TRASD
1947
İSTANBUL-TRAKYA ve
BURSA ŞUBELERİ

KUZEY GÜNEY MARMARA ROMATOLOJİ *Buluşmaları*



BİLDİRİ ÖZET KİTABI

14-16 EKİM 2022

MARGİ OTEL, EDİRNE

www.kgmromatoloji.org

KUZEY GÜNEY MARMARA
ROMATOLOJİ Buluşmaları
14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD
1947
İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

İÇİNDEKİLER

KURULLAR

BİLİMSEL PROGRAM

SPONSORLAR

SÖZLÜ BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİLER

KURULLAR

Sempozyum Eş Başkanları
Murat BİRTANE – Lale ALTAN

Sempozyum Düzenleme Kurulu
Kenan AKGÜN

İlknur AKTAŞ

Alev ALP

İlknur AYKURT KARLIBEL

Derya BUĞDAYCI

Meliha KASAPOĞLU AKSOY

Burcu METİN ÖKMEN

Aylin REZVANİ

Banu SARIFAKIOĞLU

Sena TOLU

Coşkun ZATERİ

** Soyisime göre alfabetik sıralanmıştır*

KUZEY GÜNEY MARMARA ROMATOLOJİ *Buluşmaları*

14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD 1947 İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

14 EKİM 2022, CUMA

13:00 - 13:30 **AÇILIŞ**

Filiz Akata
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Murat Birtane
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
İstanbul - Trakya Şube Başkanı

Lale Altan
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
Bursa Şube Başkanı

13:30 - 14:30 **PANEL**

Romatoid Artritte (RA) Merak Edilenler
Ömer Kuru, İlhan Sezer, Aylin Rezvani

14:30 - 15:15 **UYDU SEMPOZYUMU**

Bel Ağrısında Güncel Kılavuzlar ve
Kas Gevşeticilerin Yeri
Lale Altan

MENARINI Türkiye
Firmasının Koşulsuz Katkılarıyla...

15:15 - 15:45 **Kahve Molası**

15:45 - 16:30 **UYDU SEMPOZYUMU**

Dikkat Kırılabilir!
Osteoporozun Risklerinin Farkında mıyız?
Moderatör: ***Lale Altan***
Konuşmacı: ***Meliha Kasapoğlu Aksoy***

AMGEN®
Firmasının Koşulsuz Katkılarıyla...

16:30 - 17:30 **PANEL**

Kronik Ağrıda Merak Edilenler
(Nosiseptif? Nöropatik? Nosiplastik?)
Ayşegül Ketenci, Ayşen Akıncı, Şüheda Özçakır

KUZEY GÜNEY MARMARA ROMATOLOJİ *Buluşmaları*

14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD 1947 İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

15 EKİM 2022, CUMARTESİ

08:30 - 10:30 İZLEYELİM TARTIŞALIM

Moderatör: *Lale Altan*

Diz Osteoartritinde Pratik Enjeksiyon Uygulamaları (PRP ve Geniküler Sinir Bloğu)
Burcu Ökmen

Ultrason Eşliğinde Piriformis, Pektoralis Minor ve Anterior Skalen Kas Blokları
İlknur Aktaş

Ultrason Eşliğinde Üst Ekstremite Botulinum Toksin Uygulamaları
Nigar Dursun

Ultrason Eşliğinde Supraskapular, Kluneal Lateral Femoral Kutanöz Sinir Blokajı
Deniz Palamar Kadıoğlu

Ultrason Eşliğinde Aksiyel Omurga Enjeksiyonları
Kenan Akgün

Pratik Egzersiz Reçeteleme: Karpal Tünel Sendromu Plantar Fasiit, Lateral Epikondilit
Meliha Kasapoğlu Aksoy

KUZEY GÜNEY MARMARA ROMATOLOJİ *Buluşmaları*

14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD 1947 İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

15 EKİM 2022, CUMARTESİ

Kinezyobantlama: Lateral Epikondilit, Gebelerde Bel Ağrısı, Kondromalazi Patella
Duygu Geler Külcü

Lenfödemde Alt ve Üst Ekstremite Bandajlama
Jale İrdesel

10:30 - 11:00 **Kahve Molası**

11:00 - 11:45 **PANEL**
Spondilartritlerde (SpA) Merak Edilenler
Hatice Bodur, Alp Çetin

11:45 - 12:30 **UYDU SEMPOZYUMU**
Nöropatik Ağrı Tedavisinde Başarılı mıyız?
Konuşmacılar: ***Lale Altan, Murat Birtane***

Sanovel
Firmasının Koşulsuz Katkılarıyla...

