz şikayetlerine yönelik olarak hastada daha önce kolşisin, non-steroid antiinflamatuar, sistemik kortikosteroid, metotreksat, intraartiküler kortikosteroid enjeksiyon tedavileri denenmiş ancak yeterli fayda sağlanamamıştı. Hastanın önceki muayene notlarında kendisine reçete edilen ilaçları düzenli kullanmadığı bilgisi bulunmaktaydı. Hasta başvuru anında sadece düzensiz olarak insülin kullanmaktaydı, ek medikasyonu bulunmamaktaydı.
Hastanın yapılan fizik muayenesinde her iki dizde minimal şişlik ve minimal ısı artışı bulunmaktaydı. Ciltte renk değişikliği yoktu. Bilateral diz ekstansiyonu minimal kısıtlıydı. Her iki ayakta deformite ve pes planus varlığı dikkat çekmekteydi. Sağ ayakta metatarsal hassasiyet bulunmaktaydı. Kas güçleri tam, bilateral aşil refleksleri hipoaktif diğer derin tendon refleksleri normoaktifti. Ekstremite distallerinde eldiven-çorap tarzında yüzeyel duyu kusuru bulunmaktaydı.
Hastanın istenen kan tetkiklerinde mikrositer anemi (hgb: 11,1 g/dL, mcv: 64,1), açlık kan şekeri: 298 mg/dL, HbA1c: %12, crp: 0,3 mg/dL, sedimantasyon hızı: 50mm/saat, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri dahil diğer tetkik sonuçları normal sınırlarda saptandı. Tam idrar tetkikinde 1+ glukoz ve 3+ protein olduğu görüldü. Eklem ponksiyon sıvısı incelenmesinde nadir lökosit görüldü, kristal saptanmadı. Diz ve ayak radyografilerinde nöropatik artropati ile uyumlu bulgular olduğu görüldü (Resim 1 ve 2).
Hastanın anamnez, fizik muayene ve tetkik sonuçları doğrultusunda hastaya CA tanısı konuldu. Tedavisi düzenlendi. Endokrinoloji, nefroloji ve ortopedi görüşleri alması önerilerek kontrole çağırıldı.

Sonuç: CA, periferik nöropati ile ilişkili olarak gelişen kronik ve progresif bir hastalıktır. Uzun süreli DM tanısı olan ve fizik muayenesinde yeni gelişen eklem deformitesi saptanan hastalarda ayırıcı tanı olarak akılda bulundurulması ve bu açıdan gerekli araştırmaların yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: artropati, charcot, diyabet, diz, nöropati

Resim 1



AP diz grafisi. Tibia platosunda çökme, eklem mesafesinde medialde belirgin daralma, eklem ile ilişkili serbest osteokondral cisimler, tibia platosunda skleroz ve solda daha belirgin femoro-tibial eklemde subluksasyon görülmektedir.

Resim 2



AP ve lateral ayak grafileri. Sağda belirgin orta ayakta tarso-metatarsal-intertarsal eklemde daralma-dezorganizasyon görülmektedir. Lisfranc ekleminde yırtığa işaret eden 1 ve 2. Metatarsal aralık açılmıştır.

P-40: Nadir Bir Nöropati Nedeni Spinoglenoid Çentikte İzole Supraskapular Sinir Tuzaklanması: Olgu Sunumu

Rabia Sökmen, Zeynep Şener Doğruel, Damla Cankurtaran, Ece Ünlü Akyüz
Ankara Etlik Şehir Hastanesi

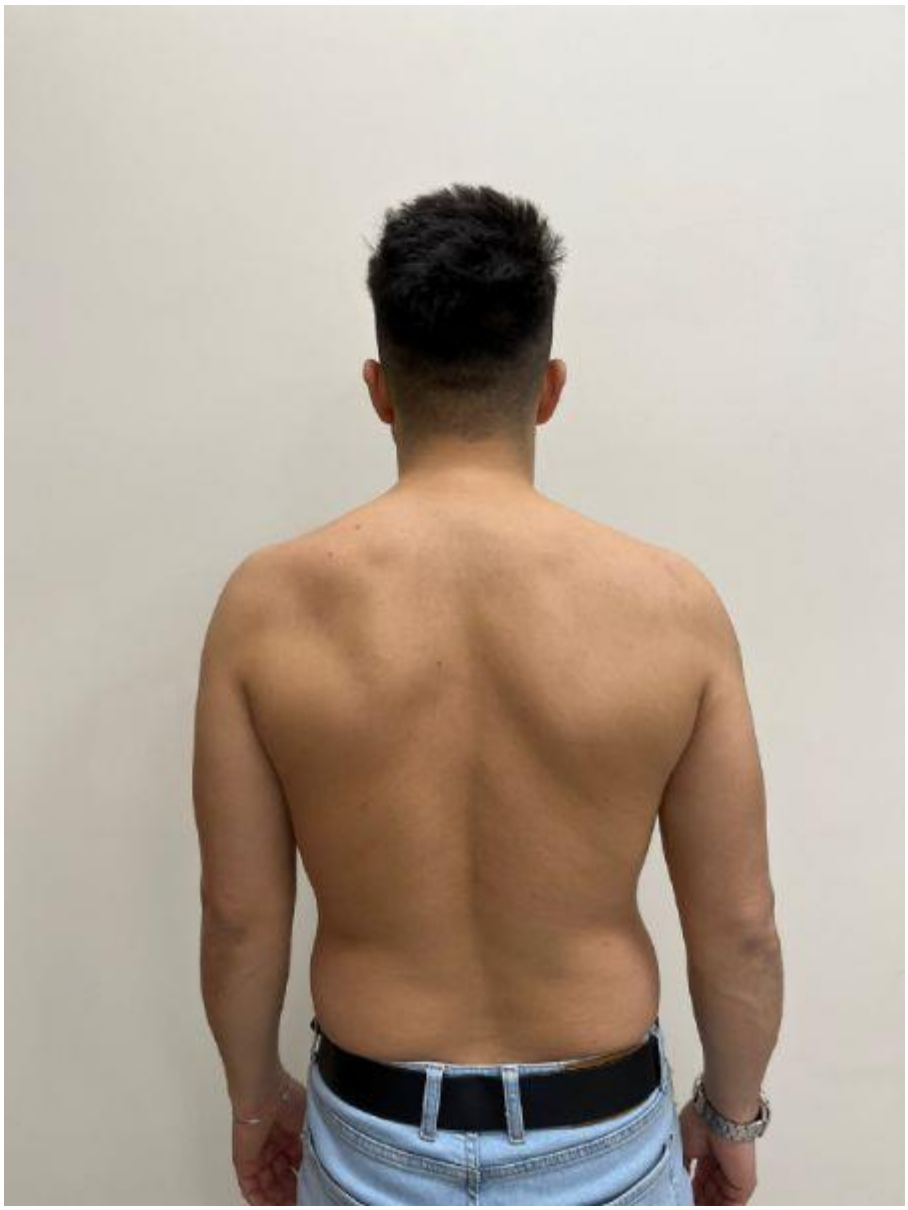
Amaç: Supraskapular sinir tuzak nöropatisinin, omuz ağrısının ve disfonksiyonun sebepleri arasında görülen nadir bir periferik nöropati çeşididir ve tüm kronik omuz ağrılarının %2 sebebi olduğu düşünülmektedir. Etyolojide en çok spinoglenoid çentikte para-labral kistler ve elit sporculardaki mikro travmalar suçlanmaktadır. Daha az görülen nedenler arasında tümörler, skapular kırıklar ve traksiyonu içeren doğrudan travma sayılabilir.. Supraskapular sinir omuz çevresinde iki yerde tuzaklanabilir, bunlar supraskapular çentik ya da spinoglenoid çentiktir. Spinoglenoid çentikte tuzaklanmasına bağlı infraspinatus kasına giden motor dallar etkilenir. Spinoglenoid ligamen olarak da bilinen inferior transvers ligaman bu tuzak nöropatinin en sık nedenidir. Bu olguda 27 yaş erkek bir hastada sol supraskapular sinirin izole infraspinatus atrofisi ile ortaya çıkan inferior transvers ligament altında sıkışarak oluşturduğu tuzak nöropatisinden bahsedilecektir. Hastadan aydınlatılmış rıza belgesi alınmıştır.

Olgu: Daha önce bilinen ek hastalığı ve düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan 27 yaşında erkek hasta sol kolda güçsüzlük ve sol skapula üzerinde incelme fark etmesi üzerine tarafımıza başvurdu. Hastanın ayrıntılı anamnezinde 9 ay önce spor yaparken ağırlık kaldırması üzerine sol omuzda 1 hafta süren şiddetli ağrı öyküsü olduğu öğrenildi. Ağrı sonrası sol kolunda güçsüzlük şikayetinin başladığını ve 2 hafta önce de sol kürek kemiği üzerinde çukurluk fark ettiğini dile getirdi. Yapılan fizik muayenede sol infraspinatus kası alanında atrofi görüldü. Patte ve dış rotasyon yetmezlik testleri sol tarafta pozitifti. Hastaya yapılan elektronöromiyografide (ENMG), elde edilen sol median, ulnar, radial, lateral antebrachikutanöz sinir duyu ileti çalışmaları ve sol median, ulnar sinir motor ileti çalışmaları normal bulundu. Uzun torasik sinir motor ileti çalışması sağ taraf ile karşılaştırıldığında benzer bulundu. İğne EMG'de sol deltoid, biseps braki, romboid, serratus anterior ve supraspinatus kasında spontan aktivite gözlenmedi, motor ünite potansiyel (MÜP) morfolojileri normal gözlendi. Sol infraspinatus kasında yoğun spontan aktivite, süresi ve amplütüdü artmış, polifazik MÜPler görüldü. İnterferans paterni orta derecede seyrek bulundu. Hasta dekompresyon açısından değerlendirilmek üzere ortopedi ve travmatoloji bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: Supraskapular sinir tuzak nöropatisinin omuz ağrısının ayırıcı tanısında nadir bir sebeptir. Sinirin tuzaklandığı lokasyona göre klinik semptom ve bulguların farklı çıkabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: supraskapular sinir, Spinoglenoid çentik, elektronöromiyografi

sol infraspinatus kası bölgesinde atrofi



P-41: Nadir Görülen Bir Kanat Skapula Nedeni-İzole Dorsal Skapular Sinir Nöropatisi

Methiye Kübra Sezer, Zeynep Şener Doğruel, Zeynep Kıraç Ünal, Ece Ünlü Akyüz
Etlik Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Giriş: Dorsal skapular sinir (DSS), esas olarak servikal 5. spinal sinir kökünden çıkan ve romboid kasları innerve eden, saf motor bir sinirdir.
Burada, nadir görülmesi nedeniyle, izole DSS nöropatisine bağlı kanat skapula gelişen bir olgu sunulmaktadır. Olguya ve ailesine yayın için bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

Olgu: 17 yaşında erkek hasta kliniğimize on gündür olan sol omuz ağrısı ve skapulada kanatlaşma şikayetiyle başvurdu. Bilinen hastalığı yoktu. Hastanın düzenli olarak haftada beş gün vücut geliştirme aktiviteleri yaptığı, basketbol oynadığı ve toplamda gün içerisinde bir saati bulan ağır sırt çantası kullanımı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde sol skapulada belirgin kanatlaşma görüldü (Resim-1). Nörolojik muayenesinde duyu ve motor defisit saptanmadı.
Yapılan elektromiyografi (EMG) çalışmasında bilateral üst ekstremite duyu ve motor ileti çalışmaları ile uzun torasik sinir motor ileti çalışmaları normaldi. İğne EMG çalışmasında sol serratus anterior ve trapez kasları normal bulunurken, sol romboid kasında anormal spontan aktivite görüldü. Motor ünite potansiyel analizi ve interferans paterni normaldi. Sol deltaoid ve infraspinatus kaslarının iğne EMG incelemesi de normal olarak değerlendirildi. Elde edilen elektrofizyolojik bulgular sol dorsal skapular sinirin akut dönem hafif parsiyel aksonal dejenarasyonu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya bir süre spor yapmaması ve ağır sırt çantası kullanmaması önerildi. Asemetazin 60 miligram 2x1 önerildi. 2 hafta sonraki kontrolünde ağrısının tamamen geçtiği ve skapular kanatlaşmanın belirgin azaldığı görüldü (Resim-2).

Sonuç: Omuz ve sırt ağrısının nedenlerinden birisi olan kanat skapula, nadiren DSS nöropatisine bağlı gelişebilmektedir. Kronik minör travmalar varlığında ve vücut geliştirme ile ilgilenen olgularda kanat skapula varlığında DSS nöropatisi de akılda tutulmalıdır.

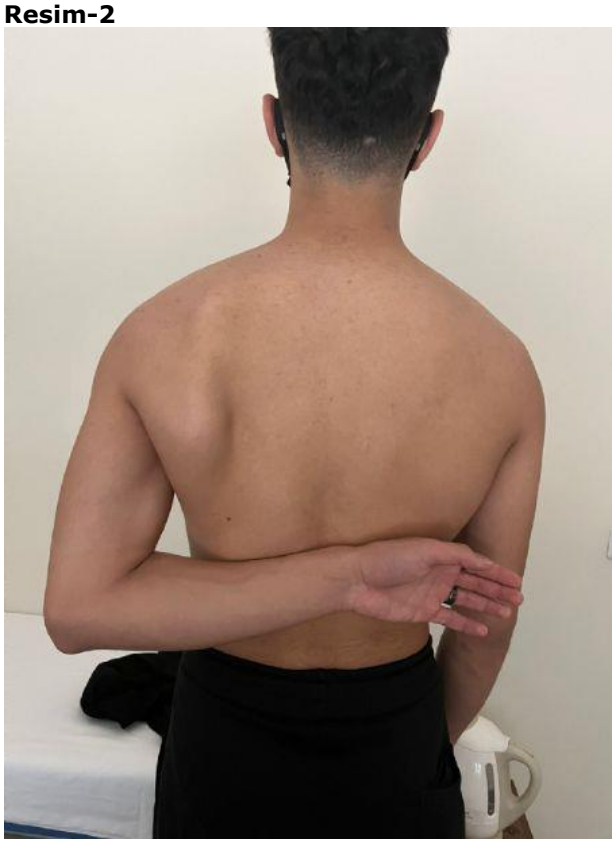
Anahtar Kelimeler: dorsal skapular sinir, kanat skapula, nöropati

Resim-1



Sol skapulada kanatlanma

Resim-2



Hastanın kontrol muayenesi

P-42: Kalça Ağrısı İle Başvuran Juvenil Romatoid Artritli Hastada Avasküler Nekroz

Duygu Güler, Teoman Aydın
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Avasküler nekroz (osteonekroz), farklı sebepler sonucunda ortaya çıkabilen kemik dokuyu besleyen kan akımının azalması veya tümüyle engellenmesi durumunda görülen kemik dokuya ait hücrelerin ölümüdür. Femur başı avasküler nekrozun en sık görüldüğü lokalizasyonlardan biridir. Kortikostreoid kullanımı etyolojik nedenler arasında yer almaktadır. Juvenil romatoid artrit tanısıyla takipli bu olguda kortikosteroid kullanımı sonrası gelişen sağ kalça avasküler nekrozunu sunmayı amaçladık ve hastamızın onayını alarak bu posteri hazırladık.

