



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

1. GENÇ ALGOLOGLAR KONGRESİ

04-06
Ekim 2019

Koç Üniversitesi Hastanesi
Topkapı - İSTANBUL

**Kongre Bilimsel Programı,
Tam Metin ve Bildiri Kitabı**



Davet



Merhaba,

Türk Algoloji Derneği çatısı altında, 1. Genç Algologlar Kongresi **4-6 Ekim 2019** tarihleri arasında Koç Üniversitesi Hastanesi, Topkapı - İstanbul'da yapılacaktır. Bu yıl ilki gerçekleşecek olan kongremize sizleri davet etmekten büyük mutluluk duyuyorum.

Klinik ve deneysel çalışmaların, olgu sunularının, panellerin yer alacağı bilimsel programın doyurucu bir nitelikte geçmesi amacıyla yoğun bir şekilde çalışmalarımız sürmektedir.

Oturumlarda görev almayı kabul eden ve genç meslektaşlarımıza sunularında katkıda bulunacak farklı tıp dallarından değerli eğitimcilerimizin katkıları da toplantılarımıza güç katacaktır. Bu meslektaşlarımıza da katkıları için şimdiden teşekkür ediyorum.

Uzmanlık öğrencisi yeni meslektaşlarımızın ileri yaşamlarında beraber çalışacakları meslektaşlarıyla kaynaşmaları, kendileri ile ilgili eksiklerini veya farklılıklarını değerlendirebilmeleri, bilgi düzeylerini arttırabilmesi için 1. Genç Algologlar Kongresi çok önemli bir fırsattır. Bu sebepten başta tüm algoloji hekim grubu olmak üzere bu alana ilgi duyan hekimlerin mümkün olan en çok sayıda katılımın gerçekleşeceğini umuyor, kongremizde buluşmak dileğiyle sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Kongremizde buluşalım, mesleki geleceğimizi birlikte güçlendirelim.

Saygılarımla.

Prof. Dr. Nuri Süleyman Özyalçın
Türk Algoloji Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

1. GENÇ ALGOLOGLAR KONGRESİ

04-06 Ekim 2019
Koç Üniversitesi Hastanesi
Topkapı - İSTANBUL



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

Kongre Düzenleme Kurulu

(Soyadına Göre Alfabetik Sıra ile)

Dr. Hanzade Aybüke Ünal Artık

Dr. Halil Çetingök

Dr. Gözde Dağistan

Dr. Tülay Erçalık

Dr. Edip Gönüllü

Dr. Tuba Tanyel Kiremitçi

Dr. Mustafa Kurçaloğlu

Dr. Ender Sir

Dr. Oktay Tertemiz

Dr. Bora Uzuner



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

1. GENÇ ALGOLOGLAR KONGRESİ

04-06
Ekim 2019

Koç Üniversitesi Hastanesi
Topkapı - İSTANBUL

Bilimsel Program





04 Ekim 2019, Cuma

09.00-17.30 Kayıt

10.00-10.20 Açılış Konuşmaları

10.20-10.40 Ağrı tedavisi ve etik

Serdar Erdine

10.40-13.00 Boyun Ağrısı Oturumu

Mentor/Promotör: Ömür Erçelen, Ufuk Talu, Hakan Gündüz

Moderatörler: Gözde Dağistan, Edip Gönüllü

10.40-10.55 Mekanik Boyun Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım

Selin Balta

10.55-11.10 Radiküler Boyun Ağrılı Hasta Ayırıcı Tanı-Tedavi

Emel Güler

11.10-11.25 Servikal Cerrahi Geçirmiş Hastada Nöropatik Ağrıya Yaklaşım

Gözde Dağistan

11.25-11.40 Tartışma

11.40-12.00 Kahve Arası

12.00-12.15 Baş Ağrısı Servikal Kaynaklı mı?

Vildan Kılıç Yılmaz

12.15-12.30 Çoklu Servikal Cerrahi Geçirmiş Ciddi Nöropatik Ağrılı Hastada Basamak Tedavisi.
Ne Zaman SCS?

Burak Erken

12.30-12.45 Servikal Bölgeye Uygulanan İnvaziv İşlemlerinde Komplikasyonlar

Halil Çetingök

12.45-13.00 Tartışma

13.00 -14.00 Öğle Yemeği

14.00-17.30 Bel Ağrıları Oturumu

Mentor/Promotör: Serdar Özgen, Gül K. Talu, Ayşegül Ketenci

Moderatörler: Oktay Tertemiz, Bora Uzuner



04 Ekim 2019, Cuma

14.00-14.15 Bel Ağrılı Hastada Anamnez - Fizik Muayene

M. Çetin Başkaya

14.15-14.30 Bel Ağrılı Hastada Floroskopik Anatomi

Oktay Faysal Tertemiz

14.30-14.45 Bel Ağrılı Hastada Ultrason Görüntüleme

Seher İlhan

14.45-15.00 İğne Kullanımındaki Püf Noktalar

Tülin Arıcı

15.00-15.15 Bel Ağrısı Somatik mi? Organik mi?

Harika Ertem

15.15-15.30 Girişimsel İşlemlere Hazırlık

Arzu Muz

15.30-15.45 Tartışma

15.45-16.00 Kahve Arası

16.00-16.15 Opere LHP Tanılı Hastada Epiduroskopi

Çiğdem Yalçın

16.15-16.30 Opere LHP Tanılı Hastada Spinal Kord Stimulatörü

Savaş Şencan

16.30-16.45 Girişimsel İşlemlerde Komplikasyonlar -1

Bora Uzuner

16.45-17.00 Girişimsel İşlemlerde Komplikasyonlar -2

Ahmet Yılmaz

17.00-17.30 Tartışma



04 Ekim 2019, Cuma

17.30-18.30 Serbest Bildiri Sunumu / SB-01 - SB-08

SB-01: İyatrojenik Femoral Nöropatide Ultrason Rehberliğinde Femoral Sinir Bloğu ve Pulse Radyofrekans Tedavi Kombinasyonu: Olgu Sunumu

Alp Eren Celenlioğlu, Hanzade Aybuke Ünal Artık, Gülen Güler

SB-02: İntraorbital Sinir Tuzaklanması

Birzat Emre Gölboyu

SB-03: Kronik Migrenli Olgularda Tekrarlayıcı Perikranial Sinir Bloklarının Nötrofil/ Lenfosit ve Platelet / Lenfosit Oranlarına Etkileri

Devrimsel Harika Ertem

SB-04: Migren Hastalarında Serum Ürik Asit Düzeyinin Ağrı ile Olan İlişkisi

Aslı Keşkek, Yavuz Altunkaynak, Ahmet Dirican, Hülya Olgun Yazar, Tamer Yazar, Ayhan Köksal, Devrimsel Harika Ertem

SB-05: Postoperatif Ağrı Tedavisinde Hasta Kontrollü Analjezi Uygulamalarının Retrospektif İncelenmesi

Ferda Yılmaz İnal, Yedigörmüş Yılmaz

SB-06: Vaka Sunumu: Aynı Aileden İki Spondiliskit Vakası

Gözde Dağistan, Edip Gönüllü

SB-07: Lomber Spinal Stenoz ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromunda Perkütan Epidural Nöroplastinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Gözde Dağistan

SB-08: Diz Osteoartriti Tanılı Hastalarda Diz İçi Ozon Enjeksiyonu

Uygulamamızın Ön Değerlendirme Sonuçları

Gülçin Gazioğlu Türkyılmaz, Mesut Bakır, Şebnem Rumeli Atıcı



05 Ekim 2019, Cumartesi

09.00-12.00 Kanser Ağrısı Oturumu

Mentor/Promotör: Sevil Bavbek, Uğur Selek, Meltem Uyar

Moderatörler: Mustafa Kurçaloğlu, Tuba Tanyel Kiremitçi

09.00-09.15 Kanser Ağrısının Klinik Özellikleri ve Kanser Ağrısına Yaklaşım

Tuğba Tanyel Kiremitçi

09.15-09.30 Kanser Ağrısında Girişimsel Yöntemler

Mustafa Kurçaloğlu

09.30-09.45 Akciğer CA: Olgu Sunumu

Murat Çubukçu

09.45-10.00 Meme CA: Olgu Sunumu

Sinan Pektaş

10.00-10.15 Tartışma

10.15-10.35 Kahve Arası

10.35-10.50 Primer ya da metastatik kemik tümörü: Olgu Sunumu

Aycan Güner Ekici

10.50-11.05 Pediatrik yaş CA: Olgu Sunumu

Çiğdem Ohtaroğlu

11.05-11.20 Mide CA: Olgu Sunumu

İdris Şevki Köken

11.20-11.35 Mesane CA: Olgu Sunumu

Pınar Özlülerden

11.35-12.00 Tartışma

12.00-13.00 Öğle Yemeği

13:00-13:30 Hukuki sorunlarımız ve girişimlerimiz

Kürşat Bafra



05 Ekim 2019, Cumartesi

13.30-17.30 Baş Ağrısı Oturumu

Mentor/Promotör: *Sabahattin Saip, Başak Yücel, Hayri Özbek*

Moderatörler: *Ender Sir, Hanzade Aybüke Ünal Artık*

13.30-13.45 Baş Ağrılı Hastada Tanı Algoritması

Hanzade Aybüke Ünal Artık

13.45-14.00 Migren: Olgu Sunumu

Gülçin Babaoğlu

14.00-14.15 Küme Baş Ağrısı: Olgu Sunumu

Zeynep Tuncer

14.15-14.30 Sekonder Baş Ağrısı: Olgu Sunumu

Suna Aşkın Turan

14.30-14.45 Kranial Nevralji: Olgu Sunumu

Derya Güner

14.45-15.15 Tartışma

15.15-15.45 Kahve Arası

15.45-16.00 Trigeminal Otonomik Sefaljiler: Olgu Sunumu

Doğa Vurallı

16.00-16.15 İlaç Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı: Olgu Sunumu

Damla Yürük

16.15-16.30 Birer Cümle Özetle Baş Ağrısı

Ender Sir

16.30-17.00 Tartışma



05 Ekim 2019, Cumartesi

17.00-18.30 Serbest Bildiri Sunumu / SB-09 - SB-16

SB-09: Postherpetik Nevralji İle Başvuran Hastalarımızın Tedavilerinin Değerlendirilmesi

Gülçin Gazioğlu Türkyılmaz, Güldane Karabakan, Mesut Bakır, Barış Çeken, Şebnem Rumeli Atıcı

SB-10: Kompleks Rejyonel Ağrı Sendromu Tedavisinde Periferik Sinir Bloğu + Pulsed Radyofrekans Uygulaması: Olgu Sunumu

Hanzade Aybüke Ünal Artık, Alp Eren Çelenlioğlu, Fatih Uğur, Recep Aksu, Gülen Güler

SB-11: Kliniğimize Başvuran Postzoster Nevralji Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi ve Tedavi Yönetimi

Hatice Cümüs, Fahrettin Kırççek, Birzat Emre Gölboyu, Pakize Kırdemir

SB-12: Medikal ve Cerrahi Tedaviye Dirençli Anjina Pektoriste Tens Uygulaması - Üç Olgu Sunumu

Mesut Bakır, Gülçin Gazioğlu Türkyılmaz, Şebnem Rumeli Atıcı

SB-13: Gözden Kaçan Bir Tanı: Notaljia Parestetika

Gizem Gürsoy, Tuba Tanyel Kiremitçi

SB-14: Eagle Sendromu: Nadir Bir Boyun Ağrısı Sebebi

Tülin Arıcı, Bora Uzuner

SB-15: Gonartrozda fizik tedavi yöntemlerinin kullanımı ve etkinlikleri

Gökseñ Gökseñoğlu

SB-16: Migren ve Gerilim Tipi Başağrısı Tedavisinde Büyük Oksipital Sinir Blokajının Etkinliğinin Karşılaştırılması

Suna Askın Turan, Şenay Aydın



06 Ekim 2019, Pazar

09.00-11.20 Nöropatik Ağrı Oturumu

Mentor/Promotör: *Kayıhan Uluç, Kenan Akgün, Enver Özgencil*

Moderatörler: *Gözde Dağıstan, Edip Gönüllü*

09.00-09.15 Dirençli Diyabetik Polinöropatiye Yaklaşım, Yeni Alternatifler
İteriş Ahmet Şentürk

09.15-09.30 Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Olan Pediatrik Hastaya Yaklaşım
Hasan Yüce

09.30-09.45 Maliginitesi Olan Yaşlı Hastada Postherpetik Nevraljiye Yaklaşım
Güldane Karabakan

09.45-10.00 Kranial Nevraljilere Yaklaşım
Edip Gönüllü

10.00-10.15 İskemik Ağrıya Yaklaşım, İnvaziv Tedavilerde Antikoagülan İlaç Yönetimi
Hale Arkan Tuna

10.15-10.30 Abdominal Nöropatik - Visseral Ağrıya Yaklaşım
Birzat Emre Gölboyu

10.30-11.00 Tartışma

11.00-11.20 **Akılcı İlaç Kullanımı**
Halil Çetingök

11.20-12:00 **Kapanış Töreni**



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

1. GENÇ ALGOLOGLAR KONGRESİ

04- 06
Ekim 2019

Koç Üniversitesi Hastanesi
Topkapı - İSTANBUL

Tam Metinler





KO-01

Mekanik Boyun Ağrıları

Uzman Dr. Selin BALTA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Algoloji Kliniği

Boyun ağrısı toplumdaki dizabilite nedenleri arasında 4. sıklıkta olup prevalansı %37.2'dir. Boyun kaynaklı ağrıların %50'si spontan olarak veya tedavi ile iyileşirken geri kalanı kronikleşmektedir veya rekürrens kazanmaktadır.

Boyun ağrıları, mekanizma baz alarak kategorize edildiğinde mekanik, nöropatik ve mikst olarak sınıflandırılmaktadır. Mekanik ağrı omurga ile omurganın bağ ve kas gibi yapısal desteklerinden kaynaklanan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Miyofasyal ağrı, fasetojenik ağrı, servikal diskojenik ağrı, whiplash yaralanması ilişkili sorunlar, ligament zedelenmesi/rüptürü, fraktür, instabilite gibi tanılar mekanik boyun ağrısı sınıflamasında yer almaktadır.

Ayrıncı tanıda kardiyolojik sorunlar, servikal vertebra ve komşuluğundaki yapıların maligniteleri veya enfeksiyöz durumları, torasik çıkış sendromu, Chiari malformasyonu, servikal distoni gibi nörolojik hastalıklar, omuz patolojilerinin yansıyan ağrısı, romatolojik hastalıklar, vertebral/karotis arter, toraks içi organ patolojileri akılda tutulmalıdır.

Tedavide çeşitli seçenekler mevcuttur. Servikal ortezin ağrının alevlendiği dönemlerde 1-2 haftalık süreçte günde 3 saati geçmeyecek şekilde kullanılması önerilmektedir. Kronikleşen mekanik boyun ağrılarında servikal, skapulotorasik kaslar ve omuz kaslarına yönelik güçlendirme egzersizleri ağrıyı rahatlatmakta ve fonksiyonu iyileştirmekte yararlı olmaktadır. Elektroterapi, akupunktur, spinal manipülasyon, yoga, masaj terapisi gibi konservatif tedavi yöntemleri başarılı bulunmuştur. Miyofasyal ağrıda lidokain ile yapılan tetik nokta ve botulinium toksin A enjeksiyonlarının etkin olduğu gösterilmiştir.

Fluoroskopi kontrollü servikal medial dal radyofrekans termal nörotomi ile servikal fasetojenik ağrıda 12 aya varan klinik rahatlama sağlanabilmektedir. Tekrarlayan medial dal blok uygulamaları, medial dal pulsed radyofrekans (PRF), eklem içi steroid uygulaması, eklem içi PRF alternatif teknikler arasında yer almaktadır.



KO-02

Radiküler Boyun Ağrılı Hastada Ayırıcı Tanı-Tedavi

Dr. Emel GÜLER

Kayseri Şehir Hastanesi

Olgu Sunumu: 43 yaşında, kadın hasta yaklaşık 2 senedir olan boyun ağrısı ve sol kola yayılan ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 6 aydır ağrıda şiddetlenme olmuş ve 2 ay önce konservatif tedavi almış olmasına rağmen ağrıda azalma olmamış. Öncesinde çeşitli medikal tedaviler kullanan hasta, pregabalin 100 mg 2*1 kullanıyor ve VAS:7 idi.

Fizik Muayene: Eklem hareket açıklığı, öne fleksiyon ve ekstansiyon ağrılı açık, palpasyonla trapez üst-orta liflerinde hassasiyet, tetik nokta + idi. DTR'ler normoaktif. Motor defisit yok, duyu muayenesi sol C6-C7 hipoestezi mevcuttu. Spurling ve omuz abduksiyon testi solda +. Hastanın sol elde özellikle gece artan uyuşma şikayeti olması nedeni ile double crush sendromu açısından değerlendirildi. Tinel ve Phalen testi solda + idi. Hastanın 6 ay öncesine ait MR görüntülerinde sol C6-7 protrude diski mevcuttu.

Ayırıcı Tanı: Karpal tünel sendromu (KTS), servikal myelopati, Kubital tünel sendromu, ekstraspinal malignite (tiroid, özefagus, pancoast tm), Herpes Zoster, Parsonage Turner Sendromu (Brakial Pleksopati), Post. İnterosseus sinir tuzaklanması, Refleks Sempatik Distrofi, Rotator Cuff tendinozisi, Torasik Outlet Sendromu hasta muayenesi sırasında akılda tutulmalıdır. Double Crush Sendromu ise, bir sinirin seyri boyunca çift kompresif lezyonun birlikteliğini tanımlayan terimdir. Hastamızın EMC'sinde sol C7 kronik nörojenik tutulum ve sol median sinir orta derece KTS olarak yorumlandı. KTS için gerekli tedavi önerilerinde bulunuldu.

Tedavi: Hastaya servikal epidural steroid enjeksiyonu kararı verildi. Paramedian, kontrilateral oblik tekniği kullanılarak enjeksiyon yapıldı. İşlem sonrası VAS:3, 3 hafta sonra VAS:6 olarak değerlendirildi. Hastanın kontrol fizik muayenesinde, rahatlama olmaması nedeni ile servikal C6-7 transforaminal epidural steroid enjeksiyonu (TFESE) kararı verildi. TFESE sonrası VAS'da %50 azalma mevcuttu, işleme pulse RF eklendi. Hastanın işlem sonrası VAS: 0, 3 ay sonra kontrol VAS:2 idi.



KO-03

Servikal cerrahi geçirmiş hastada nöropatik ağrıya yaklaşım

Dr. Gözde DAĞISTAN
Aydın Devlet Hastanesi

VakaSunumu: 38 yaşında erkek hasta boyundan sırtta, bilateral kollara yayılan ağrı, uyusma şikayetiyle polikliniğe başvurdu. 2 kez servikal cerrahi geçirmişti. Hastanın sol üst ekstremitede Triceps kas gücü ve refleksi azalmıştı. VAS'ı 8 idi. Hastaya tetik nokta enjeksiyonu, paravertebral blok uygulandı. Pregabalin başlandı. Hasta kontrol muayenesinde VAS değerinin 7 olduğunu belirtti. duloksetin başlandı. Tedaviden yeterli yanıt alınamaması üzerine interlaminer epidural steroid enjeksiyonu planlandı. Hastanın işlemten kısmi fayda görmesi üzerine perkütan epidural nöroplastisi (PEN) planlandı.

PEN'de epidural alana girişte 3D tekniği kullanılır. 3D tekniği adını yön,derinlik,yön (direction,depth,direction) kelimelerinin baş harflerinden almıştır. Anteroposterior(AP) floroskopik görüntülemeyle epidural Racz iğnesi ile uygun aralıktan girilerek ilerlenir. iğnenin derinliği lateral görüntülemeyle kontrol edilir. Kontralateral oblik görüntülemenin lateral görüntülemeye üstün olduğunu savunan çalışmalar mevcuttur(1). İğne epidural bölgeye yaklaştığında AP floroskopik görüntülemeyle iğnenin yönü tekrar kontrol edilir. Direnç kaybı yöntemiyle epidural aralığa girilir. Opak madde verilir.