12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

15 EKİM 2022, CUMARTESİ

13:30 - 15:00 **KAS İSKELET SİSTMİNDE RADYOLOJİ ve İPUÇLARI**

Moderatörler: *Murat Birtane, Hakan Emmungil*

Direkt Grafi Osteoporotik Kırıkları Her Zaman Gösterebilir mi?
Fethi Ustabaşıoğlu

Elastografi Nedir? Kas İskelet Sisteminde Fark Yarattığı Yerler Olabilir mi?
Fethi Ustabaşıoğlu

Lomber Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'de Uzak Lateral Lomber Disk Hernileri, Nöral Foramen Darlıkları Gözden Kaçırılabilir mi?
Fethi Ustabaşıoğlu

Spinal MRG'de Metastaz, Diskit, Spondilodiskit Ayrımı Yapabilmek için İpuçları Nelerdir?
Fethi Ustabaşıoğlu

Spinal MRG'de Modic Tip Değişiklikleri Nasıl Tanıyalım Nasıl Ayıralım?
Fethi Ustabaşıoğlu

Erken RA'da Görüntüleme Nasıl Olmalı? MRG'nin Yeri Var mı?
Fethi Ustabaşıoğlu

KUZEY GÜNEY MARMARA ROMATOLOJİ *Buluşmaları*

14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD 1947 İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

15 EKİM 2022, CUMARTESİ

Ultrasonografi (USG)'de Doğru Görüntü Nasıl Elde Edilir? Ayar Nasıl Yapılır?
İlker Yağcı

USG ile Hangi Majör El, El Bileği Patolojilerini Tanıyabiliriz?
İlker Yağcı

USG ile Siyatik ve Peroneal Sinir Alt Ekstremite Boyunca Nasıl Takip Edilebilir?
İlker Yağcı

15:00 - 15:45 **UYDU SEMPOZYUMU**

Gerçek Yaşam Verileri Işığında Barisitinib ile Romatoid Artrit Tedavisi

Moderatör: *Lale Altan*

Konuşmacı: *Coşkun Zateri*

Lilly
Firmasının Koşulsuz Katkılarıyla...

15:45 - 16.00 **Kahve Molası**

KUZEY GÜNEY MARMARA ROMATOLOJİ *Buluşmaları*

14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD 1947 İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

15 EKİM 2022, CUMARTESİ

16:00 - 17:30 **ROMATOLOJİDE KONSÜLTASYON ve İPUÇLARI**

Moderatör: *Murat Birtane*

HEMATOLOG: Hemogram Sonuçlarında Birçok Alt Parametre Ölçümü Görülüyor, Nasıl Değerlendirelim?
Muzaffer Demir

PSİKİYATRİST: Fibromiyalji Tedavisinde Psikiyatrist Nerede Yer Almalı?
Okan Çalıyurt

GÖĞÜS HASTALIKLARI UZMANI: Uzmanı Olmayan Birisi Hatayı En Aza İndirecek Şekilde Akciğer Grafisini Nasıl Okumalı?
Celal Karlıkaya

DERMATOLOG: Paterji Testi Ne için, Nasıl Yapılır Nasıl Yorumlanır?
Sezgi Sarıkaya Solak

GASTROENTEROLOG:Bir Hastada Ülseratif Kolit ya da Crohn Olduğunu Düşündürecek Temel Semptom ve Bulgular Nelerdir? Süreci Nasıl Yönetelim?
Ahmet Tezel

NÖROŞİRURJİ: Erişkin Gergin Omurilik Nedir? Ne Zaman Şüphelenelim, Ne Yapalım?
Cumhur Kılınçer

16 EKİM 2022, PAZAR

08:00 - 09:00 **SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU**
Moderatör: *Banu Sarıfakıoğlu*

S-01 Fibromiyalji Sendromlu Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Hastalık Şiddeti Üzerine Etkisi
Havva Nur Karataş

S-02 65 Yaş Üstü Romatoid Artrit Popülasyonunda Malnutrisyonun Araştırılması: Pilot Çalışma
Nihal Yılmaz

S-03 Plantar Fasiiti Olan Hastalarda İki Farklı Dozda Ekstrakorporeal Şok Dalga Tedavisinin Etkinliğinin Kıyaslanması
Alper Uysal

S-04 Ankilozan Spondilit Hastalarında Hastalık Aktivitesinin Değerlendirilmesinde Sistemik İmmün İnflamasyon İndeksinin (Sıı) Rolü
Salim Mısırcı

S-05 Tek Taraflı Kts Hastalarında İki Bileğin Kanal ve Median Sinirlerin Mr Kesit Yüzey Alanlarının Kıyaslanması
Adnan Demirel

16 EKİM 2022, PAZAR

S-06 Ankilozan Spondilit ve Allerjik Hastalıklar Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Klinik Çalışma
Ebru Yılmaz

S-07 Ankilozan Spondilit Olgularının Balneolojik Tedaviler Hakkında Farkındalık ve Bilgi Düzeyi
Pınar Doğan

S-08 Ankilozan Spondilitli Hastalarda Obezitenin Hastalık Aktivitesi ve Egzersiz Yapma Alışkanlığı Üzerine Etkisi
Pınar Doğan

S-09 Karpal Tünel Sendromunda Klinik Bulgular, Boston Araştırması ve Görsel Analog Ölçek Sonuçları ile Elektrofizyolojik Bulgular Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
İbrahim Halil Erdem

S-10 Kalça Ağrısının Nadir Düşünülen Nedeni: Sinoviyal Pit: Olgu Sunumu
Uğur Ertem

KUZEY GÜNEY MARMARA ROMATOLOJİ *Buluşmaları*

14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD 1947 İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

16 EKİM 2022, PAZAR

09:00 - 10:00 **PANEL**
Osteoartritte Merak Edilenler
Sami Hizmetli, Dilşad Sindel, Demet Ofluoğlu

10:00 - 10:45 **TARTIŞMA**
Aksiyel SpA'da Glukokortikoid Kullanırım/Kullanmam
Nurettin Taştekin, Coşkun Zateri

10:45 - 11:30 **TARTIŞMA**
Diz Osteoartritinde İntraartiküler Glukokortikoid mi?
PRP-Ozon-Proloterapi gibi Rejeneratif Uygulamalar mı?
Demirhan Dıraçoğlu** (Online Bağlantı), **Sena Tolu

11:30 - 11:45 **Kahve Molası**

11:45 - 12:30 **PANEL**
Osteoporozda Merak Edilenler
Merih Sarıdoğan, Derya Demirbağ Kabayel, Alev Alp

12:30 - 12:50 **AKILCI İLAÇ KULLANIMI**
İlknur Aykurt Karlıbel

12:50 - 13:00 **KAPANIŞ**

Sponsorlarımıza Teşekkürlerimizle...