Olgu: 18 yaşında kadın hasta yaklaşık 8 aydır olan, son zamanlarda şiddeti artan sağ kalça ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı ayakta dururken ve yürürken artıyor, istirahat halinde azalıyordu. Özgeçmiş sorgulamasında hastanın juvenil romatoid artrit hastası olduğu ve metotreksat kullandığı, yaklaşık 1,5 sene önce juvenil romatoid artrite sekonder makrofaj aktivasyon sendromu tanısıyla yoğunbakımda yatış öyküsünün olduğu ve bu dönemde tedavide IVIG, pulse metilprednizolon, anakinra, 2 kür etoposid ve siklosporin kullanıldığı öğrenildi. Fizik muayenede antaljik yürüyüşü gözlemlenen hastanın sol kalça eklem hareket açıklıkları tam ve ağrısız iken sağ kalçanın eklem hareketleri her yönde açık ancak ağrılıydı. Kalça eklemi radyografisi (Fig.1) ve bilateral koksofemoral eklemlere yönelik pelvis manyetik rezonans görüntülemesi (Fig.2) istenen hastada sağ femoral epifiz lateral ve santral kolonlarını etkileyen osteonekroz sahası gözlenmiş olup evre 2 avasküler nekroz lehine değerlendirilmiştir. Hasta mevcut bulgularla avasküler nekroz tanısı almış olup gerekli medikal bilgiler verilerek ortopedi polikliniğine yönlendirilmiştir.

Sonuç: Başta inflamatuar hastalıklar olmak üzere birçok kullanım endikasyonu olan kortikosteroidlerin avasküler nekroz gibi ciddi yan etkileri bulunmaktadır. Kalça ağrısı ve özgeçmişinde kortikosteroid kullanım öyküsü olan hastalarda avasküler nekroz tanısı akla gelmeli ve gerekli değerlendirmeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalça ağrısı, kortikosteroid, avasküler nekroz, juvenil romatoid artrit, makrofaj aktivasyon sendromu

Figür 1. Kalça eklem radyografisi



Figür 2. Pelvis manyetik rezonans görüntülemesi, T1 sekansı



P-43: Etanercept İle Tedavi Edilen Juvenile Romatoid Artirit Tanılı Hastada Gelişen Ülseratif Kolit

Sefa Demirel, Zehra Pala Demirel, Banu Kuran, Nazif Bilicier, Kutaycan Çamlıca
Sağlık bilimleri üniversitesi seyrantepe hamidiye etfal eğitim ve araştırma hastanesi

Amaç: Juvenile romatoid artirit tanılı hastaların tedavisinde non-steroid anti inflamatuvar ilaçların yanında başta anti-TNF ajanlar olmak üzere biyolojik tedaviler yer almaktadır. Hastalığın seyri sırasında inflamatuvar sürecin bir parçası olabilen inflamatuvar bağırsak hastalıkları görülebilmekte ve tedavide kullanılan biyolojik ajan seçenekleri eşlik eden inflamatuvar hastalıklara göre değiştirilebilmektedir.

Olgu: 26 yaşında kadın hasta 19 yıl önce juvenile romatoid artirit tanısı almış olup 6 yıl etanercept metotreksat plaquenil kombine tedavisi altında remisyonda takip edilmekteydi. İshal şikayeti ile acil servis başvurusu sonrasında akut gastroenterit ön tanısıyla enfeksiyon hastalıklarında antibiyoterapi ile takip altındaydı etyolojiye yönelik yapılan gaita mikroskobisinde lökosit eritrosit pozitifliği saptanmış olup gaita kültürlerinde üreme saptanmamıştı. İleri tetkik amacıyla yapıla kolonoskopide aktif kolit ve fekal kalprotektin düzeyinde yükseklik saptanması üzerine ülseratif kolit tanısıyla takibe alınıyor. Mevcut kombine tedavisindeki etanercept başka bir biyolojik ajan olup inflamatuvar bağırsak hastalıklarında da etkin bulunan adalimumab tedavisi ile değiştirildi. Altı yıldır adalimumab leflunomid plaquenil tedavisi ile remisyonda takip edilmektedir.Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır.

Sonuç: Juvenile Romatoid Artirit tanılı hastalarda inflamatuvar bağırsak hastalığı sıklığı artmakta ve JRA tedavisinde kullanılan anti-TNF ajan tercihini değiştirebilmektedir. Hastalığın inflamatuvar seyrinin dışında etanercept tedavisi altındaki hastalarda inflamatuvar bağırsak hastalık sıklığının arttığına dair çalışmalar mevcuttur. Tanı ve tedavi takibinde göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: etanercept, ülseratif kolit

P-44: Postür Bozukluğu ile Başvuran Hastada Limbus Vertebra: Olgu Sunumu

Ezgi Kat, Pınar Kılıç Ateş, Filiz Yıldız Aydın, Sibel Çağlar, Meltem Vural
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Limbus vertebra (LV), nükleus pulpozusun marjinal interosseöz herniasyonu ile karakterize bir durumdur. Spesifik semptom göstermediği için sıklıkla vertebra fraktürü, enfeksiyon, Schmorl nodülü veya malignite ile karıştırılır (1). Limbus vertabra sıklıkla orta lomber vertebra cisimlerinin anterosuperior bölgelerinde lokalizedir ancak posterior ve inferior kenarlarda ve diğer vertebra seviyelerinde de görülebilir (2). Posterior limbus vertebranın sinir kökü basılarına neden olabileceği düşünülürken anterior limbus vertebra genellikle asemptomatiktir(3). Literatürde nadir de olsa birden fazla seviyede görülebildiği bildirilmiştir(4). Nükleus pulpozusun apofiz halkasının altından anterior intraosseöz herniasyonu sonucu oluşur (5, 6). Sırt ağrısı, lokal kas spazmı ve radikülopati gibi nonspesifik semptomlara neden olan LV'nin postür bozukluğu ile birlikteliği çok sık rastlanılan bir durum teşkil etmemektedir. Bu olgu sunumunda postür bozukluğu nedeniyle ayaktan hasta polikliniğimize başvuran LV olgusu paylaşılmıştır. Hastadan kişisel ve tıbbi verilerinin, isim ve kimlik kullanılmadan tıbbi bilgilendirme amacıyla kullanılmasına dair yazılı onam alınmıştır.

Olgu: On iki yaşında kız çocuk hasta duruş bozukluğu yakınımı ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın duruş bozukluğu dışında başka bir yakınımı yoktu. Anamnezinde romatolojik bir hastalığı düşündüren bulgu yoktu. Yapılan fizik muayenesinde servikal lomber omurga, üst ve alt ekstremite eklem hareket açıklıkları tamdı. Hasta baş önde fleksiyon postüründeydi. Trapez ve rhomboid kas bölgelerinde tetik noktaları ve paravertebral spazmı mevcuttu. Hastanın biyokimyasal tetkikleri 25(OH) vitamin D düzeyinde düşüklük (6,97 µg/L) dışında normaldi. Hastanın torakal ve lomber vertebral çift yönlü direkt grafi görüntülemesinde lomber vertebralarda multiple seviyelerde LV deformitesi görüldü. Fraktür ve kitle durumlarını dışlamak için hastadan tüm spinal vertebral Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tetkikleri istendi. Yapılan MRG sonucunda L2, L3, L4 superior end plate anteriorunda limbus LV varyasyonu ile uyumlu görünüm saptandı. Hastanın postür bozukluğu ve paravertebral kas spazmlarına yönelik egzersiz programı ve 25(OH) vitamin D tedavisi düzenlendi.

Sonuç: Bu olgu sunumunda literatürde nadiren görülen multiple seviyeli LV olgusu paylaşılmıştır. Sıklıkla ağrı semptomu ile karakterize LV fraktür, spondiloartropati veya malignite ile karıştırılabilir. Gereksiz tanı prosedürlerinden kaçınmak ve doğru teşhise hızlı bir şekilde ulaşmak için hastanın travma öyküsünün sorgulanması ve postür bozukluğu ile başvuran olgularda da LV görülebileceği akılda tutulmalıdır. Semptomatik hastalar konservatif olarak tedavi edilir, ancak konservatif tedavi başarısız olursa nadiren cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulabilir.

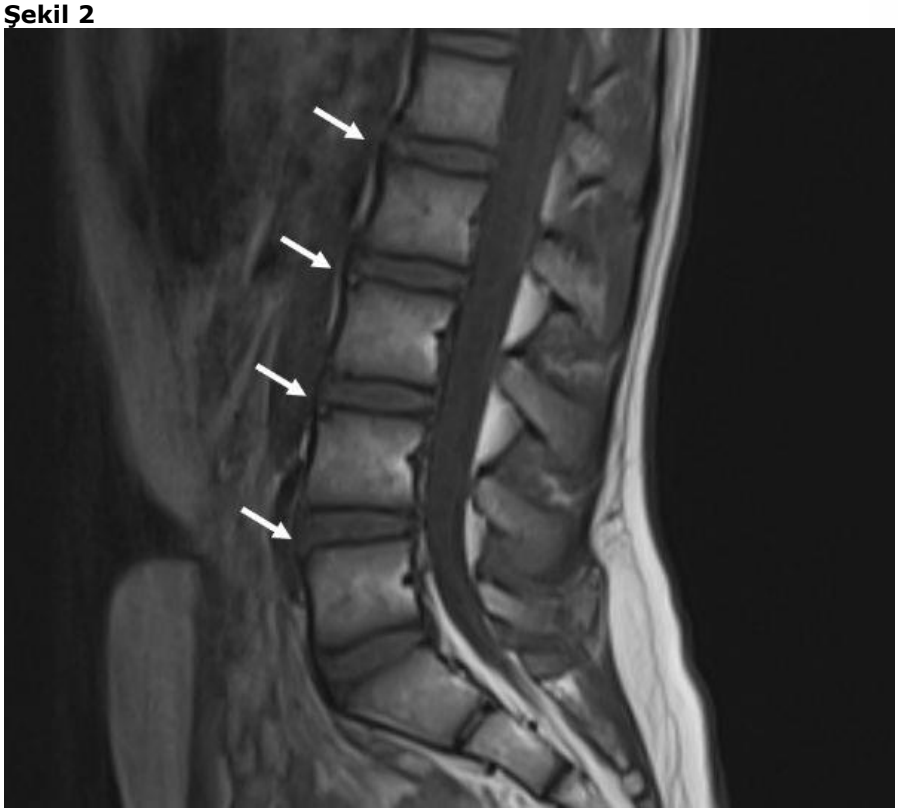
Anahtar Kelimeler: limbus vertebra, postür bozukluğu

Şekil 1



L2-L3-L4-L5 seviyelerde limbus vertebra deformitesi

Şekil 2



Manyetik Rezonans Görüntüleme T1 sekansta limbus vertebra deformitesi

P-45: Romatizmal Hastalıklarda İkili Görev Performansının Değerlendirilmesi Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Emel Horata[1], Erdal Horata[2], Yunus Emre Kundakçı[1], Hilal Yeşil[3], Suat Erel[4], Ümit Dündar[3]
[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
[2]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ortez ve Protez Bölümü
[3]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
[4]Pamukkale Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Amaç: Görev yönelimli çalışmalarda, kronik ağrının ikili görevlerde etkili olduğu gösterilmiştir. Kronik ağrı, çoğu romatizmal hastalıkta hareket kısıtlılığına ve katılıma engel olan temel sağlık sorunudur. Bu çalışmada romatizmal hastalıkların ikili görev yürüyüş performansına etkisi olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Karşılaştırmalı-tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya 18-65 yaş arası 75 kişi dahil edildi ve hastalar 1-Romatizmal Hastalık Grubu (RG; 23 kadın, 14 erkek) ve 2- Kontrol Grubu (KG; 20 kadın, 18 erkek) olarak iki gruba ayrıldı. Kronik ağrısı olan (Görsel Analog Skala, VAS'a göre >3,4 cm) ve Standardize Mini Mental Durum Muayenesi puanı 24'ün üzerinde olan bireyler RG olarak bu çalışmaya dahil edildi. Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan kişiler KG'ye dahil edildi. RG'nin sağlık durumu Artrit Etki Ölçüm Ölçeği 2 (AIMS-2) ile değerlendirildi. 10 Metrelik Yürüme Testi, yürüme performansını değerlendirmek için tek ve çift görev koşullarında (çift görev bilişsel, DT bilişsel; çift görev motoru, DT motor) uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan bireylerin yaş ortalaması 40,6 ± 11,34 idi (RG=43,08 ± 11,30; KG=38,18 ± 11,00).Gruplar arasında DT kognitif'deki yürüme hızı açısından KG lehine anlamlı bir fark vardı ($p < 0.05$). VAS puanları, tek ve DTkognitif ve DTmotor yürüme parametreleri ile ilişkili bulundu($p < 0.05$). AIMS-2'nin birçok alt bölümü, tek, DTkognitif ve DTmotor yürüyüş parametreleriyle ilişkili idi ($p < 0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada, romatizmal hastalıkların, kronik ağrı nedeniyle eşzamanlı motor-bilişsel ikili görev koşullarında yürüme performansını azaltabileceği sonucuna varılmıştır. Tek ve çift görev yürüyüş parametreleri psikososyal faktörlerle ilişkili olabilir. Bu nedenle romatizmal bir hastalığa bağlı yürüme bozuklukları ve düşmelerin tedavisinde ağrı kontrolü ve biyopsikososyal yaklaşımı içeren uygulamalar faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: kronik ağrı, romatizmal hastalık, yürüme

P-46: Trendelenburg Yürüyüşünün Farklı Bir Nedeni: Olgu Sunumu

Betül Ceyda Şenyurt[1], Afitap İçağasıoğlu[2]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Bel ve kalça ağrısı ile başvuran hastaların yürüyüş ve muayene yöntemlerinin değerlendirilmesinin önemini, trendelenburg yürüyüşlü bir hastayı sunarak vurgulamayı amaçladık.

Olgu: 60 yaşında hipertansiyon dışında bilinen herhangi bir komorbiditesi olmayan kadın hasta yürümede zorluk, sağ kalçadan bacağa yayılan ağrı şikayetleriyle 2022 Kasım ayında tarafımıza başvurdu. Ağrısı üç yıldır devam etmekte, yürüdükçe şikayetlerinde artış tariflemekteydi. 2019 yılında pelvik kitle nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde yürüyüşünde sağ taraf hafif aksamakta (trendelenburg yürüyüşü), lomber ve her iki kalça eklem hareket açıklığı serbest ve ağrısızdı. Düz bacak kaldırma testi her iki tarafta negatif iken FABERE sağda pozitif solda negatif, FADIR her iki tarafta negatif idi. Kas gücü değerlendirilmesinde; sağ kalça fleksörleri (L2): 4/5, kalça ekstensörleri: 4/5 kalça abdüktörleri: 2/5, diz ekstensörleri (L3): 5/5, ayak bileği dorsifleksiyonu (L4): 5/5, baş parmak ekstensörü(L5): 5/5, ayak bileği plantar fleksörleri (S1): 5/5 idi. Duyusu sağ taraf uyluk medialinde hipoestezikti. Bacak boyları eşit olarak ölçüldü. Trendelenburg testi sağ tarafta pozitifti. Hastanın üç yıl önce operasyon öncesi MRI görüntülemelerinde pelvik kitlenin; sağda iliopsoas trasesinde başlayan, orta hatta mesane ve rektumu sol laterale doğru iten siyatik trasesi boyunca posteriora uzanan pelvik düzey inferiorunda gluteus maksimus ve minimus arasında devamlılık gösteren aksiyel planda 144x125 mm, koronal planda 195 mm boyutlarında olduğu görülmüş. Yapılan biyopsi ve total kitle eksizyonu sonucunda; liposarkom olarak değerlendirilmiştir. Olası superior gluteal sinir hasarı düşünülerek emg istendi. Yapılan EMG'de sağ L4-L5 ve L5-S1 kök innervasyonlu kaslarda kronik nörojenik değişikliklerle uyumlu bulgular saptanmıştır. Kalça ağrısına yönelik ağrı tedavisi, kalça kuşağı kuvvetlendirme egzersizleri, yürüme denge çalışmaları için rehabilitasyon programına alındı. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Sonuç: Trendelenburg yürüyüşü ve kalça ağrısı ile başvuran hastalarda intrapelvik patolojilerin de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması ve hastaların bu yönden araştırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: trendelenburg, kalça ağrısı, intrapelvik kitle, superior gluteal sinir

P-47: Bilateral Radial, Ulnar ve Median Sinir Hasarının Eşlik Ettiği Kompresyon Nöropatisi: Olgu Sunumu

Pınar Kılıç Ateş, Ezgi Kat, Banu Aydeniz, Sibel Çağlar, Meltem Vural
Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kompresyon nöropatisi, periferik sinirlerin anatomik seyirleri boyunca farklı sebeplere bağlı olarak kısa ya da uzun süreli basıya maruz kalmaları sonucu gelişen nöropatidir(1). Kompresyon sonucu sinirde oluşan hasarın şiddetine bağlı olarak semptomlar gelişmektedir. Periferik sinirin otonom ve duyu liflerinin etkilenmesine bağlı, ilgili sinirin dermatom alanında yanma, uyuşma ve karıncalanma hissi görülür (2). Motor liflerde etkilenme söz konusu ise, kaslarda güçsüzlük, ileri dönemde atrofi ve beraberinde gelen fonksiyonel yetersizlikler görülebilir. Radial sinir anatomik özellikleri nedeniyle üst ekstremitede en sık kompresyon nöropatisi gözlenen sinirdir. Radial sinirle beraber ulnar ve median sinirinde eşlik ettiği kompresyon nöropatileri nadirdir(3,4). Kliniğimize rehabilitasyon amaçlı başvuran, bilateral radial, ulnar ve median sinirin etkilendiği kompresyon nöropatili bir olgu sunumu paylaşılmıştır. Hastadan kişisel ve tıbbi verilerinin, kimlik bilgileri kullanılmadan tıbbi bilgilendirme amacıyla kullanılmasına dair yazılı onam alınmıştır.