Epidural alana verilen sıvının direncin en az olduğu yolu takip ederek yayılması perivenöz alana yayılım olarak bilinmektedir. Bu sırada servikal foramenlerden çıkış yoksa basınç lateral epidural alanda artar. Basıncın artması spinal kordun arteryel beslenmesini bozarak iskemik spinal kord hasarına neden olabilir. Bu aşamada baş boyunun fleksiyon ve rotasyonu nöral foraminaların genişlemesini sağlayarak lateral bölgeden sıvı çıkışını sağlar(2).Ardından kateter hedef seviyeye ilerletilerek nöral foramene doğru yönlendirilir. Foramenden kontrast çıkışı görülür. 1500 ü hiyalüronidaz, sonrasında lokal anestezi, steroid karışımından 2 cc test dozu verilir. intratekal yada intravasküler yayılım olmadığı takdirde kalan 4 cclik karışım verilir. Subaraknoid ve subdural blok olmadığı takdirde 5 ml %10 hipertonic solüsyon infüzyonu yapılır. Kateter çekilir.

Kaynaklar:

1- Gill JS, Aner M, Jyotsna N, Keel JC, Simopoulos TT. Contralateral oblique view is superior to lateral view for interlaminar cervical and cervicothoracic epidural access. Pain Medicine 2015; 16:68-80.

2- Racz GB, Heavner JE. Cervical Spinal Canal Loculation and Secondary Ischemic Cord Injury-PVCS-Perivenous Counter Spread-Danger Sign! Pain Pract. 2008;8(5):399-403.



KO-04

Baş ağrısı servikal kaynaklı mı?

Uzm. Dr. Vildan KILIÇ YILMAZ

SBÜ Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Algoloji Kliniği

Servikojenik baş ağrısı temel olarak unilateral bir baş ağrısıdır. temporal tutulum yaygın olmakla birlikte frontotemporal ve okuler bölgeye yayılımı sıklıkla

Genelde zonklayıcı olmayan sıkıştırıcı tarzda

Servikojenik baş ağrısı her zaman aynı taraftadır

Başlangıçta epizodik, daha sonra dalgalanma gösteren kronik bir hal alabilir.

Boyun lokalizasyonu gösteren semptom ve bulgular zorunludur. Bunlar boyun hareketlerinin genişliğinde daralma, atağın mekanik presipitasyonla ya da boyun hareketi ile başlaması temel özellikleridir.

Bulanık, fotofobi/fonofobi, zonklayıcı karakter, baş dönmesi, bulanık görme ve yutma zorluğu gibi özellikler olabilir ama baskın değildir

ICHD-III

A: Boyundaki bir kaynağa bağlı olarak oluşan basın bir yada daha fazla bölgesinde yüzde hissedilen, C ve D kriterlerini içeren ağrı

B: Servikal omurgada veya boyunun yumuşak dokularında baş ağrısına sebep olacağı bilinen yada genel olarak böyle kabul edilen lezyon yada bozukluğun klinik laboratuvar ve veya görüntüleme yöntemleri ile kanıtlanması

C: Ağrının boyun hastalığı veya lezyonuna bağlı olduğunun aşağıdakilerden en az birine dayanan kanıtı

- 1: Boyunda ağrıya sebep olan bir kaynağa ait klinik bulguların gösterilmesi
- 2: Servikal yapı veya sinir uzantılarının diagnostik anestetik bloklarla baş ağrısının ortadan kalkması
- 3: Ağrı tedavi edilirse üç ay içinde geçer

Üst servikal bölge tümörleri, kırık, enfeksiyon, RA kesin baş ağrısı sebebi olarak gösterilmemiş olmasına rağmen tek tek olgularda sebep sayılabilirler

Spondiloz osteokondrit sebep olarak kabul edilmez

Boyundaki miyofasiyal duyarlı noktalara bağlı ağrı varsa baş ağrısı Gerilim tipi baş ağrısı olarak kabul edilir

C1 karşılayacak spesifik klinik bulguların güvenilirlik ve geçerliliğinin kabul edilmiş olması gerekir

C2 ölçütü için VAS:0 ağrının ortadan kalkması demektir fakat 100 puanlı VAS 5 altına düşerse %90 dan fazla azalma ile C2 ölçütü karşılanır

FARMAKOLOJİK TEDAVİ
FİZYOTERAPİ
CERRAHİ



KO-05

Spinal Kord Stimülasyonu

Dr. Burak ERKEN

Spinal kord stimülasyonu(SCS) uygulaması, kronik ağrı tedavisinde yaklaşık 50 yıldır uygulanan bir nöromodülasyon tekniğidir. Özellikle nöropatik vasıflı ağrıda daha etkin olan bu uygulama, konvansiyonel tedavilerle yeterli ağrı azaltılması ve hayat kalitesinde iyileşme sağlanamayan kronik ağrılı hastalar için giderek artan sıklıkta uygulanan umut verici bir tedavi yöntemidir.

Ağrının lokalizasyonuna göre stimüle edilmek istenen seviye planlandıktan sonra, dorsal epidural alana perkütan olarak yerleştirilen leadler aracılığı ile oluşturulan stimülasyon sonucu, spinal ve supraspinal mekanizmalarla ağrı duyumunun azaltılması amaçlanır. İşlem 2 aşamalı olup ilk aşama ortalama 1 haftalık deneme aşamasıdır, bu süre sonunda hastanın ağrısında en az yüzde 50 azalma olması ve hayat kalitesinde artış bildirmesi durumunda 2. aşama olan kalıcı jeneratörün batın ya da gluteal bölgeye yerleştirilmesi gerçekleştirilir. Deneme süresi sonrası yeterli fayda sağlanamayan hastalarda olası başarısızlık sebepleri varsa düzeltilip deneme süresi uzatılabilir ya da leadler çıkarılarak işlem sonlandırılabilir.

Failed back surgery syndrome(FBSS), ağrılı periferik damar hastalıkları, kompleks bölgesel ağrı sendromu gibi pek çok kronik ağrılı hastalıklarda kanıta dayalı tıp göz önüne alındığında etkin bir ağrı tedavi yöntemi olduğu görülmektedir.

Hayatı tehdit edici komplikasyonu olmamakla birlikte, oluşabilecek komplikasyonların çoğu donanımla ilgili komplikasyonlardır ve çoğu cihazın çıkarılması ile geri döndürülebilir.

Doğru endikasyonlar ve uygun hasta seçimi tedavi başarısının belirleyicisidir.

Yeni teknolojik gelişmelerle önümüzdeki yıllarda daha da önem kazanacak bu uygulama, tecrübeli kliniklerde deneyimli hekimler tarafından uygulanmalıdır.



KO-06

Servikal Bölge İnvaziv İşlemlerinde Komplikasyonlar

Dr. Halil ÇETİNGÖK

Bilinen Kronik böbrek yetmezliği, hipertansiyon, atriyel fibrilasyon, glokom, koah ve hipotiroidi tanıları olan 64 yaşında kadın hasta boyun ve kol ağrısı ile ağrı kliniğine başvuruyor. Hastanın ağrısı bilateral boyundan omuza ve ön kola yayılıyor, ön kol laterali ve işaret parmağına kadar iniyor. Şikayetler yaklaşık 12 yıl önce başlamış olup ilk başlarda birkaç ay sürüp rahatlama dönemleri yaşarken son 2.5 yıldır ara vermiyor. Ağrı uyuşma, karıncalanma, yanma, bıçak saplanması karakterinde. Medikal tedavide muscoril ve majezik ile kısmi ve hafif fayda görüyor. Gabapentin ve pregabalin denenmiş ancak sedasyon nedeniyle kullanamamış. Fizik tedavi 2 kez denenmiş, kısmi ve çok kısa süreli fayda görmüş. Tetik nokta enjeksiyonları faydasız. 2 kez servikal epidural steroid enjeksiyonu sonrası 4-5 ay %80 rahatladığını söylüyor. Medikal tedavide aldactone, beloc, combivent nebul, euthrox, ator, fluoksetin, E vitamini kullanıyor. Muayenede sağda el bileği ekstansörlerinde zayıflık ve sağ el başparmak ve işaret parmağında hafif hipoestezi saptanıyor. Hastanın MR uyumsuz kalça protezi olması nedeniyle görüntüleme yapılamıyor. Hastaya C7-T1 aralığından interlaminer epidural steroid enjeksiyonu yapılıyor. İşlem sırasında sağ kolda elektrik çarpması gibi ağrı olup geçiyor. İşlemden 8 dakika sonra kollarda uyuşma, nefes darlığı, bilinç kaybı geliyor. Subdural ilaç yayılımı ön tanısıyla hasta resüsite ediliyor ve 1 saat içerisinde düzeliyor. Aynı hasta taburculuk sonrası tetrapleji, ksifoid altında duyu kaybı ve idrar-gayta inkontinansı ile acile başvuruyor. Hastaya çekilen BT sonucunda epidural hematoma geliştiği anlaşılıyor ve acil dekompresyon ameliyatına alınıyor. Medulla sisteminden hastanın apixaban etken maddeli antikoagülanı kullandığı anlaşılıyor. 3 ay sonra hasta tama yakın düzeliyor.



KO-08

Floroskopik Vertebral Anatomi

Dr. Oktay Faysal TERTEMİZ

Vertebraların arka yüzü, intervertebral diskler, vertebra arkusları ve bunları birleştiren bağlar içinde medulla spinalis ve onu örten zarları içeren spinal kanalı meydana getirir. Bu kanal yanlarda intervertebral, arkada interlaminer foramenlerle dışarı açılır. vertebra arkusları üzerindeki çentiklerin birleşmesi ile meydana gelen intervertebral foramenler spinal sinirlerin vertebral kanalı terk etmesine olanak verirken, arkada laminalar arasında oluşan ve üçgen biçiminde olup gövdenin öne fleksiyonu ile eşkenar dörtgen biçimini alan interlaminer foramenler, iğnenin epidural veya subaraknoid aralığına ulaşmasına olanak verir.

Hasta, işlem yapılabilen bir radyolüsentin üzerine konumlandırılır. Lomber lordozu gidermek için yastık yerleştirilir. İlk röntgen çekilir ve istenen vertebra seviyesinden ilgi alanı belirlenir. Omurganın floroskopik görüntülerinin elde edilmesi, iğne yerleştirilmesi için önkoşuldur. Floroskopik görüntüler, hastanın kendine özgü fizyolojik ve patolojik eğriliğine bağlı olarak, ilgilenilen her bir vertebra seviyesine göre farklılık gösterir.

Floroskopik AP Görüntüleme: AP konumundan başlayın . C-kol ayarlarını kullanarak hedef vertebrayı hedefleyerek ayarlayın , C-kol kullanarak endplate tek bir satır olarak görünene kadar ve disk alanlarını açıkça görülebilir hale getirene kadar ayarlayın. Doğru yapıldığında, vertebra gövdesi orta çizgi boyunca sivri uçlu bir süreç ile "kutu" görünümünde olmalıdır.

Floroskopik lateral Görüntüleme: C kolunu lateral konumuna çevirin. Endplateler üst üste getirine kadar floroskopiye ayarlayın. Vertebranın posterior duvarı ile süperpose olmalıdır. Doğru yapıldığında, omur gövdesi bir kutu görünümüne sahiptir ve foramina açıkça görülebilmektedir

Çift görünümlü endplateler anatominin yanlış karar vermesine ve tehlikeli şekilde yanlış iğne yerleştirilmesine neden olabilir.

İskoç Köpeği: Bir İskoç Köpeği görünümü elde etmek için önce AP görünümünde endplateler düz olmalıdır. C-kolunu, İskoç Köpeği görünene kadar istenen erişim tarafına doğru eğin



KO-10

İğne Kullanımındaki Püf Noktalar

Dr. Tülin ARICI

Spinal iğne

- Düşük gauge iğne çapı daha geniştir
- Çentik kesik uçla aynı hizadadır
- Çentik bir markır olarak kullanılır
- İğne ucu sivri olan yönde hareket eder " Bevel kontrol" "Eğim kontrolü"
- Quincke : Keskin uçlu, enjeksiyon yeri uçta
- Whitacre : Künt uçlu (kalem uçlu), uçları yuvarlak, enjeksiyon yeri yanda
- Sprotte : Açıklığı uzun, yandan enjeksiyon

İğne ucunu eğmek

- 5-10 derece kesik tarafın aksi yönünde
- Bevel kontrolü daha etkili hale getirir
- Yumuşak bir eğim verilir

Kaldıraç hareketi

- İğne merkezi bir yöne doğru hareket ederken ucu karşı tarafa doğru hareket edecektir
- Kalın iğnelerde cilt dayanak görevi görür
- İnce iğnelerde parmak yardımıyla yapılan konkavite parmak dayanağını oluşturur

İğnenin medial ve ventral olarak ilerletilmesi

- İğne iki predominat vektör tarafından kesilir : medial ve ventral
- Çentiği laterale çevirmek iğne ucunu mediale ilerletecektir
- Çentiği mediale çevirmek iğne ucunu ventrale ilerletecektir



Kayma hareketi

- Kemik engeli ile karşılaşırsa uygulanır
- İğne ucu 180 derece döndürülerek obstrüksiyon geçilir
- Tekrar 180 derece döndürülür

Parmak derinlik ölçüsü

- İğne parmaklar arasında sıkıştırılır ve geri çekilir
- Aynı mesafeye kadar yeniden ilerletilir

Uzatma kablosu

- Operatörün eli ile x-ray ışını arasındaki mesafeyi artırır
- İğnenin hareketini azaltır

Trajeksiyon görüntüsü

- İğnenin x ışınlarıyla eş eksenli yoludur
- İlk oryantasyonu sağlar
- Direkt yol (engelsiz yol)
- Bazen final multiplanar görüntüdür
- Çoğunlukla final multiplanar görüntülerden biri değildir

Multiplanar görüntü

- Minimum iki planda görüntü alınmalıdır
- Final görüntüler genellikle anteroposterior ve lateral'dir



KO-11

Bel ağrısı somatik mi ? Organik mi?

Dr. Devrimsel Harika ERTEM

*Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ağrı Kliniği, İstanbul, Türkiye*

Kronik bel ağrılı olgularda psikiyatrik komorbidite sıklıkla eşlik etmektedir (1). Antidepresan ilaçlar, duygudurum düzenleyicileri ve anti epileptik ilaçlar hem kronik bel ağrısı hem de psikiyatrik hastalıklarda ortak kullanılan ilaçlardır. Tedaviye dirençli bel ağrılı hastalarda psikiyatrik değerlendirme muhakkak yapılmalıdır.

Bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel belirtilerden kaynaklanan yakınmaya somatizasyon denir (2). Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar (önceki adıyla Somatoform Bozukluklar) psikososyal ya da duygusal sorunların somatik yakınmalarla ifade edilmesidir. Kalıtsal veya kronik hastalıklar somatizasyona yatkınlık oluşturur. Sekonder kazanç, iş yeri stresi ve yetersiz sosyal destek gibi durumlar kronik bel ağrılı olgularda somatizasyonu süregelenleştirebilir (3).

Kronik bel ağrısında somatizasyonun değerlendirilmesi ve eliminasyonu, hem hastaların psikiyatri birimlerine yönlendirilmesinde gecikmelerin önüne geçilmesi hem de gereksiz tetkik ve tedavilerin önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Somatizasyon düşünülen kronik ağrılı olgularda hastaya baş etme ve işlevselliğe odaklanmanın öğretilmesi, tanısız ve terapötik tutuculuk, öyküye odaklanılması ve psikiyatri konsültasyonu istenmelidir.

Bu sunumda kronik bel ağrı tanımlayan iki olgunun literatür verileri eşliğinde organisitenin somatizasyondan ayırt edilmesi ve tedavi planının anlatılması amaçlanmıştır.

Kaynaklar:

- 1- Ciaramella A, Poli P. Chronic Low Back Pain: Perception and Coping With Pain in the Presence of Psychiatric Comorbidity. J Nerv Ment Dis. 2015;203(8):632-640.
- 2- Zhang G, North CS. Somatization disorder and somatoform symptoms in systematically studied survivors of 10 disasters. Ann Clin Psychiatry. 2017 Aug;29(3):182-190.
- 3- Melloh M, Elfering A, Stanton TR, et al. Who is likely to develop persistent low back pain? A longitudinal analysis of prognostic occupational factors. Work. 2013;1;46(3):297-311.



KO-13

Opere LHP Tanılı Hastada Epiduroskopi

Dr. Çiğdem YALÇIN

Epiduroskopi: Fiberoptik teknolojiyi kullanarak epidural aralığın incelenmesi

Endikasyonlar: 1) Epidural bölgedeki patolojinin doğrudan gözlenmesi. 2) Epidural enjeksiyonlar/ sinir kökü blokları başarısız olmuşsa 3) Kronik siyatik ağrısının giderilmesinde epidural yapışıklıkların rahatlatılması. 4)SELD 5)Sitoloji ve biyopsi

Ağrıyı Azaltma Mekanizması: Diğer seçenekler ile kıyaslandığında epiduroskopi ile ağrının yerinin tespit edilebilmesi bir avantajdır. Steroid enjeksiyonu direk problemli alana uygulanabilir. Yıkama inflamatuvar mediatörlerin uzaklaşmasını sağlar, sinirin ödemi azaltır, kanlanmayı artırır. Adezyonlar açılabilir. Fibröz dokuyu sinir kökünün etrafından uzaklaştırmak sinire hareket sağlar. Bu durum sinir kökünde kanlanmayı arttırarak başka bir fayda da sağlar.

Komplikasyonlar: Enfeksiyon, epidural hematom, dura ponksiyonu, postdural ponksiyon baş ağrısı, sinir kökü hasarı, maküler hemoraji ve görme bozukluğu, mesane ve bağırsak disfonksiyonu, seksüel disfonksiyon

Makula kanamaları 2 mekanizma ile açıklanabilir. İlki; BOS P'daki artış direkt olarak optik sinir etrafındaki dural kılıflar vasıtasıyla retinal venöz dolaşıma aktarılıyor olabilir. İkincisi; intrakranial P artışına bağlı kan akımındaki azalma, oftalmik arter P'daki refleks artışı aktive ediyor olabilir. Bu da venöz kollaps ve kapillerler de yırtılma ile sonuçlanıyor olabilir. Bir çalışmada optik sinir kılıf çapının (ONSD) ultrasonografik ölçümü kullanılarak, sıvı hacmine göre epiduroskopinin ONSD üzerindeki etkileri araştırılmış. Düşük hacimli (LV) veya yüksek hacimli (HV) sıvı uygulaması yapılmış. ONSD ölçümü, önce (T0) ve epiduroskopiden hemen sonra (T1), 10 dakika (T2) ve epiduroskopiden sonra 20 dakika (T3) yapılmış. Her iki grupta ONSD'de zaman içinde önemli farklılıklar göstermiş. HV grubu, T0'dan T2'ye ve T3'e LV grubundan daha büyük değişiklikler göstermiş. Sonuç olarak, ONSD ultrasonografisi, epidural hipertansiyonu tanımlamak için iyi bir teşhis doğruluğu seviyesi sunar denmiş.

Komplikasyonlardan Korunmak İçin Önerilenler: 1 saat limit, 200 cc volüm, düzenli drenaj, hasta kliniğinin sürekli gözlenmesi



KO-14

Opere Lomber Diskopatili Hastalarda Spinal Kord Stimülatörü

Dr. Öğr. Üy. Savaş ŞENCAN

Marmara Üniversitesi FTR ABD, Algoloji BD

34 yaşında erkek hasta 9 yıldır bel olan bel ve sol bacak ağrısı şikayetiyle Algoloji polikliniğimize başvurdu. Fizik muayanesinde düz bacak germe testi bilateral 30° pozitif ve ağrı değerlendirmesinde VAS (visual analog scala) skoru 9' idi. Lomber disk hernisi tanısıyla 9 yıl önce L5-S1 enstrumantasyon ve posterior lomber interbody füzyon operasyonu yapılan hastaya ikinci operasyon 7 yıl önce enstrumantasyon çıkarılması amacıyla uygulanmış. Gabapentin 3x800mg, fizik tedavi programı ve 2 kez transforaminal epidural steroid enjeksiyonu uygulanmasına rağmen yeterli yanıt alınamamış. Hastaya başarısız bel cerrahisi sendromu (BBC) tanısıyla ortak konsey kararı alınarak spinal kord stümülatörü (SKS) tedavisi uygulanmasına karar verildi. T9-T11 seviyesinden elektrod implantasyonu yapılan hastanın 2 hafta süren trial döneminden sonra ağrıda %50'den fazla azalma sağlanması sonrası kalıcı pil takıldı. Hastanın işlem sonrası altıncı ay kontrolde ağrı değerlendirmesinde VAS skoru 2' idi.

