Bildiri Kitabı

Karadeniz Romatoloji ve Ağrı Sempozyumu

Genç Adım

19 - 21 Mayıs 2023

Sheraton Grand Samsun Hotel

Karadeniz Romatoloji ve Ağrı Topluluğu Derneği

karat.org.tr

Karadeniz Romatoloji ve Ağrı Sempozyumu

Genç Adım

19 - 21 Mayıs 2023
Sheraton Grand Samsun Hotel

Değerli Meslektaşlarım;

KARAT olarak 28-30 Ekim 2022 tarihlerinde gerçekleştirdiğimiz ve bölgemizdeki hekimler tarafından büyük bir beğeni ile karşılanan İlk Adım Sempozyumu'nun ardından Genç Adım Sempozyumu ile yolumuza devam ediyoruz.

Ülkemiz ve kentimiz için çok önemli olan 19-21 Mayıs 2023 tarihlerinde, Sheraton Grand Samsun Hotel'de gerçekleştireceğimiz Genç Adım Sempozyumu'nun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Romatoloji ve Algoloji hekimlerinin büyük ilgisini çekeceğini düşünüyoruz.

Spastisitenin tüm yönleriyle konuşulduğu TonUS kurs programı ile başlayacak olan bilimsel programımız, sık görülen romatolojik hastalıkların ve güncel tedavi seçeneklerinin farklı bir bakış açısı ile tartışılacağı oturumlarla devam edecektir.

Bizim için İLK ve GENÇ ADIM, bölgemiz için büyük bir adım olan bu toplantılarda, sizlerin desteği bizlere güç verecek ve daha büyük projelerle yolumuza devam etmemizi sağlayacaktır.

Prof. Dr. Ayhan BİLGİCİ
KARAT Yönetim Kurulu Başkanı

KARAT
KARADENİZ ROMATOLOJİ VE AĞRI TOPLULUĞU

www.karat.org.tr

KURULLAR

BAŞKAN
Dr. Ayhan BİLGİCİ

YÖNETİM KURULU

Dr. Gamze ALAYLI
Dr. Dilek DURMUŞ
Dr. Yasemin ULUS
Dr. Yeşim AKYOL
Dr. İlker İLHANLI
Dr. Ahmet Kıvanç CENGİZ
Dr. Bora UZUNER

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Dr. Ayhan BİLGİCİ (Başkan)
Dr. Gamze ALAYLI
Dr. Dilek DURMUŞ
Dr. Yasemin ULUS
Dr. Yeşim AKYOL
Dr. İlker İLHANLI
Dr. Ahmet Kıvanç CENGİZ
Dr. Bora UZUNER
Dr. Dt. Manolya İLHANLI

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Dr. Ayhan BİLGİCİ (Başkan)
Dr. Gamze ALAYLI
Dr. Dilek DURMUŞ
Dr. Yasemin ULUS
Dr. Yeşim AKYOL
Dr. İlker İLHANLI
Dr. Ahmet Kıvanç CENGİZ
Dr. Bora UZUNER
Dr. Sertaç KETENCİ
Dr. Murat KARKUCAK
Dr. Erhan ÇAPKIN
Dr. Fazıl KULAKLI
Dr. Dt. Manolya İLHANLI

BİLİMSEL SEKRETERYA

Dr. Yasemin ULUS
Dr. Ahmet Kıvanç CENGİZ
Dr. Bora UZUNER
Dr. Sertaç KETENCİ

SEMPOZYUM PROGRAMI

19 Mayıs 2023

09:00 - 16:00

09:00 **Açılış Konuşması**
OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimi
Dr. Fatih Özkan

TonUS
Spastik/Distonik Ekstremitelerde Ultrason Eşliğinde Botulinum Toksin Uygulamaları Kursu

Spastik/distonik ekstremitelerde ultrason eşliğinde botulinum toksin uygulamalarının tartışılacağı bu kurs 50 kişilik kontenjan ile sınırlı olup, kayıtlar başvuru sırası önceliğine göre yapılacaktır.

Eğiticiler
Dr. Bayram Kaymak, Dr. Levent Özçakar, Dr. Murat Kara, Dr. Orhan Güvener, Dr. Bora Uzuner

Kurs Programı

09:30 - 10:00	Spastik – Distonik Ekstremite Dr. Bayram Kaymak
10:30 - 11:00	EURO-MUSCULUS/USPRM Yaklaşımı Dr. Murat Kara
11:00 - 11:30	Üst Ekstremite Kaslarının Görüntülenmesi Dr. Orhan Güvener
11:30 - 12:00	Alt Ekstremite Kaslarının Görüntülenmesi Dr. Levent Özçakar
13:30 - 16:00	Uygulama (Öğleden önceki oturumlar Sheraton Grand Samsun Hotel'de yapılacaktır. Spastik/distonik hasta değerlendirmesi ve botulinum toksin uygulama pratiği ise Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde gerçekleştirilecektir.)

KARAT
KARADENİZ ROMATOLOJİ VE AĞRI TOPLULUĞU

SEMPOZYUM PROGRAMI

20 Mayıs 2023

09:00 Açılış Konuşmaları

09:15-10:30
I. Oturum: Gençlik Başımda Duman
Oturum Başkanları ve Tartışmacılar: Dr. Erhan Çapkın, Dr. Hatice Bodur

09:15-09:30 Sunum: Genç AS
Konuşmacı: Dr. İlker Fatih Sarı

09:30-09:45 Sunum: Genç PsA
Konuşmacı: Dr. İsmihan Sunar

09:45-10:00 Sunum: Genç RA
Konuşmacı: Dr. İpek Okutan

10:00-10:30 Tartışma

10:30-10:45 Ara

10:45-11:30 Uydu Sempozyumu AMGEN®
Inflamatuvar Romatizmal Hastalıkların Tedavisinde Fark Yaratan Seçenek
Konuşmacılar: Dr. Ayhan Bilgici, Dr. Zafer Günendi, Dr. Hilal Eser Öztürk

11:30- 12:45
II. Oturum: İpuçlarını Takip Et: Kime Hangi İlaç?
Oturum Başkanları ve Tartışmacılar: Dr. Ayhan Bilgici, Dr. Murat Karkucak, Dr. Zafer Günendi

11:30-11:45 Sunum: DMARD'lar
Konuşmacı: Dr. Yunus Durmaz

SEMPOZYUM PROGRAMI

20 Mayıs 2023

11:45-12:00 Sunum: Biyolojikler
Konuşmacı: Dr. Sertaç Ketenci

12:00-12:15 Sunum: Hedefe Yönelik Küçük Moleküller
Konuşmacı: Dr. Ahmet Kıvanç Cengiz

12:15-12:45 Tartışma

12:45-13:30 Öğle Yemeği

13:30-14:45
III. Oturum: Bel Ağrıları: Var Mı Benden Daha Sık Olan?
Oturum Başkanları ve Tartışmacılar: Dr. Ayşegül Ketenci, Dr. Cengiz Çokluk, Dr. Fatih Özkan

13:30-13:45 Sunum: Bel Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Konuşmacı: Dr. Zerrin Kasap

13:45-14:00 Sunum: Bel Ağrısı Nöropatik Ağrı Mıdır?
Konuşmacı: Dr. İdris Şevki Köken

14:00-14:15 Sunum: Bel Ağrısında Girişimsel Yaklaşımlar
Konuşmacı: Dr. Hakan Gündüz

14:15-14:45 Tartışma

14:45-15:00 Ara

SEMPOZYUM PROGRAMI

20 Mayıs 2023

15:00-15:45 Uydu Sempozyumu
Intraarteküler Enjeksiyonlar
Konuşmacı : Giulia Avio (Regulatory Affairs Manager)

15:45-17:00
IV. Oturum: Tanıya Giden Yolda Ben
Oturum Başkanları ve Tartışmacılar: Dr. Tuncay Duruöz, Dr. Mehmet Derya Demirağ

15:45-16:00 Sunum: Bağ Dokusu Hastalıkları: Tahmin Et Ben Kimim?
Konuşmacı: Dr. Hatice Şule Baklacıoğlu

16:00-16:15 Sunum: Vaskülit: Emin misin?
Konuşmacı: Dr. Cemal Gürbüz

16:15-16:30 Sunum: Akılcı Laboratuvar Kullanımı: Paketi Aşalım Mı?
Konuşmacı: Dr. Nesrin Şen

16:30-17:00 Tartışma

17:00-17:15 Ara

17:15-18:00 Sözlü Bildiriler-1
Oturum Başkanları: Dr. Ayla Çağlıyan Türk, Dr. Münevver Serdaroğlu Beyazal

18:00-18:15 Ara

18:15-19:00 Sözlü Bildiriler-2
Oturum Başkanları: Dr. Berna Tander, Dr. Fazıl Kulaklı

SEMPOZYUM PROGRAMI

21 Mayıs 2023

08:30-09:45
V. Oturum: Uzmanına Danış /Osteoporoz
Oturum Başkanları: Dr. Figen Ayhan, Dr. Ayşegül Ketenci
Konuşmacı: Dr. Dilşad Sindel

09:45-10:00 Ara

10:00-10:15 Akılcı İlaç Sunumu
Konuşmacı: Dr. Sertaç Ketenci

10:15-11:15
VI. Tematik Oturum
Oturum Başkanları: Dr. Canan Çelik, Dr. Ömer Faruk Serdar

10:15-10:35 Romatizma ve Mikrobiyota
Konuşmacı: Dr. Nilay Şahin

10:35-10:55 Romatizmal Hastalıklar ve Psikiyatrik Semptomlar
Konuşmacı: Dr. Gökhan Sarısoy

10:55-11:15 Herkese Bir Spor
Konuşmacı: Dr. Erdal Hancı

11:45 Kapanış

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Temporomandibular Eklem Tutulumu Olan Remisyonda Yerleşik Romatoid Artritli Hastada Ekstra-oral Eklem Otomobilizasyonu ve Rocabado Egzersizlerinin Etkinliği

Manolya İLHANLI1, İlker İLHANLI2
[1] **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı**
[2] **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı**
İletişim: İlker İLHANLI, Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye, E-posta: ilkerilhanli@hotmail.com

Özet
İlerleyici eklem hasarı ile karakterize kronik otoimmün bir hastalık olan Romatoid artritin (RA) toplumda görülme sıklığı %0,5-1'dir (1). RA'lı hastalarda temporomandibular eklem (TME) tutulumu sıklığı ise %2-86'dır (2). Klinik semptom ve bulgular arasında ağrı, hareket kısıtlılığı, krepitasyon, palpasyonla eklem ve çiğneme kaslarında ağrı ve kilitlenme sayılabilir (3). Kondiler erozyon, kistler, düzleşme ve skleroz görüntüleme bulgularıdır (4). RA'da non-redükte anterior disk deplasmanı görülme sıklığı ise yaklaşık %20 olarak bildirilmiştir (5). Bu olgu sunumunda TME tutulumu tespit edilen, remisyonda, yerleşik seronegatif RA'sı olan bir kadın hastada ekstra-oral eklem otomobilizasyonu (6) ve Rocabado egzersizlerinin (7) etkinliği tartışmayı amaçladık. Yaklaşık 15 yıldır RA tanısı ile takipli olan 67 yaşında kadın hasta bir yıldan uzun süredir çiğneme ile çenede ağrı şikayetiyle başvurdu. Görsel ağrı skalasında (VAS ağrı) hasta ağrısının şiddetini 6.7 olarak işaretledi. Hastanın oral muayenesinde TME hareketi ağrısız ve açıktı. Sağda eklemde klik sesi ve bilateral krepitasyon vardı. Bilateral pterygoid kaslarda palpasyonla ağrı ile ağız açmada deviasyon mevcuttu. Hastanın periferik eklem muayenesinde artrit ve/veya deformitesi yoktu. Romatoid faktör (RF) ve anti-sitrüline siklik peptit (anti-CCP) negatif olan hastanın 28 eklemle değerlendirilen hastalık aktivite skoru (DAS 28) 1,98'di.Hasta son 5 yıldır abatacept tedavisi altındaydı. Manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol TME'de erozyon (**Resim 1**), sağ TME'de non-redükte anterior disk deplasmanı tespit edildi (**Resim 2 ve 3**). Hastaya TME'ye yönelik ekstra-oral eklem otomobilizasyonu ve Rocabado egzersizleri başlandı. Tedavi başlangıcından 2, 4, 6 ve 12 hafta sonra hastanın çiğneme sırasındaki VAS ağrı değerleri sırasıyla 4.6, 3.4, 2.2 ve 1,4'tü. Sağda klik sesi, bilateral krepitasyonu ve ağız açmada deviasyonu devam eden hastanın 4. Hafta itibariyle pterigoid kaslarda palpasyonla ağrısı olmadı. Bu sonuç TME tutulumu olan RA hastalarında, ekstra-oral otomobilizasyonun ve Rocabado egzersizlerinin birlikte uygulanmasının ağrıyı gidermede erken dönemde etkin olabileceğini ve bu etkinin tedaviden sonra da görülebileceğini gösteriyor olabilir.
Anahtar Kelimeler: Disk deplasmanı, Otomobilizasyon, Rocabado Egzersizleri, Romatoid artrit, Temporomandibular eklem

Tam Metin

Giriş

İlerleyici eklem hasarı ile karakterize kronik otoimmün bir hastalık olan Romatoid artritin (RA) toplumda görülme sıklığı %0,5-1'dir (1). Kadınlarda daha sıktır (2). Etiyolojisinde genetik predispozisyon, mikrobiyolojik, hormonal ve çevresel faktörler yer alır (3). Periferik eklemlerde sinovyal dokuda immün hücre infiltrasyonu ve artmış inflamatuvar mediatör salınımı ile eklem yapısında ve fonksiyonunda bozulmalar ortaya çıkar (4).

RA'lı hastalarda temporomandibular eklem (TME) tutulumu sıklığı ise %2-86'dır (2). Klinik semptom ve bulgular arasında ağrı, hareket kısıtlılığı, krepitasyon, palpasyonla eklem ve çiğneme kaslarında ağrı ve kilitlenme sayılabilir (3). Kondiler erozyon, kistler, düzleşme ve skleroz görüntüleme bulgularıdır (4). RA'da non-redükte anterior disk deplasmanı görülme sıklığı ise yaklaşık %20 olarak bildirilmiştir (5). TME'de intra-oral ve ekstra-oral mobilizasyon teknikleri uygulanabilmektedir. İntra-oral mobilizasyon ve splintleme yöntemi eklemde kilitlenme varlığında öncelikli olarak tercih edilebilmektedir. Ekstra-oral otomobilizasyon tekniği ise hasta tarafından kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir, etkin bir yöntem olarak TME hastalıklarında kullanılabilmektedir (6). Rocabado'nun egzersiz protokolünde 6 egzersizin 6 hafta boyunca günde 6 kere ve her egzersizin 6 kere tekrarlanması önerilmektedir (7). Bu egzersizler TME stresini azaltarak, mobiliteyi arttırmak, servikal bölge ve üst torakalde postural düzelmeyi sağlamak ve bölgedeki nöromuskuler kontrolü arttırmak amacıyla geliştirilmiştir.

Bu olgu sunumunda TME tutulumu tespit edilen, remisyonda, yerleşik seronegatif RA'sı olan bir kadın hastada ekstra-oral eklem otomobilizasyonu ve Rocabado egzersizlerinin etkinliği tartışmayı amaçladık.

Olgu

Yaklaşık 15 yıldır RA tanısı ile takipli olan 67 yaşında kadın hasta bir yıldan uzun süredir çiğneme ile çenede ağrı şikayeti başvurdu. Görsel ağrı skalasında (VAS ağrı) hasta ağrısının şiddetini 6.7 olarak işaretledi. Hastanın oral muayenesinde TME hareketi ağrısız ve açıktı. Sağda eklemde klik sesi ve bilateral krepitasyon vardı. Bilateral pterygoid kaslarda palpasyonla ağrı ile ağız açmada deviasyon mevcuttu. Hastanın periferik eklem muayenesinde artrit ve/veya deformitesi yoktu. Romatoid faktör (RF) ve anti-sitrüline siklik peptit (anti-CCP) negatif olan hastanın 28 eklemle değerlendirilen hastalık aktivite skoru (DAS 28) 1,98'di.Hasta son 5 yıldır abatacept tedavisi altındaydı. Manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol TME'de erozyon (**Resim 1**), sağ TME'de non-redükte anterior disk deplasmanı tespit edildi (**Resim 2 ve 3**). Hastaya TME'ye yönelik ekstra-oral eklem otomobilizasyonu (**Tablo 1**) ve Rocabado egzersizleri (**Tablo 2**) başlandı. Tedavi başlangıcından 2, 4, 6 ve 12 hafta sonra

hastanın çiğneme sırasındaki VAS ağrı değerleri sırasıyla 4.6, 3.4, 2.2 ve 1,4'tü. Sağda klik sesi, bilateral krepitasyonu ve ağız açmada deviasyonu devam eden hastanın 4. Hafta itibariyle pterigoid kaslarda palpasyonla ağrısı olmadı.

Tartışma

Temporomandibular eklem hastalıklarında egzersiz tedavisi oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Ekstra-oral otomobilizasyon (6) ve Rocabado egzersizleri (7,8) ağrının azaltılmasında, çiğneme kaslarının fonksiyonunun geliştirilmesinde ve postürün düzeltilmesinde etkili yöntemler olarak ortaya konmuştur. Bu olgu sunumu ile TME tutulumu tespit edilen, remisyonda, yerleşik seronegatif RA'sı olan bir kadın hastada ekstra-oral eklem otomobilizasyonu ve Rocabado egzersizlerinin etkinliği tartışmayı amaçladık.

Literatürde RA hastalarında TME tutulumunun sıklıkla bilateral olduğu belirtilmiştir (4). Olgumuzda her iki eklemde de ağrı olmakla beraber sadece sol TME'de erozyon tespit edildi. Olgumuzda olduğu gibi TME'de disk deplasmanı tespit edilen vakalar ise çoğunlukla tek taraflı tutulum şeklindedir (9). RA hastalarında TME tutulumu ile ortaya çıkan değişiklikler MRG ve konik ışınlı bilgisayarlı tomografi görüntülerinde inflamatuvar sürece ve yapısal değişikliklere ait görüntüler şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bunlar arasında sinovit, kortikal erozyonlar, mandibular kondilde destrüksiyon ve düzleşme, skleroz artışı, subkortikal kistler, osteofit formasyonu ve fibrozis sayılabilir (4). Olgumuzda solda kondilde erozyon tespit edildi. Literatürde RA hastalarında disk deplasmanına sıklıkla rastlandığı ve bu durumun diğer RA'ya bağlı yapısal anormalliklerden bağımsız olarak ta görülebildiği vurgulanmıştır (9). Olgumuzda da tek taraflı disk deplasmanı vardı. Çiğneme kaslarında ağrı ve TME ağrısı bruksizmde görülebilir fakat olgumuzda bruksizm düşünülmedi. Bruksizm TME ağrısı olanlarda ağrısı olmayanlara göre daha fazladır (10). Bruksizm, diş sıkma olarak ta tarif edilebilecek bir klinik durum olup Lobbezoo ve ark. (11) tarafından oluşturulan tanı kriterlerine göre; hastanın kişisel beyanı, uyurken ve uyanıkken bruksizm varlığına yönelik sorular, çene, dişler ve yumuşak dokuları da içeren oral muayene ile tanısı konmaktadır.

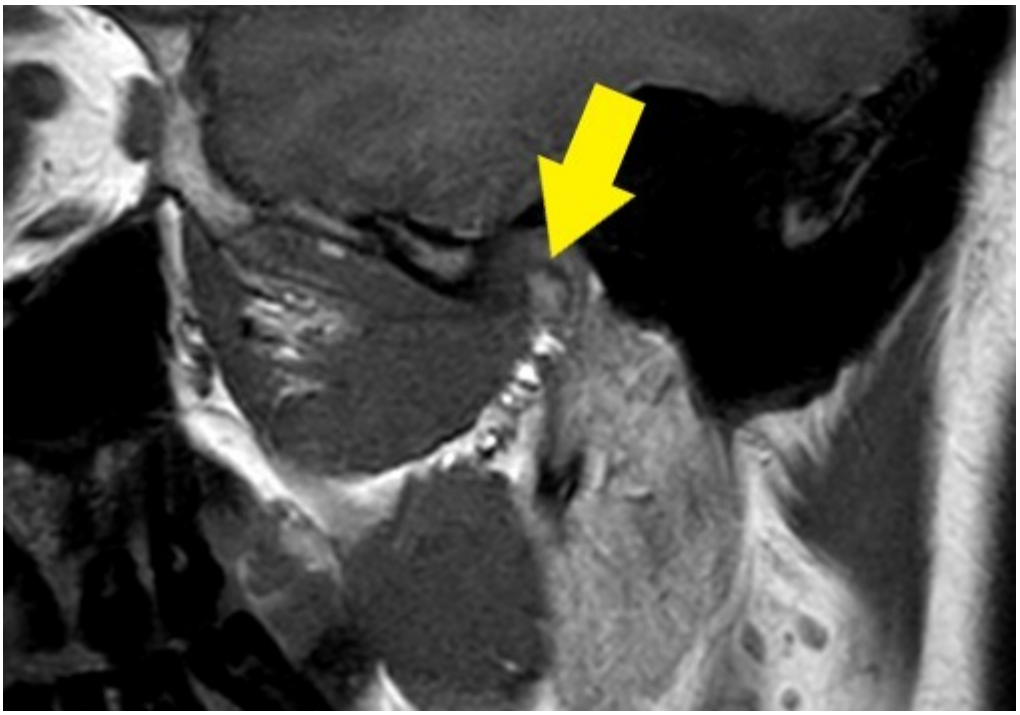
Fizik tedavi modaliteleri dışında, TME ağrılarında eklemin hipomobil veya hipermobil olmasına göre uygun egzersiz tekniklerinin etkinliği kanıtlanmıştır (12). Olgumuzda ekstra-oral otomobilizasyon ve Rocabado egzersizleri birlikte uygulanmıştır. Literatürde her iki yöntem de ağrı ve fonksiyon üzerine olumlu etkilere sahip görünmektedir ancak bu konuda yeterince çalışma yer almamaktadır (6-8). Bizim olgumuz dışında, TME tutulumu olan RA hastalarında bu yöntemin daha önce kullanıldığına dair literatürde herhangi bir bilgiye ulaşılamadı. Hastanın VAS ağrı skorundaki hızlı düzelme bu prosedürün ağrı üzerine etkinliğini gösteriyor olabilir. Ayrıca, tedavi sonrasında dahi bu etkinliğin sürüyor olması yöntemin kalıcı etkilerinin olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Sonuç

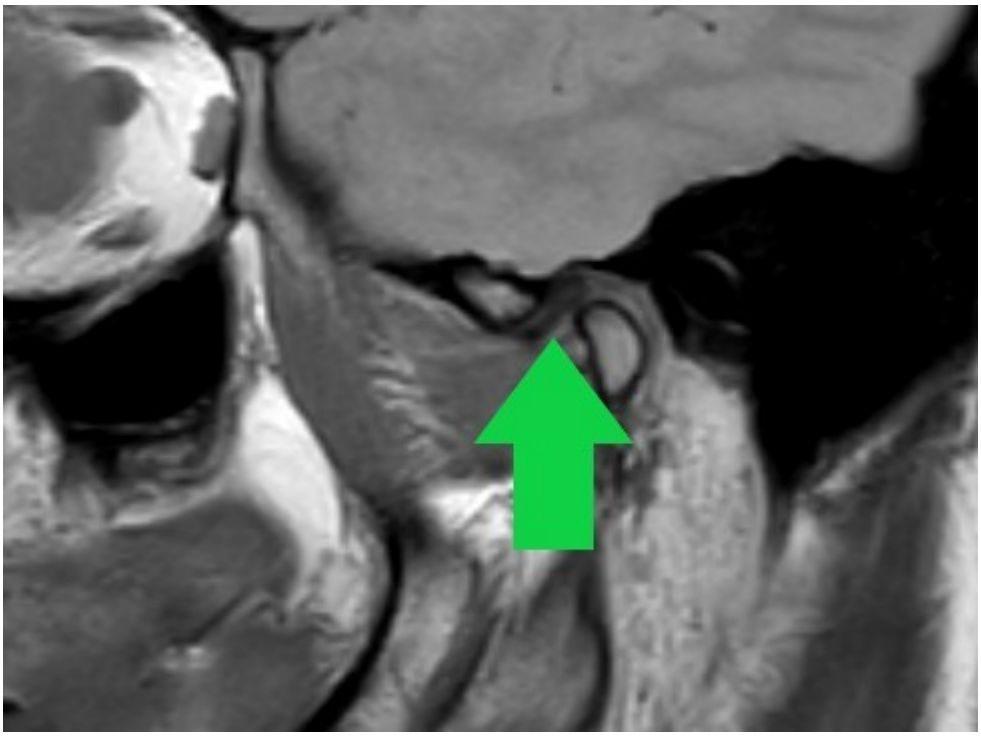
Bu sonuç TME tutulumu olan RA hastalarında, ekstra-oral otomobilizasyonun ve Rocabado egzersizlerinin birlikte uygulanmasının ağrıyı gidermede erken dönemde etkin olabileceğini ve bu etkinin tedaviden sonra da görülebileceğini gösteriyor olabilir.

Kaynaklar

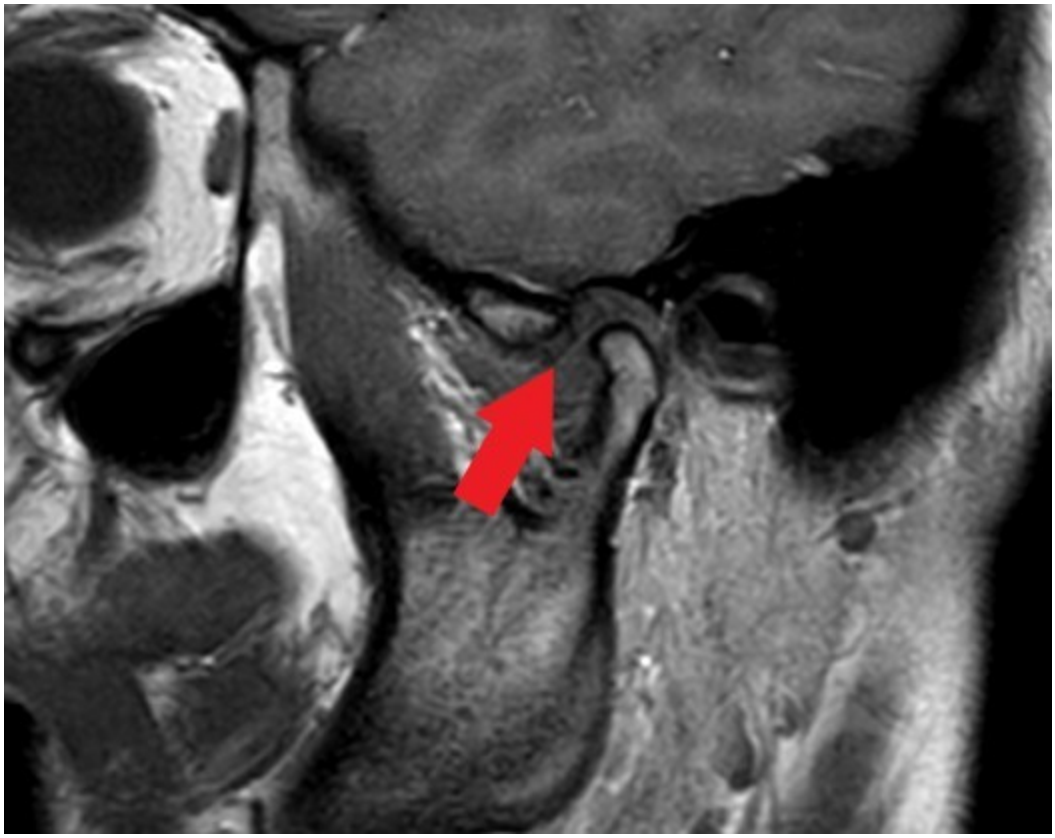
1.Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. Arthritis Res 2002; 3: S265272.
2.Lin YC, Hsu ML, Yang JS, Liang TH, Chou SL, Lin HY. Temporomandibular joint disorders in patients with rheumatoid arthritis. J Chin Med Assoc 2007; 70: 527534.
3.Yilmaz HH, Yildirim D, Ugan Y, Tunc SE, Yesildag A, Orhan H, Akdag C. Clinical and magnetic resonance imaging findings of the temporomandibular joint and masticatory muscles in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatol Int 2012; 32: 11711178.
4.Cordeiro PC, Guimaraes JP, de Souza VA, Dias IM, Silva JN, Devito KL, Bonato LL. Temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis patients: association between clinical and tomographic data. Acta Odontol Latinoam. 2016 Dec;29(3):123-129. English. PMID: 28383601.
5.Celiker R, Gökçe-Kutsal Y, Eryilmaz M. Temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis. Relationship with disease activity. Scand J Rheumatol 1995; 24: 22-5.
6.Hoglund LT, Scott BW. Automobilization intervention and exercise for temporomandibular joint open lock. J Man Manip Ther. 2012 Nov;20(4):182-91. doi: 10.1179/2042618612Y.0000000008. PMID: 24179326; PMCID: PMC3500040.
7.Rocabado M, Iglarsh ZA. Physical modalities and manual techniques used in the treatment of maxillofacial pain. Musculoskeletal Approach to Maxillofacial Pain. 1991:187-192.
8.Uçar İ, Kararti C, Dadali Y, Özüdoğru A, Okçu M. Masseter Muscle Thickness And Elasticity in Bruxism After Exercise Treatment: A Comparison Trial. J Manipulative Physiol Ther. 2022 May;45(4):282-289. doi: 10.1016/j.jmpt.2022.07.004. Epub 2022 Aug 31. PMID: 36057478.
9.Helenius LM, Hallikainen D, Helenius I, Meurman JH, Könönen M, Leirisalo-Repo M, et al. Clinical and radiographic findings of the temporomandibular joint in patients with various rheumatic diseases. A case-control study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99: 455-63.
10.Kroese JM, Volgenant CMC, Crielaard W, et al. Temporomandibular disorders in patients with early rheumatoid arthritis and at-risk individuals in the Dutch population: a crosssectional study. RMD Open 2021; 7: e001485.
11.Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, et al. International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. J Oral Rehabil 2018;45:837–44.
12.Hertling D, Dussault L. The Temporomandibular joint. In: Biblis M, DiPalpa D, Amico A, Schein SC, eds. Therapeutic Exercise. LWW, Philadelphia; 1999:499-524.



Resim 1. Sol teporomandibular eklem kondilde erozyonlar.



Resim 2. Ağız açıkken sağ temporomandibular eklemde anterior disk deplasmanı.



Resim 3. Ağız kapalıyken sağ temporomandibular eklemde anterior disk deplasmanı (Ağız hem açıkken hem de kapalı iken tespit edilen disk deplasmanı non-redükte olduğuna işaret etmektedir).

Tablo 1. Temporomandibular eklem için ekstra-oral otomobilizasyon yöntemi		
Malzeme	**Isırma kuvveti**	**Süre ve tekrar sayısı**
3 cm kalınlığında yuvarlanmış ve üzerine lateks muayene eldiveni geçirilmiş havlu	Havlunun kalınlığında ısırma ile 5-10 mm incelme meydana gelmeli	3 saniye süre ile ısırma 5 kez tekrar edilmeli
6 cm kalınlığında yuvarlanmış ve üzerine lateks muayene eldiveni geçirilmiş havlu	Havlunun kalınlığında ısırma ile 1-2 cm incelme meydana gelmeli	3 saniye süre ile ısırma 5 kez tekrar edilmeli

Tablo 2. Temporomandibular eklem için Rocabado'nun egzersiz protokolü	
Egzersiz	**Egzersizin yapılış şekli**
Dil için dinlenme pozisyonu	Dilin ucu üst damağa, ön dişlerin hemen arkasına yerleştirilir. Burundan diyafragmatik solunum yapılarak dil ile klik sesi çıkarılır. Yardımcı solunum kaslarının kullanılmasından kaçınılır.
Temporomandibular eklem rotasyon kontrolü	Ağzın "menteşe" tarzında kontrollü açılması. Dil dinlenme pozisyonunda, anterior kondiler translasyonu engellemek amacıyla, ağız yavaş ve kontrollü olarak açılır.
Ritmik stabilizasyon	Dil dinlenme konumunda, çenenin sağ ve sol lateral deviasyonuna karşı, çenenin açılıp kapanmasına karşı direnç (işaret parmaklarıyla çenede direnç) uygulanır.
Servikal eklem serbestleme	Vücut dik pozisyonda iken eller baş arkasında c2-7 seviyelerinde kenetlenir ve kraniyoservikal fleksiyon (baş sallama hareketi) çalışılır.
Aksiyal servikal ekstansiyon	Vücut dik pozisyonda iken, göz ve kulaklar aynı seviyede kalacak şekilde (üst servikal fleksiyon ve alt servikal ekstansiyon), baş arkaya doğru eğilerek servikal retraksiyon yapılır.
Omuz kuşağı retraksiyonu	Vücut dik pozisyonda iken servikal vertebraların duruşu bozulmadan, omuz kuşağında retraksiyon ve depresyon yapılır.

Serebral Palsili çocukların ailelerine yönelik eğitim programının hastalık algısı üzerine etkisi

İlker İlhanlı1, Tuba Mızrak2, Mustafa Şahin3
[1] **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı**
[2] **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Havza Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi**
[3] **Havza İlçe Sağlık Müdürlüğü**
İletişim: Mustafa Şahin, Dr.,Havza İlçe Sağlık Müdürlüğü

Özet
AMAÇ: Serebral Palsili çocukların ailelerine yönelik serebral palsi hakkında bilgilendirme ve genel bakım, beslenme, acil durum müdahaleleri ve rehabilitasyon ilkelerini içeren eğitim programının ailelerin hastalık algısı üzerine etkisini değerlendirmek. GİRİŞ: Serebral palsi (SP); gelişmekte olan veya infantil dönemde beyinde zedelenme sonucu gelişen, fetal ve kalıcı olan fakat; ilerleyici olmayan, motor fonksiyon kaybı, duruş ve hareket bozukluğudur (1). Gelişmiş ülkelerdeki SP prevalansı; 1000 canlı doğumda 1,2-2,5 iken ülkemizde 4,4-8'dir (3,4). Dezavantajlı gruplar arasında yer alan serebral palsili çocuklara bakım veren ailelerde hastalık, tedavi ve seyri konusunda eksik veya yanlış bilgilerin varlığı ile karşılaşılmaktadır. Ayrıca, bozulmuş hastalık algısı gibi problemler ile bu problemlerin bakım verilen çocuklar üzerinde olumsuz etkileri görülebilmektedir (5). MATERYAL ve METOT: Havza İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli Aile Hekimlerince serebral palsili çocuğa bakım veren ailelere ulaşılması planlandı. Proje hakkında bilgi verildikten sonra onam veren aileler belirlenen gün ve saatte eğitime alındı. Eğitim öncesi katılımcıların ve bakım verdikleri serebral palsili çocukların demografik verilerini, serebral palsi hakkında bilgi düzeylerini ve yaşadıkları sorunları kapsayan yapılandırılmış bir anketi doldurmaları istendi. Eğitim öncesi, sonrası ve eğitimden 1 hafta sonra olmak üzere 3 kez katılımcıların hastalık algısını değerlendirmek için Hastalık Algısı Ölçeğini yanıtlamaları istendi. Sonuçlar istatistiksel analize tabi tutuldu. BULGULAR: Çalışmaya 8 kişi dahil oldu. Ortanca yaş değeri 45,5 (37-60) olarak bulundu. 'i kadındı. Tamamı evliydi. ,5 ilkokul ortaokul mezunuydu. Okuryazar, lise mezunu ve yüksek lisans mezunu birer katılımcı vardı. Katılımcıların 'I çalışmıyordu. Çalışan 2 kişi ise özel sektördeydi. Çalışmayanlardan 1 kişi ise emekliydi. Katılımcıların ,5'i çekirdek ailede yaşarken sadece 1 katılımcı büyükanne ve büyük babanı olduğu bir evde yaşıyordu. Katılımcıların tamamının sadece 1 serebral palsili çocuğu vardı. Tekerlekli sandalye kullanan 3 (,5), gözlük kullanan 1 (,5), AFO kullanan 2 (), KAFO kullanan 1 (,5), ayakta durma cihazı kullanan 2 (), koltuk değneği kullanan 1 (,5) çocuk vardı. Hastalık algısı açısından hiçbir değerlendirme aşamasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.05$). TARTIŞMA ve SONUÇ: Katılımcı sayısının düşük olması çalışmamızın kısıtlılığıdır. Hastalık algısında anlamlı değişim tespit edilmemiştir. Hastalıkla mücadele uzun yıllara dayandığı için kısa süreli eğitimler ile hastalık algısındaki olumsuz yönlerin kırılması mümkün görünmemektedir. Bu nedenle bu eğitim programları zamana yayılmalı, daha uzun soluklu ve tekrarlayan eğitimler şeklinde planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Hastalık algısı, Serebral palsi

Kaynakça: 1. Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B. ve diğerleri. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol, 47(8), 571-6.
2. Martinez-Mihi, V., Silvestre, F. J., Orellana, L. M., Silvestre-Rangil, J. (2014). Resting position of the head and malocclusion in a group of patients with cerebral palsy. J Clin Exp Dent, 6(1), 1-6.
3. Eraksoy, M. (2005). Serebral Palsinin Tanımı (1. bs.). İstanbul: Boyut Matbaacılık.
4. Serdaroglu, A., Cansu, A., Ozkan, S., Tezcan, S. (2006). Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. Dev Med Child Neurol, 48(6), 413-6.
5. Avci E, Ilhanli I, Celik C, et al. Epidemiological and socioeconomic profile of cerebral palsy from the aspect of mothers in giresun, Turkey. Int Phys Med Rehab J. 2018;3(5):433–437.

