Karadeniz Romatoloji ve Ağrı Sempozyumu

HER ADIM Cumhuriyet'e!

24-26 MAYIS 2024

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK KONGRE VE KÜLTÜR MERKEZİ

Tam Metin Bildiri Kitabı



KARAT
KARADENİZ ROMATOLOJİ VE AĞRI TOPLULUĞU

Karadeniz Romatoloji ve Ağrı Topluluğu Derneği
karat.org.tr

KARAT Derneği olarak, İLK-ADIM, GENÇ-ADIM sempozyumlarının ardından Cumhuriyet'imizin 100.yılını coşkuyla kutladığımız bir dönemde 24-25-26 Mayıs 2024 tarihlerinde, kurtuluşa giden yolda ilk adımın atıldığı Samsun'da HER ADIM CUMHURİYET'E sempozyumunu gerçekleştireceğiz. Bize emanet edilen Cumhuriyet yolunda, büyük önderimiz Mustafa Kemal Atatürk'ün vasiyet ettiği gibi akıl ve bilimle yürümeye kararlılıkla devam ediyoruz. Branş olarak bölgemizin öncüsü olma misyonu ve sorumluluğunu taşıyoruz.

Üçüncü büyük toplantımız olacak olan '' HER ADIM CUMHURİYET'E'' sempozyumunda, FTR uzman hekimlerinin, romatolog ve algologların ilgisini çekeceğini düşündüğümüz konular ve kurslardan oluşan bir program düzenlemeyi hedefledik. Etik değerler çerçevesinde, hekimlerimizin günlük hasta uygulamalarına taşıyabilecekleri pratik beceriler edinebilecekleri kurslarımızın yanı sıra, romatolojide yeni gelişmelerin aktarılacağı bir program oluşturduk. Romatoid artrit, spondiloartropatiler, osteoporoz, osteoartrit gibi temel konularda güncel gelişmeler, camiamızın alanlarında yetkin değerli ve deneyimli hocaları tarafından ele alınacaktır.

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon branşı olarak her yaştan hastanın dahili ve cerrahi bir çok hastalık konusu branşımızın yetkinlik alanı içerisindedir. Bu sempozyumda branşımızın ayrılmaz bir parçası olan rehabilitasyon konularına da yer vermeye çalıştık. Önümüzdeki yıllarda da katılımcılarımızdan gelecek geri bildirimler doğrultusunda sempozyum konularımızı belirlemeye devam edeceğiz.

Sempozyumumuzda bilimsel programlarımızın ayrılmaz parçası olan sosyal, kültürel ve sanatsal etkinliklerimiz katılımcılarımıza keyifli anlar yaşatacaktır.
Milli mücadelenin ilk adımının atıldığı Samsun'da gerçekleştireceğimiz '' HER ADIM CUMHURİYET'E Sempozyumuna'' katılımlarınız bizlere büyük güç, mutluluk ve onur verecektir. En büyük çıkış gücümüzü camiamızın büyüklüğü, birlik, beraberlik ve dayanışma kültürü oluşturmaktadır. Branşımızı daha yukarıya taşımak adına çıktığımız bu yolda, Karadeniz bölgesindeki Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalları ve ulusal derneklerimizle, camiamızla birlik ve beraberlik içerisinde ilerlemek kararlılığındayız.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Ayhan BİLGİCİ
KARAT Başkanı
Düzenleme Kurulu Adına

www.karat.org.tr

KURULLAR

Kongre Düzenleme Kurulu
Dr. Ayhan Bilgici (Başkan)
Dr. Gamze Alaylı
Dr. Dilek Durmuş
Dr. Yasemin Ulus
Dr. Yeşim Akyol
Dr. İlker İlhanlı
Dr. Ahmet Kıvanç Cengiz
Dr. Bora Uzuner
Dr. Sertaç Ketenci
Dr. Erdal Hancı

Bilimsel Sekreterya
Dr. Yasemin Ulus
Dr. Ahmet Kıvanç Cengiz
Dr. Bora Uzuner
Dr. Sertaç Ketenci
Dr. Erdal Hancı

Kongre Bilimsel Kurulu
Dr. Ayhan Bilgici (Başkan)
Dr. Gamze Alaylı
Dr. Dilek Durmuş
Dr. Yasemin Ulus
Dr. Yeşim Akyol
Dr. İlker İlhanlı
Dr. Ahmet Kıvanç Cengiz
Dr. Bora Uzuner
Dr. Sertaç Ketenci
Dr. İlker Fatih SARI
Dr. Gül Devrimsel
Dr. Murat Karkucak
Dr. Erhan Çapkın
Dr. Fazıl Kulaklı
Dr. Erdal Hancı

www.karat.org.tr

SÖZLÜ BİLDİRİLER



www.karat.org.tr

Radyografik ve Non-Radyografik Aksiyel Spondiloartrit Hastalarında Fiziksel Aktivite Düzeyi, Egzersiz Bariyerleri ve Egzersiz Kompliyansını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması

Serpil Demirulus 1*, Murat Karkucak 1, Erhan Çapkın 1, Gamze Kılıç 1
1 Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Radyografik Aksiyel Spondiloartrit (R-AksSpA) ve Non-Radyografik Aksiyel Spondiloartrit (Nr-AksSpA) hastalarında fiziksel aktivite (FA) düzeyi, egzersiz engelleri ve egzersiz kompliyansını etkileyen faktörlerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Bu tek merkezli kesitsel çalışmaya ASAS AksSpA sınıflandırma kriterlerini karşılayan R-AksSpA ve Nr-AksSpA hastaları dahil edildi. Hastalar klinik olarak değerlendirildi ve FA düzeyi, egzersiz algısı ve kinezyofobiyle ilgili anketleri cevapladılar. Egzersiz kompliyansı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) FA rehberi önerilerini karşılamak temel alınarak değerlendirildi. Hastaların laboratuvar bulguları ve mevcut tedavileri kaydedildi.

Bulgular: 83R-AksSpA ve 40 Nr-AksSpA hastasının verileri analiz edildi. Gruplar arasında FA düzeyleri ve FA rehber önerilerini karşılama açısından fark yoktu (sırasıyla p=0,654, p=0,950). Yüksek FA kategorisinde olmak, Nr-AksSpA hastalarında daha iyi fiziksel fonksiyon ve daha düşük kinezyofobi ile, R-AksSpA hastalarında ise daha düşük anksiyete ile ilişkiliydi (p<0,05). R-AksSpA hastaları tarafından algılanan egzersiz bariyerleri Nr-AksSpA hastalarına göre daha yüksekti (p=0,023). Egzersiz bariyer algısıyla en yüksek ilişkinin Nr-AksSpA hastalarında yorgunlukla (rho:-0,479, p<0,001), R-AksSpA hastalarında ise hastalık-ilişkili yaşam kalitesiyle (rho:-0,365, p<0,001) olduğu görüldü. Nr-AksSpA hastalarında FA rehber önerilerini karşılayanların Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (HAQ-S), Pittsburg Uyku Anketi (PUKI) ve Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TSK) skorları karşılamayanlardan daha düşüktü (sırasıyla p=0,043, p=0,030, p=0,046, p=0,004). R-AksSpA hastalarında ise FA rehber önerilerini karşılayanların ASQoL skorları karşılamayanlardan daha düşüktü (p=0,025).

Sonuç: R-AksSpA hastalarıyla Nr-AksSpA hastaları arasında FA düzeyi ve kompliyans açısından fark olmamakla birlikte algılanan egzersiz engelleri R-AksSpA hastalarında daha fazlaydı. Bu hastaların FA ve kompliyansını etkileyen faktörler arasında yaş, hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi, fiziksel fonksiyon, kinezyofobi ve eğitim durumu gibi farklı parametrelerin olduğu gözlendi. Bu bulgular, klinik uygulamalarda AksSpA hastalarının FA düzeyini artırmaya yönelik bireyselleştirilmiş yaklaşımların geliştirilmesi ve bu faktörlerin tedavi stratejilerine entegre edilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, radyografik aksiyel spondiloartrit, non-radyografik aksiyel spondiloartrit, egzersiz engelleri, egzersiz kompliyansı

Tablo 1. Nr-AksSpA grubunda IPAQ fiziksel aktivite kategorileri ile yaş, cinsiyet, hastalık aktivitelerinin karşılaştırılması (N=40)

	Düşük1	Orta2	Yüksek3	Toplam	P	Post-hoc
Yaş	38,3±10,6	36,6±11,9	30,6±4,6	36,4±10,5	0,148	
ESH	16,7±13,1	15,5±12,2	9,0±5,9	14,9±12	0,689	
CRP	5,9±6,3	6,6±9,5	7,0±4,8	6,3±7,1	0,619	
BASDAI	2,9±1,9	2,9±2,1	1,5±1,2	2,7±1,9	0,211	
ASDAS-CRP	2,3±1,0	2,3±1,2	1,9±0,9	2,2±1,0	0,626	
BASMI	2,0±1,2	2,1±1,3	1,2±1,3	1,9±1,3	0,052	
BASFI	1,8±1,8	1,2±1,5	0,8±1,1	1,4±1,6	0,317	
MASES	2,3±2,6	1,6±2,6	1,4±3,4	1,9±2,7	0,362	
HAQ-S	0,5±0,5	0,4±0,3	0,1±0,1	0,4±0,4	**0,015**	p=1,0001,2 **p=0,0121,3** p=0,0662,3
ASQOL	7,5±6,0	5,5±3,4	2,4±1,7	6,0±5,0	0,079	
HADS-D	5,7±4,3	3,4±2,4	5,7±4,6	5,0±3,9	0,191	
HADS-A	7,6±5,7	6,2±4,8	4,9±3,5	6,6±5,1	0,596	
ASAS-HI	6,8±4,2	5,2±2,7	3,0±2,2	5,6±3,7	**0,047**	p=0,9231,2 **p=0,0421,3** p=0,3782,3
PUKİ	6,0±3,4	4,6±2,2	4,7±4,1	5,3±3,2	0,472	
EBBS toplam	120,4±12,8	125,8±10,3	133,4±18,9	124,4±13,8	0,141	
EBBS yararları	77,7±10,6	81,3±8,4	87,3±16,5	80,5±11,4	0,297	
EBBS engelleri	39,7±3,8	41,3±3,5	43,1±4,4	40,8±4,0	0,152	
TSK	41,2±4,2	41,5±4,8	34,0±3,6	40,0±5,1	**0,002**	**p=0,0021,2 p=0,0041,3** p=1,0002,3

Değerler ortalama±standart sapma veya sayı(yüzde) şeklinde ifade edildi.
Ki-kare veya Kruskal Wallis testi kullanılarak p değerleri hesaplandı.

Tablo 2. Nr-AksSpA ve R-AksSpA hastalarının EBSS toplam puanları ve EBSS alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

	Nr-AksSpA n=40	**R-AksSpA n=83**	**p**
EBBS toplam	124,4±13,8	121,3±14,2	0,253
EBBS yararları toplam	80,5±11,4	79,5±11,5	0,948
Yaşam kalitesini iyileştirme	19,7±2,9	19,7±3,2	0,536
Fiziksel performans	27,3±3,7	26,8±3,9	0,604
Psikolojik bakış açısı	18,0±3,5	17,3±3,4	0,252
Sosyal etkileşim	10,3±2,0	10,2±2,3	0,928
Koruyucu sağlık	8,4±1,6	8,4±1,6	0,647
EBBS engelleri toplam	40,8±4,0	38,9±5,2	**0,023**
Egzersiz şartları	18,5±2,5	17,1±2,8	**0,006**
Harcanan zaman	9,0±1,1	8,9±1,3	0,773
Fiziksel çaba	7,5±1,9	7,1±1,8	0,312
Ailesel engelleyici durunlar	5,9±1,3	5,8±1,3	0,516

Değerler ortalama±standart sapma veya sayı(yüzde) şeklinde ifade edildi.
Ki-Kare veya Mann-Whitney U testi kullanılarak p değerleri hesaplandı

BAŞLIK: "Türk tıp dergilerinde indekslenme ve kataloglanma içinkullanılan anahtar kelimelerin Medical Subject Headings (MeSH)' e uygunluğunun incelenmesi"

YAZARLAR:Ali Yavuz Karahan1, Elif Yıldırım1, Özge Kılıç1, Sertaç Ketenci2

1: Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizikesel Tıp ve Rehabilitasyon AD

2: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD.

Özet

Ülkemizde tıbbi akademik yayıncılıkta faaliyet gösteren birçok derginin yazım kuralları arasında anahtar kelimelerin "MeSH" (Medical Subject Headings) ile uyumluluk göstermesi şartı vardır. Ancak Türkçe dilinde kullanılan anahtar kelimelerin kendilerinin veya İngilizce karşılıklarının MeSH ile uyumluluğunu kontrol edebilecek bir program veya kısa yol bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı ulusal akademik tıbbi literatürde yer alan yayınların anahtar kelime seçimlerinde MeSH uyumluluğu oranını araştırmaktır. Bu çalışma, ulusal akademik yayıncılığı önemli ölçüde destekleyen "DergiPark" sistemi içinde yürütülmüştür. Tarama, Eylül-Aralık 2023 tarihi arasında iki araştırmacı tarafından tamamlandı. Araştırmada, 1 Ocak 2022 -31 Aralık 2022 tarihleri arasında yayımlanan 43 dergi ve toplamda 1743 yayın taranmıştır. Derginin en az 3 yıldır akademik yayıncılık hayatında olması, derginin 2022 yılında en az 3 sayı çıkartmış olması, bir sayıda en az 4 orjinal makale basmış olması ve İngilizce özet ve anahtar kelimelerini bulunduruyor olması derginin seçim kriterleridir. Taranan dergi ve yayınlarda uygunluk kriterlerine uyumluluk gösterenler çalışmaya dahil edilmiştir. İncelenen yazın türleri; orjinal makale, olgu sunumu ve derleme olmak üzere 3 tiptir. Çalışmada 1743 makalenin 376'sının MeSH ile %100 uyumlu olduğunu bulunmuştur. Türkçe makalelerde İngilizce makalelere kıyasla daha yüksek bir MeSH uyumun olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, araştırma birçok makalenin anahtar kelimelerinin MeSH terimleri ile uyum göstermediğini ortaya koymaktadır. Çalışma MeSH indeksleme kurallarını ihmal etmenin olası sonuçlarını vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Tıbbi konu başlıkları, anahtar kelimeler, indeksleme, akademik yayıncılık araştırması

Abstract

In Turkey, many medical academic journals require keywords to comply with "MeSH" (Medical Subject Headings) among their writing guidelines. However, there is currently no program or shortcut available to check the compatibility of Turkish language keywords or their English equivalents with MeSH. The purpose of this study is to determine and report the extent to which keywords used in the articles we examine are equivalent in MeSH. This study was conducted within the "DergiPark" system, which significantly supports national academic publishing. The scanning was completed between September and December 2023 by two researchers. The research focused on publications between January 1, 2022, and December 31,2022, encompassing a total of 43 journals and 1743 articles. Selection criteria for journals included a minimum of 3 years of academic publishing, issuance of at least 3 editions in 2022, printing of a minimum of 4 original articles per issue, and having English abstracts and keywords. Only those adhering to eligibility criteria in the scanned journals and publications were included in the study. Three types of articles were examined: original articles, case report, and review. The study found that 376 of the 1743 articles were 100% compatible with MeSH. In Turkish articles, it was found that there was a higher MeSH compliance compared to English articles. As a result, the research reveals the fact that the keywords of many articles do not comply with the MeSH terms. The study emphasizes the possible consequences of disregarding MeSH indexing rules.

Keywords: Medical Subject Headings, keywords, indexing, academic publishing research

Giriş

Anahtar kelime bir makale içerisinde geçen yazıyı kısa ve öz bir biçimde temsil eden kelime veya kelime grubudur. Makalelerin internet üzerinde kalıcı olarak bulunabilir olması için uygun anahtar kelimelerin seçilmesi önemlidir. İyi seçilmiş anahtar kelimeler, makalenin zaman içinde keşfedilebilir kalmasını sağlar (1,2).

Türk tıbbi literatüründe İngilizce ve Türkçe olarak verilen anahtar kelimelerin aynı anlama gelmeleri de önemlidir. Bunu kelimeleri senkronize edebilmek için MeSH/Medical Subject Headings arama motoru tercih edilir. Tıbbi Konu Başlıkları (MeSH) ara yüzü, Ulusal Tıp Kütüphanesi tarafından üretilen kontrol edilen ve hiyerarşik olarak düzenlenmiş bir kelime dağarcığıdır. Biyomedikal ve sağlıkla ilgili bilgilerin indekslenmesi, kataloglaması ve aranması için kullanılır. MeSH, MEDLINE/PubMed, NLM Kataloğu ve diğer NLM veri tabanlarında yer alan konu başlıklarını içerir (3). MeSH veritabanı, MeSH başlıkları ve alt başlıklarını kullanarak hassas aramalar yapmak için güçlü bir araç olarak hizmet verir. MeSH terimleri, tıbbi literatürde yer alan tüm kavramları içeren bir eş anlamlılar sözlüğü işlevi görür (4). Terimlerin birden fazla terminoloji ile tanımlanmış olmasından ötürü, araştırmacının az veriyle, hızlı ve kolayca birçok makaleye ulaşabilmesini sağlamaktadır. Günümüz Türkçe tıp akademik literatüründe makalelerdeki anahtar kelimelerin kapsamının ve İngilizce karşılıklarının MeSH ile uyumluluğunu değerlendiren herhangi bir çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı, incelediğimiz yazılarda kullanılan anahtar kelimelerin MeSH'te karşılığının ne oranda olduğunu belirlemek ve raporlamaktır.

Yöntem

Bu çalışma, Usak Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından "5000 TL" ile bütçelen dirilmiş ve desteklenmiştir (Proje No2023/LP009). Bu çalışmada ulusal akademik yayıncılığı önemli ölçüde destekleyen "DergiPark" sistemi içinde yürütülmüştür. Tarama, Eylül-Aralık 2023 tarihi arasında iki araştırmacı tarafından koopere şekilde gerçekleştirildi. Araştırmada 1 Ocak 2022 -31 Aralık 2022 tarihleri arasında yayımlanan 43 dergi ve toplamda 1743 yayın taranmıştır. Taranan dergi ve yayınlarda uygunluk kriterlerine uyumluluk gösterenler çalışmaya dahil edilmiştir. Derginin en az 3 yıldır akademik yayıncılık hayatında olması, derginin 2022 yılında en az 3 sayı çıkartmış olması, bir sayıda en az 4 orjinal makale basmış olması ve İngilizce özet ve anahtar kelimelerini bulunduruyor olması derginin seçim kriterleridir. İncelenen yazın türleri; orjinal makale, olgu sunumu ve derleme olmak üzere 3 tiptir. Çalışmaya dahil edilen diğer belirteçler ise yazın dili, derginin kendi yazım kurallarında MeSH uyumunun aranıp aranmadığıdır. Taranan bu makalelerdeki anahtar kelimelerinin her biri yazarın yazım şekli direkt esas alınarak MeSH veri tabanında tek tek aratılmıştır. Örneğin anahtar kelimelerin hepsi MeSH ile uyumluysa %100 uyum saptanmıştır. Çalışma sonunda MeSH uyumlu olan anahtar kelimelerin oranı makale özelliklerine göre ve dergi özelliklerine göre oranlanacaktır. Yazın dilinin değerlendirilmesi, İngilizce veya Türkçe makalelerin kendi aralarında uyum oranını vermesi açısından önem arz eder. Birçok derginin yazım kuralları arasında anahtar kelimelerin "MeSH" ile uyumluluk göstermesi şartı vardır. Derginin yazım kurallarında MeSH'e uyumunun aranması yazarların dergi kurallarına dikkat edip etmediğini ölçen bir belirteçtir. Çalışma bütün bu değişkenleri bütüncül olarak değerlendirme amacındadır.

İstatistiksel Analiz

Toplanan verilerin açıklayıcı istatistiksel analizi, IBM SPSS Statistics 17 (SPSS Inc. 2008 tarafından yayınlandı. SPSS Statistics for Windows, Sürüm 17.0. Chicago: SPSS Inc.) kullanılarak analiz edilmiştir. Frekanslar, ortalamalar ve standart sapmalar hesaplanmıştır. İki grup arasındaki farkın test edilmesinde Student t-testi kullanılmış ve p değeri 0.05 veya daha düşükse anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Tartışma

Ulusal Kütüphane tarafından oluşturulan düzenlenmiş bir kelime dağarcığı olan MeSH tezaurusu, genellikle bir veritabanına belirli anahtar kelimeleri aramasını söyleyen anahtar kelime aramasına karşıt olarak, kullanıcılara PubMed veya MEDLINE'da belirli bir konuda makaleleri bulma olanağı tanır. Psikososyal MeSH terimlerini daha iyi anlamak ve bilgi okuryazarlığı oturumunda her iki arama stratejisini de dahil etmek veya her bir arama stratejisine ne kadar süre ayrılacağı konusunda önerilerde bulunmak amacıyla De Mars ve arkadaşları, MeSH terimi ile metin kelimesi aramasının hatırlama ve kesinlik açısından karşılaştırılmasını yaptılar. Çalışmanın bulguları, kesinlik ve hatırlama için MeSH arama tekniklerinin avantajlarını gösterdi. Ancak bir yazar, henüz MeSH kelimesi olmayan yeni bir yazı yazıyorsa veya konu hakkında pek bir şey yazılmamışsa, o zaman muhtemelen bir MeSH terimi yoktur ve PubMed'deki 1.5 milyondan fazla makale MeSH ile indekslenmemiştir. Şimdi ise MeSH kelimelerinin yeterli olduğunu ve MeSH'in kapsamını genişlettiğini ve yılda bir güncellendiğini söyleyebiliriz. Bu istatistiksel veriler göz önünde alındığında DergiPark sitesinde taranan 43 derginin 1367 makalesinde MESH ile uyumu bulunamadı. Bu çalışmanın H0 hipotezi: "tıbbi literatürde yer alan akademik yazılarda kullanılan anahtar kelimeler MESH ile uyumluluk göstermemektedir". Bu hipotezden yola çıkarak DergiParktaki 2022 yılı tıbbi odaklı bazı dergilerin anahtar kelime seçimine gerekli özeni göstermediği saptanmıştır. Aynı zamanda bazı dergilerin kendi yazım kuralı olan "MeSH ile uyumluluk" kuralın dikkat edilmediği açıktır. Bu sonuçların ileriki yıllarda devamı, erişilebilirliğin azalmasına, literatürün sınırlı analizine, bilgi karmaşasına ve makalenin okunulabilirliğinin azalmasına sebep olabilir. Bu nedenle, yazarın konuyla ilgili olarak ilgili MeSH terimlerini kullanması önerilir. MeSH terimlerini haritalayan terimleri aramanın ve PubMed arama tekniğini kullanmanın önemini anlamak, Türk okuyucuların mevcut MeSH terimlerinden en iyi şekilde yararlanmalarına yardımcı olacaktır, bu da daha etkili ve iyi bilgilendirilmiş aramalara yol açmalıdır.

Kaynaklar:

1) Bahadoran, Z., Mirmiran, P., Zadeh-Vakili, A., Hosseinpanah, F.,Ghasemi, A.The Principles of Biomedical Scientific Writing: Results. *International journal of endocrinology and metabolism*, 2019;*17*(2), e92113. https://doi.org/10.5812/ijem.92113

2) Karahan AY. Letter to Editor, Comments on "Scientificity and H-Index.". Acta Med. Alanya 2020;4(2):203-204.doi:10.30565/medalanya.670263

3) National Library of Medicine.Medical Subject Headings (MeSH). Available from: https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html

4) Chang, A. A., Heskett, K. M., Davidson, T. M.. Searching the Literature Using Medical Subject Headings versus Text Word with PubMed. Laryngoscope.2006;116: 336-340.

Tablo 1: *Taranan dergi isimleri*

AKSARAY ÜNİVERSİTESİ TIP BİLİMLERİ DERGİSİ
ODÜ TIP DERGİSİ
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERGİS
BOZOK TIP DERGİSİ
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ CERRAHİ TIP BİLİMLERİ DERGİSİ
TROYA TIP DERGİSİ
ANKA TIP DERGİSİ PHOENIX MEDICAL JOURNAL)
KAFKAS TIP BİLİMLERİ DERGİSİ
AKDENİZ TIP DERGİSİ
SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ
BATI KARADENİZ TIP DERGİSİ
MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ LOKMAN HEKİM TIP TARİHİ VE FOLKLORİK TIP DERGİSİ
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIP DERGİSİ
ACTA MEDICA NICO MEDICA
BÜTÜNLEYİCİ VE ANADOLU TIBBİ DERGİ
BALIKESİR MEDICAL JOURNEY
BLACK SEA JOURNAL OF HEALTH SCIENCE
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ DERGİSİ
ESKİŞEHİR MEDİCAL JOURNAL
ESTÜDAM HALK SAĞLIĞI DERGİSİ
HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ
ADLİ TIP DERGİSİ
MALTEPE TIP DERGİSİ
HİPOKRAT TIP DERGİSİ
DOKUZ EYLÜL TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ
TIP EĞİTİMİ DÜNYASI
ABANT TIP DERGİSİ
AHİ DEVRAN TIP DERGİSİ
ANADOLU KLİNİĞİ TIP BİLİMLERİ DERGİSİ
MUĞLA SITKI KOÇMAN TIP DERGİSİ
ACTA MEDIA ALANYA
ANATOLIAN JORUNAL OF EMERGENCY MEDICINE
ANKEM DERGİSİ
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
ARCHIVES OF CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE
ARCIVES OF CURRENT MEDICAL RESEARCH
AYDIN SAĞLIK DERGİSİ
BAĞIMLILIK DERGİSİ
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES JOURNAL
ÇUKUROVA ANESTEZİ VE CERRAHİ BİLİMLER DERGİSİ
GERİATRİK BİLİMLER DERGİSİ
DÜZCE TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ
FENERBAHÇE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

Tablo 2: *Taranan dergi özellikleri*

Taranan dergi özellikleri	
Derginin TR Dizin'de indekslenmesi	*Evet* *Hayır*
Derginin yaşı	*15 yıldan fazla* *15 yıldan az*
Derginin yazım kurallarında MeSH uyumunun aranması	*Evet* Hayır
2022 yılında derginin çıkardığı sayı	*3* *3'ten fazla*

Tablo 3: *Taranan makale özellikleri*

Taranan makale özellikleri *(n:makale sayısı)*	***MeSH uyumluluğunun gösterilmesi (%)***	***P değeri***
Makalenin TR Dizin'de indekslenmesi *Evet (1212)* *Hayır (531)*	 21.20 % 22.41 %	**0.237**
Makale yazım dili *Türkçe (862)* *İngilizce (881)*	 22.15 % 20.99 %	**0.231**
Makalenin yazım kurallarında MeSH uyumunun aranması *Evet (1277)* *Hayır (466)*	 21.92 % 20.60 %	**0.188**
Makalenin yayınlandığı derginin 2022 yılında çıkardığı sayı *En az 3 (1408)* *3'ten fazla(335)*	 21.59 % 21.49 %	**0.245**

Fibromiyalji sendromu hastalarında hipertansiyon varlığının kognitif disfonksiyon üzerine etkisi

Yazarlar: Mehmet Alptekin Karaçeşme1,Manolya İlhanlı2, İlker İlhanlı3
Yazarların Kurumları: 1 Samsun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi
2Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı
3Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: Samsun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi, drmehmetalptekin@gmail.com

Özet

Amaç ve giriş: Fibromiyalji sendromu (FM) hastalarında Hipertansiyon (HT) varlığının kognitif disfonksiyon üzerine etkisini değerlendirerek hastalık tanı ve şiddetine katkısına bakmaktır. FM sebebi tam olarak bilinmeyen, kas iskelet sisteminde yaygın ağrı ve hassas noktalarla karakterize, beraberinde uyku ve duygudurum bozukluğu, halsizlik, bilişsel fonksiyon bozukluğu gibi durumların da eşlik edebildiği kronik bir hastalıktır(1, 2).Hipertansiyon(HT) bilişsel fonksiyonları olumsuz etkileyen bir risk faktörüdür(3). Özellikle de orta yaştaki yüksek tansiyonun yaşlılıkta bilişsel gerileme ve demans riskini artırdığı gösterilmiştir(4).