SKS BBC'lu hastalarda uzun dönemde ağrı ve yaşam kalitesinde azalma sağlayan etkili bir tedavi seçeneğidir. Konvansiyel SKS'de hastanın sürekli paresteziye bağlı rahatsızlık hissetmesi, aksiyel ağrıda tedavide yeterli yanıt alınamaması gibi durumlar nedeniyle son zamanlarda yeni ve farklı uygulamalar geliştirilmektedir. High/ Burst frequency gibi yeni olan bu uygulamaların konvansiyel SKS ile karşılaştırıldığında daha etkili olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (1). Ancak bu alanda daha fazla sayıda randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Referanslar:

Kapural L, Yu C, Doust MW, Gliner BE and et al. Comparison of 10-kHz High-Frequency and Traditional Low-Frequency Spinal Cord Stimulation for the Treatment of Chronic Back and Leg Pain: 24-Month Results From a Multicenter, Randomized, Controlled Pivotal Trial. Neurosurgery. 2016 Nov;79(5):667-677.



KO-15

Sakral Epidural Laser Dekompresyon (SELD) İşlemi Sonrası Gelişen Komplikasyon

Dr. Bora UZUNER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Algoloji Kliniği

38 yaşında erkek hasta, 3 aydır olan şiddetli bel ve sağ bacak ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Dış merkezde 15 seans fizik tedavi görmüş. Epidural steroid enjeksiyonu yapılmış ama rahatlama olmamış. Fizik muayenesinde lordozda düzleşme ve antalgik skolyoz postürü mevcut, valleiks noktalarında hassasiyet vardı. EHA muayenesinde bel hareketleri tüm yönlerde tama yakın tutuk ve ağrılıydı. Nörolojik muayenede duyu ve motor kaybı yok. Düz bacak kaldırma pozitif. Hastaya epidroskopi işlemi yapılmasına karar verildi. Asepsi-antisepsi kurallarına uygun olarak hasta hazırlandıktan sonra skopi ile ilk önce kaudal blok yapıldı. Guide wire ile epidural aralıkta olduğumuz tespit edildikten sonra epidroskopi kataterinin ucu S4 hizasında anteriora yönlendirilerek anterior epidural aralığa girildi. Daha sonra kataterden opak madde verilerek lateral görüntüleme ile opak maddenin ventral epidural alan boyunca dağıldığı tespit edildi. Skopi AP pozisyonunda iken orta hat boyunca L3-L4 vertebra arası intradiskal mesafeye kadar katater ile ilerlendi. Hastaya ablasyon (0.5 J, 10 HZ) PLL altındaki diske uygulandı. İşlem sırasında hastanın şiddetli ağrı duyması nedeniyle lazer işlemi sonlandırıldı. Postop 1. saat sağ bacakta uyuşukluk ve güçsüzlük şikayeti başladı. Yapılan kas gücü muayenesinde sağ ayak bilek DF KG:2/5 tespit edilmesi üzerine hastaya lomber MRG görüntülenme istendi. Görüntülemelerde L3-L4 disk seviyesindeki protuzyonun ekstürüde olduğu ve kranial ve sağ noral foromeni oblitere ettiği tespit edildi. Hasta beyin cerrahisine konsülte edildi. Hastaya beyin cerrahisi tarafından sağ L3-L4 laminektomi ve diskektomi işlemi uygulandı. Postop kas gücü düzelen hasta 3 gün sonra taburcu edildi.



KO-17

Kanser Ağrısının Klinik Özellikleri ve Kanser Ağrısına Yaklaşım

Dr. Tuba Tanyel KİREMİTÇİ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı

Kansere bağlı %25-50 hastada tanı sırasında %75 hastada ise ilerleme ile ağrı vardır. Tümör invazyonuna ve tedaviye bağlı ağrılar olabileceği gibi kanser veya tedavi ile ilişkili olmayan ağrılar da eşlik edebilir.

Kanser hastaları oldukları yaştan daha büyük gösterebileceği için hitap ederken "teyze, amca" yerine "hanım, bey" kullanılması ayrıca öneme sahiptir. Yaşam kalitesini etkileyen ağrı dışındaki semptomları sorgulanmalı ve hayatlarına olumsuz etkilerini saptanmalıdır. Hastanın primer malignitesi ve metastazları ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalıdır. Aldığı tedavi, geçirdiği operasyonlar, kullandığı analjezik medikasyon ve adjuvan kullanımı sorgulanmalıdır.

Kansere bağlı ağrı zamana göre akut, kronik; kliniğe göre somatik, visseral, sempatik; mekanizmasına göre nosispetif, nöropatik, psikosomatik olabilir.

Hastaların %70 inde ağrıya hassas yapıların tümörle invazyonu veya kompresyonu sonucunda ağrı oluşur. Vertebral tutulum, epidural spinal kord basısı, kemik iliği infiltrasyonu ve kafatabanı metastazları sonucunda %50 hastada kemik ağrısı görülmektedir.

Kanser tedavisi için yapılan cerrahi operasyonlar, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi hastaların %20'sinde ağrı kaynağıdır.

Detaylı ağrı anamnezinde, ağrı kaynağı ve tipi saptanmalı ağrı lokasyonu yayılımı karakteri ve şiddeti belirlenmelidir.

Tedavi planının yapılırken ağrının kaynağı, niteliği ve tipi, analjeziklere olan cevabı, hastanın genel durumu ve diğer semptomları, eşlik eden hastalıklar, morbidite ve mortalitesi öğrenilmeli ve elde edilen bilgilere göre hastaya özel basamak tedavisi oluşturulmalıdır.

Hastaya o anda başlanacak tedavi hakkında anlayacağı şekilde yeterince bilgi verilmeli ve bu konudaki soruları cevaplanmalıdır. Tedaviye cevap alınamaması ya da yeterli gelmemesi durumunda başka yöntemlerin olduğu bilgisinin verilmelidir. Hastaya ve yakınlarına ağrının kontrol altına alınabileceği ve bu konuda her zaman destek olunacağını güveni verilmelidir.



KO-18

Kanser Ağrısı Tedavisinde Girişimsel Yöntemler

Dr. Mustafa KURÇALOĞLU

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1986'da yayınladığı kanser ağrısında analjezik kullanım ilkelerinde sırasıyla non-opioid, zayıf opioid, güçlü opioidlerden oluşan 3 basamaklı bir analjezik merdivenin uygulanmasını önermiştir. Bu merdivendeki basamakların yetersiz olduğunda da girişimsel ağrı tedavisine geçilmesi önerilmiştir. DSÖ, 2015'te yayınladığı ilkelerdeyse analjezik merdivenin yanına adeta bir asansör koymuş ve bu basamaklardan herhangi birinde girişimsel işlemlerin, fizik tedavi modalitelerinin uygulanabileceğini belirtmiştir. Kanser ağrısında hangi aşamada girişimsel işlemlere karar verileceğini hekimin çalıştığı kliniğin şartları, çalışma temposu, hastanın ve hekimin tercihleri belirler. Türkiye şartlarında çalışan bir algolog için genel olarak güçlü opioidlere geçildiği esnada hastayı bir taraftan da girişimsel işlemler için de irdelemesini önerebiliriz. Bugün sempatik bloklar, nöroaksiyel teknikler ve kısaca kordotomiden bahsedeceğiz.

Stellat Ganglion Blokajı: Stellat gangliyon blokajı üst ekstremitenin kanser kökenli ağrılarında uygulanabilir.

Splanknik Blok-Çölyak Blok: Üst batin organlarından kaynaklanan kanser ağrısında uygulanır

Süperior Hipogastrik Pleksus Bloğu: Alt batin ve pelvik organlardan kaynaklanan kanser ağrılarında uygulanır.

İmpar Gangliyon Bloğu: Rektum ve perinenin kanser ağrısında uygulanır

Epidural-Spinal Yöntemler: Nöroaksiyel alana kateter takılıp cilt altına port yerleştirilmesi esasına dayanır. Mekanik veya elektronik pompalar da kullanılabilir. Nöroaksiyel alana morfin, bupivakain, fentanil gibi analjezik veya lokal anestezikler verilerek ağrı palyasyonu sağlanır.

Kordotomi: C5 seviyesinin altında, tek taraflı kanser ağrılarında kullanılan bir yöntemdir. C1-C2 seviyesinden giriş yapılarak lateral spinotalamik traktın anteromedial bölgesi hedeflenir ve bu alana 60-70°, 60 saniye, iki tur radyofrekans lezyonu uygulanır.

Son söz olarak şunu belirtmeliyiz: Kanser ağrısını opioidler, non opioidler, girişimsel işlemler, psiko-terapi, fizyo-terapi, adjuvan ilaçların beraber kullanıldığı multimodal bir yaklaşımla değerlendirmek lâzımdır.



KO-19

Akciğer Kanserinde Ağrı

Uzm. Dr. Murat ÇUBUKÇU

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

58 yaşında erkek hastanın sağ omuz ve kol ağrısı bir süre boyun ve omuz patolojilerine bağlı olduğu düşünülerek tedavi edilmiş. Ağrısı geçmeyince tetkikleri derinleştirilmiş. Elektrofizyolojik tetkikleri brakiyal pleksus alt trunkus tutulumu ile uyumlu iken PA Akciğer sağ apekte radyoopak kitle saptanmış. Toraks BT'si sağ akciğer apekte vasküler yapıları çevreleyen ve aksillada pektoral kas posterioru ile sınır ayırımı yapılamayan düzensiz konturlu kitle olarak raporlanırken biopsi sonucu akciğer adenokarsinom olarak gelmiş. Kemoterapi ve radyoterapi başlanmış. Ağrı tedavisi olarak Fentanil transdermal patch 50 mcg TTS ve Morfin amp 10 mg/gün parenteral alan hastanın yakınması devam edince polikliniğimize konsülte edilmiş.

Hastanın ağrısı sağ omuz, aksilla, kol, önkol medial taraf ile 3,4,5. parmaklarda lokalizeydi. Yanma tarzında tanımladığı, NRS'de 8/10 puan verdiği ağrının gün boyu sürdüğünü, gece şiddetlendiğini söylüyordu. Fizik muayenede boynun sağa lateral fleksiyonu ağrılı, kolun abduksiyon, fleksiyon ve ic rotasyonu sonlarda ağrılı ve kısıtlı, dirsek düzeyinde kubital tünelde tinnel pozitif, el bileği ve el dorsumu hafif ödemli, sağ hipotenar kaslar hafif atrofikti. Parmak abduksiyon ve adduksiyonunda 4-/5 düzeyinde güçsüzlük mevcuttu.

Hastaya Gabapentin başlandı ve dozu 1800 mg/gün'e yükseltildi. Tramadol 200 mg/gün eklendi. Bu tedavi ile ağrısı 4/10 seviyesine gerilese de gece ağrısı nedeniyle uyku sorunları yaşamaya devam eden hastaya girişimsel işlem planlandı. Supin pozisyonda anterior yaklaşımla sağ stellat gangliyona 90 saniye süreyle 70C'de RF termokoagülasyon uygulandı. İşlem sonunda ağrının şiddeti NRS 1/10'a kadar geriledi.

Bu olgu ışığında; tedaviye dirençli omuz ağrılarında akciğer superior sulkus tümörlerinin mutlaka akılda tutulması gerektiği, DSÖ'nün önerdiği basamak tedavisi uygulanırken etkili olabilecek adjuvan tedavilerin atlanmaması gerektiği ve brakiyal pleksopati ağrılarında stellat gangliyon RF termokoagülasyonunun etkin bir girişimsel algolojik işlem olduğunu vurgulamak isteriz.



KO-20

Meme Kanseri Hastada Ağrı: Olgu Sunumu

Dr. Sinan PEKTAŞ

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji Bilim Dalı

Giris: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Mastektomi sonrası görülen ağrı ve lenfödem hastaların yaşam kalitesini bozan önemli komplikasyonlardır. Postmastektomi kronik ağrı sıklığı %15-58 olduğu belirtilmektedir. Lenfödem ise hastaların %15 'ini etkilemektedir.

Olgu: 62 yaşında meme kanseri (invasiv duktal karsinom , evre 3B) tanılı kadın hastaya 1 yıl önce sağ modifiye radikal mastektomi ameliyatı yapılmış. Bu süreç içerisinde hastaya radyoterapi ve kemoterapi uygulanmış. Cerrahi tedaviden sonra sağ üst ekstremitede lenfödem gelişmiş ve radyoterapi sonrası ödemde artış olmuş. Ayrıca hastanın mastektomi yapılan toraks duvarında koltuk altına yayılan yanma ve iğnelenmenin eşlik ettiği, ani saplanıcı, gece uykudan uyandıran, hareketle ve derin nefes alıp vermekle tetiklenen, şiddetli (NRS:8/10) nöropatik ağrısı mevcut. Sağ omuz eklem hareketlerinde kısıtlılık olan hasta, kolunu kullanmada zorluk çekiyormuş. Lenfödem olan ekstremitesinde zonklama, sızı şeklinde ağrıya hafif yanma eşlik ediyormuş. Lenfödeme yönelik fiziksel tedavi uygulanmış. Analjezik tedavi olarak fentanil transdermal bant 75mcg TTS, oksikodon 40-80 mg/gün, amitiriptilin 10 mg/gün kullanan hasta, gece kesintisiz en fazla 2 saat uyuyabiliyormuş. En çok toraks ve koltuk altına yayılan ağrısından şikayetçi olan hastamızın ağrısı ilaçlarla %20-30 azalıyormuş.

Sonuç: Mastektomi sonrası nöropatik ağrısı ve lenfödemi olan hastaya stellat ganglion bloğu yapıldı. Nöropatik ağrısının orta-yüksek (NRS 6-7/10) şiddette, kol ağrısının çok hafif şiddette ve lenfödemde hafif azalma olduğu belirtildi. Hastanın ilaç tedavisine pregabalin eklendi. Sonraki süreçte ağrı tedavisine yönelik torakal sempatik ganglion bloğu, torakal dorsal root ganglion pulse radyofrekans tedavisi, interkostal blok, fasiyal plan blokları, paravertebral blok, epidural katater/port uygulamalarının yapılabileceği düşünüldü.



KO-21

Kemik Tümörleri Olgu Sunumu

Uzm. Dr. Ayca Güner EKİCİ
Eskişehir Şehir Hastanesi

43 yaşında, kadın hasta

Sikayet: Sırt ve göğüs ağrısı, halsizlik, sol kola vuran şiddetli ağrı

Tanı: Metastatik akciğer kanseri

Tedavi: Contramal 100mg 3x1, parol flk. 3x1gr iv., durogesic 50mcg

PET: Sağ akciğer kitlede artmış FDG tutulumu, karaciğerde multiple odak, T7 vertebra, sol skapulada artmış tutulum, sol 6, 7, 8. kotlarda tutulum mevcuttu.

Hastaya USG eşliğinde sol stellat gangliona 3cc bupivacaine ile blok uygulandı. Sol omuz ve kol ağrısı %70 azaldı. Sol stellat gangliona C7 vertebra korpusu ile transvers çıkıntı birleşme noktasından 70 derecede 90 saniye radyofrekans termokoagülasyon(RFT) uygulandı. Ayrıca Sol torakal 6, 7, 8. interkostal sinirlere de 2cc bupivacaine sonrası RFT uygulandı.

Hasta Durogesic 50mcg, morfia CR 15mg 2x1 ile evine taburcu edildi. Yaklaşık 3 ay sonra sırt, bel ve sol kalça ağrısı başlayan hasta rekonsülte edildi. Durogesic 125mcg, morfia CR 30mg 2x1, contramal 100mg 2x1, ağrı ataklarında da subkutan 5mg morfin uygulanıyordu.

PET CT: L1, L2, L3, L4 vertebrada yeni tutulum, pelvik kemikler ve sol femur proksimalinde tutulumlar mevcuttu.

Hastaya T10 –T11 intervertebral aralıktan kalıcı tünelli epidural katater takılarak 3x5mg morfin 8cc volümde uygulanınca ağrısı rahatladı. 20 gün sonra epidural katater yerinden çıktığı için yeni epidural katater T11-T12 intervertebral aralıktan yerleştirildi. Aynı doz uygulanmaya devam edildi. 20 gün sonra hasta ilaç yaparken çok şiddetli ağrı duyduğunu söyledi. Epidural fibrozis geliştiği düşünülerek katater çekildi. Katater çekilince ağrıları çok arttı. Durogesic 125mcg'a çıkıldı. Oxopane 10mg 4x1, Morfia CR 30mg 2x1 eklendi. Spinal katater takılması planlandı.

Hastaya L4-L5 intervertebral aralıktan spinal port katater yerleştirilerek 3x1,2mg morfin 3cc volümde uygulandı. 3 ay boyunca hastamızın ağrıları çok rahatladı.



KO-24

Mesane Kanseri Hastada Ağrı Tedavisi

Dr. Pınar ÖZLÜLERDEN

Denizli Devlet Hastanesi Algoloji

Olgu: 77 yaş erkek hasta ,Mesane Ca (6 ay önce tanı) evreleme T3B (Ekstravezikal makroskobik yayılım).<6 ay önce idrarda kanama ile başvurmuş. Sistektomi planlanmış,hasta istememiş, KT, RT istemiyor. Ağrı Inguinal bölge,penis ve testislerde,Yanııcı, batıcı, iğneleyici, zonklayıcı tarzda, His kaybı,allodini +. Daha çok akşama doğru ağrısı artıyor. Ağrısız dönemleri oluyor, breakthrough ağrı (+) 3-4 kez/gün yarım saat-1 saat sürüyor. Gece ağrısı oluyor, uyuyamıyor. Kreatinin 1.7 olduğu için NSAİ ilaç kullanması yasaklanmış. Parasetamol 4x1gr ile ağrısı hafiflememiş. Kontrollerde Tramadol 100 mg, gabapentin 300mg 3x1 başlanmış.Hasta polikliniğimize başvurduğunda VAS 8 idi, nöropatik ağrısı devam ediyordu. Tedaviye oksikodon 20 mg 2x1 eklendi, gabapentin 600 mg 3x1 e çıktı. Bir sonraki kontrolünde VAS:6 idi, nöropatik ağrı şikayetleri devam ediyordu. Opioidle bağlı yan etkiler (kabızlık, mide bulantısı) tedavi edildi. BFT takibi yapıldı. Superior hipogastrik blok planlandı. Diyagnostik bloktan fayda gören hastayanörolitik blok uygulandı. Hastaya 1 gr sefazolin işlemden önce profilaktik olarak verildi. Ameliyathane salonunda floroskopi eşliğinde steril şartlarda uygulandı. Hasta pron pozisyonda lomber lordozu düzleştirmek için batına yastık yerleştirildi. 0,1 mg/kg midazolam 0,1 mcg/kg fentanil ile sedatize edildi. Pulse, ekg, TA ile monitörlene edildi. L5-S1 intervertebral disk aralığı floroskopi ile görüntülandı. Lokal anesteziden sonra 15 cm iğne ile giriş yapıldı. C kolu ile 30 derece sefale 25 derece orta hattan açı verilerek iliak krista ekarte edilerek L5-S1 intervertebral disk aralığından tunelled-vision şeklinde ilerletildi. C kolu lateral pozisyona getirildi. İğne diskin içinde ilerletildi, kontrast madde verilerek diskografi yapıldı. Disk içi ilerletildi direnç kaybı olunca iğnenin yeri kontrast madde ile kontrol edildi. 5 cc %6 fenol verildi. 3 gün sonraki kontrolünde hastanın VAS skoru 3 e gerilemişti. Tramadol 50 mg 2x1, oksikodon 10 mg 2x1'e düşürüldü. 3 hafta sonraki kontrolde VAS:4



KO-25

Baş ağrısında Algoritma

Dr. Hanzade Aybüke ÜNAL ARTIK

Baş ağrısı sınıflamasında 'International Headache Classification 3' versiyonu kullanılmaktadır. Baş ağrısında doğru tanıya ulaşmada anamnez en önemli araçtır. Hastada yaş, ağrının başlangıç zamanı, ağrı lokalizasyonu, ağrının karakteri, süresi, şiddeti, eşlik eden semptomlar, tetikleyici faktörler ve ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Baş ağrılı hastada mutlaka nörolojik muayene yapılmalıdır. Primer baş ağrılarında nörolojik muayene normaldir. 50 yaşın üzerinde ve 10 yaşın altında yeni başlangıçlı baş ağrılarında mutlaka sekonder baş ağrıları irdelenmelidir. 3 aydan kısa süreli baş ağrısı akut-subakut olarak değerlendirilir ve sekonder baş ağrıları açısından dikkatli olunmalıdır. Ağrının daima aynı lokalizasyonda olması bize daha sıklıkla sekonder baş ağrıları, trigeminal otonomik sefaljileri ve nevraljileri düşündürmektedir. Ağrı lokalizasyonda değişme varsa, sekonder baş ağrıları açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Primer baş ağrılarında trigeminal otonomik sefaljiler unilateral orbital bölgede, migren unilateral, gerilim tipi baş ağrısı ise bilateral frontotemporal bölgede lokalizedir. Zonklayıcı baş ağrısı sıklıkla migren ve küme baş ağrısında görülürken; sıkıştırıcı ağrı gerilim tipi baş ağrısı ve servikojenik baş ağrısında izlenmektedir. Küme baş ağrısı ve paroksizmal hemikrania da ise ağrı, oyucu karakterdedir. Nevraljilerde ağrı elektrik çarpması; primer saplanıcı baş ağrısı ve SUNCT/SUNA da ağrı saplanıcı karakterdedir. Patlayıcı vasıfta baş ağrılarında öncelikli olarak akla sekonder baş ağrıları gelmektedir. Sekonder baş ağrıları ekarte edildikten sonra patlayıcı ağrı, primer öksürük baş ağrısı ve primer gökgürültüsü baş ağrısı açısından araştırılmalıdır. Ağrının süresi migrende 4-72 saat, gerilim tipi baş ağrısında 30 dakika- 7 gün, küme baş ağrısında 15-180 dakika, paroksizmal hemikraniada 2-30 dakikadır. Primer saplanıcı baş ağrısı, SUNCT/SUNA ve nevraljilerde ise ağrı atağı saniyelerle sınırlıdır. Eşlik eden semptomlardan bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi, otonom semptomlar, aura, tinnitus varlığı sorgulanmalıdır. Primer baş ağrısı hastalarında ilaç aşırı kullanımı ile varolan ağrı, karakter değiştirebilir veya ağrı sıklık/ şiddeti artabilir.