Serebral Palsili çocukların ailelerine yönelik eğitim programı ile hastalık algısında, kaygı ve depresyonda meydana gelebilecek değişimin bakım verdikleri çocukların yaşam kalitesi üzerine kısa dönemdeki etkisi

İlker İlhanlı1, Tuba Mızrak2, Mustafa ŞAHİN3
1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Havza Fizik Tedavi ve Rehablitasyon Merkezi
3 Havza İlçe Sağlık Müdürlüğü
İletişim Bilgileri: Tuba Mızrak, Fzt, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Havza Fizik Tedavi ve Rehablitasyon Merkezi

Özet
AMAÇ: Serebral Palsili çocukların ailelerine yönelik serebral palsi hakkında bilgilendirme ve genel bakım, beslenme, acil durum müdahaleleri ve rehabilitasyon ilkelerini içeren eğitim programı sonrası ailelerin hastalık algısında, kaygı ve depresyon durumlarında gelişebilecek değişimin bakım verdikleri serebral palsili çocukların yaşam kalitesi üzerine kısa dönemdeki etkisini değerlendirmek.
GİRİŞ: Serebral palsi (SP); gelişmekte olan veya infantil dönemde beyinde zedelenme sonucu gelişen, fetal ve kalıcı olan fakat; ilerleyici olmayan, motor fonksiyon kaybı, duruş ve hareket bozukluğudur (1). Gelişmiş ülkelerdeki SP prevalansı; 1000 canlı doğumda 1,2-2,5 iken ülkemizde 4,4-8'dir (3,4). SP kayıtlarının daha iyi tutulması ve erken doğan, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaşatılması için imkanların artması sonucu SP prevalansında her geçen gün artış görülmektedir. Dezavantajlı gruplar arasında yer alan serebral palsili çocuklara bakım veren ailelerde hastalık, tedavi ve seyri konusunda eksik veya yanlış bilgilerin varlığı ile karşılaşılmaktadır. Ayrıca, kaygı, depresyon, bozulmuş hastalık algısı gibi problemler ile bu problemlerin bakım verilen çocuklar üzerinde olumsuz etkileri görülebilmektedir (5).

MATERYAL ve METOT: Havza İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli Aile Hekimlerince serebral palsili çocuğa bakım veren ailelere ulaşılması planlandı. Proje hakkında bilgi verildikten sonra onam veren aileler belirlenen gün ve saatte eğitime alındı. Eğitim öncesi katılımcıların ve bakım verdikleri serebral palsili çocukların demografik verilerini, serebral palsi hakkında bilgi düzeylerini ve yaşadıkları sorunları kapsayan yapılandırılmış bir anketi doldurmaları istendi. Eğitim öncesi, sonrası ve eğitimden 1 hafta sonra olmak üzere katılımcıların hastalık algısını değerlendirmek için Hastalık Algısı Ölçeğini, hastalık ile ilişkili kaygı ve depresyon durumlarını değerlendirmek için Beck kaygı ve depresyon ölçeklerini yanıtlamaları istendi. Eğitim öncesi ve sonrasında değişim değerlendirildi ve bu değişimin bakım verilen çocukların yaşam kalitesi üzerinde etkisi olup olmadığı çocukların eğitim öncesi ve sonrası Kısa form 36 sonuçları ile değerlendirildi. Sonuçlar istatistiksel analize tabi tutuldu.

BULGULAR: Çalışmaya 8 kişi dahil oldu. Ortanca yaş değeri 45,5 (37-60) olarak bulundu. 'i kadındı. Tamamı evliydi. ,5 ilkokul ortaokul mezunuydu. Okuryazar, lise mezunu ve yüksek lisans mezunu birer katılımcı vardı. Katılımcıların 'I çalışmıyordu. Çalışan 2 kişi ise özel sektördeydi. Çalışmayanlardan 1 kişi ise emekliydi. Katılımcıların ,5'i çekirdek ailede yaşarken sadece 1 katılımcı büyükanne ve büyük babanı olduğu bir evde yaşıyordu. Katılımcıların tamamının sadece 1 SP'li çocuğu vardı. Tekerlekli sandalye kullanan 3 (,5), gözlük kullanan 1 (,5), AFO kullanan 2 (), KAFO kullanan 1 (,5), ayakta durma cihazı kullanan 2 (), koltuk değneği kullanan 1 (,5) çocuk vardı.

Depresyon ve hastalık algısı açısından hiçbir değerlendirme aşamasında anlamlı fark tespit edilmedi. 2. değerlendirmede kaygı düzeyi anlamlı olarak düşük bulundu (p=0,027). 3. değerlendirmede bu durum devam ederken 2. ve 3. değerlendirmeler arasında kaygı düzeyi açısından anlamlı fark yoktu (p=0,109).
SF 36 alt gruplarından fiziksel fonksiyon için 2. ve 3. değerlendirmeler arasında anlamlı fark bulundu (p=0,039). Diğer tüm alt gruplar için değerlendirmeler arasında anlamlı fark yoktu.
Katılımcıların tamamı çocuklarının yaşam kalitesi açısından bu dönemde bir fark olmadığını beyan etti.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Katılımcı sayısı düşük kalmıştır. Belediye ve İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün iştirakleriyle gelecek eğitim programlarının duyurulması ve katılımcıların teşvikinin sağlanması gerekmektedir. Depresyonda anlamlı değişim tespit edilmemiştir. Depresyon uzun süreli bir duygu durum değişikliğidir. Kaygı anlık değişimler gösterebilen bir durumdur. Uzun vadede kaygı durumunda düzelme olup olmayacağını bilmemekle beraber kısa vadede verilen eğitimin katılımcıların kaygısını azaltmada etkin olduğunu söyleyebiliriz. Bu durum muhtemelen katılımcıların sordukları sorulara yanıt bulmalarına bağlanabilir. Her ne kadar ailelerin kaygı düzeylerinde kısa vadede bir düzelme tespit edilmiş olsa da uzun vadede bu etkinin devam ettiğinin gösterilmesi gereklidir. Bakım verilen çocukların yaşam kalitelerinde kısa vadede bir değişiklik olmamasının sebebi bu olabilir düşüncesindeyiz. Bu nedenle bu eğitim programları zamana yayılmalı, uzun süreli ve tekrarlayan bir şekilde yapılmalı düşüncesindeyiz. Fakat hastalık ile ilgili sorulan sorulara verilen yanıtların, egzersiz, acil müdahale ve beslenme eğitimlerinin uzun vadede çocukların yaşam kalitesine hayatlarının bir döneminde faydasının olabilme ihtimalinin dahi bu eğitim faaliyetlerinin devamı için yeterli bir neden olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Hastalık algısı, Kaygı, Serebral palsi, Yaşam kalitesi

Kaynakça: 1. Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B. ve diğerleri. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol, 47(8), 571-6.
2. Martinez-Mihi, V., Silvestre, F. J., Orellana, L. M., Silvestre-Rangil, J. (2014). Resting position of the head and malocclusion in a group of patients with cerebral palsy. J Clin Exp Dent, 6(1), 1-6.
3. Eraksoy, M. (2005). Serebral Palsinin Tanımı (1. bs.). İstanbul: Boyut Matbaacılık.
4. Serdaroglu, A., Cansu, A., Ozkan, S., Tezcan, S. (2006). Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. Dev Med Child Neurol, 48(6), 413-6.
5. Avci E, Ilhanli I, Celik C, et al. Epidemiological and socioeconomic profile of cerebral palsy from the aspect of mothers in giresun, Turkey. Int Phys Med Rehab J. 2018;3(5):433–437.

KOMPLEMAN SİSTEMİ PSÖRİAZİSTEN PSÖRİATİK ARTRİTE GEÇİŞİN BELİRLEYİCİSİ OLABİLİR

EVREN ER 1, NURÇE ÇİLESİZOĞLU YAVUZ 2, İLKER FATİH SARI 2, FAZIL KULAKLI 2, SEVGİ KULAKLI 2
1 SAĞLIK BAKANLIĞI ERBAA DEVLET HASTANESİ, 2 GİRESUN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
İletişim Bilgileri: ERBAA DEVLET HASTANESİ TOKAT/ERBAA +905449681168 ewrener@homail.com

Özet

Amaç

Psöriatik artrit (PsA), spondiloartropati (SpA) hastalık grubunun bir üyesidir ve aksiyal veya periferik kas-iskelet sistemini etkiler (1). Çalışmalar psöriazis hastalarında PsA'ya geçiş için "kafa derisi ve tırnak tutulumu" gibi risk faktörlerinin olduğunu göstermiştir (2). Bununla birlikte, hastalık geçişinde rol oynayan faktörler henüz net olarak bilinmemektedir.

Metot

Çalışma prospektif analitik tip olarak planlandı. Bu çalışmaya 46 psöriazis ve 45 PsA hastası dahil edildi. Sabah tutukluğu, tırnak tutulumu, hastalık aktivasyon anketi skorları, tam kan sayımı parametreleri, lipid paneli, akut faz reaktanları, ürik asit, kompleman 3 ve 4 değerleri değerlendirildi. Entez yerlerinin değerlendirilmesinde ultrasonografi (USG) kullanıldı. Entez değerlendirmesi Leeds entez indeksi (LEI) ile yapıldı. Psöriaziste cilt tutulumunun şiddeti Psöriazis Alan Şiddet İndeksi (PASI) ile değerlendirildi.

Bulgular

USG bulguları, LEI skoru, eritrosit sedimantasyon hızı(ESR) ve C-reaktif protein(CRP) düzeyleri PsA hastalarında daha yüksek iken, PASI skorları psöriazis hastalarında daha yüksekti (p=0,016, p=<0,001, p=0,016, sırasıyla p=0,027, p=0,020). Psöriazis hastalarında tırnak tutulumu olan hastalarda C3 düzeyi daha yüksekti (p=0,035). Psöriazis hastalarının C3 seviyeleri, PASI ve LEI skorları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon gösterdi (sırasıyla r=368, r=0.404). Psöriazis hastalarında, Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) değerlerinin hem C3 hem de C4 ile orta derecede negatif korelasyonu bulundu (sırasıyla r=-0.311, r=-0.388).

Sonuç

Tırnak tutulumu PsA'ya geçiş için bir risk faktörüdür ve tırnak tutulumu olan psöriazis hastalarında C3 düzeyinin daha yüksek bulunması bu geçişte C3'ün rolü olabileceğini düşündürmekle birlikte daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: PSÖRİAZİS, PSÖRİATİK ARTRİT, KOMPLEMAN SİSTEMİ

Kaynakça:

1. Veale DJ, Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis. Lancet Lond Engl. 02 Haziran 2018;391(10136):2273-84.
2. Tokuyama M, Mabuchi T. New Treatment Addressing the Pathogenesis of Psoriasis. Int J Mol Sci. 11 Ekim 2020;21(20):E7488.

Araştırma görevlisi hekimlerde postüral alışkanlık ve farkındalık ile omurga ağrıları, omurga fonksiyonları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi

Elzem Bolkan Günaydın 1
1 Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
İletişim Bilgileri: Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
E-posta adresi: elzembolkan@yahoo.com

Özet

Amaç: Çalışmanın amacı araştırma görevlisi hekimlerde postüral alışkanlık ve farkındalık ile omurga ağrıları, omurga fonksiyonları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışmaya Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi hekim olan, 20-50 yaş arası 72 katılımcı dahil edilmiştir. Yaş, cinsiyet, boy, ağırlık, beden kitle indeksi, eşlik eden hastalıklar, omurga ağrısı olup olmadığı, omurga ağrısı varsa ağrı bölgesi ve ağrının süresi, düzenli egzersiz alışkanlığı olup olmadığı, düzenli postür egzersizi yapılıp yapılmadığı bilgileri kaydedilmiştir. Katılımcılar 0-10 cm'lik vizüel analog skala (VAS) üzerinde omurga ağrıları olan bölgelerde istirahatte/hareketle olan ortalama ağrı şiddetlerini işaretlemiştir. Katılımcılara Postüral Alışkanlık ve Farkındalık Ölçeği (PAFÖ), Omurga Fonksiyonları İndeksi (OFİ) ve Nottingham Sağlık Profili (NSP) anketleri uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların 48'inde (,7) omurga ağrısı mevcuttu. 37'sinde (,4) boyun, 29'unda sırt (,3), 32'sinde (,4) bel ağrısı mevcuttu.
Boyun ağrısı olan grupta PAFÖ duruş alışkanlığı ve farkındalığı (PAFÖ-DAF) skorunun boyun ağrısı süresi ile negatif yönde orta derecede (r=-0,44 p=0,006), OFİ skoru ile pozitif yönde düşük orta derecede (r=0,33 p=0,05); PAFÖ ergonomik farkındalık (PAFÖ-EF) skorunun boyun ağrısı şiddeti hareket VAS değeri ile negatif yönde düşük orta derecede (r=-0,39 p=0,02) korele olduğu izlenmiştir.
Sırt ağrısı olan grupta PAFÖ-DAF skoru (r=0,52 p=0,004) ve PAFÖ postüral alışkanlık (PAFÖ-PA) skorunun (r=0,37 p=0,05) OFİ skoruyla pozitif yönde sırasıyla orta ve düşük orta derecede korele olduğu izlenmiştir.
Bel ağrısı olan grupta PAFÖ-PA skoru (r=-0,47 p=0,006) ve PAFÖ-EF skorlarının (r=-0,45 p=0,01) bel ağrısı şiddeti hareket VAS değeri ile negatif yönde orta derecede; PAFÖ pozisyonel farkındalık skorunun OFİ skoruyla pozitif yönde orta derecede (r=0,41 p=0,02); PAFÖ-DAF skorunun bel ağrısı şiddeti hareket VAS değeri ile negatif yönde orta derecede (r=-0,40 p=0,02), OFİ skoruyla pozitif yönde düşük orta derecede (r=0,37 p=0,04) korele olduğu izlenmiştir.

Sonuç: Postüral alışkanlıklar ve postüral farkındalığın kötü olması, omurga ağrılarında ağrının şiddeti ve süresinin daha fazla olması ve daha kötü omurga fonksiyonları ile ilişkili görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: postüral alışkanlık, postüral farkındalık, omurga, ağrı, fonksiyonellik

Tablo. Postüral alışkanlık ve farkındalık ölçeği skorları ile ağrı ilişkili değişkenler arasındaki korelasyonlar

	PAFÖ-PA	PAFÖ-PF	PAFÖ-DAF	PAFÖ-DBEF	PAFÖ-POF	PAFÖ-EF
Boyun Ağrısı Olan Grupta;						
Boyun ağrısı süresi	r:-0,24 p:0,16	r:-0,17 p:0,33	**r:-0,44 p:0,006****	r:0,18 p:0,28	r:-0,10 p:0,55	r:-0,09 p:0,58
Boyun ağrısı şiddeti-VAS hareket	r:-0,27 p:0,11	r:-0,08 p:0,65	r:-0,16 p:0,35	r:0,09 p:0,59	r:-0,16 p:0,36	**r:-0,39 p:0,02***
Boyun ağrısı şiddeti-VAS istirahat	r:-0,21 p:0,21	r:-0,07 p:0,70	r:-0,18 p:0,29	r:0,08 p:0,66	r:-0,08 p:0,65	r:-0,32 p:0,05
Omurga fonksiyonları indeksi	r:0,16 p:0,33	r:0,27 p:0,11	**r:0,33 p:0,05***	r:-0,09 p:0,61	r:0,18 p:0,30	r:-0,05 p:0,79
Sırt Ağrısı Olan Grupta;						
Sırt ağrısı süresi	r:-0,18 p:0,36	r:0,02 p:0,93	r:-0,05 p:0,78	r:0,28 p:0,15	r:-0,11 p:0,57	r:-0,16 p:0,41
Sırt ağrısı şiddeti-VAS hareket	r:-0,10 p:0,61	r:0,17 p:0,37	r:0,13 p:0,52	r:0,23 p:0,23	r:0,03 p:0,88	r:-0,11 p:0,55
Sırt ağrısı şiddeti-VAS istirahat	r:-0,04 p:0,85	r:-0,03 p:0,87	r:-0,14 p:0,49	r:-0,05 p:0,82	r:-0,002 p:0,99	r:-0,04 p:0,84
Omurga fonksiyonları indeksi	**r:0,37 p:0,05***	r:0,30 p:0,12	**r:0,52 p:0,004****	r:-0,30 p:0,11	r:0,19 p:0,32	r:0,15 p:0,44
Bel Ağrısı Olan Grupta;						
Bel ağrısı süresi	r:-0,05 p:0,79	r:0,11 p:0,55	r:-0,14 p:0,45	r:-0,02 p:0,91	r:0,10 p:0,59	r:0,27 p:0,13
Bel ağrısı şiddeti-VAS hareket	**r:-0,47 p:0,006****	r:-0,29 p:0,10	**r:-0,40 p:0,02***	r:0,02 p:0,90	r:-0,18 p:0,32	**r:-0,45 p:0,01****
Bel ağrısı şiddeti-VAS istirahat	r:-0,18 p:0,34	r:0,06 p:0,73	r:-0,14 p:0,44	r:0,12 p:0,53	r:0,09 p:0,61	r:-0,17 p:0,34
Omurga fonksiyonları indeksi	r:0,23 p:0,21	r:0,34 p:0,05	**r:0,37 p:0,04***	r:-0,24 p:0,19	**r:0,41 p:0,02***	r:-0,06 p:0,75

*Korelasyonun istatistiksel anlamlılık düzeyi p=0,05 (iki-yönlü).
** Korelasyonun istatistiksel anlamlılık düzeyi p=0,01 (iki yönlü).
Kısaltmalar: VAS: Vizüel analog skala, PAFÖ: Postüral alışkanlık ve farkındalık ölçeği, PA: Postüral alışkanlık skoru, PF: Postüral farkındalık skoru, DAF: Duruş alışkanlığı ve farkındalığı alt skoru, DBEF: Duruşu bozan etkenlerin farkındalığı alt skoru, POF: Pozisyonel farkındalık alt skoru, EF: Ergonomik farkındalık alt skoru

MENTAL DURUMUN OMUZ AĞRILI HASTALARDA OMUZ ÖZEL TESTLERİNİN TANISAL PERFORMANSLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Orhan Güvener1. Can Keçeli1
1 Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İletişim Bilgileri:
Orhan Güvener
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Yenişehir,Mersin

Özet
Amaç
Çalışmanın amacı omuz ağrısı olan bireylerde ultrason bulguları esas alınarak omuz bölgesi özel tanısal testlerin performans düzeylerini araştırmak ve mental durumun performans düzeylerine olan etkisini incelemektir.
Gereç ve Yöntem
Polikliniğimize omuz ağrısı şikâyeti ile başvuran 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, dominant ekstremitesi, ağrı süresi değerlendirildi. Omuz bölgesini değerlendirmek için kullanılan özel testler (Yergason, Speed, Neer, Hawkins, Ağrılı Ark, Empty Can, Full Can, Drop Arm testleri ve İç/Dış Rotasyon Yetmezlik Bulgusu testleri) uygulandı. Farklı bir odada kas iskelet ultrasonografisi konusunda deneyimli farklı bir uzman tarafından omuz ultrasonografisi yapıldı. Ultrason referans kabul edilerek omuz özel testlerinin sensitivite, spesifite, pozitif/negatif prediktif değerleri (NPD, PPD) hesaplandı. Mental durum mini mental test (MMT) ile değerlendirildi. MMT için eşik değer 23 olarak kabul edilerek iki grup oluşturuldu. Grupların test performans düzeyleri karşılaştırıldı.
Bulgular
Biseps patolojileri testlerin seçicilikleri duyarlılık düzeylerinden daha yüksekken, subakromiyal sıkışma için kullanılan testlerden Neer ve Hawkins testleri yüksek duyarlılık düşük spesifite değerlerine sahipti. Rotator kaf (RK) rüptürlerini değerlendirmede kullanılan testlerin genel olarak seçicilikleri yüksekken duyarlılıkları düşüktü. Biseps tendinopatilerinde Yergason testi, subakromiyal-subdeltoid efüzyonunda Neer ve Hawkins testleri, RK tendinopatilerinde Drop Arm testi, subskapularis tendon rüptürlerini değerlendirmede İç Rotasyon Yetmezlik Bulgusu, supraspinatus tendon rüptürlerini değerlendirmede Drop Arm, Empty Can, Full Can, infraspinatus tendon rüptürlerini değerlendirmede Dış Rotasyon Yetmezlik Bulgusu'nun performans testleri istatistiksel olarak anlamlıydı. MMT skorların yüksek olduğu grupta genel olarak testlerin duyarlılık ve seçicilik düzeyleri daha yüksek değerlere sahipken gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak; biseps tendinopatileri için Yergason testi, supraspinatus rüptürünü için Drop Arm ve Empy Can testi NPD değerleri yüksek MMT skorlu grupta anlamlı olarak daha yüksekti.
Sonuç
Omuz bölgesi özel testlerin istatistiksel olarak anlamlı duyarlılık ve seçicilik değerlerine sahip olması ve aynı testin farklı patolojileri değerlendirebilmesi ve birden fazla patolojinin bir arada bulunabilmesi göz önüne alındığında bu testlerin klinik değerlendirmede önemli bir rolü vardır.
Anahtar Kelimeler: Omuz ağrısı, Ultrasonografi, Mental durum, Klinik testler

Tablo 1 Ultrason Görüntüleme'de rotator kaf tendiniti, biseps tendiniti ve subakromiyal bursitsaptanan ve saptanmayan hastaları ayırt etmede klinik test sonuçlarının tanısal performans düzeyleri

Klinik Testler	Duyarlılık (GA)	Seçicilik (GA)	PPD (GA)	NPD (GA)	Doğruluk (GA)
Biceps Tendiniti					
Yegason	47.62 (25.71-70.22)	72.41 (52.76-87.27)	55.56 (37.34-72.39)	65.63 (54.51-75.25)	62 (47.18-75.35)
Speed	57.14 (34.02-78.18)	62.07 (42.26-79.31)	52.17 (37.57-66.42)	66.67 (53.08-77.96)	60 (45.18-73.59)
Subakromiyal Sıkışma					
Neer	79.17 (57.85-92.87)	26.92 (11.57-47.79)	50 (42.29-57.71)	58.33 (33.89-79.27)	52 (37.42-66.34)
Hawkins	95.83 (78.88-99.90)	11.54 (2.45-30.15)	50 (45.96-54.04)	75 (25.06-96.42)	52 (27.42-66.34)
Ağrılı Ark	50 (29.12-70.88)	57.69 (36.92-76.65)	52.17 (37.42-66.56)	55.56 (42.68-67.73)	54 (39.33-68.19)
Rotator Kuf Tendiniti					
Ağrılı Ark	57.14 (28.86-82.34)	58.33 (40.75-74.49)	34.78 (22.71-49.18)	77.78 (64.29-87.19)	58 (43.21-71.81)
Empty Can	57.14 (28.86-82.34)	55.56(38.09-72.07)	33 (21.83-47.24)	76.92 (63.00-86.71)	56 (41.25-70.01)
Full Can	64.29 (35.14-87.24)	47.22 (30.41-64.51)	32.14 (22.35-43.8)	77.27 (60.84-88.15)	52 (37.41-66.34)
Drop Arm	0.00 (0.00-23.16)	97.22 (85.47-99.93)	0.00	71.43 (70.28-72.54)	70 (55.39-82.14)
Parsiyel Subskapularis Rüptür					
İç Rotasyon Yetmezlik Belirtisi	0 (0-33.63)	100 (91.4-100)	-	82 (82-82)	82 (68.56-91.42)
Total Subskapularis Rüptür					
İç Rotasyon Yetmezlik Belirtisi	0 (0-97.5)	100 (92.75-100)	-	98 (98-98)	98 (89.35-99.95)
Parsiyel Supraspinatus Rüptür					
Drop Arm	0 (0-45.93)	97.73 (87.98-99.94)	0	87.76 (87.26-88.23)	86 (73.26-94.18)
Empty Can	16,67 (0.42-64.12)	47.73 (32.46-63.31)	4.17 (0.71-21.01)	80.77 (72.36-87.08)	44 (29.99-58.75)
Full Can	16,67 (0.42-64.12)	38.64 (24.36-54.5)	3.57 (0.61-18.37)	77.27 (66.98-85.07)	36 (22.92-50.81)
Total Supraspinatus Rüptür					
Drop Arm	7.69 (0.2-36.03)	100 (90.51-100)	100	75.51 (72.49-78.3)	76 (61.83-86.94)
Empty Can	84.62 (54.55-98.08)	64.87 (47.46-79.79)	45.83 (34.02-58.14)	92.31 (76.64-97.77)	70 (55.39-82.14)
Full Can	84.62 (54.55-98.08)	54.05(36.92-70.51)	39.29 (29.85-46.6)	90.91 (72.98-97.37)	62 (47.18-75.35)
Parsiyel İnfraspinatus Rüptür					
Dış Rotasyon Yetmezlik Belirtisi	0 (0-28.49)	100 (90.98-100)	-	78 (78-78)	78 (64.04-88.47)
Total İnfraspinatus Rüptür					
Dış Rotasyon Yetmezlik Belirtisi	0 (0-84.19)	100 (92.6-100)	-	96 (96-96)	96 (86.29-99.51)

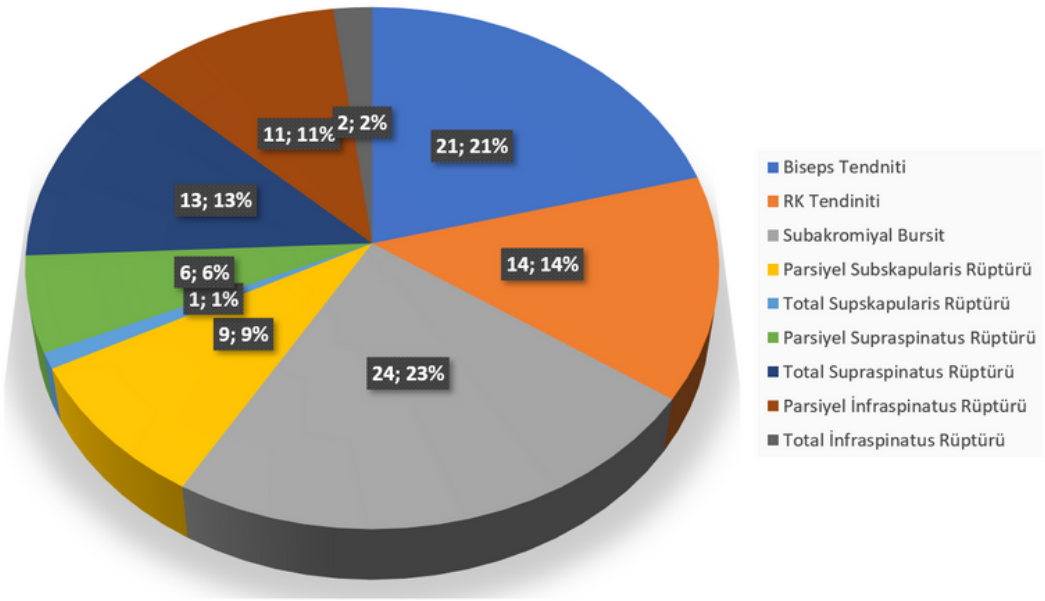
Tablo 2. MMT skorlarına göre ultrason görüntülemede rotator kaf tendiniti, biseps tendiniti ve subakromiyal bursits aptanan ve saptanmayan hastaları ayırt etmede klinik test sonuçlarının tanısal performans düzeyleri arasındaki farklar

Klinik Testler		Duyarlılık (GA)	Seçicilik (GA)	PPD (GA)	NPD (GA)	Doğruluk (GA)
Biceps Tendiniti						
Yegason						
	MMT≤23	16.67 (0.42-64.12)	37.50 (8.5-75.51)	16.67 (2.00-56.43)	37.5 (18.62-61.13)	28.57 (8.38-58.10)
	MMT>23	60(32.29-83.66)	85.71 (63.66-96.95)	75 (49.31-90.25)	75 (61.18-85.10)	75 (57.79-87.88)
Speed						
	MMT≤23	50 (11.81-88.18)	37.5 (8.5-75.51)	37.5 (18.62-61.13)	50 (23.14-76.85)	42.86 (17.66-71.14)
	MMT>23	60 (32.29-83.66)	71.43 (47.83-88.72)	60 (40.44-76.82)	71.43 (55.97-83.09)	66.67 (49.03-81.44)
Subakromiyal Bursit						
Neer						
	MMT≤23	100 (59.04-100)	14.29 (0.36-57.87)	53.85 (43.3-61.22)	100	57.14 (28.86-82.34)
	MMT>23	70.59 (44.04-89.69)	31.58 (12.58-56.55)	48 (37.45-58.73)	54.55 (30.84-76.36)	50 (32.92-67.08)
Hawkins						
	MMT≤23	100 (59.04-100)	0 (0-40.96)	50 (50-50)	-	50 (23.04-76.96)
	MMT>23	94.12 (71.31-99.85)	15.79 (3.38-39.58)	50 (44.32-55.68)	75 (25.58-96.32)	52.78 (35.49-69.6)
Ağrılı Ark						
	MMT≤23	42.86 (9.9-91.6)	42.86 (9.9-91.6)	42.86 (20.47-68.6)	42.86 (20.47-68.6)	42.86 (17.66-71.14)
	MMT>23	52.94 (27.81-77.02)	63.16(38.36-83.71)	56.25 (38.02-72.93)	60 (44.9-73.41)	58.33 (40.76-74.49)
Rotator Kuf Tendiniti						
Ağrılı Ark						
	MMT≤23	60 (14.66-94.73)	55.56 (21.2-86.3)	42.86 (21.24-67.59)	71.43 (42.41-89.46)	57.14 (28.86-82.34)
	MMT>23	55.56 (21.2-86.3)	59.26 (38.8-77.61)	31.25 (17.81-48.8)	80 (64.38-89.85)	85.33 (40.76-74.49)
Empty Can						
	MMT≤23	80 (28.36-99.5)	33.33 (7.49-70.07)	40 (26.07-55.76)	75 (29.26-95.61)	50 (23.04-76.96)
	MMT>23	44.44 (13.7-78.8)	62.96 (42.37-80.6)	28.57 (14.22-49.11)	77.27 (63.92-86.71)	58.33 (40.76-74.49)
Full Can						
	MMT≤23	80 (28.36-99.5)	33.33 (7.49-70.07)	40 (26.07-55.76)	75 (29.26-95.61)	50 (23.04-76.96)
	MMT>23	55.56 (21.2-86.3)	51.85 (31.95-71.33)	27.78 (15.99-43.73)	77.78 (60.75-88.78)	52.78 (35.49-69.6)
Drop Arm						
	MMT≤23	0 (0-52.18)	100 (66.37-100)	-	64.29 (64.29-64.29)	64.29 (35.14-87.24)
	MMT>23	0 (0-33.63)	96.3 (81.03-99.91)	0	74.29 (72.85-75.67)	72.22 (54.81-85.8)

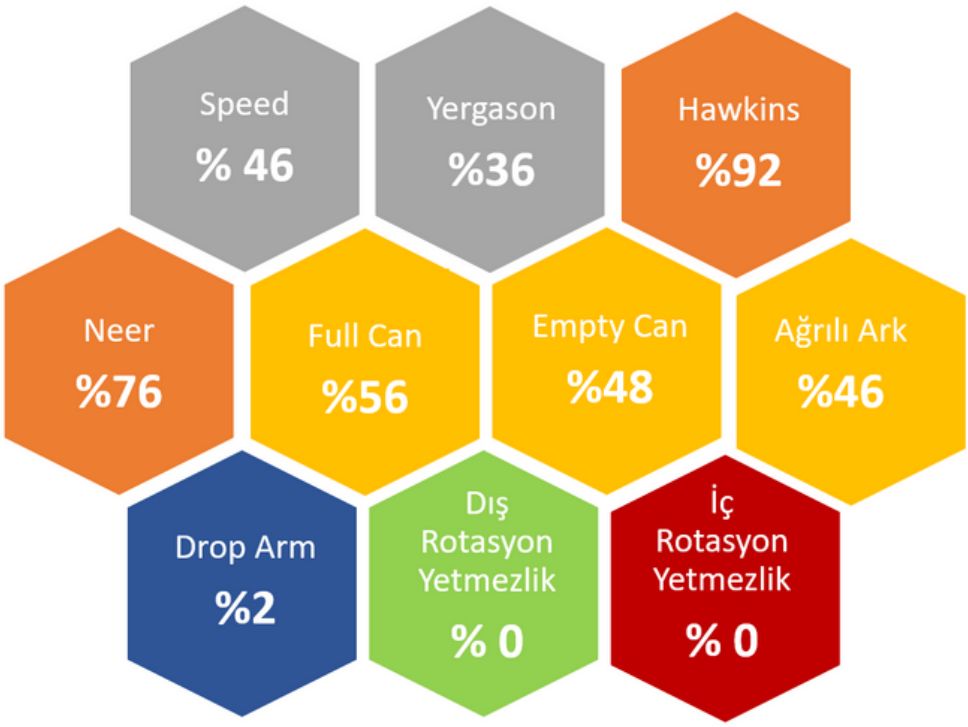
Tablo 3. MMT skorlarına göre ultrason görüntülemede rotator kaf tendiniti, biseps tendiniti ve subakromiyal bursits aptanan ve saptanmayan hastaları ayırt etmede klinik test sonuçlarının tanısal performans düzeyleri arasındaki farklar

Klinik Testler		Duyarlılık (GA)	Seçicilik (GA)	PPD (GA)	NPD (GA)	Doğruluk (GA)
Parsiyel Subskapularis Rüptür						
İç Rotasyon Yetmezlik Belirtisi						
	MMT≤23	0 (0-70.76)	100 (71.51-100)	-	78.57 (78.57-78.57)	78.57 (49.2-95.34)
	MMT>23	0 (0-45.93)	100 (88.43-100)	-	83.33 (83.33-83.33)	83.33 (67.19-93.63)
Total Subskapularis Rüptür						
İç Rotasyon Yetmezlik Belirtisi						
	MMT≤23	0 (0-97.5)	100 (75.3-100)	-	92.86 (92.86-92,86)	92.86 (66.13-99.82)
	MMT>23	-	100 (90.26-100)	100	100	-
Parsiyel Supraspinatus Rüptür						
Drop Arm						
	MMT≤23	0 (0-70.76)	100 (71.51-100)	-	78.57 (78.57-75.57)	78.57 (49.2-95.34)
	MMT>23	0 (0-70.76)	96.97 (84.24-99.92)	0	91.43 (90.94-91.89)	88.89 (73.94-96.89)
Empty Can						
	MMT≤23	33.33 (0.84-90.57)	18.18 (2.28-51.78)	10 (2.14-36.06)	50 (18.43-81.57)	21.43 (4.66-50.8)
	MMT>23	0 (0-70.76)	57.58 (39.22-74.52)	0	86.36 (82.53-89.46)	52.78 (35.49-69.6)
Full Can						
	MMT≤23	33.33 (0.84-90.57)	18.18 (2.28-51.78)	10 (2.14-36.06)	50 (18.43-81.57)	21.43 (4.66-50.8)
	MMT>23	0 (0-70.76)	45.46 (28.11-63.65)	0	83.33 (77.48-87.9)	41.67 (25.51-59.24)
Total Supraspinatus Rüptür						
Drop Arm						
	MMT≤23	0 (0-52.18)	100 (66.37-100)	-	64.29 (64.29-64.29)	64.29 (35.14-87.24)
	MMT>23	12,5 (0.32-52.65)	100 (87.66-100)	100	80 (75.48-83.87)	80.56 (63.98-91.81)
Empty Can						
	MMT≤23	100 (47.82-100)	44.44 (13.7-78.8)	50 (35.79-64.21)	100	64.29 (35.14-87.24)
	MMT>23	75 (34.91-96.82)	71.43 (51.33-86.78)	42.86 (26.95-60.39)	90.91 (74.64-97.14)	72.22 (54.81-85.8)
Full Can						
	MMT≤23	100 (47.82-100)	44.44 (13.7-78.8)	50 (35.79-64.21)	100	64.29 (35.14-87.24)
	MMT>23	75 (34.91-96.82)	57.14 (37.18-75.54)	33.33 (21.78-47.32)	88.89 (69.79-96.52)	61.11 (43.46-76.86)
Parsiyel İnfraspinatus Rüptür						
Dış Rotasyon Yetmezlik Belirtisi						
	MMT≤23	0 (0-70.76)	100 (71.51-100)	-	78.57 (78.57-78.57)	75.57 (49.2-95.34)
	MMT>23	0 (0-36.94)	100 (87.66-100)	-	77.78 (77.78-77.78)	77.78 (60.85-89.89)
Total İnfraspinatus Rüptür						
Dış Rotasyon Yetmezlik Belirtisi						
	MMT≤23	-	100 (76.84-100)	100	100	-
	MMT>23	0 (0-84.19)	100 (89.72-100)	-	94.44 (94.44-94.44)	94.44 (81.34-99.32)

Ultrason Bulguları Yönünden Lezyonların Dağılımı



Hastaların Klinik Test Bulgularının Dağılımı



Kaynakça: 1. Şengül M, Karagöz A, Nacır B, Erdem HR. Diagnostic Performance of Clinical Tests in Patients with Shoulder Pain.Turk J Phys Med Rehab 2014;60:236-44
2. Balevi Batur E, Bekin Sarıkaya PZ, Kaygısız ME, Albayrak Gezer I, Levendoglu F. Diagnostic Dilemma: Which Clinical Tests Are Most Accurate for Diagnosing Supraspinatus Muscle Tears and Tendinosis When Compared to Magnetic Resonance Imaging? Cureus. 2022 Jun 13;14(6):e25903.
3. MacDonald PB, Clark P, Sutherland K. An analysis of the diagnostic accuracy of the Hawkins and Neer subacromial impingement signs. J Shoulder Elbow Surg. 2000 Jul-Aug;9(4):299-301.
4. Holtby R, Razmjou H. Accuracy of the Speed's and Yergason's tests in detecting biceps pathology and SLAP lesions: comparison with arthroscopic findings. Arthroscopy. 2004 Mar;20(3):231-6.
5. Chen HS, Lin SH, Hsu YH, Chen SC, Kang JH. A comparison of physical examinations with musculoskeletal ultrasound in the diagnosis of biceps long head tendinitis. Ultrasound Med Biol. 2011 Sep;37(9):1392-8.

