



Miyofasiyal Ağrı Sendromu Derneği

İSTANBUL ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

Yer: Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, H Blok Konferans Salonu

SEMPOZYUM ONURSAL BAŞKANI

Prof. Dr. Evrim Coşkun

SEMPOZYUM EŞ BAŞKANLARI

Doç. Dr. Mustafa Turgut Yıldızgören

Doç. Dr. Fatih Bağcıer

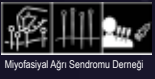
BİLDİRİ KİTABI

www.kuruignemeakademisi.com

BİLİMSEL İLETİŞİM
Doç. Dr. Fatih Bağcıer
E-mail: bagcier_42@hotmail.com



ORGANİZASYON SEKRETERYASI
Topkon Kongre ve Etkinlik Hizmetleri
Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sok. No: 24 34724
Kalamış-Kadıköy / İstanbul
Tel: +90 216 330 90 20 • Faks: +90 216 330 90 05
E-mail: mas2023@topkon.com



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

Değerli Meslektaşlarımız,

Miyofasiyal Ağrı Sendromu Derneği ve Kuru İğneleme Akademisi olarak, 25 Mart 2023 tarihinde, İstanbul Çam ve Sakura Hastanesi Konferans Salonunda düzenleyeceğimiz İstanbul Çam ve Sakura Hastanesi FTR Günleri Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu'na sizleri davet etmekten ve sizlerle birlikte olmaktan büyük bir mutluluk ve onur duyacağız.

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sendromu kronik ağrı ve santral sensitizasyon mekanizmalarının rol oynadığı hastalıklardır.

Sık karşılaştığımız bu sendromların tedavisinde multimodal ve multidisipliner yaklaşımı esas alarak dizayn edilen sempozyumumuz pratik ağırlıklı 10 adet kurs ile desteklenmiştir. Bu kurslar; Miyofasiyal ağrı sendromunda kuru iğneleme,

ultrason rehberliğinde kuru iğneleme, miyofasiyal ağrı sendromunda kinezyobantlama ve mezoterapi, pelvik rehabilitasyona miyofasiyal perspektif ile yaklaşım, olgularla nöropatik ağrıya yaklaşım, miyofasiyal gevşetme kursu, fibromiyalji ve miyofasiyal ağrı sendromunda ozon tedavisi, fibromiyaljide akupunktur tedavisi şeklindedir.

Sempozyumumuzda; konulara akademik yaklaşımın yanı sıra, özellikle günlük rutinde bize yardımcı olacak pratik ve teorik

yenilikler alanında deneyimli akademisyenler tarafından gerçek hastalar üzerinde uygulanacaktır.

Sempozyumda poster kabulüne ve sözel bildiri oturumuna da yer verilecektir.

İnteraktif katılımın olmasını amaçladığımız sempozyum, pratik uygulamalar ve kurslar ile toplam bir gün devam edecektir.

Sempozyum ile ilgili gelişmeleri www.kuruignelemeakademisi.com adresinden takip edebilirsiniz.

Siz değerli meslektaşlarımızın katılımınızı bekleriz.

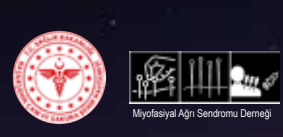
Saygılarımızla,

Doç. Dr. Mustafa Turgut Yıldızgören

Sempozyum Eş Başkanı

Sempozyum Eş Başkanı

Doç. Dr. Fatih Bağcier



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

KURULLAR

ONURSAL BAŞKAN

Prof. Dr. Evrim Coşkun

Sempozyum Eş Başkanı

Doç. Dr. Mustafa Turgut Yıldızgören

Sempozyum Eş Başkanı

Doç. Dr. Fatih Bağcıer

MİYOFASİYAL AĞRI SENDROMU DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

DERNEK BAŞKANI

Doç. Dr. Mustafa Turgut Yıldızgören

DERNEK BAŞKAN YARDIMCISI

Doç. Dr. Fatih Bağcıer

DERNEK SAYMANI

Dr. Kasım Osmanoğlu

DERNEK GENEL SEKRETERİ

Dr. Mustafa Hüseyin Temel

ÜYELER

Dr. Ahmet Beyendi

Dr. Halil Öğüt

Dr. Selçuk Sayılır

Dr. Ahmet Üşen

BİLİMSEL PROGRAM

SEMPOZYUM PROGRAMI- ANA SALON

| | | |
|---------------|---|---|
| 09.00 - 09.20 | AÇILIŞ TARTIŞMASI: MAS ve FMS tedavisinde Kuru İğneleme ve Diğer İnvaziv Teknikler (Lokal Anestezi, Dextroz, SF, Botulinum toksini) Oturum Başkanı: Prof. Dr. Evrim Coşkun Konuşmacılar: Doç. Dr. Fatih Bağcıer, Doç. Dr. Mustafa Turgut Yıldızgören | |
| 09.20 - 09.40 | MAS'a Klinik Perspektif ile Bakış Oturum Başkanı: Prof. Dr. Evrim Coşkun Konuşmacı: Doç. Dr. Fatih Bağcıer | |
| 09.40 - 10.00 | Histopatolojik ve Elektromiyografik özellikleriyle MAS Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ayşegül Ketenci Konuşmacı: Doç. Dr. Selçuk Sayılır | |
| 10.00 - 10.30 | Uydu Sunumu: Miyofasiyal Ağrı Sendromu & Santral Sensitizasyon Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ayşegül Ketenci Konuşmacı: Prof. Dr. Duygu Geler Külcü |  |
| 10.30 - 11.00 | Uydu Sunumu FMS & MAS İlişkisi Oturum Başkanı: Prof. Dr. Deniz Evcik Konuşmacı: Prof. Dr. Ebru Yılmaz Yalçınkaya |  |
| 11.00 - 11.20 | Kahve Molası ☕ | |
| 11.20 - 11.40 | Neden Kuru İğneleme Yapalım? (Endikasyonları, Kontrendikasyonları ve Yan Etkileri) Oturum Başkanı: Prof. Dr. Deniz Evcik Konuşmacı: Uzm. Dr. Mustafa Hüseyin Temel | |
| 11.40 - 12.10 | Uydu Sunumu: Wireless Ultrason Teknolojisi ile USG & MAS İlişkisi Oturum Başkanı: Prof. Dr. Jülide Öncü Alptekin Konuşmacı: Doç. Dr. Mustafa Turgut Yıldızgören |  |
| 12.10 - 12.40 | Uydu Sunumu: Fibromyalji'de Magnezyum kullanımı Oturum Başkanı: Prof. Dr. Jülide Öncü Alptekin Konuşmacı: Prof. Dr. Evrim Coşkun |  |
| 12.40 - 13.00 | Epifenomen olarak MAS Oturum Başkanı: Prof. Dr. Jülide Öncü Alptekin Konuşmacı: Doç. Dr. Emre Ata | |
| 13.00 - 14.00 | Öğle Yemeği 🍴 | |
| 14.00 - 17.30 | Kurslar | |



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLİMSEL PROGRAM

| KURS PROGRAMI | |
|---------------|--|
| | Başakşehir İstasyonu-1 / 1. Kat Yemekhane |
| 13.30 - 15.15 | MAS Tedavisinde Kuru İğneleme (Doç. Dr. Fatih Bağcıer) |
| 15.15 - 15.45 | Kahve Molası ☕ |
| 15.45 - 17.30 | Fibromyalji'de Akupunktur Tedavisi (Uzm. Dr. Elif Özyiğit) |
| | Başakşehir İstasyonu-2 / 2. Kat Nöroloji Toplantı Salonu |
| 13.30 - 15.15 | Fibromyalji'de Otonom Sinir Disfonksiyonlarına Yaklaşım- Trigeminoservikal Bağlantılar (Prof.Dr. Jülide Öncü Alptekin) |
| 15.15 - 15.45 | Kahve Molası ☕ |
| 15.45 - 17.30 | Fibromyalji'de Otonom Sinir Disfonksiyonlarına Yaklaşım- Gastrointestinal Disfonksiyonu- Vagus-Mikrobiota (Prof. Dr. Jülide Öncü Alptekin) |
| | Çam İstasyonu-1 / 2. Kat Resim Atölyesi |
| 13.30 - 15.15 | MAS Tedavisinde Kinezyobantlama (Prof. Dr. Duygu Geler Külcü) |
| 15.15 - 15.45 | Kahve Molası ☕ |
| 15.45 - 17.30 | Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sendromu'nda Ozon Tedavisi (Doç. Dr. Selçuk Sayılır) |
| | Çam İstasyonu-2 / 2. Kat Sinema Salonu |
| 13.30 - 15.15 | Olgularla Nöropatik Ağrıya Yaklaşım (Prof. Dr. Ayşegül Ketenci) |
| 15.15 - 15.45 | Kahve Molası ☕ |
| 15.45 - 17.30 | MAS & Miyofasiyal Gevşetme Kursu (Prof. Dr. Deniz Evcik) |



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLİMSEL PROGRAM

| KURS PROGRAMI | |
|---------------|---|
| | Sakura İstasyonu-1 / 2. Kat Kütüphane |
| 13.30 - 15.15 | Fibromyalji Tedavisinde Fonksiyonel Tıp Perspektifi ile Yaklaşım (Uzm. Dr. Elif Özyiğit) |
| 15.15 - 15.45 | Kahve Molası ☕ |
| 15.45 - 17.30 | MAS Tedavisinde Mezoterapi (Uzm. Dr. Mustafa Hüseyin Temel) |
| | Sakura İstasyonu-2 / Zemin Kat Ana Salon |
| 13.30 - 15.15 | MAS Tedavisinde Ultrason Rehberliğinde İnvaziv Teknikler (Doç Dr. Mustafa Turgut Yıldızgören) |
| 15.15 - 15.45 | Kahve Molası ☕ |
| 15.45 - 17.30 | Ultrason Rehberliğinde Fasya Enjeksiyonları (Doç. Dr. Fatih Bağcier) |
| | Şehir İstasyonu-1 / Zemin Kat Spor Salonu |
| 13.30 - 15.15 | Torakal Omurga Ağrılarında Manuel Terapi (Uzm. Dr. Buğra İnce) |
| 15.15 - 15.45 | Kahve Molası ☕ |
| 15.45 - 17.30 | Torakal Omurga Ağrılarında Pilates (Uzm. Sedat Susüzer) |
| | Şehir İstasyonu-2 / Zemin Kat H9 |
| 13.30 - 15.15 | Torakal Omurga Patolojilerinde X-ray Yorumlama ve Osteoporoz Farkındalığı (Uzm. Dr. Fatih Hakan Tufanoğlu) |
| 15.15 - 15.45 | Kahve Molası ☕ |
| 15.45 - 17.30 | Torakal Omurga Patolojilerinde MR Yorumlama ve Osteoporoz Farkındalığı (Uzm. Dr. Fatih Hakan Tufanoğlu) |

BİLDİRİLER

S-01

Diz Osteoartirtinde Promerimin Akut Etkinliğinin Retrospektif Olarak İncelenmesi

Duygu Şilte

Fatih Sultan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Giriş: Osteoartrit (OA), dünyada en sık görülen eklem hastalığıdır (1). Kollojen preparatları tedavi kılavuzlarında nutrisyonel destek başlığı altında şartlı olarak önerilmektedir (2). Bu çalışmanın amacı 'Promerim' tedavisinin akut etkinliğini retrospektif olarak değerlendirmektir.

Metod: Kliniğe diz ağrısı ile başvuran ve radyolojik olarak Kellegren Lawrence evre 2-3 diz OA tanısı alan, Promerim tedavisi başlanmış, 45-73 yaş aralığında 16 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, meslek, vücut kitle indeksi gibi demografik verileri kaydedilmiştir. Hastaların tedavi öncesinde visual analog skala (VAS) istirahat, VAS gece ve VAS aktivite skorları ve Western Ontario and McMasterUniversities Osteoarthritis Index (WOMAC) skorları kaydedilmiştir. Promerim 360 mg ilk 15 gün için günde 2 kez önerilmiştir. 15. Günün sonunda tekrar değerlendirilen hastaların VAS gece, VAS istirahat, Vas aktivite değerleri ve WOMAC skorları kaydedilmiştir. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yansira niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında paired sample t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaret testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Tedavi öncesi VAS istirahat, aktivite, gece ve WOMAC düzeyine göre tedavi sonrasında görülen düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Yaş ile VAS aktivite değişimi (düşüş) arasında ters yönlü, iyi düzeyde (%62.8) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Yaş ile WOMAC değişimi (düşüş) arasında ters yönlü, orta düzeyde (%51) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Kadınlarda tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS aktivite düzeylerinde görülen düşüş miktarı, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0.05$). VAS gece, istirahat ve WOMAC skorlarındaki değişimlerde ise cinsiyet farkı saptanmamıştır.

Sonuç: Bu sonuçlara göre Evre 2-3 OA'sı olan hastalarda Promerim tedavisi güvenli ve etkili bir tedavidir.