KO-26

Migren: Olgu Sunumu

Dr. Gülçin BABAÖÇLU

Migren genetik yatkınlığı olan bireylerde tetikleyici faktörlerle ortaya çıkan ataklarla seyreden bir baş ağrısı sendromudur. Baş ağrısı 4-72 saat sürer, zonklayıcı karakterdedir; bulantı ve/veya kusma, fotofobi, fonofobi, osmofobi ve kinezyofobi eşlik edebilir. Migrenöz baş ağrısında yeni başlangıçlı semptomlar, sürekli aynı taraf baş ağrısı, atipik klinik bulgular, çok şiddetli baş ağrısı ve epilepsi birlikteliği varsa mutlaka sekonder nedenler dışlanmalıdır.

Tedavide, kompliyansı önlemek amacıyla mümkün olan en düşük dozda ilaçlar başlanmalıdır. Hasta baş ağrısı günlüğü ile takip edilmeli, tetikleyiciler belirlenmeli ve tetikleyicilerden kaçınması önerilmelidir. Atak tedavisi; baş ağrısının maksimum şiddete çıkış hızı, süresi, rekürrens olup olmadığı, eşlik eden özellikler, komorbid hastalıklar ve geçmiş tedavi deneyimi göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir. Tercih edilebilecek basit analjeziklerin, migrene özgü triptanların ve ergotaminin haftada 2'den fazla kullanılmaması gerektiği; aksi durumda ilaçlara bağlı baş ağrısı gelişebileceği hakkında hastalar bilgilendirilmelidir. Atağa bağlı özürülük azsa ayda 5, atağa bağlı özürülük belirginse ayda 2 günün üzerinde ağrı mevcudiyetinde, seyrek ama uzun süren şiddetli ataklar varsa, atak medikasyonları etkisizse, kontrendikasyon varsa ya da yan etki yapıyorsa, atak ilaçlarını aşırı kullanıyorsa, atak beklentisi yoğun stres yaratıyorsa, uzun, sıkıntı verici auralar varsa veya hemiplejik migren varlığında profilaktik tedavi başlanmalıdır. Geçmiş tedaviler, komorbiditeler, kontrendikasyonlar ve özel durumlar (gebe, çocuk hasta, laktasyon) göz önünde bulundurularak antiepileptik, antidepresan ve antihipertansif ajanlardan biri seçilmelidir. Propranolol, metoprolol, valproik asit, topiramet ve flunarizin erişkinlerde birinci basamakta tercih edilebilecek ajanlardır. Rutin kontroller eşliğinde 6-12 ay profilaktik tedaviye devam edilmeli, medikal tedavilerin yetersiz olduğu durumlarda girişimsel ağrı tedavileri; büyük oksipital sinir blokajı, onabotulinumtoksin A enjeksiyonu uygulamaları akıldaki tutulmalıdır.



KO-27

Küme Başağrısı Olgu Sunumu

Dr. Zeynep TUNCER

Otuzdokuz yaş, kadın hasta 7 senedir belirginleşen başağrısı şikayeti ile başvurdu. Periodisite gösteren başağrısı süre olarak 1-4 saat sürmekte ve özellikle sol nadiren sağ tarafta olmaktadır. Otonom özellikler mevcuttu ve gece 02'de çalar saat gibi gelmekteydi. Küme başağrısı tanısı konulan hasta bugüne kadar küme başağrısı tedavisinde önerilen tüm ilaçları kullanmıştı. Hastaya, pulse steroid tedavisi, verapamil 600 mg/gün ve melatonin 12 mg/gün ve diğer tedavi önerilerinde yer alan tüm ilaçlar verilmesine rağmen hiçbir yanıt alınmadı. Atakta verilen oksijen ve migren spesifik ilaçlara yanıt olmadı. Yapılan GON/LON sinir blokajlarına ve sphenopalatin bloklara yanıt alınmadı. Ajitasyonun eşlik ettiği fakat belirgin otonom özelliklerin görülmediği bir başağrısı atağında verilen diazepamdan fayda gördü. Psikiyatri tarafından haloperidolparenteral infüzyon verilmesi önerildi. Ancak hasta kendi psikiyatristine takip olmayı tercih etti.

Küme başağrısı tek taraflı, 15-180 dakika süren, şiddetli, gece ve gündüze de yayılabilen, ani başlayıp ani biten ve otonom özelliklere sahip bir başağrısıdır. ICHD 3 sınıflamasına göre ajitasyon da, atakta otonom özellikler olmasa bile tanı kriterlerinden biridir. Seyri açısından epizodik ve kronik küme olarak ikiye ayrılır. Epizodik küme başağrısında bir küme periyodu içerisinde başağrısı taraf değiştirmez olarak kabul edilse de, bizim hastamızda şahit olunan hem sağ hem sol taraflı başağrıları olmuştur. Yapılan bir çalışmada %69-92 arasında küme başağrısının taraf seçtiği belirtilmiştir. Tedavisi öncelikle medikaldir. Tedavi prensiplerinde atak tedavisinde oksijen ve etkisi hızlı etki başlangıcı olan subkutan ve nazal yollar tercih edilmeli, profilaksiste ise başağrısız geçen minimum 3 hafta sonrasında ilaç dozu azaltılmaya başlanmalıdır. Geçiş profilaksisinde steroid verilebilir. Tedavi kılavuzlarında farklılıklar da mevcuttur. Girişimsel tedavi olarak destrüktif protokolün yeri yoktur. Sinir blokajları (sphenopalatin ve GON) uygulanabilir. Sphenopalatin radyofrekans ve sphenopalatin ganglion stimülasyonu uygulamaları da kılavuzlarda çeşitli öneri düzeylerinde geçmektedir. 2017'de de yenilik olarak noninvasif vagus stimülatörü gündeme gelmiştir. Ancak medikal ya da girişimsel tedaviler kadar hastaların psikiyatrik yönden de ele alınması önemli ve gereklidir.



KO-28

Sekonder Başağrısı Olgu Sunumu

Dr. Suna Aşkın TURAN

Giris: Bilinen veya gösterilebilir herhangi bir yapısal hastalıkla ilişkili olmayan ve istisnai durumlar dışında yaşamı tehdit etmediği kabul edilen süregelen baş ağrıları "Primer baş ağrıları" olarak değerlendirilmektedir. Buna karşılık öykü, fizik ve nörolojik muayene veya ileri tetkikler ile yapısal veya gösterilebilir bir neden ile (nedensel olarak) ilişkilendirilen baş ağrılarına "sekonder başağrıları" denmektedir. Bu olgu sunumunda primer başağrısı ile takip edilirken sekonder başağrısı kliniği ile gelen hastanın sunumu yapılacaktır.

Olgu: 20 ay önce sağ mastektomi ve aksiler lenf nodu disseksiyonu yapılan ve tamoksifen kullananan invazif duktal meme karsinom tanısı olan 30 yaşında kadın hasta zonklayıcı sol yarım başağrısı, bulantı, kusma ve bulanık görme şikayeti ile Algoloji polikliniğine başvurdu. Daha önceki ataklarında hep sağ yarım başağrısı olan ve Oksipital sinir blokajı ve sonrasında pulsed RFT ile atak sayısı 2/ay olan hastanın nörolojik muayenesi ve kan tetkikleri normal olması nedeniyle büyük oksipital sinir blokajı yapıldı ve 1 saatlik takibinde kompliyasyon olmaması ve ağrısının geçmesi nedeniyle taburcu edildi. 3 gün sonra polikliniğe yeniden müracaat eden hastanın bulanık görmesi artmış, başağrısı daha şiddetli idi. Bilateral papillaödemi ve sol hemihipoestezi ve hemiparezisi (4/5) saptanması üzerine hastadan acil Kraniyal BT, Kraniyal MRG ve MRV istendi. Yapılan tetkiklerde sağ bazal ganglia ve talamusta yer yer hemorajik alanların eşlik ettiği hiperintens alan ve transvers sinüs ve sinüs rektus trombozu saptanması üzerine hasta Nöroloji Kliniği'ne sevk edildi (Şekil 1). Tamoksifen ve kansere bağlı serebral ven trombozu tanısı ile hasta 3 ay antikoagülan tedavi ile takip edilerek tamoksifen kesildi, yerine daha az tromboemboli riski olan anastrozole geçildi.

Sunuc: Daha önceden primer başağrısı ile takip ettiğimiz hastaların şikayetlerinde değişiklik, bulanık görme, güçsüzlük gibi nörolojik bulgular tarif ettiğinde mutlaka sekonder nedenleri dışlamak için görüntülemeye başvurmak gerekir.



KO-29

Kranial Nevralji- Olgu Sunumu

Uzm. Dr. Derya GÜNER

Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi

44y, E hasta 2 yıldır devam eden, sol kulak ön yüze ve temporal alana yayılım gösteren elektrik çarpar tarzda ağrı şikayeti ile Algoloji plk'e başvurdu. Nörolojik ve sistemik bakışı, görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri normaldi. Özgeçmiş, soygeçmişte özellik yoktu. Ayırıcı tanıda kulak çevresinde nevralfom ağrı yapabilecek ağrılı kranial sinir lezyonları 2018 ICHD son sınıflamaya göre değerlendirildi. Trigeminal nevralsi; trigeminal sinirin bir veya daha fazla dalının innerve ettiği alanında ani, şiddetli, genellikle tek taraflı, kısa süreli keskin, batıcı ve elektrik çarpması şeklinde bir ağrıdır; uyaranlarla tetiklenebilir. Patofizyolojide; trigeminal sinirin kompresyonu sonucu (periferik bir patoloji veya beyin sapında kök giriş bölgesinde) demyelinizasyonun yarattığı ektopik impulslar sorumlu tutulmaktadır. NM'de duysal defisit varlığı, korneal refleks kaybı, oftalmik dal tutulumuna ve ek KS tutulum varlığına dikkat edilmelidir. Glossofarengeal nevralside ; tek taraflı, dil kökünden gırtlığa yayılan, şiddetli, şimşekvari, paroksizmal ağrılar klinik tabloyu belirler. Dilin posterioruna, tonsiller fossa, farenkse yayılabilir. Vagal yayılımı olan hastalarda ağrıya eşlik eden bradikardi, senkop atakları olabilir. Öksürme, hapsirme, yutma gibi işlevler ağrıyı provoke eder. N. Intermedius nevralsisi kısa paroksizmlerle kendini gösteren nadir bir hastalıktır. Ağrı genellikle auditor kanal ve kulak kepçesinde belirgin olmakla beraber, yumuşak damak, mastoid çıkıntı ve mandibulanın temporal parçasına dağılım gösterebilir. Genellikle vasküler bası mevcuttur nadiren tümör bası görülebilir. İşitme kanalı ve periaurikuler alanda tetikleyici noktalar bulunabilir. Dış kulağın karmaşık innervasyonu ve sinirsel overlapping (trigeminal sinir, fasial sinir, n. glossofarengeus ve n. vagus, üst servikal dorsal kökler) nedeniyle hangisinden kaynaklı bir problem olduğu net anlaşılamaz. Nevralji form ağrılarda genel tedavi protokolleri : medikal tedavi, periferik sinir blokları ve cerrahi tedavidir. Medikal tedavide anti epileptik ilaçlar önceliklidir.



KO-30

Trigeminal Otonomik Sefaljiler: Olgu Sunumu

Dr. Doğa VURALLI

Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Algoloji, Bakırköy, İstanbul

Giris: Trigeminal otonomik sefaljiler (TOS), tek taraflı başağrısı ile aynı tarafta kranial otonomik belirtilerle birliktelik gösteren birincil başağrısı bozukluklarıdır ve birbirlerinden atakların süresi, sıklığı ve tedaviye cevaplarındaki farklılık ile ayrılmaktadır.

Olgu: 41 yaşında kadın hasta, 1 yıldır olan sağ supraorbital-temporal bölgede sürekli, hafif-orta şiddette başağrısı şikayetiyle başvurdu. Başağrısı haftada 5-6 kez şiddetleniyormuş, şiddetlenmeler genelde 30 dakika-1 saat bazen 2 güne kadar sürüyormuş, bu şiddetlenmeler sırasında huzursuzluk, sağ kulakta dolgunluk, hafif bulantı ve fotofobi-fonofobi eşlik ediyormuş. Nörolojik muayenesi normal olan hastanın çekilen kranial MRG'sinde başağrısını açıklayabilecek patoloji saptanmadı. Başlanan indometazin tedavisine tam yanıt veren hastaya hemikrania continua tanısı konuldu.

Tartışma: Hemikrania continua süregelen tek taraflı hafif-orta şiddette başağrısı zemininde, alevlenmelerle seyreden bir TOS sendromudur(1). Ağrı alevlenmelerine konjunktival kızarıklık, lakrimasyon, miyoz, pitoz, nazal konjesyon, rinore, kulakta dolgunluk gibi otonom bulgular, migrenöz ağrı özellikleri ve huzursuzluk eşlik eder. Paroksizmal hemikrania (PH) ve kısa süreli tek yanlı nevralfiform başağrıları (SUNCT/SUNA), ağrı genellikle oftalmik sinir alanındadır ve keskin, batıcı, zonklayıcı veya oyucu, çok şiddetli bir ağrıdır ve ipsilateral kranial otonomik belirtiler eşlik eder(1). PH'de atak süresi 2-30 dakika(2) ve atak sıklığı günde 1-50'dir. SUNCT ve SUNA'da atak süresi 1-600 sn(2), sıklığı ise 3-200/gün'dür. Konjunktival yaşarma ve kanlanmanın her ikisi de SUNCT'a eşlik ederken, SUNA'ya sadece biri eşlik eder. TOS'larda sekonder nedenlerin ekartasyonu için kranial görüntüleme yapılmalıdır. Hemikrania continua ve PH indometazine yanıt verir. İndometazini yan etki nedeniyle kullanamayan hastalarda farklı medikal tedaviler, periferik sinir blokları ve sfenopalatin bloğu gibi girişimsel tedaviler uygulanabilir. SUNCT/SUNA'nın tedavisi güçtür, tedavide ilk tercih lamotrijindir. SUNCT/SUNA sinir bloklarına dirençli olabilir.

Referanslar:

1. Goadsby PJ, Cittadini E, Burns B, Cohen AS. Trigeminal autonomic cephalalgias: diagnostic and therapeutic developments. Current Opinion in Neurology. 2008;21:323-330.
2. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.



KO-31

İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı (İAKBA) – Olgu Sunumu

Dr. Damla YÜRÜK

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Algoloji Kliniği

20 yıldır migreni olan 46y, K hastanın ; başağrıları 3 yıldır ağrı kesicilere yanıt vermez olmuş. gelmiş. Eskiden ayda 5-6 kere olan , gün boyu süren , ağrı kesicilerle azalan ağrıları ; artık hergün olmakta ve son 1 yıldır hergün ağrı kesiciye rağmen devam etmekteymiş. Migren profilaksisinde : TAD, SNRI, beta blokör, kalsiyum kanal blokörü kullanmış. Muayenesi, görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri normaldi. Olası edenler dışlanarak İAKBA tansı ile bilateral GON blok (2 gün aralıklarla 3 kez) uygulandı. 1 ay süre ile ağrı kesici alımı kesildi, metoklopramid 10 mg 2x1 başladı . 1 ay sonrasında ; atak sıklığı ve şiddeti aynıydı. Ağrı kesici alımı, ağrı takibi ve tedavi amacı ile yatırıldı. Köprü tedavisinde hidrasyon ve mide koruyucu eşliğinde 1gr/kg/gün =70mg/gün metilprednisolon ve profilakside valproik asit 500 mg /gün başlandı. 72 saat sonra hastanın ağrı şiddeti yarı yarıya azaldı. Gün aşırı metilprednisolon dozu azaltılarak 10 gün içinde kesildi. Taburculuk sırasında ağrı kesiciye gereksinim duymayacak şiddette günlük baş ağrıları mevcuttu.

İAKBA öncesinde epizodik migrenlilerde seyrek alınan atak ilaçlarının sık alımı ilre ortaya çıkar. Aşırı kullanılan ilaçların kesilmesi, bu dönemdeki geri çekilme semptomlarının tedavisi ve ileriye yönelik nüksü önlemek için profilaksi dahil önlemlerin alınması tedavi esaslarıdır.



KO-32

Birer Cümle ile Baş Ağrısı

Dr. Ender SİR

Baş ağrısı, orbitaların üstünden suboksipital bölgeye kadar duyulan ağrı hissini ifade eder. Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) 2018 Sınıflama Sistemi'ne göre toplam 287 tanı, 67 ek tanı mevcuttur.

BA'nın %90'ı primer, %10'u ise sekonder BA'dır.

A. Primer

- Migren
- Gerilim-tipi
- Küme

B. Sekonder

- Baş, boyun travması
- Kraniyal veya servikal damarsal patolojiler
- Madde kullanımı veya kesilmesi
- Enfeksiyon
- Homeostazis bozukluğu
- Kraniyum, boyun, göz, kulak, burun, sinüs, diş veya diğer kraniyal yapılar
- Psikiyatrik bozukluklara bağlı

C. Kraniyal nevrалjiler, santral ve primer yüz ağrısı ve diğer

Aşağıdaki maddeler söz konusuysa Sekonder Baş Ağrısı düşünülmelidir.