Fibromiyalji Sendromu Olan Hastalarda Monosit HDL Oranı İnflamasyon Belirteci Olarak Kullanılabilir mi?

Ender Erden 1, Ayla Çağlıyan Türk 1, Ebru Erden1
1. Hitit Üniveristesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İletişim Bilgileri: Ender Erden, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, ÇORUM.
enderden19@hotmail.com

Özet

Amaç: Monosit high-density lipoprotein (HDL) oranı (MHO), inflamasyon ve oksidatif stresin bir belirteci olarak kullanılabilir (1-5). Bu çalışmada MHO ve trombosit belirteçlerinin Fibromiyalji Sendromu (FMS) hastalarında değerlendirilmesi ve MHO'nun inflamasyon, fibromiyalji etki anketi (FEA) ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

Materyal/Metod: Çalışmaya klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri eş zamanlı olarak yapılan 90 FMS hastası ve 90 sağlıklı kontrol alındı. Tüm hastaların monosit, trombosit, HDL, MHR, C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimantasyon hızı (ESR), ortalama trombosit hacmi (MPV) ve trombosit dağılım genişliği (PDW) değerleri değerlendirildi. Katılımcıların yaşam kalitesi FEA kullanılarak ve genel sağlıkları sağlık değerlendirme anketi (HAQ) kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grubun yaş, vücut kütle indeksi (VKİ) ve medeni durum dağılımı benzerdi. FMS hastalarının ortalama hastalık süresi 11.29±2.62 aydı. FMS hastalarının medyan monosit, trombosit, MPV, vizüel analog skala (VAS), FIQ ve HAQ skorları ve ortalama MHO kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek, ortalama HDL düzeyi ise kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü ($p<0.05$). FMS hastalarında MPV ve HAQ skoru ile PDW ve HAQ skoru arasında zayıf negatif korelasyon varken (sırasıyla rs=-0,225, p= 0,042 ve rs=-0,249, p= 0,024), MHO ile FIQ ve HAQ skorları arasında korelasyon saptanmadı. Reciever Operator Characteristics (ROC) analizine göre MHO'nun FMS'yi tahmin etmede etkin olduğunu gösterdi (p=0.002, Sensitivite=0.63, Spesifite=0.50, kesim noktası ≥8.4).

Sonuç: Sonuçlarımız FMS hastalarında inflamasyonun değerlendirilmesinde monosit, trombosit, HDL, MHO, MPV ve PDW parametrelerinin kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji Sendromu, monosit HDL oranı, mean platelet volume, platelet distribution width, fibromiyalji etki anketi

Tablo 1. Çalışma ve kontrol gruplarının demografik, laboratuvar ve klinik verilerinin karşılaştırılması

Veriler	FMS hasta grup	Kontrol grup	p
Yaş (yıl), median (aralık)	40 (20-52)	38 (24-56)	0.269
Vücut kütle indeksi (kg/m^2)	26.2 (19.1-33.8)	24.8 (22-36)	0.140
Medeni durum, n (%)			
Bekar	11 (12.2)	16 (17.8)	
Evli	79 (87.8)	74 (82.2)	
Medeni durum, n (%)			
Bekar	11 (12.2)	16 (17.8)	0.060
Evli	79 (87.8)	74 (82.2)	
Hastalık süresi (ay)	11.3±2.6	-	-
Monosit (×10^9/L)	0.53 (0.17-0.91)	0.50 (0.28-0.78)	**0.048**
Trombosit (×10^9/L)	285 (164-484)	250 (161-450)	**0.025**
HDL (mg/dL)	56.2±11.2	59.7±10.7	**0.032**
Monosit HDL oranı	9.6±3.0	8.3±1.7	**<0.001**
CRP (mg/dL)*	3.24 (3.13-4.42)	3.21 (3.13-3.3)	0.651
ESH (mm/hour)*	13 (9.75-20.25)	13 (10-16)	0.488
MPV (fL)	10. 6 (7.8-13.5)	10.3 (2-12.7)	**0.012**
PDW (%)	12.5 (9.2-20.1)	12.3 (4-16.9)	0.239
Fibromiyalji etki anketi skoru	69.9 (23.9-70.2)	26.2 (6.8-71.4)	**<0.001**
Yaygın Ağrı İndeksi skoru	13 (6-19)	2 (0-9)	**<0.001**
Semptom şiddet skalası skoru	8 (5-12)	4 (0-7)	**<0.001**
Fibromiyalji şiddet skalası skoru	21.5 (12-30)	7 (1-11)	**<0.001**
Vizüel analog skalası skoru	6 (2-9)	3 (1-6)	**<0.001**
Sağlık değerlendirme anketi skoru	0.3 (0-1.8)	0 (0-0.6)	**<0.001**

HDL: high-density lipoprotein, CRP: C-reaktif protein, ESH: eritrosit sedimentasyon hızı, MPV: mean platelet volume, PDW: platelet distribution width. Veriler ortalama±standart sapma, denek sayısı (%) veya medyan (aralık) olarak gösterilir. Anlamlı p değerleri kalın yazılmıştır.
**n=82 (FMS grup) n=54 (Kontrol grup)*

Tablo 2. FMS hastalarının laboratuvar ve klinik parametrelerinin korelasyon analizleri

		FEA	HAQ	CRP	ESH
MHO	rs	-0.031	-0.003	-0.022	0.207
	p	0.785	0.981	0.847	0.062
MPV	rs	-0.225	-0.167	-0.129	0.023
	p	**0.042**	0.133	0.248	0.835
PDW	rs	-0.249	-0.161	-0.130	0.003
	p	**0.024**	0.149	0.244	0.980

MHO: monosit HDL oranı, MPV: mean platelet volume, PDW: platelet distribution width, FEA: Fibromyalji etki anketi, HAQ: sağlık değerlendirme anketi, CRP: C-reaktif protein, ESH: eritrosit sedimentasyon hızı, Anlamlı p değerleri kalın yazılmıştır.

Kaynakça

1. Vahit D, Akboga MK, Samet Y, Hüseyin E. Assessment of monocyte to high density lipoprotein cholesterol ratio and lymphocyte-to-monocyte ratio in patients with metabolic syndrome. Biomark Med 2017;11(7):535-40.
2. Kanbay M, Solak Y, Unal HU, Kurt YG, Gok M, Cetinkaya H, et al. Monocyte count/HDL cholesterol ratio and cardiovascular events in patients with chronic kidney disease. Int Urol Nephrol 2014;46(8):1619-25.
3. Canpolat U, Çetin EH, Cetin S, Aydin S, Akboga MK, Yayla C, et al. Association of Monocyte-to-HDL Cholesterol Ratio with Slow Coronary Flow is Linked to Systemic Inflammation. Clin Appl Thromb Hemost 2016;22(5):476-82.
4. Efe FK. The association between monocyte HDL ratio and albuminuria in diabetic nephropathy. Pak J Med Sci 2021;37(4):1128-32.
5. Tang X, Tan Y, Yang Y, Li M, He X, Lu Y, et al. Association of the Monocyte-to-High-Density Lipoprotein Cholesterol Ratio With Diabetic Retinopathy. Front Cardiovasc Med 2021;8:707008.

COVID-19 Hastalarında Kas İskelet Sistemi Semptomları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Ender Erden 1, Ayla Çağlıyan Türk 1, Ebru Erden 1, Zuhal Dağ 2.
1. Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
2. Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı

Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: Ender Erden, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çorum
enderden19@hotmail.com

Özet

Amaç: COVID-19 hastalarında hastalığın akut evresi geçtikten sonra da yorgunluk, miyalji, nefes darlığı, baş ağrısı, anksiyete gibi şikayetlerin devam ettiği bildirilmiştir (1,2). COVID-19 enfeksiyonu sonrası ağrı ile başvuran hastalarda kas-iskelet sistemi semptomlarını, ağrı tipini ve bu semptomların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini araştırmak.

Materyal/Metod: Prospektif, tanımlayıcı çalışmaya, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirüs 2 (SARS-CoV-2) polimeraz zincir reaksiyonu testi sonucuna göre COVID-19 teşhisi konan ve teşhisin üzerinden üç ay geçen, COVID-19 enfeksiyonundan önce kas-iskelet ağrısı olan veya olmayan 18 yaş ve üzeri 97 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve kas-iskelet muayene bulguları değerlendirildi. Ağrı değerlendirmesi Vizüel Analog Skala (VAS) skoru ve Doleur Neuropathique 4 questions (DN4) anketiyle; yaşam kalitesi değerlendirilmesi Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirildi. Hastalar cinsiyete, t edavi görülen yere (ev/hastane), yaş grubuna (≤40 yaş/>40 yaş), toraks bilgisayarlı tomografide akciğer tutulumu varlığına ve vücut kütle indeksine (≤25 kg/m2/>25 kg/m2) göre gruplara ayrıldı ve her grup kendi içinde karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 46.5±13.5 yıl, hastalık süresi 4±2.2 ay idi. 30 hasta erkekti. Hastaların 47'sinde (.5) miyaljinin, 37'sinde (.1) artraljinin COVID-19 enfeksiyonu sonrası başladığı saptandı. COVID-19 öncesi artralji ve miyaljisi olan hastalarda, olmayan hastalara göre ağrı artmıştı (p<0.001). COVID-19 sonrası VAS skoru, COVID-19 öncesine göre anlamlı olarak yüksekti (7±1,2 vs.3,2±1,9, p<0.05). COVID-19 öncesi miyaljisi olan hastalarda SF-36 fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algısı skorları daha düşük bulundu (p<0.05). Kadınlarda SF-36 fiziksel fonksiyon ve ağrı skor ortalamaları erkeklere göre daha düşük bulundu (p<0,05). Yaş, VKİ ve tedavi görülen yere göre oluşturulan gruplar arasında ağrı ve yaşam kalitesi açısından fark yoktu (p<0,05). DN-4'e göre 41 (,3) hastada nöropatik ağrı vardı. VAS, DN-4 ve SF-36 arasında orta derecede negatif korelasyon vardı (p<0,05).

Sonuç: Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen artralji, miyalji ve nöropatik ağrı COVID-19 ile enfekte hastalarda sıklıkla görülmektedir. Covid-19 sonrası hastalar bu semptomlar açısından değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, kas-iskelet semptomları, nöropatik ağrı, yaşam kalitesi

Table 1. Demographic and clinical characteristics of the patients (n=97).

Parameters	
Age (years)	46.5±13.5 (18-75)
Gender (Female / Male)	67 (69) / 30 (31)
BMI (kg/m²)	29.0±4.9 (16-39)
Educational status	
Illiterate	3 (3.1)
Primary school	50 (51.5)
Middle school	15 (15.5)
High school	18 (18.6)
College/University	11 (11.3)
Smoking	13 (13.8)
Disease duration (months)	4.0±2.2 (1-10)
Place of treatment (Home / Hospital)	71 (73.2) / 26 (26.8)
Length of hospital stay (days)	3.1±7.4 (0-60)
Steroid use	18 (18.6)
Lung involvement	32 (33)
Myalgia before COVID-19	**49 (50.5)**
Myalgia after COVID-19	**96 (99)**
Arthralgia before COVID-19	**40 (41.2)**
Arthralgia after COVID-19	**77 (79.4)**
New arthralgia developed after COVID-19	**37 (38.1)**
New myalgia developed after COVID-19	**47 (48.5)**
Type of pain before COVID-19 (Nociceptive / Neuropathic)	**35 (36.1) / 14 (14.4)**
Type of pain after COVID-19 (Nociceptive / Neuropathic)	**50 (51.5) / 47 (48.5)**
Increase in pre-COVID pain intensity	**49 (100)**
Abnormal sensory examination findings	**18 (18.6)**
VAS score after COVID-19	**6.9±1.5 (2-10)**
DN4 score after COVID-19	**3.5±2.4 (0-9)**
Neuropathic pain confirmed with DN4 after COVID-19	**41 (42.3)**
SF-36 subscale scores after COVID-19	
Physical function	**60.4±20.7 (5-100)**
Physical role limitation	**35.8±36.4 (0-100)**
Emotional role limitation	**36.4±37.6 (0-100)**
Vitality	**36.9±16.3 (5-90)**
Mental health	**49.2±16.4 (8-92)**
Social function	**53.1±25.0 (0-100)**
Pain	**34.3±21.3 (0-80)**
General perception of health	**40.3±17.5 (0-75)**

BMI: body mass index, DN4: Douleur Neuropathique 4 questionnaire, SF-36: Short Form-36 survey, VAS: visual analog scale. The data are expressed as mean±standard deviation, (range) or n, (%). Significant p values are written in bold.

Table 2. Location of arthralgia and myalgia of patients (n=97).

Parameters	
Location of arthralgia before COVID-19	
Shoulder	17 (17.5)
Elbow	11 (11.3)
Wrist	8 (8.2)
Hip	6 (6.2)
Knee	24 (24.7)
Foot/ankle	5 (5.2)
Location of arthralgia after COVID-19	
Shoulder	43 (44.3)
Elbow	26 (26.8)
Wrist	21 (21.9)
Hip	22 (22.7)
Knee	39 (40.2)
Foot/ankle	13 (13.4)
Location of myalgia before COVID-19	
Neck-back-lumbar	27 (27.8)
Front trunk	2 (2.1)
Arm	22 (22.7)
Forearm	22 (22.7)
Thigh	15 (15.5)
Calf	20 (20.6)
Location of myalgia after COVID-19	
Neck-back-lumbar	59 (60.8)
Front trunk	16 (16.5)
Arm	43 (44.3)
Forearm	37 (38.1)
Thigh	32 (33.0)
Calf	44 (45.4)

The data are expressed as n, (%).

Table 3. Comparison of the demographic and clinical data of the patients according to arthralgia before COVID-19 and myalgia before COVID-19.

Variables	Arthralgia Before COVID-19 (n=97)			Myalgia Before COVID-19 (n=97)		
	Not developed (n=57)	Developed (n=40)	p	Not developed (n=48)	Developed (n=49)	p
Age (years)	44.9±13.5	48.7±13.2	0.171	44.7±13.6	48.2±13.2	0.195
Gender (Female/Male)	37 (64.9) / 20 (35.1)	30 (75) / 10 (25)	0.290	28 (58.3) / 20 (41.7)	39 (79.6) / 10 (20.4)	**0.024**
BMI (kg/m²)	28.9±4.8	29.2±5.3	0.727	28.8±5.3	29.2±4.8	0.605
Number of comorbidities	0.7±0.8	0.9±0.9	0.443	0.6±0.7	0.9±1.0	0.324
Disease duration (months)	4 (3 – 5.3)	3 (2 – 5)	0.076	4 (2 – 5.4)	3.5 (2.1 – 5)	0.635
Length of hospital stay (days)	3.3±8.7	2.9±5.2	0.829	1.9±3.6	4.3±9.8	0.249
Place of treatment (Home /Hospital)	42 (73.7) / 15 (26.3)	29 (72.5) / 11 (27.5)	0.897	37 (77.1) / 11 (22.9)	34 (69.4) / 15 (30.6)	0.392
Smoking	8 (14)	5 (12.5)	0.827	9 (18.8)	4 (8.2)	0.126
Comorbidities	29 (50.9)	23 (57.5)	0.520	25 (52.1)	27 (55.1)	0.766
Steroid use	11 (19.3)	7 (17.5)	0.823	8 (16.7)	10 (20.4)	0.636
Lung involvement	19 (33.3)	13 (32.5)	0.932	15 (31.3)	17 (34.7)	0.718
Arthralgia	37 (35.1)	40 (100)	**<0.001**	30 (62.5)	47 (95.9)	**<0.001**
Myalgia	57 (100)	39 (97.5)	0.231	47 (97.9)	49 (100)	0.495
Arthralgia developed after COVID-19	37 (64.9)	0 (0)	**<0.001**	25 (52.1)	12 (24.5)	**0.005**
Myalgia developed after COVID-19	43 (75.4)	4 (10)	**<0.001**	47 (97.9)	0 (0)	**<0.001**
VAS score	7 (6 – 8)	7 (6 – 8)	0.961	7 (6 – 8)	7 (6 – 8)	0.656
DN4 score	3 (2 – 5)	3 (2 – 5)	0.965	2 (2 – 4)	4 (2 – 5.5)	**0.023**
Neuropathic pain confirmed with DN4	24 (42.1)	17 (42.5)	0.969	16 (33.3)	25 (51)	0.078
SF-36 subscale scores						
Physical function	63.1±21.8	56.6±18.8	0.133	70 (55 – 80)	55 (42.5 – 72.5)	**0.003**
Physical role limitation	25 (0 – 75)	25 (0 – 50)	0.152	25 (0 – 75)	25 (0 – 50)	0.151
Emotional role limitation	33.3 (0 – 66.7)	33.3 (0 – 58.4)	0.498	33.3 (0 – 91.7)	33.3 (0 – 66.7)	0.646
Vitality	40 (30 – 50)	35 (20 – 45)	0.149	38.6±14.6	35.4±17.9	0.323
Mental health	50.5±15.4	47±17.7	0.300	52±16.3	46.2±16.1	0.082
Social function	55±24.7	50.3±25.7	0.365	58.9±26.0	47.4±23.0	**0.024**
Pain	35 (22.5 – 45)	22.5 (10.6 – 46.9)	0.297	37.5 (33.1 – 47.5)	22.5 (10 – 45)	**0.003**
General perception of health	40 (35 – 55)	40 (26.3 – 48.8)	0.308	43.9±18.4	36.9±16.2	**0.047**

BMI: body mass index, DN4: Douleur Neuropathique 4 questionnaire, SF-36: Short Form-36 survey, VAS: visual analog scale. The data are expressed as mean±standard deviation, (range) or n, (%). Significant p values are written in bold.

Kaynakça

1. Davido B, Seang S, Tubiana R, de Truchis P. Post-COVID-19 chronic symptoms: a postinfectious entity? Clin Microbiol Infect. 2020 Nov;26(11):1448-1449. doi: 10.1016/j.cmi.2020.07.028. Epub 2020 Jul 23. PMID: 32712242; PMCID: PMC7376333.

2. Salamanna F, Veronesi F, Martini L, Landini MP, Fini M. Post-COVID-19 Syndrome: The Persistent Symptoms at the Post-viral Stage of the Disease. A Systematic Review of the Current Data. Front Med (Lausanne). 2021 May 4;8:653516. doi: 10.3389/fmed.2021.653516. PMID: 34017846; PMCID: PMC8129035.

Subakut ve Kronik İnmeli Hastalarda Kabızlık İnsidansı ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi

Ender Erden
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çorum, Türkiye
İletişim Bilgileri: Buharaevler Mahallesi, 21. Sokak, Çamlık Sitesi No:1/11, Merkez/Çorum

Özet

Giriş ve Amaç: İnme sonrası sık görülen komplikasyonlardan birisi de kabızlıktır (1, 2). Kabızlık hastaların fiziksel fonksiyonlarının yanında yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (3). Subakut ve kronik dönem inmeli hastalarda konstipasyon insidansını ve risk faktörlerini incelemektir.

Materyal/Metod: Hastanemizde yatarak rehabilitasyon programı alan, yatış esnasında Roma II kriterlerine göre kabızlık tanısı alan, 18 yaş üstü hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, hastalık süresi, rehabilitasyon süresi, inme nedeni, lezyon tarafı, ek hastalıkları (hipertansiyon, diyabetes mellitus, troid hastalığı, solunum sistemi hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar, hiperlipidemi, böbrek hastalığı), spastisite varlığı, giriş ve çıkışta değerlendiren ölçekler (Brunnstrom motor evreleri, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Fonksiyonel Ambulasyon Skalası) ve laboratuvar değerleri (açlık kan şekeri, lipid profili) incelendi. Kabız olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırma yapıldı.

Bulgular: Toplam 50 inmeli hasta çalışmaya alındı. Hastaların median yaşı 61,5 (27-81) yıl, median hastalık süresi 5 (3-36) ay, ortalama rehabilitasyon süresi 41,04±12,56 gün ve hastaların ’ü erkekti. Hastaların ’ü iskemik inme ve ’si sol hemiplejiye sahipti (Tablo 1). Hastaların 19’unda () kabızlık saptandı (Tablo 2). Kabızlık olan hastaların .7’sinde iskemik inme ve .8’inde sol hemipleji saptandı. Kabızlık saptanan hastaların 15’inde spastisite, 15’inde hipertansiyon, 11’inde koroner arter hastalığı, 10’unda hiperlipidemi, 6’sında diyabetes mellitus, 4’ünde solunum sistemi hastalığı, 1’inde troid hastalığı saptandı. Kabızlık saptanan hastalarda anlamlı olarak rehabilitasyon süresi daha uzun, yatış-çıkışta değerlendirilen alt ekstremite Brunnstrom motor evrelemesi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği skoru daha kötü, yatış sırasında değerlendirilen Fonksiyonel Ambulasyon Skalası daha düşüktü ($p < 0.05$). Kabızlık saptanan hastalarda VKİ, açlık kan şekeri, total kolesterol, LDL ve diyastolik kan basıncı daha yüksek, HDL ise daha düşük bulunsa da gruplar arasında benzer bulundu (Tablo 3).

Sonuç: İnmeli hastalarda kabızlık sık görülen ve fonksiyonel durumu olumsuz etkileyen komplikasyonlardan birisidir. Ayrıca kabız olan hastalarda VKİ, diyastolik kan basıncı, açlık kan şekeri ve lipid parametrelerinde görülen değişikliklerin bu hastaların metabolik sendrom açısından da değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme, kabızlık, rehabilitasyon

Tablo 1: Hastaların demografik verileri

Parameters	
Yaş ortalaması (yıl)	61,5 (27-81)
Hastalık süresi (ay)	5 (3-36)
Rehabilitasyon süresi (gün)	41,04±12,56
Vücut kütle indeksi (kg/m^2)	25,73±3,86
Cinsiyet	
Erkek	32 (64)
Kadın	18 (36)
Medeni durumu	
Evli	49 (98)
Bekar	1 (2)
Eğitim durumu	
Okur-yazar olmayan	5 (10)
İlkokul	33 (66)
Ortaokul-lise	9 (18)
Üniversite	3 (6)
Etyoloji	
İskemik	37 (74)
Hemorajik	13 (26)
Pleji tipi	
Sağ	24 (48)
Sol	26 (52)
Sigara	32 (64)

Değerler n, (%), ortalama ± standart sapma, median (aralık) olarak gösterilmiştir.

Tablo 2: Hastaların klinik özellikleri ve laboratuvar verileri

Parameters	
Kabızlık	19 (38)
Spastisite	35 (70)
Hipertansiyon	43 (86)
Diyabetes mellitus	14 (28)
Koroner arter hastalığı	27 (54)
Troid hastalığı	3 (6)
Solunum sistemi hastalığı	8 (16)
Hiperlipidemi	26 (52)
BRN motor evreleme	
Yatış Üst / El / Alt	3 (1-6) / 3,5 (0-6) / 3 (1-6)
Çıkış Üst / El / Alt	3 (1-6) / 4 (1-6) / 4 (1-6)
FBÖ	
Yatış	29 (13-88)
Çıkış	38 (13-91)
FAS	
Yatış	1 (0-4)
Çıkış	2 (0-5)
Kan Basıncı	
Sistolik kan basıncı (mmHg)	120 (90-180)
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	80 (60-120)
Açlık kan şekeri (mg/dL)	91,5 (58-222)
Total kolesterol (mg/dL)	180,4±41,36
Trigliserid (mg/dL)	124,5 (47-750)
VLDL(mg/dL)	25,5 (9-151)
LDL (mg/dL)	104 (59-204)
HDL (mg/dL)	40 (20-65)

BRN: Brunstroom, FBÖ: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, FAS: Fonksiyonel Ambulasyon Skalası. Değerler n, (%), ortalama ± standart sapma, median (aralık) olarak gösterilmiştir.

Table 3. Kabızlık durumuna göre grupların karşılaştırılması

Parameters	Kabızlık olmayan (n=31)	Kabızlık olan (n=19)	p
Şimdiki yaş ortalaması (yıl)	64 (27-79)	61 (32-81)	0,682
Hastalık süresi (ay)	5 (3-36)	6,5 (3-36)	0,680
Rehabilitasyon süresi (gün)	38,32±12,34	45,47±11,92	**0,048**
Vücut kütle indeksi (kg/m^2)	25,45±4,11	26,21±3,52	0,603
Cinsiyet			0,923
Erkek / Kadın	20 (64,5) / 11 (35,5)	12 (63,2) / 7 (36,8)	
Etyoloji			0,418
İskemik / Hemorajik	23 (74,2) / 8 (25,8)	14 (73,6) / 5 (26,2)	
Pleji tipi			0,514
Sağ / Sol	16 (51,6) / 15 (48,4)	8 (42,1) / 11 (57,9)	
Sigara	20 (64,5)	12 (63,2)	0,923
Spastisite	20 (64,5)	15 (78,9)	0,351
Hipertansiyon	28 (90,3)	15 (78,9)	0,404
Diyabetes mellitus	8 (25,8)	6 (31,5)	0,659
Koroner arter hastalığı	16 (51,6)	11 (57,9)	0,665
Troid hastalığı	2 (6,4)	1 (5,2)	1,000
Solunum sistemi hastalığı	4 (12,9)	4 (21)	0,459
Hiperlipidemi	17 (54,8)	10 (52,6)	0.879
BRN motor evreleme üst yatış	3 (1-6)	2 (1-6)	0,092
BRN motor evreleme üst çıkış	4 (1-6)	3 (1-6)	0,071
BRN motor evreleme el yatış	4 (1-6)	3 (0-6)	0,248
BRN motor evreleme el çıkış	5 (1-6)	3 (1-6)	0,127
BRN motor evreleme alt yatış	3 (1-6)	3 (1-6)	**0,027**
BRN motor evreleme alt çıkış	4 (2-6)	3 (1-6)	**0,029**
FBÖ yatış	38 (13-88)	24 (13-62)	**0,022**
FBÖ çıkış	43 (17-91)	25 (13-91)	**0,011**
FAS yatış	1 (0-4)	0 (0-4)	**0,009**
FAS çıkış	2 (0-5)	1 (0-5)	0,099
Sistolik kan basıncı (mmHg)	120 (90-140)	120 (100-180)	0,759
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	70 (60-100)	80 (60-120)	0,711
Açlık kan şekeri (mg/dL)	88 (72-222)	93 (58-148)	0,645
Total kolesterol (mg/dL)	176,13±37,49	187,68±47,19	0,343
Trigliserid (mg/dL)	139 (47-268)	112 (54-750)	0,211
VLDL(mg/dL)	28 (9-53)	24,6 (11-151)	0,529
LDL (mg/dL)	41 (20-62)	40 (25-65)	0,555
HDL (mg/dL)	93 (63-204)	120 (59-184)	0,095

BRN: Brunstroom, FBÖ: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, FAS: Fonksiyonel Ambulasyon Skalası. Değerler n, (%), ortalama ± standart sapma, median (aralık) olarak gösterilmiştir.

Kaynakça

1. Sun Y, Lin Y, Wang J, et al. Risk factors for constipation in patients with acute and subacute ischemic stroke: A retrospective cohort study. J Clin Neurosci. 2022;106:91-95.
2. Lin CJ, Hung JW, Cho CY, et al. Poststroke constipation in the rehabilitation ward: incidence, clinical course and associated factors. Singapore Med J. 2013;54(11):624-9.
3. Li J, Yuan M, Liu Y, et al. Incidence of constipation in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2017;96(25):e7225.

BEL AĞRISINDA GÖZDEN KAÇAN BİR TANI: BACK MOUSE SENDROMU

Dr.Dilvin TÜRKÖZ , Dr.Benay SARI , Dr.Öğr.Üyesi Nurçe ÇİLESİZOĞLU YAVUZ
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı

Giriş

BACK MOUSE SENDROMU

Episakral Lipoma , Copeman Nodülü
Torakodorsal fasiyada yırtık Altındaki dorsal yağ yastıkçıklarının herniasyonu
Sıklıkla iliak krestin hemen üzerinde ve sakroiliak bölgede

Ayırıcı tanı;

Lomber Disk Hernisi
Spondiloartropatiler
Fibromiyalji
Sebase kist
Subkutanöz apse
Liposarkom

Vaka

52 yaş, kadın hasta
Şikayeti;
Bel ağrısı (6aydır)
Özgeçmiş:
HBV taşıyıcı
İlaç:
Tenofovir

Romatolojik Sorgu

SABAH TUTUKLUĞU (-)
AĞIZDA AFT (-)
GENİTAL ÜLSER (-)
AĞIZ KURULUĞU (-)
GÖZ KURULUĞU (-)
FOTOSENSİTİVİTE (-)
RAYNAUD FENOMENİ (-)
İNFLAMATUAR KARAKTERDE AĞRI (-)
SEDEF ÖYKÜSÜ (-)
ÜVEİT ÖYKÜSÜ (-)
İBH (-)
ALOPESİ (-)

FİZİK MUAYENE

Üst ekstremite muayenesi:

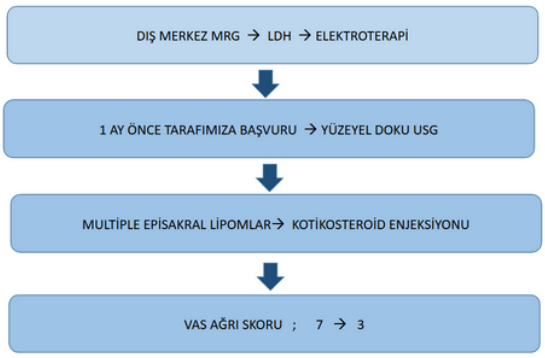
Rom: Açık Ağrısız
Motor Muayene: 5/5
Duyu Muayenesi: Doğal
Refleks: Normoaktif
Hofmann:-/-

Bel muayenesi:
DBK: -/-
Laseque: -/-
SİE kompresyon: -/-
Bilateral posterior iliak krest üzerinde multiple nodüller+

Alt ekstremite muayenesi:

Rom: Açık
Motor Muayene: 5/5
Duyu Muayenesi: Doğal
Refleks: Normoaktif
Bilateral Plantar Yanıt: +/+

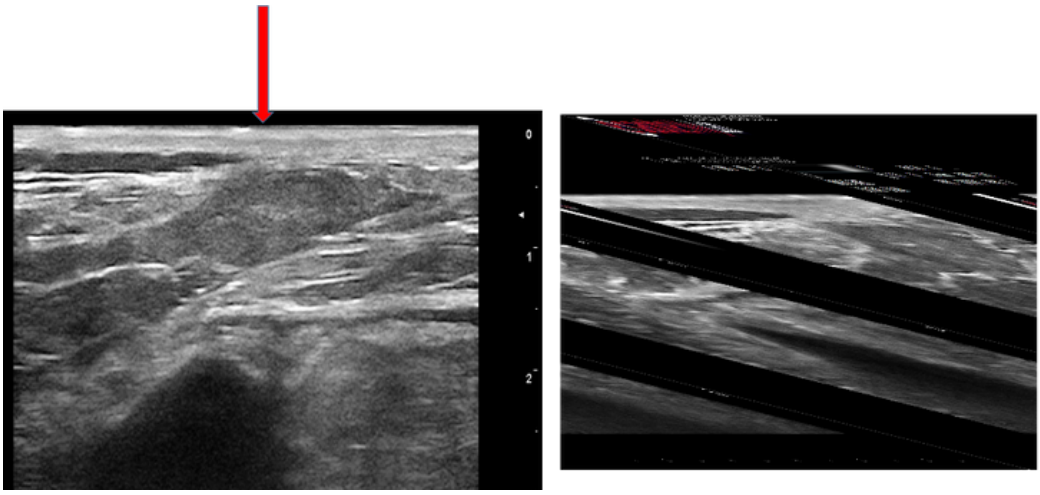
VAKA



Tartışma

Episakral lipoma akut ve kronik bel ağrısının sık görülen nedenlerinden biri
Kronik bel ağrılı hastaların azımsanmayacak bir bölümünde ağrıdan sorumlu
Tedavi edilebilir fakat ne yazık ki sıklıkla teşhis edilemeyen bir bel ağrısı nedeni
Lumbosakral bölgenin dikkatli palpasyonu ile bu nodüllerin tespiti gereksiz tetkiklerin ve uygun olmayan tedavilerin önlenmesi açısından da önemlidir.

Ultrason Görüntüsü



Konversiyon Motor Paralizisi

Ayla Çağlıyan Türk

Yazarların Kurumları: Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çorum
drayla1976@hotmail.com

Özet

Giriş: Konversiyon bozukluğu başlıca özelliği, nörolojik ya da başka tıbbi bir durumu düşündüren, istemli motor ya da duyusal işlevleri etkileyen belirtilerin bulunmasıdır. Bu işlev eksikliklerinin başlamasından önce birtakım çatışmaların ya da kişiyi zora sokan birtakım etkenlerin ortaya çıkmış olduğunun gözlenmesi ile ruhsal etkenlerle ilişkisinin olduğu yargısına varılır.

Olgu: 47 yaşında kadın hasta. Dört yıl önce sağ kol ağrısı olmuş. Ağrı sürekli, bıçak keser tarzda imiş. Uyuşma, karıncalanma, güçsüzlük tariflemiyor. Bir yıl sonra kolunda hissizlik olmuş ve hasta kolunu kullanamamaya başlamış. Eş zamanlı bacağını da sürükleyerek yürümeye başlamış. Yolda yürürken dengesini sağlayamıyormuş. Hastanın bize geliş şikayeti sağ kolunu kullanamamak. Şu anda ağrısı yok, ağrısı yalnızca ağırlık kaldırınca ağrı olduğunu ve cisimleri tutamadığını ifade ediyor. Şu anda kol ve bacağında hissizlik olmadığını ancak kuvvetsizlik mevcut.
Özgeçmiş: 2 yıl önce meniskopati nedeniyle opere.
Soygeçmiş: 1,5 yıl önce anne mide Ca, baba HT, DM.
Fizik muayenesi; her iki alt ve üst ekstremite aktif eklem hareketleri açıktı, tüm kas güçleri tamdı. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Patolojik refleksi yoktu. Duyu muayenesi normal.
Tetkikleri: Hastamıza 2019-2022 yılları arasında; 2 kez kranial MR, 4 kez servikal MR, 1 kez lomber MR, 3 kez EMG tetkiki ve difüzyon MR tetkiki yapılmış ancak kliniği açıklayacak bir patolojiye rastlanmamıştı.
Ruhsal durum muayenesi: Özbakımı yeterli. Psikomotor aktivite doğal. Konuşma hızı normal. Duygudurum hafif depresif ve anksiyöz. Düşünme süreci doğal. Düşünce içeriğinde annesinin hastalığı ve kendisinin sağlık sorunları ile ilişkili zihinsel aşırı uğraşısı olduğu saptandı. Zekâsı normal aralıkta. Yargılama yeterli. İçgörüsü yetersiz. Genel kaygı düzeyi biraz yüksek.
Hastamıza kaygı düzeyi yüksek olduğundan Essitolapram başlandı. Rehabilitasyon programına alınan hastada kısmi düzelme görüldü.

Sonuç: Hastamıza konversiyon motor paralizi tanısı kondu. Konversiyon motor paralizide bir ya da birden çok, istemli motor ya da duyusal işlev değişikliği ile ilgili belirti görülür. Klinik bulgularla, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında uyuşmazlık vardır.