Materyal ve metot: FM tanısı alan toplam 36 tane hasta çalışmaya dahil edildi ve hastalar 4 eşit gruba ayrıldı. Grup 1 HT olup kognisyon bozuk olan, Grup 2 HT olup kognisyon normal olan, Grup 3 HT olmayan kognisyon bozuk , Grup 4 HT olmayan kognisyon normal FM hastalarıydı. Kognitif fonksiyon değerlendirmesinde Mini mental durum testi (MMDT) kullanıldı. Sonuçlar istatiksel analize tabi tutuldu. Bulgular: Katılımcı sayısı her bir grupta 9 kişi olmak üzere toplam 36 kişiydi. Tamamı kadın ve evli. Yaş median değeri 51 (range 41-77) idi. Yaş Ortalaması 53.4±8.4,gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark yoktu (p=0.423). Gruplar arasında eğitim durumu açısından anlamlı fark yoktu (p= 0.322). FM şikayet süresi ortanca değeri 60 (3-336) ay. Gruplar arasında FM şikayet süresi ortanca değeri açısından anlamlı fark yoktu (p=0.308). HT olanlarda yaş ortanca 54 (43-77) yıl ve FM şikayet süresi ortanca 60 (3-246) aydı. HT olmayanlarda yaş ortanca 50.5 (41-72) yıl ve FM şikayet süresi ortanca 78 (6-336) ay. MMDT ortanca değeri 23.5. Gruplar arasında MMDT ortanca değeri açısından anlamlı fark var (p<0.001). Zaten beklenen bir şey çünkü kognisyon bozuk veya normal ayrımını bu değerlere göre biz yapmıştık. Kognisyon normal olan gruplar arasında HT olup olmaması MMDT ortanca değeri açısından anlamlı fark göstermedi. (grup 2 ve 4). Kognisyon bozuk olan gruplar arasında HT olup olmaması MMDT ortanca değeri açısından anlamlı fark göstermedi. (grup 1 ve 3). HT olanlarda MMDT ortanca değeri 23.5 (17-28). HT olmayanlarda MMDT ortanca değeri 23 (12-25) .HT olan ve olmayanlar arasında MMDT açısından fark yoktu (p=0.414).

Tartışma ve sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda FM hastalarında HT hastalığının kognitif fonksiyon bozukluğunu arttırdığı yönünde bir sonuç bulunamadı. Hasta sayımızın daha fazla olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca HT hastalığı yaşlılıkta bilişsel gerilemeyi daha fazla etkilediğinden dolayı yaşı daha ileri olan FM hasta grubu ve daha fazla sayıda hasta alınarak yeni çalışma yapılabilir(4).

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji sendromu, Hipertansiyon, Kognitif disfonksiyon

Kaynakça: 1.Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology. 1990;33(2):160-72.
2.Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. Jama. 2014;311(15):1547-55.
3.Iadecola C, Gottesman RF. Neurovascular and cognitive dysfunction in hypertension: epidemiology, pathobiology, and treatment. Circulation research. 2019;124(7):1025-44.
4.Cheon E-J. Hypertension and cognitive dysfunction: a narrative review. Journal of Yeungnam Medical Science. 2023;40(3):225.

TOTAL DİZ PROTEZİNDE GÖZLENEN BRUSELLA ARTRİTİ

Evren ER*, Nezahat KOŞAR

Brusella; inek, koyun, domuz gibi hayvanlarda görülebilen, gram negatif, hücre içi yerleşim gösteren bir bakteridir (1). Kontamine hayvan ürünlerini tüketmek veya enfekte hayvanla salgılarıyla mukozal temas ile insan bulaşı gerçekleşebilir (2). Sinoviyal sıvı analizinde lökosit sayısı normal olarak gözlenebilir bu nedenle sinoviyal sıvı analizinin normal olması brusella artriti tanısını dışlamak için yeterli değildir (3). Kas iskelet sistemi tutulumu yetişkinlerde sıklıkla spondilit, sakroileit olarak görülürken, çocuklarda sıklıkla kalça ve diz ekleminde monoartrit olarak görülür (4).

75 yaşında kadın hasta her iki dizde şişlik ve ağrı nedeniyle başvurdu. Yaklaşık 4 aydır dizlerinde şişlik olduğunu ifade eden hastanın diz eklem çevresinde ısı artışı ve renk değişikliği yoktu, diz eklem hareket açıklığı tam, ballotman testi pozitif olarak değerlendirildi. Hastanın özgeçmişinde 4 yıl önce bilateral diz artroplasti cerrahisi, hipertansiyon, diyabet ve 1 yıl önce bruselloz nedeniyle antibiyoterapi öyküsü vardı. Bilateral diz direkt grafi incelemesinde artroplasti materyali ile ilgili patoloji gözlenmedi. Ultrasonografik incelemede bilateral diz suprapatellar bölgede efüzyon gözlendi. Laboratuvar bulgularında tam kan sayımı parametreleri olağan, eritrosit sedimantasyon hızı 55 mm/sa, C-reaktif protein 26 mg/l, brusella tüp aglütinasyon testi 1/320 olarak değerlendirildi. Sinoviyal sıvı analizinden yapılan hücre sayımında; beyaz küre sayısı 6594 103/µl, polimorfonükleer hücre oranı %33.1 olarak değerlendirildi. Sinoviyal sıvı örneğinden kanlı emb agarda ekim yapıldı ve bakteri üremesi saptanmadı. Boyalı mikroskopik incelemelede 1-2 parçalı lökosit gözlendi mikroorganizma gözlenmedi. Bruselloz öyküsü olması ve tüp aglütinasyon testi 1/320 gelmesi nedeniyle yapılan ikinci sinoviyal sıvı örneği kan kültürü sistemine ekildi , pozitif sinyal sonucunda mikroorganizma Brusella spp olarak tanımlandı. Hasta tedavi başlaması amacıyla enfeksiyon hastalıkları bölümüne yönlendirildi.

Brusella hücre içi bakteri olması nedeniyle tespiti zor ve uzun süreli antibiyoterapi gerektirebilecek bir bakteriyel enfeksiyon nedenidir. Sıklıkla spondilodiskit, sakroileit olarak gözlenmekle birlikte diğer eklemlerde de tutulum gözlenebilir (4). Ancak eklem yüzeyinin olmadığı artroplasti materyalinin çevresinde tespit edilmesi literatür için önemli bir durum olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Głowacka P, Żakowska D, Naylor K, Niemcewicz M, Bielawska-Drózd A. Brucella - Virulence Factors, Pathogenesis and Treatment. Pol J Microbiol. 2018 Jun 30;67(2):151-161. doi: 10.21307/pjm-2018-029. PMID: 30015453; PMCID: PMC7256693.
2. Qureshi KA, Parvez A, Fahmy NA, Abdel Hady BH, Kumar S, Ganguly A, Atiya A, Elhassan GO, Alfadly SO, Parkkila S, Aspatwar A. Brucellosis: epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment-a comprehensive review. Ann Med. 2023;55(2):2295398. doi: 10.1080/07853890.2023.2295398. Epub 2024 Jan 2. PMID: 38165919; PMCID: PMC10769134.
3. Press J, Peled N, Buskila D, Yagupsky P. Leukocyte count in the synovial fluid of children with culture-proven brucellar arthritis. Clin Rheumatol. 2002 Jun;21(3):191-3. doi: 10.1007/s10067-002-8283-6. PMID: 12111621.
4. Arkun R, Mete BD. Musculoskeletal brucellosis. Semin Musculoskelet Radiol. 2011 Nov;15(5):470-9. doi: 10.1055/s-0031-1293493. Epub 2011 Nov 11. PMID: 22081282.

Romatoid Artritte Hematolojik İndekslerle Hastalık Aktivitesinin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Derya Çırakoğlu

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Anabilim Dalı

İletişim Bilgileri: S.B.-ODU Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR kliniği

Giriş: Romatoid artrit (RA), bağışıklık sistemini etkileyen kronik inflamasyonun eşlik ettiği bir hastalıktır. RA tanısı için eritrosit sedimantasyon hızı (ESR) ve CRP (C-reaktif protein) yaygın olarak kullanılır. Ancak bunların duyarlılığı ve özgüllüğü düşüktür (1). Bu nedenle nötrofil/lenfosit oranı (NLO) platelet /lenfosit oranı (PLO) gibi immün temelli yeni prognostik skorlar RA'da araştırılmaktadır. Bu immun sistem hücrelerinin her biri enflamasyonda rol oynasa da, hiçbiri tek başına enflamasyonu tespit etmek için yeterli değildir. Bu nedenle sistemik inflamasyon indeksi (SII) gibi bu immün hücreleri içeren daha kapsamlı hesaplamalar geliştirilmiştir (2).

Amaç: Bu çalışmanın amacı, RA tanılı hastalarda hastalık aktivitesi ile hematolojik parametrelerden nötrofil/lenfosit oranı (NLO), platelet/lenfosit oranı (PLO), sistemik inflamatuar indeks (SII) arasındaki ilişkiyi incelemektir

Gereç ve Yöntem: Çalışma retrospektif olarak dizayn edilmiştir. Çalışmaya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine Ocak 2020- Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran en az 6 aydır takipli ve Amerikan Romatizma Cemiyeti (ACR) 2010 kriterlerine göre RA tanısı almış toplam 50 hasta ile cinsiyet ve yaş uyumlu 53 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Hassas ve şiş eklem sayısı, C-reaktif protein, eritrosit sedimantasyon hızı (ESH), tam kan sayımı kaydedilmiştir. Ağrının şiddeti için 10 cm Görsel Analog Skala (VAS) ve hastalık aktivitesi için Hastalık Aktivite Skoru-28 (DAS-28) kullanılmıştır. Tam kan sayımına dayalı indeks hesaplaması nötrofil, lenfosit ve trombosit sayımlarından türetilmiştir. 1. NLO=Nötrofil/Lenfosit oranı, 2. PLO= platelet / Lenfosit oranı, 3. Sistemik inflamataur indeks (SII)= Trombosit x Nötrofil/Lenfosit oranı şeklinde hesaplanmıştır

Bulgular: Çalışmaya alınan RA tanılı 50 hastanın yaş ortalaması 44,72±12,94; kontrol grubunun yaş ortalaması 41,98±8,46 bulundu. Her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,204). RA'lı hastalarda ortalama DAS-28 skoru 3,45±1,26 ortalama hastalık süreleri 9,36±8,0 yıl olarak bulundu. RA tanılı hastalar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, hasta grubunda NLO ortalama 2,32±1,66 iken kontrol grubunda ise 1,70±0,57 olarak bulundu. PLO değerleri ise hasta grubunda ortalama 144±58 iken kontrol grubunda 118±29 olarak bulundu. NLO ve PLO düzeyleri RA hastalarında istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek puana sahipti (sırasıyla; p= 0,012 ; p= 0,007). Ancak hastalık aktivitesinin değerlendirildiği DAS-28 skoru ile NLO arasında (p=0,964) ve PLO arasında (p=0,204) istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmadı. Hasta grubunda ortanca SII değeri 452.97±388.75; kontrol grubunda ortanca SII değeri 435.75±193.82 bulundu. Aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0.444). Ayrıca DAS-28 skorlarına göre hastalar 2,6 ve altı remisyonda, üzeri ise aktif hastalık olmak üzere iki gruba ayrılarak yapılan değerlendirmede de SII değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,0562)

Tartışma

Romatoid artrit (RA), kronik inflamasyonla karakterize otoimmün bir hastalıktır (3). Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte patogenezde genetik, çevresel etki ve otoimmünite suçlanmaktadır (4). Eklemde ısı artışı, ödem, ağrı, kartilaj dejenerasyonu, kemik erozyonu ve pannus oluşumu RA'nın patolojik özellikleridir. Eklem dışında döküntü, ateş, kas kaybı ve halsizlik gibi sistemik semptomlar da görülebilir (5,6).

Yapılan son araştırmalar tam kan sayımından elde edilen nötrofil/ lenfosit oranı (NLO) ve platelet/ lenfosit oranının (PLO) sistemik inflamatuvar hastalıkların prognozuyla korelasyon gösteren ucuz, basit hesaplanabilir indeksler olduğunu bildirmektedir (7). RA hastalarıyla yapılan birkaç çalışmada NLO ve PLO nın kontrol grubu ile kıyaslandığında hasta grubunda anlamlı olarak arttığı bulunmuştur. Ayrıca DAS 28 aktivite skoru ile NLO ve PLO arasında da pozitif bir korelasyon saptanmıştır (8,9). Ancak bunun tersine korelasyon olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (10). Bizim çalışmamızda da NLO ve PLO kontrol grubuna göre yüksek bulunsa da hastalık aktivitesi ile arasında ilişki bulunamamıştır

Sistemik inflamatuar indeks (Sll), tam kan sayımından hesaplanan bir belirteçtir. Hesaplama formülü trombosit× nötrofil / lenfositdir. SII nın sindirim sistemi tümörü olan yaşlıların prognozu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (11). Kanserli hastalarda daha yüksek SII değerleri sıklıkla mortalitenin bir göstergesi olarak kullanılır. Ayrıca son yıllardaki çalışmalarda SII'in, psoriatik artrit, lupus gibi romatizmal hastalıklarla da ilişkili olduğu iddia edilmiştir. SII'in RA da kullanımı yakın zamanda gündeme gelmiştir. Literatürde bu konuyu değerlendiren ve ilişkili olduğunu bildiren birkaç çalışma mevcuttur (2,12). Ancak bizim çalışmamızda RA hastalarında SII değeri kontrol grubuyla kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır Ayrıca hastalık aktivitesi ile de ilişkili saptanmamıştır. Daha fazla hasta sayısı içeren çalışmalarla bu konunun daha ayrıntılı değerlendirilmesi gereklidir.

Sonuç: RA'lı hastalarda NLO ve PLO kontrol grubuna göre daha yüksek oranda saptanmıştır. Bununla birlikte SII açısından ise anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ayrıca NLO, PLO ve SII in hastalık aktivitesi ile arasında ilişki bulunamamıştır.

Anahtar kelimeler: Nötrofil lenfosit oranı (NLO), platelet lenfosit oranı (PLO), sistemik inflamatuar indeks (SII)

Kaynaklar

- Colglazier CL, Sutej PG. Laboratory testing in the rheumatic diseases: a practical review. South Med J. 2005;98:185–91.
- Başaran P.Ö, Doğan M. The relationship between disease activity with pan-immune-inflammatory value and systemic immune-inflammation index in rheumatoid arthritis. Medicine, 2024; 103.9: e37230.
- Erre GL, Buscetta G, Paliogiannis P, et al. Coronary flow reserve in systemic rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. Rheumatol Int 2018;38:1179–90
- Smolen JS, Aletaha D, Barton A, et al. Rheumatoid arthritis. Nat Rev Dis Prim 2018;4:18001.
- Littlejohn EA, Monrad SU. Early diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis. Prim Care. 2018;45(2):237–55.
- Scherer HU, Häupl T, Burmester GR. The etiology of rheumatoid arthritis. J Autoimmun. 2020;110:102400.
- Qin B, Ma N, Tang Q, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) and platelet to lymphocyte ratio (PLR) were useful markers in assessment of inflammatory response and disease activity in SLE patients. Modern Rheumatol 2016; 26: 372-6.
- Uslu AU, Kucuk A, Sahin A, et al. Two new inflammatory markers associated with Disease Activity Score-28 in patients with rheumatoid arthritis: neutrophil-lymphocyte ratio and plateletlymphocyte ratio. Int J Rheum Dis 2015; 18: 731-5.
- Doğan AG, Boyacıoğlu M, Doğan M. Romatoid artritte nötrofil lenfosit ve platelet lenfosit oranlarının hastalık aktivite indeksine göre değerlendirilmesi. Journal of Health Sciences and Medicine 2020; 3.3: 312-316.
- Mercan R, Bitik B, Tufan A, et al. The association between neutrophil/lymphocyte ratio and disease activity in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis.J Clin Lab Anal.2016; 30: 597- 601
- Hu B, Yang XR, Xu Y, Sun YF, Sun C, Guo W, et al. Systemic immune-infammation index predicts prognosis of patients after curative resection for hepatocellular carcinoma. Clin Cancer Res. 2014;20(23):6212–22.
- Satis S. New inflammatory marker associated with disease activity in rheumatoid arthritis: the systemic immune-inflammation index. Curr Health Sci J 2021;47:553–7.

Lipödem Hastalığına İlişkin Bilgi Kaynağı Olarak YouTube Videolarının Güvenilirliği ve Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yazarlar: Mihrinur Dilvin TÜRKÖZ 1,Ali Burak ARICA 1,Adem TÜRKÖZ 2
Yazarların Kurumları: 1 Giresun Üniversitesi Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı 2 Giresun Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi
Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: M.Dilvin TÜRKÖZ m.dilvinseker@gmail.com

Amaç: Lipödem son yıllarda görülme sıklığı ve farkındalığı artan bir hastalıktır. Bununla birlikte hastalar hastalıkla ilgili güvenilir bilgilere ulaşmak istemekte ve tedavi yolları aramaktadır. Bugüne kadar YouTube'daki lipödem ile ilgili videoların içeriği, güvenilirliği ve kalitesi tam olarak araştırılmamıştır. Bu çalışmada toplumun lipödem ile ilgili bilgilendirici paylaşımlara olan ilgisi araştırılmış ve videolardaki sağlık bilgilerinin kalitesi ve güvenilirliği değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Youtube üzerinden "lipedema", "lipedema treatment", "lipedema exercise" ve "lipedema diet" anahtar kelimeleri kullanılarak arama yapıldı. Videoların YouTube'a yüklendiği tarihten itibaren geçen süre, video görüntülenme sayısı, günlük izlenme sayısı, beğeni sayısı, yorum sayısı, videoların süresi, içeriği, popülerliği ve üreticisi kaydedildi. Videoların güvenilirliği ve kalitesini değerlendirmek için modifiye DISCERN aracı, Global Kalite Ölçeği (GQS) ve Amerikan Tıp Derneği Dergisi JAMA (Journal of the American Medical Association) benchmark kriterleri kullanıldı. Videolar iki klinisyen tarafından bağımsız olarak incelendi, anlaşmazlık durumunda ise üçüncü bir klinisyen video içeriğini yeniden değerlendirdi.

Bulgular: Gösterilen 240 videodan 74'ü dahil edilme kriterlerini karşıladı. Bu videolar incelendiğinde 11'i (%14,9) yüksek kaliteli, 17'si (%23) orta kaliteli, 46'sı (%62,2) düşük kaliteli saptandı. Yüksek kaliteli videoların düşük kaliteli videolara göre DISCERN ve JAMA skorları daha yüksek bulundu (bütün $p<0,001$). Videoların 46'sı (%62,2) sağlık profesyonelleri tarafından yüklenmişken, 28'i (%37,8) sağlık profesyoneli dışındaki kişiler tarafından yüklenmişti. Sağlık profesyonelleri tarafından yüklenen videoların 10'u (%21,7) yüksek kaliteli iken, sağlık profesyonelleri dışındaki kişiler tarafından yüklenen videoların sadece 1'i (%3,6) yüksek kaliteliydi ($p=0,042$). Sağlık profesyonelleri tarafından yüklenen videoların ise GQS, DISCERN ve JAMA skorları daha yüksekti (sırasıyla $p=0,007$, $p=0,013$, $p=0,005$).

Sonuç: Çalışma sonunda paylaşılan videoların sadece %14,9 u yüksek kalitede bulundu. Lipödem ile ilgili sağlık profesyoneli olmayan kişilerin hazırladığı bilgilendirici sosyal medya paylaşımlarının daha az kaliteli ve güvenilirliğinin daha zayıf olduğu saptandı. YouTube'da yayınlanan lipödem ve tedavisine ilişkin bilgilendirici içeriklerin çoğunu tıp dışı sağlık profesyonelleri oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaları bu tür kaynaklardan edinilen bilgilerin doğruluk ve güvenilirliği konusunda uyarmak önemlidir. Lipödem hastaları tanı ve tedavi sürecinde hekimler tarafından hazırlanmış kanıta dayalı ve güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirilmelidir.

OSTEOKONDROM CERRAHİSİ SONRASI OLUŞAN ÖDEM SEMPTOMLARI LENFÖDEM PROTOKLÜYLE TEDAVİ EDİLEBİLİR Mİ; BİR OLGU ÖRNEĞİ

Fzt. Elif ULUKAN, ORCID ID:0009-0008-7143-0047
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Havza Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi

Prof. Dr. İlker İLHANLI, ORCID ID: 0000-0002-7998-8992
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uzm. Fzt. Tuba MIZRAK, ORCID ID: 0000-0002-7292-8807
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Havza Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi

ÖZET

Osteokondromlar genellikle erken çocukluk veya ergenlik döneminde teşhis edilen iyi huylu kıkırdak tümörleridir. (1) Osteokondromlar yumuşak dokuların tahriş olmasına, nörovasküler sıkışmaya ve komşu eklemlerin anormal gelişimine neden olabilir.(1,2,3) Lenfödem; yetersiz lenfatik drenaj nedeniyle interstisyel bölmede su, tuz, elektrolitler, yüksek molekül ağırlıklı proteinler ve diğer bileşiklerin birikmesidir. (4,5) Tedavi edilmediği takdirde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Özellikle alt ekstremitelerin etkilendiği hastalar psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadırlar. (6) Kompleks dekonjestif tedavi (KDT), lenfödem hastaları için tercih edilen en önemli tedavi yöntemlerinden biridir. (7) Kompleks dekonjestif tedavinin iki aşaması vardır;bunlar tedavi ve bakımdır. Tedavi aşaması cilt bakımı, manuel lenf drenajı ve uzvun bandajlanmasından oluşur. Bakım aşamasında ise tedavide ilerleme sağlanmış hasta, bası giysisi ile takip edilir.

Merkezimize alt ekstremite ödemi şikayetiyle başvuran 23 yaşında erkek hasta, 10 ay önce bilateral tibia düzeltme ameliyatı olmuş ve 4 ay eksternal fiksatörle takip edilmiş. Eksternal fiksatör alındıktan sonra ödemin önceki cerrahilerde olduğu gibi azalma seyrinde olmadığı, aksine artarak gece uyandıran ağrılara neden olduğu hasta tarafından belirtilmiştir. Çevre ve volümetrik ölçümleri yapılan hasta ödem için KDT protokolüne göre hafta içi her gün tedaviye alınmıştır.6 hafta olarak belirlenen tedavi protokolümüz hastanın şahsi işleri nedeniyle 3. haftada sona erdirilmiştir.3. haftanın sonunda malleol seviyesi başlangıç alınarak 4 cm aralıklarla yapılan çevre ölçümünde hastanın tüm bölgelerden inceldiği görülmüştür. En çok incelme 4.5 cm ile sol bacak diz üstü bölgesinde görülmüştür. Tedavi sonunda hasta her iki ekstremiteden toplam 96 cm incelmiştir. Volümetrik ölçümlerde tedavi sonrası sol alt ekstremite 740 mililitre, sağ alt ekstremite 1320 mililitre hacimsel olarak azalmıştır.Tedavi bitiminde hastanın bası giysisi kullanmasına gerek görülmeyip düzenli çevre ölçümü takibi yapması önerilmiştir.