Anamnezde

- *10 yaşından önce veya 50 yaşından sonra
- *Son 6 ay içinde ortaya çıkması veya karakter, sıklık ve şiddette değişiklik
- *Hayattaki en şiddetli baş ağrısı
- *Hızlı progresyon ve tedaviye yanıtızlık
- *Hamilelik veya lohusalıkta
- *Fiziksel aktivite, cinsel ilişki, öksürük ile artış
- *Vücut ve baş pozisyonuyla ilişki

Fizik muayenede

- *Ateş, ense sertliği
- *Epileptik nöbetler, bilinç bozukluğu
- *Göz dibi bulguları (papil ödem)

Yukarıda belirtilen semptom ve fizik muayene bulguları varlığında, mutlaka hastanın gerekli tetkikler ile tanısı konmalı ve buna göre tedavisi düzenlenmelidir. Bu hastalarda ayırıcı tanı çok önemlidir:



*Akut, şiddetli BA

Subaraknoid kanama, arteriyovenöz malformasyon, anevrizma

*Şiddet ve sıklığı artan BA

Intrakraniyal tümör, hematoma, abse

*Baş, boyun travması ile ilişkili BA

Boyun damarlarında diseksiyon, intrakraniyal hemoraji

*Fiziksel aktivite, öksürük ile ilişkili BA

Kafa içi basınç artışı, kraniyovertebral birleşme anomalileri

*Vücut pozisyonuyla değişen BA

Intrakraniyal hipotansiyon veya hipertansiyon

*50 yaş üstü, temporal bölgede ağrı, sedim yüksekliği

Temporal arterit

*İmmün yetmezlikli hastalarda BA

Meningit, intrakraniyal enfeksiyonlar ve abse öncelikle düşünülmelidir.

KO-33

Dirençli Diyabetik Polinöropatiye Yaklaşım, Yeni Alternatifler

Dr. İleriş Ahmet ŞENTÜRK

Bağcılar E.A.H.'si Algoloji polikliniği

Olgu: 79 yaşında erkek hasta, 11 yıl boyunca, belde ve her iki bacağına yayılan ağrı şikayeti ile takip ediliyor.

Tıbbi geçmişi; Diyabet tip II'ye ek olarak, koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve çok sayıda başarısız bel ameliyatı

Klinik bilgi; Her iki ayak ve bacağı etkileyen yanıcı-iğne batması vasfında ağrı ve yatak örtüsü yada kıyafetleri cilde teması ile rahatsızlık hissi oluyor.

Ağrı sabit-devamlı varlık gösteriyor.

Ayaklarının her zaman soğuk olduğunu tarifliyor.

Herhangi bir tütün veya alkol bağımlılığı öyküsü yok.

Labarotuar; Sinir iletim çalışmaları; uzunluğa bağlı, aksonal sensorimotor polinöropatisi gösterdi.

Aldığı tedaviler; Ağrısı ilaçlar (Pregabalin 450 mg/gün, duloksetin 120 mg/gün, tramadol 300mg/gün, oksikodon 40mg/gün), fizik tedavi modaliteleri (transkranyal elektriksel stimülasyon), epidural steroid enjeksiyonları ile kontrol altına alınamıyor.

Hastaya spinal kord stimülasyonu (SCS) uygulaması planlandı.

Plan; SCS deneyi, iki taraflı kapsama sağlamak için 2 okta lead kullanılarak yapıldı ve 1 hafta süreyle gerçekleştiriliyor

Kalıcı implant ile devam etmeye karar veriliyor.

Sonuç ve Takip; Takipte 3 yıllık şikayetlerde azalma var.

Bilgi; Ayrıca, SCS'nin diyabetik nöropatik ağrının tedavisi için güvenli bir terapi olduğu bulundu. Tedavi, geleneksel tedaviye cevap vermeyen nöropatik ağrılı diyabetik hastalarda düşünülebilir(13).

Kaynaklar:

1. Endocrinology and Metabolism Clinics. Avron I. Vinik MD, PhD, et al. 2013-12-01, Volume 42, Issue 4, Pages 747-787, Copyright © 2013 Elsevier Inc.
2. Painful and non painful diabetic polyneuropathy: Clinical characteristics and diagnostic issues. Gylfadottir SS, Weerachoenkul D, et al. J Diabetes Investig. 2019 Jun 20.

KO-34

Pediyatrik Hasta Grubunda Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu

Dr. Hasan YÜCE

Olgu: 13 yaşında 35 kg kız hasta

Yaklaşık 6 hafta önce tekerlekli patenle kayma esnasında sağ ayakta oluşan talus kırığı nedeniyle kısa bacak alçısı uygulanıyor.

Direk grafi görüntülemelerinde kırık iyileşmesi sonrası alçının çıkarılmasından sonra ilgili ayakta şişlik, ağrı, yürüyememe şikayetinin giderek arttığı belirtildi.

Özgeçmiş: Özellik yok.

Fizik Muayene: İncelemede ayak bileğinden itibaren parmaklara kadar olan ödem, kızarıklık mevcuttu. Palpasyonla etkilenen bölgede cilt soğuk, hassas ve bir miktar nemli olmakla beraber sağ ayak bileği dorsal ve palntar fleksiyonu ağrılı ve limitliydi. Nörolojik muayenede duyu kaybı bulunmamakta, (ağrıya sekonder?) motor güç azalma düzeyi 1/5-2/5 olarak değerlendirildi.. Polikliniğe başvuru sonrası yapılan kan tetkiklerinde tam kan sayımında hafif bir lökositoz vardı. Biyokimya, CRP VE sedimentasyon normal, direk grafide yeni bir bulgu yoktu. Şişlik nedeniyle dopler ultason yapıldı ve damar patolojisi olmadığı ispatlandı. Böylece tanı kompleks bölgesel ağrı sendromu tip 1 olarak kesinleştirildi.

Tedavi: Hastaya ilk etapta ibuprofen (400 mg tablet 3*1) başlandı. Ayrıca analjezik etkinliği artırmak için ibuprofen yanında kodein + parasetamol kombinasyonu önerildi. (1 MG/KG kodein VE 300 mg parasetamol 2*1 şeklinde). Bu tedavilerle beraber rehabilitasyon amacıyla fizik tedavi kliniğine yönlendirildi. Fizik tedavi kliniğinde 3 hafta süreyle günlük 15 dakika whirlpool, 20 dakika tens ve kontrast banyo tedavisi başlandı. Eklem hareket açıklığını ve kas gücünü artırmaya yönelik egzersiz programı da bu 21 günlük süre içinde hastaya uygulandı. Eğer tedaviye yeteri kadar yanıt alınmazsa ve şikayetlerinde artma gibi bir durumda geçici epidural kateterizasyon yapılacağı söylendi. 3 haftalık fizik tedaviye yanıt alındı. Hasta önerilerle taburcu edildi.

Kaynaklar:

- 1- Ağrı,3. Baskı
- 2- Weissmann and Uziel, Pediatric Rheumatology (2016) 14-29
- 3- Complex Regional Pain Syndrome İn a Child:a Case Report Turk J Osteoporos 2018,24,100-3

KO-35

Malignitesi Olan Yaşlı Hastada Postherpetik Nevraljiye Yaklaşım

Dr. Güldane KARABAKAN

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Zona, PHN tanısı klinik ile konulur

Varicella-zoster virus (VZV), öncelikle su çiçeği geliştiren

Viremi gelişimi ile virüs duyuş ganglialara yaşam boyu yerleşir

Bazı kolaylaştırıcı faktörler ile reaktivasyon, kranial sinirler veya arka kök ganglialarda olur

Duyuş sinirler yolunu izlediğinden döküntüden önce ağrı gelişir

Bağışıklığın baskılanması ile reaktivasyon gelişir

Inflamasyon ile gelişen ödem duyuş ganglionun foramen içinde komprese olması ile sonuçlanır

İnflamatuvar cevap yoğun sempatik stimulusya sebep olur

Sempatik stimulusyon ile kapiller kan akımı azalır ve iskemi gelişir

Endonöral ödem, anoksik hasar ve infrafasiküler basınç artışı ile sonuçlanır

Tam anlaşılammakla birlikte sensitizasyon ve deafferentasyon büyük rol oynamaktadır

Periferel sensitizasyon; akut doku hasarlanması ile salınan aracı moleküller ile oluşur

Santral sensitizasyon nosiseptif C liflerinin sürekli uyarımıyla gelişir

Deafferentasyon; hücre içinde virüs replikasyonu ve sonradan gelişen inflamasyon nedeni oluşur

Zonayı önleme, erken saptama ve tedavi önemlidir

Yapılan otopsielerde sinir siteminde doku kaybı ve fibrozis gözlemlenmiştir

Aşı: Aşı ile zona gelişimi azalmakta

Aşılı, zona gelişen hastalarda nevralsi gelişiminin azaltır

İlk 72 saatte antiviral tedavi: Lezyonları küçültür, yenilerinin oluşumunu engeller

Ağrıyı azaltır

PHN riskini azaltır, süresini azaltır (tartışmalı)

Analjezikler

GABA analogları

Kortikosteroid

Trisiklik Antidepresan

Topikal uygulamalar (lidokain ve kapsaisin patch)

Girişimsel tedavide Hedef: sempatik sistemi stimüle eden inflamasyonu ortadan kaldırmak ve ağrı sağaltımı

Ne kadar ERKEN o kadar ETKİN

Girişimsel işlemlerde seçim:

Hastanın anatomik özellikleri,

Mevcut hastalıkları, kullandığı ilaçlar gibi klinik özellikleri

Kullanılan yöntemle göre seçilir

Epidural, intratekal, paravertebral, sempatik zincir, plan blokları, periferik sinir ve interkostal bloklar, SCS uygulanabilir



KO-36

Fasial Nevraljiler

Dr. Edip GÖNÜLLÜ

Olgu: 76 yaşında Kadın hasta, Yaklaşık 30 yıldan beri yüz bölgesinde, burnunun sağ tarafında, Aralıklı hafif karıncalanma atakları ile yaklaşık 30 dakika süren ağrı atakları , Uykudan uyandırmamakta ve otonomik bulgular ve migrenöz özellikler göstermemekte. Yaklaşık 5 yıl önce Amitriptilin 25mg/gün ile ağrı kontrolü sağlanmış. Yaklaşık 5 hafta önce burun sağ tarafında şiddetli ve yaşamını etkileyecek ağrıları tekrar başlamış ve bölgeye hafifçe dokunmakla, ağrı tetiklenmekte. FM Allodini ve hiperestezi mevcut, KBB muayenesi; doğal Özgeçmiş Travma veya başka bir öykü yok Laboratuvar-Görüntüleme Normal. Hastaya bilateral intranasal anestezi (lidokain spreyi-%10) testi yapıldı ve ağrısında herhangi bir değişiklik olmadı . Dorsum nasinin yaklaşık 6-7 mm lateralinden, Os nazal ve kıkırdak nasi lateralis kavşağında, eksternal nazal sinir blokajı uygulandı 1 ay sonra, atakların sıklığı önemli ölçüde azaldı (VAS 8-9/10 dan 2-3/10)

Kranial nevrojji; Bir kranial sinirin dağılım alanında ortaya çıkan paroksizmal ağrı ile karakterize klinik tablolarıdır. Nöropatik ağrı grubu içerisinde yer alırlar.

Eksternal nazal nevrojji (ENN); Ağrı, günde 2-3 kez 30 dk kadar süren karıncalanma hissi bölümleriyle epizodik olabilir, Genellikle tek taraflı nadir olarak bilateral eksternal nazal ağrı Ağrı ya burun kökünden ya da tüm burunda, Ancak bazı hastalar için, hafif-orta şiddette hafif kırık hissi olabilir. Geçmişte nazal nevrojji veya Charlin sendromu olarak adlandırılmış, Nadir görülmekte. Atipik yüz ağrısı sendromudur. Etiyoloji, latrojenik ; Burun bölgesine doğrudan travma, Burnun duyuşal innervasyonu, trigeminal sinirin oftalmik ve maksiller bölümlerinden kaynaklanmaktadır. Sinire doğrudan zarar verilmesi ENN olarak tanımlanmış, Bazı vakalarda idiyopatikdir; Patofizyolojisi tam olarak anlaşılmamıştır. İntranazal anesteziyelere cevap verilmesi nedeniyle santral bir etiyoloji gibi görünmektedir.



KO-37

İskemik Ağrıya Yaklaşım, İnvaziv Tedavilerde Antikoagülan İlaç Yönetimi

Dr. Hale ARKAN TUNA

S.B.Ü Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giris: İskemik ağrı vasküler stenoz sonucu doku oksijen talebinin karşılanamaması ve beslenmesinin bozulması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Klinik seyir ve semptomlar stenozun derecesi ile ilişkilidir. Bu yazıda periferik arter hastalığı nedeni ile alt ekstremitelerde iskemik ağrısı bulunan hastada tedavi yaklaşımı ve girişimsel yöntemler esnasında antikoagülan ve antitrombotik tedavi yönetimi sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Altmış yaşında erkek hasta, sağ alt ekstremitelerde nöropatik karakterde ağrı, üşüme, donma hissi, ayak 1. ve 4. parmaklarda nekrotik ülsere lezyonları mevcuttu. Medikal tedavi ile rahatlama sağlanamayan hastaya lomber sempatik zincire perkütan radyofrekans tedavisi planlandı. Antitrombotik tedavi olarak; Klopidoğrel 75 mg/gün, ASA 100 mg/gün, Rivaroksaban 20 mg/gün, Cilostazol 200mg/gün (PDE inhibitörü) kullanmakta olan hastaya girişimsel işlem öncesinde antitrombotik tedavisi, her biri güncel kılavuzda önerilen sürelerle kesilip, terapötik doz 'Düşük molekül ağırlıklı heparin' tedavisi başlandı. Lomber sempatik destrüksiyon işlemi sonrasında hastanın 15. gün kontrolünde VAS değerinde % 70 azalma, ayak lezyonlarında iyileşme, ayaktaki ödem ve kızarıklıkta gerileme saptandı. İşlem esnasında ve sonrasında kanama görülmedi ve antitrombotik tedavisine devam edildi.

Sonuç: İskemik ağrı tedavisine medikal yolla başlanılmalı, yanıt alınmadığında girişimsel yöntemler uygulanmalıdır. Medikal tedavi yanında yaygın olarak uygulanan lomber sempatolizis işlemi minimal invaziv ve tekrarlanabilir bir yöntemdir. Antitrombotik kullanan hastalarda, girişimsel ağrı prosedürlerinden önce kesilmesi planlanan ilaçlar için, ilgili hekimin görüşü alınarak hasta bazında risk analizi yapılması en doğru yaklaşımdır. Kesilmesi veya devam edilmesi durumunda oluşabilecek hematoma ve/veya tromboembolik riskler, uygulanacak girişimsel tedavinin faydalarıyla kıyaslanmalıdır. Girişim öncesi ve sonrası optimum bekleme süresi, girişimsel ağrı prosedürleri için geliştirilmiş güncel mevcut rehberler dikkate alınarak hasta bazında belirlenmelidir.



KO-38

Abdominal Nöropatik Visseral Ağrıya Yaklaşım

Dr. Birzat Emre GÖLBOYU

Kronik abdominal ağrı en az 3-6 ay süreyle devam eden, kişinin günlük yaşamını etkileyen ve nedeni tam olarak açıklanamayan klinik tablodur. Bu durum hem hasta hem de sağlık çalışanları için önemli bir problemi oluşturmaktadır.

Kronik abdominal ağrı ile müracaat eden hasta değerlendirilirken dikkatli bir anamnez ve fizik muayenenin yanı sıra birtakım laboratuvar/görüntüleme yöntemlerinden de faydalanılmaktadır. Hastanın değerlendirilmesinde öncelikli olan anamnezdır. Anamnezde ağrının şekli, yerleşimi, periyodik mi yoksa sürekli mi olduğu, ağrıyı arttıran ya da azaltan faktörlerin varlığı, hastanın kullandığı ilaçlar mutlaka sorgulanmalıdır. Kronik abdominal ağrı ile gelen hastalarda genelde karında bir huzursuzluk hali vardır ve kimi zaman ağrıyı tariflemekte güçlük çekerler. Ağrının şekli ve lokalizasyonu bilgi verici olabilir. Ağrının yeri ile bazı organlardan kaynaklanan ağrılar ayırt edilebilir. Hastanın anamnezi alındıktan sonra hassasiyetin yerini belirlemek, herhangi bir organda büyüme olup olmadığını tespit etmek için dikkatli bir fizik muayene yapılması gereklidir. Ağrının net lokalize edilip edilemediği, şiddeti, arttıran veya azaltan faktörlerin tespiti muayene ile mümkün olabilir. Kronik abdominal ağrılı hastaların bir kısmında neden olan kronik abdominal duvar ağrısını tespit etmek için, ilk olarak 1926'da Carnett tarafından tarif edilmiş olan test yapılmalıdır. Bu muayenede önce hassas olan bölge palpe edilir ve maksimal stimülasyonu oluturacak kadar basınç uygulanır. Sonra hastadan karın kaslarını kasmaı istenir. Bunu sağlamak için hastanın yataktan başını doğrultması veya bacaklarını düz olarak gemesi önerilir. Ve tekrar basınç uygulanır. Eğer ağrı karın duvarı kökenli ise bu manevra ile artar, visseral kökenli ise değişmez. Kronik abdominal ağrı ile prezente olan hastada organik veya fonksiyonel ağrı ayrımının yapılması önceliklidir.



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

1. GENÇ ALGOLOGLAR KONGRESİ

04-06
Ekim 2019

Koç Üniversitesi Hastanesi
Topkapı - İSTANBUL

Serbest Bildiri Sunumları



Serbest Bildiri Sunumları

SB-01

iyatrojenik Femoral Nöropatide Ultrason Rehberliğinde Femoral Sinir Bloğu ve Pulse Radyofrekans Tedavi Kombinasyonu: Olgu Sunumu

Alp Eren Celenlioğlu¹, Hanzade Aybüke Ünal Artık², Gülen Güler²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, Kayseri/Türkiye

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, Kayseri/Türkiye

İzole femoral nöropati sıklıkla iyatrojeniktir ve histerektomi sonrası nadir görülen bir komplikasyondur. Sinir yaralanmalarına bağlı gelişen, fizik tedavi uygulamaları ve analjezik ilaçlara dirençli nöropatik ağrıda girişimsel tedaviler uygulanmakla birlikte sinir blokları ve pulse radyofrekans tedavisinin kombine uygulamasına ilişkin literatürde yeterli veri bulunmamaktadır. 2016'da abdominal histerektomi operasyonu sonrası sağ femoral sinir yaralanmasına bağlı bacak ön yüzde şiddetli nöropatik ağrı gelişen, 46 yaşındaki hastayı raporladık. Hastanın algoloji kliniğimize başvurusunda mevcut medikal tedavisi tramadol günlük 2x100 miligramdı (gabapentin ve pregabalini yan etki nedeniyle kullanamamış). Ayrıca hastaya beyin cerrahisi tarafından 2017'de birer ay arayla 3 kez görüntü rehberliği olmadan femoral sinir bloğu uygulanmış ancak tedaviye yanıt alınamamış. Medikal tedaviye dirençli ve tekrarlı bloklara yanıtız nöropatik ağrısı olan hastaya ultrason rehberliğinde femoral sinir bloğu ve pulse radyofrekans (PRF) kombinasyonu tedavisi planlandı. Takiplerde bu tedavi iki kez uygulandı. İlk enjeksiyon öncesi ağrı şiddeti NRS'de (Numeric Rating Scale) 8, nöropatik ağrı varlığının değerlendirilmesinde LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) skoru 16 olan hastanın işlem sonrası 3. ayda NRS skoru 2'ye, LANSS skoru 6'ya geriledi. Dördüncü ayda ağrıları tekrar şiddetlenen hastaya (NRS 8, LANSS 16) ikinci kez aynı tedavi uygulandı. İkinci enjeksiyon sonrası yedinci ay kontrolde NRS skoru 2, LANSS skoru 6 olan hastanın tarafımızca takibi devam etmekte. Tramadol kullanımı günlük 2x100 mg'dan haftada 2x100 mg'a kadar azaldı. Her iki enjeksiyon sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon görülmedi. Femoral sinir yaralanmalı hastalarda sinir bloğuna kombine PRF uygulaması, konservatif tedaviye dirençli hastalarda güvenilir ve alternatif bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.