Anahtar Kelimeler: Hemipleji, Konversiyon Motor Paralizi, rehabilitasyon

Kaynakça: 1. Shimada T, Ohi K, Yasuyama T, Uehara T, Kawasaki Y. Cerebellar activation during a motor task in conversion disorder with motor paralysis: A case report and fMRI study. Neuropsychopharmacol Rep. 2018 Mar;38(1):47-50. doi: 10.1002/npr2.12008.
2. Matt E, Amini A, Aslan T, Schmidhammer R, Beisteiner R. Primary motor cortex deactivation as a new mechanism of motor inhibition in conversion paralysis. Mov Disord. 2019 Jan;34(1):148-149. doi: 10.1002/mds.27552. Epub 2018 Nov 28.

Kronik Böbrek Hastalığı tanısı almış çocuklarda iskelet kas kitle indeksi: Denge, yorgunluk, uyku bozukluğu, yaşam kalitesi ve fonksiyonel performans ile ilişkisi

Dr. Muharrem Yüksel1, Dr. Dilek Durmuş1, Dr. Gamze Alaylı1, Dr. Hülya Nalçacıoğlu2
1Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD
2Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Nefroloji AD

Amaç
Bu çalışmanın amacı kronik böbrek hastalığı (KBH) tanısı almış çocuklarda iskelet kas kitle indeksini belirlemek ve bunun fonksiyonel performans, denge, yaşam kalitesi, yorgunluk ve uyku bozukluğu ile ilişkisini tespit etmektir.
Gereç ve Yöntem
Çalışmamızda KBH tanısı alan 83 hasta ve 71 sağlıklı kontrol değerlendirildi. Hastalar (h) ve kontroller (k) yaşlarına göre Grup 1h-k (5-12 yaş), Grup 2h-k (13-17 yaş) olarak ayrıldı. Hastalarda, el ve quadriseps kas gücü dinamometreyle; fonksiyonel performans, 6 dakika yürüme testi (6DYT), 5 tekrarlı otur kalk testi (5TOKT), zamanlı kalk ve yürü testi (ZKYT), yürüme hızıyla (YH-10m/sn); yaşam kalitesi pediatrik yaşam kalitesi envanteri 4.0'la; uyku kalitesi çocuklarda uyku bozukluğu ölçeğiyle; yorgunluk çocuk yorgunluk ölçeği ebeveyn formuyla; denge pediatrik denge skalasıyla ölçüldü. İskelet kas kitle indeksi; tanita cihazıyla ölçülen apendiküler kas kitlesinin boyun karesine bölünmesiyle hesaplandı. Yağ kitlesi, yağsız kitle de kaydedildi.
Sonuçlar
Grup 1h (E / K = 17/21) ve Grup 1k (E / K = 24/24); el ve diz kas güçleri, 6DYT, YH, 5TOKT, ZKYT açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark tespit edildi ($p<0.001$). İki grup arasında yağ kitle ölçümü haricindeki yağsız kitle, apendiküler kas kitle indeksi açısından anlamlı fark tespit edildi ($p<0.005$) (Tablo 1). Bu iki grup arasında yorgunluk, denge, uyku-toplam skor ve yaşam kalitesi açısından da anlamlı farklar görüldü ($p<0.001$) (Tablo 2). Grup 2h (E / K = 32/13) ve Grup 2k (E / K = 16/7) arasında da kas gücü, fonksiyonel performans değerleri açısından anlamlı fark gösterildi ($p<0.001$). İki grup arasında yağ kitlesi haricinde anlamlı fark mevcuttu ($p<0.005$) (Tablo 1). İki grup arasındaki diğer parametreler tablo 2'de gösterilmiştir. Tanita değerleriyle fonsiyonel performans arasındaki ilişkiler tablo 3'de gösterilmiştir.
Sonuç
Bu çocuklar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında sağlıklılara göre denge düzeyinde, kas gücü ve fonksiyonel performansda azalma tespit edildi. Kas kitle indeksindeki düşüklük de bu ölçümlerle ilişkili gözükmekteydi. Ayrıca bu çocuklar sağlıklılara göre daha yorgun, uykuları bozuk, yaşam kalitesi ve okul performansları daha düşüktü. Sonuç olarak bu çocuklara hastalığın erken dönemlerinde egzersiz desteği bilinçli olarak verilmelidir. Aynı zamanda uyku, emosyonel ve okul motivasyonuna katkı sağlayacak tedavilerle kişisel gelişimlerinin sağlıklı bir şekilde devam etmesi sağlanabilir.

Tablo 1. Yaşlara göre hasta ve kontrol grubunun demografik ve fonksiyonel performans parametrelerinin karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol		Hasta	Kontrol	
	5-12 yaş n=38 Ort±SS	5-12 yaş n=48 Ort±SS	p	13-17 yaş n=45 Ort±SS	13-17 yaş n=23 Ort±SS	p
Yaş	9,02±2,31	9,22±1,92		15,55±1,48	16,13±1,61	
VKİ	18,69±3,84	17,70±3,56	0.253	21,91±4,76	21,04±4,76	0.739
Cinsiyet (n%)						
Erkek	17 (44,7)	24 (50)	0.765	32 (71,1)	16 (69,5)	0.813
Kız	21 (55,3)	24 (50)		13 (29,9)	7 (30,5)	
Fonksiyonel Performans						
Sağ el kas gücü (kg)	7,84±5,28	13,82±5,93	**0.001**	20,09±8,58	31,86±7,93	**0.001**
Sol el kas gücü(kg)	6,58±4,85	12,67±5,66	**0.001**	18,63±8,05	30,63±8,76	**0.001**
Sağ diz kas gücü (kg)	11,20±5,50	15,06±4,63	**0.001**	19,37±5,76	25,86±6,46	**0.001**
Sol diz kas gücü (kg)	10,07±5,09	14,40±4,77	**0.001**	17,65±5,49	24,63±6,68	**0.001**
6DYT (m)	443±57,35	596±66,70	**0.001**	473±54,57	643±64,76	**0.001**
5TOKT (sn)	9,43±2,42	4,75±0,83	**0.001**	9,94±3,43	4,91±0,76	**0.001**
ZKYT (sn)	7,47±1,75	4,21±0,54	**0.001**	7,54±1,83	3,87±0,50	**0.001**
YH (10m/sn)	1,26±0,23	2,05±0,26	**0.001**	1,28±0,23	2,17±0,26	**0.001**
YH(düzeltilmiş) 10m/sn/boy	0,95±0,14	1,45±0,20	**0.001**	0,81±0,15	1,25±0,14	**0.001**
Tanita değerleri						
Yağ kitle (kg)	7,91±5,42	8,02±4,49	**0.599**	11,53±7,29	11,19±5,71	**0.826**
Yağsız kitle (kg)	25,44±7,42	29,56±9,01	**0.043**	43,57±9,94	51,25±7,50	**0.002**
İskelet kas kitle (kg)	24,33±7,07	27,96±8,51	**0.041**	41,66±9,54	48,54±7,22	**0.005**
Apendiküler kas kitle (kg)	9,57±3,50	13,27±4,02	**0.001**	18,26±4,70	23,33±3,38	**0.001**
Apendiküler kas kitle indeks (kg/m^2)	5,33±1,03	6,50±0,88	**0.001**	7,21±1,24	7,85±0,82	**0,012**
Apendiküler kas kitle indeks (kg/VKİ)	0,50±0,12	0,73±0,13	**0.001**	0,83±0,18	1,11±0,15	**0.001**
Apendiküler kas kitle (%)	28,92±3,10	36,96±2,93	**0.001**	33,30±3,37	37,88±4,36	**0.001**

6DYT: 6 dakika yürüme testi, 5TOKT: 5 tekrarlı otur kalk testi,
ZKYT: Zamanlı kalk ve yürü testi, YH: Yürüme hızı, VKİ: Vücut kitle indeksi

Tablo 2. Yaşlara göre hasta ve kontrol grubunun uyku ve yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol		Hasta	Kontrol	
	5-12 yaş n=38 Ort±SS	5-12 yaş n=48 Ort±SS	p	13-17 yaş n=45 Ort±SS	13-17 yaş n=23 Ort±SS	p
Yorgunluk	35,50±8,47	26,66±2,30	**0.001**	37,15±9,09	26,63±2,51	**0.001**
Denge	53,39±4,73	55,37±1,42	**0.001**	54,04±2,39	55,90±0,45	**0.012**
Uyku parametreleri						
Uyku dalma	10,05±3,66	8,93±2,47	0.344	11,33±4,92	10,22±3,11	0.676
Uyanma bozukluğu	3,60±1,30	3,04±0,20	**0.012**	3,55±1,30	3,04±0,21	0.120
Uyku geçiş	7,07±1,54	6,12±0,44	**0.001**	6,35±0,88	6,09±0,29	0.379
Aşırı uyku	6,07±2,42	5,06±0,31	**0.005**	7,06±2,97	5,18±0,39	**0.033**
Terleme	2,31±0,87	2,14±0,50	0.432	2,22±0,63	2,15±0,60	0.107
Solunum	3,47±0,86	3,32±2,33	0.105	3,31±0,84	3,04±0,21	0.242
Uyku toplam skor	32,68±6,49	28,39±2,72	**0.001**	33,84±7,51	29,59±3,26	**0.042**
Yaşam kalitesi Parametreleri						
Fiziksel fonksiyon	83,55±19,78	96,10±4,56	**0.001**	88,89±20,49	98,07±3,75	**0.001**
Psikososyal fonksiyon	81,31±17,54	95,90±5,01	**0.001**	77,18±21,72	99,24±2,50	**0.001**
Psikoemosyonel durum	88,68±20,55	99,58±2,88	**0.001**	88,77±18,68	99,54±2,13	**0.004**
Psikososyal durum	90,39±22,15	98,04±4,01	**0.002**	88,88±27,32	95,03±4,15	**0.026**
Psiko-okul	65,26±23,73	88,12±14,53	**0.001**	53,77±31,19	98,18±6,64	**0.001**
Yaşam kalitesi toplam	82,04±17,01	97,32±3,27	**0.001**	80,57±18,58	99,50±1,63	**0.001**

Tablo 3: Hastaların tanita değerleriyle fiziksel fonksiyon parametreleri arasındaki ilişkiler

	Yağ kitle (kg)	Yağsız kitle kg	Apendiküler kas kitle indeks (kg/m²)	Apendiküler kas kitle indeks (kg/VKİ)	Apendiküler kas kitle (%)
Yaş (yıl)	**r=0.427 p=0.001**	**r=0.810 p=0.001**	**r=0.743 p=0.001**	**r=0.794 p=0.001**	**r=0.538 p=0.001**
VKİ (kg/boy²)	**r=0.909 p=0.001**	**r=0.680 p=0.001**	**r=0.851 p=0.001**	**r=0.321 p=0.003**	**r=-0.076 p=0.497**
Sağ el kas gücü (kg)	**r=0.464 p=0.001**	**r=0.863 p=0.001**	**r=0.702 p=0.001**	**r=0.877 p=0.001**	**r=0.560 p=0.001**
Sağ diz kas gücü (kg)	**r=0.601 p=0.001**	**r=0.848 p=0.001**	**r=0.771 p=0.001**	**r=0.760 p=0.001**	**r=0.403 p=0.001**
6DYT (m)	**r=0.315 p=0.004**	**r=0.440 p=0.001**	**r=0.381 p=0.001**	**r=0.488 p=0.001**	**r=0.302 p=0.005**
5TOKT (sn)	r=-0.39 p=0.729	r=0.018 p=0.869	r=-0.015 p=0.890	r=-0.005 p=0.962	r=-0.036 p=0.747
ZKYT (sn)	r=-0.203 p=0.066	r=-0.054 p=0.629	r=-0.094 p=0.397	r=-0.054 p=0.625	r=0.025 p=0.820
YH(düzeltilmiş) 10m/sn/boy	r=-0.199 p=0.071	**r=-0.501 p=0.001**	**r=-0.386 p=0.001**	**r=-0.480 p=0.001**	r=-0.288 p=0.008
Yaşam kalitesi toplam	r=0.034 p=0.761	r=0.001 p=0.998	r=-0.060 p=0.592	r=0.032 p=0.771	r=0.012 p=0.917
Uyku kalitesi toplam	r=-0.046 p=0.677	r=-0.091 p=0.415	r=-0.115 p=0.302	r=-0.048 p=0.669	r=-0.015 p=0.893
Yorgunluk	r=-0.093 p=0.402	r=-0.099 p=0.371	r=-0.127 p=0.252	r=-0.048 p=0.664	r=0.016 p=0.888
Denge	**r=0.366 p=0.001**	**r=0.592 p=0.001**	**r=0.449 p=0.001**	**r=0.626 p=0.001**	**r=0.374 p=0.001**

6DYT: 6 dakika yürüme testi, 5TOKT: 5 tekrarlı otur kalk testi,
ZKYT: Zamanlı kalk ve yürü testi, YH: Yürüme hızı, VKİ: Vücut kitle indeksi

OVER CA İLE İLİŞKİLİ DERMATOMİYOZİT; OLGU SUNUMU

MERT Ataş 1, Alper Doğancı 1, Sami Hizmetli 1
1 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İletişim Bilgileri: Mehmet Akif Ersoy Mah, 49-69.sk, no:3 Sivas/Merkez, mertatas.18@gmail.com

Özet

Giriş

Dermatomiyozit, deri ve multisistemik tutulum gösteren bir bağ dokusu hastalığıdır. Proksimal kas güçsüzlüğü, (Gottron's sign), fotosensitivite görülür. Yüz ve boyunda eritem görülür(1).

Yapılan çalışmalarda Dermatomiyozit-malignite birlikteliğinin %7-30 arasında olduğu gösterilmiştir(2).

Bu olgu sunumunun amacı kas güçsüzlüğü, eritem ve fotosensitivite semptomları olan hastalarda dermatomiyozit tanısının akılda tutulması gerektiğini hatırlatmaktır.

Olgu

62 yaşında kadın hasta kliniğimize kas güçsüzlüğü, miyalji, yüzünde kızarıklık nedeniyle başvurmuştur. Hasta 1.5 ay önce başlayan ses kısıklığı, disfaji, üst ve alt ekstremite ekstansör yüzlerinde döküntüsü olduğunu tariflemiştir. Yapılan romatolojik sorgulamasında oral aft, fotosensitivite, malar rash tariflemiştir.

FM'de: Sol akciğerde matite ve solunum seslerinde azalma tespit edilmiştir. KVS, batın ve nörolojik muayenesi normal saptanmıştır. Meme muayenesinde sol meme üst iç kadranda palpasyon ile hassas olmayan, mobil, düzgün sınırlı lezyon saptanmıştır. Sol inguinal bölgede lenfadenopati saptanmıştır. Lokomotor sistem muayenesinde bilateral alt ve üst ekstremite proksimal kas güçleri 3/5 olarak değerlendirilmiştir.

Tetkiklerinde CK yüksek, AFR ise ılımlı yüksek, ANA profili negatif saptanmıştır.

Hastadan; meme ultrasonografi, torakoabdominal BT, kas biyopsisi, ANA profili çalışılması planlanmıştır.

Meme usg ; 6x3mm boyutlarında doppler aktivitesi göstermeyen, hipoekoik oluşum ve bilateral aksiller LAP görülmüştür.

Toraks BT'de sol akciğerde 6.1mm boyutlarında metastaz düşündüren nodül saptanmıştır.

Abdomen BT'de sol ovaryan bölgede kitle ile uyumlu 69x46mm boyutlarında lezyon saptanmıştır.

Kas biyopsisi dermatomiyozit ile uyumlu gelmiştir.

Hastaya 5 gün İVİG ardından 1mg/kg/gün dozunda steroid başlanmıştır. Onkoloji ve jinekoloji ile yapılan konsey sonucunda hastanın primerinin overin seröz adenokarsinomu olduğu tespit edilip KT başlanmıştır. Hastanın takibi hidroksiklorokin ve düşük doz steroid ile devam etmekte olup aylık periyotlarda İVİG uygulaması yapılmaktadır.

Tartışma

Malignite ile dermatomiyozit birlikteliği bilinen bir durumdur. Sırasıyla en sık meme, kolon, akciğer ve over kanserlerine eşlik eder(3).

Dermatomiyozit tedavisi; steroid, hidroksiklorokin, MMF, metotreksat, rituksimab, IVIG kombinasyonları şeklinde uygulanır(4).

Sonuç

Dermatomiyozit tanısı konulduğu andan itibaren olası maligniteler için tarama yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: dermatomiyozit, paraneoplastik, malignite

Kaynakça: 1. Sankar A, Umashankar R, Padmalatha K. A Case of Dermatomyositis and Breast Cancer. J Coast Life Med. 16 Mart 2023;11:1064-6.
2. Di Rollo D, Abeni D, Tracanna M, Capo A, Amerio P. Cancer risk in dermatomyositis: a systematic review of the literature. G Ital Dermatol Venereol. 01 Ekim 2014;149(5):525-37.
3. Dourmishev L, Popov I, Rusinova D. Paraneoplastic dermatomyositis associated with testicular cancer: A case report and literature review. Acta Dermatovenerol Alp Panon Adriat. 01 Mart 2010;19:39-43.
4. Waldman R, DeWane ME, Lu J. Dermatomyositis: Diagnosis and treatment. J Am Acad Dermatol. 01 Şubat 2020;82(2):283-96.

Hemofili hastalarında sarkopeni sıklığı ve tedavi protokollerinin kas-iskelet fonksiyonları üzerine etkisi

Bora Uzuner 1, Dilek Durmuş 2, Sertaç Ketenci 3, Hilmi Atay 4
1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi, FTR, Algoloji
2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi, FTR
3 Ondokuz Mayıs Üniversitesi, FTR, Romatoloji
4 Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Dahiliye, Hematoloji
Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: OMÜ FTR ABD
buzuner@hotmail.com

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı ciddi hemofili A tanısı almış hastalarda sarkopeni görülme sıklığını tespit etmek ve farklı tedavi protokolleri alan hastalar arasında kas iskelet sistemi (KİS) bulguları ve fonksiyonel performans açısından fark olup olmadığını göstermektir.

Metod: Bu çalışmaya hemofili A tanısı alan 30 hasta ve 26 sağlıklı erkek kontrol dahil edilmiştir. Sarkopeni tespiti için; bioelektrik impedans analizi yöntemi (BIA) ile elde edilen apendiküler kas kitlesi (ASM)'nin boyun karesine bölünerek elde edilen apendiküler kas kitle indeksi (ASMI) değeri ve ultrason ile ölçülen bilateral rektus femoris ve vastus intermedius kas kalınlıklarının toplamı ile elde edilen ölçüm kullanıldı. El ve quadriseps kas gücü (KG) ölçüldü. Fiziksel performans yürüme hızı (YH), zamanlı kalk ve yürü testi (ZKYT), 5 tekrarlı otur kalk testi (5TOKT) ve 6 dakika yürüme testi (6DYT) kullanılarak tespit edildi. Ayrıca KİS'ni değerlendirmek için Hemofili Eklem Sağlık Skoru (HESS) ve Hemofili Erken Artropati Taraması-Ultrason (HEAT-US) kullanıldı.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 35.40±9.44, kontrolün ise 32.78±6.00 yıl olarak bulundu. Hastaların hepsinin dominant tarafı sağ olup, bütün hastalarda hedef eklem tutulumu mevcuttu. Diz tutulumu bütün hastalarda tespit edildi. Vücut kitle indeksine göre hesaplanan star değerlerine göre 30 hastanın 15 ()'inde sarkopeni vardı. ASMI-BIA değerlerine göre ise sadece iki (%6,6) hastada sarkopeni mevcuttui. Hastaları kullandığı ilaç protokolüne göre gruplara ayırdığımızda gruplar arasında kas gücü, BIA ve star değerleri, fonksiyonel performans, HESS ve HEAT-US değerleri açısından fark tespit edildi ($p<0.005$). ASMI ile HESS, HEAT-US, YH, ZKYT ve el KG (sol) arasında zayıf korelasyon, KG (sağ diz), KG (sol diz) ve 5TOKT ile orta derecede korelasyon tespit edildi. Ortalama star skor ile HEAT-US, HESS, KG (sol diz), 5TOKT, ZKYT, YH arasında güçlü korelasyon, el KG (sol), el KG (sağ) ve KG (sağ diz) ile orta derecede korelasyon bulundu.

Tartışma: Bu çalışmada erişkin ciddi hemofili hastalarında tekrarlayan kanamaların sonucunda etkilenen hedef eklemlerde oluşan hasarla gelişen kas kayıpları, eklem hareketindeki kısıtlılıklar ve fonksiyonel kapasitedeki azalma tespit edilip hastalarda sarkopeni varlığı gösterilmiştir. Sarkopeni değerlendirme açısından star değerlendirme yöntemi ile KG, fonsiyonel performans değerleri arasında ASMI ölçümlerine göre daha güçlü ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca rekombinant ilaç kullanan hastalarda diğer gruba göre daha az KİS tutulumu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, bu hastaların kanamalarını azaltacak düzenli ilaç protokolleri uygulamanın ve kontrollü şekilde kas ve eklemlerin hareket ettirilmesinin sarkopeni gelişimini azaltmada etkili olabileceğini söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Hemofili, Sarkopeni, Ultrason

Tablo 1. Hasta ve kontrollerin klinik ve demografik verilerinin gösterilmesi

	Hasta (n=30) Ortalama ± SS (range)	Kontrol (n=26) Ortalama ± SS (range)	p
Yaş (yıl)	35.40±9.44 (21-51)	32.78±6.00 (25-48)	0.153
Vücut kitle indeksi **(kg/m²)**	27.33±4.21 (21-35)	26.02±3.26 (20-30)	0.435
Fonksiyonel Performans			
El kas gücü (sağ) (kg)	37.23±9.02 (18-50)	47.07±5.26 (40-60)	**0.001**
El kas gücü (sol) (kg)	34.40±7.19 (20-45)	42.92±5.95 (30-53)	**0.001**
Quadriseps kas gücü (sağ) (kg)	18.63±5.68 (7-29)	30.78±4.40 (26-43)	**0.001**
Quadriseps kas gücü (sol) (kg)	18.16±6.47 (1-29)	29.28±3.36 (25-35)	**0.001**
6 dakika yürüme testi (m)	433 ± 111.23 (170-580)	610± 36.21 (550-700)	**0.001**
5 tekrarlı otur kalk testi (sn)	11.93±4.42 (5-26)	4.68±0.45 (4-5.5)	**0.001**
Zamanlı kalk ve yürü testi (sn)	7.31±2.36 (4-13)	3.98±0.39 (3.5-5)	**0.001**
Yürüme hızı (**10 m/sn**)	1.31±0.31 (0.7-1.9)	2.10±0.24 (1.7-2.4)	**0.001**
STAR değerleri			
Star skor (sağ diz)	1.43±0.38 (0.7-2.4)	2.01±0.24 (1.7-2.4)	**0.001**
Star skor (sol diz)	1.41±0.44 (0.45-2.1)	1.87±0.19 (1.6-2.1)	**0.002**
Ortalam star skor	1.42±0.38 (0.7-2.2)	1.94±0.20 (1.6-2.2)	**0.001**
BIA değerleri			
Yağ kitlesi (kg)	20.20±8.39 (5.5-35)	16.60±6.52 (7-29)	0.174
Yağ dışı kitle (kg)	61.14±7.86 (42-79)	65.41±6.75 (53-80)	**0.044**
İskelet kas kitlesi (kg)	57.89±7.72 (40-75)	62.49±6.38 (51-76)	**0.027**
Apendiküler kas kitlesi (kg)	25.96±4.36 (12-34)	28.88±3.03 (23-35)	**0.013**
Apendiküler kas kitle indeks **(kg/m²)**	8.47±1.07 (5-10)	9.20±0.81 (8.2-11)	**0.020**
Apendiküler kas kitle %	32.21±4.14 (22-38)	35.48±3.51 (32-39.8)	**0.014**

Table 2. Hastaların aldığı ilaca grubuna göre klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

	Plazma kaynaklı ilaç kullanan Ortalama(n=15)	Rekombinant kaynaklı ilaç kullanan (n=15)	p
Yaş (yıl)	37.46±8.23 (26-51)	35.33±10.39 (21-48)	0.148
Vücut kitle indeksi **(kg/m²)**	27.13±4.60 (21-33)	25.54±2.93 (21-30)	0.055
Yıllık kanama sayısı	25.00±15.11 (2-45)	15.10±11.05 (2-50)	**0.040**
Fonksiyonel performans			
El kas gücü (sağ) kg	35.93±10.31 (18-45)	38.53±7.67 (21-46)	0.063
El kas gücü (sol) (kg)	31.20±7.31 (20-41)	35.60±7.10 (22-45)	**0.048**
Quadriseps kas gücü (sağ) (kg)	16.46±6.26 (7-26)	20.80±4.19 (14-29)	**0.047**
Quadriseps kas gücü (sol) (kg)	15.93±7.41 (1-29)	19.40±4.61 (9-29)	**0.048**
6 dakika yürüme testi (m)	377 ± 118.66 (170-500)	489± 69.49 (390-580)	**0.008**
5 tekrarlı otur kalk testi (sn)	13.79±5.05 (7-25)	10.07±2.76 (5-13)	**0.026**
Zamanlı kalk ve yürü testi (sn)	8.24±2.48 (4-12)	6.38±1.89 (4-9)	**0.045**
Yürüme hızı (**10 m/sn**)	1.19±0.33 (0.7-1.7)	1.43±0.25 (1-1.9)	**0.041**
STAR değerleri			
Star skor (sağ diz)	1.30±0.32 (0.9-2.2)	1.56±0.40 (0.7-2.1)	**0.033**
Star skor (sol diz)	1.26±0.40 (0.45-1,9)	1.52±0.43 (0.9-2)	**0.032**
Ortalama star skor	1.28±0.32 (0.7-2.1)	1.57±0.39 (0.8-2.1)	**0.035**
BIA değerleri			
Yağ kitlesi (kg)	20.02±8.74 (8.7-33)	16.39±6.18 (6-28)	**0.031**
Yağ dışı kitle (kg)	59.02±9.52 (42-79)	62.21±5.92 (51-76)	**0.049**
İskelet kas kitlesi (kg)	55.21±9.18 (40-75)	58.58±6.18 (49-72)	**0.048**
Apendiküler kas kitlesi (kg)	23.53±5.54 (12-31)	26.38±2.88 (21-34)	**0.044**
Apendiküler kas kitle indeks **(kg/m²)**	8.01±1.24 (4.6-9)	8.82±0.91 (6-10.8)	**0.048**
Apendiküler kas kitle (%)	30.13±3.53 (24-34)	33.28±4.53 (26-38)	**0.045**
HESS	28.86±13.32 (8-50)	16.53±10.17 (3-33)	**0.010**
HEAT-US	24.80±9.68 (1-37)	16.53±7.35 (5-28)	**0.011**
Sarkopeni (n %) Evet	10 (66.7)	5 (33.3)	**0.049**
Hayır	5 (33.3)	10 (66.7)	
radyoizotop sinovektomi Evet	7 (46.7)	4 (26.7)	0.256
Hayır	8 (53.3)	11 (73.3)	
Eğitim (n%)			
İlkokul	6 (40)	1 (6.7)	**0.036**
Lise	6 (40)	5 (33.3)	
Üniversite	3 (20)	9 (60)	

Hemofili Eklem Sağlık Skoru (HESS) ve Hemofili Erken Artropati Taraması-Ultrason (HEAT-US)

Tablo 3. Sarkopeni için kullanılan iki farklı yöntemin klinik değerlendirmelerle korelasyonları

	ortalama star skor	**HESS**	**ASMI**	**Sağ el kg**	**Sol el kg**	**Sağ diz kg**	**Sol diz kg**
HEAT-US	**P=0.001 r=-0.778**	**P=0.001 r=0.949**	**P=0.004 r=-0.427**	**P=0.001 r=-0.613**	**P=0.001 r=-0.649**	**P=0.001 r=-0.825**	**P=0.001 r=-0.813**
HESS	**P=0.001 r=-0.776**		**P=0.001 r=-0.480**	P=0.001 r=-0.669	P=0.001 r=-0.662	P=0.001 r=-0.904	P=0.001 r=-0.843
ASMI	P=0.035 r=0.319			**P=0.004 r=0.430**	P=0.055 r=0.292	**P=0.0001 r=0.561**	**P=0.004 r=0.551**
ortalama star skor				**P=0.001 r=0.564**	**P=0.001 r=0.561**	**P=0.001 r=0.697**	**P=0.001 r=0.731**
	5TOKT	**ZKYT**	**Yıllık kanama**	**Yürüme Hızı**			
HEAT-US	P=0.001 r=0.778	P=0.001 r=0.856	P=0.069 r=0.336	P=0.001 r=-0.911			
HESS	P=0.001 r=0.939	P=0.001 r=0.839	P=0.029 r=0.399	P=0.001 r=-0.915			
ASMI	**P=0.001 r=-0.503**	**P=0.014 r=-0368**	P=0.473 r=0.136	**P=0.001 r=-0.480**			
Ortalama star skor	**P=0.001 r=-0.787**	**P=0.001 r=-0.791**	P=0.525 r=-0.121	**P=0.001 r=-0.735**			

ASMI: Apendiküler kas kitle indeks, HESS: Hemofili Eklem Sağlık Skoru ,
HEAT-US:Hemofili Erken Artropati Taraması-Ultrason , ZKYT: Zamanlı kalk ve yürü testi
5TOKT: 5 tekrarlı otur kalk testi

Kaynakça: 1. Kleigman RM, Stanton BF, Geme JW, Schor NF, Berrman RE. Nelson's Textbook of Pediatrics. 20th Edition. Philadelphia: Elsevier; 2015.
2. Srivastava A, Santagostino E, Dougall A, et al. WFH guidelines for the management of hemophilia. Haemophilia. 2020;26:1-158.
3. Uijl IEM, Mauser Bunschoten EP, Roosendaal G, et al. Clinical severity of haemophilia A: does the classification of the 1950s still stand? Haemophilia.
4. Di Minno MD, Ambrosino P, Franchini M, et al. Arthropathy in patients with moderate hemophilia A: a systematic review of the literature. Semin Thromb Hemost. 2013;39(7):723-731
5. Ahnstrom J, Berntorp E, Lindvall K, Bjorkman S. A 6-year follow-up of dosing, coagulation factor levels and bleedings in relation to joint status in the prophylactic treatment of haemophilia. Haemophilia. 2004;10(6):689-697.
6. . SARCUS working group on behalf of the Sarcopenia Special Interest Group of the European Geriatric Medicine Society. Perkisas S, Baudry S et al. Application of ultrasound for muscle assessment in sarcopenia: towards standardized measurements. Eur J Med 2018. In press. doi: 10.1007/s41999- 018-010
7. Kara M, Kaymak B, Ata AM, et al. STAR—Sonographic Thigh Adjustment Ratio A Golden Formula for the Diagnosis of Sarcopenia. Am J Phys Med Rehabil. 2020;99(10):902-908
8. Avinash Kumar Dubey, Jayaprakash Sahoo , Balasubramaniyan Vairappan , Sreejith Parameswaran , Priyamvada PS. Prevalence and determinants of sarcopenia in Indian patients with chronic kidney disease stage 3 & 4.Osteoporosis and sarcopenia, 2021, 7:153-158
9. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M: Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. Phys Ther 2000;80:896–903
10. Alayli G, Durmus D, ozkaya O. Functional Capacity, Strength, and Quality of Life in Children and Youth With Familial Mediterranean Fever. Pediatric Physical Therapy,2014, 26(3):p 347-352.
11. Alfonso J. Cruz-Jentoft , Jean Pierre Baeyens, Jürgen M Bauer, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People.Age Ageing. 2010;39(4):412-23.
12. Painter P, Stewart AL, Carey S. Physical functioning: definitions, measurement, and expectations. Adv Ren Replace Ther, 1999, 6:110–123
13. Chen LK,Woo J, Assantachai P, et al: AsianWorking Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. J Am Med Dir Assoc 2020;21:300–7.

BEHÇET OLGU SUNUMU

KAMER KAYGUSUZ[1]*, ALPER DOĞANCI[2],SAMİ HİZMETLİ[3]
Yazarların Kurumları: [1]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana bilim dalı, Sivas
2,3 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana bilim dalı, Romatoloji bilim dalı, Sivas
Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: Yeşilyurt Mah.Şifa Cad. Moda Evler B/2 Blok No:3/1 kat:4 daire:7 Merkez/Sivas
kaygusuzkamer@gmail.com

Özet

GİRİŞ VE AMAÇ

Behçet Hastalığı, oral ve genital aft,kütanöz lezyonlar,eklem bulguları,oftalmik,nörolojik tutulum ile karakterize,kronik,inflamatuar,etiyolojisi bilinmeyen multisistemik bir vaskülittir.[1]
Bu olgu sunumunun amacı; geçmişinde tekrarlayan oral aft şikayeti olan ve nöbetle gelen hastalarda ayırıcı tanıda Behçet hastalığının parankim tutulumu düşünülmesi gerekliliğidir.

OLGU

36 yaş erkek hasta baş ağrısı,bilinç kaybı ve JTK nöbetle acil servise getirilmiş.Acil serviste nöroloji tarafından yapılan lomber ponksiyonda tüberküloz menenjiti düşünülerek anti-tbc tedavi başlanmış.Hastanın akut faz reaktanları yüksekmiş.Hastada enfektif ve otoimmün parametrelerin negatif gelmesi üzerine anti-tbc tedavi stoplanmış.Hastanın BT'sinde malignite ekarte edilmiş.Hastada HSV ensefaliti? nedeniyle asiklovir eklenmiştir.HSV DNA negatif gelince asiklovir sonlandırılmıştır.Anamnezinde tekrarlayan oral aftlar, baş ağrısı, papülopüstüler lezyonları vardır.Behçet? ön tanısıyla pulse steroid(1gr/gün) başlanmıştır.Üveit saptanmamıştır.HLA-B51 sonucu negatif, paterji testi negatiftir.Geçirilmiş genital ülsere ait olabilecek skar görülmüştür.Unutkanlık şikayetinden yakınmaktadır.
Hastanın olası bağ doku parametreleri negatiftir.Ekokardiyografisi normaldir.
Kranial MR'da sağ serebellar hemisferde parankim içerisinde saçaklanarak sonlanan gelişimsel venöz anomali? trombüs? saptanmıştır.
Torakoabdominal anjiyografide Pulmoner arter sağ lob anterior dalı proksimal kesiminde yaklaşık 23x16 mm boyutunda anevrizmatik dilatasyon izlenmektedir.
ICBD'ye göre BEHÇET tanısı konulmuştur.
Medikal tedavi olarak azatiopürin 2x50 mg ve kolşisin 2x0.5 mg verilmiştir.Hastaya anevrizma ve parankim tutulumu için siklofosfamid önerilmiştir ancak olası yan etkiler anlatıldığında (infertilite) hasta kabul etmemiştir.Hastaya infliksimab tedavisi başlanmıştır.
45 gün sonra çekilen pulmoner arter anjiografisinde anevrizma ve kranial MR'da venöz anomali ya da trombüs izlenmemiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Behçet hastalığı tekrarlayan oral aft,genital aft ve oküler tutulum olarak panüveit görülen multisistematik bir hastalıktır.[2]

Behçet hastalığında pulmoner arter tutulumu tipiktir ve erken tanıda önemlidir.[3]

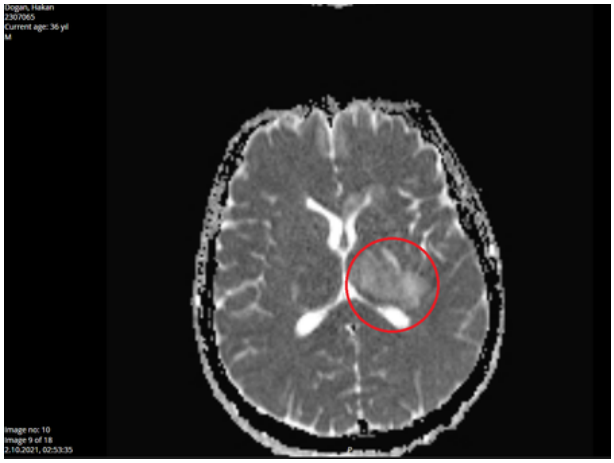
Nörolojik olarak parankimal tutulumda;beyin sapı,optik nöropati,serebral tutulum yer alır.Non-parankimal tutulumda ise;serebral venöz trombozu ve akut meningeal sendrom yer alır.[4]

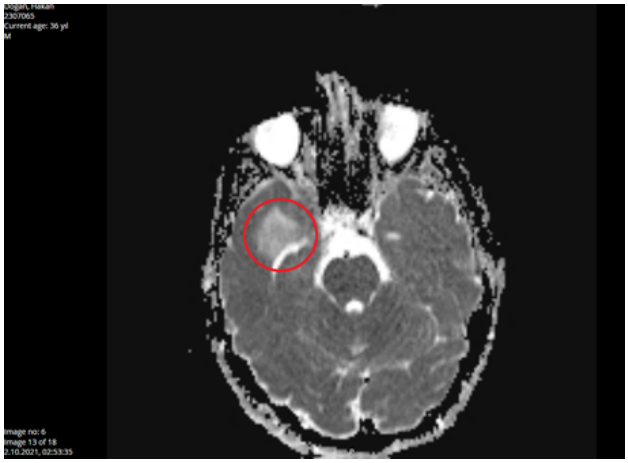
Ayırıcı tanıda nörolojik tutulumun belirgin olduğu hastalarda bağ dokusu hastalıkları,maligniteler ve enfeksiyonlar gözden geçirilmelidir.[5]

Tedavide kolşisin,azatiopürin,steroid,TNF-alfa inhibitörleri,siklofosfamid,tosilizumab ve birçok ilaç kullanılmaktadır.[6,7]

Sonuç olarak;Behçet hastalığının nörolojik ve vasküler tutulumlarında ciddi morbidite ve mortalite riski mevcut olduğundan erken tanı ve tedavi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: BEHÇET,VASKÜLİT,ENSEFALİT,ANEVRİZMA,PARANKİM





Kaynakça: 1. Sifuentes Giraldo WA, Guillén Astete CA, Murillo Romero C, Amil Casas I, Rodríguez García AM, Bachiller Corral FJ. Refractory pseudoseptic arthritis in Behçet's disease successfully treated with infliximab: a case report and literature review. Mod Rheumatol. 2014 Jan;24(1):199-205. doi: 10.3109/14397595.2013.852839. PMID: 24261779.