Sonuç olarak, cerrahi sonrası oluşan ödem ve ödem kaynaklı ağrıların tedavisinde lenfödem protokolü uygulanabilir,kompleks dekonjestif tedavi hastaların fonksiyonel ve kozmetik olarak iyileşmelerine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Osteokondrom, Kompleks dekonjestif tedavi,Ödem

L (0)	SAG BACAK				SOL BACAK			
Tarih	08.08.2023	10.08.2023	18.08.2023	25.08.2023	08.08.2023	10.08.2023	18.08.2023	25.08.2023
0 cm	27	26,5	26,5	26,5	29	27,5	27,5	28
4 cm	27	26,5	26,5	26,5	30	28,5	28,5	29,5
8 cm	30,5	27,5	27,5	27,5	32	30	30,5	30,5
12 cm	35,5	32	31	31	34,5	32,5	33,5	33
16 cm	39	36	35,5	35,5	38,5	36	36	36
20 cm	42	40	38,5	38,5	41,5	39,5	40	39,5
24 cm	44	42	41,5	41,5	44	42	41,5	43
28 cm	44	43	43	43	44,5	43	43	43
32 cm	42,5	43	43	43	43	42	42	42
36 cm	39	39	39	39	39	40	40,5	38,5
40 cm	41,5	39,5	39	39	38,5	37,5	36,5	37,5
44 cm	46,5	43,5	42	42	42,5	42	40	41,5
48 cm	51,5	48	47,5	47,5	47	44,5	44,5	44
52 cm	53,5	51,5	51	51	49	47,5	47,5	47,5
56 cm	56,5	56	53,5	53,5	51	50	50	49,5
60 cm	58,5	57	57	57	55,5	52,5	51,5	50
64 cm	62	62	60	60	59	56,5	55,5	54,
68 cm	65,5	65	63	63	62	60	59,5	57,5
72 cm	68	67	66	66	64	63	62,5	61
76 cm	69	69	68	68	69	64	65	62
80 cm	70	70	69	69	69	65	65	63,5

VOLÜMETRİK ÖLÇÜM TABLOSU		
	SAĞ BACAK	SOL BACAK
08.08.2023	4250 ML	4560 ML
25.08.2023	2930 ML	3820 ML

Adeziv Kapsülit Tanılı Hastalarda Eklem Mobilizasyon Tedavisi Öncesinde Uygulanan Ultrasonografi Eşliğinde Perikapsüler Sinir Grubu Blokajının Tedavideki Etkinliği-Ön Çalışma

Bora Uzuner, Selma İşler, Sertaç Ketenci, Dilek Durmuş

Amaç

Dirençli Adesiv Kapsülit Hastalarında Eklem Mobilizasyon Tedavisi Öncesinde Uygulanan Ultrasonografi Eşliğinde Perikapsüler Sinir Grubu Blokajının (PSGB) omuz ağrısı, fonksiyonu ve kinezyofobi üzerine etkisini sadece mobilizasyon tedavisi alan kontrol grubu ile karşılaştırarak gözlemlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Daha önceden omuzundan klasik rehabilitasyon tedavisi almasına rağmen omuzunda ileri düzeyde ağrı ve kısıtlılık devam eden dirençli adesiv kapsülit tanısı alan 34 hasta gözlemsel olarak çalışmaya dahil edildi. Enjeksiyonu kabul eden 17 hasta Grup 1 (Enj+Mobilizasyon uygulaması), kontrol grubu ise Grup 2 (Mobilizasyon uygulaması) olarak tedaviye alındı. Grup 1 deki hastalara enjeksiyon yapıldıktan sonra diğer gruba ise direkt olarak haftada 3 gün olmak üzere 6 haftalık mobilizasyon tedavisi (18 seans) planlandı. Hedef tedavi bitimi eklem hareket açıklığının (EHA) en az % 80'e ulaşılması olarak belirlendi. Klinik olarak ağrı; visual analog skala (istirahat, aktivite ve gece ağrısı-VAS) ile, fonksiyon kol omuz ve el sorunları anketi (DASH) ve Modifiye Constant-Murley Skoru (MCMS) ile, EHA gonyometrik derece ölçümü ile, hareket korkusu TAMPA kinezyofobi ölçeği ile değerlendirildi. Ölçümlere tedavi öncesi (tö) ve sonrası (ts) bakılarak not edildi.

Sonuçlar

Grup 1'de hedeflenen EHA değerlerine9.88±1.45 (8-12) seans uygulaması ile ulaşıldı. Bir hastada ağızda metalik tat, bir hastada kısa sürede düzelen güçsüzlük tespit edildi. Grup2' de ise 18 seans tedavi tüm hastalara uygulandı. Her iki gruptaki hastaların ayrı ayrı grup içi (TÖ ve TS) VAS, EHA, MCMS, DASH ve hareket korkusu değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı gelişme sağlandı ($P < 0.001$). Gruplar VAS, EHA, MCMS, DASH ve hareket korkusu skorları açısından karşılaştırıldığında grup 1'de grup 2'ye göre anlamlı olarak çok daha iyi sonuçlar tespit edildi ($P < 0.001$). Hastaların demografik ve klinik değerleri tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir.

Tartışma

Hastalara rehabilitasyon öncesi uygulanan PSGB, hastaların ağrısını enjeksiyonun hemen sonrasında anlamlı şekilde azaltmış olup rehabilitasyonun daha etkin şekilde yapılmasını sağlamıştır. Diğer gruba göre daha kısa zamanda hedef tedavi sonuçlarına ulaşıldığı görülmüştür. Hastaların omuz fonksiyonları daha fazla artmış ve hareket korkuları anlamlı derecede azalmıştır. Sonuç olarak dirençli adeziv kapsülit hastalarına rehabilitasyon öncesinde PSGB uygulanması yan etki profili açısından da oldukça güvenli olup, yararlı bir tedavi olarak önerilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Adeziv Kapsülit, Perikapsüler Sinir Grubu Blokajı, Ağrı, Fonksiyon, Hareket Korkusu

Tablo 1. Gupların Sosyodemografik Verileri

	Grup 1 **Enjeksiyon+Mobilizasyon** **N=17** **Ort±*SS (min-max)***	**Grup 2** **Mobilizasyon** **N=17** **Ort±*SS (min-max)***	**p**
Yaş (yıl)	56. 29±7.04 (35-64)	52. 47±7.04 (41-64)	0.062
Cinsiyet (n%) Kadın Erkek	 14 (82.4) 3 (17.6)	 16 (94.1) 1 (5.9)	0.287
Eğitim (n%) İlköğretim Lise Üniversite	 10 (58.9) 3 (17.6) 4 (23.5)	 5 (29.4) 8 (47.1) 4 (23.5)	0.139
Meslek (n%) Ev hanımı Çalışan Emekli	 10 (58.9) 3 (17.6) 4 (23.5)	 6 (35.3) 8 (47.1) 3 (17.6)	0.155
Riskler (n%) Travma DM Tiroid	 8 (47.0) 8 (47.0) 1 (6.0)	 11 (64.7) 6 (29.3) 1 (6.0)	0.245
Etkilenen ekstremite (n%) Sağ Sol	 9 (52.9) 8 (47.1)	 14 (82.4) 3 (17.6)	0.067
Vücut Kitle İndeksi	25. 68±2.35 (22-32)	24. 78±2.53 (22-31)	0.170

Tablo 2. Gupların Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

	Grup 1 N=17 *Ort*±SS (min-max)	**Grup 2 N=17 *Ort*±SS (min-max)**	**p**
Tedavi Seans Sayısı	9.88±1.45 (8-12)	18	**0.001**
VAS istirahat (tö) VAS istirahat (enj. sonrası) VAS istirahat (ts)	4.65±3.75 (0-10) 2.12±1.90 (0-5) 0.35±0.25 (0-2)	5. 06±3.36 (0-10) 4.12±2.84 (0-8)	0.322 **0.001**
VAS hareket (tö) VAS hareket (enj. sonrası) VAS hareket (ts)	8.65±1.65 (5-10) 6.18±1.23 (4-8) 1.65±1.11 (0-5)	8.76±1.14 (6-10) 5.00±1.45 (3-8)	0.838 **0.001**
VA S gece ağrısı (tö) VAS gece ağrısı (enj. sonrası) VAS gece ağrısı (ts)	7.76±3.28 (0-10) 2.12±1.90 (0-5) 0.59±0.55 (0-2)	7.88±2.59 (1-10) 5.76±2.81 (1-9)	0.812 **0.001**
Fleksiyon (aktif) (ts-tö) Fleksiyon (pasif) (ts-tö)	86.17±17.89 (50-110) 85.29±15.95 (45-110)	58.52±9.96 (40-70) 56.47 ±9.95 (40-70)	**0.001** **0.001**
Abduksiyon (aktif) (ts-tö) Abduksiyon (pasif) (ts-tö)	90.58±15.79 (60-115) 90.29±14.30 (60-115)	58.82±13.75 (40-80) 55.58±11.84 (40-75)	**0.001** **0.001**
Eksternal rotasyon (aktif) (ts-tö) Eksternal rotasyon (pasif)(ts-tö)	64.41±11.84 (40-85) 66.11±12.37 (40-85)	13.82±2.81 (10-20) 10.58±3.48 (5-15)	**0.001** **0.001**
İnternal rotasyon (aktif) (ts-tö) İnternal rotasyon (pasif) (ts-tö)	56. 47±15.18 (35-80) 57.05±15.21 (35-75)	10. 58±4.96 (0-15) 7.94±4.69 (0-15)	**0.001** **0.001**
DASH (tö) DASH (ts)	66. 17±18.69 (35-97) 14.64±12.61 (0-50)	75. 81±15.13 (42-95) 61.35±12.13 (36-76)	0.106 **0.001**
MCMS (tö) MCMS (ts)	14.72±5.27 (10-31) 64.50±7.33 (41-73)	15.47±6.81 (6-25) 28.78±4.85 (18-36)	0.892 **0.001**
Hareket korkusu (tö) Hareket korkusu (ts)	45.71±7.53 (31-66) 29.17±5.37 (22-37)	49.82±6.46 (37-58) 42.23±6.36 (28-50)	0.067 **0.001**

Visual Analog Skala: VAS, Modifiye Constant-Murley Skoru: MCMS, fonksiyon kol omuz ve el sorunları anketi: DASH, Tedavi Öncesi (TÖ), Tedavi Sonrası (TS)

Kronik Böbrek Hastalığı Olan Çocuklarda Denge'nin Değerlendirilmesi: İskelet Kası Kütle İndeksi, Yorgunluk ve Fiziksel Fonksiyon ile ilişkisi

Muharrem Yüksel, Dilek Durmuş, Gamze Alaylı, Hülya Nalçacıoğlu

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) olan çocuklarda dengeyi değerlendirmek ve ayrıca iskelet kas kitle indeksi, fiziksel fonksiyon ve yorgunluk ile ilişkisini araştırmaktır.

Metod: Çalışmaya KBH'li 83 çocuk ve 71 sağlıklı çocuk dahil edildi. Ayrıca hastalar kendi içlerinde diyaliz öncesi, diyaliz ve nakil grupları olarak karşılaştırıldı. El (EKG) ve kuadriseps kas kuvveti (DKG) dinamometre kullanılarak ölçüldü. Fonksiyonel değerlendirmeler zamanlı kalk-kalk testi, beş tekrarlı otur-kalk testi ve yürüme hızı ölçümleri kullanılarak yapıldı. Yorgunluk düzeyi Çocuk Yorgunluk Ölçeği ebeveyn formu kullanılarak, denge bozukluğu ise Pediatrik Denge Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Biyoelektrik empedans analizi kullanılarak hesaplanan vücut kas ve yağ kütlesi ölçümleri. Apendiküler kas kitle indeksi (AKKİ), elde edilen apendiküler kas kütlesinin boyun karesine bölünmesiyle hesaplandı.

Sonuçlar: Hasta ve kontrol grupları AKKİ, EKG ve DKG ve fonksiyonel ölçümler açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Yorgunluk ve denge açısından da gruplar arasında anlamlı farklılıklar gözlendi ($p<0,001$). Tanita ölçümleri karşılaştırıldığında yağ kitlesi dışındaki değerlerde anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,005$). Hasta grupları kendi içinde karşılaştırıldığında tüm parametrelerde en düşük değerler diyaliz grubunda görüldü. Yorgunluk, AKKİ, DKG, fonksiyonel ölçümlerin denge üzerinde etkili değişkenler olduğu belirlendi ($p< 0,05$).

Tartışma: Hastalarda sağlıklı çocuklara göre AKKİ, kas gücü ve fonksiyonel ölçümler belirgin olarak azalmış bulundu. Denge bozukluğu ve yorgunluk semptomları da bu hastalarda yoğun olarak gözlenen bulgulardı. Hasta grup kendi içinde karşılaştırıldığında en düşük ölçümler diyaliz alan hastalarda tespit edildi. Özellikle denge parametresi incelendiğinde daha çok yorgunluk, AKKİ, DKG, fonksiyonel ölçümlerin kötüleşmesinden etkilendiği gösterildi. Denge semptomunun KBH olan kişilerde prognozu olumsuz yönde etkilediği düşünüldüğünde bu hastaların erken dönemde tedavilerinin iyi izlenerek kontrol altında olması ve egzersiz tedavilerinin düzenli verilmesinin çok önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Yetmezliği, Çocuk, Denge, Kas Gücü, Fonksiyon

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun demografik, fonksiyonel performans ve tanita parametrelerinin karşılaştırılması

	(Evre 1-4) (Grup 1)	**(Diyaliz) (Grup 2)**	**Nakil (Grup 3)**	**(Grup 4)**	**p**
	n=66 Ort±SS	**n=7 Ort±SS**	**n=10 Ort±SS**	**n=71 Ort±SS**	
Yaş	12,80±3,54	9,57±4,35	13,10±4,40	11,40±3,70	0.070
VKİ	20,55±4,26	17,61±4,83	21,65±6,36	18,75±3,63	0.065
Erkek Kız	**42 (63,6) 24 (36,4)**	**3 (42,9) 4 (57,1)**	**4 (40,0) 6 (60,0)**	**40 (56,33) 31 (43,67)**	0.412
Yorgunlukc,e,f	36,06±8,37	41,00±11,51	35,40±9,60	26,65±2,35	**0.001**
Denge a,c,e,f	54,93±1,96	50,71±8,55	52,50±5,75	55,57±1,21	**0.001**
Fonksiyonel Performans					
Sağ EKG (kg) a,e,d,f	15,98±9,67	4,74±4,36	11,40±5,42	19,49±10,69	**0.001**
Sol EKG (kg) a,e,d,f	14,67±9,16	3,86±3,54	9,31±5,56	18,31±10,76	**0.001**
Sağ DKG (kg) a,e	16,51±6,86	9,60±5,79	14,05±6,35	18,45±7,27	**0.014**
Sol DKG (kg) a,e	14,96±6,46	9,35±6,46	12,44±5,52	17,61±7,21	**0.009**
6DYT (m) a,c,e,f	471±49,67	392±50,34	425±68,94	611±69,15	**0.001**
5TOKT (sn) c,e,f	9,32±2,30	11,33±5,18	11,14±4,57	4,80±0,81	**0.001**
ZKYT (sn) a,c,e,f	7,21±1,30	8,49±1,52	8,79±3,44	4,11±0,54	**0.001**
YH (m/sn)a,c,e,f	1,30±0,20	1,13±0,18	1,22±0,37	2,09±0,26	**0.001**
DYH c,e,f (m/sn/boy)	0,87±0,15	0,91±0,21	0,86±0,20	1,39±0,20	**0.001**
Tanita Değerleri					
Yağ kütle (kg)a,e	10,16±6,18	5,28±4,09	11,18±10,24	9,02±5,09	**0.049**
Yağsız kütle (kg)a,e	37,20±12,55	23,90±11,51	30,43±8,98	35,69±13,60	**0.039**
İKK (kg)a,e	35,60±12,00	22,82±11,16	29,02±8,47	33,75±12,93	**0.036**
AKK (kg)a,e	15,09±5,97	9,12±5,38	12,57±5,05	16,43±6,05	**0.013**
AKKİ (kg/m2)a,e	6,45±1,43	5,35±1,62	6,45±1,62	6,92±01,06	**0,009**
AKKİ (kg/VKİ)a,e	0,71±0,22	0,51±0,28	0,58±0,19	0,85±0,22	**0.001**
AKKY c,e,f	31,43±3,90	31,68±4,36	30,15±3,85	37,25±3,44	**0.001**

EKG: El Kas Gücü, DKG: Diz Kas Gücü, 6DYT: 6 dakika yürüme testi, 5TOKT: 5 tekrarlı otur kalk testi,
ZKYT: Zamanlı kalk ve yürü testi, YH: Yürüme hızı, DYH: Düzeltilmiş Yürüme Hızı, VKİ: Vücut kitle indeksi,
İKK: İskelet Kas Kütlesi, AKK: Apendiküler Kas Kütlesi, AKKİ: Apendiküler Kas Kütle İndeksi,
AKKY: Apendiküler Kas Kütle Yüzdesi
a: 1 ve 2. grup arasındaki anlamlı fark, b: 1 ve 3. grup arasındaki anlamlı fark
c: 1 ve 4. grup arasındaki anlamlı fark, d: 2 ve 3. grup arasındaki anlamlı fark
e: 2 ve 4. Grup arasındaki anlamlı fark, f: 3 ve 4. Grup arasındaki anlamlı fark

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun demografik, fonksiyonel ve tanita performans parametrelerinin karşılaştırılması

	(Evre 1-2) (Grup 1)	(Evre 3-4) (Grup 2)	(Diyaliz) (Grup 3)	Nakil (Grup 4)	(Grup 5)	p
	n=35 Ort±SS	n=31 Ort±SS	n=7 Ort±SS	n=10 Ort±SS	n=71 Ort±SS	
Yaş	12,51±3,62	13,12±3,48	9,57±4,35	13,10±4,40	11,40±3,70	0.070
VKİ	21,01±4,94	20,04±3,36	17,61±4,83	21,65±6,36	18,75±3,63	0.065
Erkek Kız	**25 (71,4) 10 (28,6)**	**17 (54,8) 14 (45,2)**	**3 (42,9) 4 (57,1)**	**4 (40,0) 6 (60,0)**	**40 (56,33) 31 (43,67)**	0.316
Yorgunlukd,g,ı,j	35,62±8,27	36,54±8,58	36,54±8,58	35,40±9,60	26,65±2,35	**0.001**
Denge c,j	55,02±1,74	54,83±2,22	54,83±2,22	52,50±5,75	55,57±1,21	**0.001**
Fonksiyonel Performans						
Sağ EKG (kg)b,e,h,ı, j	16,87±10,64	14,99±8,50	4,74±4,36	11,40±5,42	19,49±10,69	**0.001**
Sol EKG (kg)b,e,h,ı,j	15,74±10,36	13,47±7,57	3,86±3,54	9,31±5,56	18,31±10,76	**0.001**
Sağ DKG (kg)b,e,ı	17,52±7,63	15,36±5,77	9,60±5,79	14,05±6,35	18,45±7,27	**0.017**
Sol DKG (kg)b,g,ı,j	16,01±7,19	13,77±5,40	9,35±6,46	12,44±5,52	17,61±7,21	**0.009**
6DYT (m)b,d,e,g,ı,j	473±55,92	469±42,31	392±50,34	425±68,94	611±69,15	**0.001**
5TOKT (sn)d,g,ı,j	9,37±2,79	9,26±1,60	11,33±5,18	11,14±4,57	4,80±0,81	**0.001**
ZKYT (sn)d,g,ı,j	7,19±1,52	7,23±1,03	8,49±1,52	8,79±3,44	4,11±0,54	**0.001**
YH (m/sn)b,d,g,ı,j	1,31±0,22	1,28±1,17	1,13±0,18	1,22±0,37	2,09±0,26	**0.001**
DYH m/sn/boyd,g,ı,j	0,88±0,18	0,86±0,12	0,91±0,21	0,86±0,20	1,39±0,20	**0.001**
Tanita						
Yağ kütle (kg)b,e,ı	11,29±7,45	8,88±4,07	5,28±4,09	11,18±10,24	9,02±5,09	**0.023**
Yağsız kütle (kg)b,e,ı	38,00±13,81	36,31±11,13	23,90±11,51	30,43±8,98	35,69±13,60	**0.019**
İKK (kg)b,e,ı	36,34±13,14	34,77±10,71	22,82±11,16	29,02±8,47	29,02±8,47	**0.019**
AKK (kg)b,e,h,ı	15,46±6,54	14,66±5,33	9,12±5,38	12,57±5,05	16,43±6,05	**0.026**
AKKİ (kg/m2)b,e,g,ı	6,48±1,56	6,40±1,28	5,35±1,62	6,45±1,62	6,92±01,06	**0.021**
AKKI (kg/VKI) b,c,d,e,f,ı,j,g	0,71±0,24	0,71±0,20	0,51±0,28	0,58±0,19	0,85±0,22	**0.001**
AKKY d,g,ı,j	30,95±3,88	31,96±3,91	31,68±4,36	30,15±3,85	37,27±3,44	**0.001**

EKG: El Kas Gücü, DKG: Diz Kas Gücü, 6DYT: 6 dakika yürüme testi, 5TOKT: 5 tekrarlı otur kalk testi, ZKYT: Zamanlı kalk ve yürü testi, YH: Yürüme hızı, DYH: Düzeltilmiş Yürüme Hızı, VKİ: Vücut kitle indeksi, İKK: İskelet Kas Kütlesi, AKK: Apendiküler Kas Kütlesi, AKKİ: Apendiküler Kas Kütle İndeksi, AKKY: Apendiküler Kas Kütle Yüzdesi
a: 1 ve 2. grup arasındaki anlamlı fark, b: 1 ve 3. grup arasındaki anlamlı fark
c: 1 ve 4. grup arasındaki anlamlı fark, d: 1 ve 5. grup arasındaki anlamlı fark
e: 2 ve 3. grup arasındaki anlamlı fark, f: 2 ve 4. grup arasındaki anlamlı fark
g: 2 ve 5. grup arasındaki fark, h: 3 ve 4. grup arasındaki anlamlı fark ,
ı: 3 ve 5. grup arasındaki anlamlı fark, j: 4 ve 5. grup arasındaki anlamlı fark

Tablo 3. Denge parametresini Multiple regression analizi ile etkileyen faktörler

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P
	B	Std.error	β		
DKG (sağ)	0.179	0.086	0.333	2.069	**0.042***
Yorgunluk	−0.075	0.036	−0.178	−2.080	**0.041***
AKKİ (kg/m2)	0.649	0.316	0.259	2.056	**0.043***
DYH m/sn/boy	− 7.790	3.013	−0.347	−2.586	**0.012***
ZKYT (sn)	−1.363	0.256	−0.653	−5.327	**0.001***
EKG (sağ)	0.031	0.058	0.079	0.543	0.589
Yağ kütle (kg)	−0.036	0.025	−0.127	−1.487	0.141

***p < 0.05 anlamlı, DKG:** Diz kas gücü**, AKKİ:** Apendiküler kas kitle indeksi**, DYH:** Düzeltilmiş yürüme hızı**, ZKYT:** Zamanlı kalk ve yürü testi, **EKG:** El kas gücü

Spondiloartritlerde İlaç Değişimi İhtiyacı Öngörülebilir mi?

Yazarlar: Deniz Şahinkaya 1, Ahmet Kıvanç Cengiz 2, İlker İlhanli 1
Yazarların Kurumları:
1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
2-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı
Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: Yenimahalle mahallesi/ 3221. sokak/ no:6/ kat:3/ daire:3/ Atakum/ Samsun

Özet

Çalışmanın amacı başlangıçtan itibaren aynı hedefe yönelik hastalığı modifiye edici ilaç (DMARD) tedavisiyle devam eden hastalar ile ilk hedefe yönelik DMARD tedavisi primer veya sekonder yanıtsızlık nedeniyle değişmesi gereken spondilartrit (SPA) hastalarını vücut kitle indeksi, sigara kullanımı, cinsiyet, eşlik eden konvansiyonel sentetik DMARD kullanımı ve fibromiyalji sendromu (FMS) varlığı açısından karşılaştırmaktır. Çalışmamıza başlangıçtan itibaren aynı hedefe yönelik DMARD ile tedaviye devam eden 64 SPA hastası ve ilk hedefe yönelik DMARD sonrası primer veya sekonder yanıtsızlık nedeniyle ilacı değişmesi gereken 64 SPA hastası dahil edildi. Allerjik reaksiyon nedeniyle ilaç değişikliği yapılması gerekmiş olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, meslek, sigara kullanım durumu, vücut kitle indeksi, FMS varlığı, kullandıkları diğer tedaviler ve hedefe yönelik DMARD kullanım süreleri kaydedildi. Çalışmaya toplam 72 ankilozan spondilit, 27 nonradyografik aksiyel spondiloartrit ve 29 psöriatik artrit hastası dahil edildi. Aynı hedefe yönelik DMARD ile devam edebilen hastaların ortalama yaşı 45,55±11,1 idi. Hedefe yönelik DMARD'ı değişmesi gereken grupta ortalama yaş 45,50±9,92 idi. Aynı hedefe yönelik DMARD ile devam eden grupta vücut kitle indeksi ortalama 28,05±4,38 idi. Hedefe yönelik DMARD'ı değişmesi gereken grupta ortalama vücut kitle indeksi 29,60±5,94 idi. 2 grup arasında yaş (p=0,145) ve vücut kitle indeksi (p=0,058) açısından anlamlı bir fark yoktu. Aynı hedefe yönelik DMARD ile devam eden grubun 37'sini erkek ve 27'sini kadın hastalar oluşturmuştur. Hedefe yönelik DMARD'ı değişmesi gereken grubun 34'ünü erkek ve 30'unu kadın hastalar oluşturmuştur. 2 grup arasında cinsiyet dağılımı (p=0,594) açısından da anlamlı bir fark saptanmadı. Hedefe yönelik DMARD tedavisi değişmesi gereken grupta FMS varlığı anlamlı olarak daha fazlaydı. Analizlerimizi hedefe yönelik DMARD'lar açısından ayrı ayrı yaptığımızda etanercept kullananlarda vücut kitle indeksi <25 olanlarda 25 ve üstü olanlara kıyasla ilaçta kalımın daha uzun olduğunu saptadık. Literatürde cinsiyet, sigara kullanımı, obesite, eşlik eden konvansiyonel DMARD kullanımı ve eşlik eden FMS varlığı ilaçta kalımı etkileyebilecek faktörler arasında sayılmaktadır. Çalışma popülasyonumuzda bu faktörlerden özellikle eşlik eden fibromyalji sendromu varlığının ilaçta kalımda etkili olabildiğini saptadık. İlaç değişikliği yapılmadan önce primer/sekonder yanıtsızlık olarak değerlendirilen yakınmaların romatolojik hastalığın aktivitesinden mi yoksa eşlik eden fibromyalji sendromundan mı kaynaklanmakta olduğuna dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İlaçta kalım, Spondiloartritler, Fibromiyalji

Abstract
The aim of the study was to compare spondylarthritis (SPA) patients who continued on the same targeted disease-modifying drug (DMARD) therapy from baseline and spondylarthritis patients whose initial targeted DMARD therapy had to be changed due to primary or secondary non-response in terms of body mass index, smoking, gender, concomitant conventional synthetic DMARD use and presence of fibromyalgia syndrome (FMS). Our study included 64 SPA patients who continued treatment with the same targeted DMARD from baseline and 64 SPA patients who required a drug change due to primary or secondary non-response after the first targeted DMARD. Patients who required a drug change due to allergic reaction were excluded from the study. Age, gender, occupation, smoking status, body mass index, presence of FMS, other treatments and duration of targeted DMARD use were recorded. A total of 72 ankylosing spondylitis, 27 nonradiographic axial spondyloarthritis and 29 psoriatic arthritis patients were included in the study. The mean age of patients who were able to continue with the same targeted DMARD was 45.55±11.1 years. The mean age was 45.50±9.92 years in the group whose targeted DMARD had to be changed. In the group that continued with the same targeted DMARD, the mean body mass index was 28.05±4.38. The mean body mass index was 29.60±5.94 in the group whose targeted DMARD had to be changed. There was no significant difference between the 2 groups in terms of age (p=0.145) and body mass index (p=0.058). In the group that continued with the same targeted DMARD, 37 male and 27 female patients were included. In the group whose targeted DMARD had to be changed, 34 were male and 30 were female. There was no significant difference between the 2 groups in terms of gender distribution (p=0.594). The presence of FMS was significantly higher in the group requiring a change in targeted DMARD therapy. When we performed our analyses separately in terms of targeted DMARDs, we found that drug retention was longer in etanercept users with a BMI of <25 compared to those with a BMI of 25 and above. In the literature, gender, smoking, obesity, concomitant conventional DMARD use and the presence of concomitant FMS are considered among the factors that may affect drug retention. In our study population, we found that among these factors, especially the presence of concomitant fibromyalgia syndrome may have an effect on medication adherence. Before changing the medication, it should be paid attention whether the complaints evaluated as primary/secondary non-responsiveness are due to the activity of the rheumatologic disease or the concomitant fibromyalgia syndrome.