Olgu: Altmış bir yaşındaki erkek hasta, 3 ay önce epileptik atak geçirmesi nedeniyle hastaneye transfer esnasında bilateral aksilladan sabitlenmiş. Yedi gün yoğun bakım ünitesinde ve 1 ay nöroloji servisinde takip edilen ve her iki üst ekstremitede kuvvet ve duyu kaybı yakınımları olan hasta rehabilitasyon amacıyla fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğimize başvurdu. Olgunun her iki kolda güç kaybı ve uyuşma yakınması mevcuttu. Ağrı şikayeti yoktu. Hastanın özgeçmişinde Diabetes Mellitus ve epilepsi dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde kas kuvveti bilateral omuz çevresinde 5/5, sağda dirsek fleksiyon ve ekstansiyonu 2/5, solda dirsek fleksiyon ve ekstansiyonu 3/5, sağda el bilek fleksiyon ve ekstansiyonu 1/5, solda el bilek fleksiyonu 2/5 ve bilateral parmaklarda 1/5 olarak değerlendirildi. Hastanın ayrıca sağ el distalinde duyu kaybı mevcuttu. Hastanın patolojik refleksleri negatifti. Hastadan istenen laboratuar tetkik sonucuna göre hemogram, sedimantasyon, C reaktif protein (CRP), böbrek, karaciğer ve tiroid fonksiyon testleri normal, açlık kan şekeri 221mg/dL ve vitamin B12 düzeyi 1100 ng/L olarak tespit edildi. Yapılan EMG incelemesinde, iki yanlı median, ulnar ve radial sinirlerin uyarılması ile motor ve duysal yanıtlar elde edilememişti. İğne EMG'sinde dirsek seviyesinin distalinde kalan radial, median ve ulnar sinir innervasyonlu kaslarda yoğun denervasyon potansiyelleri izlenmiş, istemli kası ile sadece sol radial sinir innervasyonlu bilek ekstensör kaslardan seyrek motor ünit potansiyeller kaydedilmiş; diğer kaslardan ise motor aktivite elde edilememişti. Bulgular iki yanlı dirsekten itibaren median, ulnar ve radial sinirlerde çok ağır düzeyde aksonal hasar ile uyumlu olarak değerlendirilmişti. Kliniğimizde hastaya kömpresyon nöropatisine yönelik nörolojik rehabilitasyon programı uygulandı. Epilepsi öyküsü nedeniyle elektriksel stimülasyon uygulanamayan hastaya 15 seans boyunca omuz, el bilek ve el kaslarına yönelik eklem hareket açıklığı egzersizleri, kuvvetlendirme egzersizleri ve duyu bütünleme çalışmaları uygulandı. 15 seans sonunda yapılan fizik muayenede; bilateral dirsek fleksiyon ve ekstansiyonu 3/5 ve sağda el bilek fleksiyonve ekstansiyonu 2/5, solda el bilek fleksiyon ve ekstansiyonu 3/5, bilateral el parmak fleksiyon kas gücü 3/5 olarak değerlendirildi. Hastanın kas kuvvetinde anlamlı iyileşme saptanırken; duyu kaybında belirgin iyileşme saptanmadı.

Sonuç: Bu olgu sunumunda kompresyon nöropatisine bağlı radial, ulnar ve median sinirin etkilendiği bir klinik tablo paylaşılmıştır. Hastanın bireyselleştirilmiş erken rehabilitasyon programı ile fonksiyonel durumunda, semptomlarında iyileşme sağlanmıştır. Acil durumlarda, hasta transferlerinde pozisyonlama konusunda sağlık personelleri kompresyon nöropatileri gelişimi açısından bilgilendirilmelidir. Bu konuda farkındalık yaratılmalıdır. Kompresyon nöropatisi gelişen hastalar yakından takip edilmeli, erken dönemde rehabilitasyon programı planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kompresyon Nöropatisi, Nöropati

P-48: Menisküs Yırtığı Olan Hastalarda Egzersiz Programının Ağrı Algısı Ve EHA (Eklem Hareket Açıklığı) Üzerine Etkileri

Murat Baloğlu
Sbü Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon,Diyarbakır

Amaç: Bu araştırmanın amacı daha önceden MRI çekilerek Grade-3 veya Grade-4 tanısı konulmuş dizlerinde ağrı ve hareket kısıtlılığı olan hastalarda, 12 haftalık düzenli egzersizin hastalardaki ağrı algısı ve EHA(Eklem hareket açıklığı) üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya alınan 40 adet Grade-3 veya Grade-4 tanısı konulmuş olan hastaya (20 erkek,20 bayan) 12 hafta boyunca egzersiz programı (ilk 6 hafta germe sonraki 6 hafta ise kuvvetlendirme egzersizleri) haftada 5 gün boyunca uygulandı. Kontrol grubuna ise hiçbir aktivite uygulanmadı.Tüm hastalarda tedavi önce ve sonrası ağrı algısını değerlendirmek için VAS (Visüel Analog Scala) ölçeği kullanıldı. Haftanın 5 günü boyunca uygulanan bu program sonucunda hastalardaki ağrı algısı ve EHA(Eklem hareket açıklığı)'ndaki değişimlerin hastalar üzerindeki etkileri değerlendirildi.

Bulgular: Tüm hastalarda VAS (Visüel Analog Scala) tedavi önce ve sonrası değerlendirilerek kayıt altına alındı.Tedavi öncesi 6,2+-4,70 seviyelerinde olan VAS değerleri tedavi sonrasında 2,4+-2,1 seviyelerinde seyretti.Bu da tedavi önce ve sonrası VAS değerlerinde anlamlı farklılık olduğunu ortaya koymuştur($p<0,05$).Yine aynı şekilde uygulanan 12 haftalık bu diz rehabilitasyon programı sonucunda dizin aktif ve pasif ekstensiyonunda başlangıçta 158,4+-2,8 seviyelerindeki ölçümler 12 haftalık rehabilitasyon programı sonrasında 168,2+-1,2 olarak ölçülmüştür ve buna bağlı olarakta egzersizin olumlu sonuçlar ortaya koyduğu belirlenmiştir($p<0,05$).Buna bağlı olarak düzenli uygulanan germe ve kuvvetlendirme egzersizlerinin ağrı şiddetini önemli derecede azalttığı ve eklem hareket genişliğini artırdığı söylenebilmektedir.

Sonuç: Menisküs yırtığına bağlı olarak ağrı ve hareket kısıtlılığı mevcut diz problemli hastalarda 12 haftalık rehabilitasyon programının sonucunda hem ağrı seviyelerinde hem de aktif ve pasif ROM'larda anlamlı düzelmeler tespit edilmiştir.Bu nedenle menisküs yırtığı bulunan hastalarda uygulanacak olan egzersiz programının hastalarda ki disabiliteyi azaltarak günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız bir hale getireceği düşünülmektedir.
Kaynaklar;
1-Escamilia RF,Fleisig GS,Zheng N,et.al.Biomechanics of the knee during closed kinetic chain and open kinetic chainexercises.Med Sci Sports Exerc. 1998;30;556-569
2-Cailliet R.Knee pain and disability FA.Davis Company Philadelphia 1997.

Anahtar Kelimeler: Diz ağrısı, Germe egzersizleri, VAS

P-49: Guillain-Barré Sendromu Sonrası İmmobilizasyona Bağlı Gelişen Diz Kontraktürü

Burcu Sevingül, Hilal Devran, Yıldız Altıntaş, Zeynel Abidin Güldoğan, İbrahim Gündoğdu, Aslıhan Uzunkulaoğlu
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ankara

Giriş: Eklem kontraktürü, eklemin pasif hareketindeki limitasyon olarak tanımlanır ve vücutta herhangi bir eklemde görülebilir. Etkilediği ekleme göre kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve ambulasyonunu kısıtlayabilir. Etyolojisi üç ana grupta incelenebilir; multiple kontraktürle giden konjenital hastalıklar, kronik hastalıklarla ilişkili kontraktürler, uzamış immobilizasyona bağlı kontraktürler. Burada Guillain-Barré sendromu (GBS) sebebiyle uzun süreli immobilizasyona bağlı gelişen bilateral diz kontraktürü olan bir olgu sunulmaktadır. GBS ilişkili eklem kontraktürü ile ilgili literatürde bir olgu sunumu mevcuttur.

Olgu: 76 yaşında erkek hastada ishal, kusma şikayetleri ile başvurduğu dış merkezde sepsis ön tanısı ile yapılan yatışının 10. gününde alt ekstremitelerinde kas güçsüzlüğü başlamıştır. 15. gününde ileus gelişmiş ve hastaya yapılan lomber ponksiyon sonucunda Guillain-Barré sendromu tanısı koyulmuştur. Dört günlük İVİG (intravenöz immünglobulin) tedavisinin ardından dahiliye servisinden semptom başlangıcının 95. gününde rehabilitasyon amacıyla devir alınmıştır. Hastanın 3 ay süreyle yoğun bakım ve akut servis yatışı mevcut olup 45. günde fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR) bölümünden konsültasyon istenerek programa alındığı öğrenilmiştir. Hastanın uzun süreli yatışı sırasında alt ekstremitelerindeki güçsüzlük ve şiddetli ağrı nedenli immobilizasyonundan kaynaklanan bilateral 90 derecede fikse diz kontraktürü ve grade 2 dekübit ülseri olduğu görülmüştür. Hastanın komorbid durumları arasında hipertansiyon ve gut artriti mevcut olup bilateral 1. metatarsofalangeal, el distal ve proksimal interfalangeal eklemlerinde, kulak heliksinde, topuk bölgesi cilt altında tofüslerin varlığı görülmüştür. Gut artritinin tedavisi için 15 yıllık kolşisin 0,5 mg/gün kullanımı bulunmaktadır. Hastaya bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldıktan sonra tedavisine başlanmıştır. Tedavisinde dizlerdeki fleksiyon kontraktürü için eklem hareket açıklığı, germe, magnezyum iyontoforezi, kısa dalga diatermi, whirlpool, hotpack, izometrik egzersizler uygulanmıştır. Rehabilitasyonun 22. ve 25. günlerinde sırasıyla sol ve sağ dize intraartiküler steroid enjeksiyonu uygulanmıştır. Başlangıçta yatak içi oturma dengesi olmayan hasta rehabilitasyonun 30. gününde desteksiz oturabilmiş ve diz eklem açıklığı ölçümlerinde sağ dizde 55 derecelik, sol dizde 50 derecelik artış sağlanmıştır. Alt ekstremite proksimal ve distal kas kuvvetleri 3/5'ten 4/5'e ilerlemiştir.

Sonuç: Eklem kontraktürüne yaklaşımda en önemli basamak kontraktür gelişmeden müdahale etmektir. İmmobilizasyon kollajen fibrillerinin yapısının bozulmasına, ligamentlerin kısalmasına, eklem kapsülünde fibrozise neden olur. İki hafta süreyle immobil bırakılan fare ve tavşanlarda kontraktür geliştiği ve immobilite süresi arttıkça kontraktür şiddetinin arttığı görülmüştür. Bu nedenle uzun süre immobil kalacağı öngörülen hastalarda vertikalizasyona ve eklem açıklığı egzersizlerine erken başlamak ve hastayı düzenli yüzüstü pozisyonda konumlandırmak önemlidir. Hastanın dizabilitesinin büyük kısmı diz kontraktürlerinden kaynaklanmaktadır. Kontraktür bulunmasa çok daha erken ambule olabilecek olan bu hastada, FTR konsültasyonunun 45. günde istenmesi; FTR'nin akut servislerle erken konsültasyon yapısının kurulmasının önemini göstermektedir. Literatürde düşük dirençli ve uzun süreli germe egzersizlerinin daha etkili olduğu görülmüştür. Burada bahsedilen immobilizasyonu olan olguda eklem hareket açıklığı egzersizlerine geç başlanması kontraktür gelişimine neden olmuş ve eklem açıklığının artması uzun süreli rehabilitasyon gerektirmiştir. Kontraktür oluştuğu takdirde tedavi yaklaşımıysa fiziyatrist önderliğinde multidisipliner bir ekip tarafından hastanın premorbid özellikleri göz önünde bulundurularak karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İmmobilizasyon, Kontraktür, Parapleji

P-50: Nadir Bir Entezit Örneği: Aksiyel Spondiloartritli Hastada Posterior Longitudinal Ligaman İle İlişkili "Romanus Lezyonları"

Eren Aygün, Sevgi Selin Kurtoğlu, Rana Terlemez, Kenan Akgün
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: AxSpA (aksiyel spondiloartrit) ile ilişkili olan, spinal MR (manyetik rezonans) görüntülemede sıklıkla vertebra korpusunun anterior köşelerinde tanımlanmış Romanus lezyonlarının daha nadiren korpusun posterior köşelerinde görülebileceğine dikkat çekmek

Olgu: 46 yaşında Ax-SpA tanılı erkek hasta son zamanlarda giderek artan ve mevcut infliksimab tedavisine yanıt vermeyen sırt ağrısı nedeniyle poliklinik takibinde değerlendirildi. Hasta özellikle enjeksiyon zamanının birkaç hafta öncesinde sırt ve bel ağrısının çok şiddetlendiğini, sabah tutukluğunun arttığını, günlük aktivitelerini yapmakta zorlandığını ifade etti. Hastanın fizik muayenesinde torakal ve lomber eklem hareket açıklığı ağrılı ve kısıtlı bulundu. Modifiye Schoeber testi 3 cm, el – zemin mesafesi 38 cm olarak ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon (24 mm/1saat) ve CRP (11 mg/L) değerleri yüksek saptandı.
Hastalık öyküsüne göre 2014 yılında başlayan bel ağrısı ve tutukluk yakınmaları üzerine Ax-SpA tanısı alan hastada NSAİİ (non-steroid anti-inflamatuvar ilaç) yanıtsızlığı sonrasında etanersept ile biyolojik tedavi başlanmıştı. Ancak takiplerinde karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik nedeniyle ilacı kesilmişti. Sonrasında yaklaşık dört yıl altı ay sertolizumab pegol kullanan hastada sekonder yanıtsızlık gelişmesi üzerine adalimumab tedavisine geçilmişti. Adalimumab ile yaklaşık bir yıl tedavi edildikten sonra şikayetlerinin azalmaması üzerine sekonder yanıtsızlık geliştiği kabul edilip infliksimab tedavisine geçilmişti. Dört ay sonraki kontrolünde yakınmalarında %50 azalma olması üzerine infliksimab tedavisine devam kararı alınmıştı. Ancak sonraki kontrolünde ağrılarında artış ile kliniğimize başvurdu.
Hastadan aktif spondiliti saptayabilmek için STIR sekansın dahil edildiği torakal MR görüntülemesi istendi. Torakal MR görüntüsünde orta torakal bölgede daha belirgin olmak üzere vertebra korpus posterior köşelerinde ödem ile uyumlu STIR sekansında sinyal artışları izlendi (Resim 1). Artmış hastalık aktivitesi düşünülerek infliksimab tedavisi kesilerek başlangıçta fayda gördüğünü söylediği etanersept tedavisinin kesilme nedeni tekrar sorgulandı. ALT ve AST düzeylerinde üç kattan az yükseliş olmasının ilacın kesilme nedeni olduğu tespit edildikten sonra etanersept tedavisine yeniden başlandı. Üç ay sonraki kontrol muayenesinde hastanın ağrısı büyük oranda geriledi, karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme olmadı ve akut faz yanıtı negatifleşti. Hasta etanersept tedavisinin devamı ile takibe alındı.