2. Gül A, Uyar FA, Inanc M, Ocal L, Tugal-Tutkun I, Aral O, Koniçe M, Saruhan-Direskeneli G. Lack of association of HLA-B*51 with a severe disease course in Behçet's disease. Rheumatology (Oxford). 2001 Jun;40(6):668-72. doi: 10.1093/rheumatology/40.6.668. PMID: 11426025.

3. Everekliogiu C. Managing the symptoms of Behçet's disease. Expert Opin Pharmacother. 2004 Feb;5(2):317-28. doi: 10.1517/14656566.5.2.317. PMID: 14996628.

4. Kalra S, Silman A, Akman-Demir G, Bohlega S, Borhani-Haghighi A, Constantinescu CS, Houman H, Mahr A, Salvarani C, Sfikakis PP, Siva A, Al-Araji A. Diagnosis and management of Neuro-Behçet's disease: international consensus recommendations. J Neurol. 2014 Sep;261(9):1662-76. doi: 10.1007/s00415-013-7209-3. Epub 2013 Dec 24. PMID: 24366648; PMCID: PMC4155170.

5. https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-behcet-syndrome?search=behethastal&source=search_result&selectedTitle=1~139&usage_type=default&display_rank=1#H2

6. Barnes CG. Treatment of Behcet's syndrome. Rheumatology (Oxford). 2006 Mar;45(3):245-7. doi: 10.1093/rheumatology/kei257. PMID: 16489120.

7. Yalcin Kehribar D, Gunaydin S, Ozgen M. Infliximab therapy in parenchymal neuro-Behçet's disease: A single-center experience. Int J Rheum Dis. 2021 Oct;24(10):1302-1307. doi: 10.1111/1756-185X.14209. Epub 2021 Aug 24. PMID: 34427044.

Kronik bel ağrılı hastalarda spondilolistezisin faset eklem denervasyon tedavisi sonuçlarına etkisi

Samet Sancar Kaya
Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Algoloji Kliniği
Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Algoloji Kliniği, Adıyaman
sametsancarkaya@hotmail.com

Özet
Amaç: Bu çalışmanın amacı, spondilolistezisin (SL) faset medial dal radyofrekans termokoagülasyon (RFT) sonuçları üzerine etkisini araştırmaktır.
Gereç ve Yöntem: Lomber faset eklem sendromuna (LFES) bağlı kronik bel ağrısı şikayeti ile faset medial dal (RFT) uygulanan 36 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar Grup I (SL+, n:26), Grup II (SL-, n:59) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların girişim öncesi ve girişim sonrası 1, 6 ve 12. aylarda görsel analog skala (GAS) ile ağrı skorları değerlendirildi.
Bulgular: Her iki grupta da girişimden sonraki bir, altı ve on iki aylık VAS değerleri başlangıca göre daha düşük bulundu (p=0,001). Gruplar arasında VAS skorlarındaki iyileşme açısından anlamlı bir fark gözlenmedi.
Sonuç: Lomber faset median sinir RFT, LFES'li hastalarda hem kısa hem de uzun dönemde etkili ve güvenli bir tedavi yöntemidir. SL'nin RFT tedavi sonuçları üzerine etkisi yoktur.

Anahtar Kelimeler: Faset eklem, faset median sinir, bel ağrısı, radyofrekans, spondilolistezis

Tablo 1: Hastalrın demografik özellikleri

	Grup I (n = 26)	Grup II (n = 59)	p.
Yaş (mean ± SD). yıl	68.08 ± 8.51	61.97 ± 11.09	***0.014***
Boy (mean ± SD). cm	159.12 ± 6.81	165.29 ± 8.70	***0.002***
Ağırlık (mean ± SD). kg	77.32± 8.88	78.27± 6.74	*0.629*
BMI (mean ± SD)	28.45± 3.90	31.05 ± 3.56	***0.005***
Ağrı Süresi (ay)	39.90 ± 35.54	23.19 ± 27.99	***0.037***

Tablo 1: Ölçümler arası korelasyon analizi sonuçları

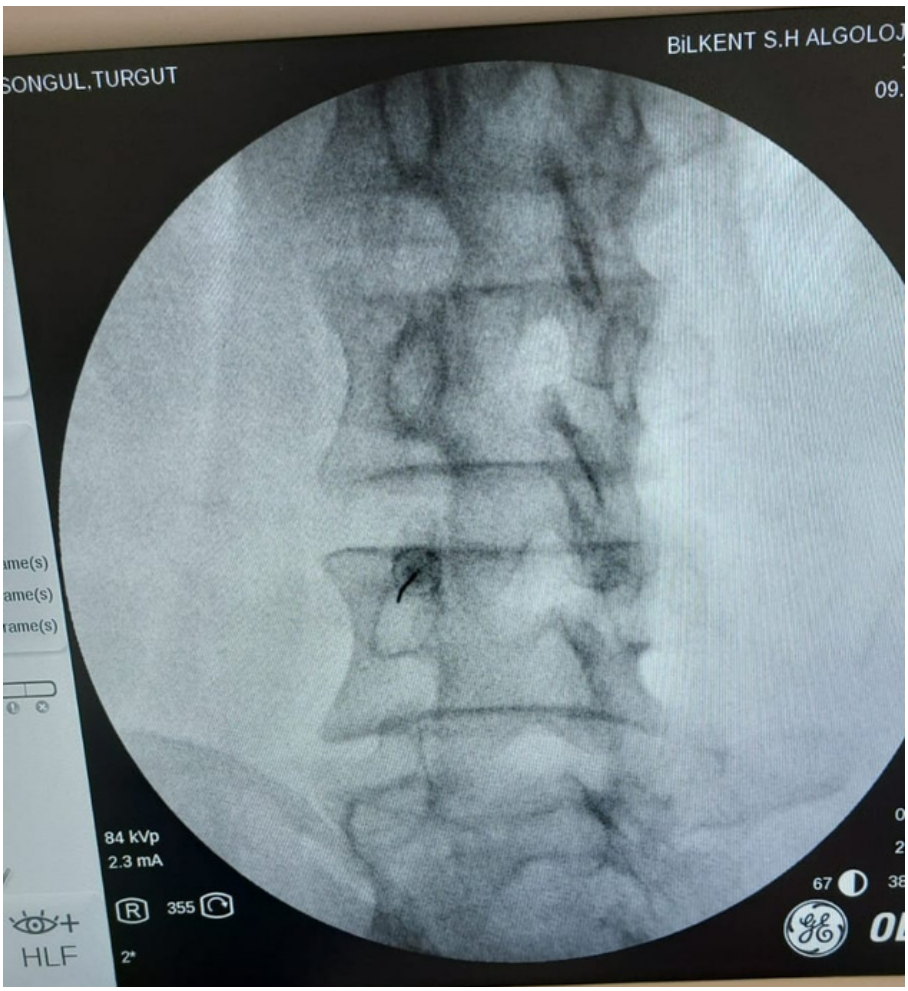
		Yaş	BMI	Ağrı Süresi
VAS baseline	r	0.065	-0.119	-0.002
	p.	0.545	0.263	0.988
VAS 1. Ay	r	-0.108	0.000	-0.045
	p.	0.310	0.997	0.671
VAS 6. Ay	r	-0.056	0.048	0.037
	p.	0.601	0.652	0.730
VAS 12. Ay	r	-0.130	0.103	-0.047
	p.	0.222	0.336	0.658

r: Pearson korelasyon katsayısı BMI: Body Mass Index, VAS: Visual Analog Scale

Tablo 1: Hastaların girişim öncesi ve sonrası VAS değerleri

	Grup I (n = 26) (Mean ± SD)	Grup II (n = 59) (Mean ± SD)	*p.
VAS baseline	7.46 [a] ± 0.65	7.36 [a] ± 0.71	*0.520*
VAS 1. Ay	2.19 [b] ± 1.83	2.07 [b] ± 1.97	*0.785*
VAS 6. Ay	2.96 [b] ± 2.27	2.95 [a] ± 2.54	*0.983*
VAS 12. Ay	4.65 [b] ± 2.81	3.63 [a] ± 2.76	*0.120*
**p.	0.001	0.001	

**Bağımsız (İndependent) T-testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri*
***VAS ölçümleri arası karşılaştırma sonuçları (Repeated ANOVA)*
a,b,c: VAS ölçüm periyotları arası farkı gösterir



Kaynakça: 1. Maas E, Juch J, Ostelo R, Groeneweg J, Kallewaard J, Koes BW, et al. Systematic review of patient history and physical examination to diagnose chronic low back pain originating from the facet joints. European Journal of Pain 2017;21:403-14.
2. Allegri M, Montella S, Salici F, Valente A, Marchesini M, Compagnone C, et al. Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy. F1000Research 2016;5.
3. Cohen SP, Bhaskar A, Bhatia A, Buvanendran A, Deer T, Garg S, et al. Consensus practice guidelines on interventions for lumbar facet joint pain from a multispecialty, international working group. Regional Anesthesia & Pain Medicine 2020;45:424-67.
4. Janapala RN, Manchikanti L, Sanapati MR, Thota S, Abd-Elsayed A, Kaye AD, et al. Efficacy of Radiofrequency Neurotomy in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of pain research 2021;14:2859.
5. Cavanaugh JM, Ozaktay AC, Yamashita HT, King AI. Lumbar facet pain: biomechanics, neuroanatomy and neurophysiology. Journal of biomechanics 1996;29:1117-29.
6. Çetin A, Yektaş A. Evaluation of the short-and long-term effectiveness of pulsed radiofrequency and conventional radiofrequency performed for medial branch block in patients with lumbar facet joint pain. Pain Research and Management 2018;2018.
7. Tekin I, Mirzai H, Ok G, Erbuyun K, Vatansever D. A comparison of conventional and pulsed radiofrequency denervation in the treatment of chronic facet joint pain. The Clinical journal of pain 2007;23:524-9.

Hidroksiklorokine Bağlı Şiddetli İlaç Erupsiyonu Gelişen Sistemik Lupus Eritematozus Olgusu

Yazarlar: Fatma Nur Özman* 1, İlker Fatih Sarı 1, Sevgi Kulaklı 2
Yazarların Kurumları: 1 Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
2 Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı
İletişim Bilgileri: Adres: Aksu Mahallesi Mehmet İzmen Caddesi No: 79 Merkez/Giresun
Mail: fatmanurozman@gmail.com

Özet

GİRİŞ

Hidroksiklorokin sistemik lupus eritematozus tedavisinin birinci basamağında kullanılan etkili bir ilaçtır. Hidroksiklorokin kullanımı ile en sık bulantı-kusma ve dispepsi gibi gastrointestinal sistem yan etkileri görülür. Alerjik cilt reaksiyonları, miyopati, ve retinal hasarlar gibi ciddi yan etkiler oldukça nadirdir.(1) Bu yazıda hidroksiklorokin başlanması sonrası akut kutanöz lupus ile benzerliği olan şiddetli makulopapüler ilaç erupsiyonu gelişen olgu sunuldu.

OLGU

37 yaşında kadın; ellerde şişlik, ağrı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hasta şikayetlerinin yaklaşık 2 aydır olduğunu belirtti. Yapılan romatolojik sorgulamada her iki elde bir saat süren sabah tutukluğu, fotosensitivite, raynaud fenomeni, dört kez abort hikayesi ve dört yıl önce geçici iskemik atak öyküsü olduğu öğrenildi.
Fizik muayenede; iki elde metakarpofalangeal eklem ve proksimal interfalangeal eklemlerde şişlik ve hassasiyet mevcuttu. Kızarıklık ve ısı artışı saptanmadı. Diğer eklem muayeneleri doğaldı.
Laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımında hemoglobin 10.8 g/dL , ANA 1/160 pozitif, anti-Sm/RNP pozitif, ß2 mikroglobulin 2.86 mg/L (N:1,22-2,46) , RF 29 IU/mL , sedimentasyon 57 mm/h , CRP 0.66 mg/L , C3 ve C4 kompleman değerleri düşük olarak saptandı.
Hastaya sistemik lupus eritematozus ve antifosfolipit sendromu tanısı ile hidroksiklorokin 2x200mg , prednizolon 5mg 1x1, asetil salisilik asit 100mg 1x1 tedavisi başlandı.
Hasta tedavi başlangıcından 15 gün sonra kontrol için polikliniğe başvurduğunda ellerindeki ağrı ve şişlik şikayetinde gerileme olduğunu fakat cildinde döküntü geliştiğini belirtti. Yapılan muayenede yüzde malar bölgede eritemli ödemli plak, alında, çenede, boyunda, gövde ön ve arka yüzde yer yer konflüe olmuş eritemli makül ve papüller mevcuttu. (Resim-1) Dermatolojiye yönlendirilen hastadan morbiliform ilaç erupsiyonu ve akut kutanöz lupus eritematozus ön tanıları ile biyopsi alındı. Hidroksiklorokin ve prednizolon tedavisi kesildi, 32mg metilprednizolon başlandı. Üç gün sonra cilt döküntülerinin şiddetlenmesi nedeniyle hasta dermatoloji servisine yatırıldı ve 80mg/gün intravenöz metilprednizolon tedavisi başlandı. (Resim-2) Hastadan alınan biyopsi sonucu morbiliform ilaç erüpsiyonu ile uyumlu olarak raporlandı. Hastanın yatışının altıncı gününde döküntülerinin belirgin oranda gerilediği gözlendi ve metilprednizolon tedavisinin azaltım şeması ile takip edilmesi planlandı. (Resim-3)

SONUÇ

Hidroksiklorokin sistemik lupus eritematozus tanısı konulan her hastaya kontrendike olmadıkça tedavide verilmelidir.(2) Hidroksiklorokin başlanan hastada akut kutanöz lupus ile karışabilecek ilaç erüpsiyonu ve hayatı tehdit edebilen Steven Johnson sendromu, toksik epidermal nekroliz gibi şiddetli cilt yan etkilerinin görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hidroksiklorokin, İlaç Erüpsiyonu, Sistemik Lupus Eritematozus

Kaynakça: 1)Nalbant S , Kininler ve Romatizmal Hastalıklar, Ege Tıp Dergisi 2021; 60: Ek Sayı /Supplement 70-76 2) Dima A, Jurcut C, Chasset F, et al. 2022. Hydroxychloroquine in systemic lupus erythematosus: overview of current knowledge. Ther. Adv. Musculoskelet. Dis. 14:1759720X211073001

Bilateral Büyük Trochanter Tutulumu ile Prezente Olan Ankilozan Spondilit Olgusu

Mihrinur Dilvin TÜRKÖZ* ,Benay SARI, Nurçe ÇİLESİZOĞLU YAVUZ
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İletişim Bilgileri: Aksu Mah. Giresun Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi
m.dilvinseker@gmail.com

Özet

Ankilozan spondilit (AS), genellikle omurgayı ve sakroiliak eklemleri etkileyen kronik inflamatuar bir kemik hastalığıdır(1). Başta sakroiliak eklem olmak üzere kalça, omurga, diz, ayak bileği ve diğer eklemlerde de inflamasyon oluşabilir ve buna bağlı eklemlerde kısıtlılık gözlenir.

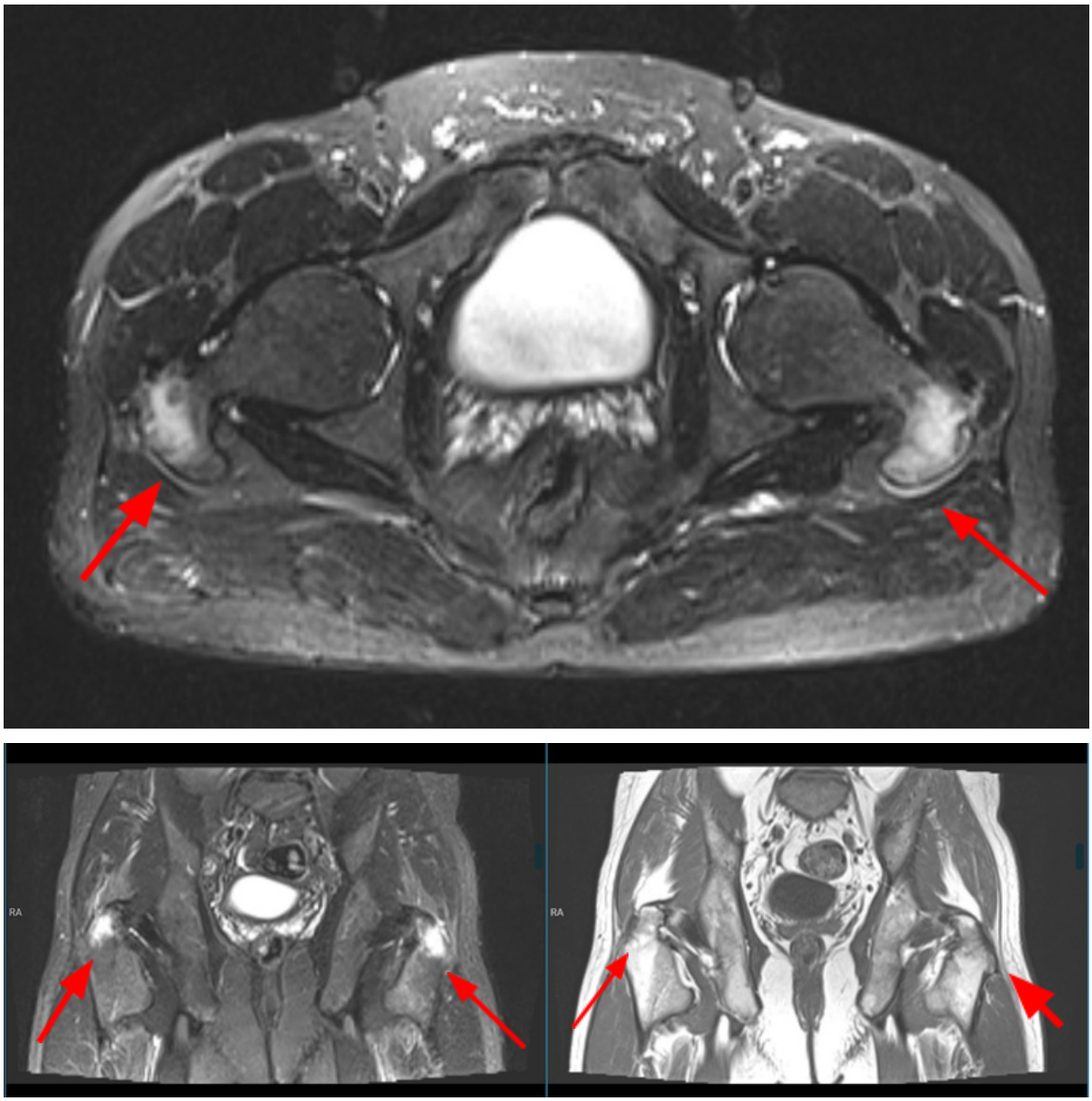
Bu olguda AS ve Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tanıları ile takipli hastada gelişen ve nadir görülen bilateral büyük trokanter tutulumundan bahsedildi.

31 yaşında erkek hasta, 1 haftadır devam eden bilateral kalça ağrısı nedeni ile polikliniğe başvurdu.Ağrısı hareketle şiddetlenip istirahatte de devam etmekteydi.1 saatten uzun süren sabah tutukluğu tarifleyen hastanın eşlik eden artriti yoktu. Öyküsünde AS (9 yıl) ve FMF (4 yıl) tanıları ile takip edildiği; İnfliksimab (8 haftada bir) iv 400 mg , kolşisin 0,5 mg 3x1 tedavisi aldığı öğrenildi.

Fleksiyon postüründe olan ve 1 kişi yardımı ile ambule olabilen hastanın fizik muayenesinde; boyun Eklem Hareket Açıklığı (EHA) doğal ve ağrısız, her iki omuz EHA açık ve ağrısız, kalça muayenesi ağrıya sekonder supobtimal olup bilateral kalça eklem hareketi her yöne kısıtlı ve ağrılıydı.bilateral trokanter majorler palpasyonla ağrılı, sakroiliak kompresyon ,FABER-FADIR testleri bilateral pozitif idi. Basdai skoru: 6.2 VAS skoru 8 olarak saptandı. Laboratuvar incelemesinde Eritrosit sedimantasyon hızı(ESH):29mm/sa C-reaktif protein(CRP):51 mg/dl olan hastanın Kalça MRG' de her iki trokanter majörde simetrik fokal medüller ödem izlendi. Hastaya 3 gün 1 mg/kg olarak 70 mg prednol tedavisi uygulandı ve infliksimab doz aralıkları 6 haftaya düşürüldü. Tedavi sonrası kontrollerde ESH:14 CRP:7 Basdai skoru:2.8 VAS skoru 2 ye geriledi.

Ankilozan spondilitte hastalığın seyri iyilik dönemleri ile devam etse de zaman zaman alevlenme dönemi ile ataklar gelişebilir(2). Entezit atakları daha çok aşil ve plantar tendon insersiyosunda görülse de simfizis pubis, vertebralar, iliak kanatlar, trokanterler, patella, kalkaneus etkilenen yerler arasındadır(3). AS hastalarında bu bölgelerdeki ağrıların mekanik karakterli olmasının yanında AS alevlenme habercisi olabileceği de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Bel Ağrısı, Büyük Trokanter



Kaynakça

1)Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, Boonen A, Zink A. Ankylosing spondylitis: an overview. Ann Rheum Dis. 2002 Dec;61 Suppl 3(Suppl 3):iii8-18.

2)Zhu W, He X, Cheng K, Zhang L, Chen D, Wang X, Qiu G, Cao X, Weng X. Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. Bone Res. 2019 Aug 5;7:22.

3)Marashdeh WM, Alsa'di HS, Al-Muqbel KM, Al-Omari M, Abdalla K. Ankylosing Spondylitis With Bilateral Symmetrical Uptake in the Greater Trochanters on Bone Scan. Clin Nucl Med. 2020 Dec;45(12):975-976.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN YURT DIŞINDA KARİYER SÜRDÜRME EĞİLİMLERİ

Ali Fırat TÜRK Ece ÇUBUKÇU
Ladin AY Onuralp MELEK
Yağmur PARLAK Yasemin YILDIRIM

GİRİŞ

Beyin göçü yüksek nitelikli, kendini geliştirmiş, belli bir alanda tecrübe ve birikime sahip nitelikli bireylerin kendi ülkelerinden başka ülkelere yaptıkları göçü ifade etmektedir.
Son yıllarda doktorların, gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere göçündeki artış, vasıflı hekim adaylarını kaybeden ülkelerde sağlık hizmetleri için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Türk Tabipleri Birliği'nin raporuna göre 2022 yılında 2685 hekim yurt dışına göç etmiştir.
Bu çalışma ile hekim adaylarının beyin göçüne yönelik tutumları ve hekim adaylarını yurt dışında çalışmaya yönlendiren sebeplerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma kesitsel bir çalışma
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri
Ankette Mersin Üniversitesi Hemşirelik bölümü öğrencilerine yönelik hazırlanan 'Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği' kullanılmıştır.35 sorudan oluşan anketin sorularından 16 tanesi 'Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği (BGYTÖ)' sorularından, geriye kalan 19 tanesi ise sosyodemografik veriler, ailevi nedenler ve yurt dışına yönelik tutumları değerlendiren sorulardan oluşmaktadır.
Analizde tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.

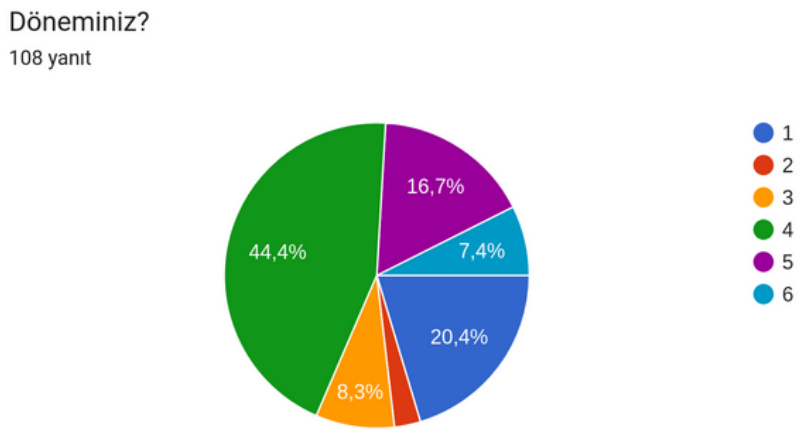
	"BEYİN GÖÇÜ, YAŞAMA VE ÇALIŞMA KOŞULLARI DAHA İYİ OLAN BAŞKA ÜLKELERE GİTMEDİR" **Aşağıdaki ifadeleri bu doğrultuda cevaplayınız.**	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Yurt dışında yaşamamın hayatımı kolaylaştıracağını düşünürüm.	%5.6	%6.5	%29.6	%29.6	%28.7
2	Daha fazla para kazanabileceğim için yurt dışında çalışmak isterim.	%8.3	%14.8	%29.6	%20.4	%26.9
3	Ülkemde kariyer elde etmek için yeterli fırsatım olduğundan yurt dışına gitmeme gerek yok.	%18.5	%36.1	%24.1	%14.8	%6.5
4	Bu işi başka bir ülkede yapacak olsam, daha keyifli bir çalışma yaşamım olur.	%6.5	%13	%24.1	%31.5	%25
5	Bu ülkede geçirdiğim her dakikanın boşa geçtiğine inanırım.	%27.8	%38.9	%19.4	%5.6	%8.3
6	Yurt dışında çalışmanın beni mutlu edeceğine inanırım.	%3.7	%13.9	%30.6	%37	%14.8
7	Gelecek kaygımın olmayacağı başka bir ülkede çalışmak isterim.	%2.8	%3.7	%11.1	%21.3	%61.1
8	Yurt dışında çalışmamın yaşam standartlarımı arttıracağını düşünürüm.	%2.8	%0.3	%11.1	%39.8	%45.4
9	Politik baskılardan uzak olabileceğim başka bir ülkede yaşamak isterim.	%3.7	%7.4	%12	%30.6	%46.3
10	Yurt dışı iş ilanları dikkatimi çeker.	%16.7	%16.7	%21.3	%25.9	%19.4
11	Düşünce özgürlüğü daha fazla olan bir ülkede yaşamak isterim.	%3.7	%5.6	%10.2	%20.4	%60.2
12	Ülkelerin yabancılar için yaşama/ çalışma kabul kriterlerini araştırırım.	%18.5	%13.9	%12	%27.8	%27.8
13	Kendimi daha güvende hissedebileceğim başka bir ülkede yaşamak isterim.	%3.7	%8.3	%8.3	%24.1	%55.6
14	Yurt dışında çalışmak adına karşılaşabileceğim zorluklara katlanabilirim.	%5.6	%17.6	%23.1	%38	%15.7
15	Yurt dışında yaşamayı konu alan haberlerle ilgilenmem.	%30.6	%37	%11.1	%14.8	%6.5
16	Olumsuz deneyimler olduğunu duysam da yurt dışında yaşama fikrinden vazgeçmem.	%13	%20.4	%30.6	%25	%11.1

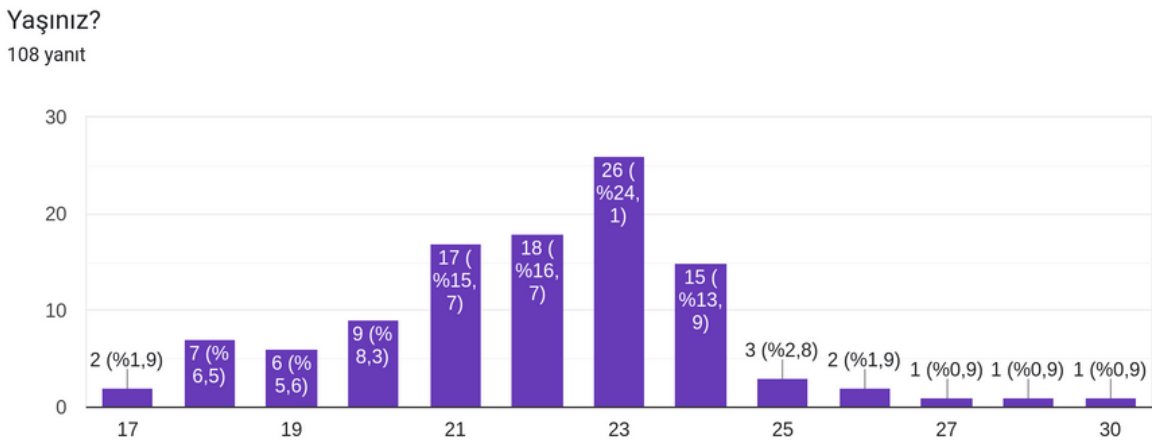
Ölçek puanlaması "5= tamamen katılıyorum, 4=katılıyorum, 3= ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 1= kesinlikle katılmıyorum" şeklindedir. 3. ve 15. maddeler ters kodlanmaktadır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 16, en yüksek puan 80'dir. Puanın artması göçe ilişkin olumlu tutumu gösterir ve göç etme eğiliminin arttığına işaret eder.

BULGULAR

- Çalışmada 28 Aralık-28 Ocak tarihleri arasında ulaşılabilecek maksimum katılımcıya ulaşabilmek hedeflenmiştir.
- Ankete 108 kişi katılmıştır.
- Yanıtlayanların %70.37'si Türkçe, %29.63'ü İngilizce tıp programında öğrenim görmekteydi.
- Katılımcıların %64.81'i Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'a girmeyi %16.66'sı girmemeyi düşünürken %18.53 ise kararsız olduğunu belirtmiştir.
- Daha önce yurt dışına çıktınız mı veya değişim programına katıldınız mı sorusuna evet cevabı verenlerin yüzdesi %38.9 iken, katılımcıların %61,1'i bu soruya hayır cevabını vermiştir.
- Yurt dışına çıkmayı düşünenlerden %69.9'u geri dönmeyi düşünürken %30.1'i geri dönmeyi düşünmemektir
- Katılımcılardan yabancı dil bilenlerin oranı %87 iken katılımcıların %13'ü herhangi bir yabancı dil bilmemektedir.
- Katılımcılardan aylık geliri <6000₺ olanlar %6.5, 6000-10000₺ arası olanlar %15.7, 10000-20000₺ arası olanlar %39.8, 20000-30000₺ arası olanlar %26.9, >30000₺ olanlar %11.1 olarak bulunmuştur.





Preklinik öğrencilerinden %79.41'i Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'na girmeyi düşünürken klinik öğrencilerinin %58.10'u Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'na girmeyi düşünmektedir. Preklinik ve klinik öğrencileri arasında Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'na girme eğilimi açısından anlamlı bir fark vardır. (Ki kare: 7,65, p<0,05).

Yabancı dil bilmeyen öğrencilerden %38.88'i yurt dışına çıkmayı planlamaktadır. Yabancı dil bilen ve bilmeyen öğrenciler arasında yurt dışına çıkma eğilimi açısından anlamlı bir fark yoktur. (Ki kare:4.64, p>0.05)
- İngilizce tıp öğrencilerinin yurt dışına gitmek için en çok tercih ettikleri ülke %40.6 ile İngiltere olurken, Türkçe tıp öğrencilerinin en çok tercih ettikleri ülke %19.6 ile Almanya olmuştur. İngilizce ve Türkçe tıp programında öğrenim gören öğrenciler arasında Almanya veya diğer ülkeleri tercih etme eğilimi açısından anlamlı bir fark yoktur. (Ki kare:2.28, p>0.05)
- Yurt dışına gitmek isteyenlerin en çok tercih ettiği uzmanlık %37.93 ile cerrahi bilimler olmuştur. Katılımcıların yurt dışına çıkma eğilimleri ile seçmek istedikleri uzmanlık bölümleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.(Ki kare:0.62, p> 0.05
- Aylık geliri >20000 ₺'nin üzerinde olan öğrencilerin %63.41'i, <20000 ₺'den düşük olanların %41.66'sı yurt dışına çıkmak istemektedir. Aylık geliri 20000₺'nin üzerinde veya 20000₺'nin altında olan öğrenciler ararsında yurt dışına çıkma eğilimi açısından anlamlı bir fark yoktur. (Ki kare:2.50, p>0.05)
- Daha önce yurt dışına çıkan veya değişim programına katılanların %69.04'ü yurt dışına çıkmak istemektedir. Daha önce yurt dışına çıkmış veya değişim programına katılmış olmak yurt dışına çıkma eğilimi artırmaktadır. (Ki kare:7.65, p<0,05)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışma sonucuna göre; ekonomik kaygılar, yaşam standartları, liyakatsizlik- mobbing ve fırsat eşitsizliği gibi faktörlerin hekim adaylarının yurt dışında çalışma kararı almasında en etkili faktörler olduğu görülmüştür.
Bu sorunların kalıcı olmayıp doğru politikalarla düzeltilebileceği, böylelikle büyük yatırım ve efor sonucu yetiştirilen nitelikli işgücü kaybının engellenebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKÇA

(1) Adams, D. (1971). The Brain Drain. New York: Mc Millan. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniveristesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Yayınları.
(2) Uzun, S. U., Kılıç, B. B. ve Yıldız, E. (Aralık 2021). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beyin Göçüne Yönelik Tutumları ve İlişkili Etmenler. 5. Uluslararası ve 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Pamukkale Üniversitesi, Pamukkale.
(3) Türk Tabipleri Birliği [@ttborgtr] (2023, Ocak 2).
TTB'ye "İyi Hal Belgesi" başvuru sayısı; Aralık ayında 268, 2022 yılında 2685 oldu. [Image attached] [Tweet].
Twitter. https://twitter.com/ttborgtr/sta-tus/1609828230948683782?s=20
(4) Öncü, E., Selvi, H., K. Vayısoğlu, S., Ceyhan, H. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Cukurova Medical Journal 43, 207-215.

POSTPARTUM OSTEOPOROZ VAKASI

Durmuş D1, Aksoy EF 1 , Alaylı G1.
1Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR AD

GİRİŞ

Postpartum osteoporoz (PPO), gebeliğin sonlarında veya doğum sonrası erken dönemde sırt ağrısı ve bazen çoklu vertebra kırıkları ile kendini gösteren nadir bir hastalıktır. Etiyolojisi ve patogenezi henüz aydınlatılamamakla birlikte, olası mekanizmalar, fetüsün kalsiyum ihtiyacını karşılamak için artmış kemik döngüsü, artmış serum paratiroid hormonu ilişkili peptid (PTHrp), rölatif hipoöstrojenemi ve laktasyon sırasında yüksek prolaktin seviyeleri ve genetik bir arka plan mevcudiyetidir. [1]. Literatürde PPO için çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Amenore ve oral kontraseptif tedavi, baskılayıcı levotiroksin tedavisi, osteogenezis imperfekta, anoreksiya nervoza veya kortikosteroid tedavisi bu risk faktörlerinden bazılarıdır **[2-5]**.