Keywords: Drug retention, Spondyloarthritis, Fibromyalgia

Giriş

SPA kelimesi; ankilozan spondilit veya radyografik aksiyal SPA, nonradyografik aksiyal SPA, psöriyatik artrit, enteropatik artrit, reaktif artrit ve undiferansiye artrit tanılarını içine alan bir hastalık ailesini temsil eder.

İlaçta kalım, etkililik ve güvenliği içeren kapsamlı bir sonuç ölçütüdür ve gerçek yaşam verilerinde hedefe yönelik tedavinin performansının yaygın olarak kullanılan bir göstergesidir [1]. Literatürde ilaçta kalım; cinsiyet, yaş gibi demografik veriler ile hastalık süresi, sigara kullanımı, eklem dışı tutulum, hastalık başlangıcında yüksek laboratuvar (CRP, ESH) ve hastalık aktivite indeks değerleri gibi klinik özellikler karşılaştırılarak açıklanmaya çalışılmaktadır.

İlaçta kalım, SPA gibi kronik hastalıkları olan hastaların başarılı tedavisinin önemli bir ölçütüdür. İlaçta kalım ayrıca alternatif tedavi seçeneklerinin sayısından ve zaman içinde tedavi edilen popülasyondaki değişikliklerden de etkilenmektedir. Ayrıca, hastaların ve doktorlarının kişisel tercihleri ve ilaç endüstrisinin pazarlama çabaları da ilaçta kalım üzerinde etkili olabilir [2].

Yöntem
Çalışmamıza başlangıçtan itibaren aynı hedefe yönelik DMARD ile tedaviye devam eden 64 ve ilk hedefe yönelik DMARD sonrası primer veya sekonder yanıtsızlık nedeniyle ilacı değişmesi gereken 64 SPA hastası dahil edildi. Çalışmaya ankilozan spondilit, psöriyatik artrit ve nonradyografik aksiyel SPA tanıları olan hastalar dahil edildi. Aynı hedefe yönelik DMARD ile tedaviye devam eden gruptaki hastaların en az 1 yıl tedavi almış olmaları gerekliydi. Hedefe yönelik DMARD tedavisi değişmesi gereken gruptaki hastaların en az 2 hedefe yönelik DMARD tedavisi almış olması ve her birini en az 3 ay kullanmış olması gerekliydi. Çalışmamız retrospektif olarak yapıldı. Çalışmaya ocak 2008-aralık 2023 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı polikliniğine başvuran klinik ve laboratuvar verilerine ulaşılabilen hastalar dahil edildi. İlaçla ilişkili alerjik reaksiyon gelişen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, meslek, sigara kullanma durumu, vücut kitle indeksi, FMS varlığı, hedefe yönelik DMARD öncesi csDMARD kullanımı ve hedefe yönelik DMARD kullanım süreleri kaydedilmiştir.

Sonuçlar
Çalışmaya aynı hedefe yönelik DMARD ile devam eden 32 ve hedefe yönelik DMARD'ı değişmesi gereken 40 olmak üzere toplam 72 ankilozan spondilit, aynı hedefe yönelik DMARD ile devam eden 16 ve hedefe yönelik DMARD'ı değişmesi gereken 13 olmak üzere toplam 27 nonradyografik aksiyel spondiloartrit ve aynı hedefe yönelik DMARD ile devam eden 16 ve hedefe yönelik DMARD'ı değişmesi gereken 13 olmak üzere toplam 29 psöriatik artrit hastası dahil edildi. Her iki gruptaki erkek-kadın hasta sayıları, ortalama vücut kitle indeksleri, sigara içme durumlarına göre hasta sayıları, FMS tanısı olan hasta sayıları, hedefe yönelik DMARD tedavisine başlamadan önce csDMARD kullanan hasta sayıları tablo 1'de gösterilmiştir. Her 2 grup arasında cinsiyet ($p=0,594$), ortalama vücut kitle indeksi ($p=0,058$), sigara kullanma durumları ($p=0,911$) ve hedefe yönelik DMARD tedavisine başlamadan önce csDMARD kullanma ($p=1$) açısından anlamlı fark bulunamadı. Sadece FMS tanılı hasta sayısı ($p=0,012$) hedefe yönelik DMARD'ı değişmesi gereken grupta anlamlı oranda daha fazla idi. Tablo 2a ve 2b'de vücut kitle indeksi kategorilerine göre etken maddelerin kullanım süreleri (ay) gösterilmiştir. Tabloya göre etanercept kullanan ve vücut kitle indeksi <25 kg/m2 olan hastalarda ≥ 25 kg/m2 olanlara göre ilaç kullanım süresi ($p=0,022$) daha uzundu. Diğer etken maddeler için anlamlı ilişki saptanmadı. Korelasyon analizinde tüm etken maddeler için ilaç kullanım süresi ile vücut kitle indeksi değerleri arasında korelasyon saptanmadı.

Tartışma
Literatürde cinsiyet, sigara kullanımı, obesite, eşlik eden csDMARD kullanımı ve eşlik eden FMS varlığı ilaçta kalımı etkileyebilecek faktörler arasında sayılmaktadır [3, 4]. Çalışma popülasyonumuzda bu faktörlerden özellikle eşlik eden fibromyalji sendromu varlığının ilaçta kalımda etkili olabildiğini saptadık. Durmaz ve İlhanlı'nın çalışmasında FMS'si olan ankilozan spondilitli hastalarda FMS'si olmayan ankilozan spondilitli hastalara göre switch sayısı anlamlı olarak daha fazlaydı [4]. Baraka ve ark.'nın çalışmasında da FMS varlığının ankilozan spondilitli hastalarda anlamlı oranda hedefe yönelik DMARD değişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur [5]. İlaç değişikliği yapılmadan önce primer/sekonder yanıtsızlık olarak değerlendirilen yakınmaların romatolojik hastalığın aktivitesinden mi yoksa eşlik eden fibromyalji sendromundan mı kaynaklanmakta olduğuna dikkat edilmelidir.
Ciurea ve ark.'nın çalışmasında aksiyel SPA hastalarında ilk hedefe yönelik DMARD etkinliğini inceledikleri çalışmalarında daha yüksek vücut kitle indeksi, anlamlı oranda azalmış tedavi yanıtı ile ilişkilendirilmiştir [6]. Mease ve ark.'nın çalışmasında psöriyatik artritli hastalarda daha yüksek vücut kitle indeksi daha kısa hedefe yönelik DMARD kalıcılığının önemli belirleyicilerinden biriydi [7]. Çalışmamızda etanercept ile ilişkili bulduğumuz sonuç yukarıdaki literatür ile uyumludur. Yüksek kilolu hastalara tedavide kalımı iyileştirmek için yaşam stili değişikliği olarak kilo vermek tavsiye edilmelidir.

Kaynakça
1.Yu, C.L., C.H. Yang, and C.C. Chi, Drug Survival of Biologics in Treating Ankylosing Spondylitis: A Systematic Review and Meta-analysis of Real-World Evidence. BioDrugs, 2020. 34(5): p. 669-679.
2.Nissen, M., et al., The impact of a csDMARD in combination with a TNF inhibitor on drug retention and clinical remission in axial spondyloarthritis. Rheumatology (Oxford), 2022. 61(12): p. 4741-4751.
3.Bilgin, E., et al., Predictors of drug retention and treatment response in axial spondyloarthritis patients treated with certolizumab: real-life results from the HURBIO registry. Clin Exp Rheumatol, 2020. 38(4): p. 609-614.
4.Durmaz, Y. and İ. İlhanlı, Comparison of ankylosing spondylitis patients with and without fibromyalgia syndrome according to the disease activation scores and response to treatment. Turk J Phys Med Rehabil, 2021. 67(4): p. 509-517.
5.Baraka, E., et al., Concomitant Diagnosis of Fibromyalgia and Ankylosing Spondylitis: Relation to Clinical Features and Plasma Pentraxin -3 Level. Curr Rheumatol Rev, 2021. 17(3): p. 331-341.
6.Ciurea, A., et al., Early axial spondyloarthritis according to the ASAS consensus definition: characterisation of patients and effectiveness of a first TNF inhibitor in a large observational registry. RMD Open, 2023. 9(4).
7.Mease, P.J., et al., Comparative effectiveness of biologic monotherapy versus combination therapy for patients with psoriatic arthritis: results from the Corrona registry. RMD Open, 2015. 1(1): p. e000181.

Tablo 1

	Aynı Hedefe Yönelik DMARD ile devam eden	Hedefe Yönelik DMARD'ı değişmesi gereken	p değeri
Erkek cinsiyet	37	34	0,594
Kadın cinsiyet	27	30	
Ortalama vücut kitle indeksi±SD	28,05±4,38	29,6±5,94	0,058
Sigara içen	24	26	0,911
Hiç içmeyen	34	33	
Önceden içip şuan içmeyen	6	5	
İlk hedefe yönelik DMARD öncesi csDMARD kullanan	23	23	1
FMS tanısı olan hasta sayısı	9	21	0,012

Tablo 2a

VKİ (kg/m2)	Sertolizumab	İnfliksimab	Etanercept	Adalimumab	Sekukinumab	
<25	47	14	98,5	25		Median
	21	12	46	3		Minimum
	74	160	134	156		Maksimum
25-29	22	33	24	50	19	Median
	3	3	3	3	11	Minimum
	103	151	123	159	66	Maksimum
>29	22,5	20,5	62	41,5	11,5	Median
	3	2	13	3	4	Minimum
	103	122	125	150	24	Maksimum

Tablo 2b

VKİ (kg/m2)	Tofacitinib	Golimumab	Upadacitinib	İksekizumab	Ustekinumab	
<25	6	51	3			Median
	3	6	3			Minimum
	9	110	3			Maksimum
25-29	7	32,5	3	9	9	Median
	7	3	3	9	9	Minimum
	13	100	3	9	9	Maksimum
>29	7	35	6	4,5		Median
	4	3	6	4		Minimum
	7	133	6	5		Maksimum

SÖZEL

Romatoid Artrit Taklitçisi Parvovirus B19: Vaka Serisi

Müge Atalay 1,Ahmet Kıvanç Cengiz 2,Sertaç Ketenci 2, İlker İlhanlı 1
1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç

Halk arasında 5. hastalık olarak bilinen eritema infeksiyozumun etkeni olan Parvovirüs B19 (PVB19) çoğunlukla çocukluk çağında ateş, döküntü, baş ağrısı ve miyalji ile seyreden akut bir enfeksiyon tablosuna neden olurken, yetişkinlik döneminde poliartralji/poliartrit tablosuna neden olarak romatoloji ile ilgilenen hekimlerin işini zorlaştırabilmektedir.

PVB19 enfeksiyonu kış sonu ile yaz başı arasında (ilkbahar mevsiminde) daha sık görülür. Enfeksiyon tablosu genellikle kendini sınırlar ve bulgular 2-4 hafta içinde geriler. Ancak seyrek olarak artrit ve döküntü gibi bulguların aylarca devam edebildiği bildirilmektedir. Eklem bulguları çocukluk çağında nadir görülse de PVB19 özellikle adolesan ve yetişkin kadınlarda başta romatoid artrit olmak üzere kollajen doku hastalıklarını ve vaskülitleri taklit edebilecek bulgulara neden olabilmektedir (1). Bu durumda en sık bulgu akut başlangıçlı yaygın miyalji ve simetrik, periferik poliartrit/artraljidir. En sık metakarpofalangeal, proksimal interfalangeal eklemler, dizler, el bilekleri, ayak bilekleri tutulur (2). Eklem yakınmaları genellikle kendini sınırlayıcı tarzdadır ve iki hafta içinde düzelmeleri beklenir. Ne var ki hastaların %5-10 kadarında iki aya kadar uzayabilen ve tam düzelme sonrası yıllarca aralıklarla tekrarlayabilen tutulumlar bildirilmiştir. Kronik seyir çocuklarda çok nadir görülür. PVB19 enfeksiyonu çok gürültülü tablolara neden olabilse de eklemlerde sekel bırakmaz (3).

Bizler burada Mart-Nisan 2024 döneminde akut başlangıçlı poliartritiküler bulguları nedeniyle romatoid artrit ön tanısı ile kliniğimize yönlendirilmiş olan ve tetkikleri sonucunda akut PVB19 enfeksiyonu saptanan 3 hastamızı sunmak istiyoruz.

Olgu-1

42 yaş kadın hasta 10 gündür olan akut başlangıçlı omuz, diz, ayak bilekleri ve el eklemlerinde ağrı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Daha önce benzer yakınmaları olmadığını ifade eden hastanın şikayetlerinin diş absesi için yapılan cerrahi müdahaleden 2 gün sonra başlamış olduğu öğrenildi. O dönemde sol el bileğinde ve parmak eklemlerinde şişlik ve ağrı olduğunu 3-4 gün içerisinde gerilediğini ifade ediyordu. Hatırladığı kadarıyla yakın zamanda geçirilmiş diş absesi dışında bir enfeksiyonu yoktu. Ateşi olmamıştı. Romatolojik sorgusunda ve aile öyküsünde romatolojik bir hastalığa yönlendirebilecek özellik yoktu. Uzun zamandır fibromiyalji tanısı ile pregabalin 2x75 mg kullandığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde döküntüsü ve artriti yoktu ancak el küçük eklemlerinde, el bileklerinde, dirseklerinde hassasiyet ve yaygın artralji mevcuttu. Dış merkezde yapılmış olan ekokardiografisinde bir patoloji saptanmamıştı. Laboratuvar testlerinde sedimentasyon hızı 80 mm/saat, crp 7,66 mg/dl olarak saptandı. Tam kan sayımında ılımlı bir lökositozu ve sınırda lenfopenisi vardı. ANA, anti-CCP, RF, hepatit marker, Anti-HIV, EBV Ig M ve brucella agglütinasyon testleri negatifti. Parvovirus B19 IgG>50 ve Parvovirus B19 IgM>200 üzerindeydi. Hastanın yakınmalarının PVB19 enfeksiyonuna bağlı olabileceği düşünüldü. Destek tedavisi ve istirahat ile takibi planlandı. 2 hafta içerisinde yakınmaları azaldı.

Olgu-2

26 yaşında kadın hasta 1 hafta önce başlayan el bilekleri, dirsekler ve ayak bileklerinde ağrı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Yakınmaları günlük işlerini yapmasına engel olacak kadar yoğundu. Yakında geçirdiği, hatırladığı bir enfeksiyonu yoktu. Ölçülen ateşi olmamıştı. Romatolojik sorgusu ve aile öyküsü yol gösterici değildi. Fizik muayenesinde artrit saptanmadı ancak el bilekleri, el küçük eklemleri ve ayak bilekleri hassastı. Laboratuvarında ANA, anti-CCP, RF, hepatit paneli, Anti-HIV, EBV Ig M ve brucella agglütinasyon testleri negatifti. CRP, kreatinin ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı.Tam kan sayımındaki önemli parametreler normal sınırlardaydı. Sedimentasyon hızı 23 mm/saatti. Parvovirus B19 IgG>50 ve Parvovirus B19 IgM>200 üzerindeydi. PVB19 akut enfeksiyonuna bağlı yakınmaları olduğu düşünülen hastaya asemetazin başlandı, istirahat önerildi. Yakınmaları 1 hafta içerisinde azaldı.

Olgu-3
39 yaş kadın hasta 1 haftadır olan, akut başlangıçlı el bilekleri ve el küçük eklemlerinde ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yakında geçirdiği bir enfeksiyonu olmadığını ifade eden hastanın ölçülen ateşi de olmamıştı. Romatolojik sorgusunda ve aile öyküsünde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde sağ el bilek ve ayak bileğinde hassasiyet ve ısı artışı mevcuttu. Döküntüsü yoktu. Laboratuvar testlerinde ANA, anti-CCP, RF, hepatit paneli, Anti-HIV, EBV Ig M ve brucella agglütinasyon testleri negatifti. CRP'si 11 mg/dl; böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ise normal sınırlardaydı. Tam kan sayımı ve eritrosit sedimentasyon hızı normal sınırlardaydı. Parvovirus B19 IgG>50 ve Parvovirus B19 IgM>200 üzerindeydi. Hastanın yakınmalarının PVB19 enfeksiyonuna bağlı olabileceği düşünülüp istirahat, selekoksib ve soğuk uygulama önerildi. Yakınmaları 2 hafta içerisinde düzeldi.

Tartışma
Parvovirüs B19 enfeksiyonları, aralarında hidrops fetalis, eritema infeksiyozum, hemolitik anemi, lenfoproliferatif bozuklukları olanlarda aplastik krizler, artrit tabloları olmak üzere çok renkli klinik bulgulara neden olabilmektedir(4). Yetişkinlerde genellikle asemptomatik seyretse de, zaman zaman simetrik poliartrit/artralji nedeni olabilmekte ve romatolojik hastalıkların ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken enfeksiyonlar arasında yerini almaktadır(5).
Parvovirüs enfeksiyonları eklem bulgularını çoğunlukla metakarpofalangeal eklemleri (%75), dizleri (%65), el bileklerini (%55) ve ayak bileklerini (%40) tutarak gösterir ve gürültülü bulgulara neden olsa da eroziv seyretmeleri beklenmez(5). İmmünsüpresif olmayan konaklarda akut PVB19 enfeksiyonu tanısında serum IgM antikorunun değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu testin %89'luk bir duyarlılığa ve %99 özgüllüğe sahip olduğu bildirilmiştir (6).
Akut başlangıçlı eklem yakınmaları ile başvuran hastalarda viral hastalıklar mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve uygun serolojik testler istenmelidir.

Kaynaklar

1. Moore TL. Parvo-associated arthritis. Curr Op Rheumatol 2000; 12: 289-294
2. Meyer O. Parvovirus B19 and autoimmune diseases. Joint Bone Spine 2003;70:6-11.
3. White DG, Woolf AD, Mortimer PP, et al. Human parvovirus arthropathy. Lancet 1985;1:419-21.
4. Woolf AD, Campion GV, Chishick A, Wise S, Cohen BJ, Klouda PT, et al. Clinical manifestations of human parvovirus B19 in adults. Arch Intern Med. 1989;149:1153–6.
5. Woolf AD. Human parvovirus B19 and arthritis. Behring Inst Mitt. 1990:64–68. PMID: 2171489.
6. Doyle S, Kerr S, O'Keeffe G, O'Carroll D, Daly P, Kilty C. Detection of parvovirus B19 IgM by antibody capture immunoassay: receiver operating characteristic analysis. J Virol Methods 2000;90:143–52.

SÖZEL

El Fleksör Tendon Yaralanmalı Hastaların Değerlendirilmesi

Yazarlar: Simay Aksakallı 1, Ayhan Bilgici 1, Gamze Alaylı 1

Yazarların kurumları:

1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

Giriş

Günlük yaşam akvitelerini yapabilmemizi sağlayan elimiz mükemmel bir anatomik ve fonksiyonel yapıdır. Üst ekstremitenin en aktif, en korumasız ve en sık yaralanan bölümüdür. El yaralanmaları tüm acil yaralanmaların yaklaşık % 20'sini oluşturmaktadır. El yaralanmaları hayati tehlikeye neden olmamalarına rağmen fonksiyonel kayıplara ve günlük yaşam aktivitelerinde özürlülük gelişmesine sebep olmaktadır. Fleksör tendon yaralanmaları özellikle elin yakalama ve kavrama fonksiyonunda önemli kayıplara yol açmaktadır. Fleksör tendon yaralanmaları, tedavi sürecindeki komplikasyonlar, iyileşme sürecinin uzun oluşu ve ciddi sekeller bırakabilmesi nedeniyle önemli sosyo-ekonomik problemler oluşturmaktadır. El fleksör tendon yaralanmalı hastaların demografik, etiyolojik ve klinik özeliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalına fleksör tendon onarımı sonrası rehabilitasyon amacıyla başvuran hastalarda yaş, cinsiyet, yaralanan el, dominant el, yaralanma şekli, yaralanan tendon, yaralanma zonu, etkilenen parmak sayısı, yaralanma ile cerrahi operasyon arasında geçen süre ve cerrahi operasyon ile rehabilitasyon programına başlama arasında geçen süre belirlendi.

Bulgular

18 el fleksör tendon yaralanmalı hastanın 12' si erkek (% 66,6), 6' sı kadındı (% 33,3). Hastaların yaş ortalaması 38,94 idi. Erkeklerin yaş ortalaması 44,5 iken kadınların yaş ortalaması 27,83 idi. Yaralanmaların %50' si dominant elde gelişmişti. 18 hastada toplam 21 parmak ve 30 tendon etkilenmişti. En çok etkilenen parmak 3. parmak (%33,3) iken en az etkilenen parmak 5. parmak (%14,28) idi. 9 parmakta (%42,85) FDP-FDS tendonlarının birlikte kesisi görülürken 8 parmakta (%38,09) izole FDP tendonunda ve 4 parmakta (%19,04) izole FDS tendonunda kesi mevcuttu. Yaralanan parmaklarda cinsiyet farkı olmadan en sık zon 2 (%57,14) yaralanması gözlendi. Yaralanma şekli 11 hastada (%61,1) kesici alet yaralanması, 7 hastada (%38,8) cam kesisiydi. Kadınlarda en sık yaralanma şekli cam kesisi (%66,6) iken erkeklerde kesici alet (%75) yaralanmalarıydı. Hastaların %88,8' i yaralanmadan sonraki 24 saat içerisinde opere olmuştu. Hastaların tamamı cerrahi operasyondan sonraki 3-5 gün içerisinde rehabilitasyon programına başlamışlardı.

Sonuç

Fleksör tendon yaralanmalarının büyük bir kısmını genç erkek hastalar oluşturmaktadır. Tendon yarlanmaları önemli oranda özürlülük ve iş gücü kayıplarına neden olmaktadır. Hastalarda en sık yaralanan zon tedavisinin ve cerrahi tamirinin zorluğu sebebiyle "no man's land" olarak adlandırılan zon 2 idi. Sosyo-ekonomik problemleri en aza indirmek için erken dönemde başarılı bir cerrahi operasyon sonrası etkili bir rehabilitasyon programı büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: el, fleksör tendon yaralanmaları, rehabilitasyon

Kaynakça

1-Büyükturan Ö, Ceylan İ, Erden Z, Erçetin Ö. Zon 2 fleksör tendon yaralanmalarında Modifiye Duran Protokolünün klinik sonuçları. JETR. 2018;5(3):150-7.

2-Gibson PD, Sobol GL, Ahmed IH. Zone II flexor tendon repairs in the United States: trends in current management. J Hand Surg Am. 2017;42:99-108.

3-JarvIk JG, Dalinka MK, Kuecland JB. Hand injurics in adults. Semin Roentgenol 26: 282, 1991.

4-Smith ME, Auchincloss JM, Ali MS. Causes and consequenees of hand injury. J Hand Snrg 10B: 288, 1985. 3. Clark Ds

SÖZEL

Tip 2 (Atipik, Sekonder) Trigeminal Nevraljisi Olan Hastada Gasser Gangliyon Radyofrekans Ablasyo İşlemi: Vaka Sunumu

Yazarlar: Halit Serkan Keskin 1, Ayşenur Kevser Özçelik Ömür 1, Bora Uzuner 2,Aygün Cabbarlı 2

Yazarların kurumları:

1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

2-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı

Giriş

Trigeminal sinir 12 kranial sinir arasından en büyük kranial sinirimizdir. Duyu ve motor işlevleri olan miks bir sinirdir. Trigeminal sinirin duyusal gangliyonu (Gasser gangliyon) vardır. Bu ganglion os temporale'nin pars petrosasının ön üst yüzeyindeki tepeye yakın olan bir fossa içinde yer alır. Bu fossa impressio trigeminalis veya cavum trigeminale olarak adlandırılır. Ganglionun hemen konveks kenarında n.trigeminus üç dala ayrılır. Bunlar sırasıyla n.ophtalmicus, n.maxillaris, n.mandibularistir. Bu sinir çiğneme kaslarını innerve eder ve yüzün duyusunu alır (2).

Trigeminal nevralji (TN) bazı otoriteler tarafından çıldırtan hastalık olarak tanımlanmıştır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP), Trigeminal nevralji (TN)' yi 'ani, genellikle tek taraflı, şiddetli, kısa, saplanır tarzda, tekrarlayan ağrılar olarak tanımlamıştır. Bu ağrılar 5.kranial sinirin bir veya daha fazla dalının dağılımına görülür' şeklinde tanımlamıştır. Epidemiyolojik veriler yetersiz, nadir bir hastalıktır. Ortalama yaş 51.5, ve kadın baskınlığı vardır (1). Patofizyolojisinde ateşleme hipotezi öne sürülmüştür (3). Hasta genellikle yüzün ön bölgesinde trigeminal sinir dağılım alanına uyan paroksismal ağrı ataklarıyla başvurur. Ağrı atakları arasında semptomsuz dönemleri vardır. Ağrı atakları ani, şiddetli, keskin ve yanıcı tipte olur. Trigeminal nevralji Tip1(Tipik, İdiyopatik) ve Tip2(Atipik, Semtpomatik) olarak ikiye ayrılır. Tip2 trigeminal nevralji "The International Headache Society" tarafından son hali kesinleşmemiş "ICHD-3 Beta Version" sınıflamasında "Klasik trigeminal nevralji ve buna eşlik eden kalıcı yüz ağrısı" olarak sınıflandırılmıştır. Tip1 TN'de posteior fossada sinire arteryal bir basının olduğu düşünülüyor (4). Tip2 TN'de malignite, vasküler nedenler, enfeksiyonlar, multipl skleroz altta yatan neden olabilir. Trigeminal nevralji tanısı Kapsamlı bir klinik öykü ve fiziksel muayene ile desteklenen radyolojik incelemeler ile konur. Hastaların en az yarısında en az bir anormal duyu ölçümüne sahip olabileceği gösterilmiş (5). Klinik tanı konulduktan sonra, semptomatik lezyonları dışlamak için MR görüntülemesi yapılmalıdır. Tedavide 1. Basamak olarak ilaç tedavisi uygulanır. Tedavide genellikle antiepileptik ilaçlar kullanılır. Karbamezapin bu ilaçların başında gelir. Okskarbazepin, gabapentin de kullanılan ilaçlardandır. Medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda veya yetersiz yanıt alınan hastalara girişimsel olarak bazı tedaviler yapılmaktadır. Bu tedaviler arasında Gasser gangliyon radyofrekans ablasyo, stereotaktik radyocerrahi (Gamma knife) ve posterior mikrocerrahisi bulunmaktadır (6).