Platin Sponsor

Sanovel

Altın Sponsor

Lilly

Sponsorlar

AMGEN® abbvie MENARINI Türkiye MSD Be well

NOBEL NOVARTIS

EXPANSCIENCE® LABORATOIRES GENSENTA gsk GlaxoSmithKline Tüketici Sağlığı

KOÇAK FARMA Pfizer Roche TABİLAÇ

Sponsorlar kendi kategorisinde alfabetik sıralanmıştır.

KUZEY GÜNEY MARMARA
ROMATOLOJİ *Buluşmaları*
14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD
1947
İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

S-01 FİBROMİYALJİ SENDROMLU BİREYLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ HASTALIK ŞİDDETİ ÜZERİNE ETKİSİ

Havva Nur Karataş, Ahmet Topuzoğlu

Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ
Bu çalışma ile fibromiyalji tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı ile hastalık şiddeti ve anksiyete bozukluğu, depresyon gibi stres belirtileri arasındaki ilişkinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM
Çalışmamıza Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine başvuran ve dahil edilme kriterlerini sağlayan 130 kişi katıldı. Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi (Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire/ RFIQ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale/HADS) kullanılarak veri toplandı. Verilerin analizi için katılımcılar RFIQ anketinden aldıkları toplam puana göre fibromiyaljiden hafif düzeyde etkilenenler (grup I) ve fibromiyaljiden ileri düzeyde etkilenenler (grup II) şeklinde ayrıldı.

BULGULAR
Fibromiyaljiden ileri düzeyde etkilenen katılımcılar, fibromiyaljiden hafif düzeyde etkilenenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek CTQ-28 ve HADS puanı elde ettiler($p<0,05$). Depresyon-anksiyete bozukluğu varlığında, grup I ve grup II CTQ-28 anket puanlarına bakıldığında sırası ile ortalama 48,78 ±15,12 ve 51,71 ±16,64 şeklinde yüksek çocukluk çağı travması puanları elde edildi ancak gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı($p>0.05$).

SONUÇ
Elde edilen bulgular çocukluk çağı travmaları ve depresyon-anksiyete bozukluğunun fibromiyalji etki düzeyi ile ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Ancak katılımcılar; depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu varlığında, fibromiyaljiden hangi düzeyde etkilendiklerinden bağımsız olarak yüksek düzeyde çocukluk çağı travması bildirmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Fibromiyalji,

S-02 65 YAŞ ÜSTÜ ROMATOİD ARTRİT POPÜLASYONUNDA MALNUTRİSYONUN ARAŞTIRILMASI: PİLOT ÇALIŞMA

Nihal Yilmaz

Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR Bölümü

GİRİŞ ve AMAÇ

Malnütrisyon, besin ögelerinin yetersiz alımı ve emilimi ile karakterize bir sendromdur. Yaşlıda malnütrisyon olgusu gençlerden daha karmaşıktır, morbidite ve mortalitenin belirleyicisidir. Hastanede kalma süresinin artması, yaşam kalitesinin azalması, yara iyileşmesinde gecikme, enfeksiyon ve fonksiyonel kapasitedeki azalma gibi olumsuz sağlık durumları ile ilişkilidir (1). Malnütrisyonun erken belirtileri, spesifik değildir ve yavaş gelişir. Yaşlılarda sıklıkla rastlanılan malnütrisyon türü olan protein enerji malnütrisyonunun (PEM) saptanmasında altın bir standart yoktur (1,2).

Diyet, çeşitli yollarla Romatoid Artrit (RA)'de inflamasyonu ve hastalık aktivitesini azaltma potansiyeline sahiptir: Bunlara ek olarak, antioksidan alımı, oksidatif stresi azaltarak inflamasyon belirteçlerinin seviyesini azaltabilir. Ayrıca, bağırsak mikrobiyotası, inflamatuar yanıtlara aracılık edebilir ve pre ve probiyotikler tarafından geliştirilebilir (3).

Beslenmenin inflamasyon üzerinde etkili olduğunun saptandığı dönemde beslenme bozukluğunun hastalık aktivitesi üzerine etkisinin olabileceğini düşünerek 65 yaş üstü popülasyonda morbidite ve mortalitenin belirleyicisi olan malnutrisyonun 65 yaş üstü RA'lı hastalarda hastalık aktivitesi ve günlük yaşam ile ilişkisini araştırmaktır.