VAKA SUNUMU

Ocak 2023 ‘de ilk doğumu gerçekleşen 32 yaşındaki hasta çocuğunu emzirmeye devam ettiğini belirterek bel ağrısı şikayeti ile iki ay önce kliniğimize başvurdu.Kendisinde ve ailesinde osteoporoz ya da patolojik kırık öyküsü yoktu ve sigara kullanmıyordu. Günlük kalsiyum alımı 800 ile 1000 mg arasında idi. Başka ek sağlık sorunu ya da kronik hastalığı yoktu. Hamilelikten önce düzenli adet görüyordu. Kemik metabolizmasını etkileyebilecek kortikosteroid ya da tiroid hormonu gibi herhangi bir ilaç kullanımı tespit edilmedi.
Hasta doğum sırasında epidural anestesi uygulanması sonrasında sadece belinde lokalize olan ağrısının başladığını ve iğne yerinde uyuşma karıncalanmasının devam ettiğini söyledi. Gece ağrısı ve ek şikayeti yoktu. Fizik muayenesinde bel romları tüm yönlere kısıtlı ağrılıydı, sırt kifozu artmıştı, fleksiyon postüründe yürüyordu. Lomber omurlarında palpasyonla ağrı ve hassasiyet vardı. Alt ekstremite kas güçleri tamdı. SLR-/- FABER-/- FADIR-/- idi.
Laboratuvar bulguları **Tablo 1** ‘de belirtilmiştir.
Sakroiliak ve lomber direkt grafileri görüldü. Sakroiliak grafisinde sakroiliak eklem aralıkaları normal idi, herhangi bir patoloji görülmedi ve normal olarak yorumlandı (Resim 1)
Lomber iki yönlü grafilerinde ise lomber vertebralarda multiple seviyelerde kompresyon fraktürleri izlendi **(Resim 2)**
Kemik mineral yoğunluğu dual enerji X-ray absorpsiyometri (DEXA) kullanılarak ölçüldü ve L omurlarında düşük T- ve Z skorları gözlendi **(Tablo 2)**
27/02/23 tarihli Lomber MR raporunda ise:
L4 vertebrada vertebra korpus yüksekliğinin yaklaşık%25 ini içeren oranda kompresyon fraktürü ile uyumlu yükseklik kaybı mevcuttur. Ayrıca L2 ve L3 vertebrakorpusundaanteriordanposteriora doğru giden ve oblik seyir gösteren kompresyon fraktürlerine ait görünümler dikkati çekmiştir. Diğer vertebrakorpus yükseklikleri normaldir. İntervertebraldisk sinyal intensite ve yükseklikleri olağandır. Disklere yönelik aksiyal kesitler değerlendirildiğinde; L3-4, L4-5 ve L5-S1 intervertebral disklerinde diffüzanüler taşma izlenmiş olup anteriorepidural mesafe daralmış, tekal kese anteriordan baskılanmış,bilateralnöralforamenler açıktır. Belirgin sinir kökü basısı izlenmedi.

Özetle L2,L3 ve L4 vertbralarında yükseklik kayıpları izlendi. Ayrıca raporda belirtilmemiş olsa da T11,T12 ve L1 seviyelerinde de kompresyon fraktürleri izlenmekteydi. (Resim 3)
Bu bulgularla gebeliğe ve doğum sonrası döneme bağlı ciddi osteoporoz ve çok sayıda vertebral kompresyonfraktürü tanısı kondu. Hastaya kalsiyum ve haftada 20000IU D vit 2*1 olarak başlandı. Ayrıca fizik tedavi olarak sıcak torba ve sırt, bel ve karın güçlendirme egzersizleri verildi. Altı aylık emzirme bitiminde ilaç tedavisi planlanmak üzere hastanın fizik tedavisine devam edilmektedir.

SONUÇ:
Postpartum osteoporozun kesin mekanizması, patogenezi ve etiyolojisi henüz net değildir; ancak, vaka raporlarında veya küçük çalışma serilerinde çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu vaka sunumunda hamileliği sonrasında çok sayıda vertebral kompresyon fraktürü izlenen postpartum osteoporoz vakası rapor edilmiştir. Hamilelik ve emzirme döneminde maternal kalsiyum homeostazı ve kemik metabolizmasında önemli değişiklikler gözlenir. Önemli miktarda kalsiyumun transfer edildiği bilinmektedir. Bu kalsiyumu sağlamak için ana adaptasyon, iskelet rezorpsiyonu ve artan bağırsak kalsiyum emilimi gibi görünmektedir [1]. PPO da genellikle göğüs veya bel bölgesinde şiddetli ağrıya neden olan semptomatikvertebral kompresyon kırıkları olur. Bazı hastaların neden PPO geliştirmeye eğilimli olduğu açık değildir; ancak genetik yatkınlık, kollajen sentezinde kalıtsal bir kusur, artmış PTHrP, fizyolojik hormonal değişikliklere şiddetli yanıt gibi hipotezler öne sürülmüştür [6]. Literatürde PPO'lu hastalarda çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Bazı yazarlar tarafından genetiğin bir risk faktörü olduğu önerilmiştir **[2, 5]**. Ayrıca düşük kalsiyum alımı, sigara içimi, ankilozanspondilit, anoreksiyanervoza, oligomenore, tirotoksikoz, hiperparatiroidizm ve kortikosteroid kullanımının PPO ile ilişkili olduğu bildirilmiştir **[2-5, 7]**. **Sonuç olarak gebe ve postpartum hastalarda şiddetli bel ağrısının ayırıcı tanısında PPO da yer almalıdır. Klinisyenlerin gebelik ve emzirme sırasında frajilite kırıklarının meydana gelme potansiyelinin farkında olmaları önemlidir. Bunun sonucunda hızlı teşhis etme ve tedaviyi hızlı uygulama açısından bu durum önemlidir.**

Tablo 1: Laboratuvar Bulguları

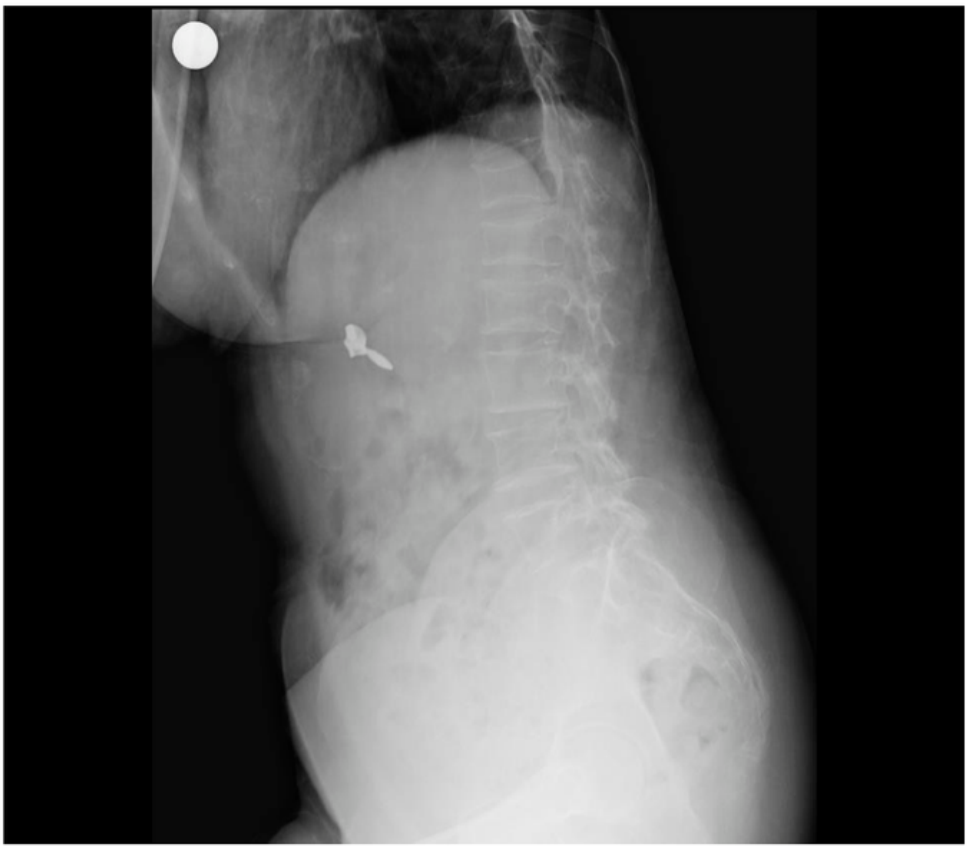
LABORATUVAR BULGUSU	HASTANIN DEĞERİ	REFERANS DEĞER
TSH	2,61	0,27-4,20
ST4	1,14	0,93-1,70
SEDİMENTASYON	46	0-20
KALSİYUM	10,04	8,6-10
KREATİNİN	0,63	0,5-0,9
C-REAKTİF PROTEİN	4,47	0-5
25-OH VİTAMİN D	7,15	30-80
VİTAMİN B12	380	197-866
HEMOGLOBİN	13	11,9-14,6
WBC	4,58	4,49-12,68
ALT	12,6	0-41
AST	17,4	0-40

Tablo 2 : 16/03/2023 tarihli DEXA sonuçları

BÖLGE	BMD	T SKORU	Z SKORU
L1	0,773	-3,0	-2,5
L2	0,801	-3,4	-2,9
L3	0,792	-3,4	-2,9
L4	0,708	-4,0	-3,5
L1-L4	0,767	-3,5	-3,0
L2-L4	0,765	-3,6	-3,1
BOYUN	0,609	-3,1	-2,6
TOPLAM	0,650	-2,8	-2,4

Resim 1: Sakroiliak Grafi

Resim 2a: Lomber Grafi AP



Resim 2b : Lomber Grafi Lateral

Resim 3: 27/02/2023 tarihli MR

KAYNAKLAR

1. 1. Kovacs CS (2011) Calcium and bone metabolism disorders during pregnancy and lactation. Endocrinol Metab Clin N Am 40(4):795– 826

2. Di Gregorio S, Danilowicz K, Rubin Z, Mautalen C (2000) Osteoporosis with vertebral fractures associated with pregnancy and lactation. Nutrition 16(11–12):1052–1055

3. Sekhar RV, Vassilopoulou-Sellin R (2001) Interplay of pregnancy, lactation, and hyperthyroidism leading to severe osteoporosis in a young woman. Endocr Pract 7(4):262–266

4. Smith R, Athanasou NA, Ostlere SJ, Vipond SE (1995) Pregnancyassociated osteoporosis. QJM 88(12):865–878

5. Dunne F, Walte rs B, Ma rshall T, Heath DA (1993) Pregnancy associated osteoporosis. Clin Endocrinol (Oxf) 39(4):487–490

6. Tran HA, Petrovsky N (2002) Pregnancy-associated osteoporosis with hypercalcaemia. Int Med J 32(9–10):481–485

7. O'Sullivan SM, Grey AB, Singh R, Reid IR (2006) Bisphosphonates in pregnancy and lactation-associated osteoporosis. Osteoporos Int 17(7):1008–1012

Fibromyalji Hastalarında Benign İntrakranial Hipertansiyon Sıklığının Ultrason ile Değerlendirilmesi

Yazarlar: Sertaç Ketenci1, Bora Uzuner2, Dilek Durmuş3, Murat Polat4
1Ondokuz Mayıs Üniversitesi, FTR / Romatoloji
2Ondokuz Mayıs Üniversitesi, FTR /Algoloji
3Ondokuz Mayıs Üniversitesi, FTR
4Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Nöroloji

İletişim Bilgileri: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, FTR / Romatoloji , drsertacketenci@hotmail.com

Özet
Amaç: Bu çalışmanın amacı; fibromyalji (FMS) tanısı almış hastalarda ultrason ile göz küresinden kafa içi basınç artışının bir belirteci olan optik sinir kılıfı çapı ölçülerek benign intrakranial hipertansiyon (BIKH) sıklığını belirlemek ve hastalardaki ağrı, fonksiyon, yorgunluk, yaşam kalitesi, santral sensitizasyon ve nöropatik ağrı ile ilişkisini tespit etmektir.

Metod: Bu çalışmaya FMS tanısı alan 80 kadın hasta ve 75 sağlıklı kadın kontrol dahil edilmiştir. Hastaların ve kontrollerin ultrason ile her iki göz optik sinir çapları ölçülerek ortalaması kaydedilmiştir. Hastalardaki intrakranial basınç artışına sebep olabilecek metabolik endokrin bozukluklar ilaç kullanımı gibi sebepler gözden geçirilmiş ve nörolojik hastalıklar nörolojik değerlendirme sonrası dışlanmıştır. Hastaların ağrısı; visuel analog skala ile, fonksiyon; yeniden gözden geçirilmiş FMS etki anketi ile (FEA-r), yaşam kalitesi; kısa form-36 (SF-36) ile, yorgunluk; facit yorgunluk ölçeği ile, santral sensitizasyon; santral sensitizasyon (SS) ölçeği ve nöropatik ağrı; nöropatik ağrı anketi DN4 ile belirlendi.

Sonuçlar: Hastalar ve kontroller optik sinir kılıf çapına göre karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit edildi (p0.005). Yorgunluk açısından da iki grup arasında anlamlı fark vardı ($p<0.005$). Ayrıca gruplar arasında fonksiyon SF-36 parametrelerinden emosyonel ve fiziksel kısıtlılık parametreleri dışındaki parametreler ve FEA-r toplam skoru açısından anlamlı fark tespit edildi ($p<0.005$).
Tartışma: Literatürde BIKH ve FMS gibi kronik ağrılı durumlarda oluşan yorgunluk, baş ağrısı, kognitif disfonksiyon gibi semptomların kafa içi basınç artışıyla oluşan benzer patofizyolojik mekanizmalarla meydana geldiği düşünülmektedir. Bu çalışmada ultrason değerlendirme ile FMS grubunda eşik değer 0.55 mm alındığında BIKH'u ,5 hastada tespit edildi. BIKH olan grupta santral sensitizasyon, baş ağrısı, yorgunluğun ve fonksiyonda azalmanın da daha sık olduğunu gösterildi. Bizim sonuçlarımız da literatürde belirtilen FMS patogenezinde BIKH 'un rol alabileceği hipotezini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Fibromyalji, Benign Intrakranial Hipertansiyon, Ultrason

Kaynakça: 1)Bragée B, Michos A, Drum B, Fahlgren M, Szulkin R, Bertilson BC. Signs of Intracranial Hypertension, Hypermobility, and Craniocervical Obstructions in Patients With Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. Front Neurol. 2020 Aug 28;11:828.
2)Hulens M, Rasschaert R, Vansant G, Stalmans I, Bruyninckx F, Dankaerts W. The link between idiopathic intracranial hypertension, fibromyalgia, and chronic fatigue syndrome: exploration of a shared pathophysiology. J Pain Res. 2018 Dec 10;11:3129-3140.

Refrakter Vulvodininin Nadir Bir Nedeni: Pudendal Sinir Tuzaklanması Ultrason Eşliğinde Pudendal Sinir Blokajı Etkinliği

Hasan Turan1, Bora Uzuner 2
1 : Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji, 2: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,
İletişim Bilgileri: Bora UZUNER
MAİL:buzuner@hotmail.com
OMÜ FTR ABD Sekreterliği

Özet
Giriş : Vulvodini, genel popülasyonun 'sını etkileyen, sebebi tam bilinmeyen kronik bir hastalıktır. Fizyopatolojisi tam bilinenmese de, çevresel ve tekrarlayan enfeksiyonlar sonucu vajina ve vulvanın kronik irritasyonu sonucu veya altta yatan psikolojik etmenlerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Tedavide; antidepresanlar, gabapentinoidler, topikal ajanlar, botulinum toksin ve lokal anestezik enjeksiyonları önerilmektedir. Ultrason eşliğinde transgluteal pudendal sinir blokaj ve pulsed radyofrekansı ile tedavi ettiğimiz 61 yaşında kadın hastayı sunduk.

Olgu: Jinekolojik Onkoloji Polikliniği'ne başvuran 61 yaşında kadın hasta, 3 yıldır vulva ve vajina bölgesinde kaşıntı, yanma, zaman zaman elektrik çarpması şeklinde ağrıları (VAS: 9/10, DN4: 7/10) mevcuttu. Hastanın ağrıları özellikle oturur pozisyonda artarken ayağa kalkınca azalıyordu. Detaylı jinekolojik muayenede vajinal atrofi ve Alcock kanalında tinel belirtisi dışında bulgusu olmayan ve tetkiklerinde patoloji saptanmayan hastaya önce topikal anestezik ve steroid kremleri verilmiş ancak rahatlamamıştır. Algoloji Polikliniği'ne yönlendirlen hastaya önce amitriptilin başlandı, fayda grömemesi üzerine duloksetine geçilerek impar ganglion blokajı uygulandı. Ancak hastanın şikayetleri devam etmesi züerine hastaya usg eşliğinde bilşateral transgluteal pudendal sinir blokajı uygulandı, blok sonrası ağrının azalması üzerine puldendal sinir pulsed radyofrekans tedavisi uygulandı. Hastanın 4. hafta kontrolünde şikayetlerinde belirgin (VAS: 3/10, DN4: 3/10) azalma sağlandı.

Sonuç: Vulvodini, toplumda nadir görülmeyen ve detaylı değerlendirme gerektiren bir durumdur. Naidren de olsa, pudendal sinir tuzaklanmasına bağlı olabilir ve bu durumda pudendal sinir pulsed radyofrekansı ile tedavi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Vulvodini, Alcock kanalı, pudendal sinir, Pulsed radyofrekans

Kaynakça: 1:Ploteau S, Labat JJ, Riant T, Levesque A, Robert R, Nizard J. New concepts on functional chronic pelvic and perineal pain: pathophysiology and multidisciplinary management. Discov Med. 2015 Mar;19(104):185-92.
2:Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ, Bensignor M, Raoul S, Rebai R, Leborgne J. Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve. Surg Radiol Anat. 1998;20(2):93-8.
3:Meier KM, Vecellio PM, Killinger KA, Boura JA, Peters KM. Pudendal Neuromodulation is Feasible and Effective After Pudendal Nerve Entrapment Surgery. J Sex Med. 2022 Jun;19(6):995-1001.
4:Frank CE, Flaxman T, Goddard Y, Chen I, Zhu C, Singh SS. The Use of Pulsed Radiofrequency for the Treatment of Pudendal Neuralgia: A Case Series. J Obstet Gynaecol Can. 2019 Nov;41(11):1558-1563.

POSTER BİLDİRİLERİ

Serebral Palsili çocukların ailelerine yönelik eğitim programının ailelerin kaygı ve depresyon düzeylerine etkisi

İlker İLHANLI1,*, Tuba MIZRAK2, Mustafa ŞAHİN3
1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye
2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Havza Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi
3 Havza İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş

Serebral palsi (SP); gelişmekte olan veya infantil dönemde beyinde zedelenme sonucu gelişen, fetal ve kalıcı olan fakat; ilerleyici olmayan, motor fonksiyon kaybı, duruş ve hareket bozukluğudur (1). Gelişmiş ülkelerdeki SP prevalansı; 1000 canlı doğumda 1,2-2,5 iken ülkemizde 4,4-8'dir (3,4). SP kayıtlarının daha iyi tutulması ve erken doğan, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaşatılması için imkanların artması sonucu SP prevalansında her geçen gün artış görülmektedir. Dezavantajlı gruplar arasında yer alan serebral palsili çocuklara bakım veren ailelerde hastalık, tedavi ve seyri konusunda eksik veya yanlış bilgilerin varlığı ile karşılaşılmaktadır. Ayrıca, kaygı, depresyon, bozulmuş hastalık algısı gibi problemler ile bu problemlerin bakım verilen çocuklar üzerinde olumsuz etkileri görülebilmektedir (5).

Bu çalışmada SP'li çocukların ailelerine yönelik SP hakkında bilgilendirme ve genel bakım, beslenme, acil durum müdahaleleri ve rehabilitasyon ilkelerini içeren eğitim programının ailelerin çocuklarının genel durumundan kaynaklanan kaygı ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metot

Havza İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli Aile Hekimlerinin takip ettikleri muhitlerde yaşayan ve SP'li çocuğa bakım veren ailelere ulaşıldı. Proje hakkında bilgi verildikten sonra eğitim ve bilimsel çalışma programına katılmak için onam veren aileler belirlenen gün ve saatte eğitime alındı. Etki düzeyi=0.8, α=0.05, güç (1-β) = 0.95 iken katılımcı sayısı en az 20 olarak tespit edildi. Eğitime katılanlar arasında 8 kişi çalışmaya dahil olmayı kabul etti. Eğitim öncesi ve sonrası olmak üzere katılımcıların ve bakım verdileri SP'li çocukların demografik verilerini, SP hakkında bilgi düzeylerini ve yaşadıkları sorunları kapsayan yapılandırılmış bir anketi doldurmaları istendi. Ayrıca, katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası hastalık ile ilişkili kaygı ve depresyon durumlarını değerlendirmek için Beck kaygı ve depresyon ölçeklerini yanıtlamaları istendi. Sonuçlar istatistiksel analize tabi tutuldu.

Bulgular

Çalışmaya 8 kişi dahil oldu. Ortanca yaş değeri 45,5 (37-60) olarak bulundu. %75'i kadındı. Tamamı evliydi. %37,5 ilkokul %25 ortaokul mezunuydu. Okuryazar, lise mezunu ve yüksek lisans mezunu birer katılımcı vardı. Katılımcıların %75'I çalışmıyordu. Çalışan 2 kişi ise özel sektördeydi. Çalışmayanlardan 1 kişi ise emekliydi. Katılımcıların %87,5'i çekirdek ailede yaşarken sadece 1 katılımcı büyükanne ve büyük babanı olduğu bir evde yaşıyordu. Katılımcıların tamamının sadece 1 serebral palsili çocuğu vardı. Tekerlekli sandalye kullanan 3 (%37,5), gözlük kullanan 1 (%12,5), AFO kullanan 2 (%25), KAFO kullanan 1 (%12,5), ayakta durma cihazı kullanan 2 (%25), koltuk değneği kullanan 1 (%12,5) çocuk vardı. Depresyon açısından hiçbir değerlendirme aşamasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.05$). İkinci değerlendirmede kaygı düzeyi anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,027$). 3. değerlendirmede bu durum devam ederken 2. ve 3. değerlendirmeler arasında kaygı düzeyi açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,109$).

Tartışma ve Sonuç

Katılımcı sayısı düşük kalmıştır. Belediye ve İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün iştirakleriyle gelecek eğitim programlarının duyurulması ve katılımcıların teşvikinin sağlanması gerekmektedir. Depresyonda anlamlı değişim tespit edilmemiştir. Depresyon tedavisi ve başa çıkması uzun süreli olan bir hastalık olması sebebiyle kısa vadede katılımcılarda anlamlı sonuç alınamadığı kanaatindeyiz. Bu nedenle bu eğitim programları zamana yayılarak uzun süreli ve periyodik tekrarı yapılmalı düşüncesindeyiz. Kaygı ise anlık değişimler gösterebilen bir durumdur. Uzun vadede kaygı durumunda düzelme olup olmayacağını bilmemekle beraber kısa vadede verilen eğitimin katılımcıların kaygısını azaltmada etkin olduğunu söyleyebiliriz. Bu durum muhtemelen katılımcıların sordukları sorulara yanıt bulmalarına bağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Kaygı, Serebral palsi

Kaynaklar

1. Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B. ve diğerleri. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol, 47(8), 571-6.
2. Martinez-Mihi, V., Silvestre, F. J., Orellana, L. M., Silvestre-Rangil, J. (2014). Resting position of the head and malocclusion in a group of patients with cerebral palsy. J Clin Exp Dent, 6(1), 1-6.
3. Eraksoy, M. (2005). Serebral Palsinin Tanımı (1. bs.). İstanbul: Boyut Matbaacılık.
4. Serdaroglu, A., Cansu, A., Ozkan, S., Tezcan, S. (2006). Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. Dev Med Child Neurol, 48(6), 413-6.
5. Avci E, Ilhanli I, Celik C, et al. Epidemiological and socioeconomic profile of cerebral palsy from the aspect of mothers in giresun, Turkey. Int Phys Med Rehab J. 2018;3(5):433–437.

*İletişim: İlker İLHANLI, Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye, eposta: ilkerilhanli@hotmail.com

Postpartum Sakral Yetmezlik Fraktürü: Olgu Sunumu

Münevver Serdaroğlu Beyazal 1, Cüneyt Asutay 1, Gül Devrimsel 1, Murat Yıldırım 1, Mehmet Serhat Topaloğlu 1 Ahmet Buğra Ulu 1
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize

Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize ,Türkiye
drbugraulu@gmail.com

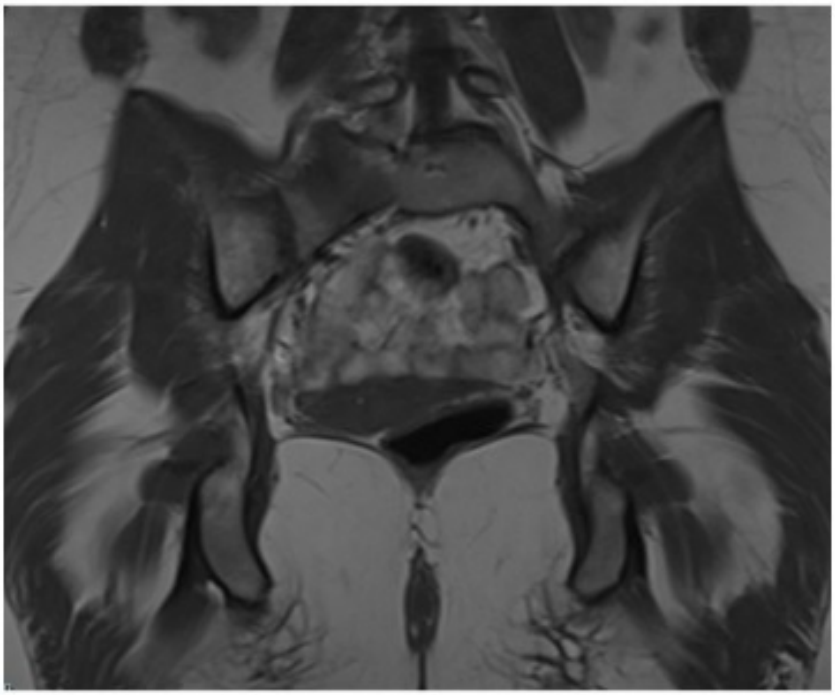
Özet

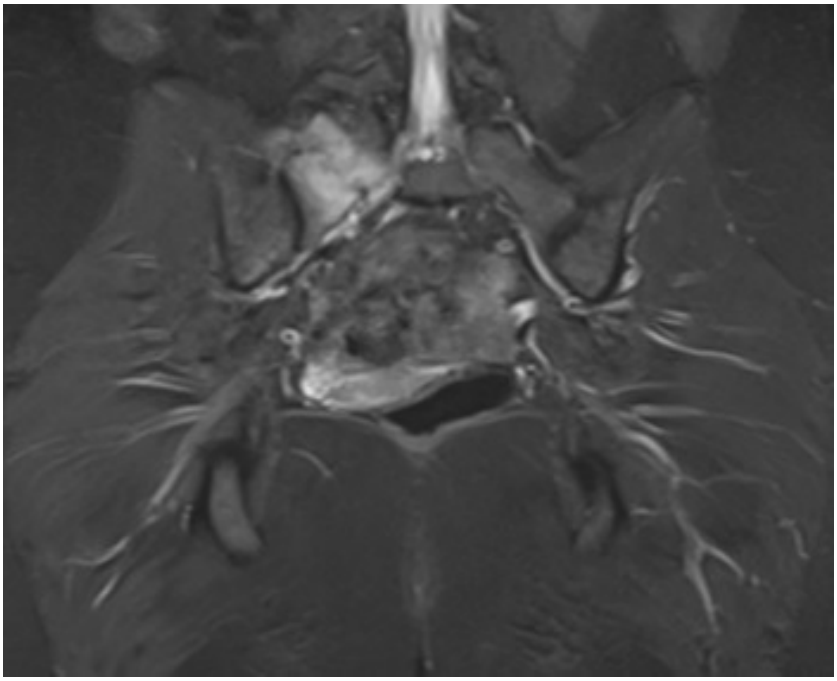
Amaç: Sakral yetmezlik kırıkları, mineral yoğunluğu düşük veya anormal elastikiyete sahip kemiklere normal fizyolojik stres uygulandığında ortaya çıkan kırıklardır (1). Osteoporozlu, menopoz sonrası kadınlarda sık görülür. Bu olguda sağ kalça ağrısı ve yürümede zorluk yakınmaları ile başvuran ve postpartum unilateral sakral stres fraktürü tanısı alan hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında kadın hasta 20 gün önce başlayan bel ve kalça ağrısı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısının bacaklara yayılmadığı, özellikle aktivite ile arttığı ve istirahat ile azaldığı öğrenildi. Öyküsünde 3 ay önce C/S doğum yaptığı öğrenildi. Gebelik sürecinde 8. ayda gebeliğe sekonder hidroüreteronefroz gelişimine bağlı sol renal sisteme double j kateter takılma öyküsü mevcuttu. Anamnezinde alkol, steroid kullanımı, endokrin, metabolik veya romatizmal hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde antaljik yürüyüş mevcuttu. Sağ kalça eklem hareket açıklığı tüm yönlerde ağrılı ve açık, sağda Faber testi pozitif idi. Bel muayenesi normal, nörolojik defisiti yoktu. Laboratuvar incelemede eritrosit sedimantasyon hızı 5 mm/h, CRP 6.6 mg/dL (0-0.5mg/dL), 25-(OH)D3 11.8 ng/mL, Ca 9.6 mg/dL, P 3.7 mg/dL idi. DEXA femur boynu T ve Z skoru – 0,2 ve L1-L4 T ve Z skoru -1,7 idi. Hastanın ayırıcı tanı açısından istenen kalça manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sağ sakral kanatta yaygın kemik iliği ödemi tespit edildi. MR görüntüleme bulguları ile birlikte hastaya sakral yetmezlik fraktürü tanısı koyuldu. Parasetamol, kalsiyum, D vitamini replasmanı, istirahat ve aktivite sırasında baston kullanımı önerildi.

Sonuç: Yetmezlik kırıkları daha çok postmenopozal osteoporotik kadınlarda görülmekle birlikte nadiren genç kadınlarda gebelik döneminde ya da postpartum dönemde de görülebilmektedir (2). Postpartum dönemde kalça ve bel ağrısı ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka pelvik yetmezlik kırıkları düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ağrı, yetmezlik fraktürü, postpartum





Kaynakça: 1.Featherstone T. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of sacral stress fracture. British Journal of Sports Medicine 1999; 33: 276-7

2. Narvaez J, Narvaez JA. Post-partal sacral fatigue fracture. Rheumatology (Oxford) 2003; 42: 384-5

Samsun İli ve Çevresinde Yaşayan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi

Ulaş U.U, Kardelen D, Banu K, Ahmet C.S, Tuğçe G.K, Dilşat K, Muhammed Z.M, Akyol Y.
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Samsun

Giriş:
İnsanların sağlıklı bir hayat sürdürmeleri, hastalandıkları zaman iyileşebilmeleri ve doğru tedaviye ulaşabilmeleri için öğrendikleri bilgiyi anlamaları, yorumlamaları ve buna uygun davranış göstermeleri gerekir. Tıbbi bilginin anlaşılıp, yorumlandıktan sonra bu bilgiye uygun davranış gösterilmesine sağlık okuryazarlığı denir (1). Bu araştırmada samsun ve çevresinde yaşayan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen faktörlerin neler olduğunu tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza Samsun ve çevresinde yaşayan 100 birey katıldı. Her katılımcıya aynı anket, e-anket olarak yönlendirildi. Araştırmanın verileri 25 Ocak 2023 ile 15 Mart 2023 tarihleri arasında toplandı. Tüm katılanların sağlık okuryazarlık düzeyi Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeği-32 (TSOY-32 ölçegi) ile değerlendirildi (2). Sosyodemografik özellikleri ve sağlık bilgilerine ait tarafımızdan hazırlanan anket sorularını cevaplamaları istendi. Cinsiyete göre TSOY-32 ölçegi skorları ve sosyodemografik özellikleri (yaşı, yaş aralığı, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, meslek) karşılaştırıldı. TSOY-32 ölçeği skoruna göre katılımcılar saglık okuryazarlık düzeyi yetersiz, sorunlu/sınırlı, yeterli ve mükemmel olarak 4 gruba ayrıldı. Gruplar arası sosyodemografik veriler ve anket cevapları karşılaştırıldı. Araştırmadaki nominal verilerin gruplar arası karşılaştırılması ki-kare testiyle, sayısal verilerin karşılaştırılması ise student-t testiyle yapıldı.$P<0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmaya alınan 100 gönüllünün 46'sı kadın, 54'ü erkek idi. Katılımcıların yaş ortalaması 34.31±12.58 bulundu. Cinsiyete göre TSOY-32 ölçek skoru ortalamaları karşılaştırıldığında, erkek katılımcıların skorları daha yüksek gözlense de istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Sağlık okur yazarlık düzeyi sorunlu/sınırlı olan 40, yetersiz olan 30, yeterli olan 22 ve mükemmel olan 7 katılımcı mevcut olup, kadın ve erkek katılımcılar arasında sağlık okur yazarlık düzey dağılımları arasında fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 1). Sağlık okur yazarlığı düzeyine göre oluşturulan 4 grup arasında sosyodemografik veriler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 2). Anket sorularına genel saglık durumum iyi cevabı veren katılımcı sayısı 59, düzenli ilaç kullanımı olmayan 86, hastalık durumunda ilk başvurduğu sağlık kurulusu devlet hastanesi olan 45, aile hekimini tanıyan 86, ilk sağlık bilgisine ulaşımı internet ile olan 49 ve ekonomik durumu gelir gidere eşit olan katılımcı sayısı 56 idi. Sağlık okur yazarlığı düzeyine göre oluşturulan 4 grup arasında anket cevapları arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır($p>0.05$). (Tablo 3).

Sonuç:
Çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri coğunlukla sınırlı/sorunlu veya yetersiz düzeydedir. Kadın ve erkek bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi benzerlik göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyet yanısıra, yaş aralığı, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerden bağımsız olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların genel sağlık durum algısının, düzenli ilaç kullanım gerektiren hastalığı olup olmadığının, sağlık kuruluşuna ve sağlık bilgisine ulaşım imkanlarının ve ekonomik durumlarının sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilemediği anlaşılmaktadır.

Tartışma:
Bu çalışma, Samsun ili ve çevresinde yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini anlamak için yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar, cinsiyet farketmeksizin katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin çoğunlukla yetersiz veya sınırlı/sorunlu olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilecekleri ve daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilecekleri bilinmektedir. Bu nedenle, Samsun ili ve çevresi dahil olmak üzere olmak üzere ülkemizde sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmaların ve eğitim programlarının yaygınlaştırılması, bireylerin sağlık bilgi ve hizmetlerine erişimini artırarak sağlıklı yaşam için önemli bir adım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okur yazarlığı, Samsun

Kaynaklar:
1.Bilir N. Sağlık okuryazarlığı. Turkish Journal of Public Health, 12(1):61-68.
2. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Anıl Matbaa.1. Baskı. Ankara 2016; 1-104. (Sağlık Bakanlığı Erişim adresi:https://sbu.saglik.gov.tr/ Ekutuphane)

	Kadın N=46	Erkek N=54	Toplam N=100	p
	n	n	n	
Medeni durum Evli Bekar	 15 31	 35 19	 50 50	0.001*
Eğitim durumu İlkokul Lise Üniversite	 2 3 41	 0 7 47	 2 10 88	0.184
Meslek Ev hanımı Memur İşçi Öğrenci Emekli Diğer	 7 5 1 25 0 8	 0 26 6 11 0 11	 7 31 7 36 0 19	0.001*
Sağlık okur yazarlığı düzeyi (SOÖ skor aralığı) Yetersiz (0-24) Sorunlu, sınırlı (25-33) Yeterli (34-42) Mükemmel (43-50)	 13 20 10 3	 17 21 12 4	 30 41 22 7	0.970
Yaş ortalaması (ortalama ±SS)	28.67±9.56	39.11±12.9	34.31±12.58	0.001*
Sağlık okur-yazarlığı ölçek skoru (0-50) (ortalama±SS)	24.44±7.96	30.15±7.59	29.83±7.73	0.649

	Yetersiz (N=30)	Sorunlu/ sınırlı (N=41)	Yeterli (N=22)	Mükemmel (N=7)	p
	n	n	n	n	
Yaş aralığı					
18-24 yaş	13	17	7	2	
25-34 yaş	1	5	4	2	0.77
35-44 yaş	7	10	5	1	
45 ve üzeri yaş	9	9	6	2	
Medeni durum					
Evli	16	17	13	4	0.53
Bekar	14	24	9	3	
Eğitim durumu					
İlkokul	1	0	1	0	0.81
Lise	3	5	1	1	
Üniversite	26	36	20	6	

	Yetersiz (N=30)	Sorunlu/ sınırlı (N=41)	Yeterli (N=22)	Mükemmel (N=7)	p
	n	n	n	n	
Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?					
Kötü	0	0	0	0	
Orta	8	14	6	3	0.23
İyi	21	24	12	2	
Çok iyi	1	3	4	2	
Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?					0.69
Evet	6	5	2	1	
Hayır	24	36	20	6	
Herhangi bir hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?					
Aile sağlığı merkezi	12	17	10	3	0.96
Devlet hastanesi	11	16	6	2	
Özel hastane	3	3	2	0	
Üniversite hastanesi	4	4	4	2	
Diğer	0	1	0	0	
Aile hekiminizi tanıyor musunuz?					0.40
Evet	27	35	17	7	
Hayır	3	6	5	0	
Genel olarak sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız?					
TV-radyo, gazete, dergi	2	0	0	0	0.42
İnternet	12	24	9	4	
Doktor	12	15	11	3	
Çevremdeki insanlardan	4	2	2	0	
Sizce ekonomik durumunuz nasıl?					
Gelir giderden fazla	6	12	6	1	0.88
Gelir gidere eşit	18	20	13	5	
Gelir giderden az	6	9	3	1	

Fibromiyalji ve 'Olası' Polimiyozit Yanlış Tanıları ile Antinükleer Antikor (ANA) Pozitif Bir Mc-Ardle Vakası: Neden Kas Biyopsisi Yapmalıyız?