Kaynaklar

- Allen KD, Thoma LM, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2022;30(2):184-195.
- Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2019;27(11):1578-1589

Anahtar Sözcükler: Diz oasteoartrit, Kollojen, Promerim



BİLDİRİLER

S-02

Miyofasiyal Ağrı Sendromunda 25 OH D Vitamini Düzeyinin El Kavrama Gücüne Etkisi

Gülcan Öztürk

Fatih Sultan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

GİRİŞ: D vitamini eksikliğinin genel popülasyonda %25-50 prevalansa sahip olduğu gösterilmiştir. 25 OH D vitamini kas metabolizması üzerine etkilerini vitamin D reseptörleri (VDR) üzerinden gösteren bir steroid hormondur. Gen transkripsiyonu aracılığı ile kas hücrelerinin proliferasyon ve diferansiyasyonuna neden olur. D vitamini eksikliğinin yapılan çalışmalarda nonspesifik kas iskelet sistem ağrıları, kronik yaygın ağrı, fibromiyalji, bel ağrısı ile ilişkisi gösterilmiştir. El kavrama gücü; el ve ön kolun izometrik kas gücünü gösterir. Generalize kas gücünün prediktörü olarak kabul edilir. Bu çalışmanın amacı miyofasiyal ağrı sendromunda 25 OH D vitamini düzeyi ve el kavrama gücü arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

YÖNTEM: Bu kesitsel çalışmaya Travel ve Simons tarafından tanımlanan kriterlere göre miyofasiyal ağrı sendromu tanısı olan ve son 6 ay içerisinde 25 OH D vitamini düzeyi tetkik edilmiş olan 39 hasta dahil edildi. Hastalar 25 OH D vitamini düzeyine göre iki gruba ayrıldı. 25 OH D vitamini düzeyi 20 ng/ml'nin altında olan hastalar Grup 1 (n=23), 25 OH D vitamini düzeyi 20 ng/ml ve üstündeki değerlere sahip hastalar Grup 2 (n=16)' ye dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, semptom süresi, meslek, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), tetik nokta sayısı, visüel analog skala (VAS) ağrı skoru, dominant ve dominant olmayan taraf el kavrama gücü ve 25 OH D vitamini düzeyleri kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama serum 25 OH D vitamini düzeyleri ortalama 18.67 ± 10.99 ng/ml idi. Dominant ve dominant olmayan taraf kavrama güçleri sırası ile ortalama 21 ± 9.98 kg ve 17.33 ± 9.31 kg idi. Gruplar arası semptom süresi, boy, kilo, vücut kitle indeksi, tetik nokta sayısı, VAS skoru, dominant ve dominant olmayan taraf el kavrama gücünde istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). Dominant el kavrama gücü ile 25 OH D vitamini düzeyi, VKİ ve VAS skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Dominant ve dominant olmayan taraf el kavrama gücü ile tetik nokta sayısı arasında ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

SONUÇ: Miyofasiyal ağrı sendromunda 25 OH D vitamini düzeyinin el kavrama gücüne etkisi saptanmamıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Miyofasiyal ağrı sendromu, 25 OH D vitamini, el kavrama gücü



İSTANBUL

ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

S-03

Türkiye’de Kuru İğneleme Tedavisi Hakkında Yapılan Çalışmaların İstatistiksel Analizi

Elif Özyiğit

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Giriş: Son yıllarda, kuru iğneleme (Kİ) tedavisine dünya çapında klinik ve bilimsel ilgi katlanarak artmıştır. Kuru iğnelemeye çeşitli klinik etkiler atfedilmiştir, ancak potansiyel fizyolojik etki ve etki mekanizmaları hakkında kesin kanıtlar hala eksiktir. Kİ'nin potansiyel etkileri üzerine yapılan çalışmalar, miyofasiyal tetik noktalarının patofizyolojisinde de yer alan gergin bant, lokal iskemi, hipoksi, periferik ve merkezi sensitizasyon gibi mekanizmalar üzerine odaklanmıştır. Bu çalışmada, Kİ tedavisi ile ilgili Türkiye’de yapılan çalışmaların çeşitli istatistik verilerinin meslektaşlarımızla paylaşılması amaçlanmaktadır.

Materyal ve Metot: 1999 ve 2022 tarihleri arasında Kİ tedavisi hakkında Türkiye’de yapılan çalışmalar çalışmamıza dahil edilmiştir. Bu çalışmalar, yapan araştırmacı, yayınlanma tarihi, çalışma türü, dergi türü, yayın yapan üniversite, yayınlandığı dergi ve aldığı atf sayısı olmak üzere 7 kategoride incelenmiş ve her kategoride çoktan aza doğru sıralanmıştır.

Sonuç:

1. Yapan araştırmacı: Bu kategoride en çok araştırması bulunan araştırmacı Bağcıer F. olup toplam 7 araştırması bulunmaktadır. Onu 4 araştırma ile Aksoy C., Karan A. ve 3 araştırma ile Aktaş B., Aydın T., Dıraçoğlu D., Onat SS., Özden AV., Uygur E., Yılmaz N., Yılmazoğlu EG., Yurdakul OV. takip etmektedir.
2. Yayınlanma tarihi: Bu kategoride 2019 yılı toplam 10 araştırma ile 1. sırayı almıştır. Onu 9 araştırma ile 2020, 2021 yılları ve 3 araştırma ile 2009, 2013, 2016, 2022 yılları takip etmektedir.
3. Çalışma türü: Bu kategoride en çok, toplam 40 ile araştırma makalesi yer almaktadır. Onu toplam 6 adet ile editöre mektup ve toplam 5 adet ile vaka sunumu takip etmektedir.
4. Dergi türü: Bu kategoride en çok 13 adet ile genel tıp dergileri yer almaktadır. Onu 11 adet ile romatoloji ve 10 adet ile rehabilitasyon dergileri takip etmektedir.
5. Yayın yapan üniversite: Bu kategoride en çok yayın 11 adet ile İstanbul Üniversitesi’nden yapılmış olup onu 6 adet ile Biruni Üniversitesi ve 4 adet ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi’ne bağlı İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi takip etmektedir.
6. Yayınlandığı dergi: Kuru iğneleme ile ilgili makaleler en fazla 3 adet ile Türk Algoloji Derneği yayın organı Ağrı Dergisi’nde yayınlanmıştır.
7. Aldığı atf sayısı: Bu kategoride en çok atf alan çalışma 188 adet ile Kamanlı A. ve arkadaşlarına aittir. Onu 115 adet atf ile Tekin L. ve arkadaşları ve 97 adet atf ile İlbuldu E. ve arkadaşları takip etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kuru iğneleme, Çalışma, İstatistiksel analiz.

BİLDİRİLER

S-04

Fibromiyalji Hastalarında D Vitamini Düzeylerinin Hastalık İlişkili Sonuçlar Üzerindeki Etkisi

Buğra İnce

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Amaç: Fibromiyalji hastalarında D vitamini düzeylerinin, ağrı skoru, hastalığın genel etkisi, fiziksel fonksiyon, yaşam kalitesi ve anksiyete ve depresyon risk durumu üzerindeki etkilerini incelemek.

Metot: ACR 2016 tanı kriterlerine göre fibromiyalji tanısı almış, 18-45 yaş aralığındaki kadın hastalar çalışmaya dahil edildi. İnflamatuvar romatizmal hastalığı, malignitesi, merkezi sinir sistemi hastalığı ve gebeliği bulunan hastalar dışlandı. Ağrı skoru vizüel ağrı skalası (VAS) ile, hastalığın genel etkisi Fibromiyalji Etki Anketi (FEA) ile, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi Kısa Form-36 (SF-36) ile, anksiyete ve depresyon risk durumu Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi. D vitamini düzeylerinin hastalık ölçütleri ile ilişkisi Pearson veya Spearman korelasyon analizleri ile değerlendirildi. Korelasyon analizinde D vitamini ile yüksek ilişki gösteren değişkenlerin ön görülebilirliği basit lineer regresyon analizi ile değerlendirildi. FEA skorunun belirleyicilerini saptamak için stepwise multiple lineer regresyon analizi kullanıldı.

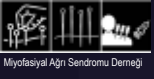
Bulgular: 82 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 37.7 (6.2) yıl, ortalama D vitamini düzeyi 15.7 (10.3) µg/ L idi. Vitamin D düzeyi VAS skoru ve FEA ile zayıf miktarda anlamlı negatif korelasyon, SF-36 fiziksel fonksiyon skoru, SF-36 ağrı skoru ve SF-36 fiziksel bileşen skoru ile de zayıf miktarda anlamlı pozitif korelasyon gösterdi (Tablo 1). SF-36'nın diğer alt skalaları, HAD anksiyete ve depresyon skorları ile D vitamini düzeyleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. D vitamini düzeyi en yüksek korelasyonu SF-36 fiziksel fonksiyon alt skalası ile gösterdi. $R = .266$, $p = .016$. Basit lineer regresyon analizinde D vitamini düzeyinin fiziksel fonksiyon skorlarının varyasyonunun %7'sini, orta etki büyüklüğü ile açıkladığı ($R^2 = 0.071$) ve D vitamini düzeyinin fiziksel fonksiyon skorunu anlamlı olarak ön gördürebildiği tespit edildi, $F(1,80) = 6.70$, $p = 0.016$. FEA skorunun belirleyicileri ağrı skoru, anksiyete skoru, SF-36 ruhsal sağlık alt skalası ve SF-36 fiziksel fonksiyon alt skalası olarak belirlendi, $F(4,77) = 44.80$, $p < 0.05$, $R^2 = 0.69$. Vitamin D düzeylerinin bu modele eklenmesi FEA skorunun ön görülmesi açısından ek katkı sağlamadı.

Tablo 1. D vitamini düzeyleri ile fibromiyalji hastalık ölçütleri arasındaki korelasyon katsayıları

| | FEA | VAS | FF (SF-36) | GS (SF-36) | FBS (SF-36) | MBS (SF-36) | HAD anksiyete | HAD depresyon |
|-----------|--------------------|--------------------|-------------------|------------|-------------------|-------------|---------------|---------------|
| Vitamin D | -.262 ^a | -.232 ^b | .266 ^c | .026 | .234 ^d | .113 | -.205 | -.133 |

^a $p = .017$, ^b $p = .036$, ^c $p = .016$, ^d $p = .034$, ^e $p = .004$

FEA, fibromiyalji etki anketi; VAS, vizüel analog skala; FF, fiziksel fonksiyon alt skalası; GS, genel sağlık alt skalası; FBS, fiziksel bileşen skoru; MBS, mental bileşen skoru; HAD, hastane anksiyete ve depresyon skalası



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

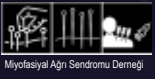
Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

Sonuç: Fibromiyaljili kadın hastalarda D vitamini düzeyleri genel hastalık etkisi, ağrı skoru ve fiziksel fonksiyon ile zayıf ilişkili gözükmemektedir. D vitamini düzeyleri fibromiyaljili hastalarda özellikle fiziksel fonksiyon kayıpları ile ilişkili olup bu konuda ön gördürücü olabilir. Hastalığın genel etkisi üzerinde D vitamini düzeylerinin belirleyici rolü gözükmemektedir.



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

S-05

Quadratus Lumborum Kasının Ultrason Kılavuzluğunda Kuru İğnelemesi ile Tedavi Edilen Kronik Bel Ağrısı: Bir Olgu Sunumu

Mustafa Hüseyin Temel¹, Fatih Bağcıer²

¹Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Üsküdar Devlet Hastanesi, İstanbul

²Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş

Kronik bel ağrısının önde gelen nedenlerinden biri Quadratus Lumborum (QL) kasının kronik aşırı yüklenmesi ve/veya aşırı kullanımınıdır. Bu kasın tetik noktaları (MTrP) gluteus maximus, medius, minimus ve piriformis kaslarının MTrP'lerini aktive edebilir. QL MTrP'leri bel, pelvis ve kalçada ağrıya neden olabilir. QL kasının MTrP'leri kronik bel ağrılı hastalarda akla gelmesi gereken bir patolojidir [1]. Kuru iğneleme (DN), kost-efektif, uygun bir eğitimle öğrenilmesi kolay ve düşük risk taşıyan minimal invaziv bir tedavi yöntemidir [2]. Ultrason kılavuzluğuyla uygulanan DN, anatomik lokasyonun tam olarak belirlenmesine ve nörovasküler yapıların korunmasına yardımcı olur [3]. Bu olgu sunumunda, daha önce kronik bel ağrısı için çeşitli tedaviler almış ancak şikayetlerinde iyileşme olmamış ve QL kasına ultrason kılavuzluğunda DN tedavisi ile başarılı bir şekilde tedavi edilen bir vakanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu

48 yaşında erkek hasta kliniğimize bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ağrısı yedi aydır devam etmekteydi. Ağrıya neden olabilecek herhangi bir travma hatırlamıyordu. Hasta belinden kalçasının sağ tarafına ve kuyruk sokumuna yayılan ağrı, öksürürken veya hapsirirken sağ tarafta bıçak saplanır tarzda ağrı ve eşya kaldırırken artan ağrıdan şikayetçiydi. Ayrıca merdiven inip çıkarken sağ dış kalça bölgesinde ağrı olduğunu belirtti. Ağrı bacaklara yayılmıyordu ve uyuşma, karıncalanma veya kas güçsüzlüğü hissetmiyordu. Ağrısının şiddeti 10 üzerinden 7 idi. Hastanın Oswestry Engellilik İndeksi (ODI) 64 idi. Daha önce birkaç kez farklı kliniklere gittiğini ve ilaç tedavilerinden kısmi rahatlama sağladığını; ayrıca büyük trokanterik ağrı sendromu tanısı aldığını ve kortizon iğnesi olduğunu ancak ağrılarında istediği düzeyde gerileme olmadığını söyledi.

Hastanın sistemik muayenesinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Kas-iskelet sistemi muayenesinde sol tarafta fleksiyon, ekstansiyon ve lateral fleksiyonda hareket açıklığı kısıtlıydı. Palpasyonda sağ taraf paravertebral kaslarda spazm ve sağ iliak krest üzerinde hassasiyet saptandı. Düz bacak kaldırma, femoral germe ve pace testleri normaldi. Sakroiliak distraksiyon testleri her iki tarafta da negatifti. Fleksiyon, abduksiyon ve dış rotasyon (FABER) ve fleksiyon, addüksiyon ve iç rotasyon (FADIR) testleri her iki kalçada negatifti. Nörolojik muayenede kas gücü kaybı ve duyuşal defisit saptanmadı. Lumbosakral vertebra röntgenlerinde lomber lordozda azalma dışında anormallik saptanmadı. Hastanın istenen manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde de şikayetlerle sebep olabilecek bir patoloji saptanmadı. Hasta, etkilenen taraf üstte ve kolu başının üzerinde olacak şekilde yan yatar pozisyonda alındı. QL palpasyonunda 12. vertebranın kaudalinde ve iliak krestin hemen üzerinde MTrP'ler saptandı. Hastanın muayenesinde iliak krestte ağrı ve hassasiyet, sol lateral fleksiyon ve fleksiyonda hareket kısıtlılığı saptanması ve görüntüleme çalışmalarında şikayetleri açıklayacak bir anormallik bulunmaması üzerine, ağrının kaynağının bu kasın MTrP'leri olabileceği düşünülerek QL kasına ultrason eşliğinde DN tedavisi yapılmasına karar verildi.