YÖNTEM

Çalışmamıza 01/09/21- 31/12/2021 tarihleri arasında Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR Polkliniği'ne başvuran 65 yaş üstü RA tanılı 20 hasta dahil edildi. Sonrasında demografik veriler (yaş, eğitim durumu, cinsiyet)alındı ve antropometrik ölçümler (boy, kilo, kol çevresi, baldır çevresi, göbek çevresi) yapıldı. Das 28 skoru ile hastalık aktivitesi hesaplandı. SF-36 ile günlük yaşam değerlendirilmesi yapıldı. "Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MND), ile beslenme durumu değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 20 hasta katıldı. Hastaların %54'ü kadın %46'sı erkekti. Tüm hastalar 65 yaş ve üzerindeydi. Yaş ortalaması 73'tü. Hastaların %40'ı okuma yazma bilmiyordu. %50'si ise ilkokul mezunuydu. Üniversite mezunu olan hasta yoktu. 16 hasta DMARD tedavisi almaktaydı. 1 hasta biyolojik ilaç kullanırken 3 hasta biyolojik ve DMARD beraber kullanıyordu. 12 hasta düzenli kortizon tedavisi almaktaydı. Hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kardiyak olmak üzere 12 hastanın ek hastalığı bulunmaktaydı.

Hastaların ortalama Das28 skoru3'tü (düşük hastalık aktivitesi). 2 hastanın skoru 2,6 idi. MND skoru ortalaması ise 20 saptandı. 2 hastada MND skoru 17'nin altında saptandı. BMI ortalama değerleri 20 saptandı. 17 olan 1, 18 olan 3 olmak üzere toplam 4 hastanın BMI skoru 19 değerinin altında saptandı. MND sokru ile DAS 28 skoru karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. ($p<0,05$) Sf-36 skor ortalamaları her iki cinsiyet için (erkekler için enerji-canlılık ortalaması dışında) normal sınırların altındaydı. MND ile SF-36 skorları arasında da yine anlamı sonuçlar saptandı ($p<0,05$). TARTIŞMA ve SONUÇ:Diyetin RA'yı iyileştirme potansiyeli çalışmalarda gösterilmiştir. Diyet,

inflamatuar aktiviteyi etkileyerek, lipid profilini değiştirerek, antioksidan seviyelerini artırarak ve bağırsak mikroflorasını değiştirerek RA semptomlarını etkileyebilir. Gözlemsel çalışmalar, akdeniz diyeti ile beslenen toplumlarda RA'nın daha az görüldüğünü belitmektedir(4,5). Bärebring ve ark yaptıkları çalışma sonucunda, RA'lı hastalarda yüksek diyet kalitesi ile inflamasyonun azalmasını ilişkili bulmuştur ancak hastalık aktivitesi ile diet arasında ilişkili saptamamıştır. Winkvist ve ark 2018 yılında yaptıkları çalışmada diet tedavisi ile hastalık aktivitesini azaltıp, yaşam kalitesinin arttırdıklarını belirtmişlerdir.

Bizde çalışmamızda 65 yaş üstü RA'lı hastalarda malnutrisyona eğilim saptadık. Hastaların MND değerleri ve BMI değerleri beslenme yetersizliğini işaret etmekteydi. Sonuçlarda malnutriyon eğilimi olan hastalarda DAS 28 skoru anlamlı olarak düşüktü. SF-36 skorları ile MND skorları arasında anlamlı ilişki saptadık.

Sonuç olarak 65 yaş üstü RA hastalarının takibinde beslenme durumunun sorgulanması hastalık aktivasyonunun kontrolünde ve günlük yaşam fonksiyonlarında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Beslenme, Malnutrisyon

Tablo 1: Demografik Veriler ve Test Sonuçları

	n	Min	Max	Mean	Std Deviasyon
YAŞ	20	64,00	85	73,45	6,6494
DAS28	20	2,60	4.1	3,035	0,38970
MND	20	14,50	26	20,200	3,16394
BMI	20	17,00	24	20,200	1,96281
FİZİKSEL FONKSİYON	20	64,00	89	80,06	5,46984
FİZİKSEL ROL GÜÇLÜĞÜ ROL GÜÇLÜĞÜ	20	59	92	76,3	7,84546
EMOSYONEL ROL GÜÇLÜĞÜ	20	65	95	87,112	8,10964
ENERJİ CANLILIK VİTALİTE	20	59	72	65,2	3,90142
RUHSAL SAĞLIK	20	72	102	89,95	7,67755
SOSYAL FONKSİYON	20	68	95,75	89,9250	6,58802
AĞRI	20	65	91	79,55	7,40181
VAS	20	4	7	5.6	,82078
VALİDE N	20				

S-03 PLANTAR FASİİTİ OLAN HASTALARDA İKİ FARKLI DOZDA EKSTRAKORPOREAL ŞOK DALGA TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİNİN KIYASLANMASI

Alper Uysal
Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, Hatay

GİRİŞ ve AMAÇ
Plantar fasiit (PF), en sık görülen ayak ağrısı nedenlerinden biridir. Sabahları veya uzun süre hareketsizlikten sonra görülen topuk ağrısı tipiktir. Tedavide ESWT uygulamasının önemli bir yeri vardır. Bu çalışmanın amacı, PF tedavisinde iki farklı dozda uygulanan ESWT'nin ağrı ve ayak özürlülük düzeyi üzerine olan etkilerini kıyaslanmaktır.

YÖNTEM
PF tanılı 40 hasta 2 guba ayrıldı. Grup 1'e 1,5 bar, 10 Hz frekansında 2000 atım ve grup 2'ye 2,5-3 bar (hasta toleransına göre), 10 Hz frekansında 2000 atım olacak şekilde toplam 3 seans radial ESWT uygulandı. Hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası 1. ayda ağrı şiddeti Visual Analog Skala (VAS) ile fonksiyonellik düzeyi Ayak Fonksiyon İndeksi (AFİ) ile değerlendirildi.