Sonuç: Spinal inflamasyon bulguları sakroiliit gelişmeden önce nadiren ortaya çıktığı için aksiyel spondiloartropati sınıflama kriterlerinde spinal MR görüntüleme yer almasa da inflamatuvar karakterde sırt ve bel ağrısı tarif eden hastalarda tanıyı desteklemek ya da hastalık aktivitesini değerlendirmek için torakolomber MR görüntüleme istenebilir. Romanus lezyonları aksiyel spondiloartrit için güvenilir bir MR bulgusu olmakla birlikte daha nadir görülen posterior köşedeki lezyonlar spondiloartropati olasılığı akla getirilerek gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: aksiyel spondiloartrit, Romanus lezyonu

Resim 1



STIR sekanslı torakal MR görüntüsünde çok sayıda torakal vertebra korpusunun posterior köşelerinde görülen "Romanus lezyonları"

P-51: Eklem Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Osteopoikilozisli Bir Olgu Sunumu

Mehmet Çetin[1], Şebnem Koldaş Doğan[1], İclal Erdem Toslak[2]
[1]sağlık bilimleri üniversitesi, antalya sağlık uygulama ve araştırma merkezi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniği, antalya
[2]sağlık bilimleri üniversitesi, antalya sağlık uygulama ve araştırma merkezi, radyoloji kliniği, antalya

Giriş: Osteopoikilozis, enkondral kemik matürasyon sürecindeki anormallikle karakterize nadir görülen benign bir kemik displazisidir[1]. Etiyolojisi ve patogenezi bilinmemektedir, ailesel ve sporadik olgular bildirilmiştir. Otozomal dominant geçişli olduğu düşünülmektedir. Çoğunlukla asemptomatiktir ve rastlantısal olarak radyolojik incelemelerde çoklu simetrik, küçük, sınırları belirgin sklerotik lezyonların görülmesiyle fark edilmektedir. Sıklıkla görüldüğü bölgeler uzun trabeküler kemiklerin metafiz ve epifizleri, karpal ve tarsal kemikler, pelvis ve scapuladır. Burada, sol kalça ağrısıyla başvuran ve radyolojik incelemede osteopoikilozis tanısı konan bir olgu sunulmuştur. Hastaya bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır.

Olgu: 62 yaşında erkek hasta 10 gündür olan sol kalça ağrısı şikayetiyle başvurdu. Ağrı hem istirahatte hem de hareketle vardı. Sabah tutukluğu, travma öyküsü yoktu. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon, benign prostat hiperplazisi olan hastanın soygeçmişinde aile öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde kalça eklem hareket açıklığı normal hafif ağrılıydı. Nörolojik muayenesi normaldi. Sol gluteal bölge üst dış kısmında veziküler lezyonlar görüldü. Laboratuvarda kalsiyum:9.5 mg/dl albümin:44.7 g/L alkalen fosfataz:58 U/L C-Reaktif Protein (CRP):2 mg/L Hemoglobin:12.5 g/dl WBC:3800/mm³ parathormon:33 ng/L 25-Hidroksi vitamin D:16 vitamin B12:228 sedimentasyon:7 mm/saat idi. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ile tümör belirteçleri normal sınırlarda bulundu. Direkt grafide femurda, koksada, humerusta, skapulada, karpal ve tarsal kemiklerde, talusta, kalkaneusta çok sayıda sklerotik milimetrik lezyonlar izlendi. Kemik sintigrafisinde patolojik tutulum izlenmedi. Direkt grafi ve kemik sintigrafisinden elde edilen verilerle hasta osteopoikilozis olarak değerlendirildi. Medikal tedavi (steroid olmayan antienflamatuvar ilaç) ve egzersiz ile şikayetleri geriledi.

Tartışma: Ostepokilozis olguları çoğunlukla asemptomatik olup rastlantısal olarak radyolojik görüntülerdeki tipik lezyonlarla tanı alsa da % 15-20 sıklıkta efüzyonla birlikte hafif eklem ağrıları görülebilir. Bu olguda da sol kalça ağrısı nedeniyle istenen direkt grafilerde femur, pelvis, humerus, skapula, karpal ve tarsal kemikler, talus, kalkaneusta çok sayıda sklerotik milimetrik lezyonlar izlendi. Önceki yıllardaki direkt grafileri incelendiğinde de pelviste, humerusta sklerotik lezyonlar görüldü. Olgumuzun sol gluteal bölgede eş zamanlı veziküler lezyonları, osteopoikilozise eşlik edebilen dermatofibrozis lentikülaris disseminata adı verilen cilt lezyonları açısından dermatoloji kliniğine konsülte edilmiş ancak cilt lezyonları Herpes zoster olarak düşünülmüş ve ona yönelik tedaviye yanıt vermiştir. Literatürde osteopoikilozisin keloid formasyonuna yatkınlık, cücelik, spinal stenoz ve LEMD3 genindeki mutasyona bağlı olarak meloreostozisle birlikteliği de bildirilmiştir [2] [3]. Direkt grafide meloreostozis için tipik olan akan mum görüntüsünün olmaması ve sintigrafide aktivite artışı olmadığı için meloreostozis ve serum alkalen fosfataz değerleri normal olduğu için Paget hastalığı tanısından uzaklaşıldı.
Ayırıcı tanıda osteoblastik metastazlardan ayırtedilmesi özellikle önemlidir. Osteoblastik metastazlar asimetrik ve farklı büyüklüktedir. Ayrıca aksiyel iskelet tutulumu, osseöz destrüksiyon, periostal reaksiyon ve pozitif sintigrafik bulgular, osteoblastik metastazların osteopoikilozisten ayrımında önem taşımaktadır. Kemik sintigrafisi kemik metastazları ile ayrımında kritik öneme sahiptir, fakat anormal sintigrafik bulgular osteopoikilozis tanısını dışlayamamaktadır. Olgumuzda da laboratuvar bulgularının normal olması, kemik sintigrafisinde patolojik tutulum olmaması nedeniyle kemik metastazı düşünülmemiştir.
Sonuç: Sonuç olarak nadir görülen ve sıklıkla asemptomatik olan bu hastalığın radyolojik olarak tanınması, kemik metastazı ekarte edildikten sonra gereksiz ve uygun olmayan tetkiklerin önlenmesi açısından önemlidir. Ayrıca eşlik eden patolojik durumlar ve malign transformasyon riski nedeni ile hastaların izlem altına alınması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: osteopoikilozis, kemik displazisi

Şekil 1



P-52: Travmatik Beyin Hasarı Sonrası Düşük Ayak Gelişen Olguda Etiyolojinin Araştırılması: Bir Olgu Sunumu

Fatma Betül Kaplan, Kübra Cambekli Şenocak, Aslınur Keleş Ercişli, Esra Giray, Feyza Ünlü Özkan, İlknur Aktaş
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Düşük ayak, ayak dorsifleksör kaslarında motor fonksiyon kaybı ile karakterize santral ya da periferik nöronal hasar sonucu gelişir. Sıklıkla periferik sinir sisteminin etkilendiği peroneal nöropati, L5 radikülopati ve siyatik sinir nöropatisi; travmatik, enfeksiyoz, kitle basısı, metabolik, herediter veya cerrahi komplikasyonlar sonucu oluşması ile ortaya çıkar. Santral lezyonların da daha az sıklıkla düşük ayağa sebep olabileceği literatürde gösterilmiştir. Biz burada travmatik beyin hasarı (TBH) ve düşük ayağı olan bir olguda düşük ayak etiyolojisinde periferik sinir lezyonlarının araştırılmasında ultrasonografinin (USG) tanısal olarak kullanılmasının önemini sunmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaş erkek olgu sol ayağını kaldıramama şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Olguya bilgilendirilmiş gönüllü onam formunun imzalatıldı. Ayrıntılı alınan anamnezinde 2 ay önce yüksekten düşme sonucu TBH meydana geldiği, acil dekompresif kraniotomi sonrası 24 gün yoğun bakımda kaldığı ve sonrasında sol ayağında hareket kaybı şikayeti başladığı öğrenildi. Yapılan kas kuvvet muayenesinde sol ayak bileği dorsifleksiyonu 1/5, başparmak ekstansiyonu 1/5, üst ve alt ekstremitedeki diğer kas kuvvetleri 5/5'ti. Derin tendon reflekleri sağ biceps, patella ve aşil normoaktif, sol patella ve biceps hiperaktif, sol aşil hipoaktifti. Babinski sağda lakayt solda fleksör olarak saptandı. Olgunun yapılan iğne elektromiyografisinde (EMG) sol tibialis anterior kasında motor ünite potansiyeli izlenmedi ve sol peroneal sinirin subakut dönemde totale yakın ağır aksonal hasarı ile uyumluydu. Bilateral alt ekstremite peroneal sinir USG incelemesinde, transvers düzlemde yapılan değerlendirmede sol ortak peroneal sinir (OPS) çapının fibula başının yaklaşık olarak 2 cm proksimalinde patolojik olarak artmaya başladığı tespit edildi. Çap artışı en fazla fibula başı hizasında gözlendi ve intranöral ödeme bağlı olarak bal peteği görünümü kaybıyla hipoekoik alanlarda artış tespit edildi. Fibula başının hemen distalinde superficial ve derin dallarına ayrılana kadar çap artışının devam ettiği gözlendi. Fibula başı hizasından devamlı çizgi metoduna göre yapılan OPS enine kesit alanı ölçümü sağ tarafta 15 mm2, sol tarafta 25 mm2 saptanmış, bu bulgular ortak peroneal sinirin fibula başı proksimalinde lezyon varlığı lehine yorumlanmıştır. Longitudinal düzlemde yapılan incelemede OPS bütünlüğünde bir kayıp olmadığı saptanmıştır. Olası diğer patolojiler için magnetik rezonans görüntüleme (MRG) planlansa da olgunun geçirilen kurşun yaralanması ve tibiada mevcut olan intramedüller çivileme operasyonu öyküsü nedeniyle yapılamadı. Sinir devamlılığı gözlendiği için olgu ayak bilek dorsifleksörlerine yönelik kuvvetlendirme ve elektrik stimülasyonu içeren rehabilitasyon programına alındı, ankle-foot ortez reçete edildi. Olguya kontrol EMG planlanarak takibe alındı.

Sonuç: Düşük ayak etiyolojisinin araştırılmasında EMG oldukça önemli yere sahip olup yaralanmanın zamanı, tipi ve şiddeti hakkında önemli bilgiler vermekte; periferik ya da santral kaynaklı hasarın ayırıcı tanısında rol oynamaktadır. Tedavileri tamamen farklı olan nörotmezis ve aksonometezisin erken dönemde yapılan iğne EMG bulguları benzerdir. USG ile sinir bütünlüğünün gösterilmesi, cerrahi yerine konservatif tedavi ve takip kararıyla EMG bulgularına katkı sağlamaktadır. Sonuç olarak; uygun görüntüleme yöntemleri ve ayrıntılı fizik muayene, nöronal hasarın doğru lokalize edilmesi ve şiddetinin belirlenmesi tedavi ve prognozda başarı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: düşük ayak, peroneal sinir, travmatik beyin hasarı, ultrasonografi

Resim 1.



Ortak peroneal sinir enine kesit alanının (EKA) fibula başı hizasından ölçülerek karşılaştırılması. Ortak peroneal sinir EKA'sı semptomatik tarafta 25 mm2 ile asemptomatik taraftan (15 mm2) belirgin olarak artmıştır. R, right-sağ, asemptomatik taraf. L, left-sol, semptomatik taraf

P-53: Üst Ekstremite Tuzak Nöropatisi Düşünülen Olgularda Ayırıcı Tanıda Düşünülmesi Gereken Bir Hastalık: Multipl Skleroz

Pınar Karslı Çebi, Jale Zare, Rana Terlemez, Kenan Akgün
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Üst ekstremitedeki parestezik yakınmalar ön tanıda çoğunlukla periferik sinir tuzak nöropatileri veya servikal disk patolojilerini düşündürse de özellikle genç hastalarda ayırıcı tanıda demiyelinizan hastalıklara dikkat çekmektir.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 sene önce, sol dirsek çevresinde ağrı, sol elden 4. ve 5. parmağa yayılan uyuşma, parmaklarda kuvvetsizlik hissi yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hasta uzun saatler masa başında, dirseğini masaya dayayarak çalıştıktan sonra şikayetlerinin arttığını ifade etmekteydi. Boyun ağrısı tariflemiyordu.
Özgeçmişinde kronik hastalık olarak polikistik over sendromu bulunmaktaydı, travma öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde boyun, dirsek, el bilek eklem hareketleri açık ve ağrısızdı. Özel testlerden Spurling testi negatif, sol kübital tünel seviyesinde ulnar sinir tinnel testi pozitif, Froment ve Wartenberg bulgusu negatifti. Sol el 5. parmak abduktor digiti minimi kas kuvveti 4+/5, harici üst ekstremite kas kuvvetleri 5/5 idi, hipotenar atrofisi yoktu. Hastanın Beighton hipermobilite skoru 6 olarak saptandı.
Anamnez ve fizik muayenesi ile değerlendirilen hasta dirsekte ulnar sinir tuzaklanması düşünülerek oral nonsteroid antiinflamatuar ilaç başlandı. Dirsek fleksiyonunu kısıtlamaya yönelik splint verildi. O dönem şikayetleri yüzde 40-50 oranında azaldı.
Hasta 6 ay sonra tekrar sol eline yayılan uyuşma ve ek olarak sol taraflı boyun, omuz ve sırt ağrısı, sol çenesine yayılan uyuşma ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde servikal eklem hareketleri ağrısızdı. Sol Spurling ve Hoffmann testi pozitifti. Bilateral abduktor digiti minimi kas kuvveti 4/5 idi, harici üst ekstremite kas kuvveti 5/5 idi. Sol Babinski lakayt, bilateral patella derin tendon refleksleri hiperaktifti. Tandem yürüyüşü beceriksiz olarak değerlendirildi. Kranial sinir muayenesi normaldi. Ulnar tinnel testi negatifleşmişti. Ulnar sinir tuzak nöropatisine yönelik yapılan ultrasonografik incelememizde bilateral ulnar sinirde belirgin özellik saptanmadı. Hastanın kliniği ve fizik muayene bulguları sonucunda ulnar sinir tuzak nöropatisinden uzaklaşıldı. Servikal ve santral patolojiler düşünülerek hastadan ileri radyolojik görüntüleme ve nöroloji konsültasyonu istendi. Yapılan kontrastlı kranial ve servikal manyetik rezonans görüntüleme: "Kallosaseptal yüzeyde, sağ frontal ve bilateral parietal jukstakortikal ak maddede, bilateral periventriküler alanda, spinal kord servikal bölgede C5 düzeyinde sol yarımda, C6 düzeyinde sağ yarımda, C2-3 düzeyinde sağ ve solda T2/FLAIR hiperintensiteler izlenmiş olup bu lezyonlar demiyelinizan lezyonlar ile uyumludur." olarak raporlandı. Multipl skleroz tanısı ile nöroloji tarafından verilen 1 hafta pulse prednizolon tedavisi ile hastanın eline yayılan uyuşma şikayeti tama yakın azaldı.