Serbest Bildiri Sunumları

SB-02

infraorbital Sinir Tuzaklanması

Birzat Emre Cölbovu

Manisa Şehir Hastanesi

Giris: Maksiller sinirin terminal dalı olan infraorbital sinir; migren baş ağrılarını, maksiller sinüzit, tik douloureux ve "atipik yüz ağrısını" taklit eden çeşitli yüz ağrısı semptomlarına neden olabilir. Infraorbital nevrалji, genellikle travma, inflamasyon veya enfeksiyona sekonder olarak üst dişlere, burun bölgesine ve alt göz kapağına yayılan üst yanakta ağrıya neden olabilecek bir sinir sıkışması sendromudur.

Olgu: 67 yaşında kadın hasta sol yüz yarımında ağrı şikayetiyle Algoloji polikliniğine başvurdu. Nöroloji polikliniğinde bir yıldır Trigeminal Nevralji tanısıyla izlenmekte ve Karbamezepin 1200 mg/gün kullanmaktaydı. Anamnezinde sol yüz infraorbital sinir dermatomuyla uyumlu bölgede sürekli yanma tarzında ağrı tariflemekle beraber, elektrik çarpması, ani patlayıcı ağrı şeklinde ağrı tariflemiyordu. Kraniyal görüntülemelerde özellik yoktu. Fizik muayenede infraorbital çentik palpasyonu ile ağrısı agreve oldu. Anamnez derinleştirildiğinde şikayetlerinin bir yıl önce yüzüstü düştükten bir hafta sonrasında ortaya çıktığını belirtti. S-Lanss: 18/24 NRS:8/10 olan hastaya tanısal amaçlı ultrason (USG) eşliğinde infraorbital blok 1 cc %1 Lidokain ile gerçekleştirildikten 15 dakika sonra NRS: 1/10 olması üzerine infraorbital sinir tuzaklanması tanısı doğrulandı. Karbamezepin tedavisi kademeli azaltılarak Duloksetin 30 mg/gün tedavisi başlandı. USG eşliğinde 0,5 cc %1 lidokain + 0,5 cc deksametazon ile teropatik blok yapıldı. Birinci ve üçüncü ay takiplerinde hasta tarafından NRS 2/10 olduğu belirtildi.

Sonuc: Yüz ağrısı ile gelen hastalarda trigeminal sinirin terminal dallarını muayenesine önem verilmeli ve anamnezde travma varlığı mutlaka sorgulanmalıdır. Ultrason eşliğinde lokal anestezi ve steroid kombinasyonlarıyla yapılacak tanısal ve teropatik bloklar, infraorbital sinir tuzaklanmasına bağlı ağrının yönetiminde etkili seçeneklerdir.

Anahtar Kelimeler: infraorbital sinir,infraorbital sinir tuzaklanması, atipik yüz ağrısı



Serbest Bildiri Sunumları

SB-03

Kronik Migrenli Olgularda Tekrarlayıcı Perikranyal Sinir Bloklarının Nötrofil / Lenfosit ve Platelet / Lenfosit Oranlarına Etkileri

Devrimsel Harika Ertem

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Algoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Migrenin patofizyolojisinden, nörojenik inflamasyon ve kranial kan damarlarındaki kontraktıl disfonksiyonun rol oynadığı nörovasküler bozukluk sorumlu tutulmaktadır. Mevcut literatürde migrenli olgularda nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ve platelet/lenfosit oranı (PLO) gibi inflamatuvar belirteçlerin yükseldiğini gösteren çalışmalar mevcut olup bu bilginin aksine bu oranlarda değişiklik olmadığını bildiren yayınlar da vardır. Bu çalışmada tekrarlayıcı perikranyal sinir bloklarının inflamatuvar belirteçler üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) ICHD-3 (2018) sınıflamasına göre kronik migren tanısı alan 15 olgunun sosyo-demografik ve klinik özellikler kaydedildi. Aylık periyotlarla üç kere %2 lidokain kullanılarak büyük oksipital, supraorbital, infraorbital sinirler ve sfenopalatin ganglion bloğu uygulanan ve en az 4 takip randevusuna katılan hastaların enjeksiyon öncesi ve sonrası hemogramlarındaki NLO ve PLO değerlendirildi. Perikranyal sinir bloklarına cevabı değerlendirmek için Sayısal Ağrı Derecelendirme Ölçeği'nde (NPRS) değişim kullanıldı. İstatistiksel analiz programı olarak SPSS 23.0 kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $42,4 \pm 14,6$; %93,3'ü kadındı. Baş ağrısı süresi $19,3 \pm 12,1$ yıldı. Tedaviden 3 ay sonra baş ağrısı sıklık ve şiddetinde (NPRS skoru) anlamlı azalma ($p=0,012$ ve $p=0,001$) tespit edildi. Enjeksiyon öncesi ve sonrası ortalama NLO ve PLO değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı değişiklik saptanmadı ($p=0,776$ ve $p=0,733$).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, tekrarlayan perikranyal sinir bloklarının kronik migren tedavisinde etkili bir girişimsel yöntem olmasına rağmen, enjeksiyondan sonraki 3 ay içinde nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranlarında anlamlı azalmaya neden olmaması, bu inflamatuvar belirteçlerin prognoz takibinde önemli bir rol oynamadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Migren, baş ağrısı, inflamasyon, nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı.



Serbest Bildiri Sunumları

SB-04

Migren Hastalarında Serum Ürik Asit Düzeyinin Ağrı ile Olan İlişkisi

Aslı Keskek¹, Yavuz Altunkaynak¹, Ahmet Dirican², Hülya Olgun Yazar³, Tamer Yazar³, Ayhan Köksal¹, Devrim Sel Harika Ertem¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ABD, İstanbul, Türkiye

³Ordu Devlet Hastanesi, Nöroloji Birimi, Ordu, Türkiye

Amaç: Ürik asitin santral sinir sistemi üzerinde nöroprotektif ve hasar verici iki yönlü etkisi mevcuttur. Yapılan çalışmalarda artmış serum ürik asit seviyesi, azalmış santral sinir sistemi inflamasyonu ve azalmış doku hasarı ile ilişkili bulunmuştur. Demiyelizan ve nörodejeneratif hastalıklarda serum ürik asit seviyeleri sağlıklı kontrollere göre daha düşük seviyededir. Bu çalışmada migrenli olgularda iktal ve interiktal dönemde serum ürik asit düzeyi ölçülerek, sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve migrenli olgularda ağrı özellikleri ile ürik asit düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) ICHD-3 (2018) sınıflamasına göre migren tanısı alan 78 hasta ve benzer yaş ve cinsiyet eşleşmeli 78 kontrol olgusu çalışmaya dahil edildi. Migren hastalarına baş ağrısı veri formu uygulanarak ağrı özellikleri belirlendi. Kontrol grubunda bir, migren hastalarında ise iktal (atak) ve interiktal dönemde olmak üzere iki kere venöz kandan ürik asit ölçümü yapıldı.

Bulgular: Interiktal dönemdeki migrenli olgular ve kontrol grubunun ortalama ürik asit değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). İnteriktal dönem ürik asit değerlerinin ortalamaları ile atak dönemi incelendiğinde, migrenli olguların iktal döneminde incelenen ortalama ürik asit seviyesi, interiktal döneme göre sayısal olarak yüksek elde edilse de istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Kadın migrenli olgularda atak ve atak dışı serum ürik asit değerleri arasındaki fark ağrı şiddeti ile zayıf pozitif korelasyon ($p=0,034$, $r=0,29$); erkek olgulardaysa orta düzeyde bir pozitif korelasyon göstermekteydi ($p=0,012$, $r=0,51$).

Sonuç: Migrenli olgularda iktal ve interiktal dönemlerdeki serum ürik asit düzeyleri arasındaki farkın klinik olarak ağrı şiddetiyle pozitif yönde ilişki göstermesi, antioksidan rolü nedeniyle ürik asidin migren patofizyolojisine katkıda bulunduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Migren, baş ağrısı, inflamasyon, ürik asit.

Serbest Bildiri Sunumları

SB-05

Postoperatif Ağrı Tedavisinde Hasta Kontrollü Analjezi Uygulamalarının Retrospektif İncelenmesi

Ferda Yılmaz İnal¹, Yedigöze Yılmaz²

¹*Istanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi*

²*Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Postoperatif ağrının etkin tedavisinin sağlanmaması; iyileşmede gecikmeye, hastanede kalış süresinde uzamaya ve maliyette artışlara sebep olmaktadır. Postoperatif ağrı tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri olan hasta kontrollü analjezi (HKA) çeşitli avantajlarından dolayı tercih edilmektedir. HKA yönteminde hasta, gereksinimi doğrultusunda bir infüzyon pompası kullanarak, daha önceden programlanmış doz sınırları ve kilitli kalma süresi içinde bolus enjeksiyonlar sağlayan düğmeye basarak analjeziyi kendi kendine uygulamaktadır. HKA ile hasta ne zaman ve ne kadar analjezik kullanacağına kendi karar vermektedir. Bu çalışmada, hastanemizde son 2 yıllık sürede HKA uygulamalarının retrospektif olarak incelenerek HKA yönteminin etkinliğinin ve güvenliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2017 ile aralık 2018 tarihleri arasında HKA yöntemi ile postoperatif ağrı tedavisi uygulanan hastaların kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Kayıtlar incelenirken, uygulanan analjezi protokolleri, cinsiyet dağılımı, HKA uygulanan operasyonlara ait veriler, ek analjezi yöntemi gereksinimi, yan etki ve komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada 196 hastaya postoperatif HKA tedavisi uygulandığı ve yapılan tüm elektif operasyonların %0,7'sini oluşturduğu görüldü. Tedavi alan hastaların 97'si (%49,4) kadın, 96'sı (%50,6) erkekti. Çalışmada HKA uygulamalarında; 196 hastadan 93'üne (%47,4) IV tramadol, 54'üne (%27,5) IV morfin, 34'üne (%17,3) epidural bupivakain+fentanil ve 15'ine (%7,6) ise epidural morfin protokollerinin uygulandığı tespit edildi. HKA yönteminin uygulanma sıklığı sırasıyla ortopedi(%41,8), genel cerrahi (%30,6), kadın hastalıkları(%9,18), üroloji(%9,18) ve göğüs cerrahisi(%6,6) hastaları olarak bulundu. HKA yöntemi uygulanan operasyonlara alt ekstremitte travması cerrahisi (%11,2), diz protezi (%10,7), kalça protezi (%10,2), gastrektomi (%9,6), kolorektal cerrahi (%8,6), histerektomi (%7,1), torakotomi (%6,6) ve prostatektomi (%5,6) olarak tespit edildi. Postoperatif HKA yöntemi uygulanan hastaların sadece %15'inde ek analjezik ajan ilavesine gereksinim duyuldu. %4,5 oranında gelişen yan etki ve komplikasyonlar (hipotansiyon, bulantı kusma, kaşıntı) nedeniyle HKA uygulamasına son verildiği görüldü.

Sonuç: Kliniğimizde postoperatif analjezi amacıyla %85 oranında başarıyla uygulanan HKA protokollerinin güvenilir ve etkin olduğu ve uygulama sıklığının artırılması gerektiği kanaatine vardık.

Anahtar Kelimeler: postoperatif ağrı, hasta kontrollü analjezi

Serbest Bildiri Sunumları

SB-06

Vaka Sunumu: Aynı Aileden İki Spondilodiskit Vakası

Cözde Dağıstan¹, Edip Gönüllü²

¹Aydın Devlet Hastanesi, Aydın

²Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep

Amaç: Bel ağrılı hastalarda enfeksiyon ihtimaline dikkat çekmek.

Gereç ve yöntem: Çalışmamızda aynı aileden spondilodiskit saptanan ancak altta yatan ortak enfeksiyon bulunmayan anne, oğulu ele aldık. Hastaların ikisinde özgeçmişinde özellik yoktu. Herhangi bir komorbid hastalıkları, ilaç, madde, alkol kullanım öyküleri yoktu. Fizik muayenesinde bel ekstansiyonu ve fleksiyonu ile artan ağrıları mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri ve vital bulguları normaldi.

Bulgular: Olgu 1: 30 yaşında Suriye uyruklu erkek hasta belin her iki tarafından başlayıp aşağıya doğru kalça ve dizlere kadar yayılan ağrı şikayeti ile başvurdu. Eritrosit sedimentasyon hızı 27 mm ve C reaktif protein (CRP) 0,99 mg/L (0-0.05) idi. Bruselloz, tüberküloz araştırmaları negatif idi. Magmetik rezonans görüntülemesinde (MRG) L4-5 vertebra kemik yüzeylerinde T2 hiperintens T1 hipointens görünümde sinyal değişikliği, disk mesafesinde kontrast tutulumu saptandı (Resim 1). Spondilodiskit düşünülen olguya antibiyotik, analjezik tedavi uygulandı. 3 ay sonraki kontrollerinde ağrının % 75-80 azaldığı öğrenildi.

Olgu 2: 49 yaşında Suriye uyruklu kadın hasta belin her iki tarafından başlayan bacaklara doğru yayılan ağrı şikayeti ile başvurdu. Eritrosit sedimentasyon hızı 35 mm ve CRP 1,2 mg/L (0-0.05), beyaz küre 14130 idi. Bruselloz, tüberküloz araştırmaları negatif idi. MRG'de L3-4 vertebra kemik yüzeylerinde T2 hiperintens T1 hipointens görünümde sinyal değişikliği, disk mesafesinde kontrast tutulumu saptandı (Resim 2). Spondilodiskit düşünülen olguya antibiyotik, analjezik tedavi uygulandı. 3 ay sonraki kontrollerinde ağrının % 50-60 oranında azaldığı öğrenildi.

Pyogenik spondilodiskit nadir bir hastalık olup insidansı giderek artmaktadır (1). Bunun nedeni olarak intravenöz ilaç kullanımı, spinal cerrahi, immunsupresyon, diabetes mellitus gibi komorbiditelerin varlığı, yaşlanma ve sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar suçlanmaktadır. Staphylococcus aureus tüberküloz dışı vakaların yaklaşık yarısında etken patojen olup, olguların hemen hemen yarısında uzak organlarda bir enfeksiyon mevcuttur. Spondilodiskitin genel insidansının düşük oluşu, alt bel ağrısının toplumdaki görülme sıklığının yüksek oluşu spondilodiskit tanısını geciktiren esas etmenlerdir. Literatürde tüberküloz ve bruselloz hastalığında sekonder spondilodiskitin sıklıkla görülebileceği bildirilmekte olup, ülkemizde de hayvancılıkla uğraşan, brusella tanıları nedeniyle aynı aile bireylerinde spondilodiskit tanımlanan olgu sunumu mevcuttur (1,2).

Sonuç: Her iki olgumuz aynı aile üyelerinde spondilodiskit saptanması açısından ilginç olup incelemelerimizde altta yatan enfeksiyöz veya başka bir ortak neden bulunamamıştır. Bununla birlikte bulamadığımız ortak bir etiyoloji olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca devam eden bel ağrılarında spondilodiskit tanısı göz önünde bulundurulmalıdır.

Serbest Bildiri Sunumları

Anahtar kelimeler: spontan spondilodiskit

Kaynaklar

1. Waheed G, Soliman MAR, Ali AM, Aly MH. Spontaneous spondylodiscitis: review, incidence, management, and clinical outcome in 44 patients. Neurosurg Focus. 2019; 46(1): E10.
2. Menon KV, Sorour TM. Epidemiologic and Demographic Attributes of Primary Spondylodiscitis in a Middle Eastern Population Sample. World Neurosurg. 2016 Nov;95:31-39.



Resim 1. L4-5 diskinde spondilodiskit



Resim 2. L3-4 diskinde spondilodiskit

Serbest Bildiri Sunumları

SB-07

Lomber Spinal Stenoz ve Başarısız Bel Cerrahisi Sendromunda Perkütan Epidural Nöroplastinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Cözde Dağistan

Aydın Devlet Hastanesi, Aydın

Amaç: Spinal stenoz (SS) ve başarısız bel cerrahisi sendromuna (BBCS) sekonder kronik dirençli bel ve bacak ağrısında uygulanan perkütan epidural nöroplastinin (PEN) etkinliğinin değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018 ve Ocak 2019 arasında SS ve BBCS nedeni ile PEN uygulanan 117 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar ameliyathane koşullarında prone pozisyonda yatırıldı. Sacral hiatus 16G Racz epidural iğnesi ile girildi. 5 ml opak madde verilerek epidurogram yapıldı. Racz kateter iğnenin içinden anterior epidural aralıkta istenen sorunlu bölgeye ilerletildi. 2-3 cc opak madde verildi. 8 cc %2 lidokain ve 8 mg deksametazon karıştırıldı. 3 cc test dozu verildi. Intratekal, intravasküler yayılım olmaması üzerine tüm karışım verildi. 15 dakika sonra 5 cc %10 hipertonic sodyum solüsyonu 30 dakikada infüze edildi (şekil 1,2). Hastaların tedavi öncesi, sonrası 1. 3. 6. Aydaki visual analog skala (VAS) ve Oswestry disability indeks (ODI) değerleri tarandı.

Bulgular ve Sonuç: Hastaların yaş ortalaması 57.96 ± 12.28 idi. Hastaların %56.4'ünde (n=66) SS, %43.6'ünde (n=51) BBCS mevcuttu. BBCS hastalarının (n=51), %54.9 (n=28)'unda enstrümantasyon mevcuttu. Hastaların %31.6 (n=37)'sı 1 kez, %8.5 (n=10)'u 2 kez, %2.6 (n=3)'sı 3 kez, 0.9% (n=1)'u 4 kez cerrahi geçirmişti. İşlem öncesi VAS skoru 6.01 ± 1.08 , işlem sonrası 1. ayda 2.85 ± 1.5 , 3. ayda 3.04 ± 1.66 ve 6. ayda 3.68 ± 1.67 idi. İşlem öncesi ODI skoru ise 48.15 ± 11.82 , işlem sonrası 1. ayda 29.25 ± 11.51 , 3. ayda 30.51 ± 11.94 ve 6. ayda 33.37 ± 11.97 idi.

BBCS ve SS hastalarını karşılaştırdığımızda VAS ve ODI skorları BBCS grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Her iki grupta skorlarda anlamlı azalma gözlemlendi (tablo 1). Azalma oranlarında gruplar arasında fark gözlemlenmedi (şekil 3). Birden fazla cerrahi geçiren hastaların (n=14) işlem öncesi VAS ve ODI skorları, bir kez cerrahi geçiren hastalara oranla anlamlı olarak yüksek gözlemlendi. Fakat işlem sonrası 1.,3. ve 6. ayda VAS ve ODI skorlarında anlamlı azalma tespit edildi. Her iki grupta 6. ayda gözlenen skorlar 1. ve 3. aya oranla anlamlı olarak yüksekti (şekil 4).

BBCS grubundaki hastaları enstrümantasyonu olan %55 (n=28) ve olmayan %45 (n=23) hastalar olarak değerlendirdiğimizde VAS ve ODI skorlarında herhangi bir farklılık gözlemlenmedi. Her iki grupta skorlarda anlamlı azalma gözlemlendi. Enstrümantasyon varlığının VAS ve ODI skorları üzerinde etkisi görülmezken, cerrahi sayısındaki artışın skorlar üzerinde anlamlı artışa sebep olduğunu gözlemledik.

Sonuç olarak PEN etkinliği kanıtlanmış güvenli bir tedavi yöntemidir (1,2). SS ve BBCS'li olan herhangi ilerleyici nörolojik defisiti ve işlem için kontraendikasyonu bulunmayan hastalarda PEN'in güvenle tercih edilebilecek bir tedavi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Lomber spinal stenoz, başarısız bel cerrahisi sendromu, perkütan epidural nöroplastisi.