BULGULAR
Gruplar arasında cinsiyet, yaş, vücut kitle indeksi, semptom süresi, kalkaneal spur bulunma oranı, tedavi öncesi VAS-ağrı skoru ve tedavi öncesi AFİ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Tedavi sonrası değerler kıyaslandığında VAS grup 1'de daha yüksek iken ($p=0,019$), AFİ gruplar arasında benzerdi ($p=0,169$). Gruplar, tedavi öncesi ve sonrası VAS ağrı ve AFİ parametrelerindeki değişim açısından kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark vardı (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,001$).

TARTIŞMA ve SONUÇ
Her iki grup da tedaviden fayda görmüştür. Grup 2'de ağrı ve fonksiyon skorlarında daha fazla iyileşme saptansa da bu konuyu netleştirmek için gelecekteki çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kalkaneal Spur, Plantar Fasit, Radial ESWT

KUZEY GÜNEY MARMARA
ROMATOLOJİ Buluşmaları
14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD
1947
İSTANBUL-TRAKYA ve
BURSA ŞUBELERİ

S-04 ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA HASTALIK AKTİVİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE SİSTEMİK İMMÜN İNFLAMASYON İNDEKSİNİN (SII) ROLÜ

Salim Mısırcı[1], Alev Alp[1], Lale Altan[1], Büşra Başar Yılmaz[2]

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Bursa
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ ve AMAÇ
Ankilozan spondilit (AS) hastalarında yeni bir inflamatuar belirteç olan sistemik immün inflamasyon indeksi [SII (Platelet sayısı×nötrofil sayısı/lenfosit sayısı)] ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirme amaçlandı.

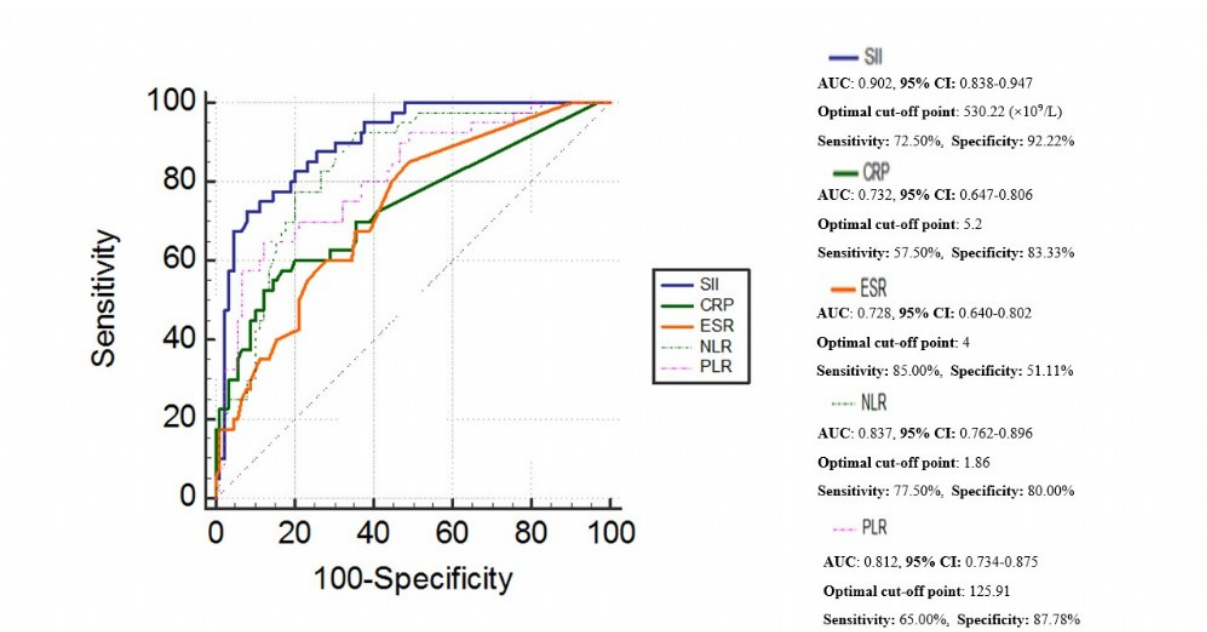
YÖNTEM
Tek merkezli kesitsel bir çalışma olarak planladığımız çalışmamıza 18-65 yaş arası 130 AS hastası ve 71 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 201 katılımcı dahil edildi. Katılımcıların klinik, laboratuvar ve demografik özellikleri kaydedildi. AS hastaları, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) < 4 olanlar remisyon grubuna (n = 90), BASDAI ≥ 4 olanlar ise aktif hastalık grubuna (n = 40) olacak şekilde iki gruba ayrıldı. SII'nin C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimantasyon hızı (ESR), BASDAI, Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru-eritrosit sedimantasyon hızı (ASDAS-ESR) ve Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru-C-reaktif protein (ASDAS-CRP) ile korelasyonlarını değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Aktif AS grubu ile remisyon AS grupları karşılaştırıldığında, SII ve diğer değişkenlerin hastalık aktivitesini değerlendirmedeki etkinliğini belirlemek için ROC (Alıcı işlem karakteristikleri, Receiver Operating Characteristic) eğrisi analizi kullanıldı.