Sonuç: Üst ekstremitedeki parestezik yakınmalar polikliniklere sık başvuru nedenlerindendir. Anamnez ve fizik muayenede periferik sinir tuzak nöropatileri veya servikal disk patolojileri ön planda düşünülse de ayırıcı tanı için elektrodiagnostik incelemeler ve radyolojik görüntülemelerden faydalanılmalıdır. Özellikle genç kadın hastalarda demiyelinizan hastalıklar açısından eşlik eden şikayetler iyi sorgulanmalı ve kapsamlı bir nörolojik muayene yapılmalıdır.
Hastadan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Multipl skleroz, nöropatik ağrı, üst ekstremite tuzak nöropatileri

Resim 1



Sagital ve aksiyel kesitlerde spinal kordda izlenen T2/FLAIR hiperintens lezyonlar

P-54: Ulnar Nöropati Tanısı İle Karışan Bir Monomelik Amiyotrofi Olgusu

Sevgi Selin Kurtoğlu, Eren Aygün, Rana Terlemez, Deniz Palamar Kadıoğlu, Tuğçe Özekli Mısırlıoğlu, Kenan Akgün
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

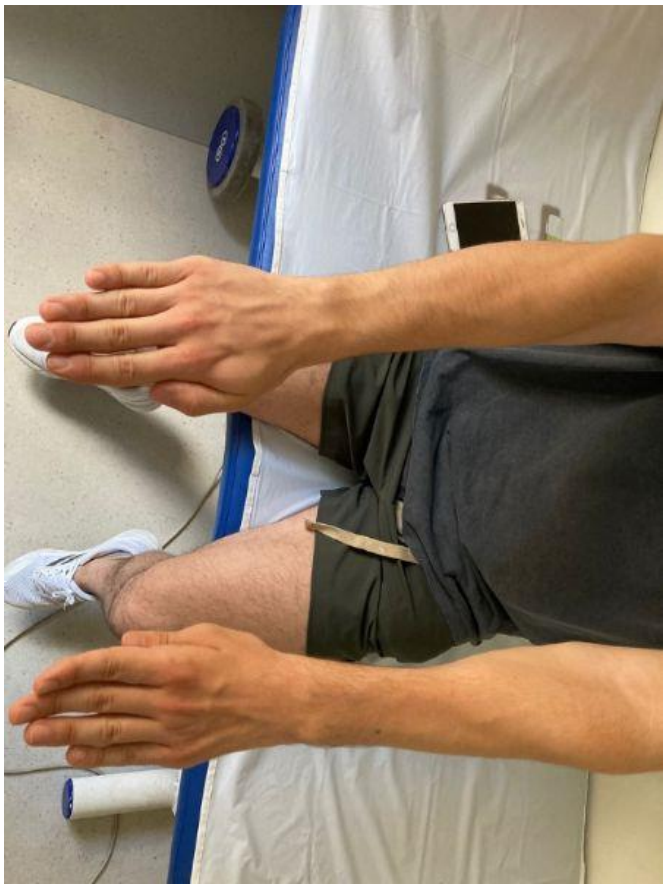
Amaç: Ulnar nöropati ve brakial pleksopati ile sıklıkla karışabilen, olgumuzda olduğu gibi hastaların yanlış tanı ve tedavi almalarını önlemek için ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken monomelik amiyotrofiye dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi üç yaşında erkek hasta, yaklaşık 3 sene önce spor yaparken fark ettiği sol el ve ön kolda kuvvetsizlik yakınması ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde kronik hastalık veya travma öyküsü yoktu. Bize başvurmadan önce 2 defa (2019 ve 2020 yıllarında) kübital tünel tanısıyla ulnar sinir cerrahisi geçirmiş, cerrahi sonrasında şikayetlerinde gerileme olmamış.
Hastanın fizik muayenesinde sol el hem tenar hem hipotenar kaslarda ayrıca ön kol ekstansör yüzde oblik kas atrofisi izlenmekteydi (Resim 1). Üst ekstremite kas kuvveti: Solda baş parmak abduksiyon ve adduksiyonu 3/5, parmak ekstansörleri 3/5, sağda tamdı. Adson, Roos ve hiperabduksiyon testi negatifti, pektoral ve skalen kas presyonu ile semptomları provake olmuyordu. Servikal muayene doğaldı.
Hastanın geçmişte yapılan elektrofizyolojik incelemeleri kübital tünel sendomu ile uyumlu olarak raporlanmıştı. Hastanın şikayeti, klinik bulguları değerlendirildiğinde kübital tünel sendromundan uzaklaşılarak ayırıcı tanı açısından elektromiyografi (EMG) istendi. Yapılan EMG'de sol ulnar sinir duyusal ve motor yanıtlarının etkilendiği görüldü. İğne EMG'de sol 1. dorsal interosseöz, abduktor digiti minimi ve flexor carpi ulnaris, abduktor pollicis brevis ve ekstansor indicis proprius kasında akut ve kronik denervasyon bulguları izlenmekteydi.
Hastanın fizik muayenesi ve EMG'sinde ulnar, radial ve median innerve distal kaslarda akut ve kronik denervasyon bulgularının izlenmesi üzerine ayırıcı tanıya yönelik servikal vertebra manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. MRG'de C5-C8 vertebra hizasında sol taraflı spinal kord kalınlığında azalma izlendi (Resim 2). Hastanın şikayeti, klinik bulguları ve mevcut tetkikleri değerlendirildiğinde monomelik amiyotrofi ile uyumlu olduğu düşünüldü. Hastamıza bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formu imzalatılmıştır.

Sonuç: Monomelik amiyotrofi, genç erkek hastalarda tek taraflı ilerleyici ve sıklıkla C8-T1 inervasyonlu ön kol kaslarında kuvvetsizlikle karakterize nadir rastlanan bir hastalıktır. Ulnar nöropati, brakial pleksopati gibi klinik tabloların ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Hastaya kendini sınırlayan bir hastalık olduğunu açıklamak uygun olmayan tedavilerin önüne geçmek için önemlidir.

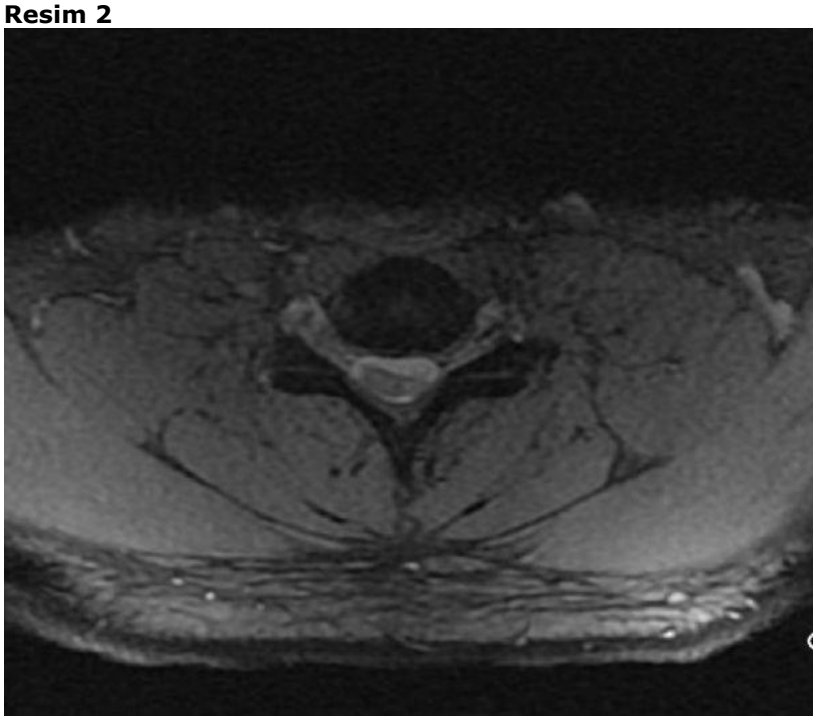
Anahtar Kelimeler: Hirayama hastalığı, monomelik amiyotrofi, ulnar nöropati

Resim 1



Sol 1. dorsal interosseöz kasta ve ön kol ekstansör yüzde oblik atrofi

Resim 2



C7 vertebra hizasında aksiyel kesitte spinal kord sol yarımında incelme

P-55: Steroid Kullanımına Bağlı Gelişen Bilateral Femur Başı Avasküler Nekrozu: Olgu Sunumu

Nurbanu Hindioğlu Doğan
Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, İstanbul

Amaç: Avasküler nekroz, subkondral kanlanmada bozulma sonucu kemiğin hücresel komponentlerinde hasarlanma ile karakterize dejeneratif bir hastalıktır. Genellikle yük taşıyan eklemlerde uzun kemiklerin epifiz kısmı etkilenir. Ciddi olgularda eklem kollapsı görülebilir(1). En sık etkilenen bölgeler; femur başı, diz, talus ve humerus başıdır(2). Etiyolojide; travma, iatrojenik(steroid kullanımı) ve hematolojik(orak hücreli anemi, miyeloproliferatif hastalıklar), metabolik(Gaucher, gebelik), otoimmün(SLE), ortopedik(konjenital kalça dislokasyonu) hastalıklar yer almaktadır(3). Burada, steroid kullanımı sonrası bilateral femur başı avasküler nekrozu gelişen bir vaka sunulmaktadır.

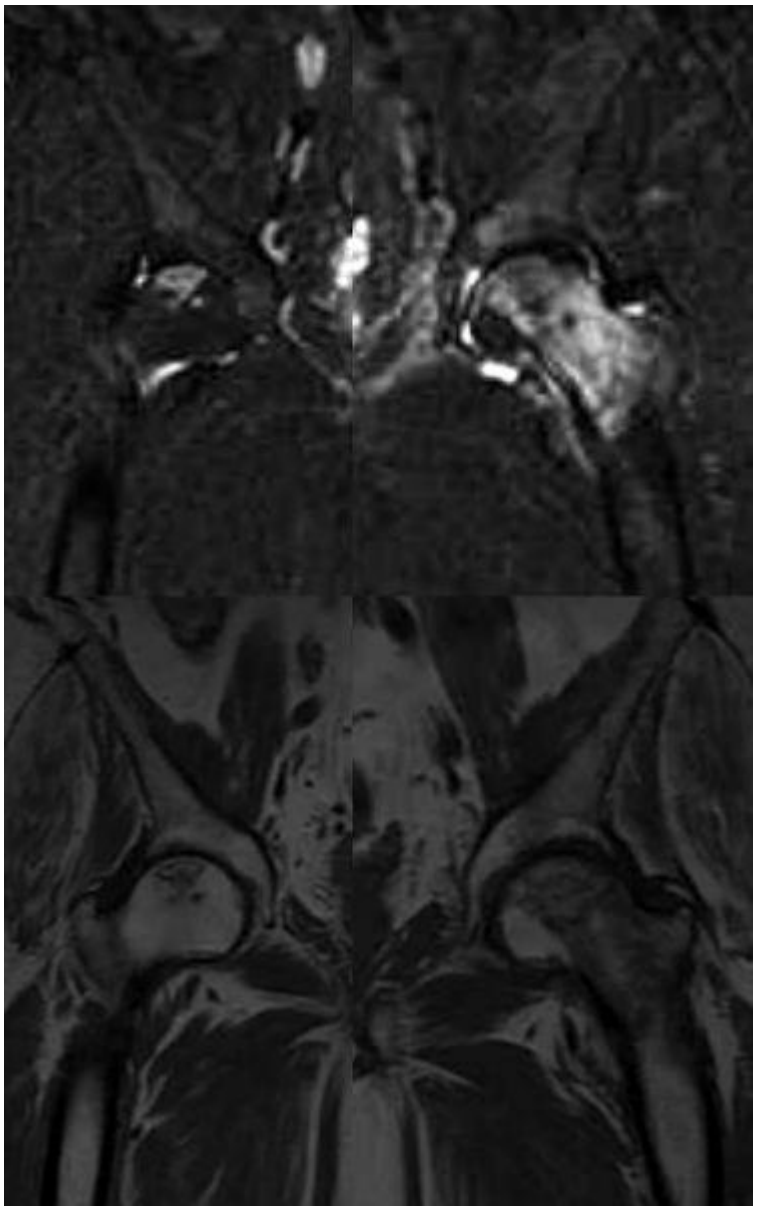
Olgu: 63 yaşında erkek hasta sol kalça ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Şikayetinin 2 ay önce başladığını, giderek arttığını ve gece ağrısı olduğunu belirtti. Özgeçmiş sorgulamasında 4 ay önce göz hastalıkları tarafından 32 mg/gün metilprednizolon başlandığı ve azaltılarak kesildiği öğrenildi. Fizik muayenede; bilateral kalça EHA ağrılı, sol kalça fleksiyon ve dış rotasyonu kısıtlı tespit edildi. Obezite nedeniyle kalça grafisi suboptimal değerlendirildi. Bilateral kalça MRG'de; sol femur boynunda ve başında T2 hiperintens, T1 hipointens yaygın medüller intensite değişikliği, sol koksofemoral eklem düzeyinde femur başı çevresinde demarkasyon hattı(evre 2-3 AVN), sağ koksofemoral eklem düzeyinde femur başında demarkasyon hattı, T2 hiperintens, T1 izo-hipointens izlenen sinyal değişikliği(evre 1 AVN)) tespit edildi. Hastanın yapılan diğer tetkiklerinde herhangi bir anormallik bulunmadı. İstirahat, yük kısıtlaması ve analjezik tedavi planlandı. 1. ay kontrolünde şikayetlerinde gerileme tespit edilen hastanın takibine devam ediliyor.
Hasta bilgilendirilmiş olup yazılı onam formu alınmıştır.

Sonuç: Steroid ilişkili avasküler nekroz prevalansı %3-38 arasında değişmekte olup SLE ve renal transplantasyon sonrası dönem sıklıkla ilişkili iki durumdur. İlaç dozu, uygulama yolu ve tedavi süresi ile ilgili araştırma sonuçları çelişkilidir. Uzun süre ve yüksek doz ile riskin arttığı düşünülmektedir. Kalça ve diz avasküler nekroz vakalarında %45'e varan oranda spontan regresyon bildirilmiştir. Konservatif tedavide; yük kısıtlaması, istirahat, hiperbarik oksijen tedavisi önerilmektedir. Bifosfonat kullanımı tartışmalıdır. Hastalık evresi, lezyon büyüklüğü, hastanın yaşı ve komorbiditeleri konservatif ve cerrahi tedavi kararında yol göstericidir(3).

Kaynaklar:
1. Lespasio MJ, Sodhi N, Mont MA. Osteonecrosis of the Hip: A Primer. Perm J. 2019;23.
2. Weinstein RS. Glucocorticoid-induced osteonecrosis. Endocrine. 2012 Apr;41(2):183-90.
3. Chan KL, Mok CC. Glucocorticoid-induced avascular bone necrosis: diagnosis and management. Open Orthop J. 2012;6:449-57.