25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

Hasta lateral dekübit pozisyonuna alındı. Prob, crista iliaca'nın proksimalinde kasın uzun eksenine dik olarak yerleştirildi. Transvers görüntüleme, iğne kasa ulaşana kadar 0-60 derecelik bir açıyla in plane bir yaklaşımla ilerletildi (Şekil 1). QL'a ulaşıldıktan sonra iğne, birkaç seğirme yanıtı elde edilene kadar pepping yöntemiyle manipüle edildi. Ultrason kılavuzluğunda DN tedavisi sonrasında ağrı şiddeti 10 üzerinden 3'e, ODI skoru ise 64'ten 36'ya düştü. Uygulama 2 haftalık aralıklarla ve toplam 3 seans tekrarlandı. Son uygulamadan sonra hastanın ağrı şiddeti 10 üzerinden 2'ye ve ODI skoru 36'dan 24'e geriledi.

Tartışma ve Sonuç

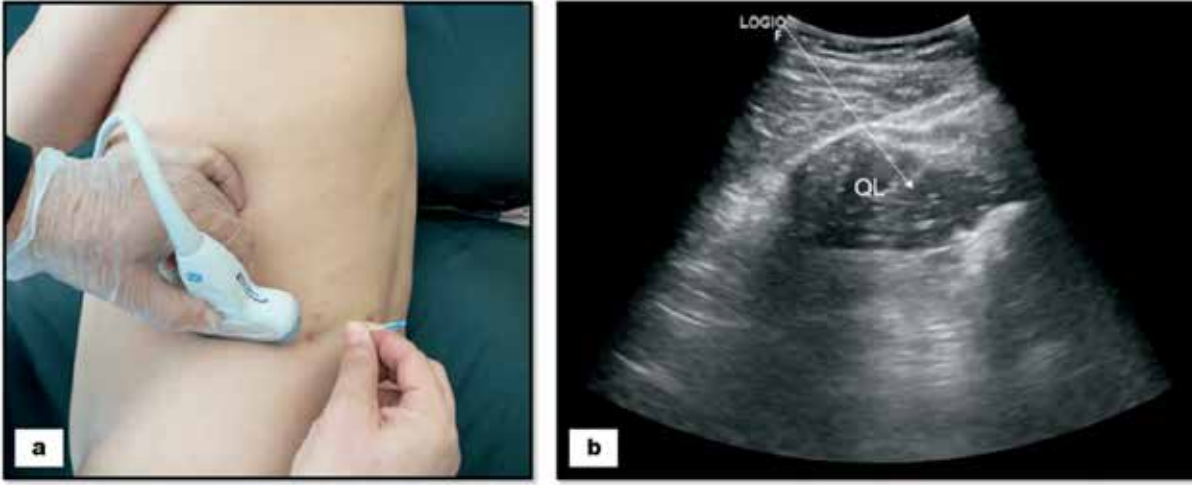
Miyofasiyal ağrı sendromu (MPS) kas-iskelet sisteminde ağrı ve fonksiyonellik kaybının sık nedenleri arasındadır. Kas-iskelet sistemi ağrısı ile başvuran hastalarının %20 ila %95'ininde etyolojiden sorumludur. Kronik bel ağrılarında ise MPS'nin etiyolojinin %80'inden sorumlu olduğu bildirilmiştir [4]. Etiyolojide düşünülmediği ve MPS perspektifi ile bakılmadığı takdirde çoğu zaman hastalık gözden kaçabilmekte ve tanı – tedavi süreçleri uzayabilmektedir. QL'nin MTrP'leri kronik bel ağrısı şikayeti olan hastalarda etyolojide akla gelmesi gereken bir antidedir ve bu MTrP'lerin tedavisinin ağrı ve fonksiyonelliğe büyük ölçüde katkı sağlayacağı bildirilmiştir (Şekil 2) [5]. Ultrason rehberliği sadece tedaviye değil, aynı zamanda ön tanı, tanı ve ayırıcı tanıya da katkıda bulunur. Nörovasküler yapıları korur, lokal seğirme yanıtını net bir şekilde görselleştirir ve derin dokuları iğneleme için erişilebilir hale getirir [6].

Kaynakça

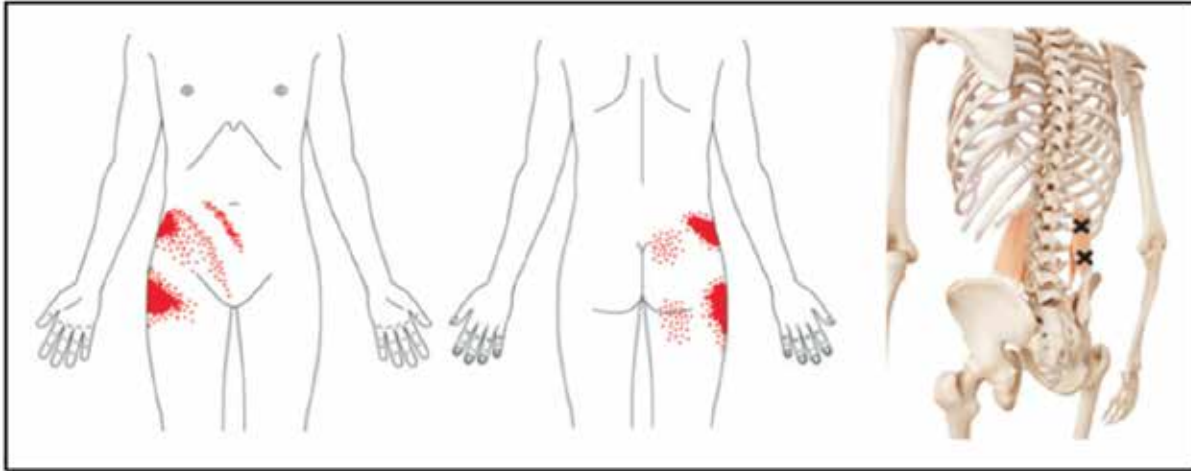
1. Travell JG, Simons DG: Travell, Simons & Simons' myofascial pain and dysfunction : the trigger point manual. Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 2019, 2019.
2. Kalichman L, Vulfsons S: Dry needling in the management of musculoskeletal pain. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2010, 23:640-646.
3. Pang JC, Fu AS, Lam SK, Peng B, Fu AC: Ultrasound-guided dry needling versus traditional dry needling for patients with knee osteoarthritis: A double-blind randomized controlled trial. PloS one. 2022, 17:e0274990.
4. Silva AB, Malheiro N, Oliveira B, et al.: Efficacy of ultrasound-guided infiltration with levobupivacaine and triamcinolone for myofascial pain syndrome of the quadratus lumborum: a retrospective observational study. Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition). 2021.
5. Barge A, Barge S: Quadratus lumborum: One of the many significant causes of low back pain. Indian Journal of Pain. 2018, 32:184-186. 10.4103/ijpn.ijpn_53_18
6. Bagcier F, Yurdakul OV: A safer way of dry needling therapy for gastrocnemius muscles: ultrasound guidance. Med Ultrason. 2020, 22:495-496. 10.11152/mu-2840

BİLDİRİLER

Şekil 1: Ultrason rehberliğinde quadratus lumborum kasına yönelik yapılan kuru iğneleme tedavisi; a: probun pozisyonu ve iğne penetrasyon açısı, b: ultrason görüntüsü (QL: quadratus lumborum, ok: iğne trasesi)



Şekil 2: Quadratus lumborum kasının tetik noktalarının yansıyan ağrı patternleri ve lokalizasyonları.





BİLDİRİLER

S-06

McArdle Tanılı Hastada Düşük Şiddette, Kısa Süreli Kardiyopulmoner Rehabilitasyonun Fonksiyonel Kapasite ve Yaşam Kalitesine Üzerine Etkisi

İbrahim Halil Erdem¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, FTR Kliniği, İstanbul

Amaç: Düşük şiddette, kısa süreli uygulanan kardiyopulmoner rehabilitasyonun Glikojen depo hastalığı Tip 5 (McArdle) hastasında fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi üzerine etkisini ölçmeyi amaçladık

Gereç ve Yöntem: Hastanın egzersiz tedavisi öncesi ve sonrasında kavrama kuvveti, 6 dakika yürüme testi, 30 saniyede sandalyede otur-kalk sayısı, dört basamak çıkma süresi, Kısa Form 36 (KF-36) yaşam kalite ölçeği ile değerlendirildi. Tedavi öncesi hasta yapılacak kardiyopulmoner rehabilitasyon hakkında bilgilendirildi ve hastadan bilgilendirilmiş onam alındı. Hastanın kavrama kuvveti dinamometre ile kol adduksiyonda, dirsek 90° fleksiyonda, el bileği supinasyon-pronasyon arası pozisyondayken kilogram olarak ölçüldü, üç denemenin en iyisi dikkate alındı. Fonksiyonellik için sağlıklıla ilişkili yaşam kalite ölçeği olan ve sağlıklı olma halini 100 puanın ifade ettiği KF-36 kaydından elde edilen ham puanlar, 0-100 arasında dönüştürülerek değerlendirildi. 24 seanslık (haftada üç seans toplam 8 hafta) kardiyopulmoner rehabilitasyon aerobik yüklenme şiddeti, yorgunluk düzeyine göre hasta tarafından belirlendi.

Bulgular: Egzersiz programına düzenli devam eden hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hasta egzersiz programından yarım saat önce bir adet muz ile beslenerek egzersiz programına alındı. Egzersiz programı sonrasında hastada kavrama kuvveti, 6 dakika yürüme testi mesafesi ve dört basamak çıkma süresinde olumlu gelişme oldu. Otur kalk tekrar sayısı hastada artış gösterdi. Kısa Form 36 yaşam kalite ölçek puanları hastada artış gösterdi. Hastada ölçeğin tüm alt kategorilerinde istatistiksel olarak artış olduğu saptandı. ($p<0.05$) Karvonen yöntemine göre hesaplanan yüklenme şiddetinin hastada %10-42 ve Borg skalasına göre belirlenen zorlanma şiddetinin hastada 3-8 şiddeti arasında değiştiği belirlendi. Her seansta ulaşılan yüklenme şiddeti hastada 11-17. seanslar arasında yüklenme şiddeti %32-43 arasında artış gösterirken, Borg skalasına göre 3-8 arasındaydı.

Sonuç: McArdle hastasında kardiyopulmoner rehabilitasyona yönelik düşük şiddette ve kısa süreli aerobik egzersizin fonksiyonel kapasite üzerine olumlu sonuçları vardır. McArdle hastalarının egzersiz kapasitesi, egzersizle ilişkili kramp ve ağrı sebebiyle zaman içinde geriler ve fonksiyonel kapasitelerini olumsuz etkiler. Hastalığın kesin tedavisi olmadığından bu hastalara yapılacak kardiyopulmoner rehabilitasyonla yaşam kaliteleri ve fonksiyonellikleri artırılabilir.

Anahtar kelimeler: McArdle hastalığı, Kardiyak Rehabilitasyon, Yaşam kalitesi



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

PB-01

El Ağrısı Ayırıcı Tanısında Atlanan Bir Neden: Elin İnterosseöz Kasları Tetik Noktaları ve Kuru İğneleme Protokolü

Tuba Sarıkaya¹, Fatih Bağcıer¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

GİRİŞ

El ağrısı şikayeti olan hastalarda kliniğe göre değişmekle birlikte ayırıcı tanılar arasında fraktür, yumuşak doku yaralanmaları, tendinopati, osteoartrit, romatoid artrit, karpal tünel sendromu, periferik nöropatiler, De Quervain tenosinoviti, ganglion kisti, gut, lupus, Raynaud fenomeni, stenozan tenosinovit, Dupuytren kontraktürü, tetik parmak gibi çeşitli sebepler düşünülmektedir. Altta yatan hastalığı olanlarda etyoloji zenginleşebilir; örneğin inme hastalarında refleks sempatik distrofi, spastisite ve nöropatik ağrılar da el ağrısının başlıca sebeplerindendir (1). Tüm bunlara ek olarak yansıyan ağrılar ve kaslardan kaynaklı problemler de el bölgesinde ağrıya neden olabilmektedir. Elin interosseöz kaslarındaki miyofasiyal tetik noktalar el ağrısının sıklıkla atlanan sebeplerindendir. İnterosseöz kaslar, metakarpal kemiklerden kaynaklanır ve proksimal falankların basilerine ve dorsal dijital uzantılara yapışır [2]. Dorsal interosseöz kasların ana işlevi parmaklara abduksiyon yaptırmaktır, diğer parmakları orta parmaktan uzaklaştırır. Palmar interosseöz kasların ana işlevi 2.-4.-5. parmaklara adduksiyon yaptırmaktır. İnterosseöz kaslar tutundukları parmağın kenarı boyunca, ayrıca elin dorsaline ve beşinci parmağın ulnar tarafına yansıyan ağrıya neden olabilir [3]. Üçüncü ve dördüncü interosseöz kasların tetik noktaları C7-C8 radikülopati veya ulnar nöropatide görülen ağrı paternine benzeyebilmektedir [2] (Şekil 1a). Dolayısıyla el ağrılarında miyofasiyal ağrı sendromu da ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken önemli bir durumdur.