Dr. Öğr. Üyesi Sertaç Ketenci*
Dr. Öğr. Üyesi Ender Salbaş**
***Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR AD**
****Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR AD**

44 yaşında kadın hasta kliniğimize yaygın ağrı, egzersiz intoleransı ve yorgunluk şikayetleriyle başvurdu. Tıbbi öyküsünden yaklaşık 4 yıldır fibromiyalji sendromu (FMS) tanısıyla bir dış merkezde takipli olduğu öğrenildi. FMS için başlanan amitriptilin 25 mg/gün tedavisi, inatçı yaygın ağrı nedeniyle pregabalin 300 mg/gün (150 mg bid) olarak değiştirilmiş. Son 2 yıldır tedaviye dirençli FMS olduğu kabul edilerek medikal tedavisine duloksetin 60 mg eklenmiş. Bu tedaviyi alırken, 1 yıl önce rutin izlem sırasında kreatinin kinaz (CK) düzeyi yüksek bulunmuş. Takipleri sırasında CK düzeyinin ısrarla yüksek olması nedeniyle 4 ay önce nöroloji kliniğine sevk edilmiş. Kas gücü muayenesinde üst ekstremite proksimal kas grupları 4/5, 4+/5 ve alt ekstremite kas gücü 5/5 olarak saptandı. Elektromiyografi (EMG) bulgularının proksimal miyopati ile uyumlu olduğu bildirildi. Hastanın bilinen bir ek hastalığı yoktu ve miyopatiye neden olabilecek herhangi bir ek ilaç veya takviye almıyordu. TSH, T3, T4, PTH ve D vitamini testlerinin sonuçları normal aralıklardaydı. Anti-nükleer antikor (ANA) 1/160 granüler pozitif, ANA profili negatif imiş. Peter-Bohan kriterlerine göre "olası polimiyozit" tanı kriterlerini karşılayan hasta, tedavisi planlanırken kliniğimize başvurdu. C-reaktif protein, eritrosit sedimantasyon hızı ve hemogram normal sınırlardaydı. Global kas gücü 4+/5 idi. Tıbbi öyküsü, semptomları ve ailesinde bağ dokusu romatizması öyküsü normaldi. Kas dokusunun manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) istendi ve elde edilen görüntüler tamamen normaldi. Uzun süredir devam eden şikayetlere ve CK yüksekliğinin devam etmesine rağmen, miyozitte beklenmeyen 4 yıl boyunca stabil klinik seyir nedeniyle miyozit tedavi protokolüne başlamadan önce kas biyopsisi yapılmasına karar verildi. Kas biyopsisinde miyofibrillerin şekil ve boyutlarında hafif bir farklılık, hücre içi ödem, PAS boyamasında artmış sarkoplazmik glikojen birikimi ve miyofosforilaz enzim boyamasında enzim yokluğu görüldü. Patoloji raporu McArdle hastalığı tanısı koymuş ve inflamatuar miyoziti dışlamıştır. Hasta takip için metabolizma bölümüne sevk edildi.

Tartışma

McArdle hastalığı, ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde egzersiz intoleransı, yorgunluk, miyaljiler, kramplar ve halsizlik gibi semptomlarla ortaya çıkan otozomal resesif geçişli bir glikojen depo hastalığıdır. Bir çalışmada ortalama tanı yaşının 33 olduğu, nadiren yetişkinlikten önce tanı konulduğu ve ortalama tanı gecikmesinin 29 yıl olduğu bildirilmiştir. Genç erişkinlikte semptomların artması, yaygın vücut ağrısının varlığı ve yorgunluğun varlığı nedeniyle fibromiyalji için tanı kriterlerini karşılamak kolaydır. Ancak McArdle hastalığında semptomlar istirahat ile belirgin olarak düzelirken, fibromiyaljide bazal ağrı düzeyi devam eder. McArdle hastalığında 8-10 dakikalık egzersiz sonrası görülen düzelme, ikinci rüzgar fenomeni fibromiyaljide görülmeyen anamnez bulgusudur ve ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ayrıca fibromiyaljiye eşlik edebilen santral sensitizasyon bozukluğunun diğer bulgularının McArdle hastalığı ile ilişkili olması beklenmez. Tüm bu özellikler ve genellikle ciddi güçsüzlüğe yol açmayan miyopati klinik tablosu nedeniyle, McArdle hastalığı olan hastalara polikliniklerde fibromiyalji tanısı konması muhtemeldir. Bizim hastamızda da durum böyleydi. Bir dışlama tanısı olan fibromiyalji için organik nedenler araştırılmalı ve ekarte edilmelidir. Bizim olgumuzda ayırıcı tanı ihtiyacı dört yıllık fibromiyalji tedavisi sonrasında ortaya çıkmış ve dirençli FMS için yapılan tetkiklerde yüksek CK düzeyleri saptanmıştır. Hemen hemen tüm McArdle hastalarında yüksek CK düzeyleri, eforla gelen ağrılı kramplar ve ikinci rüzgar fenomeni fibromiyaljiden ayırmak için yararlı belirteçlerdir.

Hastamızın CK yüksekliği ve ANA pozitifliği, proksimal miyopati ve EMG'de proksimal kas güçsüzlüğü sonrasında miyopati ayırıcı tanısı yapılmış ve Peter-Bohan kriterlerine göre olası polimiyozit kriterlerini karşılamıştır. Polimiyozit, kaslarda immün aracılı (sitotoksik T hücreleri [CD8], makrofajlar, B tipi lenfositler ve dendritik hücreler) inflamasyonun görüldüğü inflamatuvar bir miyozittir. Yaş dağılımı bimodal olup, 5-15 yaş ile 45-60 yaş arasındaki kişileri etkiler ve ağırlıklı olarak kadınlarda görülür. ANA pozitiflik oranı ~%33'tür. Bu açıdan hastamızın kliniği ile uyumlu olsa da CK yüksekliği ile seyreden McArdle hastalığında kas ağrısı beklenmez. Üç yıldan uzun süredir yakınmaları olan bir hastada klinik olarak şiddetli güçsüzlüğün olmaması polimiyozit ile uyumlu değildir. Polimiyozit hastalarında kas MRG'sinde inflamasyonu temsil eden akut faz yükselmesi ve ödem %80-100 oranında görülürken, bizim hastamızda akut faz yanıtı ve kas MRG'si tamamen normaldi. Hasta olası miyozit için Peter-Bohan kriterlerini karşılamasına rağmen, klinik seyri çok yavaş olan ve hızlı tedavi ihtiyacı olmayan bir hastada klinik laboratuvar ve görüntüleme bulgularının uyumsuz olması nedeniyle kesin tanı için yapılan kas biyopsisi McArdle hastalığı ile uyumlu bulunmuştur.
Sonuç olarak, yaygın ağrı ve yorgunluğu olan hastalarda fibromiyalji tanısı konulmadan önce ikincil nedenler araştırılmalıdır. Metabolik kas hastalıkları gibi birçok neden CK yüksekliğinin nedenleri arasındadır ve eşlik eden ANA pozitifliği spesifik kabul edilmemeli ve inflamatuar miyozit tanısı konulmamalı ve mümkünse kas biyopsisi zorlanmalıdır.

Multifaktöriyel Etiyolojili Osteoporoz Vakası

Deniz Şahinkaya* 1, Zehra Devlez 1, İlker İlhanlı 1, Ayhan Bilgici 1
1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,Samsun

Giriş

Sekonder osteoporoz (OP), altta yatan bir hastalığın veya ilacın varlığında gelişen, düşük kemik kütlesi ve kemikte mikro mimari değişikliklerin oluşması sonucu kırık riski artışına yol açan kemik hastalığı olarak tanımlanmaktadır [1]. Sekonder OP'nin en sık nedenleri şu şekilde sıralanabilir [1, 2]: Endokrinolojik problemler (tiroid hastalıkları, hipogonadizm, erken menapoz, cushing sendromu gibi), gastrointestinal bozukluklar (çölyak, inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi), hematolojik bozukluklar (lenfoma, lösemi gibi), otoimmün bozukluklar (romatoid artrit, ankilozan spondilit gibi), renal hastalıklar (kronik böbrek hastalığı, böbrek transplantasyonu gibi), ilaçlar (steroid, tiroid hormonu, metotreksat, proton pompa inhibitörü (PPI) gibi), sigara-alkol kullanımı, D vitamini eksikliği ve genetik bozukluklar (Marfan sendromu, Ehler-Danlos hastalığı gibi). Sekonder OP, neden olan hastalık ya da duruma göre değişen patogenezler ile oluşur. Hipotiroidinin yetişkin kemiğine etkisi konusunda bilgiler çelişkilidir. Hipotiroidide OP riskine neden olan esas durumun, bu hastaların almakta olduğu tiroid hormon replasmanının (L tiroksin) yüksek düzey ve uzun sürede kümülatif etkisiyle kemik yoğunluğunu azalttığıdır [2, 3]. Hematolojik hastalıkların genelindeki OP risk artışında; kemik rezorbsiyonunu indükleyerek formasyonunu baskılayan sitokinlerin artışı, nükleer faktör kappa b reseptörünün aktivatörü/osteoprotegerin (RANKL/OPG) oranında artma sorumlu tutulmaktadır [2]. Maligniteler, hem lokal hem de generalize kemik kaybına neden olmaktadır. Hem malign hücrelerin doğrudan etkisi ile hem de kemoterapötikler ve kortikosteroidler dahil olmak üzere kanser tedavisinde kullanılan terapötikler maligniteye bağlı kemik kütlesinin kaybına neden olmaktadır [4]. Glukokortikoidlere bağlı OP, sekonder OP'nin en yaygın nedenlerindendir. Glukokortikoidlerin kemik üzerindeki baskın etkisi, kemik formasyonunun bozulmasıdır. Steroid tedavisi, RANKL ekspresyonunu artırır ve osteoblastik hücrelerde OPG ekspresyonunu azaltır [5-8]. PPI'ların OP ye neden olma mekanizması net değildir. Bazı çalışmalarda, osteoklastların doğrudan uyarılması ile kemik matriksinin bozulmasına neden olduğu öne sürülmüştür. Parathormona (PTH) ve kalsiyum emilimi üzerine etkileriyle indirekt olarak OP'ye yatkınlık yaratabileceği de belirtilmiştir [9, 10]. Kliniğimize sekonder OP açısından danışılan multifaktöriyel etiyolojiye sahip hastayı sunuyoruz.

Vaka

35 yaşında kadın hasta, kliniğimize sekonder OP açısından tarama amacıyla yönlendirildi. Hastanın 2006 yılında tanı koyulmuş Hodgkin lenfoma öyküsü mevcuttu. Hasta lenfoma için ABVD (Adriyamisin, Bleomisin, Vinblastin, Dakarbazin), İCE (İfosfamid, Karboplatin, Etopozid), otolog kemik iliği transplantasyonu (KİT), BEACOPP (Bleomisin, Etopozid, Adriyamisin, Siklofosfamid, Vinblastin, Prokarbazin, Prednizon), tüm vücut ışınlama-allojenik KİT, mezenkimal kök hücre nakli, interferon alfa, brentuksimab, nivolumab tedavileri almıştı. Nivolumab tedavisi sonrası adrenal yetmezlik tanısı almış ve steroid kullanmaya başlamıştı. Allojenik KİT tedavisi sonrası hastanın her iki humerus ile femur başında avasküler nekroz (AVN) gelişmişti (Resim 1,2). Tanıdan 2 yıl sonra sol kalçaya protez takılmıştı. Hasta hipotiroidi nedeniyle tiroksin, adrenal yetmezlik nedeniyle prednizolon ve bunlar dışında PPI kullanıyordu. Hastanın laboratuvar bulguları tablo 1'de mevcuttur. Yapılan dual enerji x-ray absorpsiyometride femur boyun z skoru -1,5-t skoru -2,0; L1-4 z skoru -2,9-t skoru -3,2 şeklinde raporlandı. Hastanın dorsolomber vertebra yan grafilerinde kompresyon saptanmadı (Resim 3,4). Hastaya öncelikle kolekalsiferol haftalık 50.000 IU verildi. 2 hafta sonra zolendronik asit uygulandı. Hastanın takibi devam etmektedir.

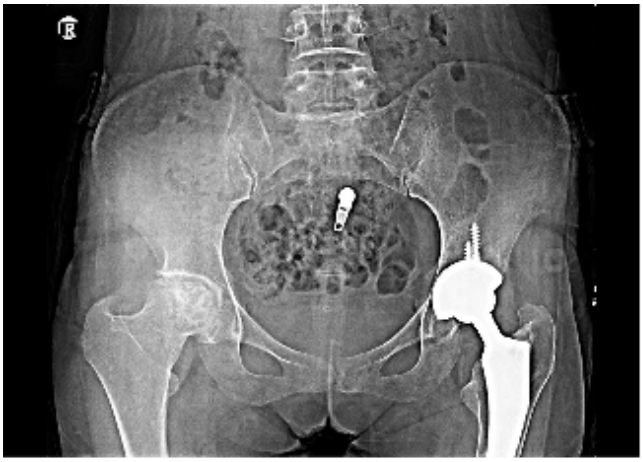
Sonuç

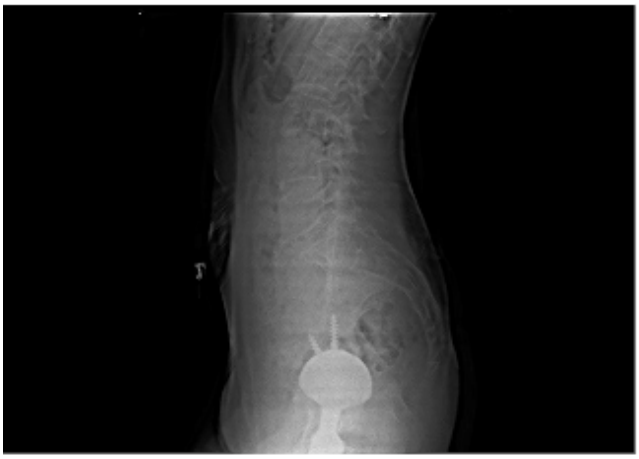
Sekonder OP'nin etkin tedavisi için her şeyden önce altta yatan neden iyi ele alınmalıdır ve bu durum düzeltilebiliyor ya da eksiklik giderilebiliyor ise bu durum sağlanmalıdır. Örneğin; osteomalazik renal osteodistrofide D vitamini replasmanı, hipogonadal erkeklerde testosteron replasmanı, steroidin neden olduğu OP'de kortikosteroid dozunu uygunsa düşürme ve mümkünse metabolik bozuklukların veya malabsorbsiyonun düzeltilmesi bunlara örnektir. Ek olarak OP tedavisi gereken durumlarda; hastanın özelliğine göre antirezorptif ya da anabolik ajanlarla tedavi yapılabilir [1, 2]. Sekonder OP nedenleri primer OP'den daha az görülür; ancak altta yatan nedenin doğru teşhis ve tedavi edilmesi, artmış kırık riskini iyileştirmek için yeterli olabilir. Çok düşük kemik mineral yoğunluğu olan veya kırık için geleneksel risk faktörleri olmayan hastalarda altta yatan sekonder nedenlerden şüphe edilmelidir [11].

Anahtar kelimeler: Lenfoma, Osteoporoz, Steroid, Tiroksin

Kaynakça

1. Ganesan, K., et al., Secondary Osteoporosis, in StatPearls. 2023, StatPearls Publishing Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).
2. Mirza, F. and E. Canalis, Management of endocrine disease: Secondary osteoporosis: pathophysiology and management. Eur J Endocrinol, 2015. 173(3): p. R131-51.
3. Abrahamsen, B., et al., The excess risk of major osteoporotic fractures in hypothyroidism is driven by cumulative hyperthyroid as opposed to hypothyroid time: an observational register-based time resolved cohort analysis. J Bone Miner Res, 2015. 30(5): p. 898-905.
4. Reuss-Borst, M., et al., Prevalence of osteoporosis among cancer patients in Germany: prospective data from an oncological rehabilitation clinic. Osteoporos Int, 2012. 23(4): p. 1437-44.
5. Lane, N.E., et al., Glucocorticoid-treated mice have localized changes in trabecular bone material properties and osteocyte lacunar size that are not observed in placebo-treated or estrogen-deficient mice.
J Bone Miner Res, 2006. 21(3): p. 466-76.
6. Swanson, C., et al., Glucocorticoid regulation of osteoclast differentiation and expression of receptor activator of nuclear factor-kappaB (NF-kappaB) ligand, osteoprotegerin, and receptor activator of NF kappaB in mouse calvarial bones. Endocrinology, 2006. 147(7): p. 3613-22.
7. Canalis, E., et al., Glucocorticoid-induced osteoporosis: pathophysiology and therapy. Osteoporos Int, 2007. 18(10): p. 1319-28.
8. Gonnelli, S., et al., Effect of inhaled glucocorticoids and beta(2) agonists on vertebral fracture risk in COPD patients: the EOLO study. Calcif Tissue Int, 2010. 87(2): p. 137-43.
9. Prause, M., et al., Pantoprazole increases cell viability and function of primary human osteoblasts in vitro. Injury, 2014. 45(8): p. 1156-64.
10. Jo, Y., et al., A Proton Pump Inhibitor's Effect on Bone Metabolism Mediated by Osteoclast Action in Old Age: A Prospective Randomized Study. Gut Liver, 2015. 9(5): p. 607-14.
11. Sheu, A. and T. Diamond, Secondary osteoporosis. Aust Prescr, 2016. 39(3): p. 85-7.





Laboratuvar Bulgusu	Sonuç	Referans Aralık
Kalsiyum	9,4	8,6-10
Fosfor	3,05	2,3-4,7
Alkalen fosfataz	252	30-120
Parathormon	42,2	12,0-88,0
25-OH vitamin D	17,46	30-80
Albümin	4,2	3,5-5,2
Alanin aminotransferaz	19	0-33
Kreatinin	0,75	0,5-1,2
C-reaktif protein	6,19	0-0,5
TSH	0,583	0,38-5,33
sT4	1,53	0,72-1,76
sT3	2,64	2,3-4,2
Eritrosit sedimentasyon hızı	78	0-20

Kalça Ağrısı İle Başvuran Hastada Kondrosarkom

Mehmet Serhat Topaloğlu, Şeyma Diyarbakır, Murat Yıldırım, Münevver Serdaroğlu Beyazal, Gül Devrimsel
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize

AMAÇ: Kondrosarkom kıkırdak dokusu kondrositlerinden köken alan malign bir kemik tümörüdür. Yavaş büyüyen ve metastaz yapmama özelliği gösteren lezyondan, agresif ve metastaz yapan lezyonlara kadar değişen özellikler gösterebilmektedir. En sık semptomlar şişlik ve ağrıdır. Bu olguda kalça ağrısı ile polikliniğimize başvuran ve ileri tetkik sonucunda kondrosarkom tanısı alan hastanın sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: 47 yaşında erkek hasta sağ kasık ve kalça lateralinde ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın mevcut yakınması 3-4 ay önce kalça üzerine düşme sonrasında başlamış. Hastanın yakınması aktivite ile artan vasıftaymış. İstirahat halindeyken ağrısı belirgin değilmiş. Travma sonrasında ortopedi polikliniği tarafından incelenen kalça eklem radyografisinde fraktür tespit edilmemiş. Fizik muayenede sağ kalça eklem hareketleri ağrılıydı, eklem hareket açıklıklarında kısıtlılık yoktu. Palpasyonla herhangi bir hassasiyeti yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde Sedimantasyon: 2 mm/h CRP:2 mg/L Wbc: 7.3 103/uL D vitamini:18 ng/mL biyokimya tetkikleri normal idi. Hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde sağ femur boynundan başlayıp femur diyafize doğru uzanan T2 sekansta hiperintens T1 sekansta heterojen intensite değişiklikleri gösteren şüpheli kitlesel lezyon izlendi (Resim 1). Ortopedi polikliniğine konsülte edilen hastanın çekilen bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sağ femurdan trokanter majör seviyesine kadar defektif görünümler ve şüpheli litik alanlar izlendi. Hastanın kontrastlı manyetik rezonans görüntülemesinde; sağ femur baş-boyun kesiminde 87x25 mm ve sağ pubik ramusta 28x20 mm boyutlarında T2A hiperintens, T1A hipointens, ekspansil karakterde heterojen kontrastlanan kitlesel lezyonlar izlendi. Femurda izlenen lezyonda kortikal destrüksiyon ve patolojik periost reaksiyonu eşlik etmektedir şeklinde rapor edildi. (Resim 2). Hastaya kemik biyopsisi yapıldı. Yapılan histopatolojik incelemesinde; ön planda düşük dereceli kondrosarkom tespit edildi. Hastaya mevcut bulgular eşliğinde kondrosarkom ön tanısı konularak ortopedi polikliniğine yönlendirildi.

SONUÇ: Hastalığın primer tedavisi geniş cerrahi rezeksiyondur. Cerrahi uygulanamayan ve metastatik hastalarda radyoterapi ve kemoterapi yapılabilir. Kas iskelet sistemi yakınmalarında ayrıntılı anamnez, fizik muayene, radyolojik ve patolojik inceleme ile olası maligniteler tespit edilebilmektedir.

Kaynakça:

1-Sağlık, Y. (2014). "Kondrosarkomlar." TOTBİD Dergisi 13: 240-246.
2-Björnsson, J., et al. (1998). "Primary chondrosarcoma of long bones and limb girdles." Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society 83(10): 2105-2119
3-Çıraklı, A., et al. (2018). "Kondrosarkom." Turkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol-Special Topics 11(1): 71-75.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Kalça ağrısı, kondrosarkom

Bir Ev Hanımında Osteitis Pubis – Olgu Sunumu

Fatmanur Aybala KOÇAK*1, Şirin ASLAN BARAN1, Nurdan YILMAZ1
1 Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR AD
Kaleardı, Muhittin Fisunoğlu Cd. Poliklinikler Binası, 60030 Merkez/Tokat
faybalarem@gmail.com

Özet
Kasık ağrısı, iç uyluk, üst uyluk ve alt karın bölgesinin birleştiği yerde oluşan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Kasık ağrısına yol açabilen pek çok sebep bulunmaktadır. Kasık ağrısı; travma veya yaralanma, tümörler, enfeksiyonlar, fıtıklar nedeniyle ortaya çıkabildiği gibi, kasık dışındaki bölgelerden de kaynaklanabilir. Kadınlarda kasık ağrısına jinekolojik ya da abdominal organ patolojileri de sebep olabilir. Osteitis pubis futbolcular başta olmak üzere sporcularda kasık bölgesinin aşırı kullanım yaralanmalarından biridir. Pubik kemiği ayrışmaya zorlayan kuvvetler ve tekrar eden mikrotravmalar sonucu gelişir. Bu bildiride, özellikle solda belirgin olmak üzere kasık ağrısı sebebiyle genel cerrahi polikliniğine başvuran, abdominopelvik organlara ait ayrıntılı incelemeler yapılan, değerlendirmeler sonucu abdominopelvik organlara dair patoloji tespit edilmediğinden FTR polikliniğine yönlendirilen 60 yaşında bir kadın hasta sunulacaktır. Osteitis pubis çoğunlukla genç atletik sporcu erkeklerde görülmektedir. Ancak ileri yaş hastalarda da özellikle travmalar ile tetiklenebileceği için, ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kasık ağrısı, travma, osteitis pubis

MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU İLE PREZENTE OLAN YETİŞKİN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VAKASI

Duygu Şahin 1 , Mehmet Engin Tezcan 2
1,2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Sistemik lupus eritematozus (SLE) kronik bir otoimmün hastalıktır.Hastalar , hafif eklem ve cilt tutulumundan yaşamı tehdit eden böbrek, hematolojik veya merkezi sinir sistemi tutulumuna kadar değişen değişken klinik özellikler gösterir. Makrofaj aktivasyon sendromunun (MAS), SLE'deki prevalansının %0,9 ile %4,6 arasında olduğu düşünülmektedir.MAS , inflamasyona yol açan hipersitokinemi ve çoklu organ yetmezliğine ilerleyebilen organ disfonksiyonunun varlığı ile karakterize bir hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH) şeklidir.Klinik prezentasyondaki benzerlik nedeniyle, SLE'li hastalarda MAS'ın teşhisi genellikle zordur ve geç tanı, tedavi yaklaşımlarındaki farklılıklar nedeniyle SLE'li hastalarda morbidite ve mortalitenin artmasına da neden olabilir.

Amaç

MAS kliniği ile başvuran ve bu nedenle primer tanıyı netleştirmekte zorlanılan ve dirençli seyreden SLE zemininde gelişen MAS olgusunu sunmayı amaçladık.

Vaka

25 yaşında erkek hasta, 1 aydır olan yaygın kas ve eklem ağrısı, halsizlik, aralıklı ateş şikayetleri ile enfeksiyon hastalıkları kliniğinde yatmakta iken tarafımıza konsülte edildi, romatolojik sorgulamada fotosensitivite dışında özellik saptanmadı, yapılan tetkiklerde enfektif nedenler ve malignite ekarte edildi, görüntülemede hepatosteatoz dışında bulgu saptanmadı, tetkiklerde ANA negatif, ENA negatif, ds DNA negatif, antiMPO/PR 3 negatif ,C3/C4 normal, 24 saatlik idrarda 2120 mg/gün proteinüri saptandı, hastanın takiplerinde 38.5 39 derece dirençli ateşi ve malar rashı gelişti, karaciğer fonksiyon testleri arttı, ferritin:300 ug /L iken tedrici olarak 23.423 ug L'a kadar arttı, bisitopeni ve hipofibrinojeninemi gelişti, hasta mevcut klinik ve laboratuvar bulguları ile MAS olarak değerlendirildi ve tedavisine başlandı, takipte proteinürisi olması nedeni ile hastaya böbrek biyopsisi yapıldı ve patolojisi lupus nefriti klas 3 5 olarak sonuçlandı, MAS kliniği gerileyen hastaya primer etiyolojisi olan SLE tedavisi düzenlendi.

Sonuç

Makrofaj aktivasyon sendromu en yaygın olarak jüvenil idiyopatik artrit ile ilişkilidir ve hem yetişkin hem de pediatrik popülasyonda bildirilen çok sayıda vaka raporuna ve vaka serisine rağmen genel olarak MAS'ın SLE'deki ilişkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. SLE'de MAS tetikleyicileri ile ilişkili çeşitli faktörlerin yanı sıra bu hasta grubunda mortalite oranlarının artmasına katkıda bulunan potansiyel risk faktörlerinin belirlenmesi, yüksek olumsuz sonuç riski taşıyan hastaların sınıflandırılmasına yardımcı olacaktır. Bu tür hastalarda risk sınıflandırması, hastalığın erken teşhisi ve zamanında tedavi ile prognozu da iyileştirecektir.

Anahtar Kelimeler: SLE, MAS, hipersitokinemi

Kaynakça: 1.Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League against Rheumatism/American College of rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheumatol 2019;71:1400–12
2. Recurrent macrophage activation syndrome as the primary manifestation in systemic lupus erythematosus and the benefit of serial ferritin measurements: a case-based review. Vilaiyuk S, Sirachainan N, Wanitkun S, Pirojsakul K, Vaewpanich J. Clin Rheumatol. 2013;32:899–904.
3.Bidirectional association between systemic lupus erythematosus and macrophage activation syndrome: a nationwide population-based study. Huang LW, Wei JC, Chen DY, Chen YJ, Tang KT, Ko TM, Chen HH. Rheumatology (Oxford) 2021
Kaydettiğiniz içeriğin doğruluğundan eminseniz onay kutucuğunu işaretleyip gönder butonuna basınız.

İYİLEŞEN COVID-19 HASTALARINDA UYKU KALİTESİ: YORGUNLUK, ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ

Dr. Yasemin Ulus1, Dr. Ayşegül Kurtulan Alkaya1, Dr. Salim Sencar1, Dr. Ayhan Bilgici1
1Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Covid-19 enfeksiyonu sonrası hastaların çoğu sekel kalmaksızın tamamen iyileşse de bazı hastalarda hastalık semptomları devam ederken bir kısım hastada yeni semptomlar gelişebilmektedir (1,2). Enfeksiyon sonrası en sık bildirilen semptomlar yorgunluk, baş ağrısı, dikkat eksikliği, saç dökülmesi, nefes darlığı, miyalji ve eklem ağrısı olup bu semptomların enfeksiyon şiddetiyle ilişkili olmadığı da rapor edilmiştir (3). Pandemi döneminde genel popülasyonda kötü uyku kalitesi en yaygın sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak enfeksiyonu geçiren bireylerdeki uyku kalitesi ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

Amaç: İyileşen Covid-19 hastalarının uyku kalitesinin yorgunluk, depresyon ve anksiyete ile ilişkisini ortaya koymaktır. Ayrıca hastalık şiddetinin uyku kalitesiyle ilişkisi de araştırılmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Covid-19 enfeksiyonu geçirmiş 84 hasta dahil edilmiştir. Enfeksiyon şiddeti hafif-orta-ağır olmak üzere 3 kategoriye ayrılmıştır. Mevcut kas ve eklem ağrıları Vizüel Analog Skala (VAS) ile, uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile, emosyonel durum Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ile, yorgunluk düzeyi Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği (MAF) ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde Kolmogorov Smirnov, Ki-kare, Mann-Whitney U ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaşları 18-74 yıl arasındaydı ve 51'i (%60,7) kadındı. Katılımcılar PUKİ skoruna göre 2 gruba ayrıldığında (PUKİ ≤ 5 ve PUKİ >5); katılımcıların 45 (%53,6)'inde PUKİ >5 idi ve iki grup arasında mevcut kas-eklem ağrısı, HADÖ-depresyon skorları ($p<0.05$), HADÖ-anksiyete ve MAF skorları ($p<0.001$) açısından anlamlı fark saptandı. Hastalık şiddeti PUKİ >5 olan katılımcılarda anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,015$). PUKİ-total skorları ile mevcut kas-eklem ağrısı, semptom süresi, HADÖ-anksiyete-depresyon ve MAF skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($p<0.05$).

Tartışma: Çalışmanın sonuçlarına göre, Covid-19 enfeksiyonu geçiren kişilerin uyku problemi yaşayabileceği ve bu kişilerde depresyon, anksiyete ve yorgunluk düzeyinin uyku problemi ile ilişkili olabileceği söylenebilir. Özellikle enfeksiyonu daha şiddetli geçirenlerde uyku bozukluğunun göz ardı edilmemesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Covid-19 enfeksiyonu, uyku kalitesi, emosyonel durum, yorgunluk

Kaynaklar:

1. Anaya JM, et al. Post-COVID syndrome. A case series and comprehensive review. Autoimmun Rev 2021; 20(11): 102947.
2. Krsihnamoorthy Y, et al. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res 2020; 293:113382.
3. Garrigues E, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. J Infect 2020; 81(6): e4-e6.

DİZ AĞRISINDA SİSTEMİK MUAYENENİN ÖNEMİ

Ayşegül KURTULAN ALKAYA * 1, Ahmet Kıvanç CENGİZ 2, Mücahit KAYA 1, Ayhan BİLGİCİ 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

Alkaptonüri, tirozin metabolizmasında görevli homogentisik asit dioksijenazın (HGD) yetersiz aktivitesinden kaynaklanan, otozomal resesif kalıtılan, nadir görülen bir hastalıktır (1). Yıllar içinde, homogentisik asidin oksidasyon ürünü kıkırdak, ligament, tendon ve derinin kollagen fibrillerinde birikerek pigmentasyona (endojen okronozis) neden olur. Bu durum büyük eklemlerde ve omurgada ağrı ve kısıtlılığa neden olan artropatiye yol açar (2,3). Biz de burada endojen okronozise bağlı diz ve omurga tutulumu olan vakamızı sunmayı amaçladık.

A.Mavi-gri sklera ve sklerada siyah renkli pigmentasyon
B. Kulak kıkırdağında pigmentasyon
C-D: Lomber vertebralarda osteoporoz, disk aralıklarında azalma ve kalsifikasyon, spondiloz

Vaka

65 yaşında erkek; sağ dizinde ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Şikayetleri 2 hafta önce başlamıştı. Travma öyküsü yoktu. Önceden benzer bir semptomu olmamıştı. Romatolojik sorgulaması spesifik bir hastalığı düşündürmemekteydi. HT, KAH, hiperlipidemi tanıları mevcuttu. Muayenede bilinci açık, oryante ve koopereydi. Sağ dizde ısı artışı ve efüzyon mevcuttu. Sağ diz hareketleri ağrılı ve kısıtlıydı. Hastanın skleraları mavi-gri renkli görüldü ve bilateral siyah pigmente alanlar mevcuttu. Kulak kepçesinde de siyah pigmente alanlar vardı (Resim 1). Kardeşinde de benzer bulgular olduğu öğrenildi. Servikal EHA her yöne minimal kısıtlıydı. Lomber fleksiyon, rotasyon ve lateral fleksiyonlar ½ kısıtlı, ekstensiyon tama yakın kısıtlı ve ağrılıydı. Sedimentasyon:27 mm/sa (0-10), CRP:4,15 mg/L (0-5), procalcitonin: 0,02 saptandı. Diğer laboratuvar tetkikleri normaldi. Grafide lomber vertebralarda osteoporoz, disk aralıklarında azalma ve kalsifikasyon, spondiloz görüldü. Diz grafisinde bilateral eklem aralığında daralma, skleroz, kalsifiye kemik oluşumları saptandı. Sağ dizden 30 cc efüzyon boşaltıldı. Soğuk uygulama ve izometrik egzersiz verildi. Lomber bölgeye yönelik fizik tedavi planlandı. Alkaptonüri öntanısı ile endokrinolojiye konsülte edildi. İdrarda homogentisik asit düzeyinin yüksek saptanması üzerine tanı doğrulandı.

Sonuç

Endojen okronozis sistemik tutulum yapabilen, nadir, kalıtsal bir hastalıktır . Prevalansı 1/250bin ile 1/1milyon arasında değişmektedir (1, 4). Hastalarda bebeklik döneminde bezdeki idrarın koyulaşması fark edilebilir (5). İleri dekatlarda deri, sklera ve kulak kıkırdaklarında hiperpigmentasyon, kardiyovasküler anormallikler, böbrekte taş oluşumu saptanabilir (6). Büyük eklemlerde ve omurgada birikim nedeniyle hastalarda ağrı ve hareket kısıtlılığı yapan dejeneratif artropati görülebilir (7). Ankilozan spondilit ile karışabilir ancak okronoziste sakroiliak eklemler korunmuştur, (8, 9). Omurga ve eklemlerde eklem aralıklarında daralma, ankiloz, disklerde kalsifikasyon, disk protrüzyonları, eklem yüzeylerinde reaktif skleroz, osteofit oluşumları gözlenebilir (10). Tanı aile öyküsü, klinik, histopatoloji ve idrarda homogentisik asit ölçümüne dayanır (1). Etkili bir tedavi bulunmamaktadır. Askorbik asit, düşük proteinli diyet, nitisinon kullanılan tedaviler arasındadır (11). Kas iskelet sistemi tulumu geri dönüşümsüzdür. Analjezik ajanlar, fizik tedavi yöntemleri ve ileri dönemlerde eklem replasmanı uygulanabilir (11, 12). Endojen okronozis diz ve bel ağrısı ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken nadir bir hastalıktır. Birçok sistemik hastalık kas iskelet sistemi bulguları ile karşımıza gelebilir. Ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene tanıda yol gösterici olmaktadır.

Vaskülit'e Bağlı Ağır Polinöropati Vakası

Onur Keleş, Sanaz Rezai, Ayhan Bilgici

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

Giriş

Vaskülitler damarların enflamasyonu sonucu ortaya çıkan hastalıklardır. Vaskülit, hem merkezi hem de periferik sinir sistemindeki her yapıyı etkileyerek çeşitli nörolojik belirtilere neden olabilir. Vaskülitler genellikle hızlı teşhis ve tedavi gerektiren ciddi ve bazen ölümcül hastalıklardır. Semptomatik tutulum genellikle etkilenen organların modelini yansıtır.(1) Etkilenen organların dağılımı, belirli bir vaskülit tipini düşündürebilir. Sinir tutulumuna sekonder polinöropatik tablo gelişebilir.(2) Biz de burada servisimizde polinöropati ile takip ettiğimiz biyopsi sonucu vaskülit gelen olguyu sunuyoruz.