Anahtar Kelimeler: Avasküler nekroz, glukokortikoid

MRG



P-56: Multiple Skleroz ile Takipli Hastanın 15 Yıl Sonra Yeniden Değerlendirilmesi: Geç Tanı Alan Bir Nöroborelyoz Olgusu

Betül Ceyda Şenyurt[1], Seyma Nur Bayındır[1], Afitap İçağasıoğlu[2]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Ana Bilim Dalı

Amaç: Patolojik yürüme ile prezente olan, multiple skleroz tanısı ile takip edilen hastada 15 yıl sonra yeni tanı alan nöroborelyoz olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Osteoporoz polikliniğimize başvuran, meme kanseri tanısıyla anastrazol kullanımı olan 54 yaşındaki kadın hastamızda yürümede bozukluk mevcuttu. Anamnezi detaylandırıldığında hastanın 2001 yılında beyaz görme, duyma güçlüğü, ellerde ve ayaklarda güçsüzlük şikayetiyle hastane başvurusu sonrasında yapılan tetkikler sonucunda Multiple Skleroz tanısı alarak tedavisine başlandığı; pulse steroid, fingolimod, glatiramer asetat tedavileri ile takip edildiği, semptomlarının ve MR bulgularının gerilediği öğrenildi. Hastanın 2016 yılında; sağ ayakta güçsüzlüğe bağlı yürümede bozukluk şikayeti gelişmesi üzerine hastane başvurusunda tekrar değerlendirilerek Lyme Hastalığı ön tanısı ile ileri tetkikleri yapıldı, karanlık saha mikroskopisinde borrelia ile uyumlu aktif spiroketal ve kistik yapılar saptandı. Lyme hastalığı tanısı ile enfeksiyon hastalıkları tarafından antibiyoterapisine başlandı. Bize başvurusunda hasta; sağ kalça fleksörlerinin zayıflığına bağlı oraklayarak, sağ diz hiperektansiyonda ve ayak bilek dorsifleksörlerinin zayıflığı sonucunda ön ayak temasıyla yürümekteydi. Kas gücü değerlendirilmesinde; sağ omuz abdüktörü 5/5, dirsek fleksörü 4/5, dirsek ekstansörü 4/5, parmak fleksörleri 4/5, parmak abdüktörleri 4/5 iken sağ kalça fleksörleri: 3/5, kalça ekstansörü 4/5, kalça abdüktörü: 4/5, diz ekstansörü: 4/5, ayak bileği dorsifleksiyonu: 2/5, baş parmak ekstensörü: 5/5, ayak bileği plantar fleksörleri: 5/5 idi. Duyu muayenesinde sağ hemihipoestezisi mevcuttu. DTRler hiperaktif ve Babinski sağda ekstansör yanıt, solda yanıtsızdı. Hastanın yapılan üst ve alt ekstremite motor duyusal sinir ileti ve iğne emg çalışmaları normal olarak saptandı. Hastaya yürümede zorluğu açısından uygun yardımcı cihaz reçete edildi. Alt ve üst ekstremite kuvvetlendirme egzersizleri, yürüme,denge-koordinasyon çalışmaları için rehabilitasyona alındı. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Sonuç: Lyme hastalığı klinik olarak MS'e benzer bir tablo oluşturmaktadır. Her iki hastalıkta da kranial sinirlerin tutulumuna bağlı çift görme, yüzde ağrı, hissizlik,kulakta çınlama ve işitme kaybı, santral sinir sistemi tutulumuna bağlı demiyelinizan ensefalopati, miyelopati, parestezi görülebilmektedir. Hastamızın hastalık başlangıç bulguları MS olarak başlamış ancak MS tedavisi altında şikayetlerinin ilerlemesi üzerine yapılan muayene ve ileri tetkikler sonucunda Lyme Hastalığı tanısı almıştır. Literatürde yapılan bir çalışmada MS hastalarında %85.7 oranında B. Burgdorferi pozitifliği saptanmış olup, nörolojik bulgusu olan Lyme hastalarının yanlış tanı olarak MS tanısı alabileceği vurgulanmıştır. MS ayırıcı tanısında Lyme Hastalığı akılda tutulmalıdır. MS hastalığı ilerleyici bir nörolojik hastalık iken Lyme hastalığının nörolojik bulguları uygun antibiyoterapi ile tamamen gerileyebileceği bilinmektedir. Bu açıdan doğru tanının doğru zamanda konulması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: lyme hastalığı, multiple skleroz, patolojik yürüme

P-57: Lenfödemde Farklı Bir Bakış Açısı: Miksödem - Olgu Sunumu

Zeliha Ünlü, Tolga Oğuz Karapınar
Celal Bayar Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Lenfödem, ekstremitelerde şişlik ile karakterize bir durumdur. Ancak, ayırıcı tanıda şişlik yapan özellikle miksödem gibi sıklıkla gözden kaçan durumların irdelenmesi önemlidir.

Olgu: 56 yaşındaki erkek hasta her iki bacak şişlik şikayeti olan hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 3 yıl önce distal femur fraktürü nedeniyle operasyon ve postoperatif dönemde derin ven trombozu öyküsü bulunmaktaydı. Hasta bir yıldır mobilizasyondan zorlanması sebebiyle tekerlekli sandalye ile ambuleydi. Hasta son iki aydır artikülasyonda bozulma ve abdominal distansiyon vardı. Hasta son iki aydır kelimeleri telaffuz etmekte zorlandığı için konuşmasının bozulmasından ve yine aynı süre zarfında karnının giderek şiş bir görünüm kazanmasından şikâyetçiydi. Hasta herhangi bir ilaç kullanmamaktaydı.

Fizik muayenede makroglossi ve karında distansiyon saptandı. Hassasiyet, defans veya rebound bulunmamaktaydı. Mezür ile yapılan alt ekstremite çevre ölçümlerinde sol alt ekstremite çevresinin sağ tarafa göre distalde 2 cm, proksimalde 10cm daha fazla olduğu görüldü. Stemmer bulgusu bilateral pozitifti. Gode bırakmayan ödem mevcuttu. Nörolojik muayene olağandı.

Laboratuvarda tiroid fonksiyon testlerinde belirgin hipotiroidiyi gösteren bulgular saptandı. (TSH >47.600 uU/mL, fT4 <0.1 ng/dL, fT3: 1.6 ng/dL, anti-TG >2443) Tam kan sayımında makrositer anemi mevcuttu.

Hastanın sağ alt ekstremiteye yönelik yapılan güncel doppler ultrasonografik incelemelerinde sağ popliteal vende posttrombotik sekel değişiklikler izlenmiş, derin ven trombozu veya derin venöz yetmezlik bulgusuna saptanmamıştı. Arteryal yapılar olağan olarak değerlendirilmiş, femoral bölgeden ayak dorsal yüze dek devam yağlı doku ödemi görüldüğü raporlanmıştı.

İstenen lenfosintigrafik görüntülemesinde erken görüntülerde sağ alt ekstremitede lenfatik akım izlenmediği, sol alt ekstremitede lefatik akımın azaldığı ve geciktiği, solda alt ekstremitede lenfatik kanalların diz seviyesine kadar hafif dilate görünümde olduğu ve geç görüntülerde pelviste femoral, inguinal ve iliak lenf nodlarının izlenmekte olduğu raporlandı.

Hastada mevcut bilgiler ışığında miksödeme bağlı lenfödem gelişmiş olduğu düşünüldü.

Sonuç: Lenfödem ayırıcı tanısında tiroid fonksiyon bozuklukları sıklıkla gözden kaçabilen yaygın bir durumdur. Özellikle olgumuzdaki gibi makroglossi ve miksödem ile başvuran hastalarda gerekli incelemeler yapılmalıdır.

Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hypothyroidism, Lymphedema, Mixedema

P-58: Pediatrik Bir Hastada Kütleyen Ayak Bileği Sendromunun Bir Nedeni: Peroneal Tendon Subluksasyonu

Jale Zare, Pınar Karslı Çebi, Başak Günay, Rana Terlemez, Deniz Palamar Kadıoğlu, Tuğçe Özekli Mısırlıoğlu
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kütleyen ayak bileği sendromu ve peroneal tendon subluksasyonu erişkinlerde nispeten fazla bildirilmesine karşın çocuklarda nadiren bildirilmiştir. Kütleme ayak bileğinin anterior, lateral veya posteriorunda ortaya çıkabilir. Bizim hastamızda gördüğümüz peroneal tendon subluksasyonuna bağlı kütleyen ayak bileği sendromu Down Sendromlu bir çocukta daha önce tanımlanmamıştır.

Olgu: Dört yaşında Down Sendromlu bir erkek hasta yaklaşık 2 yıl önce başlayan ve sağ ayak bileği hareketleri sırasında oluşan ses ve eşlik eden ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde kronik hastalık ve travma öyküsü bulunmayan hastanın istirahat sırasında yakınması yoktu.
Hastanın fizik muayenesinde yürüme esnasında sağ ayakta hafif dışa basma gözlendi. Alt ekstremite eklem hareketleri açık ve ağrısızdı. Lateral ve medial malleol presyonla hassas değildi. Ayak bileği ön çekmece ve Thompson testi negatifti. Global hipotonisi bulunan hastanın, bacak boy uzunlukları eşit olarak saptandı. Herhangi bir ekstremite deformitesi gözlenmedi. Dinamik muayenede ayak bileğinin eversiyon ve fleksiyondan, ekstansiyon ve inversiyona aktif hareketi sırasında kütleme sesi işitildi ve palpasyon ile peroneal tendonların lateral malleol üzerindeki hareketi hissedildi. Bunun üzerine hastaya dinamik ultrasonografi (USG) incelemesi yapılarak retromalleolar oluk seviyesinde peroneal tendonlar transvers düzlemde incelendi. Eversiyon ve dorsifleksiyon hareketi sırasında inferiorda olması beklenen peroneus brevis (PB) tendonunun, peroneus longus (PL) tendonu ile malleol arasında girerek süperiora doğru kılıf içinde yer değiştirdiği gözlendi (Şekil 1A ve 1B). Asemptomatik taraf ile karşılaştırıldığında semptomatik tarafta tendon kesitsel alanlarının arttığı ve kılıf içinde effüzyon olduğu gözlendi (Şekil 1B). Subluksasyon sırasında PB tendonu retromalleolar oluk içinde posterior fibula ile PL tendonu arasına yer değiştirerek kompresyona ve longitudinal yırtılmaya yatkın hale gelebilir. Tendonlar erken evrelerde normal görünüme sahipken subluklasyon kronikleştikçe tenosinovit, tendinoz veya yırtılma bulguları gösterebilir.
Peroneal tendon instabilitesi ilk olarak 1803 yılında Monteggia tarafından bir bale dansçısında tanımlanmıştır. Tipik olarak sporcularda ayak bileği travmasından sonra ortaya çıkar. Genellikle nötral pozisyonda ve istirahatte peroneal tendonlar stabilken ayak bileğinin tekrarlı fleksiyon ve ekstansiyonu sırasında tendonlar peroneal tüberkül üzerinden kayar. Semptomlar sıklıkla spesifik olmamakla birlikte bazen ağrı ile birlikte kütleme sesi oluşabilmektedir.
Sonuç: Ayak bileği lateralinde kütleme ve ağrı yakınması olan hastalarda peroneal tendon subluksasyonu ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu durumda dinamik USG incelemesi, tanı koyucu pratik bir yöntemdir.
Bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formu hastanın annesinden alınmıştır.

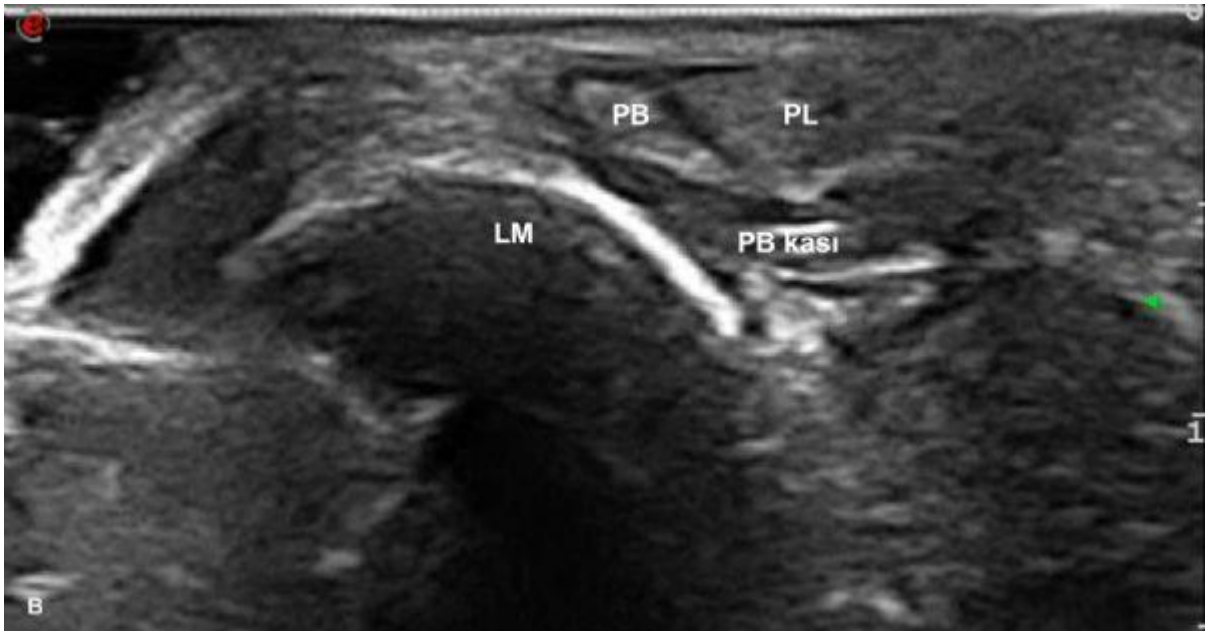
Anahtar Kelimeler: Kütleyen Ayak Bileği, Pediatrik Rehabilitasyon, Peroneal Tendon Subluksasyonu

Şekil 1A



Peroneal tendonların lateral malleol düzeyinde transvers planda ultrasonografik görünümü. A. Nötral pozisyonda LM, Lateral malleol; PL: Peroneus longus tendonu; PB: Peroneus brevis tendonu.

Şekil 1B



Peroneal tendonların lateral malleol düzeyinde transvers planda ultrasonografik görünümü. B. Ayak bileğinin dorsifleksiyon ve eversiyon hareketi sırasında. LM, Lateral malleol; PL: Peroneus longus tendonu; PB: Peroneus brevis tendonu.

P-59: Koltuk Altında Ağırlık Taşıma Sonrası Gelişen Uzun Torasik Sinir Hasarına Sekonder Kanat Skapula: Ultrasonografinin Önemi

Melike Nur Balatlıoğlu, Aslınur Keleş Ercişli, Esra Giray, Feyza Ünlü Özkan, İlknur Aktaş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Giriş: Kanat skapula (KS), omuzda fonksiyon bozukluğu, ağrı ile karakterize skapulatorasik bölge hastalıkları arasında en sık görülen bozukluklardandır(1). En sık nedeni uzun torasik sinir (UTS) hasarına sekonder gelişen serratus anterior (SA) ve spinal aksesuar sinir hasarına sekonder gelişen trapezius kası paralizisidir. Nadiren dorsal skapular sinirin innerve ettiği romboid kaslardaki disfonksiyon sonucu gelişebilir(2,3). Biz de polikliniğimize koltuk altında yük taşıma sonrası omuz ağrısı ve skapulada kanatlaşmayla gelen olgumuzu sunmak, ultrasonografinin (USG) tanı ve takipteki önemini vurgulamak istedik.