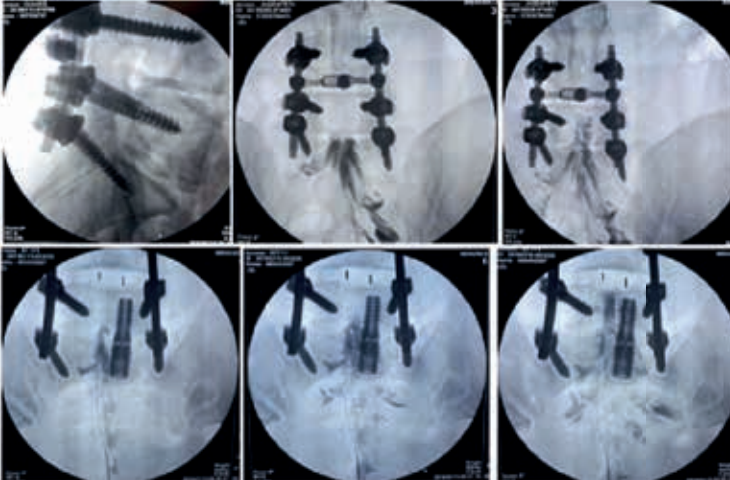
Serbest Bildiri Sunumları

Kaynaklar

- Helm S, Knezevic NN. A review of the role of epidural percutaneous neuroplasty. PainManag. 2019; 9(1):53-62.
- Manchikanti L, Pampati V, Fellows B, Beyer CD, Damron KS, Cash KA. Effectiveness of percutaneous adhesiolysis with hypertonic saline neurolysis in refractory spinal stenosis. Pain Physician 2001; 4:366-373.

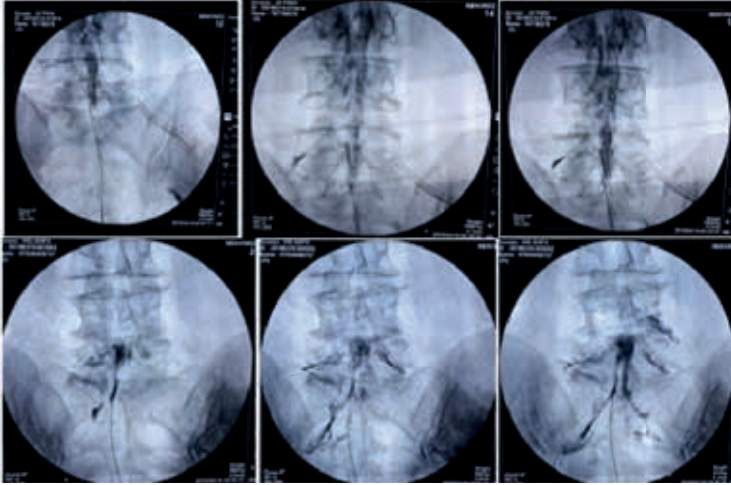
VAS	SS Mean \pm SD n=66	BBCS Mean \pm SD n=51	P değeri	ODİ	SS Mean \pm SD n=66	BBCS Mean \pm SD n=51	P değeri
İşlem öncesi	5.68 \pm 1.03	6.43 \pm 1.01	0.0001	İşlem öncesi	44.55 \pm 10.16	52.82 \pm 12.26	0.0001
1. ay	2.71 \pm 1.45	3.04 \pm 1.55	0.242	1. ay	27.42 \pm 11.06	31.61 \pm 11.76	0.028
3. ay	2.83 \pm 1.53	3.31 \pm 1.81	0.159	3. ay	28.97 \pm 11.6	32.51 \pm 12.19	0.089
6. ay	3.55 \pm 1.55	3.86 \pm 1.82	0.443	6. ay	31.79 \pm 11.33	35.41 \pm 12.56	0.08

Tablo 1. İşlem öncesi ve sonrasında VAS ve ODI skorları

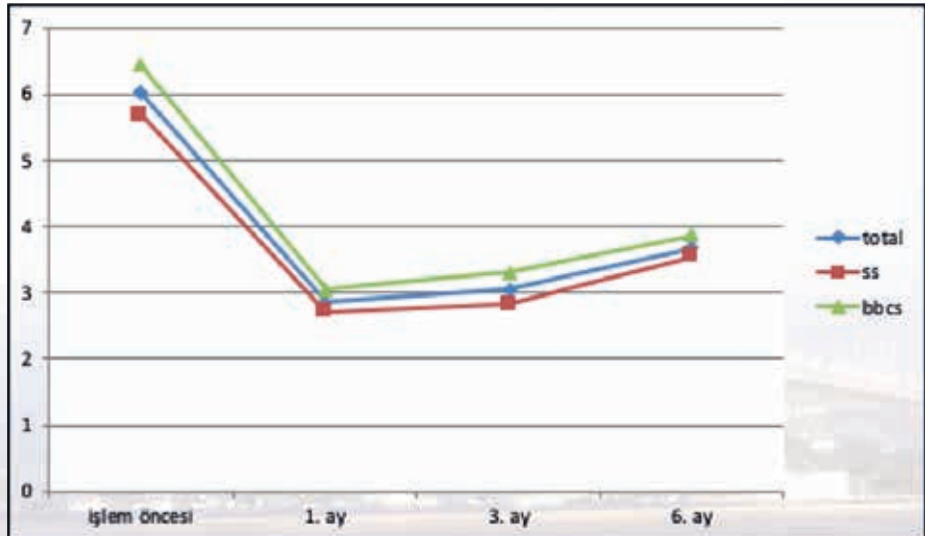


Şekil 1. BBCS'de pektan epidural nöroplastisi uygulanması (lateral ve AP floroskopik görüntü)

Serbest Bildiri Sunumları

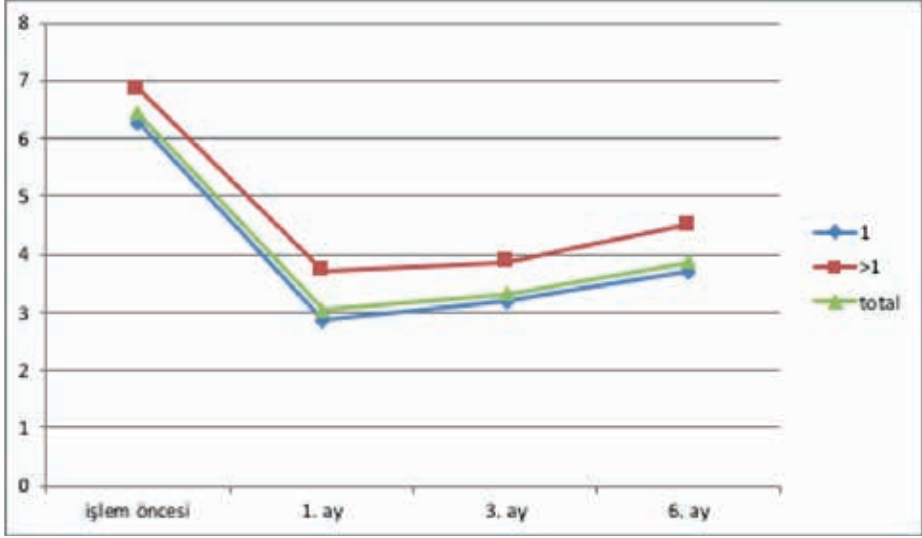


Şekil 2. SS'de pekütan epidural nöroplasti uygulanması (AP floroskopik görüntü)



Şekil 3. SS ve BBCS hastalarında VAS değerlerinin zaman içinde değişimi

Serbest Bildiri Sunumları



Şekil 4. Bir kez ve birden fazla kez operasyon geçiren hastaların VAS değerlerinin değişimi

Serbest Bildiri Sunumları

SB-08

Diz Osteoartriti Tanılı Hastalarda Diz İçi Ozon Enjeksiyonu Uygulamalarımızın Ön Değerlendirme Sonuçları

Gülçin Gazioğlu Türkyılmaz¹, Mesut Bakır¹, Şebnem Rumeli Atıcı¹
¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji Bilim Dalı

Amac: Osteoartrit (OA) sinovyum ve kıkırdak yapısında inflamasyona bağlı ilerleyici kıkırdak hasarı ve eklem yapısının bozulması ile karakterize en yaygın dejeneratif eklem hastalığıdır. Erken evrelerde ağrı, hareket kısıtlılığı gibi klinik semptomların iyileştirilmesinde; eklem içi PRP, hyaluronik asit, ozon gazı enjeksiyonları kullanılmaktadır. Ozon tedavisi; kontrollü bir oksidatif stres oluşturarak vücudun kendi anti oksidan sistemlerini aktive eder. TNF α gibi eklem ve kemik hasarından kuvvetli bir şekilde sorumlu olan proinflamatuvar sitokinlerin konsantrasyonunu düşürerek etki eder.

Bu çalışmada amacımız; kliniğimize diz ağrısı ile başvuran, erken evre osteoartrit tanısı almış olan hastalarda, intraartiküler ozon uygulaması sonrası hastaların ağrı şiddetinin ve fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimize diz osteoartrit tanısı alarak ağrı şikayeti ile başvuran, radyolojik olarak Kellgren-Lawrans Gonartroz evreleme skalasına göre evre 2-3 olan ve diz içi ozon enjeksiyonu tedavisi almayı kabul eden 18 hasta (18-80 yaş) çalışmaya dahil edildi. BMI ≥ 35 olan obez hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara haftada 2 seans olmak üzere toplam 4 seansta, 10 mcg/ml'den 10 ml ozon gazı steril şartlarda, skopi eşliğinde diz eklem aralığına uygulandı. Hastaların boy, kilo, cinsiyetleri, işlemin hangi dize uygulandığı ile işlem öncesi, sonrası ve takip eden 2. ay VAS değerleri, WOMAC osteoartrit indeksi skorları ve eklem hareket açıklıkları kayıt altına alındı.

Bulgular: Hastaların %83.3'ü kadın, %16.7 si erkek ve ortalama yaşları 60.6 \pm 9.0 idi. Kellgren-Lawrans Gonartroz Evreleme Skalasına göre %33.3'ü evre 2 iken, %66.7'si evre 3 idi. Hastaların VKİ ortalaması 28.3 \pm 3.0 idi. İşlem öncesi VAS değeri ortalaması 6.8 \pm 1.5, sonrası 2.3 \pm 1.6, işlemden 2 ay sonra ise 3.7 \pm 1.1 olarak saptandı. İşlem öncesi, sonrası ve işlemden 2 ay sonrası VAS değerleri arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.005$). İşlem öncesi, işlem sonrası ve işlemden 2 ay sonrası WOMAC toplam skorları (sırasıyla 48.0 \pm 11.3, 27.5 \pm 12.0, 31.0 \pm 13.0) arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.005$). İşlem öncesi aktif eklem hareket açıklığı (ROM) ortalaması 104.3 \pm 9.91, işlem sonrası aktif ROM ortalaması 119.7 \pm 6.5, işlemden 2 ay sonraki aktif ROM ortalaması 119.7 \pm 8.9 idi. İşlem öncesi ile sonrası, işlem öncesi ile işlemden 2 ay sonrası aktif ROM ortalaması arasında anlamlı fark bulunurken ($p < 0.005$), işlem sonrası ile işlemden 2 ay sonrası arasında aktif ROM ortalaması açısından anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.005$).

Sonuc: Bu çalışmada BMI<35 olan erken evre diz osteoartriti hastalarında diz içi ozon enjeksiyonu uygulaması sonrası 2 aylık dönemde hastaların ağrılarında ve aktif ROM ortalamalarında anlamlı iyileşme gözlenmiştir. Uzun süreli takip ve hasta sayısı daha büyük çalışmalar ile sonuçların daha anlamlı ortaya konacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Diz osteoartrit, minör ozon tedavisi

Serbest Bildiri Sunumları

SB-09

Postherpetik Nevralji İle Başvuran Hastalarımızın Tedavilerinin Değerlendirilmesi

Cülcin Gazioğlu Türkyılmaz¹, GüldaneKarabakan², Mesut Bakır¹, Barış Çeken¹, Şebnem Rumeli Atıcı¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji Bilim Dalı

Amaç: Postherpetik Nevralji (PHN) herpes zoster reaktivasyonu sonrası gelişen allodini ve hiperaljezi ile seyreden, dirençli nöropatik ağrılı, bir durumdur. PHN tedavi yöntemleri arasında; antikonvülzanlar, antidepressanlar, topikal ajanlar, opioidler, steroidler gibi ilaçlar ile invaziv tedavi yöntemleri(santral, periferik sinir ve/veya sempatik bloklar vb.), transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) bulunmaktadır. Bu çalışma ile amacımız son bir yıl içinde PHN tanısı ile takip ettiğimiz hastalarımızın tedavi ve sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Mersin Üniversitesi Algoloji Bilim Dalına Ağustos 2018 ile Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran, PNH tanısı ile takip ettiğimiz 22 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların dosyalarından yaş, cinsiyet, lezyon bölgeleri, ağrılarının başlama süreleri, ek hastalıkları, geliş VAS değerleri, nöropatik ağrılarının varlığı, önceden alınan ağrı tedavileri, uygulanan invazif girişimler ve takibindeki VAS değerleri kayıt edilmiştir. Kontrole gelmemiş olan hastalara telefonla ulaşılarak ağrı düzeyleri sorgulanmıştır.

Bulgular: Hastaların %31.8'i (n:7) erkek, %68.2'si (n:15) kadın, ortalama yaşları 66,2±8.5 idi. Herpetik lezyonların dağılımı hastaların %72.8'inde (n:16) torakal, %18.2'sinde (n:4) oftalmik, %4.5'inde (n:1) servikal, %4.5'inde (n:1) sakral dermatomlarda idi. Ağrı başladıktan sonra hastaların %45.5 (n:10)'ü ilk 1 ay içerisinde, %9.0 (n:2)'si 1-3. ayda, %45.5 (n:10)'ü 6. ay ve sonrasında başvurmuştu. Ek hastalık varlığı % 95.5 (n:21) idi. Bir hastada malignite mevcuttu. Başvuru VAS değeri %75'inde(n:18) 4 ve üzeri idi. İlk kontrolde VAS değerleriortalaması 1.6 ±1.5idi. Akut-subakut ağrı (<6ay) ile başvuran hastaların (n:15) kontrol VAS değeri ortalaması 1.1±1.0 iken, kronik ağrı(>6ay) ile başvuran hastaların(n:7) VAS değeri ortalaması 2.6±1.9 idi. Hastaların 21'ine antikonvülzan, 9'una opioid, 3'üne antidepressan ilaç tedavisi tek veya kombine olarak uygulanmıştı. Hastaların 10'una girişimsel işlem önerilmiş, kabul eden 2 hastaya uygulanmıştır. Girişimsel işlem önerilen hastaların hepsinin ağrıları 6 aydan fazla süredir devam etmekte idi. Girişimsel uygulamalar interkostal blok, supraorbital ve supratrochlear blok idi.

Sonuç: Hastalarımızın yaş, bölge dağılımı ve ek hastalık varlığı literatür ile uyumlu bulunmuştur. Tedavide seçilen ilaçlar Avrupa Nöroloji Dernekleri Federasyonu(EFNS) ilaç önerisine uygun düzenlendiği saptanmıştır. Opioid tedavisi hem akut hem de kronik dönemdeki hastalara kullanılmıştır. Opioid kullanımı yerine girişimsel tedavi önerilmesine karşın hastaların kabul etmediği gözlenmiştir. Kronik ağrılı durumlarda girişimsel tedavilerin yaygınlığını arttırıcı çalışmalar ile uzun süreli ilaç kullanımının azaltılabileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Postherpetik nevralsi, antikonvülzan, herpes zoster

Serbest Bildiri Sunumları

SB-10

Kompleks Rejyonel Ağrı Sendromu Tedavisinde Periferik Sinir Bloğu + Pulsed Radyofrekans Uygulaması: Olgu Sunumu

Hanzade Aybüke Ünal Artık¹, Alp Eren Çelenlioğlu², Fatih Uğur^{1,3}, Recep Aksu³, Gülen Güler^{1,3}

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi Anabilim Dalı

Giriş: Kompleks rejyonel ağrı sendromu (KRAS) doku veya sinir hasarı sonrası duysal, vazomotor, sudomotor, motor /trofik değişiklerinin eşlik ettiği nöropatik ağrı sendromudur. Medikal tedavi ve fizik tedavi ile yanıt alınamayan hastalarda çeşitli girişimsel işlemler uygulanmaktadır. Biz bu olguda rejyonel intravenöz anestezi ve sempatik bloğa yanıtız KRAS hastasında, periferik sinir pulsed radyofrekans etkinliğini sunmayı amaçladık.

Olgu: 30 yaşında erkek hasta sağ tibia fraktürü operasyonunu takiben, sağ alt ekstremitte distalinde ağrı şikayetiyle 4 yıl önce kliniğimize yönlendirilmiştir. Sağ diz altından ayak parmaklarına yayılan ağrı, yanma tarifleyen hastanın yapılan muayesinde, hiperaljezi, renk değişikliği, ayak bileği ekstansiyon ve fleksiyonda motor kuvvetsizlik saptanmış, Vizuel Analog Skala (VAS) 8-9/10 olarak değerlendirilmiştir. KRAS tanısı konulan hastaya pregabalin 150 mg/gün başlanmış ve sağ lomber sempatik blok yapılmıştır. On gün sonra kontrole gelen hasta işlemden çok az fayda gördüğünü ve ağrılarının devam ettiğini belirtmiş, hastanın medikal tedavisi pregabalin 300 mg/gün, oksikodon hidroklorür 10 mg/gün, 375 mg parasetamol/37.5 mg tramadol günde 3 kez olarak düzenlenmiştir. Ağrı şiddeti 5-6/10 a gerileyen hastaya 6 ay sonra, sağ alt ekstremitte popliteal seviyeden 200 mg %2 lidokain ile rejyonel intravenöz anestezi (RİVA) uygulanmıştır. RİVA ile ağrıda 45 gün süreli %30 azalma sağlanmıştır. Takipte 2 yıl sonra ağrısının tekrar VAS 8-9/10 olması üzerine popliteal seviyede siyatik sinire ultrasonografi (USG) eşliğinde 480 sn pulsed radyofrekans (PRF), sonrasında 10 ml serum fizyolojik içinde 15 mg %0.5 bupivacaine ile 8 mg deksametazon uygulanmıştır. Hastamız 2 ay süresince ağrı şiddetinin 3-4/10 olduğunu ve analjezikleri azalttığını ancak takiben ağrının tekrar artarak 5-6/10 olarak seyrettiğini bildirmiştir. Ağrı palyasyonunda en çok periferik sinir blok ve PRF uygulamasından fayda gören hastaya 8 ay sonra aynı girişimsel işlem tekrarlanmış, ikinci ay poliklinik kontrolünde ağrı şiddetinin 3/10 a düştüğünü bildirmiştir.

Sonuç: KRAS tedavisi yönetimi zordur ve hastaların büyük kısmı medikal tedaviye yanıt vermemektedir. KRAS tedavisinde girişimsel işlemlerden sempatik blok, rejyonel intravenöz anestezi, periferik sinir bloğu, pleksus blokları, epidural analjezi, spinal kord stimulatorü uygulanmaktadır. Girişimsel tedavide ilk seçenek sempatik bloktur. Tanısal sempatik blok ile fayda sağlanan hastalarda sempatik PRF düşünülebilir. Son yıllarda nöropatik ağrı kontrolünde, periferik sinir PRF etkinliğine dair veriler mevcuttur. Bildiğimiz kadarıyla literatürde KRAS tedavisinde periferik sinir PRF uygulanan 3 vaka bulunmaktadır. PRF uygulamasının, duysal nöronlarda ve sensitizasyonda rol alan moleküllerin gen ekspresyonu değişimiyle nöromodülatuar etki sağladığı düşünülmektedir. Periferik sinir PRF uygulaması, medikal tedaviye yanıtız KRAS hastalarında denenebilir.

Anahtar kelimeler: Kronik ağrı, sinir blok, kompleks rejyonel ağrı sendromu, pulsed radyofrekans tedavisi

Serbest Bildiri Sunumları

SB-11

Kliniğimize Başvuran Postzoster Nevralji Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi ve Tedavi Yönetimi

*Hatice Cümüş, Fahrettin Kırçıçek, Birzat Emre Gölboyu, Pakize Kırdemir
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı, Isparta*

Giriş: Zona zoster hastalarda genellikle tek taraflı, lokalize, dermatomal ağrı ile başlar ve birkaç gün içinde döküntüler gelişir. Döküntüler 2-4 hafta içerisinde iyileşmesine rağmen nevralfiform ağrı devam eder. Kliniğimizde postzoster nevralsi tanısı ile tedavilerini planladığımız hastaların retrospektif değerlendirmesini sunmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: Çalışmamızda Ocak 2018 sonrasında postzoster nevralsi tanısı almış 61 hastanın dosyası incelendi. Hastaların cinsiyet, yaş, ağrının evlenesi, tutulan bölge, uygulanan tedavi yöntemleri ve tedaviye yanıtları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların K/E oranı 26/35, yaş aralığı 33-91 arasında ve değerlendirmeye alınan tüm hastaların ağrı VAS>5 şiddetindeydi. 61 hastanın ağrı lokalizasyonuna bakıldığında 31'inin torakal, 13'ünün servikal, 9'unun lumbal, 7'sinin kranial ve 2'sinin sakral tutulumu mevcuttu. 1 hastanın hem servikal hem de kranial tutulumu vardı. Tüm hastaların ağrı tedavisi "nöropatik ağrı basamak tedavisi" prosedürüne uygun olarak başlandı. Hasta özellikleri, ağrı seviyesi, psikolojik ve çevresel faktörler göz önüne alınarak pregabalın, gabapentin, duloksetin, amitriptilin ve tramadol içinden en uygun olanı veya olanları reçetelendi. Hastalara girişimsel işlemde önce mutlaka medikal tedavi başlandı. Medikal tedaviye yanıt alınamayan ya da yetersiz yanıt alınan hastalarda girişimsel tedavi yöntemleri uygulandı.