Bizler burada, sekonder trigeminal nevraljisi olan hastada maksimum dozda medikal tedaviye rağmen yetersiz cevap alınan hastada başarılı bir gasser gangliyon radyofrekans ablasyo işlemi yapılan bir vakayı sunuyoruz.

Vaka sunumu

60 yaşında kadın hasta, 2020 yılında aniden başlayan sağ v2 sinir yayılım alanına uyan kısa süren ataklar halinde olan elektrik çarpması ve yanıcı olan şiddetli ağrı nedeniyle gittiği klinikte yapılan tetkikler sonucu beyin sapında menenjiom saptanmış ve sekonder trigeminal nevralji tanısı konmuş. Gamma knife tedavisi uygulanmış, karbamezapin ve gabapentin tedavileri başlanmış, ancak hasta iki tedaviden de yeterince yanıt görememiş ve kliniğimize yönlendirilmiş. Kliniğimizde hastanın ilaç dozları artırıldı. Hastaya 2 kez periferik sinir infraorbital blok uygulaması yapıldı. Belirli bir zaman rahatlaması olan hasta, aynı şikayetlerinin tekrar başladığını söyledi. Hastaya CISS MR istendi. MR'da kitlenin bir öncekine göre büyüdüğü görüldü. Beyin cerrahisine yönlendirildi, operasyon önerildi ancak hasta kabul etmedi. Hastadan onam alınarak Gasser radyofrekans ablasyo işlemi uygulandı. Post-op 1.saatte trigeminal sinir v2 ve v3 dallarına uyan kısımlarda hipoestezi tarifledi ve çakma tarzındaki ağrılarının azaldığını söyledi. Post-op 10. gününde ağrılarının çok azaldığını söyledi. Medikal tedaviyle takip ediliyor.

Tartışma

Trigeminal nevralji bazı otoriteler tarafından çıldırtan hastalık olarak bilinir. Hastaları birçok kez doktora götürür. Klinik olarak Tip1 ve Tip2 trigeminal nevralji olarak ikiye ayrılır. Tip1 Trigeminal nevralji idiyopatik tiptir ve sinire arteryal bir bası olduğu düşünülür. Tip2 trigeminal nevralji'de ise altta yatan bir neden vardır. Bu neden malignite, vasküler, enfeksiyon, multipl skleroz olabilir. Tip2 trigeminal nevraljide klasik semptomlara ek olarak hastalar kalıcı, sürekli olan yanıcı bir ağrıdan şikayetçi olurlar. Kapsamlı bir öykü ve muayene ve ardından radyolojik incelemelerle tanı konulur.

Trigeminal nevralji tedavisinde 1.basamak olarak medikal tedavi başlanır. Karbamazapin ve gabapentin ilk sıradaki ilaçlardır. Medikal tedaviden cevap alınamayan hastalara girişimsel işlemler uygulanabilir. Gasser gangliyon radyofrekans ablasyo bu işlemlerden birisidir.

Gasser radyofrekans ablasyonunun minimal invaziv doğası, hasta tarafından iyi tolere edilebilirliği ve yüksek etkililiği avantajlarıdır. Hasta sedoanaljezi altında, entübasyon gerektirmeden günübirlik işlem şeklinde yapılmaktadır. Skopi altında foramen ovale'ye lateral ve anteroposterior teknikle yaklaşılmakta ve gasser gangliyon 2 dakika, 80 derece olacak şekilde radyofrekans ablasyo yapılmaktadır.

Mevcut kanıtlara dayanarak, radyofrekans ablasyo kısa ve uzun vade de ağrı kesmede en etkili perkütan teknik olarak görünmektedir (7). Ayrıca stereotaktik radyocerrahi'den daha etkilidir (7). Medikal tedaviye cevap vermeyen şiddetli ağrıları olan hastalarda bu işlem düşünülmelidir.

Kaynaklar

- Koopman JS, Dieleman JP, Huygen FJ, et al: Incidence of facial pain in the general population, Pain 147:122–127, 2009. Lee JY, Chen HI, Urban C, et al: Development of and p
- Bahar SZ, Edip A: Sinir Sistemi Nörolojisi; Kranial sinirler; İTF Nöroloji Dergisi
- Devor M, Amir R, Rappaport ZH: Pathophysiology of trigeminal neuralgia: the ignition hypothesis, Clinical Journal of Pain 18:4–13, 2002a. Devor M, Govrin-Lippmann R, Rappaport ZH: Mechanism of trigeminal neuralgia: an ultrastructural analysis of trigeminal root specimens obtained during microvascular decompression surgery, Journal of Neurosurgery 96:532–543, 2002b.
- Jannetta PJ: Treatment of trigeminal neuralgia by micro-operative decompression. In Youmans JR, editor: Neurological surgery, vol 6, Philadelphia, 1982, Saunders, pp 3589–3603.
- Nurmikko TJ: Altered cutaneous sensation in trigeminal neuralgia, Archives of Neurology 48:523–527, 1991.
- Zakrzewska JM, Linskey ME: Trigeminal neuralgia. Clinical Evidence (Online), Available at 2009. http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/index .jsp. Accessed November 2010
- Lopez BC, Hamlyn PJ, Zakrzewska JM: Systematic review of ablative neurosurgical techniques for the treatment of trigeminal neuralgia, Neurosurgery 54:973–982, 2004a.

POSTER BİLDİRİLERİ

www.karat.org.tr

Diz Ağrısı ile Presente Olan Hipoparatiroidizm Olgusu

Gül Devrimsel[1], Betül Beyza Toprak[1], Münevver Serdaroğlu Beyazal[1]
[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize

Giriş- Amaç: Hipoparatiroidizm serum kalsiyum düzeyinde azalma ve serum fosfor düzeyinde artma ile birlikte parathormonun yokluğu ya da uygunsuz düşüklüğü ile karakterizedir. Tiroid cerrahisi sonrası en sık görülen durum geçici hipokalsemi ve geçici hipoparatiroididir. Bu durumun sebebi multinodüler guatr, Graves hastalığı ve tiroid kanserlerinde gerçekleştirilen total tiroidektomi sırasında paratiroid glandının çıkartılması veya vasküler yapıların zarar görmesi sonucu oluşan dolaşım bozukluğudur. Hipoparatiroidizmde en spesifik semptomlar perioral, üst ve alt ekstremitelerde uyuşma, karıncalanma; el ve ayaklarda karpopedal spazm olmasıdır. Hipokalsemide klinik bulgular, hipokalseminin düzeyi ve hipokalsemi oluşma süresi ile ilişkilidir. Hafif düzeydeki hipokalsemide hastalarda semptom görülmeyebilir. Bu olguda diz ağrısı yakınması ile gelen tiroidektomi yapılmış olan ve kalsiyum tedavi almayan hastada radyolojik bulgulara dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Olgu: 61 yaşında erkek hasta 4 aydır devam eden sağ dizinde hareket ile artan istirahat ile azalan ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde 40 yıl önce geçirilmiş tiroidektomi operasyonu öyküsü mevcut idi ve hasta hastalığı ile ilgili takip ve tedavi sürecinde değildi. Fizik muayenede sağ diz eklemi şiş görünümünde olup kızarıklık ve ısı artışı yoktu. Palpasyonda krepitasyon mevcut olup effüzyonu yoktu. Eklem hareket açıklığı hafif kısıtlı ve ağrılı idi. Laboratuar incelemesinde; beyaz hücre sayısı 6,24 10^3/uL, C-reaktif protein 11,10 mg/L, sedimentasyon 26 mm/saat, kalsiyum 6,5 mg/dL, fosfor 4,66 mg/dL, alkalen fosfataz 126 U/L, parathormon < 2,5 pg/ml, üre 47 mg/dL, kreatinin 0,87 mg/dL olarak saptandı. Radyolojik incelemede her iki diz ekleminde entesopatik değişiklikler ve kemikte kalsifikasyonlar tespit edildi (Şekil 1,2). Bu bulgularla hastaya hipoparatiroidizm tanısı konuldu. Non-steroid antiinflamatuar ilaç tedavisi başlandı ve hasta endokrin polikliniğine yönlendirildi.

Sonuç: Kas iskelet sistemi ağrısı olan hastalarda altta yatan patolojinin hipoparatiroidizm olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Kocatürk S, Beriat. Hypoparathyroidism, Related to Thyroidectomy Turkiye Klinikleri J E.N.T.-Special Topics. 2009;2(1):32-41.
2.Khan MI, Waguespack SG, Hu MI. Medical management of postsurgical hypoparathyroidism. Endocr Pract 2011; 17 Suppl 1: 18-25.
3. Marcocci C, Cianferotti L. The Parathyroids. In: Miccoli P, Terris DJ, Minuto MN, Seybt MW (eds). Thyroid Surgery. Preventing and Managing Complications. First ed. UK: John Wiley & Sons Ltd; 2013. p. 227-36.
4. Moe SM. Disorders involving calcium, phosphorus, and magnesium. Prim Care 2008; 35: 215-37.

Şekil 1



Şekil 2



Diyalize Giren Hastada Spontan Kalça Fraktürü ve Derin Ven Trombozu: Olgu Sunumu

Münevver Serdaroğlu Beyazal1, Gül Devrimsel1, Murat Yıldırım1, Mehmet Serhat Topaloğlu1
1Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Hemodiyaliz hastaları; düşük travmalı kemik kırıkları açısından artmış risk altındadırlar. Bu olguda yürüme güçlüğü nedeni ile ileri tetkik amaçlı tarafımıza yönlendirilen ve spontan kalça fraktür ve derin ven trombozu tanısı alan hastanın sunulması ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve diyaliz hastalarında osteoporoz ve kırık risk yönetimine dikkat çekilmesi amaçlandı.

Olgu: 59 yaşında erkek hasta 2 aydır devam eden sağ bacakta ağrı ve yürüme güçlüğü nedeni ile ileri tetkik amaçlı polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde KBY tanısı ile takipli olduğu ve diyalize girdiği öğrenildi. Hasta tekerlekli sandalye ile mobilize idi. İnspeksiyonda sağ kalça dış rotasyon pozisyonunda idi ve sağ alt ekstremitede belirgin çap artışı mevcuttu. Sağ kalça eklem hareket açıklığı ağrı nedeni ile değerlendirilemedi. Dış merkezden yürüme güçlüğü etiyolojisine yönelik istenmiş olan lomber MR görüntülemede kliniği açıklayacak ciddi patoloji tespit edilmedi. Sağ alt ekstremite venöz doppler ultrasonografi sonucu subukut-kronik DVT ile uyumlu geldi. Kalça fraktürü ekartasyon amaçlı istenmiş olan pelvis grafi net değerlendirilemediğinden dolayı istenen kalça tomografisi sağ femur baş -boyun bileşkesinde osteoporoza sekonder tam kata yakın non-deplese fraktür hattı tespit edildi (Fig 1, 2). Hastanın sekonder osteoporoza yönelik tedavileri düzenlenerek ortopedi bölümüne yönlendirildi.



Fig 1: Pelvis grafide sağ kalça eklem aralığında daralma, belirgin fraktür hattı fraktür hattı tespit edilemedi.

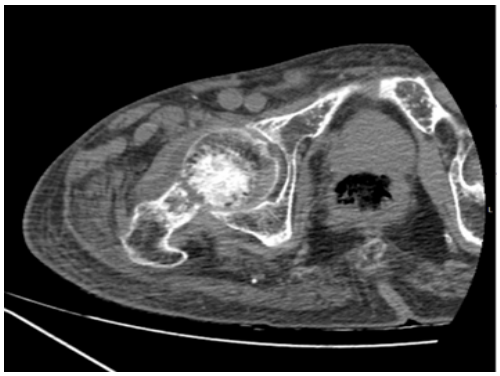


Fig 2: Sağ femur boynunda non-deplese

Sonuç: Kronik böbrek yetmezliğinde kemik metabolizması bozuklukları evre 3 böbrek yetmezliğinden itibaren başlar bu evreden itibaren meydana gelen fosfat retansiyonu, sekonder hiperparatiroidi, FGF-23 yüksekliği, kronik asit yükü kemik kırığı riskinde artışa neden olur. Hemodiyaliz populasyonundaki hastaların sarkopenik oluşu da düşme ve sonrasında kırık gelişimi risklerini arttırmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında normal popülasyona göre 4 kat artmış kırık riski vardır ve kalça kırıkları diğer popülasyonlara oranla mortalitede iki kat artış ile ilişkilidir. KBY ve diyaliz hastalarının yönetiminde osteoporoz ve ilişkili kırıklara yönelik koruyucu ve tedavi edici programla her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelime: Kronik böbrek yetmezliği, ağrı, osteoporoz, kırık

Donuk omuz ve fibromyalji birlikteliği: pilot çalışma

Dr. Yasemin Ulus, Dr. Enis Kuruoğlu, Dr. Zehra Devlez, Dr. Ayhan Bilgici

Giriş: Donuk omuz çoğunlukla şiddetli omuz ağrısı ve hem aktif hem de pasif omuz hareketlerinde fonksiyonel kısıtlanma ile karakterize sık görülen bir kas iskelet sistemi problemidir. Kas iskelet sistemi hastalıklarında santral sinir sistem disfonksiyonunun ağrının işlenmesinde değişiklik yaparak kronikleşmeye neden olduğu bilinmektedir. Donuk omuzda da santral sensitizasyonun rol oynayabileceği, bu nedenle bazı hastaların tedaviye dirençli olabileceği raporlanmıştır. Fibromyalji yaygın kas ağrıları, yorgunluk, uyku bozukluğu, bilişsel ve emosyonel bozukluklarla karakterize etiyolojisi tam anlaşılmamış kronik ağrı sendromudur. Patofizyolojisinde rol oynayan mekanizmalardan birinin de santral sensitizasyon olduğu öne sürülmüştür.

Amaç: Bu çalışmada donuk omuz hastalarında fibromyalji varlığını ve klinik bulgularla ilişkisini araştırmayı planladık.

Materyal ve Metot: Pilot çalışmamıza klinik olarak donuk omuz tanısı almış 20 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve yılı, meslek), omuz ağrı süresi ve düzeyi, hastanın kendi durumunu global değerlendirmesi not edildi. Hastalarda fibromyalji varlığının değerlendirilmesi 1990 ve 2010 ACR kriterlerine göre yapıldı. İstatistiksel analizde Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, Ki-kare testleri kullanıldı.

Sonuçlar: Hastaların yaşları 42-76 yıl arasındaydı ve 15'i (%75) kadındı. Katılımcılar fibromyalji varlığına göre 2 gruba ayrıldığında 5'inde (%15) fibromyalji saptandı ve iki grup arasında demografik veriler, ağrı düzeyi ve süresi, hastaların global değerlendirmesi açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).
Tartışma: Pilot çalışmamızda donuk omuz hastalarında fibromyaljinin mevcut olabileceği gösterilmiş ancak fibromyaljisi olan ve olmayan hastaların klinik bulguları birbirinden farklı bulunmamıştır. Hasta sayımızı artırdığımızda donuk omuz hastalarında fibromyalji varlığının klinik bulgularla ilişkisinin ortaya konulabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Dumolard A, Lefaucher JP, Hodaj E, et al. Central Sensitization and Small-fiber Neuropathy Are Associated in Patients With Fibromyalgia. Clin J Pain 2023, 39(1):8-14.
2. Mertens MG, Struyf F, Girbes EL, et al. Autonomic Nervous System Function and Central Pain Processing in People With Frozen Shoulder: A Case-control Study. Clin J Pain. 2022, 38(11):659-6.
3. Balash-Bernat M, Duenas L, Aguilar-Rodrigez M, Falla, d, et al. The Spatial Extent of Pain Is Associated with Pain Intensity, Catastrophizing and Some Measures of Central Sensitization in People with Frozen Shoulder. J Clin Med 2021, 11(1):154.
4. Noten S, Struyf F, Lluch E, et al. Central Pain Processing in Patients with Shoulder Pain: A Review of the Literature. Pain Pract 2017, 17(2):267-80.
5. Struyf F and Meeus M. Current evidence on physical therapy in patients with adhesive capsulitis: what are we missing? Clin Rheum 2014, 33(5):593-600.

Dirençli Adheziv Kapsülitte PENG Blokajının Analjezik Etkisi Enis Furkan Aksoy,Dilek Durmuş,Bora UzunerOndokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

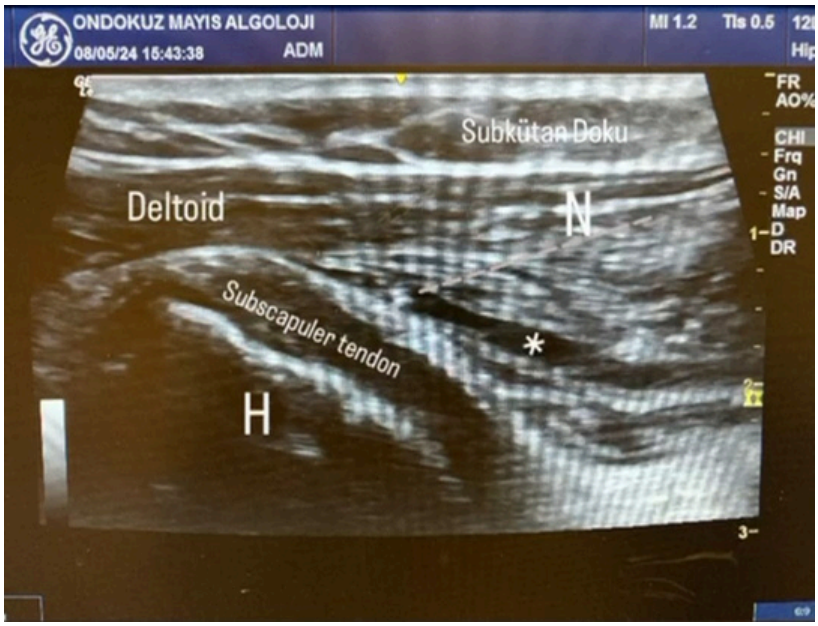
Giriş

Adheziv kapsülit(donuk omuz) sık karşılaşılan ve ağrı, eklem kapsülünde fibrozis ve kontraktürle omuz ekleminin aktif ve pasif harekelerinde kayıp ile karakterize bir hastalıktır Ağrının karakteristik özelliği ve omuz ekleminde dış rotasyon kısıtlılığının görülmesi ile tanı konur. Ağrıya sekonder olarak ilerleyen dönemde hastalarda kinezyofobi oluşabilmekte ve hastaların hayat kalitesi bozulabilmektedir. Dolayısıyla ağrı kontrolü ciddi önem kazanmaktadır. Bu olgu sunumunda daha önce fizik tedavi uygulanan fakat fayda görmemiş direçli adheziv kapsülit ile takipli hastaya analjezi amacıyla perikapsüler sinir grubu (PENG) bloğu uygulandı. Daha önceki sınırlı sayıda vaka bildiriminde PENG Blokajı'nın iyi bir omuz analjezisi sağladığı söylenmektedir.1 PENG bloğunun analjezi amacıyla güvenle uygulanabileceği ve tedavinin bir parçası olabileceği ileri sürülmektedir. Bu vakada PENG bloğunun seçilmiş omuz olgularında analjezi amacıyla güvenle uygulanabileceği gösterilmiştir.

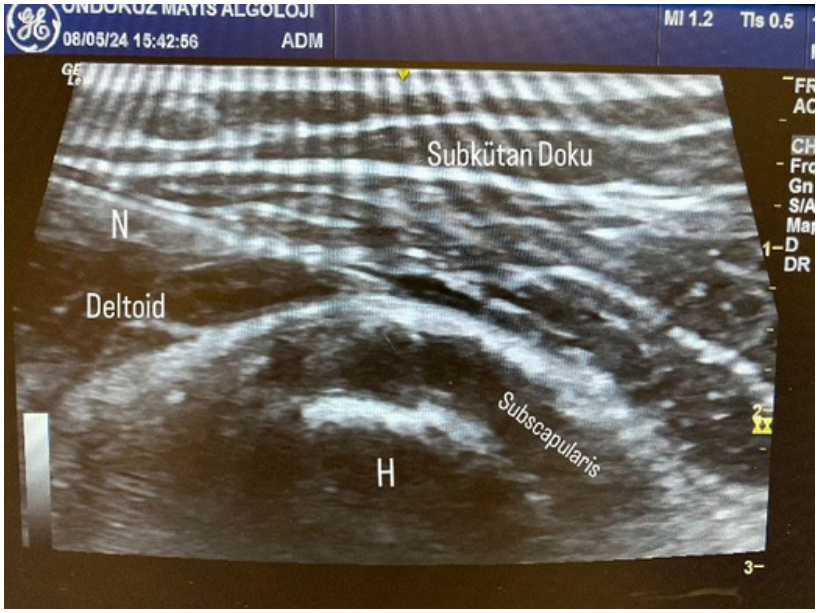
Vaka Sunumu

- 53 yaşında erkek hasta.Ziraat mühendisi. Yaklaşık 1 yıldır mevcut olan sol omuz ağrısı ile polikliniğe başvurdu. Dominant tarafı sol. Bilinen HT+ ve DM+.Cerrahi öyküsü yok. Başvurusundan yaklaşık 3 sene önce sol omzuna travma öyküsü var. Düşerken duvardan tutunma sonrası omzunda travma olmuş. Sonrasında ağrısı progresif olarak artmış. Bunun üzerine yaklaşık 1 yıl kadar önce FTR polikliniğine başvurmuş. Anamnezinde ağır kaldırmakla ağrısının arttığını,hareket kısıtlılığı yaşadığını, gece uykudan uyandıran ağrısının olduğunu ve nsaid ile kısmi rahatlama yaşadığını söylemiş. O dönem yapılan fizik muayenesinde omuz romlarında fleks açık, abuksiyon, iç rotasyon ve dış rotasyon minimal kısıtlı olarak bulunmuş. Neer + , Hawkins+ ve Yergason + olarak saptanmış. Kas gücü tam imiş ve duyu defisiti yokmuş. Sonrasında hastaya NSAİD ile beraber ev ezersizleri verilmiş ve omuz MR görüntüleme istenmiş.
- 03/05/23'te yapılan MR görüntülemesinde:
- Akromiyoklavikuler eklem normaldir.ueroakromial aralık normaldir.Subakromial-subdeltoid bursit yoktur.Rotator intervalde omuz eklem kapsülünde belirgin ödematöz sinyal değişikliği vardır.Korakohumeral liaman normalden kalın olup yaklaşık 3,2 mm ölçüldü.İnferior kapsülde aksiler reses düzeyinde de hafif sinyal artışı vardır. İnferior glenohumeral ligaman çapı normaldir. Glenohumeral eklem ilişkisi ve eklem içi sıvı miktarı doğaldır.Labral patoloji yoktur.Rotator manşet tendonlarının değerlendirilmesinde supraspinatusta hafif tendinopati ile uyumlu sinyal artışı izlendi.Yırtık bulgusu yoktur.Biseps tendonu sinyali ve bütünlüğü korunmuştur.
- MR YORUM :
- Omuz eklem kapsülünde rotator interval düzeyinde süperiorda daha belirgin olarak izlenen adheziv kapsülit ile uyumlu sinyal artışı ve korakohumeral ligamanda çap artışı. Supraspinatusta hafif tendinopatti.
- Olarak raporlanmış ve hasta fizik tedavi programına alınmış. Fizik tedavi almakta iken omuz tüm romlarında ağrısı artmış ve hareket kısıtlılığı daha da belirginleşmiş. Seans uzatma yapılarak yaklaşık 1 yıl boyunca düzenli egzersiz almış. Tedavisine sabah 25 akşam 75 mg olmak üzere toplam 100 mg preabalin eklenmiş.İntraartiküler steroid enjeksiyonu yapılmış.Cerrahi operasyon yapılmamış.
- 01/24 te son başvurunda hastanın ağrılarında ciddi artış ve omuz romlarında ciddi kısıtlılık mevcut idi.
- Hastanın istirahat VAS skoru 7, hareket VAS skoru 8, gece VAS skoru 8 olarak değerlendirildi. Omuz rom muayenesinde ise abduksiyonu aktif : 30°, pasif : 35°, fleksiyonu aktif : 60°, pasif : 65°, iç ve dış rotasyonu ise: 0° idi. Hastanın onamı alınarak hastaya Ultrasonografi Eşliğinde PENG Blokajı yapıldı.
- **Ultrasonografi Eşliğinde Perikapsüler Sinir Grubu (PENG) Blokajı :**
- Hastanın kolunun dış rotasyon pozisyonunda ve 45 derece abduksiyon pozisyonunda olduğu bir çalışmada, lineer ultrason probu, korakoid ve humerus başı arasında uzunlamasına yerleştirildi. Humeral baş tanımlandıktan sonra, subskapular kasının tendonu ve üzerindeki deltoid kası belirlendi. 50 mm'lik bir iğne, "in plane" (düzlem içi) tekniği kullanılarak deltoid kasını geçti ve subskapularis tendonuna dokunduğunda kemik benzeri sert bir doku hissedildi ve iğne daha fazla ilerleyemedi. İğne ucu deltoid kası ile subskapularis tendonu arasına yerleştirildi ve 0.25% bupivakain hidroklorür + 6mg betametazon (celestone chronodose) içeren 20 cc enjekte edildi.
- Yapılan Ultrasonografi Eşliğinde PENG Blokajı sonrasında hastanın istirahat VAS skoru 1, hareket VAS skoru 1, gece VAS skoru 1 olarak değerlendirildi. Omuz rom muayenesinde ise abduksiyonu aktif : 40°, pasif : 45°, fleksiyonu aktif : 70°, pasif : 75°, iç ve dış rotasyonu ise: 10° idi.