BULGULAR
AS grubunda sağlıklı kontrollere göre nötrofil, platelet (PLT), NLR (nötrofil/lenfosit oranı) düzeyleri daha yüksekti ($p < 0.05$). Lenfosit ve PLR (PLT/lenfosit oranı) değerleri açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Aktif AS grubunda nötrofil, lenfosit, PLT, NLR, PLR, CRP, ESR, BASDAI, ASDAS-ESR, ASDAS-CRP değerleri remisyondaki AS hastalarına göre daha yüksekti ($p < 0.05$). SII, hem AS grubunda sağlıklı kontrollere göre, hem de aktif AS grubunda remisyon AS grubuna göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıydı (her ikisi için $p<0,001$). SII değeri, CRP (rs:0.384, $p<0.001$), ESR (rs:0.243, $p<0.05$), BASDAI (rs:0.668, $p<0.001$), ASDAS-ESR (rs:0.619, $p<0.001$) ve ASDAS-CRP (rs:0.700, $p<0.001$) değerleri ile pozitif korelasyon gösterdi. AS hastalık aktivitesini belirlemek için optimal kesme değeri 530.22 ($\times 10^9$/L) [Eğri altındaki alan (EAA): 0.902, %95 Güven aralığı (GA): 0.838-0.947, Duyarlılık: %72.50, Özgüllük: %92.22] olarak saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ
SII, AS hastalık aktivitesini değerlendirmede etkili bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Eritrosit Sedimantasyon Hızı, Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi

ŞEKİL 1: Aktif hastalığı olan AS hastalarını remisyondaki hastalardan ayırt etmek için SII, CRP, ESR, NLR ve PLR'nin alıcı işlem karakteristiği (ROC) eğrileri



AUC, eğri altındaki alan; AS, ankilozan spondilit; CI, güven aralığı; CRP, C-reaktif protein; ESR, eritrosit sedimantasyon hızı; NLR, nötrofil-lenfosit oranı; PLR, trombosit-lenfosit oranı; SII, Sistemik İmmun-İnflamasyon İndeksi.

Tablo 1: Aktif AS ve remisyon AS grupları arasındaki klinik verilerin, demografik özelliklerin ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması

	Aktif AS (n=40)	Remisyon AS (n=90)	p
Yaş (yıl)	44.70 (SD:9.56)	44.42 (SD:8.47)	0.869
Cinsiyet, n(%) Kadın Erkek	20 (22.2) 70 (77.8)	14 (35.0) 26 (65.0)	0.136
Hastalık süresi (yıl)	12 (1-41)	12 (1-37)	0.340
İlaçlar, n(%) NSAIDs bDMARDs Sulfasalazin	15 (36.6) 26 (63.4) 0 (0)	9 (9.4) 85 (88.5) 2 (2.1)	<0.001
Nötrofil ($\times10^9$/L)	5.01 (2.61-8.30)	4.04 (2.08-7.57)	<0.001
Lenfosit ($\times10^9$/L)	2.23 (1.21-3.73)	2.57 (1.42-4.85)	<0.001
PLT ($\times10^9$/L)	298.00 (178.10, 499.80)	244.25 (157.00, 446.00)	<0.001
NLR	2.21 (1.15, 4.48)	1.43 (0.73, 3.77)	<0.001
PLR	139.55 (68.58, 246.87)	92.30 (42.69, 251.97)	<0.001
SII ($\times10^9$/L)	665.14 (384.32, 1297.02)	380.29 (177.74, 1237.39)	<0.001
CRP (mg/L)	6.93 (2.00, 198.30)	2.00 (0.4, 19.90)	<0.001
ESR (mm/h)	12.50 (4, 88)	4 (2, 46)	<0.001
BASDAI	4.85 (4.00, 8.00)	1.20 (0.00, 3.20)	<0.001
ASDAS-ESR	2.99 (2.00, 5.30)	1.41 (0.50, 3.20)	<0.001
ASDAS-CRP	3.30 (2.10, 5.60)	1.45 (0.60, 2.50)	<0.001

ASDAS-CRP, Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru-C-reaktif protein; ASDAS-ESR, Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru-eritrosit sedimantasyon hızı; BASDAI, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi; bDMARDs, biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar; CRP, C-reaktif protein; ESR, Eritrosit Sedimentasyon Hızı; NLR, nötrofil sayısının lenfosit sayısına oranı; NSAIDs, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar; PLR, platelet sayısının lenfosit sayısına oranı; PLT, platelet; SII, Sistemik İmmün İnflamasyon İndeksi. $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

S-05 TEK TARAFLI KTS HASTALARINDA İKİ BİLEĞİN KANAL VE MEDİAN SİNİRLERİN MR KESİT YÜZEY ALANLARININ KIYASLANMASI

Adnan Demirel

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon BD Bolu

GİRİŞ ve AMAÇ
Karpal tünel sendromu (KTS) ellerde uyuşma, güçsüzlük ve ağrıya neden olan en sık görülen tuzak nöropatisidir İdiyopatik KTS, median sinirin boyutu ile tünel bileşenleri arasındaki uyumsuzluğun bir sonucu olarak, karpal tünel içinde kan akışının tıkanmasına yol açan artan basınç olarak tanımlanır KTS'nin patofizyolojisi, mekanik stres, artan basınç ve sinirde iskemik yaralanma gibi parametrelerin bir kombinasyonuna bağlanabilir

AMAÇ
Tek taraflı KTS'li hastalarda hasta ve sağlam tarafda kanalı ve median sinirin kesit yüzey alanını kıyaslayarak etiyolojiye rolünü göstermekti.