Torakal tutulumu olan hastaların 17'sine eretör spina plan (ESP) bloğu, 1'ine epidural steroid enjeksiyonu (ESI) ve 1'ine de ESP blok sonrasında lidokain patch uygulandı. Servikal tutulumu olan hastaların 5'ine ESI, lumbal tutulumlu hastaların 2'sine ESI, 1'ine ilgili dermatomu uyaran dorsal root ganglion (DRG), DRG pulse radyofrekans (RF), sakral tutulumlu hastaların 1'ine caudal ESI uygulandı. Kranial tutulumlu hastaların 4'ünde oftalmik dal tutulumu vardı. Oftalmik dal tutulumu olan hastaların 3'üne supraorbital sinir blok ve sonrasında RF tedavisi uygulandı. Kranial ve servikal tutulumu olan 1 hastanın trigeminal sinirin mandibular dal tutulumu mevcuttu. Bu hastaya ilk önce servikal ESI, yeterli yanıt alınamaması üzerine stellat ganglion bloğu uygulandı. Kranial sinir tutulumlu 1 hastada da hem maxillar hem de mandibular sinir tutulumu vardı. Bu hastaya da üç kez eşit aralıklarla haftada bir transnazal sphenopalatin ganglion bloğu uygulandı. Sadece maksiller tutulumu olan 1 hastada medikal tedavi ile ağrı palyasyonu sağlandı.

Tartışma ve Sonuç : Postzoster nevralsi, herpes zoster enfeksiyonu sonrası hasarlı bölgede gelişen allodini ve hiperaljezi ile birlikte gelişen dirençli nöropatik ağrılı bir durumdur. Ağrı en sık torasik, servikal ve oftalmik dermatomlarda görülür. Tedavide antikonvulsanlar, antidepresanlar, ağrı blokları (ESP, ESI, ganglion blokları) ve spinal kord stimülasyonu yer alır. Hastaya uygun nöropatik ağrı basamak tedavisinin başlanması ve prosedürlere uygun sürdürülmesinin ağrının takibi ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde kolaylık sağladığını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Postzoster Nevralji, nöropatik ağrı, eretör spina plan blok

Serbest Bildiri Sunumları

SB-12

Medikal ve cerrahi tedaviye dirençli anjina pektoriste tens uygulaması -Üç olgu sunumu

Mesut Bakır¹, Gülçin Gazioğlu Türkyılmaz¹, Sebnem Rumeli Atıcı¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji BD.

Giriş: Dirençli anjina pektoris (DAP), miyokardiyal iskemisi tanılanmış hastalarda, optimal medikal ve revaskülarize edici uygulamalara rağmen devam eden göğüs ağrısıdır. Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), DAP'da tedavi seçeneklerinden birisidir. Amacımız TENS tedavisi uygulanan olgularımızın tedavi sonuçlarını sunarak literatür eşliğinde etkinliğini tartışmaktır.

Olgu 1: Anjina pektoris (AP) nedeniyle çeşitli tarihlerde 5 defa koroner anjiyografi (KAG) uygulanmış ve koroner darlıkların yeri nedeniyle stent konulamamış, 63 yaşında erkek olgunun öncesinde aort diseksiyonu nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Kardiyoloji tarafından algoloji polikliniğimize dirençli ağrıları için yönlendirildi. Göğüs ön duvarında sırta yayılan ağrısı mevcuttu. VAS: 7 LANSS: 18 DN4:7 idi. Sol aksiller bölgede allodinişi saptandı. Beş gün boyunca T2-7 dermatomları arasına 6 palet ile frekans 85 hz, interval 450 \approx s, dozaj 20-25 mA ayarlarında 20 dk TENS tedavisi verildi. VAS 1-2'ye geriledi. Ev tipi TENS önerilerek taburcu edildi. 3. ay kontrolünde ihtiyacı kalmadığı için TENS kullanmadığını ifade etti.

Olgu 2: Farklı tarihlerde 24 defa KAG uygulanmış, 58 yaşında erkek olgu. 5 yıl önce koroner bypass operasyonu geçirmişti. Sol omuz ve sırta yayılan son 1 yıldır artış gösteren AP'si ve ağrılı bölgede nöropatik semptomları mevcuttu. VAS:7 LANSS:16 DN4:6 idi. Yedi gün boyunca T2-7 dermatomları arasına 6 palet ile frekans 85 hz, interval 450 \approx s, dozaj 20-25 mA ayarlarında 20 dk TENS tedavisi uygulandı. Ağrısı VAS 2 düzeyine inen olgu ev tipi TENS önerilerek taburcu edildi. Ancak kontrole gelmedi.

Olgu 3: 45 yaşında Diyabetes Mellituslu erkek olgu, 1 yıldır devam eden AP nedeniyle 3 defa KAG uygulanmıştı. İki farklı koroner damarda stenti mevcuttu. Kardiyoloji tarafından yönlendirilen olgunun sol aksiller bölgeye, sırta ve kola yayılan AP'si mevcuttu. VAS:6 LANSS: 19 DN4:8 idi. Tedavide 10 gün boyunca T2-7 dermatomları arasına 6 palet ile frekans 85 hz, interval 450 \approx s, dozaj 20-25 mA ayarlarında 20 dk TENS uygulandı. Ağrı düzeyi VAS 1'e gerileyen olguya ev tipi TENS önerilerek taburcu edildi. 2 ay süreyle ağrılarının günlük yaşam aktivitesini etkilemeyecek düzeyde kaldığını ancak ani bir ağrı nedeniyle başvurduğu klinikte KAG ve sonrasında stent uygulandığı öğrenildi. Dördüncü aydaki kontrolünde VAS 1 idi.

Sonuç: Olgularımızın göğüs ağrısı birçok defa koroner girişim geçirip optimal medikal tedavi almalarına rağmen devam etmekteydi. TENS tedavisinin, iskemiyi, anjinal semptomları ve nitrat kullanım ihtiyacını azalttığı daha önce de gösterilmiştir. Bu modalite, DAP'te, spinal kord stimülasyonu gibi invaziv analjezi yöntemlerinden önce maliyet-etkin bir yaklaşım olarak düşünülebilir.



Serbest Bildiri Sunumları

SB-13

Gözden Kaçan Bir Tanı: Notaljia Parestetika

Gizem Gürsoy¹, Tuba Tanyel Kiremitçi²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Osmangazi Üniversitesi, Algoloji Kliniği, Eskişehir

Giriş: Notaljia parestetika genellikle torakal sinirlerin dermatom alanında gözlenen, hiperpigmente bir lezyonun eşlik ettiği, unilateral, sensöriyal bir nöropatidir. Hastaların kaşıntı semptomu ön planda olduğundan nöropati tanısı almaları genellikle gecikmekte ya da gözden kaçabilmektedir. Bu olgu sunumu ile bu tanıya dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: Otuz bir yaşında erkek hasta; sırt bölgesinde kaşıntı şikâyeti ile başvurdu. Sağ skapula posterolateralinde yaklaşık 4x2,5 cm çapında hiperpigmente alan gözlenen ve lezyon bölgesinde uyuşukluk tarifleyen hastanın nörolojik muayenesinde lezyon bölgesinde hipoestezi dışında özellik yoktu. Yapılan kan tetkikleri normal sınırlarda idi. Servikal manyetik rezonans görüntüleme (MRC) incelemesinde C3-4 ve C5-6 intervertebral disklerinde dejenerasyon, posteriorunda subaraknoid mesafeyi daraltan disk kabarıklığı ile C6-7 intervertebral diskinde osteofitlerin eşlik ettiği periferik disk kabarıklığı izlendi. Nöral foramenler kısmen daralmıştı. Torakal MRC'de patolojik bulgu saptanmadı. Mevcut bulgular ışığında; Dermatoloji kliniği görüşü de alınarak hastaya notaljia parestetika tanısı konuldu. Öncelikle medikal tedavi planlanarak pregabalın 75 mg/gün dozunda başlanıp, 150mg/güne arttırıldı. Bu doz ile hastanın hipoestezi şikâyetinin gerilemesi üzerine tedaviye devam edildi.

Sonuç: Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmayan notaljia parestetika nadir görülen bir sinir sıkışma sendromudur. Deri bulgusu ve parestezi yakınması olan hastalarda bu tanı akla gelmelidir. Multidisipliner yaklaşım tanıda önem kazanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Notaljia parestetika, nöropati, hiperpigmentasyon

Serbest Bildiri Sunumları

SB-14

Eagle Sendromu: Nadir Bir Boyun Ağrısı Sebebi

Tülin Arıcı, Bora Uzuner

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun, Türkiye

Amaç: Eagle sendromu servikal ağrı, boğazda yabancı cisim hissi ve disfaji triadı ile ilişkili nadir bir klinik durumdur. Uzamış styloid süreç veya stylohyoid ligamentin ossifikasyonu nedeniyle oluşur. Nadir bir boyun ağrısı sebebi olması nedeniyle bu olguyu sunduk.

Olgu: 44 yaşında bayan hasta 1 yıldır devam eden kulak arkasında ve boyun sol tarafında ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta ayrıca yutkunma esnasında boğazda hissedilen şiddetli keskin bir ağrı ve yabancı cisim hissi olduğunu belirtti. Hasta daha önce diş hekimi, kulak burun boğaz ve nöroloji kliniklerinde tetkik edilmiş ve ağrıya neden olabilecek herhangi bir patoloji saptanmamış. Fizik muayenesinde başın ekstansiyonu ve lateral fleksiyonu esnasında ağrı arttı ve servikal vertebra eklem hareket açıklığında global bir azalma gözlemlendi. Rutin kan tetkikleri ve beyin MR normaldi. Hastanın ek hastalığı ve ağrı için aldığı çeşitli NSAİ ilaçlar dışında sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hastada Eagle sendromundan şüphelenilerek üç boyutlu boyun CT istendi. Tetkik sonucunda styloid süreç 40 mm ölçülmüş olup normalden uzun olarak değerlendirildi ve hastaya Eagle sendromu tanısı konuldu. Hasta KBB Polikliniğine yönlendirildi. Buradaki muayenesinde operasyon önerilmemesi üzerine hastaya 300 mg/gün Pregabalın başlandı. 1 ay sonra kontrolde hasta ağrıda %50 azalma olduğunu belirtti.

Sonuç: Eagle sendromu medikal (analjezik, kortikosteroid, antidepresan ve antikövsan), lokal anestezi enjeksiyonları ve çeşitli cerrahi yaklaşımlarla tedavi edilir. Nadiren uzamış styloid süreç internal karotid artere baskı ile vertigo ve senkop gibi nörolojik semptomlara neden olabilir. Kadınlarda ve üçüncü ve beşinci dekattar arasında daha sık görülür. 5,7,9 ve 10. kranial sinirler ve juguler vene baskı yapabilir. Uzamış styloid süreç bireylerin %4-7'sinde görülür ve bu kişilerin çoğunluğu asemptomatiktir. Uzamış styloid süreci olan bireylerin ise %0,16'sının semptomatik olduğu rapor edilmiştir. Eagle sendromu nadir görülen bir klinik durum olması nedeniyle çoğunlukla tanıda gecikmeler yaşanabilmekte ve hastalar yanlış tanıları ararak gereksiz tedaviler uygulanabilmektedir. Bu nedenle Eagle sendromu boyun ağrısı olan hastalarda akıldaki bulundurulması gereken bir klinik durumdur.

Anahtar kelimeler: Eagle sendromu, styloid süreç, boyun ağrısı

Figure 1: Üç boyutlu computerize tomografi görüntüsü sol styloid sürecin uzamış olduğunu gösteriyor.





Serbest Bildiri Sunumları

SB-15

Gonartrozda Fizik Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı Ve Etkinlikleri

Cöksen Göksenoğlu

İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Çalışmanın amacı ultrason (US) ve kısa dalga diaterminin (KDD) gonartroz tedavisinde fonksiyonel durum ve ağrı üzerine etkinliğini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Hastanemiz polikliniğine başvuran American College of Rheumatology (ACR) kriterlerine göre gonartroz tanısı almış 80 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar US grubu ve KDD grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı. Birinci gruba 20 dk US (1.5 w/cm², devamlı), 20 dk TENS, izometrik quadriceps egzersizleri uygulandı. İkinci gruba ise 15 dk KDD, 20 dk TENS ve aynı egzersizler uygulandı. Ağrı ve fonksiyonel değerlendirmeler tedavi öncesi ve tedavi sonrası Vizüel Analog Skala (VAS) ve Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), Lequesne Severity indeksi kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 80 hasta alındı, Hastaların 65 si (%81,2) kadın, 15'i (%16,7) erkekti. Hastaların 40'ı KDD (%50), 40'ı US (%50) tedavisi aldı. Hastaların yaş ortalaması KDD grubunda 56,45 ± 10.2 yıl, US grubunda ise 58,24 ± 11.3 yıl idi ve iki grup karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Tedavi sonunda her iki grupta da ağrı ve fonksiyonel durumda istatistiksel olarak anlamlı düzelme elde edildi (p<0,05). İki grup arasında tedavi öncesi ve sonrasındaki VAS, WOMAC Osteoartrit indeksi, Lequesne Severity indeksi yönünden anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Sonuç: Çalışmamızda ultrason ve kısa dalga diaterminin gonartroz tedavisinde etkin tedaviler olduğu gösterilmiştir. Her iki tedavinin etkinliği açısından değerlendirildiğinde her iki uygulamanın da birbirine benzer oranda etkin olduğu ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gonartroz, kısa dalga diatermi, ultrason



Serbest Bildiri Sunumları

SB-16

Migren Ve Gerilim Tipi Başağrısı Tedavisinde Büyük Oksipital Sinir Blokajının Etkinliğinin Karşılaştırılması

Suna Aşkın Turan¹, Şenay Aydın²

¹SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Algoloji Birimi

²SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Birimi

Giriş ve Amaç: Büyük oksipital sinir blokajı (GON) , kronik başağrısı tedavisinde uzun yıllardır kullanılmaktadır. Bu çalışmada migren ve gerilim tipi başağrısı tedavisinde büyük oksipital sinir blokajının etkinliğini karşılaştırmayı hedefledik.

Yöntem: IHS tanı kriterlerine göre tanı konmuş 28 migren, 16 gerilim tipi başağrısı olgu çalışmaya alındı. GON blokajı ilk ay iki kez (1.gün, 15.gün) ve sonraki iki ayda ayda bir kez uygulandı. Görsel ağrı skalası (VAS), başağrısı atak sayısı, analjezik ihtiyacı, profilaktik tedavi alıp almadıkları ve işlem sonrası yan etki açısından hastalar değerlendirildi.

Bulgular: Oksipital sinir blokajı ile iki grupta da ağrı şiddeti ve atak sıklığında anlamlı olarak azalma gözlemlendi. Atak sıklığı 3. Ayda migren grubunda ayda 7,9' dan 5,0'a düşerken; gerilim tipi başağrısı grubunda 7,6'dan 4,4'e gerilemişti . Ağrı şiddeti 1. Ayda migren grubunda 7,851±0,133 'ten 4,0±0,125'e inerken gerilim tipi başağrısı grubunda da 7,687±0,373'e düşmüştür. İstatiksel olarak bu düşüş migren grubunda daha fazla bulunmuştur (p:0,00). Her iki grupta da işleme bağlı komplikasyon veya yan etki gözlenmemiştir.

Sonuç: Büyük oksipital sinir blokajı; komplikasyonu minimal olan etkin bir tedavi yöntemidir. Migren ve gerilim tipi başağrısı tedavisinde başağrısı atak sıklığını azaltırken migrende daha belirgin olmak üzere başağrısı şiddetini de azaltmaktadır. Vaka kontrollü prospektif uzun takipli çalışmalar ile bu yöntemin kronik başağrısı tedavisinde yerini tespit etmek hastalar için faydalı olacaktır.



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

1. GENÇ ALGOLOGLAR KONGRESİ

04- 06
Ekim 2019

Koç Üniversitesi Hastanesi
Topkapı - İSTANBUL

Yazar Dizini





Yazar Dizini

-A-		Gölböyü Birzat Emre	SB-02, SB-11
Aksu Recep	SB-10	Gönüllü Edip	KO-36
Altunkaynak Yavuz	SB-04	Gönüllü Edip	SB-06
Arıcı Tülin	KO-10	Güler Emel	KO-02
Arıcı Tülin	SB-14	Güler Gülen	SB-01, SB-10
Arkan Tuna Hale	KO-37	Gümüş Hatice	SB-11
Aydın Şenay	SB-16	Güner Derya	KO-29
		Güner Ekici Aycan	KO-21
		Gürsoy Gizem	SB-13
-B-		-K-	
Babaoğlu Gülçin	KO-26	Karabakan Güldane	KO-35
Bakır Mesut	SB-08, SB-09, SB-12	Karabakan Güldane	SB-09
Balta Selin	KO-01	Keşkek Aslı	SB-04
		Kılıç Yılmaz Vildan	KO-04
-Ç-		Kırççek Fahrettin	SB-11
Çeken Barış	SB-09	Kırdemir Pakize	SB-11
Çelenlioğlu Alp Eren	SB-01, SB-10	Kiremitçi Tuba Tanyel	KO-17
Çetingök Halil	KO-06	KöksalAyhan	SB-04
Çubukçu Murat	KO-19	Kurçaloğlu Mustafa	KO-18
		-O, Ö-	
-D-		Olgun Yazar Hülya	SB-04
Dağıstan Gözde	SB-06, SB-07	Özlülerden Pınar	KO-24
Dağıstan Gözde	KO-03	-P, R-	
Dirican Ahmet	SB-04	Pektaş Sinan	KO-20
		Rumeli Atıcı Şebnem	SB-08, SB-09, SB-12
-E-		-S, Ş-	
Erken Burak	KO-05	Sir Ender	KO-32
Ertem Devrimsel Harika	KO-11	Şencan Savaş	KO-14
Ertem Devrimsel Harika	SB-03, SB-04	Şentürk İleriş Ahmet	KO-33
-G-			
Gazioğlu Türkyılmaz Gülçin	SB-08, SB-09, SB-12		
Gökşenoğlu Gökşen	SB-15		
Gölböyü Birzat Emre	KO-38		



Yazar Dizini

-T-

Tanyel Kiremitçi Tuba	SB-13
Tertemiz Oktay Faysal	KO-08
Tuncer Zeynep	KO-27
Turan Suna Aşkın	KO-28
Turan Suna Aşkın	SB-16

-U, Ü-

Uğur Fatih	SB-10
Uzuner Bora	KO-15
Uzuner Bora	SB-14
Ünal Artık Hanzade Aybüke	KO-25
Ünal Artık Hanzade Aybüke	SB-10, SB-13

-V, Y-

Vurallı Doğa	KO-30
Yalçın Çiğdem	KO-13
Yazar Tamer	SB-04
Yılmaz İnal Ferda	SB-05
Yılmaz Yadiğar	SB-05
Yüce Hasan	KO-34
Yürük Damla	KO-31

Organizasyon Sekretaryası



Op.Cemil Topuzlu Cad. TİBAŞ Dalyan Konutları F Blok K:4 D:8
Fenerbahçe / Kadıköy 34726 İstanbul
Tel: 0216 357 23 23 • **Faks:** 0216 357 23 33
E-posta: info@primeqm.com