Vaka Sunumu

76 yaşında kadın hasta ,3 ay önce 38 dereceleri bulan ateş yüksekliği ile başvurdu ve etyolojik araştırma için hastanemize yatışı yapıldı. Yaklaşık 1 ay boyunca pnömoni ön tanısıyla antibiyoterapi uygulandı ve bu süreçte kreatinin progresyonu , hiponatremi , hipokalsemi gelişti. Ek olarak derin anemi , trombositopeni ve lökopeniside oldu. Hasta da klinik tablonun nedeni araştırılırken motor becerilerde gerileme ortaya çıktı. EMG istendi sonucunda polinöropati ile uyumlu geldi. Özgeçmişinde 12 sene önce anevrizmal SAK geçirmiş ve anevrizması koilize edilmiş , hidrosefali nedeni ile v/p shuntı mevcut, ek olarak hipertansiyon ve gonartroz tanılarıda mevcuttu. Kullandığı ilaçlar : Asetil salisilik asit 81mg/gün , Kandesartan sileksetil 8mg/gün , kalsiyum karbonat 1000mg/gün ve kolekalsiferol 880IU/gün, vaskülit tanısı konulduktan sonra hastaya 100mg/gün pulse steroid sonrasında 64 mg oral steroid geçilerek üç günde 4mg olarak doz azaltımı uygulandı ve 16mg a düşüldükten sonra mikofenolat mofetil 1000mg/gün başlandı. Fizik muayenede 4 ekstremite pasif romlar açıktı ve spastisite yoktu. Sol kalça fleksiyonu 2/5 ,sol diz fleksiyonu 2/5 ekstansiyonu 3/5 , sol ayak dorsifleksiyonu 4/5 plantar fleksiyonu 4/5 , sol ayak başparmak dorsifleksiyonu 3/5, sağ kalça fleksiyonu 2/5 diğer sağ alt ekstemite kas güçleri 3/5 idi. Her iki üst ekstremite kas güçleri 4+/5 , derin tendon refleksleri global alınamadı. Yatak içi dönmesi kısıtlıydı , desteksiz oturamıyordu ve 2 kişi ile ayağa kaldırılamıyordu. Klinik tablonun nedenini saptamak amacıyla malignite tarama , BOS örnekleri , idrar ve kan örnekleri alındı(Tablo1). Kreatinin progresyonu ve hiponatremisi olan hastaya renal biyopsi yapıldı ve sonuç olarak subakut vaskülit saptandı. Beyin ve omurilik MR da vaskülitik tutulum saptanmadı. Çekilen emg sonucunda da polinöropatik tutulum saptandı. Daha öncesinde geçirilen enfeksiyon öyküsü de mevcut olduğundan nörolojiye danışıldı ve emg de polinöropatik tutulumun ön planda vaskülite bağlı olabileceği düşünüldü. Vaskülit tedavisinin dışında hasta nörolojik rehabilitasyon programına da alındı. Takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç

Vaskülit, periferik sinir sistemi gibi tek bir organla sınırlı kalabileceği gibi birden fazla organı da etkileyebilir. Nöropati vaskülitin bazen ilk, hatta tek göstergesi olabilir. Vaskülitler primer hastalık süreci olabileceği gibi, bağ dokusu hastalıkları ya da enfeksiyon gibi hastalıklara sekonder olarak da gelişebilirler. Primer sistemik vaskülitlerden, küçük çaplı damar vaskülitleri alt grubundaki mikroskopik polianjitiste arteriol, kapiller ve venüller etkilenir. Glomerülonefrit ve pulmoner hemorajiler sıktır, periferik sinir tutulması hastaların %35-75'inde izlenir. Aynı gruptaki Churg-Strauss sendromunda da birçok organ etkilenmekle birlikte akciğerler ön planda tutulur. Pulmoner infiltrasyonlar, tekrarlayan astım atakları, ateş ve eozinofili sıktır. Hastaların yaklaşık yarısında periferik nöropati görülür. Wegener granülomatozu üst ve alt solunum yolları ile böbrekleri etkiler. Solunum yollarında granülomlar ve nekrotizan glomerülonefrit sıktır. Astım ve eozinofili yoktur. Olguların 1/5 kadarında nöropati görülür. Orbita ve kavernöz sinüslerdeki granülomlara bağlı kranial sinir tutulmaları gelişebilir. Orta çaplı damar vaskülitlerinden olan PAN, küçük ve orta boy arterleri tutarak böbrekler, karaciğer, barsaklar, deri ve kaslar ile merkez ve periferik sinir sistemini tutar. Olguların yaklaşık yarısında nöropati gelişir. Buradan anlaşıldığı üzere vaskülitlerin seyrinde periferik sinir sistemi tutulumu oldukça sık görülmektedir. İmmun baskılayıcı tedaviden yüksek oranda yarar görme potansiyeli nedeniyle hızlı tanı önemlidir.(3) Tanı konulduktan sonra hızlı bir şekilde altta yatan hastalığın tedavisine ek olarak rehabilitasyon programı başlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Parapleji, Vaskülit, Steroid

EMG Raporu

Bulgular hafif asimetrik özellik gösteren, altta belirgin, subakut, aksonal nitelikli sensorimotor polinöropati ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca alt ekstremite proksimallerde izlenen miyopatik değişiklikler nedeniyle kas ve sinir tutulumunun birlikte izlenebildiği durumlarında (Kritik hastalık nöromiyopatisi?) ayırıcı tanıda düşünülmesi önerilir.

Biyopsi Raporu

1 Birkaç adet musküler arterde subakut vaskulit
2 Akut tubuler nekroz ve lenfositik tubulit
3 Glomerüler kollapslar ve sadece 1 adet fibrinin eşlik ettiği kresent lezyon

Kaynakça

1. Zhang S, Yuan D, Tan G. NeurologicalInvolvement in PrimarySystemicVasculitis. Front Neurol. 2019 Apr26;10:430. doi: 10.3389/fneur.2019.00430. PMID: 31105641; PMCID: PMC6498988.(1)
2. Eser Başak Sevgi DEMİRCİa, Sevim ERDEM ÖZDAMAR
3. Nöroloji AD, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANKARA(2)
4. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005;1(22):21-8
5. Watson JC, Dyck PJB. Peripheral Neuropathy: A Practical Approach to Diagnosis and Symptom Management. Mayo Clin Proc. 2015;90:940-951.(3)

Laboratuvar Bulgusu	Hastanın Değeri	Referans Değer
C-reaktif protein	48	0-5
Eritrosit sedimentasyon hızı	75	0-10
Hemoglobin	9,1	13,3-17,2
White blood cells	4,88	3,7-9,7
Platelet	313	179-373
Kreatinin	2,14	0,4-1,4
Alanin aminotransferaz	13	7-46
Anti CCP	7	0-17
Romatoid Faktör	5	0-15
Anti nükleer antikor	1/320 (++) Granüler	
Anti Scl 70	Pozitif (+)	
Anti ss A	Negatif	
Anti ss B	Negatif	
Anti Sm	Negatif	
Anti JO-1	Negatif	
Anti ds-DNA	Negatif	
Anti kardiyolipin IGG	Negatif	
Anti kardiyolipin IGM	Negatif	
Anti Beta 2 Glikoprotein 1	3,6	0-20
Alfa 1 Antitripsin	1,59	0,9-2,0
Anti Düz Kas Antikor	Negatif	
Anti Mitokondriyal Antikor	Negatif	
p-ANCA	Negatif	
c-ANCA	Negatif	
p-ANCA / c-ANCA	p-ANCA formaline dirençli	
L1	39,3	31-44
L2	28,5	30-38
LR	1,14	0,8-1,2

Tablo 1: Laboratuvar Bulguları

Vaskülit'e Bağlı Ağır Polinöropati Vakası

Onur Keleş, Sanaz Rezai, Ayhan Bilgici
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

Giriş

Vaskülitler damarların enflamasyonu sonucu ortaya çıkan hastalıklardır. Vaskülit, hem merkezi hem de periferik sinir sistemindeki her yapıyı etkileyerek çeşitli nörolojik belirtilere neden olabilir. Vaskülitler genellikle hızlı teşhis ve tedavi gerektiren ciddi ve bazen ölümcül hastalıklardır. Semptomatik tutulum genellikle etkilenen organların modelini yansıtır.(1) Etkilenen organların dağılımı, belirli bir vaskülit tipini düşündürebilir. Sinir tutulumuna sekonder polinöropatik tablo gelişebilir.(2) Biz de burada servisimizde polinöropati ile takip ettiğimiz biyopsi sonucu vaskülit gelen olguyu sunuyoruz.

Vaka Sunumu

76 yaşında kadın hasta ,3 ay önce 38 dereceleri bulan ateş yüksekliği ile başvurdu ve etyolojik araştırma için hastanemize yatışı yapıldı. Yaklaşık 1 ay boyunca pnömoni ön tanısıyla antibiyoterapi uygulandı ve bu süreçte kreatinin progresyonu , hiponatremi , hipokalsemi gelişti. Ek olarak derin anemi , trombositopeni ve lökopeniside oldu. Hasta da klinik tablonun nedeni araştırılırken motor becerilerde gerileme ortaya çıktı. EMG istendi sonucunda polinöropati ile uyumlu geldi. Özgeçmişinde 12 sene önce anevrizmal SAK geçirmiş ve anevrizması koilize edilmiş , hidrosefali nedeni ile v/p shuntı mevcut, ek olarak hipertansiyon ve gonartroz tanılarıda mevcuttu. Kullandığı ilaçlar : Asetil salisilik asit 81mg/gün , Kandesartan sileksetil 8mg/gün , kalsiyum karbonat 1000mg/gün ve kolekalsiferol 880IU/gün, vaskülit tanısı konulduktan sonra hastaya 100mg/gün pulse steroid sonrasında 64 mg oral steroid geçilerek üç günde 4mg olarak doz azaltımı uygulandı ve 16mg a düşüldükten sonra mikofenolat mofetil 1000mg/gün başlandı. Fizik muayenede 4 ekstremite pasif romlar açıktı ve spastisite yoktu. Sol kalça fleksiyonu 2/5 ,sol diz fleksiyonu 2/5 ekstansiyonu 3/5 , sol ayak dorsifleksiyonu 4/5 plantar fleksiyonu 4/5 , sol ayak başparmak dorsifleksiyonu 3/5, sağ kalça fleksiyonu 2/5 diğer sağ alt ekstemite kas güçleri 3/5 idi. Her iki üst ekstremite kas güçleri 4+/5 , derin tendon refleksleri global alınamadı. Yatak içi dönmesi kısıtlıydı , desteksiz oturamıyordu ve 2 kişi ile ayağa kaldırılamıyordu. Klinik tablonun nedenini saptamak amacıyla malignite tarama , BOS örnekleri , idrar ve kan örnekleri alındı(Tablo1). Kreatinin progresyonu ve hiponatremisi olan hastaya renal biyopsi yapıldı ve sonuç olarak subakut vaskülit saptandı. Beyin ve omurilik MR da vaskülitik tutulum saptanmadı. Çekilen emg sonucunda da polinöropatik tutulum saptandı. Daha öncesinde geçirilen enfeksiyon öyküsü de mevcut olduğundan nörolojiye danışıldı ve emg de polinöropatik tutulumun ön planda vaskülite bağlı olabileceği düşünüldü. Vaskülit tedavisinin dışında hasta nörolojik rehabilitasyon programına da alındı. Takip ve tedavisi devam etmektedir.

Romatoid Artrit ve Spondiloartrit Hastalarında Nöropatik Ağrı

Sertaç Ketenci 1, Gamze Alaylı 2, Deniz Şahinkaya 2, Muharrem Yüksel 2, Dilek Durmuş 2, Ayhan Bilgici 2
1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR, Romatoloji
2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR

Giriş ve Amaç: Nöropatik ağrı, somatosensoriyel sistemi etkileyen bir lezyon veya hastalıkların doğrudan bir sonucu olarak ortaya çıkan ağrı olarak tanımlanır (1). Son yıllarda enflamatuar hastalıklarda nöropatik ağrı varlığıyla ilgili çalışmalar yayınlanmaya başlamıştır (2-4). Biz de çalışmamızda bölgemizdeki spondiloartrit (SpA) ve romatoid artrit (RA) hastalarında nöropatik ağrı sıklığını ve hastalık aktivitesi, ağrı, fonksiyonellik ile ilişkisini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (Romatoloji) Anabilim Dalı'nda takip edilen 40 SpA hastası (E/K=24/16) (50.25±11.98 yıl) ve 35 RA (E/K=8/27) (55.62±12.67 yıl) alındı. Ağrı, görsel analog skala (VAS) ile, hastalık aktivitesi BASDAI (Bath Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite İndeksi) ve DAS28 (Disease Activity score) ile, fonksiyonellik HAQ (Health Assessment Questionaire) ile değerlendirildi. Nöropatik ağrı, basit ve güvenilir bir tarama anketi olan Douleur Neuropathique 4 (DN4) anketi kullanılarak belirlendi. 4 ve üzerindeki skorlar nöropatik ağrı varlığı olarak kabul edildi.

Bulgular: SpA hastalarının DN4 skoru 1.02±1.49 ile RA hastalarının DN4 skorları (2.22±2.42) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p =0.01). SpA hastalarının 4'ünde (%10), RA hastalarının ise 11'inde (%31.4) nöropatik ağrı mevcuttu (p=0.04). AS hastalarının 7'sinde (%17.5), RA hastalarının ise 9'unda (%25.7) fibromiyalji tanısı mevcuttu. Her iki hasta grubunda da DN4 skoru ile yaş, hastalık süresi, hastalık aktivitesi ve fonksiyonellik arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmedi (p>0.05).
Tartışma: Çalışmamızda RA hastalarının %31.4, SpA hastalarının ise %10'unda nöropatik ağrı mevcut idi. RA hastalarında nöropatik ağrının daha fazla görüldüğünü tespit ettik. Romatizmal hastalıklarda enflamasyon kontrol edilse bile bazen ağrı devam edebilmektedir. Bu durum enflamatuar artritlerde ağrının tek nedeninin enflamasyon ve buna bağlı gelişen eklem ve eklem dışı tutulumların olmayabileceğini akla getirmektedir Biz de bunu destekler şekilde nöropatik ağrı ile ağrı ve hastalık aktivitesi arasında bir korelasyon bulamadık. Romatizmal hastalarda antiinflamatuvar tedavi stratejileri ile ağrının kontrol edilemediği durumlarda, mutlaka nöropatik komponentin varlığı da göz önünde bulundurulmalı, hem inflamatuar hem de nöropatik ağrıya yönelik tedavi yaklaşımları gözönünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nöropatik Ağrı, Romatoid Artrit, Spondiloartrit

Kaynakça:

1. International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. Pain terms. Neuropathic pain. Updated 2017Dec 14. www.iasp-pain.org/Taxonomy#Neuropathicpain [cited 2018 May 1]
2. Dubois-Mendes SM, Sá KN, Meneses FM, De Andrade DC, Baptista AF. Neuropathic pain in rheumatoid arthritis and its association with Afro-descendant ethnicity: a hierarchical analysis. Psychol Health Med. 2021 Mar;26(3):278-288.
3. Ito S, Kobayashi D, Murasawa A, Narita I, Nakazono K. An Analysis of the Neuropathic Pain Components in Rheumatoid Arthritis Patients. Intern Med. 2018 Feb 15;57(4):479-485.
4. Zhou L, Li T, Wu X, Lu H, Lin L, Ye L, Yin J, Zhao J, Wang X, Bian J, Xu H. Assessment of Neuropathic Pain in Ankylosing Spondylitis: Prevalence and Characteristics. Pain Ther. 2021 Dec;10(2):1467-1479.

Spondiloartropati tanısı alan hastalarda Skapular Diskinezi sıklığı: Hastalık aktivitesi, spinal mobilite, entezit indeks ve göğüs ekspansiyonu ile ilişkisi

Sertaç Ketenci 1, Dilek Durmuş 2, Deniz Şahinkaya 2, Ahmet Kıvanç Cengiz 1
1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi, FTR, Romatoloji
2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi, FTR

Amaç: Bu çalışmanın amacı; spondiloartropati (SpA) tanısı almış hastalarda skapular diskinezi (SD) sıklığını belirlemek ve SD'nin hastalık aktivitesi, spinal mobilite, entezit indeks ve göğüs ekspansiyonu ile ilişkisini tespit etmektir.

Metod: Bu çalışmaya SpA tanısı alan 51 hasta (E/K=41/10) dahil edilmiştir. Hastalar SD olan (Grup 1, n=13) ve SD olmayan (Grup 2, n=38) iki gruba ayrıldı. Hastalık aktivitesi; ankilozan spondilit hastalık aktivite indeks (BASDAI) ve ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru-C reaktif protein (ASDAS-CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ASDAS-ESH) ile değerlendirildi. Spinal mobilite ankilozan spondilit metroloji indeksle (BASMI), entezit skoru; spondiloarthritis research consortium of canada enthesitis index (SPARCC) ile bakıldı. Göğüs ekspansiyonu ölçülerek kaydedildi. SD lateral skapular kaydırma testi (LSKT) ile değerlendirildi. Bu değerlendirmede; üç farklı kol pozisyonu olan kolların vücudun yanında olduğu, ellerin kalça üstünde olduğu, kolların 90º abdüksiyonda olduğu poziyonlarda ölçümler yapılmıştır.

Sonuçlar: Sırasıyla Grup 1 ve Grup 2'deki hastaların BASMI değerleri 7.12±5.12 , 2.48±1.21 olup gruplar arasında anlamlı fark gösterildi (p=0.008). Göğüs ekspansiyonu değerleri sırasıyla 3.11±1.13 ve 4.27±1.42 olarak bulundu ve iki grup arasında fark tespit edildi (p=0.030). Gruplar arasında entezit skorları, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH ve BASDAI değerleri açısından fark bulunmadı (p>0.005). Hastaların hiçbirinde omuz ağrısı tespit edilmedi, omuzda eklem hareket kısıtlılığı ve kas gücü kaybı yoktu. İki grup arasında eklem tutulumu açısından sadece kalça tutulumu yönünden gruplar arasında fark görüldü (Tablo1). Kadın hastaların hiçbirinde skapular diskinezi tespit edilmedi (p=0.039)(Tablo 1). Hastaların LSKT Sonuçları tablo 2'de gösterilmiştir.

Tartışma: Bu çalışmada 51 hastadan 13'inde skapular diskinezi tespit edildi ve bu hastaların hepsi erkek idi. Bu hastalarda hastalık aktivitesinde ve entezit skorlarında da anlamlı farklılık yokken, mobilizasyon parametrelerinde farklılık gösterildi. Hastaların omuz muayenelerinin normal olması skapular diskinezinin daha çok hastalığa bağlı inflamatuar sürecin sonucunda gelişen eklem tutulumuyla ilişkili olabilir. Sonuçta SpA hastalarında tedavi başarısını artırmak için klinik değerlendirmeye skapula hareketinin dahil edilmesinin gerekli olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Hastalık aktivitesi, Skapuler Diskinezi, Spondiloartrit

Kaynakça:

1. Delen M, Oskay D, Bağlan S, et al. Romatoid Artritli Kadın Hastalarda Skapular Diskinezinin Hastalık Aktivitesi, Yaşam Kalitesive Engel Seviyesine Etkisi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 6(2) 2018, 125-134.

Tablo 1. Hastaların skapular diskinezi tespitine göre demografik ve klinik veri karşılaştırılması

	Grup 1 (n=13) Ortalama ± SS (range)	Grup 2 (n=38) Ortalama ± SS (range)	p
Yaş (yıl)	50.07±8.55 (37-63)	46.78±13.21 (21-70)	0.462
Hastalık süresi (yıl)	17.07±10.75 (3-34)	14.03±9.39 (2-45)	0.423
Tanı yaşı (yıl)	33.30±16.35 (12-59)	32.73±12.50 (7-55)	0.974
Entezit skor	1.07±0.98 (0-6)	0.50±0.33 (0-2)	0.323
BASMİ	7.12±5.12 (0.9-32)	2.48±1.21 (0.5-6)	0.008
Göğüs ekspansiyonu (cm)	3.11±1.13 (1-4.5)	4.27±1.42 (2-6)	0.030
ASDAS-ESH	1.96 ± 0.93 (1-4)	2.57± 1.18 (0-5)	0.072
ASDAS-CRP	1.71±1.11 (0-3.6)	2.28±1.17 (0-4.4)	0.114
BASDAİ	1.93±1.60 (0-5)	3.22±2.52 (0-9)	0.139
Cinsiyet			
Kadın	0 (0)	10 (26.3)	0.039
Erkek	13 (100)	28 (73.7)	
Lomber tutulum			
Var	3 (23.1)	4 (10.5)	0.256
Yok	10 (76.9)	34 (89.5)	
Torakal tutulum			
Var	2 (15.4)	5 (13.2)	0.840
Yok	11 (84.6)	33 (86.8)	
Servikal tutulum			
Var	3 (23.1)	4 (10.5)	0.256
Yok	10 (76.9)	34 (89.5)	
Kalça tutulum			
Var	4 (30.8)	2 (5.3)	0.014
Yok	9 (69.2)	36 (94.7)	
Diz tutulum			
Var	2 (15.4)	4 (10.5)	0.639
Yok	11 (84.6)	34 (89.5)	
Ayak bileği tutulum			0.433
Var	2 (15.4)	3 (7.9)	
Yok	11 (84.6)	35 (92.1)	
Topuk entezit			
Var	3 (23.1)	6 (15.8)	0.552
Yok	10 (76.9)	32 (84.2)	

BASMI: Spinal mobilite ankilozan spondilit metroloji indeks, ASDAS-CRP: ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru-C reaktif protein, ASDAS-ESH: ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru-Eritrosit sedimentasyon hızı, BASDAI: ankilozan spondilit hastalık aktivite indeks.

Tablo 2. Hastaların lateral skapular kaydırma test sonuçları ve klinik parametre karşılaştırmaları

	Grup 1 (n=13) Ortalama ± SS (range)	Grup 2 (n=38) Ortalama ± SS (range)	p
Pozisyon 1 Asimetrik Taraf	9.20±0.98 (6.7-11)	8.23±2.55 (3.4-11.8)	0.571
Pozisyon 1 Diğer Taraf	10.42±0.97 (8.2-12)	8.46±2.53 (3.6-11.8)	0.002
Pozisyon 2 Asimetrik Taraf	9.34±0.78 (7.4-10.5)	8.78±2.43 (4-12.8)	0.634
Pozisyon 2 Diğer Taraf	10.76±1.20 (7.8-12)	9.02±2.37 (4.1-12.8)	0.001
Pozisyon 3 Asimetrik Taraf	10.03±1.44 (6.9-13)	9.39±2.38 (4.8-13.6)	0.939
Pozisyon 3 Diğer Taraf	10.92±1.15 (8.5-13)	9.59±2.35 (4.9-13.8)	0.033
İnflamatuar barsak hastalığı (n%)			
Var	3 (23.1)	0	0.002
Yok	10 (76.9)	38 (100)	
Üveit (n%)			
Var	2 (15.4)	7 (18.4)	0.804
Yok	11 (84.6)	31 (81.6)	
Psöriasis (n%)			
Var	1 (7.7)	7 (18.4)	0.359
Yok	12 (92.3)	31 (81.6)	
DMARD (n%)			
Kullanıyor	2 (15.4)	5 (13.2)	0.840
Kullanmıyor	11 (84.6)	33 (86.8)	
Biyolojik ilaç (n%)			
Kullanıyor	13 (100)	36 (94.7)	0.399
Kullanmıyor	0	2 (5.3)	

Pozisyon 1: kolların vücudun yanında **Pozisyon 2**: ellerin kalça üstünde **Pozisyon 3**: kolların 90° abdüksiyonda

Dirençli bir ankilozan spondilit olgusu

Ayşegül KURTULAN ALKAYA * 1, Ayhan BİLGİCİ 1, Mücahit İNAN 1, Bora UZUNER 1
1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Giriş

Ankilozan spondilit (AS); aksiyel iskeleti, periferik eklemleri ve eklem dışı yapıları etkileyen kronik, inflamatuar bir hastalıktır (1). Farmakolojik tedavisinde nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ve TNF, IL-17, JAK inhibitörleri gibi biyolojik ajanlar(bDMARD) kullanılmaktadır (2).
Burada çok sayıda bDMARD'a dirençli bir AS vakasını sunmayı amaçladık.

Vaka

32 yaşında erkek hasta, bel ve sırt ağrısı yakınması ile başvurdu. Ağrı nedeniyle gece uykudan uyanıyor, hareketle gün içinde rahatlıyordu. Sabah tutukluğu 3-4 sa kadar sürüyordu. Şikayetlerinin 3 aydır şiddetlendiğini belirtmekteydi. 2009 yılından beri kliniğimizde AS tanısı ile takip edilmekte olan hastanın yakınmaları son 3aydır şiddetlenmişti. Hastalığın başlangıç döneminde sakroiliit, diz ve ayak bileği artritleri olan hasta NSAİİ ve sülfasalazinden fayda görmüştü, yaklaşık 5 yıl semptomsuz takip edildikten sonra şikayetleri alevlenen, akut faz yanıtı artan ve üveit geçiren hastaya adalimumab başlandı. Başlangıçta fayda gören ve 1 yılın sonunda eklem yakınmaları yeniden ortaya çıkan hasta adalimumaba sekonder yanıtsız kabul edilerek sekukinumab (yükleme dozu ile) tedavisine geçildi. 3 ayın sonunda klinik ve laboratuvar yanıt elde edilememesi nedeniyle primer yanıtsızlık düşünülerek etanercept 50mg/hf tedavisine geçildi. Etanercept ile de yüksek hastalık aktivitesinin devam etmesi ve aşil enteziti gelişmesi üzerine, lokal steroid enjeksiyonunu takiben infliksimab 5mg/kg tedavisine geçildi, nöropatik yakınmalar nedeniyle tedaviye pregabalin eklendi. Hastalığı kontrol altına alınan hastanın 1 yıl sonunda psöriatik döküntüleri ve elbilek artriti gelişti. İnfliksimab kesilerek sertolizumab 200mg/2hf tedavisine geçildi. Hasta 3 ayın sonun şiddetli inflamatuvar bel ve sırt ağrısı nedeniyle tekrar polikliniğimize başvurdu. Ek bir hastalığı olmayan hastanın annesinde AS ve üveit öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede lomber eklem hareket açıklığı(EHA) minimal kısıtlı ve ağrılı, kalça EHA ağrılı, Schober testi 3 cm, sakroiliak kompresyon ve mennel testi pozitifti. Göğüs ekspansiyonu 4 cm ölçüldü. Laboratuvar testlerinde sedimentasyon 62 mm/saat (0-10), C-reaktif protein (CRP) 33 mg/L (0-5) saptandı. Romatoid faktör ve anti siklik sitrüline peptit negatifti. HLA-B27 pozitifti. Sakroiliak eklem grafisinde bilateral evre 4 sakroiliit mevcuttu (Resim 1.). Hastaya iksekuzumab 160mg/ay yükleme dozu ve takiben 80mg/ay başlandı. Yükleme dozu sonrası hastanın klinik bulguları geriledi.

Sonuç

Ankilozan spondilitte birinci basamak tedavide NSAİİ ve sülfasalazin, metotreksat gibi csDMARD'lar kullanılır. Geleneksel tedavilere rağmen sürekli yüksek hastalık aktivitesine sahip hastalarda TNF inhibitörleri, IL-17 blokerleri ve JAK inhibitörleri kullanılabilir (2). Özellikle biyolojik ajanların kullanılmaya başlanmasından sonra hastaların büyük çoğunluğunda başarı elde edilmiştir. Bununla birlikte hiçbir tedaviden fayda görmeyen küçük bir hasta grubu da bulunmaktadır. Son yıllarda AS'li hastaların tedavisi için yeni ilaç sınıfları araştırılmış ancak hiçbirinin belirgin etkinliği gösterilememiştir (3). Farklı yolakları hedefleyen ilaçların birlikte kullanılması tedavide etkili olabilir ancak ciddi enfeksiyon gibi yan etkiler ve kanıt yetersizliği nedeniyle bu yöntem kılavuzlarda yer almamaktadır (4). Dirençli hastaların tedavisi için yeni ajanların keşfine ve bu alanda daha çok çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

ÇOKLU BİYOLOJİK AJANA DİRENÇLİ TEDAVİSİ ZOR PSORİATİK ARTRİT

Yazarlar: Ayhan BİLGİCİ 1, Sertaç KETENCİ 1, Simay AKSAKALLI 1, Halit Serkan KESKİN 1
Yazarların Kurumları: 1Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD
Sunan Yazarın İletişim Bilgileri: ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ABD/ simayaksakalli@gmail.com

Özet:

GİRİŞ:

Psöriatik artrit (PsA) psöriazisli hastaların %7-34'inde görülen aksiyel iskeletin ve periferik eklemlerin kronik inflamatuar bir hastalığıdır.(1) Tedavisi zor PsA' nın ortak tanımı eksik olmasına rağmen EULAR tarafından tedavisi zor romatoid artrit kriteleri modifiye edilerek ortak bir tanım yapılmaya çalışılmıştır. Tedavisi zor PsA, sentetik hastalığı modifiye edici anti romatizmal ilaçların (cs DMARD'lar) ve farklı etki mekanizmalarına sahip en az üç biyolojik veya hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilacın (b/ts DMARD) kullanılmasına rağmen semptom ve/veya bulguların devam ettiği hastalar olarak tanımlanmıştır. (2-3)

VAKA SUNUMU:

2013 yılında bel ve sırt ağrısı şikayeti başlayan 43 yaşındaki erkek hasta dirsek ağrıları ve hareket kısıtlılığı başlayınca çok sayıda doktora başvurmuş. Sabah tutukluluğunun yaklaşık 1 saat sürmesi, gece sabaha doğru uykudan uyandıran ağrılarının olması, laboratuarında mevcut olan AFR yüksekliği, ve sakroiliak mrg 'nin sakroileit lehine yorumlanması nedeniyle ankilozan spondilit tanısı ön planda düşünülmüş. Sülfasalazin, prednizolon, asemetazin başlanmış ve ilaçlarla klinik ve laboratuar olarak düzelme görülmüş. 3-4 ay sonra sol dizinde ağrı ve şişlik şikayeti başlamış. Hastanede yatırılarak metilprednizolon tedavisi yapılmış ve yapılan romatolojik testlerde fmf gen analizi negatif, rf:- anti-ccp :- ana:- sonuçlanmış. Taburculuk sonrası hastanın şikayetlerinin artması ile sertolizumab tedavisi başlanmış ve yüksek oranda klinik ve laboratuar olarak düzelme görülmüş. Hasta yaklaşık 3 yıl sertolizumab tedavisine devam etmiş ancak şikayetlerde artma ve AFR' de yükselme sonrasında metotreksat tedavisi eklenmiş. Ancak klinik ve laboratuar olarak yeterli düzelme sağlanamadığı için sertolizumab tedavisi etanercept ile değiştirilmiş.

Etanercept tedavisinden de fayda görmeyen hastanın kliniğimize başvurusunda 1 saat süren sabah tutukluğu, gece uykudan uyandıran ağrıları ve laboratuarında AFR yüksekliği devam ediyordu. Hastanın fizik muayenesinde lomber romlar ağrılı açık, Schober: 4 cm, el parmak zemin mesafesi: 0 cm, göğüs ekspansiyonu: 4 cm olarak bulundu. Her biri en az 3 ay olmak üzere sırasıyla infliksimab, adalimumab, tofasitinib, golimumab, sekukinumab, barisitinib tedavileri verildi ve yeterli yanıt alınamadı. Klinik şikayetleri inflamatuar olsa da çoklu biyolojik dirençli hastada olası yanlış tanıdan kaçınmak için istenen torakal mrg (RESİM 1) ve sakroiliak eklem grafilerinde (RESİM 2) tanı ile uyumlu görünümler mevcuttu.

Torakal MRG Raporunda: Özellikle üst torakal düzeylerde daha belirgin olmak üzere vertebra anterior ve posterior end plate köşelerde pedikül faset lojlarında yer yer superior end platede ve alt torokal bölgede supraspinöz ligament çevresinde spinöz proçes lokalizasyonunda ödematöz sinyal değişiklikleri dikkati çekmektedir. Görünüm özellikleri aktif yaygın torakal lezyonların seronegatif artropatileri (AS gibi) nedenlere ait olabileceğini düşündürmüştür.
2021 Yılında vücudunda eritemli skuamlı plaklar olması ile dermatolojiye başvurmuş ve yapılan biyopsi ile psoriasis tanısı konulmuş. Ixekizumab başlanmış ve hasta tedaviye devam ederken Covid geçirmiş ve Tocilizumab başlanan hasta bir süre ıxekizumab ile tocilizumab tedavisini birlikte almış. Bu dönemde klinik ve laboratuar açısından düzelme görülmüş. Sonrasında tek biyolojik ajan ile tedaviye devam edilince şikayetleri tekrar başlayan hastaya guselkumab başlandı. Ancak 3 aylık kullanım sonrasında klinik ve laboratuar değerlerinde düzelme olmayıp son kontrolünde de abatacept başlandı.
Sertolizumab, etanercept, infliksimab, adalimumab, tofasitinib, golimumab, sekukinumab, barisitinib, ixekizumab, tosilizumab, guselkumab, abatasept toplam 12 biyolojik tedavi almasına rağmen yeterli yanıt alınamadı.

TARTIŞMA:
Konvansiyonel tedavilere yanıtsız PsA hastalarında güncel tedavinin ana omurgasını anti-tümör nekroz faktörleri (TNF) oluştursa da bu ilaçlara yanıtsızlık ve/veya intolerans durumunda tedavi seçenekleri sınırlıdır. (4-5). Th17 hücreler ve IL-17 yolağının PsA ve psoriasis patogenezindeki öneminin anlaşılması, IL17 ve Th17 farklılaşması için gerekli IL-23'ü ve IL17'yi tedavi hedefi haline getirmiş ve böylece yeni tedavi seçeneklerinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. (6). Bu hastamızda da konvansiyonel tedavilere ve anti-TNF ilaçlara yanıtsızlık sonrasında sekukinumab ve iksekizumab tedavileri de denenmiştir ancak yanıt alınamamıştır. Bu hastamız da sentetik hastalığı modifiye edici anti romatizmal ilaçların (cs DMARD'lar) ve farklı etki mekanizmalarına sahip en az üç biyolojik veya hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilacın (b/ts DMARD) kullanılmasına rağmen devam eden aktif eklem bulguları, inatçı aksiyel semptomlar, aktif deri bulguları, AFR yüksekliği ve hızlı radyografik progresyon nedeniyle tedavisi zor psöriatik artrit olarak değerlendirilmiştir. (2-3). PsA' nın periferik eklem, aksiyel iskelet, deri ve tırnak tutulumu haricinde çok sayıda komorbidite ile ilişkili olan heterojen bir hastalık olması tedavisinde de zorluğu karşımıza çıkarmaktadır. Literatürde PsA tedavisinde kombine biyolojik tedavilerle olumlu sonuç alınan vakalar bildirilmiştir.(7-8). Hastamızın da farklı yolaklardan etkili olan 2 biyolojik tedaviyi eş zamanlı olarak kullandığı dönem olmuştur ve bu dönemde klinik-laboratuar olarak düzelme gözlenmiştir. Sonuç olarak PsA heterojen bir hastalıktır ve her hastada tedavi tutulum yerlerine ve kliniğe göre bireysel olarak planlanmalıdır. Literatürde tanımlanan tedavi yöntemlerine rağmen sonuç alınamayan tedavisi zor psöriatik artrit vakaları için tanımlamalar ve tedavi stratejileri ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: psöriatik artrit, biyolojik ajan, dirençli

Kaynakça:

1 Scarpa R, Oriente P, Pucino A, et al. Psoriatic arthritis in psoriatic patients. Br J Rheumatol 1984; 23: 246-250

2. Kumthekar, A., Ashrafi, M. & Deodhar, A. Difficult to treat psoriatic arthritis — how should we manage?. Clin Rheumatol (2023). https://doi.org/10.1007/s10067-023-06605-9

3. Perrotta FM, Scriffignano S, Ciccia F, Lubrano E. Clinical Characteristics of Potential "Difficult-to-treat" Patients with Psoriatic Arthritis: A Retrospective Analysis of a Longitudinal Cohort. Rheumatol Ther. 2022 Aug;9(4):1193-1201. doi: 10.1007/s40744-022-00461-w. Epub 2022 May 25. PMID: 35612694; PMCID: PMC9314519.

4. Glintborg B, Ostergaard M, Dreyer L, et al. Treatment response, drug survival, and predictors thereof in 764 patients with psoriatic arthritis treated with anti-tumor necrosis factor alpha therapy: results from the nationwide Danish DANBIO registry. Arthritis Rheum 2011;63:382-90.

5. Dubash S, McGonagle D, Marzo-Ortega H. New advances in the understanding and treatment of axial spondyloarthritis: from chance to choice. Ther Adv Chronic Dis 2018;9:77-87.

6. Yeremenko N, Paramarta JE, Baeten D. The interleukin-23/interleukin-17 immune axis as a promising new target in the treatment of spondyloarthritis. Curr Opin Rheumatol 2014, 26:361-70.

7. Babalola, Olubukola, Nikita Lakdawala, and Bruce E. Strober. "Combined biologic therapy for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: a case report." JAAD case reports 1.1 (2015): 3-4.

8. Ritchlin, C., Scher, J.U. Strategies to Improve Outcomes in Psoriatic Arthritis. Curr Rheumatol Rep 21, 72 (2019). https://doi.org/10.1007/s11926-019-0876-z

Kaydettiğiniz içeriğin doğruluğundan eminseniz onay kutucuğunu işaretleyip gönder butonuna basınız.

SEMPOZYUM ORGANİZASYONU

GORGEN mice

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