YÖNTEM
Materyal methot El bileği bölgesini ilgilendiren herhangi bir travma, operasyon, steroid enjeksiyonu ve sistemik hastalık öyküsü olmayan klinik ve Elektromiyografi (EMG) de tek taraflı idopatik karpal tünel sendromu (KTS) tanısı konulmuş 20 kadın hasta dâhil edildi.

El bileği MR görüntüleri üzerinde Analyze12.0 programı kullanılarak canalis carpinin (CC) proksimal ve distal sınırları manuel olarak belirlendi. Canalis capının (CC) içinden geçen kaslara ait 9 adet fleksor tendonun ve median sinir (NM)'in kesit yüzeyel alanları ölçüldü. CC ve NM hacmi canalis carpi boyunca hesaplandı ve ortalamaları alındı.

BULGULAR
Olgular 30 ile 60 yaş arasında olup yaş ortalaması 41.50, boyları 1.50 ile 168 arasında olup ortalama 158.50 ve vücut kitle indexi (VKİ) 23.3 ile 39.8 arasında olup ortalaması 31.4 dü. Olgulardan 16 'sında sağ 4'ünde soldaydı.

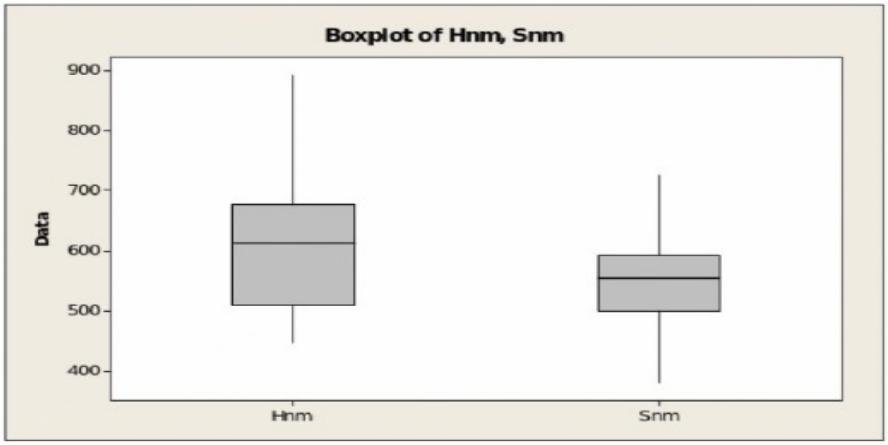
Olgularımızda hasta taraf CC'nin ortalaması 7715,0175 sağlam tarafın ise 7412,8995 idi, hasta tarafda NM 'nin ortalaması 610,1305 sağlam tarafda ise 610,1305 idi.

Sonuçlarda sağlam ve hasta taraf CC ve NM kesit yüzey alanı açısından kıyaslamak için eşleştirilmiş T testi yapıldı hem CC hemde NM istatistiksel olarak sağlam tarafa göre anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ
KTS sendromunda nedenlerin %90 gibi büyük nedenler idiyopatik olup bunlarında büyük çoğunluğu el ve el bileğinin kavramayı ve repetitif hareketleri gerektiren eylemler sonucu olduğu bilinmektedir.KTS li hastalara davranış reçetesi verilerek hafif ve orta düzeydeki hastalar çok kolaylıkla tedavi edilebileceği kanaetindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Karpal Tünel Sendromu, Manyetik Resonans Görüntüleme, Elektromyelografi

Median Sinir Kesit Yüzey Alan Kıyaslaması-1 Düzenlenmiş



Hasta ve Sağlam Taraf MR Yüzey Kesit Alanlarının Kıyaslanması

KUZEY GÜNEY MARMARA
ROMATOLOJİ Buluşmaları
14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD
1947
İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

S-06 ANKİLOZAN SPONDİLİT VE ALLERJİK HASTALIKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ: KESİTSEL BİR KLİNİK ÇALIŞMA

Ebru Yilmaz[1], Orhan Eren[2]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İstanbul
[2]Kocaeli Medicalpark Hastanesi, Romatoloji, Kocaeli

GİRİŞ ve AMAÇ
Hem Th1 hem de Th2 yolakları, vücudun bağışıklık sistemini kontrol ve dengede tutmak ve düzenlemek için uyum içinde çalışır. Th1 ve Th2, birbirlerinin büyümesini ve aktivitesini çapraz düzenleyen sitokinler üretir ve bu durum Th1/Th2 paradigması olarak adlandırılır. Atopik bozukluklar baskın bir Th2 sitokin modeli ile ilişkili olmasına rağmen, Ankilozan Spondilit (AS) Th17 hücre grubu dışında bozulmuş bir Th1 sitokin modeli ve dolaşımdaki Th2 hücrelerinin artan sayısı olarak tanımlanabilir. Th1 / Th2 paradigmasına göre AS ve atopik bozuklukların bir arada olduğu düşünülebilir. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı, AS ile atopik bozukluklar arasındaki ilişkiyi Kocaeli ilinde araştırmak ve bunları kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

YÖNTEM
Toplam 563 AS hastası (grup 1), eşleştirilmiş değişkenler olarak cinsiyet ve yaş kullanılarak intervertebral disk prolapsusu nedeniyle kronik bel ağrısı hastaları (grup 2) ile 1: 1 eşleştirildi. Atopik dermatit (AD), alerjik rinit (AR) ve astım gibi alerjik hastalıkların varlığı tüm gruplarda araştırıldı.