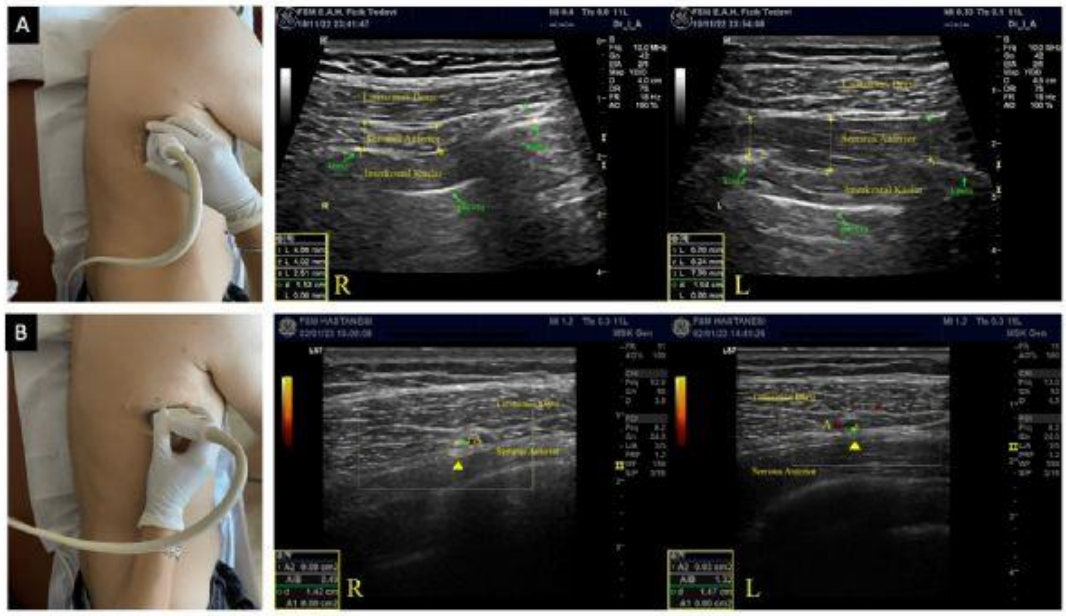
Olgu: 30 yaşında erkek olgu 3 aydır devam eden sağ omuz ve kol ağrısıyla başvurdu. Ağrısının 60 kg'lık koliyi koltuk altında taşımasından sonra başladığını ve aynı gün sırttaki kanatlaşmayı fark ettiğini ifade etti. Fizik muayenede istirahatte skapula medialinde ve inferior açısında kanatlaşma gözlendi. Sağ skapula özellikle aktif omuz fleksiyonu ve abduksiyonunda belirgin olarak mediale lokalize hale gelmekteydi. Duvar itme testi pozitif olup, mediale kanatlaşma belirgin hale gelmekteydi. Sağ omuz eklem hareket açıklıkları (EHA) tamdı ancak, 90° üzeri fleksiyon ve 100° üzeri abdüksiyonda ağrılı olarak tespit edildi. USG'de SA kas kalınlığı posterior aksiller hat üzerinden değerlendirilerek en distaldeki 4. kosta üzerinden yapılan ölçümde semptomatik taraf kas kalınlığı 2,61 mm ile asemptomatik taraftan (7,70 mm) belirgin olarak azalmıştı. UTS enine kesit alanını (EKA) ölçümü meme ucu hizasında posterior-aksillar hattan, latissimus dorsi ve SA kasları arasında lokalize edilerek yapıldı ve semptomatik tarafta EKA 8 mm2 ile asemptomatik tarafa (3 mm2) göre artmıştı. Elektronöromyelografi UTS'nin akut/subakut dönemde hafif parsiyel aksonal lezyonu ile uyumlu bulundu. Olgu fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındı. Rehabilitasyon sonrası omuz aktif EHA ağrısızdı, istirahat halindeki kanatlaşmasında gözle görülür bir azalma vardı. Olgunun tedavisine ev egzersiz programı ile devam edilmektedir.
Olgudan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Tartışma: SA paralizisi, UTS'nin travmatik, nontravmatik, iyatrojenik ve idiopatik disfonksiyonuyla muskular-fascioscapulahumeral distrofiye bağlı gelişebilmektedir. KS tanısında USG, kolay ulaşılabilir, az maliyetli, hızlı, non-invaziv bir yöntem olması ve periskapular kasların görüntülenmesiyle, bu kasları innerve eden sinirlerin trase takibinin yapılabilmesiyle son yıllarda kullanılmaya başlamıştır (4,5). KS'nin en sık nedeni olan ve elektrofizyolojik değerlendirmesinin zor olduğu UTS lezyonlarının tanısında USG'nin önemli yere sahip olduğu aşikardır. UTS'nin görüntülendiği çalışmalarda sinir genellikle supraklavikular alanda incelenmiş olup (6,7) literatürde ilk defa Coraci ve arkadaşları bildirdikleri bir vakada UTS'yi infraklavikular alanda görüntülemişlerdir (4).Sağlam tarafla karşılaştırdıkları EKA ölçümünü, KS tanısında yardımcı bir görüntüleme bulgusu olarak bildirmişlerdir. Talbott ve arkadaşları (8) posterior aksiller hattan yapılan longitudinal değerlendirmede SA kas kalınlığını, en distalde görüntülenen kosta üzerindeki interfasyal aralıktan ölçmüşler ancak, hangi kosta üzerinden ölçüm yaptıklarını sfesifik olarak belirtmemişlerdir. Değerlendirmelerde kullanılacak olan USG cihazlarının görüntü alanı genişliği değişken olabileceği için kas kalınlığının hangi kosta üzerinden ölçüldüğünün sfesifik olarak belirtilmesi gerekmektedir. Literatürde bir çalışmada 3 farklı kosta üzerinden kas kalınlık ölçümü yapılmış olup, ikinci, üçüncü ve dördüncü kosta üzerinden kas kalınlığı hesaptanlanmıştır (9). MRG ise KS ayırıcı tanısında ve UTS hasarında, SA kasındaki değişimleri saptamak için daha önceki yıllarda sıklıkla kullanılan bir görüntüleme yöntemidir. Ancak ultrasonografi hızlı ulaşılır, non-invaziv olması nedeniyle KS yapabilecek diğer patolojilerin ayırıcı tanıda çok önemli bir yere sahiptir.

Sonuç: KS vakalarının klinik muayenesinde USG'nin periskapular kasların, periferik sinirlerin değerlendirmesinde öncelikle kullanılması gereken tanı aracı olması gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Kanat skapula, serratus anterior, uzun torasik sinir, ultrasonografi

Resim 1



A. Kas-iskelet ultrasonografisi ile serratus anterior kas kalınlığı longitudinal düzlemde, posterior aksiller hatta, 3. kosta, interkostal aralık ve 4.kosta hizasından ölçülmüştür. Semptomatik tarafta serratus anterior kas kalınlığı sırası ile 4.66 mm, 4.02 mm, 2.61 mm ile ortalama 3.63 mm olarak ölçülmüştür. Asemptomatik tarafta sırası ile 6.70 mm, 9.24 mm, 7.70 mm ile ortalama 7.2 mm ölçülmüş olup, semptomatik tarafta kas kalınlığı belirgin olarak azalmıştır. Sağ taraftaki serratus anterior kası atrofik görünümdedir. B. Uzun torasik sinirin (sarı ok ucu) transvers düzlemde görüntülenmesi. 4.interkostal aralık hizasında semptomatik tarafta uzun torasik sinir enine kesit alanı (EKA) 8 mm2, asemptomatik tarafta ise 3 mm2 ölçülmüş olup, semptomatik tarafta EKA asemptomatik tarafa göre belirgin derecede artmıştır. R. Right, sağ, semptomatik taraf. L. Left, sol, asemptomatik taraf. A. Arter. Yeşil oklarla plevra ve kostalar işaretlenmiştir

Resim 2



Resim 2: a. Duvar itme testi sırasında sağ skapulada görülen mediale kanatlaşma. b. Kanatlaşmanın lateralden görünümü.

P-60: Fibula Başı Osteokondromuna Bağlı Gelişen Peroneal Sinir Paralizisi: Olgu Sunumu

Ayşe Elif Şen, Zeynep Şener Doğruel, Zeynep Tuba Bahtiyarca, Ece Ünlü Akyüz
Etlik Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Ankara

Giriş: Peroneal sinir kompresyon nöropatisi, çok çeşitli sebeplerle oluşan ve alt ekstremitede en sık rastlanan tuzak nöropatisidir. Peroneal sinir anatomik seyri nedeni ile sıkça dış basılara maruz kalmaktadır. Fibula başı, peroneal sinirin burada oldukça yüzeyel seyretmesi nedeni ile kompresyonun en çok görüldüğü bölgedir. Bu olgu sunumunda sol fibula başı osteokondromuna bağlı düşük ayak gelişen on iki yaşında bir çocuk hasta sunulmuştur. Hastanın ebeveyninden aydınlatılmış gönüllü onam alınmıştır.

Olgu: On iki yaşında çocuk hasta sol ayak bileğinde kuvvet kaybı ve yürüme güçlüğü şikâyeti ile getirildi. Bilinen sistemik hastalık ve travma öyküsü olmayan hastanın şikayetleri yaklaşık bir ay önce başlamıştı. Son iki gündür sol ayak bileğini kaldıramamaya başlayan hastanın nörolojik muayenesinde sol ayak bileği dorsifleksiyonu ve eversiyonu 2/5, ayak başparmak dorsifleksiyonu 2/5, ayak plantar fleksiyonu 5/5 kas gücündeydi. Sol ayak dorsumunda hipoestezi mevcuttu. Derin tendon refleksleri normaldi, her iki ayak taban cildi refleksi fleksör olarak saptandı. Hastanın stepaj yürüyüşü mevcuttu. Rutin laboratuvar tetkikleri; tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum kalsiyum, fosfor dahil elektrolitler, açlık kan şekeri, alkalen fosfataz, laktat dehidrogenaz, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, tiroid fonksiyon testleri, vitamin B12 düzeyi normal bulundu. Elektrofizyolojik değerlendirmede motor iletim çalışmasında, sol ekstansör digitorum brevis kası kayıtlı peroneal sinir motor iletim çalışmasında fibula başı proksimalinden uyarımla ileti bloğu saptandı. Sol peroneal superfisiyal sinir duyu iletim çalışmasında duyusal sinir aksiyon potansiyeli elde edilemedi. Sol sural sinir duyu, sol tibial ve sağ peroneal sinir motor iletim çalışması normaldi. İğne EMG' de sol tibialis anterior, ekstansör hallusis longus, peroneus longus kaslarında anormal spontan aktivite ve interferans paterninde seyrelme saptandı. Elde edilen elektrofizyolojik bulgular sol kommon peroneal sinirin fibula başı seviyesinde kompresyon nöropatisi ile uyumlu bulunan hastanın diz grafisinde sol fibula başında iyi sınırlı kortikal kitle görünümü izlendi. Ortopediye konsülte edilen hastanın sol fibula başında yer alan kitlesi osteokondrom ile uyumlu bulundu. Kemiğin benign tümörlerinden biri olmasına rağmen hastada peroneal sinir kompresyon nöropatisine neden olması nedeniyle hastaya cerrahi eksizyon planlandı.

Sonuç: Peroneal sinir kompresyon nöropatisi travma, mekanik veya postural nedenlerle sinirin fibula başında sıkışması sonucu gelişir. Fibula başı ve boynunda yüzeyel seyreden sinir burada yer alan tümör, intranöral gangliyon, hematom veya kist kompresyonuna bağlı olarak da hasarlanabilmektedir. Bu olguda fibula başı osteokondromuna bağlı peroneal sinir lezyonu gelişmiştir. Osteokondrom alt ekstremitenin en sık görülen benign tümörlerindendir. En sık tutulan alan diz çevresidir. Tanıda direkt grafiler sıklıkla yeterli olmaktadır. Genellikle ağrısız olmakla birlikte mekanik bası ya da patolojik kırığa neden olabilirler. Hastalar uygun görüntüleme tetkikleri ile değerlendirilmeli ve gerekli olgularda biyopsi yöntemleri ile tanısal yaklaşım sonlandırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kompresyon, osteokondrom, paralizi, peroneal sinir

Resim 1



Bilateral Ön-Arka Diz Grafisi

Resim 2



Sol Diz Lateral Grafi

P-61: Bel Ağrısı ile Başvuran Bir Hastada Bilateral Psoas Apsesi ve Spondilodiskit: Olgu Sunumu

Ayşe Elif Şen, Yıldız Altıntaş, Zeynep Tuba Bahtiyarca, Ece Ünlü Akyüz
Etlik Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Ankara

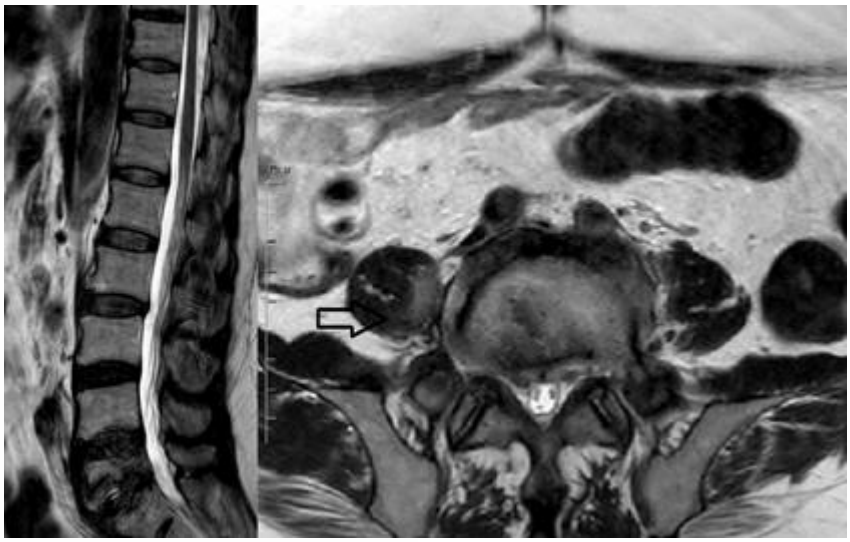
Giriş: Bel ağrısı; sık rastlanan ve ciddi ölçüde üretkenlik kaybı ve özürlülüğe yol açabilen önemli bir sağlık sorunudur. Dünya nüfusunun yaklaşık %80'inde, yaşamın herhangi bir döneminde bel ağrısı gelişmektedir. Klinik pratikte mekanik ve mekanik olmayan bel ağrılarını ayırt edebilmek oldukça önemlidir. Spondilodiskit gibi gizli omurga enfeksiyonları, sinsi başlangıcı ve spesifik olmayan semptomları nedeniyle atlanabilmektedir. Bu olgu sunumunda şiddetli bel ve bacak ağrısı, kilo kaybı ve konstipasyon şikayetleri ile başvuran bilateral psoas absesi ve spondilodiskit saptanan bir hasta sunulmuştur.Hastanın bilgilendirilmiş gönüllü onamı alınmıştır.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta şiddetli bel ve sol bacak ağrısı, konstipasyon şikayeti ile dış merkeze başvurmuştu. Bilinen diabetes mellitusu olan ve oral antiyabetik tedavi altında olan hasta son 3 ayda istemsiz 40 kilogram vermişti. Ara ara ateş ve gece terlemeleri tarifleyen hastanın laboratuar tetkiklerinde lökosit sayısı 11.300, serum C-reaktif protein düzeyi 168 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 51 mm/h, ferritin düzeyi 1326 µg/L gelmişti. Kontrastlı lomber manyetik rezonans görüntülemede (MRG) L5-S1 intervertebral diskinde spondilodiskit ve sağ iliopsoas kasında 7x3 cm'lik apse ile uyumlu görünüm saptanan hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırılmıştı. 3x2 gr iv sefazolin başlanan hastanın yapılan tetkiklerinde mikobakteri PCR ve brucella aqlütinasyon testleri negatif gelmişti. Girişimsel radyoloji tarafından L5 vertebrasından ve iliopsoas apsesinden biyopsi ve kültür alınan hastanın kan kültüründe MRSA üremesi olması üzerine hastaya iv teikoplanin tedavisi başlanmıştı. 30 günlük antibiyoterapi sonrası akut faz reaktanları gerileyen, çekilen kontrol MRG'de apse görünümü kaybolan hasta taburcu edilmişti. 6 ay sonra hasta bel ağrısının yeniden başlaması ve sol ayak başparmağına yayılan yanıcı-batıcı ağrı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. İleri tetkik ve tedavi amacıyla klinimiğize yatırılan hastanın fizik muayenesinde lomber eklem hareket açıklıkları (EHA) limitli ve ağrılıydı. Kas gücü muayenesinde sol ayak başparmak dorsifleksiyonu 3/5 idi. Elektrofizyoloji laboratuvarımıza yönlendirilen hastanın yapılan elektronöromiyografisi solda subakut L5-S1 radikülopati ile uyumlu geldi. Hastanın lomber MRG'sinde L5 vertebra korpusunda T2A ve STIR sekansta hafif hiperintens, T1A'da hipointens görünüm, korpus anterior ve posterior korteksinde destrüksiyon ile beraber L5-S1 intervertebral diskinde non-anatomik sinyal artışı, sağ psoas kasında hiperintens görünüm izlendi. L5-S1 düzeyinde enfeksiyöz olabilecek patolojiye sekonder oluşan yumuşak doku intensiteleri (solda belirgin olmak üzere her iki psoası ve paraililyak alanları etkileyen sıvıya duyarlı sekanslarda hiperintens, T1A serilerde hipointens görünüm), prevertebral alanda yumuşak doku intensiteleri, solda iliakus kası arkasında minimal sıvı koleksiyonu izlendi. Akut faz reaktanlarında progresyon izlenen hasta enfeksiyon hastalıklarına danışıldı. Hastaya ampisilin-sulbaktam 3*1.5 mg başlandı ve nüks apse şüphesiyle hastaya kontraslı lomber ve pelvik MRG istendi. Hastanın çekilen kontrastlı MRG'leri tanıyı doğruladı. Hastaya rifampisin 2*300 mg ve fusidik asit 3*500 mg başlandı, cerrahi girişim düşünülmeyen hasta antibiyoterapi ile takibe alındı.