OLGU

29 yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ el ağrısı şikayetiyle başvurdu. Sağ elinin sırtında parmaklara doğru yayılan bir ağrısı mevcuttu. Ağrısının yaklaşık 3 haftadır olduğunu ifade etti, istirahat veya hareketle ilişkisi yoktu. Gün içinde ara ara olduğunu, gece uykudan uyandırmadığını belirtti. Bilinen hastalığı olmayan ve kargocu olduğu öğrenilen hastada travma öyküsü yoktu. 10 gün önce Ortopedi polikliniğine başvurduğu öğrenilen hastanın el grafisi çekilmiş ve osseöz patoloji saptanmamıştı. Topikal non-steroid ağrı kesici ajan reçete edilen hasta ilacı uygulayınca ağrısının biraz azaldığını ama sonrasında yine devam ettiğini, bu sebeple tarafımıza başvurduğunu belirtti. Fizik muayenede inspeksiyonla elde kızarıklık, şişlik, şekil bozukluğu, ödem görülmedi. Eklem hareket açıklıkları doğaldı. Finkelstein ve Tinel testleri negatifti. Tetik parmak yoktu. Palpasyonla ısı artışı yoktu. Hastanın el sırtı palpe edildiğinde ikinci ile üçüncü ve üçüncü ile dördüncü metakarpal kemik arasında ele gelen tetik noktalar vardı, bu bölgelere bastırıldığında hasta elini çekiyordu. Hastanın yaşı, mesleği ve kliniği de göz önüne alındığında mevcut ağrısının bu tetik noktalardan kaynaklandığı düşünüldü. Hasta interosseöz kaslarına kuru iğneleme yapılmak üzere ertesi gün çağrıldı.



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

İşlem sırasında hasta supin pozisyonda ve ön kol pronasyonda konumlandırıldı. Yüzeysel bir kas olduğu için 0.16x25 mm boyutunda iğne kullanıldı. Düz palpasyon tekniğiyle iğne dorsal yönden palmar yöne doğru, perpendiküler bir açı ile ve yüzeysel venlere dikkat edilerek cilde penetre edildi (Şekil 1b). İşlem sırasında seğirme yanıtı alındı. 1 hafta ara ile toplam 3 seans uygulanan kuru iğnelemenin 3.seansına geldiğinde hasta el ağrısının geçtiğini ifade etti.

TARTIŞMA

Miyofasiyal ağrı sendromu, iskelet kası liflerinde hissedilen gergin bantlarla karakterize ve el bölgesinde ağrıya neden olabilen yaygın bir durumdur [4]. Vakamızda olduğu gibi anamnez, ek şikayetler, altta yatabilecek sebepler ve fizik muayene ile detaylı değerlendirme yapıldıktan sonra miyofasiyal ağrı sendromu düşündüğümüz hastalarda medikal tedavi, egzersiz ve invaziv yaklaşımlar (kuru iğneleme) önerilmektedir. Hastamız farmakolojik tedavilerden uzun süreli fayda görmediği ve günlük hayatında el ağrısından yakındığı için direkt olarak interosseöz kasları hedefleyen kuru iğneleme tedavisi uygun bulundu. Uyguladığımız düz palpasyon tekniğiyle olabildiği gibi ultrason da lokalizasyon güvenilirliğini ve prosedürün etkinliğini güçlendirmek için kullanılabilir [5].

KAYNAKLAR

(1) Pertoldi S, Di Benedetto P. Shoulder-hand syndrome after stroke. A complex regional pain syndrome. *Eura Medicophys.* 2005 Dec;41(4):283-92.

(2) Choi TW, Park HJ, et al. Referred pain patterns of the third and fourth dorsal interosseous muscles. *Pain Physician.* 2015 May-Jun;18(3):299-304.

(3) Liss FE. The interosseous muscles: the foundation of hand function. *Hand Clin.* 2012 Feb;28(1):9-12.

(4) Ziaefar M, Arab AM, et al. Dry needling versus trigger point compression of the upper trapezius: a randomized clinical trial with two-week and three-month follow-up. *J Man Manip Ther.* 2019 Jul;27(3):152-161.

(5) Diep D, Chen KJQ, et al. Ultrasound-guided interventional procedures for myofascial trigger points: a systematic review. *Reg Anesth Pain Med.* 2021 Jan;46(1):73-80.

BİLDİRİLER



Şekil 1: a) elin interosseöz kaslarının tetik noktaları ve yansıyan ağrı paterni, **b)** düz palpasyon tekniğiyle kuru iğnelemesi.



BİLDİRİLER

PB-02

El Bileğimden Neden Ses Geliyor? ECU Tendinopatisine Bağlı Snapping Wrist Sendromu Olgu Sunumu

Halide Yılmaz¹, Tuba Sarıkaya¹, Münire Nazlı Höbek Başer², Fatih Bağcıer¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Giriş

El bilek ağrısı oldukça sık karşılaşılan, yarattığı fonksiyonel kayıp nedeniyle iş gücü ve maddi kayba yol açan klinik bir problemdir. Anatomik olarak el-bilek eklem kompleksinin karmaşıklığı ve biyomekaniği nedeniyle ayırıcı tanı açısından değerlendirmek ve doğru tedavi planı izlemek güç olabilir. El bilek ağrılarının ayırıcı tanısında fraktür, karpal tünel sendromu gibi sinir tuzaklanmaları, tendinopatiler, ganglion kistleri, artritler, sistemik lupus eritematozus, avasküler nekroz, tümör gibi nedenler ve bileğe yansıyan ağrılar göz önünde bulundurulmalıdır (1). Bazı hastalar ağrı dışında hareket sırasında bilekte takılmaya benzer bir his tarifleyerek başvurabilmektedir. Bu durumun tariflenmesi halinde el bilek ağrılarında sıklıkla gözden kaçırılan atlayan el bileği (snapping wrist) tanısı ayırıcı tanılar arasında ön plana çıkmaktadır.

Snapping wrist, bir anatomik yapının diğerine aniden çarpması ve sonrasında ani bir harekete sebep olmasıyla meydana gelir (2). Bu snap (atlama) hissi hasta tarafından hafif rahatsızlıktan cerrahi tedavi gerektirecek şiddetli ağrıya kadar değişen şekillerde algılanabilir. Snapping wrist sendromunun etyolojisinde karpal kemik anomalileri, radyokarpal eklemde kıkırdaklı zayıf gövdesi, anormal aksesuar tendonlar, kas rüptürüne sebep olan ekstensör tenosinovit, karpal tünelden çıkan fleksör tendon kaynaklı ganglionlar, tekrarlayan travma/spor aktiviteleri, ekstensör karpi ulnaris dislokasyon veya subluksasyonu gibi nedenler bulunabilir (3,4). Uygun semptom ve değerlendirmelerin varlığında akla gelmesi gereken bu tanıyı düşündüğümüz hastalarda konservatif, farmakolojik ve invaziv tedaviler uygulanabilmektedir.

Olgu

34 yaşında kadın hasta sol el bileğinde ağrı ve takılma hissi şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Bilinen kronik hastalığı olmayan ve ev hanımı olduğu öğrenilen hastanın bu şikayeti yaklaşık 3 aydır vardı ve travma öyküsü yoktu. Uyuşma, karıncalanma gibi nöropatik şikayetleri yoktu. Daha önce ortopedi polikliniğine başvuran hastada sağ-sol karşılaştırmalı el-el bileği grafisi çekilmiş ve osseöz patoloji saptanmamıştı. Ağrı ve takılma hissi devam eden hasta polikliniğimizde başvurduğunda yapılan fizik muayenede inspeksiyonda kızarıklık, ısı artışı, şişlik görülmedi. Ulnar veya radial deviasyon ve şekil bozukluğu yoktu. Palpasyonda el bileği ulnar tarafında hassasiyet vardı, presyon ile ağrı artmaktaydı. Finkelstein testi negatifti. Kas gücü ve duyu muayenesi doğal olan hastanın el bileği eklem hareket açıklığı muayenesinde kısıtlılık yoktu ancak ulnar fleksiyon ve supinasyon-pronasyon hareketlerinde takılma hissinden kaynaklı olarak hasta kendini kısıtlıyordu. Yine bu muayene sırasında el bileği hareketlerinde, ulna distalinde palpasyonla hissedilen atlama mevcuttu.



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

Hastadan etyolojiye yönelik ayırıcı tanısından el bileği manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) istendi ve topikal non-steroid ağrı kesici ajanlar reçete edilerek MRG sonrası kontrole gelmesi önerildi. 1 hafta sonra kontrole gelen hastada MRG dinamik analizinde Extensor Carpi Ulnaris (ECU) tendonu instabil bulundu. Ultrason rehberliğinde tekrar değerlendirilen hastada ECU tendonunun bulunduğu kompartmanda sıkıştığı ve kemik çıkıntı üstünden atlama yaptığı görüldü. Hastaya ultrason görüntülemesiyle eşzamanlı olarak bilgi verilip onamı alınarak ultrason rehberliğinde 6.ekstensör kompartman altında tendonun üstünde kalan bölgeye 1 cc lokal anestetik enjeksiyonu uygulandı. 1 hafta sonra kontrole çağrılan hasta takılma hissinde ve ağrıda azalma olduğunu ifade etti.

Tartışma ve Sonuç

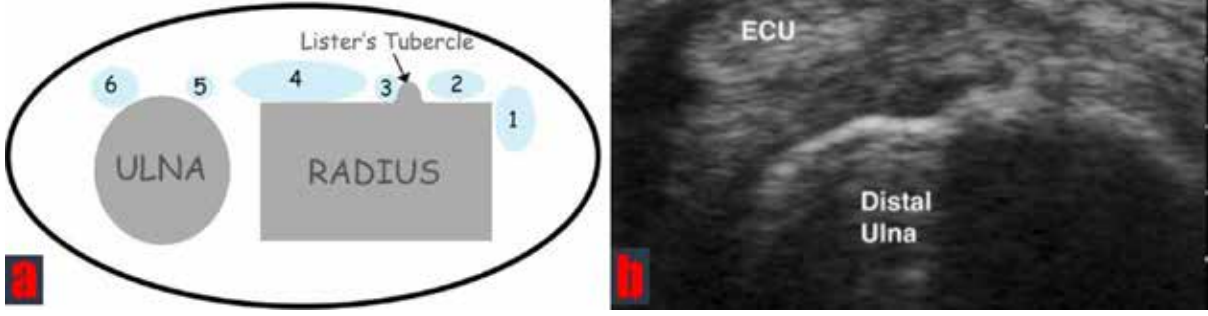
Snapping wrist tanısı dikkatli fizik muayene ve dinamik ultrasonografi ile doğrulanabilmektedir. WALANT (wide awake local anaesthesia no tourniquet technique) tekniği ile direkt görüş altında lezyon tespit edilip adım adım müdahaleler yapılabilir. Etiyolojisi intrakapsüler ve ekstrakapsüler olarak sınıflandırılabilir. İntrakapsüler patolojiler içinde en yaygın sebep karpal instabiliteler olup ayrıca dorsal el bileği kapsülünün kalınlaşması, karpal ligamentin hipertrofik skarlaşması, el bileği ekleminin zayıf gövdesi literatürde yer almaktadır. Ekstrakapsüler patolojiler içinde en yaygın sebep tümörler ve kitlelerdir (2).

Vakamızda snapping wrist sendromunun ECU instabilitesine bağlı olduğunu düşündük. ECU instabilitesi erken dönemde asemptomatik olsa da zamanla ulnar tarafta şişlik, ağrı, hassasiyet, el bileğinde güçsüzlük, çıtlama sesi gibi bulgular ortaya çıkabilir (5). Hastamıza ultrason eşliğinde uyguladığımız 6.ekstensör kompartmanda ECU tendonu üzerine lokal anestetik madde enjeksiyonu şikayetlerinde azalma sağladı. Literatürde tedavi seçenekleri arasında istirahat, buz, non-steroid antiinflatuar ilaçlar, bileğe splintleme veya alçı uygulamaları da bulunmaktadır. Tendon rüptürü riskini arttırabileceği için steroid enjeksiyonlarından kaçınılmalıdır (6). Kronik instabilitede veya konservatif tedavinin başarısız olduğu akut lezyonlarda cerrahi tercih edilebilir (7).

Kaynaklar

- (1) Forman TA, Forman SK, et al. A clinical approach to diagnosing wrist pain. Am Fam Physician. 2005 Nov 1;72(9):1753-8. PMID: 16300037.
- (2) Hu CJ, Chow PC, et al. Snapping wrist due to bony prominence and tenosynovitis of the first extensor compartment: A case report. World J Clin Cases. 2021 Jun 6;9(16):3908-3913.
- (3) Park IJ, Lee YM, et al. Multiple etiologies of trigger wrist. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2016;69:335-340.
- (4) Yamazaki H, Uchiyama S, et al. Snapping wrist caused by tenosynovitis of the extensor carpi radialis longus tendon subsequent to subcutaneous muscle rupture in the forearm: case report. J Hand Surg Am. 2010 Dec;35(12):1964-7.
- (5) Erpala, F, Ozturk T. "Snapping" of the extensor carpi ulnaris tendon in asymptomatic population. BMC Musculoskelet Disord 22, 387 (2021).
- (6) MacLennan AJ, Nemecek NM, et al. Diagnosis and anatomic reconstruction of extensor carpi ulnaris subluxation. J Hand Surg Am. 2008 Jan;33(1):59-64.
- (7) Stathopoulos IP, Raptis K, et al. Recurrent Dislocation of The Extensor Carpi Ulnaris Tendon in a Water-Polo Athlete. Trauma Mon. 2016 Feb 6;21(1):e19551.

BİLDİRİLER



Şekil 1: a) el bileği kompartmanlarının şematize görünümü, b) ultrasonografik olarak ulna distalinde ECU tendonu görüntüsü.