Resim 1 : İn-plane



Resim 2 : Out off-plane



- **SONUÇ:**
- Bu vaka sunumunda adheziv kapsülit ile takipli hastalarda analjezi sağlanması amacıyla Ultrasonografi Eşliğinde Perikapsüler Sinir Grubu (PENG) Blokajı'nın etkili ve güvenli bir şekilde uygulanabileceği gösterilmiştir. Fakat tek başına PENG Blokajı hastanın ağrısını azaltıp VAS skorlarına olumlu katkı sağlasa da eklem hareket açıklığını artırmada tek başına yeterli değildir. Ağrı nedeni ile adheziv kapsülitte mobilizayon, rom ve germe egzersizleri yapılamayan hastalarda iyi bir analjezi sağlanarak tedavi etkinliğinin artırabileceği düşünülmektedir ve ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
- **Kaynakça**
- *1.* 1. İ. Küpeli, Kara M. Yazici
- Anesthesia or analgesia? New block for shoulder surgery: pericapsular nerve group block
- Braz J Anesthesiol (2021 Jun 9), 10.1016/j.bjane.2021.05.009

POSTER

Dirençli Psödogut Olgusunda IL-1 Antagonisti KullanımıYazarlar: Mücahit İnan 1, Sertaç Ketenci 2, Gamze Alaylı 1

Yazarların Kurumları:
1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
2-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Giriş

Kalsiyum pirofosfat (CPP) kristallerinin bağ dokusunda birikmesi asemptomatik olabileceği gibi kalsiyum pirofosfat kristal birikimi (CPPD) hastalığı başlığı altında akut inflamatuar, kronik inflamatuar ve dejeneratif artropatiler ve radyografik kalsifikasyon gibi çeşitli klinik sendromlarla ilişkili olabilmektedir. Akut CPP kristal artriti bir veya daha fazla eklemi etkileyen, kendini sınırlayan akut veya subakut artrit ataklarıyla karakterizedir.

Akut CPP kristal artritinde akut ataklarının yüzde 50'sinden fazlasında diz etkilenir. Tipik olarak etkilenen diğer eklemler arasında bilekler, omuzlar, ayak bilekleri, ayaklar ve dirsekler bulunur. "Psödo-romatoid artrit" (psödo-RA) terimi, eklem sıvısında CPP kristallerinin gösterilebildiği inflamatuar bir artrit için kullanılır. CPPD hastalığının bu tanımı, önemli sabah sertliği, yorgunluk, sinovyal kalınlaşma, lokalize ödem ve aktif inflamasyon veya fleksiyon kontraktürüne bağlı olarak kısıtlı eklem hareketinin varlığı dahil olmak üzere birçok açıdan RA'ya benzemektedir.

Akut CPP kristal artritli hastaların çoğunda antiinflamatuar tedavi kullanılmaktadır. Antiinflamatuar tedavinin amacı, akut CPP kristal artritiyle ilişkili ağrı ve sakatlığı önlemektir. Tedaviler genellikle iyi tolere edilir. Seçenekler arasında glukokortikoidler (eklem içi veya sistemik), kolşisin ve NSAİİ'lar bulunur. Anti-IL-1 ajanların NSAİD, kolşisin ve glukokortikoidleri kullanamayan, tolere edemeyen veya bunlara yanıt vermeyen hastalarda faydalı olabileceği gösterilmiştir.

Vaka Sunumu

Dış merkezde RA ve psödogut tanıları ile takip edilen 43 yaşındaki kadın hasta Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Anabilim Dalı Romatoloji Kliniğine başvuruyor. Öyküsünden yaklaşık 10 yıldır dizlerde ve ayak bileklerinde şişlik ve ağrı yakınmaları olduğu, daha önce dizlerden pek çok sefer efüzyon boşaltıldığı ve eklem içi steroid enjeksiyonu yapıldığı öğreniliyor. Hasta topuk ağrısı, gece ağrısı olduğunu bildiriyor. Hastanın fizik muayenesinde sağ dizde artrit, sol ayak bileğinde efüzyon ve sol el metakarpafalangeal eklemlerde hassasiyet tespit ediliyor. Hastanın özgeçmişinde sol böbrek hipoplazisi dışında özellik bulunmuyor.

Laboratuvar tetkiklerinde RF, anti-CCP negatif, Hemogram, kalsiyum, ürik asit, AST, ALT, kreatinin normal sınırlarda bulunurken, Eritrosit sedimentasyon hızı:34 mm/saat, CRP:14 mg/L olarak tespit ediliyor. Diz ve pelvis grafisi Resim 1 ve 2'de görülmektedir.

Hastanın özgeçmiş bilgisinde 2022 ve 2023 yıllarında Sertolizumab ve Adalimumab kullanıp fayda görmediği, 2017'den beri kolşisin kullandığı, 2012-2015 yılları arasında metotreksat kullandığı öğreniliyor. Başvuru anında hasta steroid tedavisi almaktaydı.

Hasta NSAİD, kolşisin, steroide dirençli CPP olarak düşünüldü. Endikasyon dışı ilaç başvurusu yapıldıktan sonra, gün aşırı 100 mcg sc anakinra tedavisi başlandı.

Hastanın kontrol muayenesinde tedaviden fayda gördüğü, artritinin olmadığı tespit edildi. Aktif şikayet tariflemeyen hasta takibe alındı.

Sonuç

Dirençli psödugut tedavisinde seçenekler sınırlıdır. Son zamanlarda, hem monosodyum ürat monohidrat hem de pirofosfat kristallerinin, pro-interlökin-1'i (pro IL-1) IL-1'e dönüştürmek için NALP3 inflamatuar yolundaki rolü gösterilmiştir. Ayrıca IL-1 reseptör antagonisti olan anakinra'nın gut tedavisinde etkili olabileceğine dair kanıtlar vardır. Anakinra'ya etkili yanıt veren şiddetli steroide dirençli psödogut hastaları tanımlanmıştır. Anakinra'nın RA'daki etkisi göz önüne alındığında, mevcut bulgular IL-1'in psödogut patogenezinde önemli bir proinflamatuar sitokin olduğu fikrini desteklemektedir.

Bu vaka sunumunda psödogut ile takipli olup, mevcut tedavilere yanıt vermeyen hastalarda Anti-IL-1 ajanlarının etkili ve güvenli bir şekilde uygulanabileceği gösterilmiştir. Etkinliği ve güvenliği konusunda daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça

1-Rosenthal AK, Ryan LM, McCarty DJ. Calcium pyrophosphate crystal deposition disease, pseudogout, and articular chondrocalcinosis. In: Arthritis and Allied Conditions, 15th ed, Koopman WJ, Moreland LW (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p.2373.
2-Rosenthal AK. Pseudogout: Presentation, natural history, and associated conditions. In: Crystal-Induced Arthropathies: Gout, Pseudogout, and Apatite-Associated Syndromes, Wortmann RL, Schumacher HR Jr, Becker MA, Ryan LM (Eds), Taylor and Francis Group, 2006. p.99.
3-Liew JW, Gardner GC ,Use of Anakinra in Hospitalized Patients with Crystal-associated Arthritis, J Rheumatol. 2019;46(10):1345

Resim 1



Resim 2



POSTER

Upadacitinib Tedavisinden Fayda Gören Anti-TNF İlişkili Paradoksal Psöriazis

Yazarlar: Onur Keleş 1, Sertaç Ketenci 2, Ayhan Bilgici 1, Erdal Hancı 3
Yazarların kurumları:
1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
2-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı
3-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş

Anti-tümör nekroz faktörü ajanları, ankilozan spondilit ve inflamatuar bağırsak hastalığı gibi inflamatuar hastalıklar için etkili ilaçlardır.
Romatoid artrit tedavisinde de endikasyonu mevcuttur. Uzun zamandır bu ajanlara bağlı paradoksal yan etkiler hakkında çoğunlukla vaka sunumu şeklinde yayınlar bulunmaktadır. Bu yazıda romatoid artritli bir hastada upadacitinib tedavisinden fayda gören anti-TNF ilişkili paradoksal psoriasis olgusunu sunuyoruz.

Vaka Sunumu

49 yaşında kadın hasta, 4 yıl önce sağ el ve sol dizde ağrı ve şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol dizde artrit mevcuttu. Bakılan kan tetkiklerinde RF ve Anti-CCP yüksek pozitif, sedimantasyon ve CRP yüksek saptandı. Hastaya romatoid artrit tanısı konuldu. Hidroksiklorokin 200mg/gün, metotreksat 10mg/hafta oral başlandı. Hastanın tedavi altında şikayetleri devam etmekteydi, metotreksat 12,5 mg/hafta subkutana geçildi. Hastada tam remisyon sağlanamadı. Hidroksiklorokin kesildi, yerine adalimumab/2hafta/subkutan eklendi. Adalimumab 6. Ayında ayaklarda, saçlarda ve ellerde eritematöz pullu plaklar ve püstüller ile başvurdu. Avuç içi ve ayak tabanlarında ise kalın pullu, yumuşamış plaklar, erozyonlar ve püstüller mevcuttu.(Resim 1 ve resim 2) Adalimumab durduruldu. Dermatolojiye yönlendirilen hasta histopatolojik incelemede; konfluent parakeratoz, düzensiz akantoz, munro mikroabseleri ve spongioform püstüller, epidermiste nötrofilik infiltrasyonlar, dermiste yüzeysel hafif perivasküler lenfositler ve plazma hücreleri gözlendi. Hastaya paradoksal psoriazis tanısı konuldu. Dermatoloji tarafından başlanan asitretin 25mg/gün , klobetazol krem başlandı. Etanercepte geçildi. Etanercept 3. ayında hastanın paradoksal psoriazis lezyonları devam etmekteydi ve eklem şikayetlerinde artış olmuştu. Etanercept durduruldu ve upadacitinib başlandı. Hasta upadacitinib ile 3. ayında paradoksal psoriazis lezyonlarında belirgin gerileme (resim 3 ve resim 4) ve eklem şikayetlerinde tam kür sağlandı. Takiplerine devam ediliyor.

Sonuçlar

RA, AS ve diğer inflamatuar hastalıklarda, TNF-α inhibitörünün kullanımına bağlı olarak sedef hastalığı tetiklenebilir veya psoriatik cilt lezyonları meydana gelebilir veya kötüleşebilir. Anti-TNF tedavisiyle ilişkili psoriasisin en sık görülen şekli püstüler form ve palmoplantar dağılımlı plak tipidir. Sonuç olarak Anti-TNF kullanımına bağlı paradoksal psoriazis gelişen hastalarda upadacitinib alternatif tedavi seçeneği olarak düşünülebilir. Ancak daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: upadacitinib, romatoid artrit, paradoksal psöriyazis

Kaynakça

1-İrkin S, Çabuk Çelik N, Karakaş B, Karataş B, Şahin A. Ankilozan spondilit nedeniyle adalimumab kullanan bir hastada gelişen paradoksal psoriasis: Olgu sunumu. CMJ. Temmuz 2021;43(2):177-181. doi:10.7197/cmj.842870
2-Zekey, Emre vd. "Adalimumab Induced Severe Paradoxical Psoriasis in a Patient With Ankylosing Spondylitis". Cukurova Medical Journal, c. 47, sy. 4, 2022, ss. 1768-70, doi:10.17826/cumj.1170774.

Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



POSTER

Median Sinirin Nadir Görülen Bir Anomalisi: Trifid Median Sinir

Yazarlar: Halit Serkan Keskin 1, Bora Uzuner 2, Aygün Cabbarlı 2

Yazarların Kurumları:

1- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

2- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD Algoloji BD

Giriş

Karpal tünel sendromu (KTS) üst ekstremitenin en sık görülen tuzak nöropatisidir ve anatomik varyasyonlarla ilişkili olabilir (1). Median sinir bileği geçerken dokuz fleksör kas tendonuyla birlikte karpal tünelden geçer (2). Median sinirin hasarlanması veya sıkışması en çok bu bölge de olur (3).Hastalar genellikle medyan sinir dağılımında ağrı ve parestezi ve daha az sıklıkla güçsüzlük yaşarlar (4).Median sinirin el bileği düzeyinde üçe ayrılması literatürde çok az yayınlanmıştır. Bifid median sinir anomalilerinin görülme sıklığı ise % 2,8'dir (5,6). Median sinirin bu varyasyonları KTS için bir risk faktörü oluşturur (6). Bu yazımızda sağ el ilk 3 parmağında uyuşma şikayetiyle gelen hastada yapılan USG'de trifid median sinir varlığı olan bir olguyu sunmayı amaçladık

Vaka Sunumu

36 yaşında erkek hasta, 5 ay önce sağ el birinci ve ikinci parmakta ağrı ve uyuşmaları başlamış, bu şikayetler 2-3 ay bağlama çaldıktan sonra başlamış, daha önce böyle şikayetleri olmamış, Ara ara da sağ elinde güçsüzlük hissediyormuş. Hasta bu şikayetlerle kliniğimize başvurdu. Belirgin travma öyküsü yoktu. Hastanın bilinen ek bir hastalığı ve sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Yapılan muayenesinde tenar bölgede atrofi saptanmadı. Phalen ve Tinel testleri pozitif bulundu. Sağ el bileğine yönelik yapılan USG inlemesinde trifid median sinir görüldü (resim 1). Hastadan EMG istendi ve sonucu aşağrda gösterilmiştir (resim 2). Hastaya splint önerildi. Egzersizleri gösterildi. Takip ve tedavisine devam ediliyor.

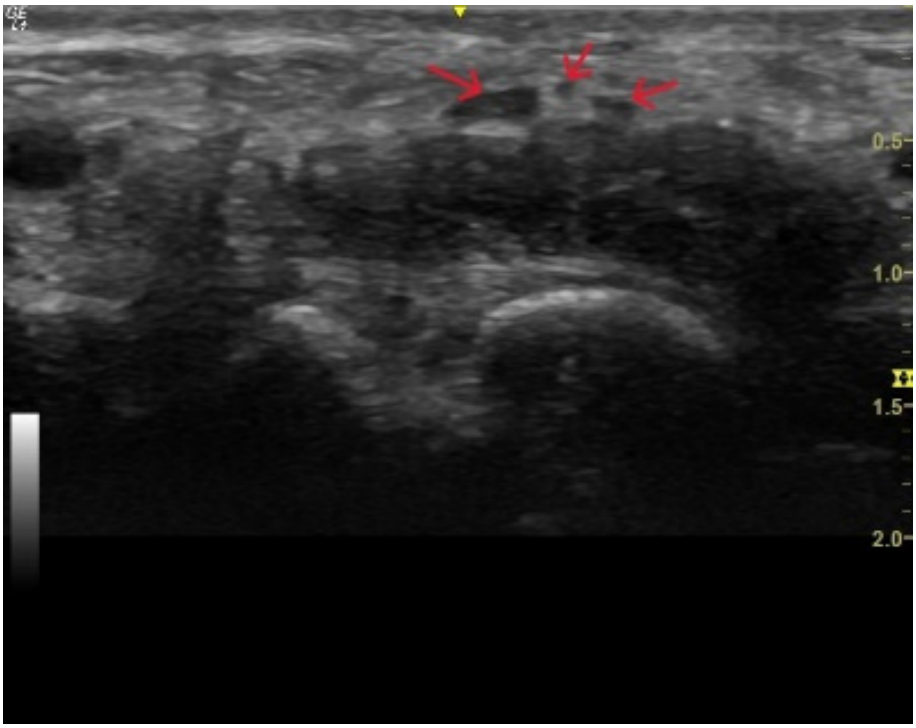
Sonuç

Trifid median sinir nadir bir durum olup karpal tünel sendromu için bir risk faktörü olabileceği akılda tutulmalıdır. Cerrahın bu anomalilerin farkında olması operasyon sonrası komplikasyon riskini azaltmasında önem taşımaktadır. Karpal tünel sendromunun tedavisini planlarken, risk altındaki karpal tünelde trifid median sinir olasılığı akılda tutulmalıdır.

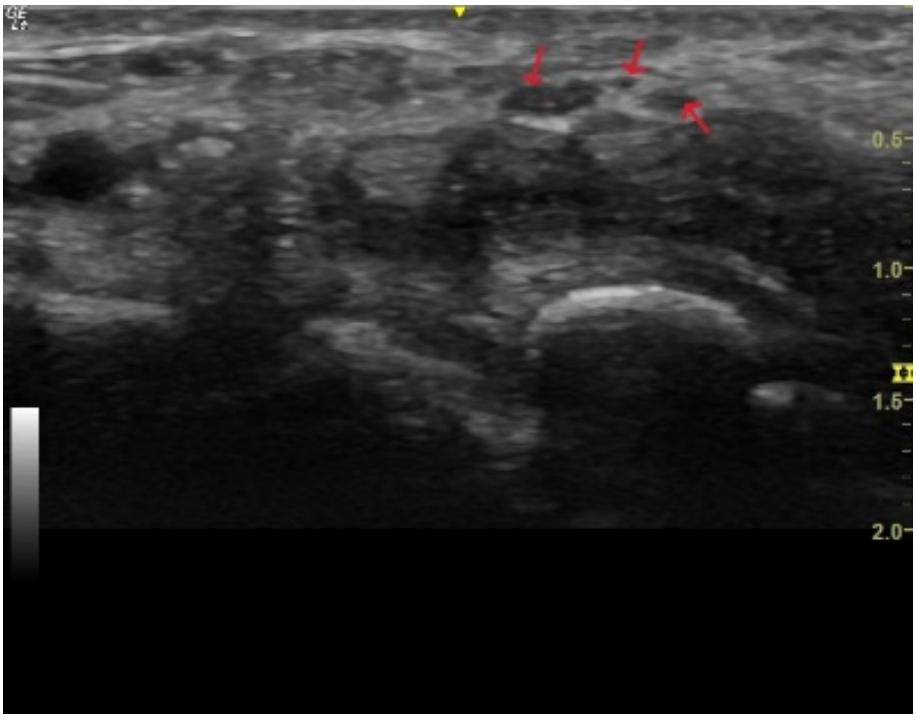
Kaynakça

1. Bayrak IK, Bayrak AO, Kale M, Turker H, Diren B: Bifid median nerve in patients with carpal tunnel syndrome. J Ultrasound Med 27:1129-1136, 2008.
2. Lanz U: Anatomical variations of the median nerve in the carpal tunnel. J Hand Surg Am 2:44-53, 1977.
3. Preston DC, Shapiro BE. Bilekte medyan nöropati. İçinde: Elektromiyografi ve Nöromüsküler Bozukluklar: KlinikElektrofizyolojik-Ultrason Korelasyonları, 4. baskı, Elsevier, Philadelphia 2020. s.323.
4. Mülayim JD. Karpal tünel Sendromu. BMJ 2007; 335:343.
5. Lonie S, Niumsawatt V, Rozen WM: Median nerve trifurcation. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016, 4:e1129.
6. Erol O, Ozcakar L, Kaymak B: Bifid median nervrevisited: imaging and clinical aspects. Plast Reconstr Surg. 2004, 113:1289-9.

Resim 1



Resim 2



POSTER

Buerger Hastalığı: Vaka Sunumu

Yazarlar: Zeynep Temiz 1, Ömer Çağrı Yalçın 1, Ahmet Kıvanç Cengiz 2
Yazarların kurumları:
1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD
2-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD Romatoloji BD

Giriş

Tromboanjitis obliterans (TAO) olarak da bilinen Buerger hastalığı, en çok üst ve alt ekstremitelerdeki küçük ve orta boy arterleri etkileyen ilerleyici, aterosklerotik olmayan, segmental, inflamatuar bir hastalıktır. İlk olarak 1879 yılında von Winiwarter tarafından tanımlanmış, ancak adını 1908 yılında hastalıklı uzuvların patolojik bulgularını kapsamlı bir şekilde yayımlayan Leo Buerger'den almıştır. Sigara hastalığın ana etiyolojisidir. Buerger hastalığı olan hastaların çoğu 20-45 yaş arasındadır. Pediatrik veya yaşlı popülasyonda görülmesi beklenmez. Erkeklerde daha yaygındır ancak kadınlarda sigara kullanımının artması ile son dönemde kadınlardaki sıklığı da artmaktadır.

İlk belirtileri arasında parestezi, aralıklı kladikasyon, sinir iskemisine bağlı nöropatik ağrı sayılabilir. Daha sonraki aşamalarda istirahat ağrısı da ortaya çıkabilir. Vazomotor bozukluklar Raynaud fenomeni şeklinde görülebilir. Bazı hastalarda kırmızı, hassas nodüller şeklinde migratuar yüzeyel flebit belirtileri bulunur. Hastalığın ileri aşamalarında ekstremitelerin distal kısımlarının iskemisi, iskemik ülserasyon, doku nekrozu gelişir ve ampütasyona yol açabilir.

Vaka Sunumu

48 yaşında kadın hasta Mayıs 2024 de 1 aydır mevcut olan sol el 3. parmakta ağrı, şişlik ve morarma şikayeti ile başvurdu. Son 1 haftada içerisinde parmak ucunda yara geliştiğini ifade ediyordu. 10 paket/yıl sigara içme öyküsü vardı. Mevcut yakınması ile daha önce kalp damar cerrahisi tarafından değerlendirilmiş ve kademeli olarak ilk diltiazem, silostazol ve pentoksifilin başlanmıştı. Bir yıl önce de parmaklarda benzer bir morarma şikayeti olduğunu ve 3 ay içerisinde tedavisiz kendiliğinden düzeldiğini ifade ediyordu. Abortus öyküsü, fotosensitivitesi, Raynaud sendromu, vaskülitik döküntüsü, madde kullanımı, artrit/artralji öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde sol el 3. parmak distal falanksta şişlik, morarma ve akral bölgede ülsere nekrotik lezyon izlendi. Nabızları açıktı. Sklerodaktilisi yoktu.

Laboratuvar testlerinde tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Antinükleer antikor ve antifosfolipid antikorları negatifti. Kapilleroskopisi normaldi. Sol üst ekstremite arteryel ve venöz doopler USG'sinde patoloji saptanmadı. Ekokardiografisi normal bulundu. Hematoloji konsültasyonu sonucunda durumu açıklayacak hematolojik bir patoloji saptanmadı. Çekilen üst ekstremite BT anjiografisinde de patolojik bir bulguya rastlanmadı. Kritik iskemisi ve nekrotik ülsere lezyonu nedeniyle iloprost tedavisi başlandı.

Beş gün uygulanan ilioprost tedavisi ile yakınmaları azalan hastada durumu açıklayabilecek en olası tanının Buerger hastalığı olduğu düşünüldü. Sigarayı bırakmasının önemi vurgulanarak yakın takibi planlanarak taburcu edildi.

Tartışma

Buerger hastalığı bir dışlama tanısıdır. Diğer kardiyovasküler risk faktörleri olmadan periferik arter hastalığı belirtileri olan sigara içenlerde düşünülmelidir. Shionoya tarafından önerilenler de dahil olmak üzere, çeşitli tanı kriterleri önerilmiştir. En çok kabul gören özellikler arasında: sigara içme öyküsü, 50 yaşından önce başlangıç, infrapopliteal arteriyel tıkayıcı lezyonlar, üst ekstremite tutulumu veya migratuar flebitis ve sigara dışında aterosklerotik risk faktörlerinin yokluğu sayılabilir.

Buerger hastalığında tedavinin temel noktası herhangi bir tütün ürününün kullanımının tamamen bırakılmasıdır. Sigara bırakmanın dışında, diğer tüm tedavi biçimleri palyatiftir. Hastalar sigara içmeyi bırakırlarsa, hastalığın doğal seyri nispeten tolere edilebilir hale gelir ve ampütasyon riski azalır.

Vazodilatörler, hastaların semptomlarını hafifletmeye yardımcı olmak için kullanılabilir. İntravenöz iloprost, ağır sigara içme nedeniyle ciddi şekilde bozulmuş endotel fonksiyonu olan Buerger hastalığının tedavisi için ideal bir vazodilatatif ilaçtır. İloprostun damar düz kas hücrelerinin gevşemesini sağladığı, trombosit agregasyonunu inhibe ettiği ve kemotaksis ve hücre proliferasyonunu inhibe ettiği bilinmektedir.
Hastalık çoğunlukla distal dolaşımla sınırlıdır ve neredeyse her zaman alt ekstremitelerde infrapopliteal, üst ekstremitelerde ise brakiyal arterin distaline yerleşir. Proksimal arterler genellikle normaldir ve ateroskleroz veya anevrizma oluşumu gözlenmez. Endovasküler tedaviler, bu hastalığın distal vasküler tutulumundan dolayı çoğunlukla yardımcı olamamaktadır.

Kaynaklar

- Olin JW. Thromboangiitis Obliterans: 110 Years Old and Little Progress Made. J Am Heart Assoc. 2018 Dec 04;7(23):e011214.
- Le Joncour A, Soudet S, Dupont A, Espitia O, Koskas F, Cluzel P, Hatron PY, Emmerich J, Cacoub P, Resche-Rigon M, Lambert M, Saadoun D., French Buerger's Network. Long-Term Outcome and Prognostic Factors of Complications in Thromboangiitis Obliterans (Buerger's Disease): A Multicenter Study of 224 Patients. J Am Heart Assoc. 2018 Dec 04;7(23):e010677.
- Erion Qaja; Erind Muco; Muhammad F. Hashmi. Buerger Disease. StatPearls Publishing. 2023 Feb 19. PMID: 28613608.
- Bogacz Rafał, Gaia Magdalena, Uram Ewa, Magda Inga, Wozniak Justyna, Woperski Karol, Osuch Magdalena. Thromboangiitis obliterans (Buerger’s disease) - a review. Journal of Education, Health and Sport. 2023;36(1):124-134. eISSN 2391-8306.
- Fernandes U, Vasconcelos J, Marques R, Pinto-de-Sousa J, Almeida Pinto J. Buerger’s Disease – A Clinical Case. Rev Port Cir Cardiotorac Vasc [Internet]. 2023 Jul. 7 [cited 2024 May 19];30(2):59-61.
- Ahmet Kursat Bozkurt, Koksal Cengiz, Caner Arslan, Demirbas Yilmaz Mine, Suzer Oner, Dedeoglu Burcak Deniz, Demirkilic Ufuk. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2013; 19: 120–125. doi: 10.5761/atcs.oa.11.01868.