Sonuç: Psoas apsesi nadir görülen ancak önemli ve hayatı tehdit eden bir klinik durumdur. Sekonder psoas apsesinin ölüm oranı %18,9'dur ve bu durum yetersiz tanı ve tedavi ile ilişkilendirilmiştir. Bel ağrılarında dikkatli bir klinik değerlendirme yaparak mekanik ve mekanik olmayan bel ağrılarını ayırt edebilmek oldukça önemlidir. Hastalar ateş, kilo kaybı, gece ağrısı gibi kırmızı bayraklar yönünden sorgulanmalıdır. Bel ağrısı vakalarının çoğu mekanik nedenlere atfedilse de, kapsamlı bir öykü ve fizik muayene, daha ciddi mortalite ve morbiditeye sebebiyet verecek durumları ortaya çıkarmada yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: apse, psoas apsesi, radikülopati, spondilodiskit

Resim 1



Lomber MRG'de L5 vertebra korpusunda T1A'da hipointens görünüm, korpus anterior ve posterior korteksinde destrüksiyon ile sağ psoas kasında hiperintens görünüm

P-62: İlerlemiş bir Rizartroz Vakası: Kare El

Büşra Üstün, Tuba Nazlıgül Gençer
SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Osteoartrit (OA) eklem kıkırdağının ilerleyici kaybı sonucu ortaya çıkan eklem ağrısı ve disfonksiyonuyla karakterize dejeneratif eklem hastalığıdır. OA toplumda en sık rastlanan ve en eski eklem hastalıklarından biridir. Generalize nodüler osteoarit, 3 ve daha fazla eklemde OA olması, bu eklem tutulumunun içinde ellerde interfalangeal tutulum ile olan Heberden ve Bouchard nodüllerinin olmasıyla tanımlanan osteoartritin bir alt kümesidir. Başparmağın trapeziometakarpal ekleminin ostaoartritine ise rizartroz denmektedir. Trapeziometakarpal eklem, eyer şeklinde bir eklem olup geniş hareket aralığına sahiptir. Bununla birlikte, bu geniş hareket erken eklem dejenerasyonunun ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Başparmak özellikle elin tutma, kavrama gibi fonksiyonlarında önemli rol oynamaktadır. Elde OA varlığı; giyinme, beslenme gibi günlük yaşam aktivitelerini güçleştirerek yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.
Burada geç tanı almış ileri derecede deformite gelişen rizartroz vakasını diğer dejeneratif eklem hastalıklarından ayırıcı tanısını yaparak sunmayı amaçladık.

Olgu: 70 yaşında kadın hasta el eklemlerinde ağrı, şişlik, şekil bozukluğu ve nesneleri tutmakta zorlanma şikâyeti ile Fizik tedavi polikliniğimize başvurdu. Bilinen hipertansiyon tanısı olan başka ek hastalığı olmayan hastanın öyküsü sorgulandığında 5 yıl önce el eklemlerinde ağrı şikayetiyle dış merkezde fizik tedavi polikliniğine başvurduğu, verilen medikal tedavilerle ağrılarında rahatlama olduğu ancak son iki yılda baş parmaklarında ve diğer parmaklarında şekil bozukluğunun geliştiği ve medikal tedavilerle ağrılarında çok kısa süreli azalma olduğu öğrenildi.
Hastanın fizik muayenesinde Resim1 de göründüğü gibi; her iki el baş parmakları avuç içine doğru yer değiştirmiş, distal interfalengeal (DIF) eklemlerde nodüler şişlikler- Heberden nodülleri ve ulnar deviasyon vardı. Hastadan radyografik görüntüleme ve biyokimyasal laboratuar ve romatolojik kan tetkikleri istendi. Kan sonuçlarında hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon değerleri normaldi, RF negatifdi. CRP:7,66 mg/L(0-5). Grafisi resim 2'de göründüğü gibi bilateral DIF eklem aralıklarında daralma, subkondral skleroz artışı ve osteoifitik oluşumlar, 3.,4.,5. DIF eklemlerde ulnar deviasyon; PIF eklem aralıklarında daralma; 1.karpometakarpal eklemde skleroz artışı ve ileri derecede kartilaj hasarını gösteren eklem bikonkavitesinde bozulma,1.KMK eklemde subluksasyonla birlikte kare el görünümü mevcuttu. Hastaya ilk bakışta özellikle DIF eklemlerde tutulum olması ve başparmaklarının içe doğru yer değiştirmesi psoriatik artritte görülen kalem hokka görünümünü çağrıştırdı. Ancak hastanın sorgulanmasında şimdiye kadar vücudunda herhangi bir psoriatik döküntüsü olmadığı ve grafilerde psöriaziste görülen tipik eroziv bulgular olmadığından psoriatik artrit düşünülmedi. Ayrıca hastanın DIF eklem tutulumu olduğundan ve metakarpofalengeal eklemlerde ağrı olmadığından ve hiçbir eklemde belirgin bir inflamatuar artrit tanımlamadığından romatoid artrit düşünülmedi. Hastanın laboratuar kan değerlerinde ürik asit değeri normaldi ve Gut hastalığında görülen zımba deliği benzeri tipik gut erozyonları grafide görülmediğinden Gut düşünülmedi.
Hasta klinik ve laboratuar bulgularıyla birlikte değerlendirildiğinde, hastaya generalize nodüler OA tanısı konuldu. Hastaya semptomatik olarak non-steroid antiiflamatuar tedavi verildi. Fizik tedavi programına alındı. Ağrılarında azalma gözlendi. Sonra tekrar ağrı artınca 1.KMK eklem içine kortikosteroid enjeksiyon tedavisi önerildi, hasta kabul etmediğinden yapılamadı. İleri derecede eklem harabiyeti gelişmesine rağmen rizartroz için hastaya uygun splint yapıldı. Ancak hasta ağrılarında artma sebebiyle splinti tolere edemedi. Cerrahi tedavi amacıyla el cerrahisine konsülte edildi.

Sonuç: Rizartroz prevalansı genel popülasyonda %8-12, postmenopozal kadınlarda %33'tür. Hastalara geç tanı konulduğunda ağrı, deformite ile birlikte el aktivitelerinde gelişen kısıtlılık hastaların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Hastaların erken tanı alması deformitelerin önlenmesiyle hastaların hayat kalitesinde iyileşme sağlamakta ve OA tedavi maliyetini düşürmektedir.

Anahtar Kelimeler: rizartoz, kare el, heberden nodülü

Resim 1



Hastanın ellerinde gözlenen deformiteler

Resim 2



Hastanın her iki el AP grafisi

P-63: İntraartiküler ve Periartiküler Ozon Terapisi Sonrası İliotibial Bantta Meydana Gelen Hematom

Büşra Alçın, Cevriye Mülkoğlu, Barış Nacır
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Ankara

Amaç: Medikal ozon tedavisi, potansiyel bir ağrı kesici, antienflamatuar, antioksidan ve immünomodülatör etkisi nedeniyle çeşitli kas-iskelet sistemi bozukluklarında klinik faydalar göstermiştir. Tıpta ozon tedavisi büyüyen bir gerçekliktir, medikal ozonun kronik ağrı tedavisinde kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır ve günümüzde ülkemizde birçok merkezde kullanılmaktadır. Genel prosedürel komplikasyon oranının %0,1 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Eklem içi ozon güvenli bir prosedürdür ve komplikasyonlar diğer infiltrasyonlarla aynıdır. Düşük konsantrasyonlardaki ozonun orta düzeyde bir hipokoagülasyon etkisi yarattığı bilinmektedir, bu nedenle kan pıhtılaşmasını azaltan tüm ilaçlar (antikoagülanlar, aspirin vb.) ozon tedavisi sırasında kesilmelidir.
Bu yazıda dize uygulanan intraartiküler ve periartiküler ozon terapi sonrası iliotibial bantta meydana gelen hematom olgusu sunulacaktır.

Olgu: 55 yaşında kadın hasta sağ kalçadan dize kadar yayılan ağrı ve morarma şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Ağrılarının bir hafta öncesinde her iki dize uygulanan ozon terapi sonrasında başladığını, yürümekle arttığını ifade etti. Toplamda iki seans ozon terapi uygulanan hastaya ilk seansta her iki dize intraartiküler ikincisinde ise periartiküler ozon terapi uygulandığı belirtildi. Herhangi bir travma öyküsü tariflemedi. Hipertansiyon dışında bilinen hastalığı yoktu. İnspeksiyonda sağ kalça lateralinden dize kadar yayılan ve dize ozon terapi uygulanan bölgelerde ekimoz alanları mevcuttu (Resim 1). Trokanter majörden Gerdy tüberkülüne kadar tüm iliotibial bant palpasyonla hassastı. Kalça ve diz eklem hareket açıklıkları normaldi. Nörolojik muayenesi doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon 26 mm/h idi, bakılan diğer tam kan sayımı, biyokimya, koagülasyon parametreleri ise normal sınırlardaydı. Yapılan ultrason incelemesinde iliotibial bantta trokanter major hizasından başlayan Gerdy tüberkülüne kadar devam eden yaygın hematom saptandı (Resim 2).
Hastaya soğuk uygulama önerildi, iki hafta sonra yapılan poliklinik kontrolünde ise ultrason incelemesinde saptanan hematomun ve ekimoz alanlarının gerilediği görüldü.

Sonuç: Son yıllarda, eklem içine güvenli bir şekilde verilebilen ve hazırlama yöntemlerinin kolaylığı nedeniyle ayaktan tedavi ortamında kullanılabilen ozonun etkilerine ilgi artmaktadır. Bununla birlikte dozajla ilgili olarak, standartlaştırılmış protokoller eksiktir. Dozajın belirlenmesinde infiltre edilecek eklem boşluğunun boyutu dikkate alınır. Genel olarak eklem içi enjeksiyonlar, 15mg/l konsantrasyonda ve küçük eklemler için 1-1,5 ml, orta eklemler için 5-7ml, büyük eklemler için 20ml hacminde yapılır. Periartiküler mikroenjeksiyonlarda ise 10-15mg/l konsantrasyonda 1-3ml kullanılmaktadır. Ozon tedavisi seanslarının sayısı, her vakanın özel gelişimine bağlı olarak genellikle 3 ila 10 (genellikle haftada bir veya iki) arasında değişir.
Olgumuzda ozonun dize yapılan intraartiküler ve periartiküler enjeksiyonundan sonra iliotibial bant fasyaları arasında oluşan hematoma neden olan gerçek etki mekanizması belirsizdir; iliotibial bant hematomundan enjeksiyon sırasında verilen miktar veya ozon konsantrasyonunun fazla olmasının sorumlu olduğunu düşünüyoruz. Bununla birlikte hematom yanlış uygulama tekniğine bağlı olarak kan damarlarının yaralanması sonucu da ortaya çıkabilir. Bu durum görüntü rehberliğinde yapılan müdahaleler ile örneğin ultrasonografi kullanımı ile önlenebilir. İntraartiküler ve periartiküler alana yapılan karışımın hız ve hacmiyle orantılı olarak enjeksiyondan sonra oluşan mikrorüptür ile dizi stabilize eden yapılara aşırı yüklenme ve enjeksiyon yapılan alanda artan basınç da olası sebepler arasındadır.

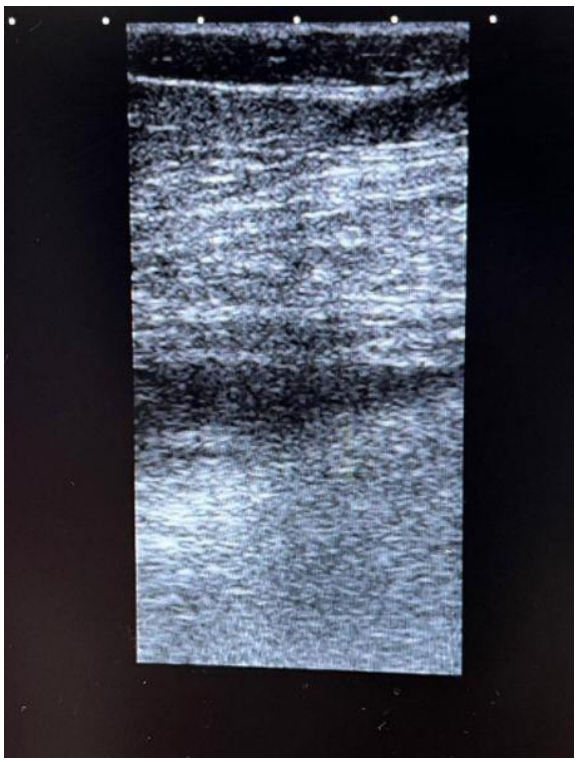
Sonuç olarak, nedenselliğin kesin kanıtı için başvurulabilecek bir yöntem olmamakla birlikte ozon enjeksiyonundan sonra çevre yapılarda hematom oluşabilir. Nadir görülen bu komplikasyon nedeniyle prosedür öncesinde kan pıhtılaşmasını azaltan tüm ilaçlar kesilmelidir ve uygun uygulama yöntemlerine (doz, miktar) dikkat edilmelidir.
Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Medikal Ozon Terapi, Hematom

Resim1. Ekimoz Alanları



Resim2. Ultrason İncelemesinde İliotibial Bantta Hematom





Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği
Gülbahar Mahallesi Büyükdere Caddesi Arzu Apartmanı
No: 99 D:8-9 Mecidiyeköy/Şişli
Tel.: 0212 236 90 52
Fax: 0212 236 90 54
E-mail: tftrdernek@tftr.org.tr