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

PB-03

Kronik Bel Ağrısının Gizli Sorumlusu: Multifidus Tetik Noktalarına Bir Atf

As. Dr. Şuheda Erdem Özdemir¹, Doç. Dr. Fatih Bağcier¹, Uzm. Dr. Mustafa Hüseyin Temel²

¹Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

²Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Üsküdar Devlet Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ

Kronik bel ağrılarının ayırıcı tanısında birden fazla patoloji sayılabilse de, pratikte bu patolojilerin çok azına rastlanılmaktadır. İnflamatuar hastalıklar, kanser veya enfeksiyonlar vakaların %1'inden daha azında etyolojide karşımıza çıkar. Vakaların çoğu kompresyon kırıkları, spinal stenoz ve disk herniasyonu dahil olmak üzere omurga ile ilgili yapısal sorunlardan kaynaklanır. Bununla birlikte, "non-spesifik" veya "idiyopatik" kronik bel ağrısı vakaların yaklaşık %85'ini oluşturur. Bu grup hastalar kalıcı veya rekürren semptomların en sık eşlik ettiği hastalardır¹. Literatürde non – spesifik kronik bel ağrılarının yaklaşık %80'inde miyofasiyal tetik noktaların altta yatan patoloji olduğuna dair kanıtlar mevcuttur². Eğer hastalar miyofasiyal ağrı sendromu perspektifi ile değerlendirilmezse, sık rastlanılan bu sendrom gözden kaçabilir ve hastaların tanı - tedavi süreçleri sekteye uğrayabilir³.

Multifidus kası, semispinalis ve rotatorlarla birlikte transversospinales kas grubunu oluşturan derin sırt kaslarındanir. Vertebral kolonun tamamı boyunca uzanır fakat en aktif görev yaptığı yer lomber bölgedir⁴. Kronik bel ağrısı tanısı olan hastalarda multifidus kasının tetik noktalarına yönelik yapılan kuru iğneleme tedavileriyle ağrı ve fonksiyonellik üzerine olumlu etkiler gözlemlenmiştir.

Bu vaka takdiminde kronik bel ağrısı tanısı ile başvuran bir hastada multifidus kasına yönelik uygulanan kuru iğneleme tedavisi sunulmuştur.

VAKA

43 yaşında bayan hasta bel ve kuyruk sokumundan başlayan ve sağ kalçadan bacağa doğru yayılan ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ağrısı 7 aydır devam etmekteydi. Bel ve kuyruk sokumu ağrıları ile birlikte ara ara karın ağrılarının da olduğu öğrenildi. Ağrılarının yurtdışına yapılan uzun süreli bir uçak seyahatinden sonra başladığı öğrenildi. Hasta ağrısının sürekli sabit pozisyonda kalmakla arttığını, bu nedenle otururken sürekli pozisyon değiştirme ihtiyacı hissettiğini bildirdi. Daha önceden bu şikayetlerle beyin cerrahisi kliniğine başvurduğu, kendisine manyetik rezonans (MR) görüntüleme ile lomber disk herniasyonu tanısı konulduğu, oral ve topikal NSAID – miyorelaksan kombinasyonlarının reçete edildiği fakat şikayetlerinde minimal gerileme olduğu öğrenildi. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine olası bir jinekolojik patoloji ihtimaline karşı kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine yönlendirildiği fakat herhangi bir patoloji saptanmadığı öğrenildi.



25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

Hastanın özgeçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Yapılan sistemik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. İncelemede herhangi bir atrofi görülmemekteydi. Pelvisin sağ tarafında minimal süperior tilt görüldü. Vizüel analog skala (VAS) ile yapılan ağrı değerlendirilmesinde ağrı şiddeti 7, Oswestry disabilite indeksi (ODİ) ile yapılan değerlendirmede skor 35 olarak saptandı. Palpasyonla yapılan muayenede L5 spinöz proçeste hassasiyet tespit edildi. Sağ taraf paraspinal kaslarda hassasiyet mevcuttu. Valleix noktalarında palpasyonla hassasiyet saptanmadı. Yapılan eklem hareket açıklığı muayenesinde fleksiyon ve bilateral lateral fleksiyonda kısıtlılık ve ağrı saptanırken diğer bel hareketlerinde ve sağ taraf kalça eklemi hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık saptanmadı. Yapılan kas gücü ve duyu muayenesinde anormallik saptanmadı, patolojik refleks yoktu ve derin tendon refleksleri doğaldı. Düz bacak kaldırma ve femoral germe testleri negatifti. Sağ kalça fleksiyon, abdükasyon ve eksternal rotasyon (FABER) testi ile fleksiyon, addüksiyon ve internal rotasyon (FADIR) testi negatifti. Çekilen anteroposterior ve lateral lomber vertebra grafilerinde minimal lomber lordoz kaybı dışında anormallik saptanmadı. Çekilen lomber MR'da L3 – L4 ve L4 – L5 diffüz bulging ve lomber lordoz kaybı dışında anormallik görülmedi. Mevcut klinik bulgularla ağrı kaynağının multifidus kasındaki tetik noktalar olabileceği düşünülerek haftada bir defa toplam 3 seans olacak şekilde kuru iğneleme tedavisi planlandı.

Multifidus kasının kuru iğnelemesi için hasta pron pozisyona alındı. Düz palpasyon tekniği ile, posteriordan anteriora doğru, spinöz proçesten yaklaşık 5 mm lateralde olacak şekilde perpendiküler olarak iğneleme yapıldı (Şekil 1). 0.30x50 mm steril akupunktur iğnesi kullanıldı. Tetik noktada lokal seğirme yanıtı alınana kadar iğne manipüle edildi. Kuru iğneleme tedavisinin ilk seansından sonra VAS skoru 4'e ve ODİ skoru 19'a, ikinci uygulamada VAS skoru 3'e, ODİ skoru 17'ye geriledi. Üçüncü uygulamada ise VAS skoru 2, ODİ skoru 14 olarak saptandı⁵.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kuru iğneleme mikro-invaziv oluşu, maliyet etkin oluşu ve düşük yan etki profiline sahip bir yaklaşım olmasıyla hızla popülerite kazanmakta olan bir tedavi yöntemidir⁶. Kuru iğneleme tedavisini uygun bir eğitimle her fizyatrast uygulayabilir. Kronik bel ağrısı ayırıcı tanısında multifidus kasının tetik noktalarının mutlaka akılda tutulması gerekmektedir (Şekil 2). Her ne kadar tetik noktalar altta yatan başka bir patolojiye sekonder olarak da meydana gelebilse de bu tetik noktaların tedavisi fasya ve tendondaki gerilimi rahatlatarak ve spazm- ağrı- spazm kısır döngüsünü çözerek altta yatan patolojinin iyileşmesine de katkıda bulunur⁷. Kronik bel ağrısı hastalarında multifidus kasının tetik noktalarının tedavisinin tedavi protokollerine eklenmesi sonuçları pozitif yönde etkileyecektir.

KAYNAKÇA

1-Berman BM, Langevin HM, Witt CM, Dubner R: Acupuncture for chronic low back pain. *New England Journal of Medicine*. 2010, 363:454-461.

2-Silva AB, Malheiro N, Oliveira B, et al.: Efficacy of ultrasound-guided infiltration with levobupivacaine and triamcinolone for myofascial pain syndrome of the quadratus lumborum: a retrospective observational study. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*. 2021.

3-Temel M.H.,Bağcıer F.Is every anterior shoulder pain an impingement issue? Trigger points management for patients with anterior shoulder pain

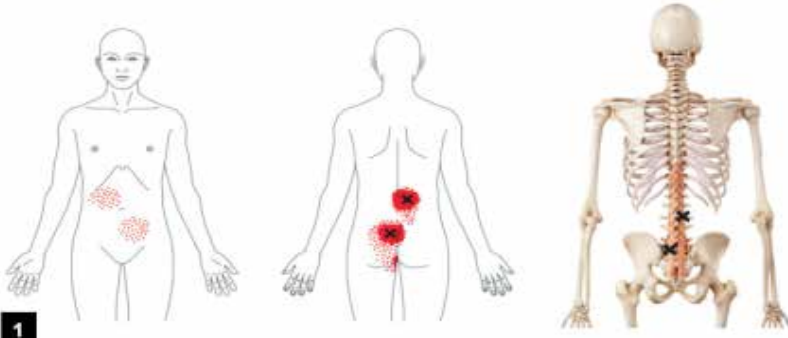
BİLDİRİLER

4-Lumbar multifidus. (t.y.). Physiopedia. Geliş tarihi Mart 19, 2023, gönderen https://www.physio-pedia.com/Lumbar_Multifidus

5-Bağcıer, Fatih, and Mustafa Turgut Yıldızgören, *Miyofasiyal Ağrı Sendromu Ve Kuru İğneleme*.

6-Rha D-W, Park G-Y, Kim Y-K, et al. *Comparison of the therapeutic effects of ultrasound-guided platelet-rich plasma injection and dry needling in rotator cuff disease: a randomized controlled trial. Clin rehabilitat. 2013;27(2):113-122.*

7-Bass E. *Tendinopathy: why the difference between tendinitis and tendinosis matters. Int J Ther Massage Bodywork. 2012;5(1):14-17.*



Şekil 1: Lomber bölge multifidus kasındaki tetik noktalar ve yansıyan ağrı bölgeleri.



Şekil 2: Multifidus kasının düz palpasyon yöntemi ile iğnelenmesi.



İSTANBUL

ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

PB-04

Temporomandibuler Ağrıda Yumuşak Dokulara Dikkat: Pterygoideus Medialis Kasının Miyofasiyal Tetik Noktası, Olgu Sunumu

Ebru Kübra Taşpolat¹, Berk Şimşiroğlu¹, Fatih Bağcıer¹

¹Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş

Temporomandibuler bölgedeki kaslardan biri pterygoideus medialis (MP) kasıdır ve çalışmalar bu kasın temporomandibuler eklem bölgesinde ağrıya yol açabileceğini göstermiştir [1]. Tek taraflı olarak kasılırsa mandibulayı kendine çeker, iki taraflı olarak kasılırsa mandibulayı kaldırır ve ağzı kapatır. MP kasının miyofasiyal tetik noktaları dil, sert damak, farenks, kulak ve boğaz bölgesinde yansıyan ağrıya neden olabilir (**Şekil 1a**). Literatürde MP kasının miyofasiyal tetik noktaları temporomandibuler disfonksiyon, bruksizm ve tinnitus gibi patolojilerle ilişkilendirilmiştir [2,3]. Temporomandibuler bölge ağrı etyolojisinde bu kasın miyofasiyal tetik noktaları da mutlaka akılda tutulmalıdır.

Olgu

32 yaşında erkek hasta (vücut ağırlığı: 75 kg, boy: 1.81 m, vücut kitle indeksi: 22.9 kg/m²) gece bruksizm (diş sıkma) ve temporomandibuler bölgede ağrı şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Geçmiş tıbbi öyküsünde yaygın anksiyete bozukluğu teşhisi mevcuttu. Vital bulguları stabildi. Yeterli eğitim ve tecrübe sahibi olan hekim, hastanın muayenesi sırasında sol pterygoideus medialis kasında tetik noktalar tespit etti. Hastanın VAS ağrı skoru 8'di. Hekim ağrıyan tarafta olacak şekilde konumlandı. Hasta sırtüstü pozisyona getirildi ve başı karşı tarafa çevrildi. İğneleme düz palpasyon tekniği ile yapıldı. Bu hastada 25mm (çap) x 13mm (uzunluk) ölçülerinde steril akupunktur iğneleri kullanıldı. İğne cilde yanaldan kranial-medial yöne doğru 45 derecelik bir açıyla penetre edildi (**Şekil 1b**). Pterygoideus medialis kası nörovasküler yapılar ve submandibuler beze yakınlığı nedeniyle yüzeysel kuru iğneleme tekniği uygulandı. Hastaya keskin ve yakıcı bir ağrı hissederse haber vermesi gerektiği söylendi. Uygulanan kuru iğneler pterygoideus medialis kasında 30 dakika bekletildi. Toplamda 3 seans kuru iğneleme tedavisi gören hastanın bruksizm ve ağrı şikayetleri önemli ölçüde azaldı. VAS ağrı skoru 8 den 4 e geriledi.

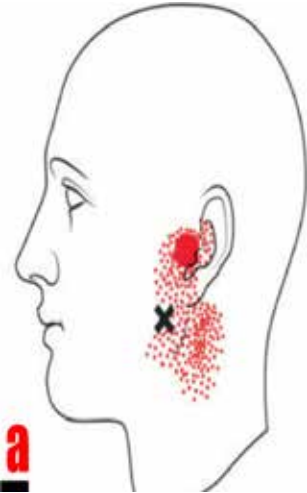
Tartışma ve Sonuç

Miyofasiyal ağrı sendromu sanıldığından çok daha fazla karşılaşılan bir durumdur. Akut dönemde tedavi edilmediğinde, santral sensitizasyon mekanizmalarını aktive edebilir ve kronik ağrıya neden olabilir. Temporomandibuler disfonksiyonun kronik ağrı ile bağlantısı göz önüne alındığında, bu bölgedeki kasların miyofasiyal tetik noktalarının farkında olmak ve tedavi etmek çok önemlidir [4]. Seans sayısı konusunda fikir birliği olmamakla birlikte haftada bir kez olmak üzere toplam 3 seans en sık yapılan uygulamalardan biridir.

BİLDİRİLER

Kaynakça

1. Jain P, Rathee M. Anatomy, Head and Neck, Medial Pterygoid Muscle. [Updated 2022 Jun 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
2. Özkan NC, Ozkan F. The relationship of temporomandibular disorders with headaches: a retrospective analysis. Agri. 2011;23(1):13-17.
3. Erdoğan M, Arifağaoğlu Ö, Karabekmez D. Bruksizm teşhis ve tedavisi üzerine güncel yaklaşımlar: Derleme. Turk J Clin Lab 2019; 10: 251-258.
4. Bağcıer F. An overlooked issue in frozen shoulder: Miyofascial trigger point. Agri. 2021 Oct;33(4):276-277.