Resim 1



POSTER

Kalça Artroplastisi Sonrası Dizde Gelişen Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu

Yazarlar: Mücahit Kaya 1, İlker İlhanlı 1, Sanaz Rezaei 1

Yazarların kurumları:

1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

Giriş

Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS), daha önce refleks sempatik distrofi (RSD), kausalji, algodistrofi, Sudeck atrofisi ve diğer çeşitli tanılar olarak tanımlanan bir grup duruma verilen isimdir (1). Hastalık ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı, vazomotor dengesizlik (sıcaklık, renk ve terleme değişiklikleri), ciddi işlevsel bozulmanın eşlik ettiği cilt değişiklikleri ve yamalı kemik demineralizasyonu ile karakterizedir (2). Periferik, santral, nörojenik ve mikrovasküler disfonksiyonun CRPS patofizyolojisinde rol oynayan mekanizmalar olduğu düşünülmektedir (3, 4). Periferik ve merkezi duyarlılaşma ile bozulmuş MSS işlemi, hasarlı bölgeyi olumsuz etkileyen sempatik hiperaktiviteye neden olan sempatik sinir sistemindeki bozukluklarla ilişkilidir (3, 4). Dize sınırlı CRPS tıp dünyasında daha az bilinmektedir (5). Dize sınırlı CRPS gelişimi için en sık bildirilen başlatıcı travma (artroskopik) cerrahi iken, diğer bölgelerdeki CRPS için en sık bildirilen travma kırıktır (5, 6). Dizde görülen CRPS'nin sonuçlarına ilişkin herhangi bir rapor bulunmamakla birlikte, diğer (daha distal) bölgelerdeki CRPS'nin sonuçlarını inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur (6). Burada doğumsal kalça çıkık kaynaklı sol alt ekstremite kısalığı olan hastanın sol kalça total artroplasitisi sonrası dizde gelişen kompleks bölgesel ağrı sendromu vakasını sunuyoruz.

Vaka Sunumu

60 yaşında kadın hastaya 4 ay öncesinde doğumsal kalça çıkığı kaynaklı sol alt ekstremite kısalığı nedeniyle sol kalça total artroplastisi uygulanmış (şekil 1). Ambulasyonuna geçen ay başlayan hastada diz ve ayak bilek ağrısı ve dizinde eklem hareket açıklık kısıtlılığı gelişmesi nedeniyle ortopedi ve travmatoloji polikliniği tarafından tarafımıza yönlendirilmiş. Hasta tarafımıza kanedyen ile ambule olarak geldi. Özellikle diz fleksiyonunda ağrısının arttığını belirten hastanın uyuşma ve karıncalanma şikayeti mevcuttu. Ek bir sistematik hastalığı veya devamlı kullandığı bir ilaç yoktu. Yapılan fizik muayenesinde hastanın kalça eklem hareket açıklıkları hastanın ortopedi ve travmatoloji tarafından instabilite olabilirliği nedeniyle değerlendirilmedi.

Diz fleksiyonu 80 derecede kısıtlı ve şiddetli ağrılıydı, diz ekstansiyonunda ve ayak bilek eklem hareket açıklılıklarında kısıtlılığı yoktu. Hastanın hiperaljezisi mevcuttu. Isı artışı, kızarıklık, şişlik ve efüzyonu yoktu. Sudomotor ve trofik bozukluk tespit edilmedi. Hastanın tam kan sayımı, sedimantasyon hızı, c-reaktif protein, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı.Hastadan istenen diz anteroposterior x-ray görüntülemesinde diz çevresi kemiklerde benekli osteoporoz tespit edildi (şekil 2). Hasta klinik ve radyografik değerlendirmeler sonucunda kompleks bölgesel ağrı sendromu olarak değerlendirildi. Hasta diz ROM'u, germe, izometrik güçlendirme egzersizleri ile transkutanöz elektrik stimülasyonu (TENS), soğuk uygulama, ultrason tedavisine alındı ve naproksen (günde iki kez 550 mg), C vitamini (günde bir kez 1000mg) reçetesi verildi.

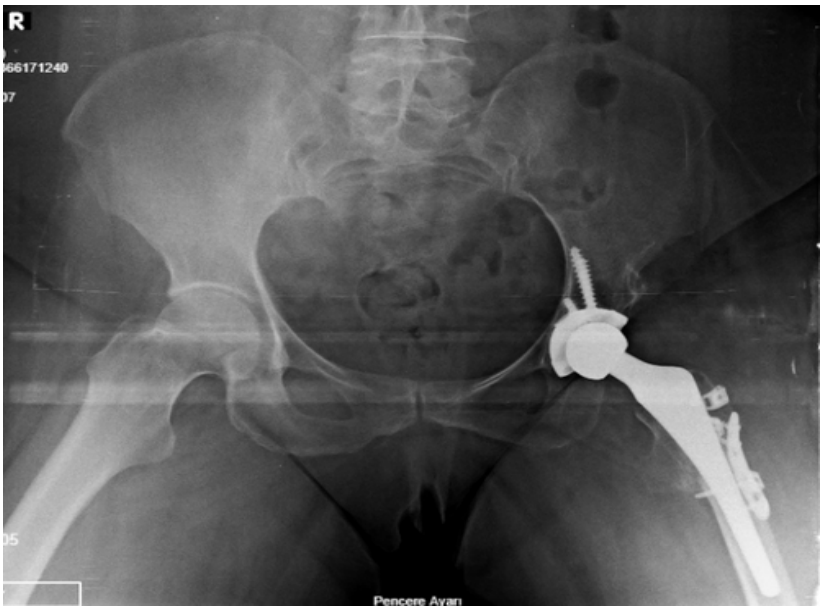
Sonuç

Dizde sınırlı kompleks bölgesel ağrı sendromu az görülmekle birlikte total kalça artroplasti operasyonu sonrası gelişen diz ağrısında ayrıcı tanımızda yer almalıdır.Dize sınırlı kompleks bölgesel ağrı sendromu ile ilgili literatür sayısı az olup hastalığın tanımlanmış tanı kriterleri, prognuzunun değerlendirilebilmesi, tedavi protokolünün belirlenebilmesi açısından daha fazla veriye ihtiyaç duyulduğu açıktır.

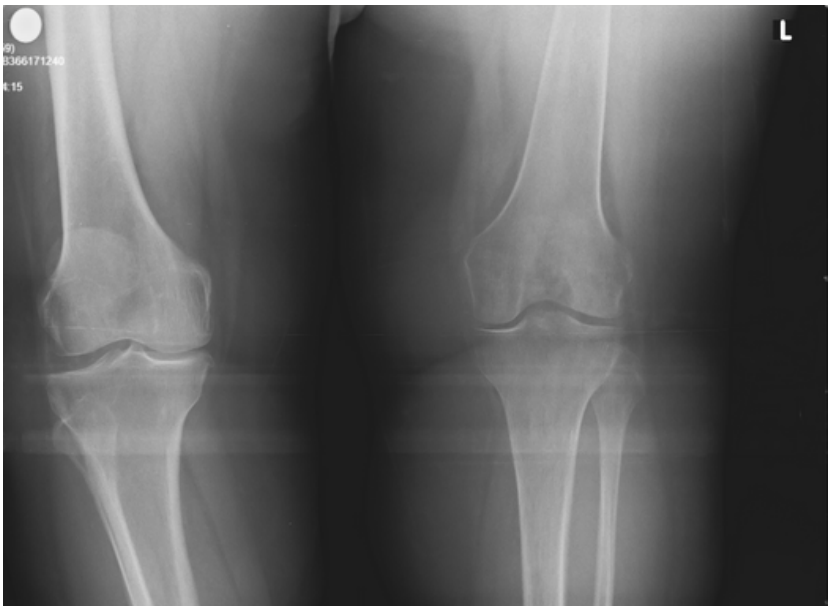
Referanslar

1-Rizzi R, Visenten M, Mazzetti G: Refleks sempatik distrofi. İçinde: Benedietti C, Chapman CR, Morikcca G, editörler. Ağrı yönetiminde son gelişmeler. Advances in pain research and therapy, Cilt 7.
2-Burns AWR, Parker DA, Coolican MRJ, Rajarat- nam K. Total diz artroplastisini komplike eden kompleks bölgesel ağrı sendromu. J Orthop Surg. 2006;5:280-283.
3-Herrick AL. Refleks sempatik distrofi (Kompleks bölgesel ağrı sendromu tip I). İçinde: Romatoloji. Hochberg, Silman, Smolen, Weinblatt, Weisman, editörler. 3. baskı. Mosby; 2003:725-32.
4-Ofluoğlu D, Akyüz G. Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip 1: Genel Klinik Yaklaşım. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2008; 54: 112-115.
5-Giordano J, Boswell MV. Nosiseptif ve anti- nosiseptif sistemlerin nörobiyolojisi. İçinde: Manchikanti L, Singh V, editörler. Kronik spinal ağrıda girişimsel teknikler. Paducah, Kentucky: ASSIP publishing; 2007:17-32.
6-Tietjen R. Dizde refleks sempatik distrofi. Clin Orthop Relat Res 1986;209:234-43.

Resim 1



Resim 2



POSTER

Diz Ağrısında Uzun Bir Yol: Genikuler Radyofrekans Seçeneği

Yazarlar: Salim SENCAR 1, Yeşim AKYOL 1, Bora UZUNER 2, Erdal HANCI 3

Yazarların kurumları:

1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

2-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı

3-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş

Diz osteoartriti (OA), Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinleri etkileyen en yaygın eklem hastalıklarından biridir [1]. Semptomatik OA klinik olarak ağrı veya fonksiyon azalması şeklinde kendini gösterir ve 60 yaşın üzerindeki erkeklerin yaklaşık %10'unu ve kadınların %13'ünü etkiler. Nüfus çalışmaları, 65 yaş üstü bireylerde semptomatik OA prevalansının yaklaşık %20 olduğunu göstermiştir [2].

OA tanısı, klinik belirti ve semptomlar radyolojik değişikliklerle korele olduğunda konur. Birden fazla tıbbi komorbiditesi olan ve total diz artroplastisi (TDA) uygulanmasını istemeyen yaşlı hastalar için yaşam tarzı değişikliği, farmakolojik yönetim ve enjeksiyonlar tedavinin temelini oluşturmaktadır. Daha önce, ağrı yönetimi müdahaleleri eklem içi steroid enjeksiyonları ve hyaluronik asit ile viskosuplementasyon ile sınırlıydı [3]. Yakın zamanda, Choi ve arkadaşları geniküler sinirlerin radyofrekans ablasyonu (RFA) için floroskopi kılavuzluğunda bir teknik tanımlamışlardır [4]. Bizim olgumuz, ultrason kılavuzluğunda geniküler sinir blokajı ve sonrasında RFA uygulanan güncel bir tedavi yaklaşımıdır.

Vaka Sunumu

70 yaşındaki kadın hasta 3 haftadır olan sol diz ağrısı şikayetiyle OMÜ FTR ağrı polikliniğine başvurdu.Ağrısı için görsel analog skoru(VAS) aktivitede 9/10 ,istirahatde 3/10 idi. Belirgin bir travma öyküsü yoktu. Hasta 4-5 yıldır dizini bükerek çömelemediğini ifade etti. Lomber spondiloz, sağ koksartoz ve osteoporoz hastalıkları da mevcuttu. Fizik muayenesinde sol dizinde hafif şişlik ve ısı artışı vardı. Ballotman testi negatifdi. Sol diz eklem hareket açıkları ; fleksiyon 90° ve ekstansiyon -10° kısıtlı ve ağrılıydı.

Güncel radyografilerinde Kelgren Lawrence derecelendirmesine göre bilateral evre 3 gonartrozu vardı. Tam kan sayımı, rutin biyokimya testleri, sedimantasyon ve CRP değerleri normaldi. Hastanın sol diz eklemine intraartiküler steroid enjeksiyonu yapıldı, soğuk uygulama verildi ve asemetazin 60 mg reçete edildi.Hastanın sol dizindeki ısı artışı geçti ama ağrısı orta düzeyde (VAS:6) devam ediyordu. Duloksetin tedavisi başlandı ve ayaktan 15 seans fizik tedavi programına alındı. 1 ay sonraki kontrolde tedavilerden fayda görmediğini belirten ve sol diz çevresinde acıma, batma ve yanma hissi tarifleyen hastaya intraartiküler hyaluronik asit enjeksiyonu uygulandı, nöropatik ağrı tanısıyla pregabalin 75 mg günde bir kez kullanımı önerildi ve diz manyetik rezonans görüntüleme istendi.

Diz MRG'si :medial menisküs posterior hornda horizontal inferior artiküler yüzeye ulaşan yırtık ,medial femoral kondilde milimetrik subkondral kemik kontüzyonu olarak raporlandı.

3 ay boyunca uygulanan çeşitli konservatif tedavilere yanıtsız, cerrahiyi istemeyen hastaya ultrasonografi eşliğinde genikuler radyofrekans ablasyonu planlandı. Hastaya ilk önce ultrason eşliğinde sağ süperomedial geniküler sinir , süperolateral geniküler sinir ve inferomedial geniküler sinir lokal anestezisi ile tanısal sinir bloğu uygulandı.

Her bir bölgeye iki mililitre %0,5 bupivakain enjekte edildi. Hasta bu blok ile ağrı (aktivite ile 3/10 ve istirahatte 0/10 VAS skorları) ve fonksiyonda belirgin iyileşme bildirdi ve ertesi hafta skopi ile geniküler RFA uygulandı (Resim1).

İşlemden sonraki üç aylık kontrollerinde, hasta aktivitede 2/10 ve istirahatte 0/10 VAS ağrı skorları ile tam bir ağrı rahatlamasına sahipti. Fonksiyonel olarak, evde ve markette sınırlama olmaksızın yürüyebiliyordu.

Tartışma

Diz osteoartriti, 65 yaş üstü yetişkinlerin %20'sinden fazlasını etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur. Geniküler sinir RFA, kronik diz osteoartritinin tedavisinde cerrahi olmayan bir alternatif olarak araştırılmıştır [4, 5]. Choi ve arkadaşlarının çalışmasında, 6 aylık takipte hastaların %60'ında belirgin ağrı rahatlaması görülmüştür. Önceki çalışmalarda, dizi innerve eden geniküler sinirler floroskopik kılavuzluk ile bir landmark yaklaşımı kullanılarak hedeflenmiştir. Yakın zamanda yapılan bir kadavra çalışması, ultrason kılavuzluğunda geniküler sinir bloklarının doğru bir şekilde yapılabileceğini göstermektedir [6]. Bizim olgu çalışmamızda, geniküler sinirlere ultrason kılavuzluğunda radyofrekans ablasyonu uyguladık ve 3 ay boyunca devam eden önemli bir ağrı rahatlaması sağladık. Yaşar ve arkadaşları [6] tarafından tanımlanan yaklaşımı, Choi ve arkadaşları [4] tarafından yapılan ilk işaret tanımlamasıyla birlikte kullanarak, önce arteriyel dallarını lokalize ederek geniküler siniri ultrason ile tanımladık. Ultrason kullanımı, geniküler sinirleri ve çevresindeki vaskülatürü doğrudan görüntülemek için nispeten hızlı ve noninvaziv bir yöntem sağlar. Olgumuz,gonartrozu olan konservatif tedavilere yanıtsız kronik diz ağrısı yaşayan hastalarda görüntüleme eşliğinde yapılan geniküler sinir RFA yeni ve güçlü bir seçenek olabilir.

Referanslar

[1] Y. Zhang ve J. M. Jordan, "Epidemiology of osteoarthritis," Clinics in Geriatric Medicine, vol. 26, no. 3, pp. 355-369, 2010.

[2] E. M. Roos ve N. K. Arden, "Strategies for the prevention of knee osteoarthritis," Nature Reviews Rheumatology, cilt. 12, no. 2, s. 92-101, 2016.

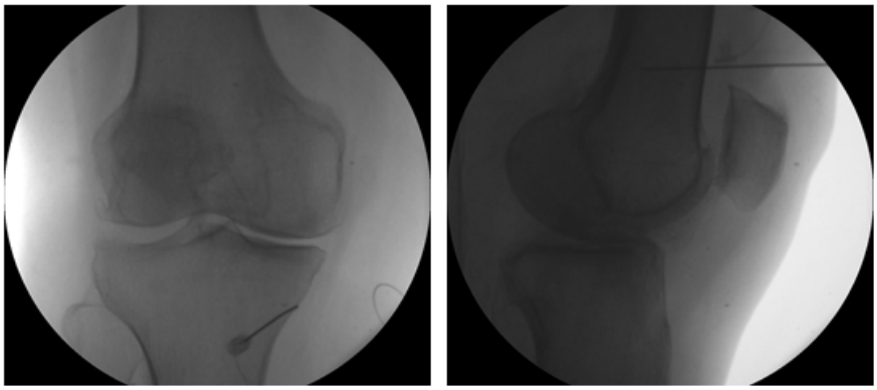
[3] V. Legre´-Boyer, "Viscosupplementation: techniques, indications, results," Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research, vol. 101, no. 1, pp. S101-S108, 2015.

[4] W.-J. Choi, S.-J. Hwang, J.-G. Song et al., "Radiofrequency treatment relieves chronic knee osteoarthritis pain: a double- blind randomized controlled trial," Pain, vol. 152, no. 3, pp. 481- 487, 2011.

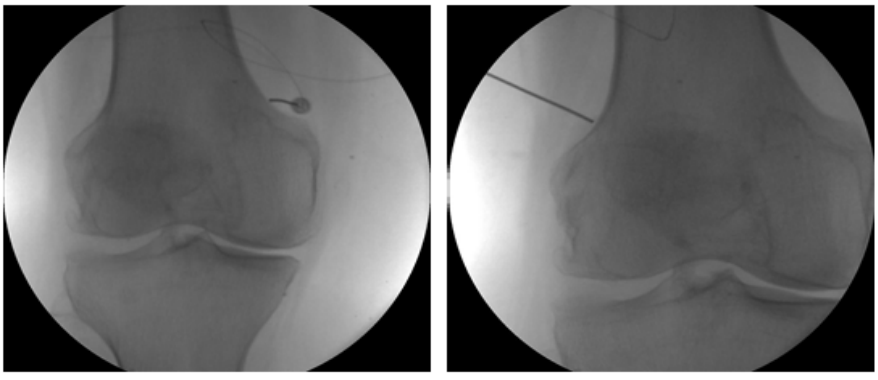
[5] M. Bellini and M. Barbieri, "Cooled radiofrequency system relieves chronic knee osteoarthritis pain: the first case-series,"Anaesthesiology Intensive Therapy, vol. 47, no. 1, pp. 30-33, 2015.

[6] E. Yasar, S. Kesikburun, C. Kılıc¸, U¨. Gu¨zelku¨c¸u¨k, F. Yazar ve A. K. Tan, "Accuracy of ultrasound-guided genicular nerve block: a cadaveric study," Pain Physician, vol. 18, no. 5, pp. E899-E904, 2015.

Resim 1



Resim 2



POSTER

Dirençli Adheziv Kapsülitte PENG Blokajının Analjezik Etkisi

Yazarlar: Enis Furkan Aksoy 1, Dilek Durmuş 1, Bora Uzuner 2, Ayhan Bilgici 1

Yazarların kurumları:

1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

2- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı

Giriş

Adheziv kapsülit(donuk omuz) sık karşılaşılan ve ağrı, eklem kapsülünde fibrozis ve kontraktürle omuz ekleminin aktif ve pasif harekelerinde kayıp ile karakterize bir hastalıktır Ağrının karakteristik özelliği ve omuz ekleminde dış rotasyon kısıtlılığının görülmesi ile tanı konur. Ağrıya sekonder olarak ilerleyen dönemde hastalarda kinezyofobi oluşabilmekte ve hastaların hayat kalitesi bozulabilmektedir. Dolayısıyla ağrı kontrolü ciddi önem kazanmaktadır. Bu olgu sunumunda daha önce fizik tedavi uygulanan fakat fayda görmemiş direçli adheziv kapsülit ile takipli hastaya analjezi amacıyla perikapsüler sinir grubu (PENG) bloğu uygulandı. Daha önceki sınırlı sayıda vaka bildiriminde PENG Blokajı'nın iyi bir omuz analjezisi sağladığı söylenmektedir.1 PENG bloğunun analjezi amacıyla güvenle uygulanabileceği ve tedavinin bir parçası olabileceği ileri sürülmektedir. Bu vakada PENG bloğunun seçilmiş omuz olgularında analjezi amacıyla güvenle uygulanabileceği gösterilmiştir.

Vaka Sunumu

53 yaşında erkek hasta.Ziraat mühendisi. Yaklaşık 1 yıldır mevcut olan sol omuz ağrısı ile polikliniğe başvurdu. Dominant tarafı sol. Bilinen HT+ ve DM+.Cerrahi öyküsü yok. Başvurusundan yaklaşık 3 sene önce sol omzuna travma öyküsü var. Düşerken duvardan tutunma sonrası omzunda travma olmuş. Sonrasında ağrısı progresif olarak artmış. Bunun üzerine yaklaşık 1 yıl kadar önce FTR polikliniğine başvurmuş. Anamnezinde ağır kaldırmakla ağrısının arttığını,hareket kısıtlılığı yaşadığını, gece uykudan uyandıran ağrısının olduğunu ve nsaid ile kısmi rahatlama yaşadığını söylemiş. O dönem yapılan fizik muayenesinde omuz romlarında fleks açık, abuksiyon, iç rotasyon ve dış rotasyon minimal kısıtlı olarak bulunmuş. Neer + , Hawkins+ ve Yergason + olarak saptanmış. Kas gücü tam imiş ve duyu defisiti yokmuş. Sonrasında hastaya NSAİD ile beraber ev ezersizleri verilmiş ve omuz MR görüntüleme istenmiş.

03/05/23'te yapılan MR görüntülemesinde "Akromiyoklavikuler eklem normaldir. Humeroakromial aralık normaldir. Subakromial-subdeltoid bursit yoktur. Rotator intervalde omuz eklem kapsülünde belirgin ödematöz sinyal değişikliği vardır. Korakohumeral ligaman normalden kalın olup yaklaşık 3,2 mm ölçüldü. İnferior kapsülde aksiler reses düzeyinde de hafif sinyal artışı vardır. İnferior glenohumeral ligaman çapı normaldir. Glenohumeral eklem ilişkisi ve eklem içi sıvı miktarı doğaldır. Labral patoloji yoktur. Rotator manşet tendonlarının değerlendirilmesinde supraspinatusta hafif tendinopati ile uyumlu sinyal artışı izlendi. Yırtık bulgusu yoktur. Biseps tendonu sinyali ve bütünlüğü korunmuştur." olarak raporlanmış ve hasta fizik tedavi programına alınmış. Fizik tedavi almakta iken omuz tüm romlarında ağrısı artmış ve hareket kısıtlılığı daha da belirginleşmiş. Seans uzatma yapılarak yaklaşık 1 yıl boyunca düzenli egzersiz almış. Tedavisine sabah 25 akşam 75 mg olmak üzere toplam 100 mg pregabalin eklenmiş. İntraartiküler steroid enjeksiyonu yapılmış. Cerrahi operasyon yapılmamış.

01/24 te son başvurunda hastanın ağrılarında ciddi artış ve omuz romlarında ciddi kısıtlılık mevcut idi. Hastanın istirahat VAS skoru 7, hareket VAS skoru 8, gece VAS skoru 8 olarak değerlendirildi. Omuz rom muayenesinde ise abduksiyonu aktif : 30°, pasif : 35°, fleksiyonu aktif : 60°, pasif : 65°, iç ve dış rotasyonu ise: 0° idi. Hastanın onamı alınarak hastaya Ultrasonografi Eşliğinde PENG Blokajı yapıldı.

Ultrasonografi Eşliğinde Perikapsüler Sinir Grubu (PENG) Blokajı

Hastanın kolunun dış rotasyon pozisyonunda ve 45 derece abduksiyon pozisyonunda olduğu bir çalışmada, lineer ultrason probu, korakoid ve humerus başı arasında uzunlamasına yerleştirildi. Humeral baş tanımlandıktan sonra, subskapular kasının tendonu ve üzerindeki deltoid kası belirlendi. 50 mm'lik bir iğne, "in plane" (düzlem içi) tekniği kullanılarak deltoid kasını geçti ve subskapularis tendonuna dokunduğunda kemik benzeri sert bir doku hissedildi ve iğne daha fazla ilerleyemedi. İğne ucu deltoid kası ile subskapularis tendonu arasına yerleştirildi ve 0.25% bupivakain hidroklorür + 6mg betametazon (celestone chronodose) içeren 20 cc enjekte edildi. Yapılan Ultrasonografi Eşliğinde PENG Blokajı sonrasında hastanın istirahat VAS skoru 1, hareket VAS skoru 1, gece VAS skoru 1 olarak değerlendirildi. Omuz rom muayenesinde ise abduksiyonu aktif : 40°, pasif : 45°, fleksiyonu aktif : 70°, pasif : 75°, iç ve dış rotasyonu ise: 10° idi.