Şekil 1a: Pterygoideus medialis kasının miyofasiyal tetik noktaları

Şekil 1b: İğne, yandan kraniyal-medial yöne doğru 45 derecelik bir açıyla penetre edildi.



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

PB-05

Göğüs Ağrısı Ayırıcı Tanısında Gizli Kahraman: Serratus Anterior Kası ve Kuru İğneleme Protokolü

Beyza Öztürk¹, Fatih Bağcıer¹

¹Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş

Göğüs ağrısı şikayeti olan bir hastada başta kardiyak, akciğer patolojileri akla gelebilir. Bununla birlikte kas iskelet sistemi kaynaklı problemler de etiolojide rol alır [1]. Pektoral kaslar ve serratus anterior kasının miyofasiyal tetik noktaları kalp krizi benzeri bir kliniğe sebep olabilirler [2,3]. Serratus anterior kasının miyofasiyal tetik noktası göğüs ağrısı, inferior skapuler bölgede ağrı ve kolun iç kısmından parmaklara uzanan bir yansıyan ağrı paternine sahiptir [4] (Şekil 1-a). Serratus anteriorun miyofasiyal tetik nokta tedavisinde birçok yöntem uygulanabilir. Medikal tedavi, manuel tedavi yöntemleri ve invaziv yaklaşımlar (kuru iğneleme) tedavi seçeneklerindedir.

Vaka

18 yaşında erkek hasta polikliniğimize göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Sol tarafta sırta ve göğüsey yayılan bir ağrısı mevcuttu. Ağrısı 6 aydır vardı ve kalbinin sıkışır gibi olduğunu söylüyordu, istirahat ya da aktiviteyle ilişkisi yoktu. İnflamatuar bir ağrı tariflemiyordu, gün içinde ara ara olduğunu belirtti. Hastanın özgeçmişi ve soygeçmişinde kardiyak bir patoloji öyküsü yoktu. Birkaç defa Kardiyoloji'ye başvurmuş, Ekg ve Eko gibi tüm tetkikleri yapılmış ancak bir sebep bulunamamıştı. Hastanın öyküsünde yoğun bir sınav stresi vardı. Muayenesinde inspeksiyonda torakal kifozu artmıştı. Servikal bölge, omuz bölgesi eklem hareket açıklıkları normaldi. Spurling testi negatifti. Nöropatik semptomları yoktu. Akciğer grafisi normaldi. Ağrılı olan bölgeye palpasyonla bakıldığında serratus anterior kasında hassas ve ağrılı olan tetik noktaları vardı. Diğer nedenler ekarte edildiğinden ağrının buradaki tetik noktalardan kaynaklandığı düşünüldü. Hastanın serratus anterior kasındaki tetik noktalara kuru iğneleme uygulaması yapıldı. İşlem sırasında hasta sol tarafı üstte kalacak şekilde yan yatar pozisyondaydı. Hastanın kolları baş üzerine alındı. Yüzeyel bir kas olduğu için 0.25x13 mm boyutunda bir iğne kullanıldı. Uygulama sırasında iğnenin interkostal aralıktan akciğerlere temas etmesini engellemek için bir elle iğneyi tutarken diğer elin işaret ve orta parmağı tetik noktanın üstündeki ve altındaki interkostal aralıklara yerleştirilerek iğnenin girmesi engellendi. Düz palpasyon yöntemi uygulandı ve iğne ile cilt arasındaki açı 90 derece olacak şekilde uygulama tamamlandı (Şekil 1-b). İşlem sonrası hasta ağrısında belirgin azalma olduğunu tarifledi.

Tartışma ve Sonuç

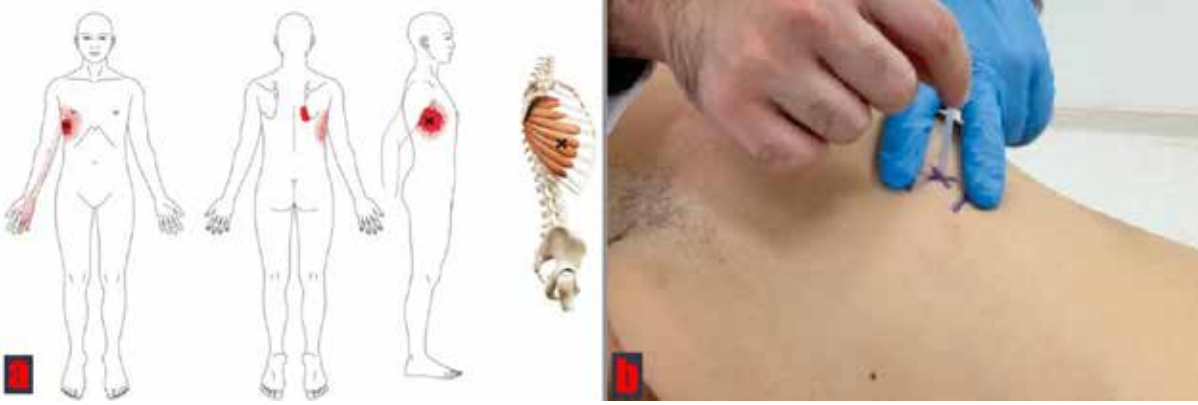
Serratus anterior kası boksör kası olarak bilinir. Yüzme, tenis veya halter gibi tekrarlayan hareketlerin olduğu sporlarda sık etkilenir. Serratus kas ağrısının en yaygın nedenleri; gerginlik, stres ve aşırı kullanımdır. Özellikle anamnezinde bu özellikler olan hastalarda dikkatli olunmalıdır [5].

Göğüs ağrısı şikayeti olan, tetkikler ve incelemeler sonucu diğer sebepler ekarte edilmiş hastalarda serratus anterior kasında palpasyonla tetik nokta bulduysa tedavi için işlem uygulanabilir. Bu kas nörovasküler açıdan güvenli bir bölgededir. Pnömotoraks riskini en aza indirmek için işlemin ultrason altında yapılması daha güvenlidir. Ancak hastaya doğru pozisyon verildiğinde, doğru iğne boyutu kullanıldığında ve doğru teknikle ultrason olmadan da güvenle yapılabilir.

BİLDİRİLER

Kaynakça

- 1) Stochkendahl MJ, Christensen HW, et al. Diagnosis and treatment of musculoskeletal chest pain: design of a multi-purpose trial. BMC Musculoskelet Disord. 2008 Mar 31;9:40.
- 2) Fitzgerald G. Thoracic outlet syndrome of pectoralis minor etiology mimicking cardiac symptoms on activity: a case report. J Can Chiropr Assoc. 2012;56(4):311-315.
- 3) Vargas-Schaffer G, Nowakowsky M, et al. Ultrasound-Guided Trigger Point Injection for Serratus Anterior Muscle Pain Syndrome: Description of Technique and Case Series. A A Case Rep. 2015 Sep 15;5(6):99-102.
- 4) Bağcier F, Yurdakul OV. A myofascial trigger point of the serratus anterior muscle that could mimic a heart attack: a dry needling treatment protocol. Acupunct Med. 2021 Oct;39(5):563-564.
- 5) Yıldızgören MT, Bağcier F. Miyofasiyal Ağrı Sendromu ve Kuru İğneleme. ANKARA: Hipokrat Yayıncılık, 2022;p362-363



Şekil 1: a; Serratus anterior kasındaki tetik noktalar ve yansıyan ağrı bölgeleri b; : Düz palpasyon tekniğiyle serratus anterior kası için uygulanan kuru iğneleme tedavisi

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

PB-06

Anterior Omuz Ağrılarının Gizli Ayırıcı Tanısı: Anterior Deltoid Tetik Noktalarına Bir Atf

Mert GENÇ¹, Fatih BAĞCIER¹, Mustafa Hüseyin TEMEL².

¹Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

²Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Üsküdar Devlet Hastanesi, İstanbul

Giriş

Anterior omuz ağrılarında sorumlu patolojiyi saptamada çeşitli zorluklarla karşılaşılabilir. Ayırıcı tanılar arasında omuz insitabilitesi, eklem çevresindeki bursalarda enflamasyon, rotator cuff yaralanmaları ve sinir tuzaklanmaları sayılabilir. [1]Miyofasiyal ağrı sendromu, kas doku tetik noktalar nedeni ile meydana gelen, klinikte sık karşılaşılmamasına rağmen genellikle ihmal edilen ve kas iskelet sisteminde ağrıya sebep olan bir hastalıktır. Deltoid kası, tetik noktaların sık tespit edildiği kaslardan biridir. Tetik noktaları, kasın uzun bir süreli eksantrik veya konsantrik kasılması sonucunda aktive olabilir ya da ağrısı artabilir. Travma, deltoid kasında tetik nokta oluşumunun yaygın bir nedenidir. Deltoid kasına genellikle yüzme, baş üstü fırlatma, tenis, ağırlık kaldırma ve kayak gibi atletik aktivitelerde aşırı yük biner. Bu aktivitelerin çoğu, deltoid kasının kuvvetli fleksiyonunu gerektirir. Darbe, tenis veya golf topuna vurmak, doğrudan kas üzerine düşme veya kontakt sporları sırasındaki darbelerden kaynaklanabilir. [2] Anterior deltoid kasının tetik noktalarından kaynaklanan ağrı, genellikle omuzdan aşağı kola doğru yayılır. [3] Deltoid kasının anterior bölümünün ana fonksiyonu, kola fleksiyon ve iç rotasyon yaptırmaktır. Ağır yük taşıma esnasında omuzun sublüksasyon ve dislokasyonunu önler. [4] Eğer anterior omuz ağrıları miyofasiyal ağrı perspektifi ile değerlendirilmezse, klinikte çok sık karşılaşılmamasına rağmen, bu sendrom atlanabilir ve hastaların tanı – tedavi süreçleri sekteye uğrayabilir. [5]

Olgu

45 yaşında erkek hasta, sağ omuz ön kısmından kola doğru yayılan ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Ağrısı 5 aydır devam etmekteydi. Ağrılarının taşınma esnasında kolu taşıdıktan ve perde astıktan sonra başladığı öğrenildi. Hasta ağrısının hareketle arttığını, istirahat ile rahatladığını ve kolunu özellikle omuz seviyesinin üstüne kaldırdığında ağrılarının daha da şiddetlendiğini bildirdi. Daha önceden bu şikâyetlerle ortopedi kliniğine başvurduğu, kendisine impingement tanısı konulduğu, subakromial steroid enjeksiyonu uygulandığı, oral ve topikal NSAID – miyorelaksan kombinasyonlarının reçete edildiği fakat şikâyetlerinde minimal gerileme olduğu öğrenildi.

Hastanın özgeçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Yapılan sistemik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. İncelemede herhangi bir atrofi ve asimetri yoktu. Vizüel analog skala (VAS) ile yapılan ağrı değerlendirilmesinde ağrı şiddeti 7, quick disabilities of the arm, shoulder and hand (Quick – DASH) ile yapılan değerlendirmede skor 54 olarak saptandı. Palpasyonla yapılan muayenede anterior deltoid kasında tetik nokta palpe edildi. Tetik noktanın kompresyonu sonucunda hastanın omuzdan başlayıp ön koluna doğru yayılan derin bir ağrının oluştuğu öğrenildi. Yapılan eklem hareket açıklığı muayenesinde sağ omuz internal rotasyon, addüksiyon ve ekstansiyonda minimal kısıtlılık saptandı. Yapılan kas gücü ve duyu muayenesinde anormallik saptanmadı, patolojik refleks yoktu ve derin tendon refleksleri doğaldı. Droparm testi negatif saptanan hastada olası bir rotator cuff hasarı dışlandı. Yergason ve Neer testleri negatifti. Servikal kompresyon testi negatifti. Çekilen anteroposterior ve lateral omuz grafilerinde glenohumeral eklemden dejenerasyon saptanmadı. Mevcut klinik bulgularla ağrı kaynağının deltoid kasının ön kısmındaki tetik noktalar olabileceği düşünülerek haftada bir defa toplam 3 seans olacak şekilde kuru iğneleme tedavisi planlandı.

BİLDİRİLER

Deltoid anterior kısmının kuru iğnelemesi için hasta yan yatış pozisyonuna alındı. Kısaç palpasyon tekniği ile lateralden mediale doğru; başparmak altta, işaret ve orta parmak üstte olacak şekilde iğneyi işaret ve orta parmağa doğru yönlendirerek iğneleme yapıldı. 0.30x30mm steril akupunktur iğnesi kullanıldı. Tetik noktada lokal seğirme yanıtı alınana kadar iğne manipüle edildi. Kuru iğneleme tedavisinin ilk seansından sonra VAS skoru 3'e ve Quick – DASH skoru 27'ye, ikinci uygulamada VAS skoru 2'ye Quick – DASH skoru 18'e geriledi. Üçüncü uygulamada ise VAS skoru 2, Quick – DASH skoru 12 olarak saptandı.



Sonuç

Anterior omuz ağrılarının ayırıcı tanıları arasında deltoid kasının anterior kısmının tetik noktaları ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Her ne kadar tetik noktalar altta yatan başka bir patolojiye sekonder olarak da meydana gelebilse de, bu tetik noktaların tedavisi fasya ve tendondaki gerilimi rahatlatarak ve spazm- ağrı- spazm kısır döngüsünü çözerek altta yatan patolojinin iyileşmesine de katkıda bulunur. Anterior omuz ağrılarının tedavisinde anterior deltoidin tetik noktalarının kuru iğneleme tedavisinin tedavi protokollerine etkilenmesi sonuçları pozitif yönde etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler

Deltoid kası, Miyofasiyal ağrı, Tetik nokta

Kaynak

[1] Stevenson J.H., Trojian T. Evaluation of shoulder pain. J Fam Pract. 2002;51(7):605–611.

[2] Bron C, Dommerholt J, Stegenga B, Wensing M, Oostendorp RA. High prevalence of shoulder girdle muscles with myofascial trigger points in patients with shoulder pain. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12:139. Published 2011 Jun 28.

[3] Yıldızgören M.T., Bağcıer F. Miyofasiyal Ağrı Sendromu ve Kuru İğneleme.

[4] Travell J.G., Simons D. Myofascial Pain and Dysfunction The Trigger Point Manual-LWW

[5] Temel M.H., Bağcıer F. Is every anterior shoulder pain an impingement issue? Trigger points management for patients with anterior shoulder pain



İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruigenelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

PB-07

Popliteal Fossa Ağrı Ayırıcı Tanısında Önemli Ayrıntı:Gastroknemius Kasının Miyofasiyal Ağrı Sendromu

¹Furkan Ayan, ¹Fatih Bağcıer

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Diz ağrısı hareketi kısıtlayan, günlük yaşam aktivitelerini veya çalışmayı engelleyen bir semptom olup birinci basamakta karşılaşılan kas-iskelet sistemi problemlerinin yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır[1]. Diz ağrısına yaklaşımda diz anterior, posterior ve lateral olmak üzere bölgesel incelenmesi ağrının etyolojisini netleştirmede önemlidir. Dizin posteriorunda yer alan popliteal fossa ağrıları birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Başlıca sebepleri Baker's kisti, menisküs posteriorve ligament yaralanmaları, hamstring ve popliteal kasların patolojileri, yumuşak doku veya kemik doku tümörleri olup bunların yanısıra nörolojik sebeplerden peroneal ve tibial sinir sıkışması, vasküler sebeplerden ise popliteal arter sıkışması öne çıkmaktadır. Yansıyan ağrılardan ise radikülopatiler, sinir tuzaklanmaları, miyofasiyal ağrı sendromu yaygın neden olarak karşımıza çıkmaktadır [2]. Miyofasiyal ağrı sendromu kronik ağrılı bir durum olup kas üzerindeki hassas noktalara (tetik nokta) basınç uygulayınca tetik nokta üzerinde ağrıya neden olmaktadır. Bu ağrı bazen tetik nokta çevresinde bazen de yansıyan ağrı şeklinde vücudun başka bölgelerinde ağrıya yol açabilmektedir[3]. Miyofasiyal ağrı sendromu yüzeysel bir ağrı ile hareket etmeyi imkansız kılacak kadar şiddetli bir aralıkta semptomu neden olabilmektedir. Tedavide fizik tedavi egzersizleri, ağrı kesici ajanlar ve tetik nokta enjeksiyonları başarıyla uygulanmaktadır[4]. Miyofasiyal ağrı sendromu dirençli ağrılarda ayırıcı tanılar arasına girmesi gereken bir ağrı sebebidir. İlgili bölgede olabileceği gibi o bölgeye tutunması olan kasların uzanımları boyunca yansıyan ağrı şeklinde hissedilebilir ve muayene ile tetik nokta tespit edilebilmektedir.

OLGU

46 yaşında erkek hasta polikliniğimize diz arkasında ağrı şikayetiyle başvurdu. Şikayeti son 1 yıldır özellikle araç kullanmaya başladıktan 20-30 dakika sonra artan, sol popliteal bölgeden başlayıp topuğuna yayılan şiddetli ağrı şeklinde tarifliyordu. Tır şoförü olduğu öğrenilen hastanın özgeçmişinde hipertansiyon dışında bilinen hastalığı yoktu. Farklı zamanlarda 5 kez hastane başvurusu olan hasta ağrılarının devam ettiğini ifade etti. Yapılan fizik muayenesinde popliteal bölgede hassasiyet, ısı artışı, kızarıklık görülmedi, yumuşak dokular doğal yapıda değerlendirildi. Patellar ballotman, Mc murray, valgus ve varus stres testleri, ön ve arka çekmece, Apley distraksiyon ve kompresyon testleri negatif olarak değerlendirildi. Hastanın 4 ay önce dış merkezde çekilen sol diz manyetik rezonans raporunda patoloji saptanmamıştı. Kemik doku patolojilerini incelemek üzere sol diz x-ray grafisi çekildi, osseöz patolojiye rastlanmadı. Hastanın ağrı yayılımını tariflediği gastroknemius kasının detaylı palpasyonunda ise 2 adet aktif tetik nokta fark edildi. Hasta VAS ağrı skorlamasını 6-8 olarak tarifledi. Daha önceki hastane başvurularında ağrı kesici ve kas gevşetici ajanlar önerilen fakat bunlardan fayda göremediğini ifade eden hastaya 5 gün ara ile 3 seans kuru iğneleme planlandı. Hasta ilk seanstan sonra şikayetlerinin gerilediğini ifade etti, VAS ağrı skorlamasını ise 2-4 olarak tarifledi. 2.seanstan sonra hasta 3. seans randevusuna gelmedi. Telefonla ulaşılan hasta ağrısının kalmadığını sözel olarak ifade etti.

BİLDİRİLER

TARTIŞMA

Ağrılı hasta muayenesinde özellikle uzun dönemli ve analjeziye dirençli mekanik ağrılarda hastanın durumunu göz önünde bulundurarak miyofasiyal ağrı sendromu dolayısı ile tetik nokta muayenesi akla gelmesi gereken önemli bir durumdur. Vakamızda olduğu gibi hastanın ağrılı bölgesi toplumda sık yakınılan ve genellikle yumuşak dokulardan menisküsler, kollateral bağlar, baker's kisti kaynaklı olabileceği ön planda düşünülerek ayırıcı tanıda miyofasiyal ağrı sendromunun değerlendirilmemesi sonucu hastanın tanı ve tedavisi gecikmiş ve hasta günlük hayatında sorunlar yaşamaya devam etmiştir. Popliteal bölge ağrılarında buraya tutunumu bulunan özellikle hamstring ve gastroknemius kaslarının miyofasiyal ağrı sendromu olabileceği akılda bulunması gerekir. Medikal tedaviden fayda görmediğini ifade eden hastalara invaziv ve güvenli müdahalelerin hasta özelinde değerlendirilip geciktirilmeden uygulanması iş gücü kaybı ve maliyetlerin azaltılarak hasta memnuniyetinin artırılmasını sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

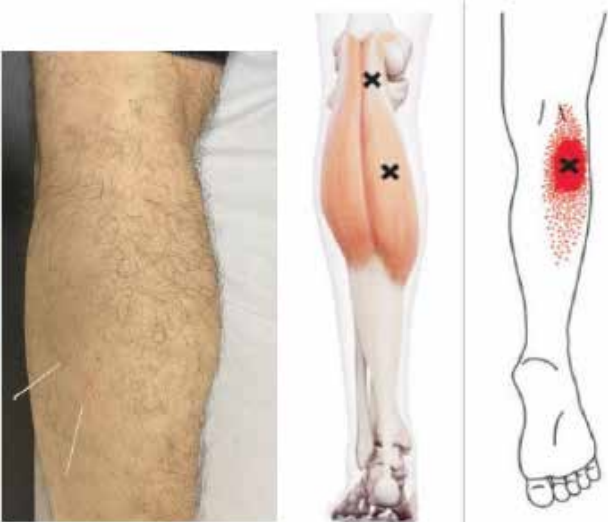
[1] Schraeder TL, Terek RM, Smith CC. Clinical evaluation of the knee. New England Journal of Medicine. 2010;363(4):e5. Cross Ref.

[2] Kwan Woong Choi, MD, Kyung Bong Yoon, MD, Duck Mi Yoon, MD, Do Heyong Kim, MD. Popliteal Fossa Pain in 24 Year old Female Korean J Pain. 2012 Oct; 25(4): 275-277

[3] Calmbach WL, Hutchens M. Evaluation of patients presenting with knee pain: Part I. History, physical examination, radiographs, and laboratory tests. American family physician. 2003;68(5):907-12. Cross Ref

[4] Saxena A, Chansoria M, Tomar G, Kumar A. Myofascial pain syndrome: an overview. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2015 Mar;29(1):16-21

Anahtar kelimeler: diz ağrısı, kuru iğneleme, miyofasyal ağrı sendromu, popliteal fossa, tetik nokta





İSTANBUL
ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

PB-08

Diz Ağrısında Gözden Kaçanlar: Tibialis Anterior Kasının Tetik Noktaları, Olgu Sunumu

Berk Şimşiroğlu¹, Ebru Kübra Taşpolat¹, Fatih Bağcıer¹

¹Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi, İstanbul

Giriş

Diz ağrısı fiziyatristlerin klinik pratiğinde oldukça sık karşılaştıkları bir durum olmasına rağmen diz ağrısı ilişkili miyofasiyal ağrı sendromu her zaman akla gelmemekte. Ağrıyı şiddetlendirebileceği gibi, ağrının kökeni olması da mümkün. Olgumuzda tibialis anterior kasına yapılan kuru iğnelemeyle diz ağrısında azalma olmasını hedefledik.

Tibialis ant. kası tibiaanın anterolateral yüzünde seyretmekte. Tibia shaftının lateralinden ve tibia kondilinde köken alıp 1.metatarsal kemiğe, medial cuneiform kemiğe yapışmakta. (fotoğraf-1)

Fonksiyonu; talokrural eklemdede dorsifleksiyon, subtalar eklemdede inversiyon olup, n. fibularis (peroneus) profundus tarafından innerve edilmekte. (L4-L5)

Olgu

45 yaşında kadın hasta (vücut ağırlığı 68kg, boy: 1.64 m, vücut kitle indeksi: 25kg/m²) kliniğimizde multipl skleroz tanısı ile yatmakta iken sağ dizinde ağrı şikayeti oldu.

Özgeçmişinde ek hastalık yok, vital bulguları normaldi. Hastanın diz mr görüntülemesi istendi, kliniği açıklayacak bulgu saptanmadı. Diz muayenesinde tibialis anterior kasında tetik nokta ve gergin bant saptandı, bunun dışında diz muayenesi ve testleri normaldi.

Tibialis ant. kası;

- ön ayak,
- ayak bileğinin anteromedial kısmı,
- ayak başparmağı lokalizasyonlarında yansıyan ağrıya neden olabilir. (fotoğraf-2)

BİLDİRİLER

İğneleme hasta sırt üstü yatarken, alt ekstremitte nötral pozisyonda veya diz fleksiyonda iken yapılır. Vakada tibia kemik sınırından başlanarak iğnelecek bölgeye çizim yapıldı. (fotoğraf-3a) Düz palpasyon tekniği uygulandı, iğne lateral olarak mediale tibia hedeflenerek cilde penetre edildi. 4 adet 0.30 x 50 mm boyutunda iğne kullanıldı. (fotoğraf-3b)

İğneler 10 dakika bekletildikten sonra geri çekildi. İdeal tedavi bir hafta arayla 3 seans olarak uygulanmalı. Tedavi ardından hastanın semptomları farkedilir derecede azaldı. Tibial arter ve ven

ile derin peroneal sinir tibialis ant. kasının lateral kısmının arkasında seyredir. İğnenin medial yönde tibiya doğru ilerletilmesi nörovasküler yapılara teması önler. Yanıcı ve keskin ağrı sinir teması açısından bir uyarıcı olarak akılda tutulmalı.

Klinik : Tibialis ant. kasının aktif olduğu aşırı fiziksel aktivite (yoğun koşu vb.) mikrotravmalara sebebiyet verir ve tibiyanın anterior yüzünde ağrıya neden olabilir. Bu durum anterior tibial stres sendromu (anterior shin splint) olarak isimlendirilir.

Sonuç

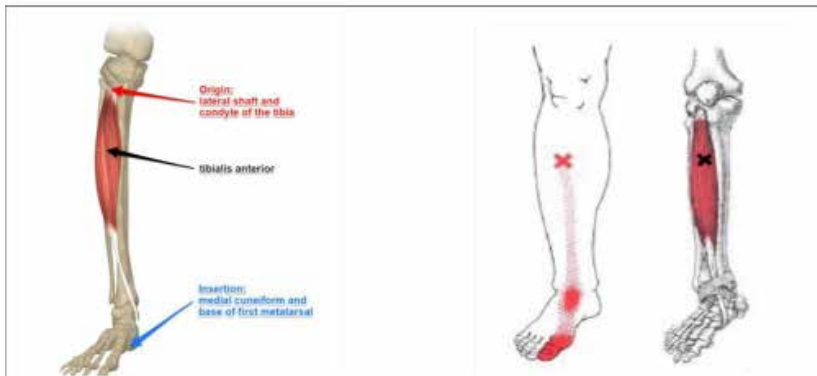
Neticede diz ağrıları düşünüldüğünde diz etrafı kasların tetik noktaları her zaman akla gelmemekte. Ancak günlük yaşam aktiviteleriyle birlikte doğal bir süreç olarak kaslarda oluşan tetik nokta ve gergin bantlar miyofasiyal ağrı sendromuna, yansıyan ağrıya neden olmaktadır. Bu sebeple ağrı denildiğinde akla gelecek ilk noktalardan biri MAS olmalı ve uygulaması kolay muayene, tedavi metodları nedeniyle fizyotristlerin ağrıyla savaşında kuvvetli silahlarından biri olduğu unutulmamalı.

Anahtar kelimeler

Diz ağrısı, tibialis anterior, tetik nokta, gergin bant, kuru iğneleme, miyofasiyal ağrı sendromu, yansıyan ağrı, anterior tibial stres sendromu (anterior shin splint)

(fotoğraf-1).

(fotoğraf-2).