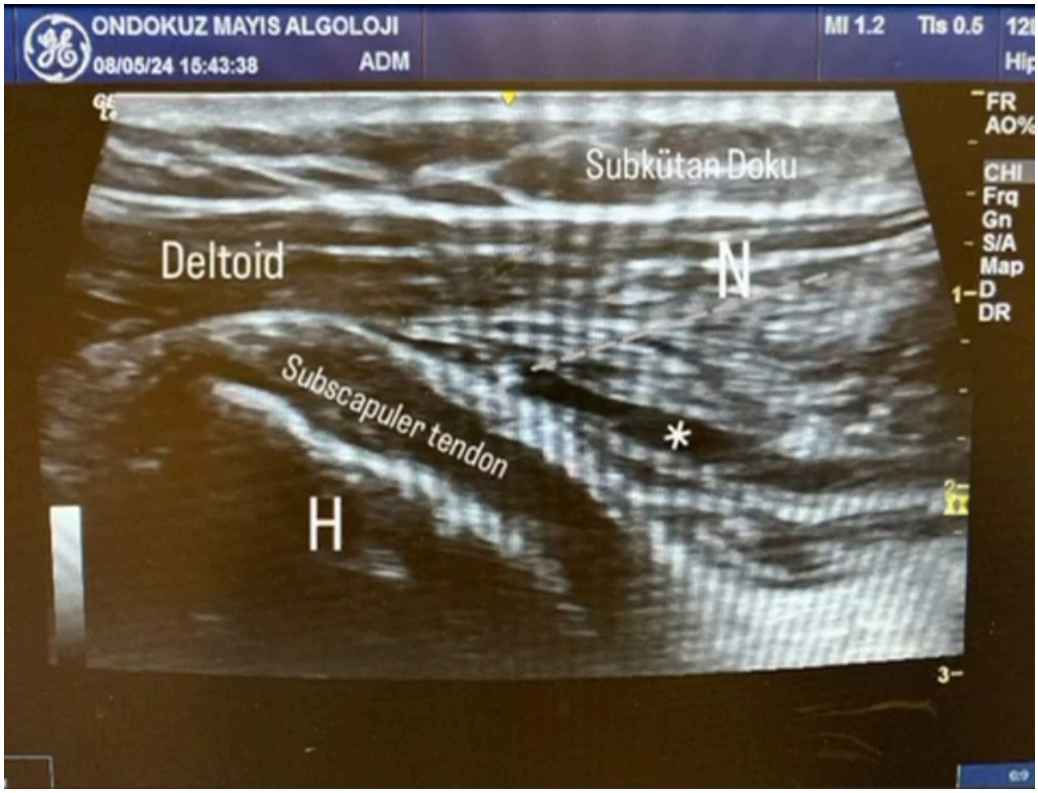
Sonuç

Bu vaka sunumunda adheziv kapsülit ile takipli hastalarda analjezi sağlanması amacıyla Ultrasonografi Eşliğinde Perikapsüler Sinir Grubu (PENG) Blokajı'nın etkili ve güvenli bir şekilde uygulanabileceği gösterilmiştir. Fakat tek başına PENG Blokajı hastanın ağrısını azaltıp VAS skorlarına olumlu katkı sağlasa da eklem hareket açıklığını artırmada tek başına yeterli değildir. Ağrı nedeni ile adheziv kapsülitte mobilizayon, rom ve germe egzersizleri yapılamayan hastalarda iyi bir analjezi sağlanarak tedavi etkinliğinin artırabileceği düşünülmektedir ve ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

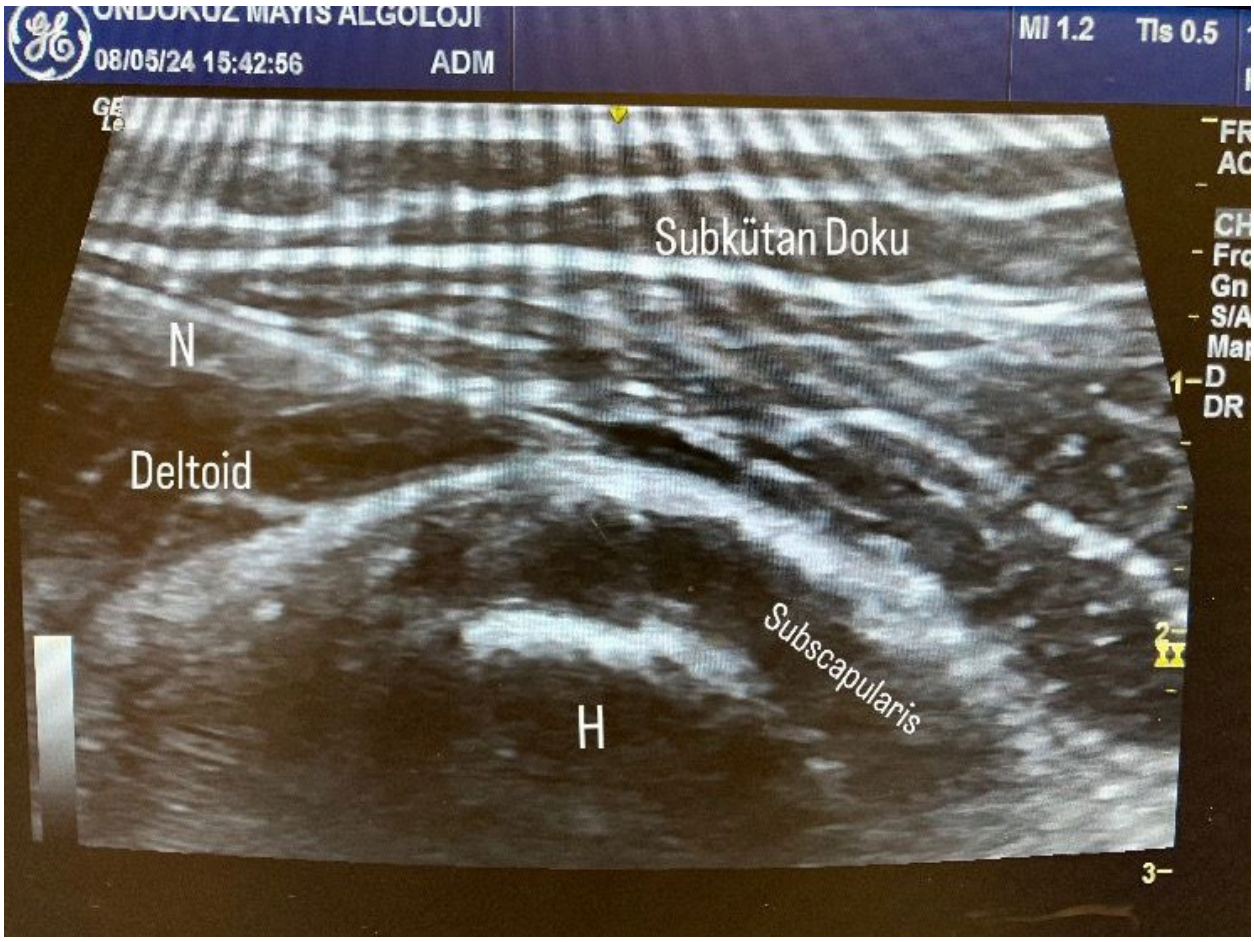
Kaynakça

1-Küpeli İ, Yazici Kara M. Anesthesia or analgesia? New block for shoulder surgery: pericapsular nerve group block. Braz J Anesthesiol. 2022 Sep-Oct;72(5):669-672. doi: 10.1016/j.bjane.2021.05.009. Epub 2021 Jun 9.

Resim 1: In Plane Teknik



Resim 2: Out Of Plane Teknik



POSTER

Donuk Omuz ve Fibromyalji Birlikteliği: Pilot Çalışma

Yazarlar: Yasemin Ulus 1, Enis Furkan Aksoy 1, Zehra Devlez 1, Ayhan Bilgici 1

Yazarların kurumları:

1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Giriş

Donuk omuz çoğunlukla şiddetli omuz ağrısı ve hem aktif hem de pasif omuz hareketlerinde fonksiyonel kısıtlanma ile karakterize sık görülen bir kas iskelet sistemi problemidir. Kas iskelet sistemi hastalıklarında santral sinir sistem disfonksiyonunun ağrının işlenmesinde değişiklik yaparak kronikleşmeye neden olduğu bilinmektedir. Donuk omuzda da santral sensitizasyonun rol oynayabileceği, bu nedenle bazı hastaların tedaviye dirençli olabileceğiraporlanmıştır. Fibromyalji yaygın kas ağrıları, yorgunluk, uyku bozukluğu, bilişsel ve emosyonel bozukluklarla karakterize etiyolojisi tam anlaşılmamışkronik ağrı sendromudur. Patofizyolojisinde rol oynayan mekanizmalardan birinin de santral sensitizasyon olduğu öne sürülmüştür. Bu çalışmada donuk omuz hastalarında fibromyalji varlığınıve klinik bulgularla ilişkisini araştırmayı planladık.

Materyal ve Metot

Pilot çalışmamıza klinik olarak donuk omuz tanısı almış 20 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve yılı, meslek), omuz ağrı süresi ve düzeyi, hastanın kendi durumunu global değerlendirmesi not edildi. Hastalarda fibromyalji varlığının değerlendirilmesi 1990 ve 2010 ACR kriterlerine göre yapıldı. İstatistiksel analizde Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, Ki-kare testleri kullanıldı.

Sonuçlar

Hastaların yaşları 42-76 yıl arasındaydı ve 15'i (%75) kadındı.Katılımcılarfibromyalji varlığına göre 2 gruba ayrıldığında5'inde (%15) fibromyalji saptandı ve iki grup arasındademografik veriler, ağrı düzeyi ve süresi, hastaların global değerlendirmesi açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tartışma

Pilot çalışmamızda donuk omuz hastalarında fibromyaljinin mevcut olabileceği gösterilmiş ancak fibromyaljisi olan ve olmayan hastaların klinik bulguları birbirinden farklı bulunmamıştır. Hasta sayımızı artırdığımızdadonuk omuz hastalarında fibromyalji varlığının klinik bulgularla ilişkisininortaya konulabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Dumolard A, Lefaucher JP, Hodaj E, et al. Central Sensitization and Small-fiberNeuropathy Are Associated in Patients With Fibromyalgia. Clin J Pain 2023, 39(1):8-14.
2. Mertens MG, Struyf F, Girbes EL, et al. Autonomic Nervous System Function and Central PainProcessing in People With FrozenShoulder: A Case-control Study. Clin J Pain. 2022, 38(11):659-6.
3. Balash-Bernat M, Duenas L, Aguilar-Rodrigez M, Falla, d, et al. The Spatial Extent of Pain Is Associated with Pain Intensity,Catastrophizing and SomeMeasures of Central Sensitization inPeople with Frozen Shoulder. J Clin Med 2021, 11(1):154.
4. Noten S, Struyf F, Lluch E, et al. Central Pain Processing in Patients withShoulder Pain: A Review of the Literature. Pain Pract 2017, 17(2):267-80.
5. Struyf F and Meeus M. Current evidence on physical therapy in patients with adhesivecapsulitis: what are wemissing? Clin Rheum 2014, 33(5):593-600.

POSTER

Romatoid Artrit Tanılı Hastada Spontan Ekstansör Tendon Rüptürü: Vaka Sunumu

Yazarlar: Ufuk Osmanlı 1, Ayşenur Kevser Özçelik Ömür 1, Sanaz Rezaei 1, Ahmet Kıvanç Cengiz 2, Sertaç Ketenci 2

Yazarların kurumları:

1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

2-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

Giriş

Romatoid artrit kronik poliartritin en yaygın şeklidir. Temel patolojisi sinovial inflamasyondur. Tipik olarak kıkırdak ve kemik erozyonu yoluyla eklem tahribatına ve fonksiyon kaybına yol açar. Sıklıkla proksimal interfalangeal (PİF), metakarpofalangeal (MKF) ve el bileği eklemlerinde simetrik artrit görülür. Erken dönemde görülen sinovit ve tenosinovit hastalığın ilerlemesi ile birlikte eklem erozyonlarına, ligaman laksitesine ve fonksiyon kaybına yol açabilir.

El bileğinde spontan ekstansör tendon rüptürü, elde ani disfonksiyona neden olan ve cerrahi rekonstrüksiyon gerektiren bir komplikasyondur. Fleksör tendon rüptürü insidansı nispeten düşüktür ve ekstansör tendon rüptürlerinin ancak %10'u oranında görülür. Bu durum için risk faktörleri arasında ulnar başın dorsal subluksasyonu, karpal kemiklerin supinasyonu, distal radiusun tarak işareti, 6 aydan uzun süren tenosinovit ve ekstansör karpi ulnaris tendonunun dislokasyonu yer almaktadır.

Ekstansör tendon rüptürü, erken bir aşamada uygun şekilde tedavi edilmezse, ciddi fonksiyon kaybına yol açabilir.Romatoid artrit hastalarında ekstansör tendon rüptürü onarımında uçuca anastomoz yerine, tendon transferi ve tendon grefti uygulamaları tercih edilmektedir. Tendon transferi, ekstansör fonksiyonun geri kazanılması için birincil tedavidir ve birçok merkez bu tür tedavilerle tatmin edici sonuçlar bildirmiştir.

Vaka Sunumu

58 yaşında erkek, sağ el dominant, işçi emeklisi olan hasta 3 gündür olan sol el 4.parmakta hareket kaybı nedeniyle başvurdu. Öncesinde travma öyküsü yoktu. Bilinen hastalıkları romatoid artrit, hipertansiyon ve diyabetti. Aktif sigara içicisi olduğu öğrenildi. Romatoid artrit tedavisi için metotreksat 15 mg /hafta ve metilprednizolon 5 mg /gün kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde dirseklerde romatoid nodüller mevcuttu. Sol el bilek dorsalinde sinovyal hipertrofi saptandı. Sol el 4.parmakta aktif ekstansiyon yapamıyordu. Pasif eklem hareket açıklığı ise tam ve ağrısızdı.

El eklemleri için yapılan ultrasonografik incelemede: El bileği düzeyinde ulnar styloid konturlarında düzensizlik, eklem aralığında sıvı artışı saptandı. Ekstensör tendon kılıflarında özellikle 3. ve 4. parmak düzeyinde olmak üzere en kalın yerinde 1.5 cm'ye ulaşan yoğun içerikli tenosinovit saptandı. 4. parmak ekstensör tendonu metakarp düzeyinden itibaren vüzüalize edilemedi. Metakarp düzeyinde ve proksimalinde ise belirgin ince görünümdeydi. Metakarpofalangial eklemlerde ise artirit bulguları mevcuttu. Hasta ortopedi ve travmatoloji bölümüne konsülte edildi. Operasyon sonrasında hasta el rehabilitasyon programına alındı.

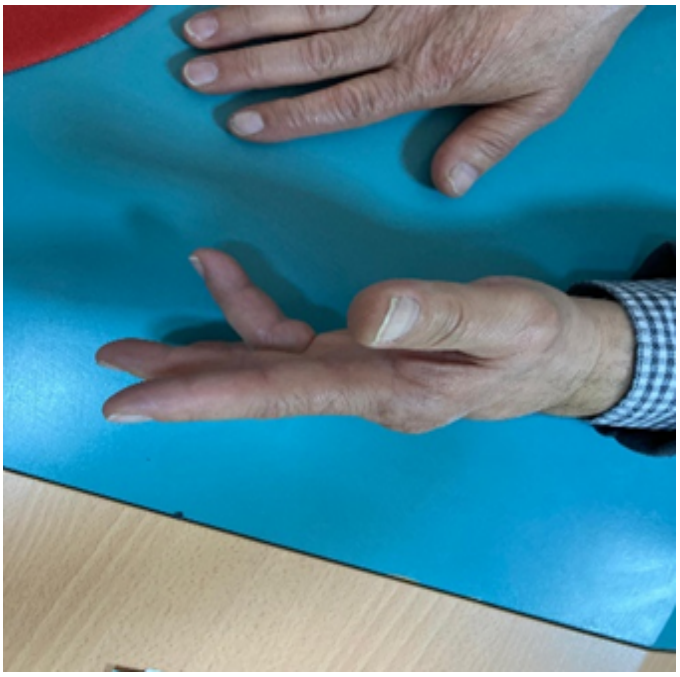
Sonuç

Romatoid artrit sadece artrit ve eklem harabiyeti yolu ile fonksiyon kaybına neden olmamakta aynı zamanda sebep olduğu tenosinovit tabloları da hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir. Spontan tendon rüptürü sık görülen bir tablo olmasa da hastalarda ciddi fonksiyon kaybına neden olmaktadır. Cerrahi onarım ve rehabilitasyon programının yanı sıra hastanın medikal tedavisinin düzenlenip yakın takibinin planlanması tedavinin başarısı için önemlidir.

Kaynakça

1. G.L. Gallucci, N. Pacher, J.G. Boretto, P. De Carli. Bilateral rupture of the extensor pollicis longus tendon. A case report. Chirurgie de la main 32 (2013) 186-188.
2. Jung-Hua Hsueh, Wen-Chung Liu, Kuo-Chung Yang, Kuei-Chang Hsu, Cheng-Ta Lin, Lee-Wei Chen. Spontaneous Extensor Tendon Rupture in the Rheumatoid Wrist Risk Factors and Preventive Role of Extended Tenosynovectomy. Ann Plast Surg 2016;76: S41-S47.
3. C. Biehl, M. Rupp, S. Kern, C. Heiss, T. ElKhassawna, G. Szalay. Extensor tendon ruptures in rheumatoid wrists. European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology (2020) 30:1499-1504.
4. Young Seok Lee, Hee Soo Kim, Yeong Hwan Kim, Young-Hoon Jo, Bong Gun Lee, Chang-Hun Lee. Long-term clinical outcome of tendon transfer and tendon graft for extensor tendon ruptures in rheumatoid hands. Lee et al. BMC Musculoskeletal Disorders (2022) 23:865.
5. Hyun Sik Gong, Joon Oh Lee, Goo Hyun Baek, Byung Sung Kim, Jin Young Kim, Jae Seong Lee, Choel Ho Song. Extensor Tendon Rupture In Rheumatoıd Arthrıtıs: A Survey Of Patıents Between 2005 And 2010 At Fıve Korean Hospıtals. Hand Surgery, Vol. 17, No. 1 (2012) 43-47.

Resim 1



Resim 2



POSTER

Bir Olgu Sunumu ve Sakral Yetmezlik Fraktürü

Yazarlar: Zehra Devlez 1, Dilek Durmuş 1, Bora Uzuner 2, Erdal Hancı 3
Yazarların kurumları:
1-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
2-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı
3-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş

Stres fraktürü türlerinden biri olan sakral yetmezlik fraktürü, mineralizasyonu ve elastik kuvveti azalmış kemiğin normal streslere maruz kalması sonucu oluşur (1,2). Ağrı nedeniyle hastaneye başvuran 55 yaş civarı kadınlarda sakral yetmezlik fraktürü insidansı %1,8 olarak belirtmişse de, gerçekte tanının atlanmış olabileceği nedeniyle insidansın daha fazla olacağına inanılmaktadır (4). Sakral yetmezlik fraktürü mevcut olan 181 yaşlı erişkin hastanın dahil edildiği retrospektif bir çalışmada Mortalite hızı yılda %23 olarak bulunmuştur (3).

Postmenapozal osteoporoz başta olmak üzere, steroid kullanımına bağlı osteopeni, radyoterapi öyküsü, osteomalazi, osteopetrozis, hiperparatiroidi, renal osteodistrofi, lumbosakral füzyon, Paget hastalığı, alt ekstremiteye yönelik rekonstrüktif cerrahi, organ transplantasyonu, multiple myeloma, malignite, romatoid artrit, uzun süreli yatak istirahati, hiperaldosteronizm stres fraktürünün risk faktörleridir (5).

Bu olgu sunumunda, özellikle ilerleyen yaşlarda bel ve kalça ağrısı etiyolojisinde akılda tutulması gereken sakral yetmezlik fraktürüne dikkati çekmek amaçlanmıştır.

Vaka Sunumu

Elli sekiz yaşında kadın hasta 2 aydır devam eden, aksiyel bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Travma hikayesi, inkontinans, bacaklarda uyuşma tariflemiyordu. Öne eğilmekle, yatak içi dönmelerde artan ağrı tarifliyordu.

Hastanın medikal kayıtlarında hipertansiyon ve kronik ürtiker tanıları bulunuyordu. Kronik ürtiker nedeniyle steroid kullanım öyküsü de mevcuttu.

Bel eklem hareket açıklığı fleksiyon ve ekstansiyonda ağrılıydı. Düz bacak kaldırma ve Laseque testleri negatifti. Nörolojik muayene ve kalça muayenesi normaldi.

Eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein normal sınırlardaydı. Lomber vertebra BT görüntüleri lombar spondiloz ve faset artrozu ile uyumluydu. Hastaya algoloji bölümü tarafından faset blokajı uygulanmış, ağrıları uygulama sonrası birinci haftada tekrar başlamıştı.

Hastadan lomber vertebra MR istendi, sakrumda her iki yarıda nöral foramenlere uzanım gösteren lineer fraktür hattı ve kemik iliğinde yaygın ödem izlendi ve sakral yetmezlik fraktürü açısından anlamlı kabul edildi.

Hastaya yatak istirahati önerildi, günlük kombine kalsiyum ve Vitamin D3 takviyesi başlandı. Kemik taraması yapıldı, femur boyun t skoru: -1.7, lombar total t skoru: -1.9 olarak görüldü. Hastaya intravenöz yıllık zoledronik asit tedavisi planlandı.

Tartışma

Bel ve kalça ağrısının nedenlerinden sakral fraktür için risk faktörleri ileri yaş, pelvik fraktür öyküsü, glukokortikoid kullanımı, zayıf beden kitle indeksi, sigara kullanımı ve aşırı düzeyli alkol kullanımı, pelvik bölgeyi içeren radyasyon öyküsü, Paget hastalığı, romatoid artrit, diyabet olarak tanımlanabilir.

Hastamızda sakral yetmezlik fraktürü açısından risk faktörü olarak d vitamini eksikliği, ileri yaş ve glukokortikoid kullanım öyküsü bulunmaktaydı.

Stres fraktürlerinden olan yetmezlik fraktürü; elastisitesi azalmış kemiğin normal şiddette strese maruz kalması sonucu gelişir ve sakrumda oluştuğunda ana semptom belirgin bir travma hikayesi olmadan gelişen mekanik tipte şiddetli ağrıdır (2,7).

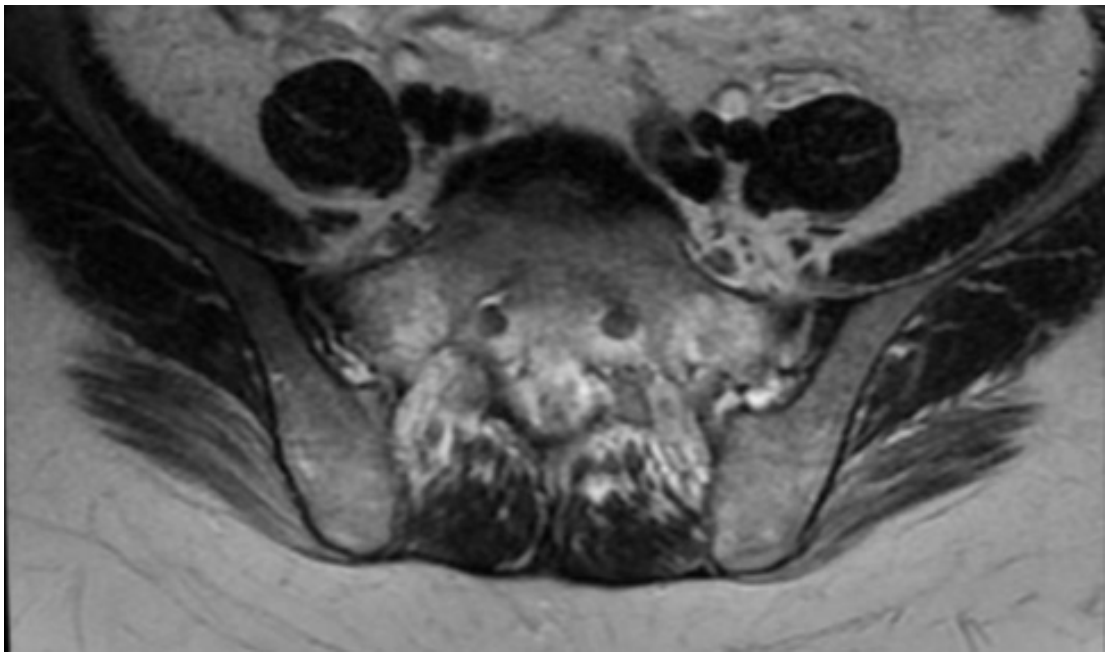
Ağrı; bel, sakrum, kasık ve kalça ağrısı şeklinde olabilir. Fonksiyonel yetmezlik ve antaljik yürüyüş görülebilir. Sakroiliak eklem testleri spesifik olmamakla birlikte pozitif bulunabilir. Sakral bölgede palpasyonla ve kompresyonla hassasiyet, bel eklem hareket açıklıklarında azalma ve radikülopati bulguları saptanabilir. Nörolojik muayene, Trendelenburg ve siyatik sinir germe testleri (Lasegue ve düz bacak kaldırma testleri) normal olabilir (5,8,9).

Şüphelenilen vakalarda başvurulacak ilk görüntüleme yöntemi direkt grafilerdir. Semptomlar başladıktan 3 hafta sonrasına kadar direk grafi normal olabileceği gibi trabeküler kompresyona ya da kallus formasyonuna bağlı skleroz görülebilir. Ancak bulgu olmaması yada bulguların müphem olması nedeniyle direk grafide kırık hattı gözden kaçabilir (2). Radyonüklid sintigrafi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG gibi daha ileri tetkikler ayırıcı tanı ve teşhiste gerekli olabilir. Fraktür hattındaki kemik iliği ödemini göstermede MRG yüksek sensitiviteye sahiptir, BT görüntüleri de fraktür hattını tespit edebilir
Tedavi konservatif olma eğilimindedir. İlk basamak ağrı kontrolüdür. Ağrı geçinceye kadar yatak istirahati, asetominofen, analjezik ve anti-inflamatuvar ajanlar ve fiziksel tedavi modaliteleri, gerekli durumlarda narkotik analjezikler kullanılabilir. Steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçların (NSAİİ) kullanımı net değildir. Nsaii'lar ağrı ve inflamasyonu azaltmasına rağmen hayvanlarda kırık hattında kaynamada gecikme ve osteoblastik aktivite inhibisyonu yapmaktadır (5).
Osteoporoz tespit edilen hastalarda tedaviye osteoporoza yönelik önlemler ve medikal tedavi de eklenmelidir (2,5).
Sonuç olarak lombar bölge ağrısı olan, osteoporotik yaşlı hastalarda travma varlığına bakılmaksızın sakal yetmezlik kırığı mutlaka tanıda düşünülmelidir.

Kaynakça

1. Narvaez J, Narvaez JA. Post-partal sacral fatigue fracture. Rheumatology (Oxford) 2003;42:384-5.
2. Şirvancı M, Ganiyusufoğlu AK, Ulusoy OL, Duran C, Aydıner Ö. Sakral yetersizlik kırıklarının tanısında MRG. Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi 2002;8:279-83.
3. Outcomes of displaced and nondisplaced pelvic and sacral fractures in elderly adults.
AU: Mears SC, Berry DJ, SO: J Am Geriatr Soc. 2011;59(7):1309. Epub 2011 Jun 30.
4. Lee YJ, Bong HJ, Kim JT, Chung DS. Sacral insufficiency fracture, usually overlooked cause of lumbosacral pain. J Korean Neurosurg Soc 2008;44:166-9.
5. Tsiridis E, Upadhyay N, Giannoudis PV. Sacral insufficiency fractures: current concepts of management. Osteoporos Int 2006;17:1716-25.
6. PubMed, Imaging and treatment of sacral insufficiency fractures. AU: Lyders EM, Whitlow CT, Baker MD, Morris PP, SO: AJNR Am J Neuroradiol. 2010;31(2):201. Epub 2009 Sep 17.
8. Grasland A, Pouchot J, Mathieu A, Paycha F, Vinceneux P. Sacral insufficiency fractures: an easily overlooked cause of back pain in elderly women. Arch Intern Med 1996;156:668-74.
9. Lin JT, Lutz GE. Postpartum sacral fracture presenting as lumbar radiculopathy: a case report. Arch Phys Med Rehabil 2004;85:1358-61.

Resim 1: bilateral lineer fraktür hattı ve çevresinde kemik iliği ödemi



SEMPOZYUM ORGANİZASYONU

Gorgen Turizm ve Seyahat Acentesi
2 No.lu Beşirli Mah. Devlet Sahil Yolu Cad. Deniz Apt.
No: 122/A Ortahisar/Trabzon

0462 888 7 999 - info@gorgenmice.com

Hüseyin Burak UZUN
0532 680 29 80

www.karat.org.tr