BİLDİRİLER

(foto•raf-3a)



(foto•raf-3b)



FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

PB-09

Kronik Sol Göğüs Ağrısı Olan Parkinson Hastasında Pectoralis Major Kasına Enjeksiyon Olgu Sunumu

Büşra Akkuş¹, Ecenur Bilgin¹, Fatih Bağcıer¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Giriş

Parkinson hastalığı, 80 yaş ve üstü popülasyonun %4 kadarını etkileyen en sık görülen nörodejeneratif hareket bozukluğudur. Başlıca substantia nigra'daki dopaminerjik nöronların dejenerasyonu sonucu striatumdaki dopaminerjik innervasyonun kaybı ve ekstrapiramidal yolağın

disfonksiyonu sonucu meydana gelir. Ortalama başlangıç yaşı yaklaşık 60 yaş olup motor ve motor dışı semptomların görüldüğü ağır motor engellilikle sonuçlanan önlenebilir, progresif seyirli bir hastalıktır.

Hastalarda semptomlar tipik olarak bir ekstremitede veya bir tarafta başlar, zamanla tüm vücuda yayılır. Parkinson hastalarında görülen başlıca klinik bulgular şu şekildedir; tremor, rijidite, bradikinezi, postüral instabilite, yürüme ve konuşma bozukluklarıdır. Hastaların hem fonksiyonel

yetersizlikleri hem de yaşadıkları tıbbi, sosyal ve psikolojik problemlerle hayat kalitesi ciddi anlamda etkilenmektedir. Parkinson hastalarında klasik postür, boyun fleksiyonu, torasik kifoz, omuzların öne çıkması ve abduksiyonu, kalça ve dizlerde fleksiyon şeklindedir. (Resim 1)

Hastaların klasik postürüne bağlı gövde, omuz kaslarında kısıklık, güçsüzlük, miyofasiyal tetik nokta, atrofi meydana gelir.

Olgu

67 yaşında kadın hasta (vücut ağırlığı: 62 kg, boy:1.59 m) 2 yıl önce parkinson tanısı almış olup rehabilitasyon amacıyla kliniğimize kabul edilmiştir. Hasta kliniğimize kabul edildikten sonra yapılan fizik muayenesinde hastanın sağ üst ekstremitesi C5-C6-C7-C8-T1 4/5, sağ alt ekstremitesinde kas güçleri L2 5/5 L3-L4-L5-S1 4/5 olup belirgin güçsüzlük mevcuttur, Maske yüz, istirahat tremoru, konuşma başlatmada güçsüzlük, solda dişli çark bulgusu, bradikinezi, torakal kifozu mevcuttur. Walker ile ambule olduğu görüldü. Hastanın gün aşırı sol kola yayılan göğüs ağrısı olması üzerine şikayetlerine yönelik ekg, kardiyak enzim takibi yapılmış olup hastada akut koroner sendrom düşünülmemiştir.(Resim 2) Hasta tekrarlayıcı sol göğüs ağrısına yönelik kardiyolojiye konsülte edilmiş olup kardiyak bir hastalık saptanmamıştır. Hastanın kronik göğüs ağrısında diğer etyolojiler ekarte edilmiş olup hastada postürüne bağlı pektoralis major kasında kısıklık, miyofasiyal ağrı sendromu düşünülmüştür. Hastaya ultrason eşliğinde steril şartlarda 5 cc %2 lidokain ile kasa sulama tarzında enjeksiyon yapılmıştır. (Resim 3) Hastanın klinik takibinde şikayetlerinde azalma olduğu görüldü.

Tartışma

Kronik göğüs ağrılı parkinson hastalarında diğer etyolojilerle birlikte miyofasiyal ağrı sendromu olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu etyolojinin farkındalığı tekrarlayan şikayetlerle sağlık kuruluşlarına başvuruda azalma, hastaların hayat kalitesinde artma olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

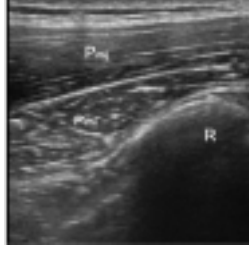
BİLDİRİLER



Resim 1



Resim 2



Resim 3

Anahtar Kelimeler

Parkinson, postür, rehabilitasyon, pektoralis major, miyofasiyal ağrı sendromu

Kaynaklar

Shin HJ, Shin JC, Kim WS, Chang WH, Lee SC. Application of ultrasound-guided trigger point injection for myofascial trigger points in the subscapularis and pectoralis muscles to post-mastectomy patients: a pilot study. *Yonsei Med J.* 2014 May;55(3):792-9. doi: 10.3349/ymj.2014.55.3.792. Epub 2014 Apr 1. PMID: 24719150; PMCID: PMC3990076.

BİLDİRİLER

PB-10



Stroke Tanılı Hastada Başparmak Ağrısında Ayrıcı Tanı: Abduktor Pollicis Brevis Kasının Miyofasiyal Tetik Noktasına Bir Atf ve Tedavi Algoritması

Muhammed Zahid Şahin¹, Fatih Bağcıer¹.

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Giriş

Başparmak bölgesi ağrıları sık karşılaşılan ve genellikle eklem kaynaklı düşünülen bir durumdur. Bu bölgede yer alan kasların miyofasiyal tetik noktaları da ağrı kaynağı olabilir. Başparmağa karpometakarpal eklem düzeyinde abduksiyon yaptıran kas M. Abduktor Pollicis Brevistir. Bu kas tenar bölgede yer alan en yüzeysel ve en lateral kas olması açısından önemlidir. Hemiplejik hastalarda yuvarlak nesnelere kavrama, yazı yazma veya dikiş dikme gibi faaliyetlerde aşırı kullanıma bağlı başparmak ağrısına sebebiyet verebilir. İnme hastalarında unutmamamız gereken önemli durumlardan biri ise miyofasiyal tetik noktalarıdır. Yapılan araştırmalara göre inme sonrası hastalarda miyofasiyal tetik noktalarının prevalansı önemli derecede artar¹. Şekil 1'de M. Abduktor Pollicis Brevis kasındaki tetik noktaları ve ağrının yansıdığı bölgeleri görmekteyiz.

BİLDİRİLER



Şekil 1

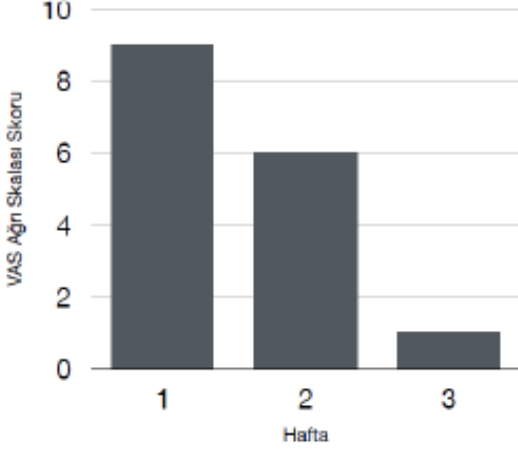
Olgu

İskemik inme sebebiyle sol hemiplejik olan 50 yaşında kadın hasta, servisimize rehabilitasyon amaçlı yatırıldı. Geçmiş tıbbi öyküsünde DM, HT ve astım mevcuttu. Travma veya aşırı kullanım öyküsü olmayan hastanın sağ el başparmağı ağrımaya başladı. Diğer ayırıcı tanılarını dışlayan hekim palpasyonla hastanın M. Abduktor Pollicis Brevis kasında aktif tetik noktalar saptadı. 0.25x13mm ölçülerinde steril akupunktur iğneleri kullanılarak hastaya kuru iğneleme tedavisi uygulandı. Kıskaç tipi palpasyon tekniğiyle (Şekil 2) medial yönden lateral yöne doğru 45 derecelik bir açı ile 1.karpometakarpal eklemine ve median sinir dallarına dikkat edilerek iğne hastanın cildine penetre edildi. 1 hafta arayla toplamda 3 seans kuru iğneleme tedavisi uygulanan hastanın VAS ağrı skalası 9'dan 1'e düştü (Grafik 1.1).



Şekil 2

BİLDİRİLER



Grafik 1.1. Kuru iğneleme seansı öncesi hastanın VAS ağrı skalası skoru.

Sonuç

Özellikle inme sonrası hastaların başparmak ağrılarında miyofasiyal tetik noktaları sıklıkla atlandığı için hastaların ağrıları kronikleşmeden durumu tespit etmek ciddi bir önem taşır. Maliyet etkinlik açısından değerlendirdiğimizde hastaların tedaviye yanıt verme oranının yüksek olduğunu görüyoruz². Bu nedenle son yıllarda miyofasiyal tetik noktalara yönelik kuru iğneleme tedavisinin kullanımı artmıştır³.

Anahtar Kelimeler: Kuru iğneleme, M. Abduktor Pollicis Brevis, İnme, Tetik N okta.

Kaynaklar

- (1) Prevalence of Myofascial Trigger Points in Poststroke Patients With Painful Shoulders: A Cross-Sectional Study Jorge H Villafañe 1 , Maria P Lopez-Royo 2 , Pablo Herrero 3 , Kristin Valdes 4 , Raquel Cantero-Téllez 5 6 , Paolo Pedersini 1 , Stefano Negrini 1 7.
- (2) Cost-effectiveness of upper extremity dry needling in the rehabilitation of patients with stroke Daniel Fernández Sanchis 1 , Juan Nicolás Cuenca Zaldívar 2 , Sandra Calvo 3 , Pablo Herrero 3 , Manuel Gómez Barrera 1 4.
- (3) Dry needling for the management of spasticity, pain, and range of movement in adults after stroke: A systematic review RafaelValencia-ChuliánaAlberto M.Heredia- RizobPersonEnvelopeJose A.Moral-MunozacDavidLucena-AntonaCarlosLuque-Morenoa.



İSTANBUL

ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

FTR GÜNLERİ

Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sempozyumu

25 Mart 2023

www.kuruignelemeakademisi.com

BİLDİRİLER

PB-11

Metatarsaljide İnterosseoz Kasların Tetik Noktası: Bir Olgu Sunumu

Beyza Nur Altan¹, Ebru Kübra Taşpolat¹, Fatih Bağcıer¹

¹Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş

– Metatars başlarında ayak önünde lokalize veya yaygın ağrı olması durumuna metatarsalji denir. Metatarsalji ayak problemleri olan hastaların en sık yakınmalarından biridir. Bu ağrı, iki ile dördüncü metatars başı plantarındaki bölgededir. Altta yatan birçok olası sebep bulunmasına karşın hepsi de yürüme mekaniği, ayak anatomisi ve şekil bozuklukları ile ilişkilidir. (1) Metatarsal kemiklerin yakınında bulunan interosseoz kaslar parmak hareketlerini kontrol eder. 4 adet dorsal interosseoz, 3 adet plantar interosseoz kas vardır. Ayak travma öyküsü olan vakalarda ayırıcı tanılar arasında interosseoz kasların tetik noktası akılda tutulmalıdır.(2)

– İnterosseöz kasların yansıyan ağrı paterni: Parmağın yan tarafına, dorsuma, ilgili metatarsın distal kısmı boyunca ayağın tabanına yansıyan ağrıya neden olabilir. (Şekil1)

Olgu

– 54 yaşında kadın hasta, yaklaşık 3 yıldır ayak tabanının ön kısmında 1.ve2. parmakları arasına doğru yayılan ağrı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Uzun süre yürüdüğünde ve ayakta durduğunda ağrılarının arttığını ve ağrılarının istirahatle azaldığını ifade ediyordu. Daha önce bilinen bir hastalığı olmayan, travma öyküsü olmayan hastanın görüntülemelerinde de herhangi bir patoloji saptanmadı.Palpasyonla yapılan muayenede metatarsal bölgede hassasiyet saptandı. İnterosseoz kaslarda tetik noktalar tespit edildi.

– Hastanın VAS skoru 10 üzerinden 7 idi. Hasta supin pozisyondayken, kalça diz hafif fleksiyonda, ayak bileği hafif dorsifleksiyona pozisyonlandı. İğneleme düz palpasyon tekniği ile yapıldı. Kısaç palpasyon tekniği ile 0.16 x 30mm boyutunda iğne dorsalden plantara doğru perpendiküler bir açı ile penetre edildi. (şekil 2) Metatarsal eklemler ve yüzeysel venlere dikkat edildi. Uygulanan kuru iğneler interosseoz kaslarda 15dakika bekletildi. Hastaya haftada bir kere olmak 3 seans kuru iğneleme tedavisi uygulandı. Hasta ilk seanstan itibaren ağrılarının azaldığını tedaviden fayda gördüğünü ifade etti. VAS skoru 10 üzerinden 3'e geriledi

Tartışma ve Sonuç

Miyofasiyal ağrı sendromu sanıldığından çok daha sık karşılaşılan ve metatarsaljide gözden kaçan bir durumdur. Diğer patolojiler ekarte edildiğinde mutlaka akılda tutulmalıdır. İnterosseoz kasların miyofasiyal tetik noktalarının farkında olmak ve tedavi etmek ağrının kronikleşmesini önlemek açısından çok önemlidir. (3)

Anahtar Kelimeler

Metatarsalji, Miyofasiyal tetik noktası, Kuru iğneleme

BİLDİRİLER

Kaynakça

- 1.Barouk, LS. Weil's metatarsal osteotomy in the treatment of metatarsalgia. Orthopade 1996;25(4):338-4f
- 2.Bağcıer F. Miyofascial trigger point. Agri. 2021 Oct;33(4):276-277. English. doi: 10.14744/agri.2020.48039.
- 3.Yıldızören MT Bağcılar F.Miyofasiyal Ağrı Sendromu ve Kuru iğneleme. ANKARA:Hipokrat yayıncılık,2022:p276-277



Şekil 1: İnterosseoz kasın miyofasiyal tetik noktaları



Şekil 2: İğne, dorsalden plantara doğru perpendiküler açı ile penetre edildi.

www.kuruignelemeakademisi.com