BULGULAR
Her iki çalışma grubunda ortalama yaş 42.86±11.04 yıldı. Tüm gruplarda %47,1 kadın ve %52,9 erkek idi. AS grubunda ortalama hastalık süresi 10,51±8,93 yıldı. AS grubundaki hastaların %70,2'sinde HLA-B27 pozitifti. Kontrollere kıyasla AS'li hastalar için ayarlanmış olasılık oranları, AD için 1.47 (1.20-1.80), AR için 1.76 (1.60-1.95) ve astım için 1.79 (1.57-2.05) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ve AS'li hastalarda AD, AR ve astım prevalansı kontrol grubuna göre daha yüksekti ($p < 0.05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ
Alerjik hastalıklar tipik olarak genç yaştaki hastalarda ortaya çıkar ve AS gelişme riski yaşamın ilerleyen dönemlerinde artmaya başlar. Çalışmanın bulgularına göre AS'li hastalarda alerjik hastalık prevalansı artmıştır. Kronik doku hasarını yansıtan kalıcı ve şiddetli alerjik hastalığı olan hastalarda bir otoimmün profil ve otoreaktivite baskın olabilir. Alerjik hastalıklarda, özellikle AR, astım veya birden fazla alerjik hastalıkta düşük dereceli ve kronik inflamasyon, AS gelişimini kolaylaştırabilir. Ayrıca alerjik hastalıkların kronikleşmesinin önlenmesi, otoimmünitenin gelişmesinin ve ilerlemesinin engellenmesinde rol oynayabilir. Bu nedenle, klinisyenler otoimmün hastalık ve alerjik hastalıklar arasındaki bağlantıdan haberdar olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Alerjik Hastalıklar, Th1 / Th2 Paradigması

Tablo 1. Ankilozan Spondilitli Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişkenler	n (563)
Yaş (yıl)	42.86±11.04
Cinsiyet Kadın Erkek	 47.1% (n=265) 52.9% (n=298)
Hastalık süresi (yıl)	10.51±8.93
HLA-B27 durumu Pozitif Negatif	 70.2% (n=395) 29.8% (n=168)
İnflamatuar bağırsak hastalığı Ülseratif kolit Chron hastalığı	 1.6% (n=9) 0.9% (n=5)
Psöriazis varlığı	3.9% (n=22)
Behçet hastalığı	3.0% (n=17)
Ailesel Akdeniz Ateşi	1.2% (n=7)

Tüm değerler ortalama ± standart sapma, sayı ve yüzde olarak ifade edildi.

Tablo 2. Gruplardaki alerjik hastalıkların dağılımı

Değişkenler	Grup 1 (AS grup)	Grup 2 (kontrol grup)	P* değeri	AS karşı kontrol grup
Atopik dermatit Var Yok	 13.9% (n=78) 86.1% (n=485)	 9.6% (n=54) 90.4% (n=509)	0.000 (<0.001)	1.47 (1.20–1.80)
Allerjik rinit Var Yok	 36.6% (n=206) 20.4% (n=357)	 25.1% (n=141) 54.9% (n=422)	0.000 (<0.001)	1.76 (1.60–1.95)
Astım Var Yok	 19.9% (n=112) 40.1% (n=451)	 13.4% (n=75) 76.6% (n=488)	0.000 (<0.001)	1.79 (1.57–2.05)

*p<0.05 ise anlamlı fark

S-07 ANKİLOZAN SPONDİLİT OLGULARININ BALNEOLOJİK TEDAVİLER HAKKINDA FARKINDALIK VE BİLGİ DÜZEYİ

Serap Seringeç Karabulut[1], Pınar Doğan[2], Ebru Yılmaz Yalçınkaya[2]

SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Kliniği
SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ

Ankilozan Spondilit (AS) başlıca sakroiliak eklemleri ve omurgayı tutan, ekstraartiküler klinik bulgular gösteren, sistemik, kronik ve inflamatuar romatizmal bir hastalıktır.Tedavisi nonsteroid antiinflamatuar ilaçlardan (NSAII) biyolojik ajanlara kadar değişen farmakolojik tedavileri ve kaplıca kürü, egzersiz, hasta eğitimi gibi nonfarmakolojik tedavileri kapsayan multidisipliner yaklaşımı gerektirir.

Hastaları bilgilendirerek ortak kararlar alınması esastır ve bunun etkili olduğu kanıtlanmıştır. AS tedavisinde egzersiz ASAS/EULAR tedavi önerilerinin temel taşlarından biridir. Su içi egzersizlerin hastalık aktivitesini azaltarak ve ağrıyı hafifleterek AS hastalarına fayda sağladığı gösterilmiştir. AS tedavisinde kullanılan temel ilaçların yanında termomineralli sular ve peloid uygulamalarını içeren kaplıca tedavisi omurga hareket açıklığını korumak ve ağrıyı azaltmada etkilidir. AS'de inflamasyon kontrol altındayken uygulanan kaplıca kürünün ağrının azaltılması ve fiziksel fonksiyonun sürdürülmesinde uzun süreli etkili olduğu gösterilmiştir.Termomineralli suların fiziksel (sıcaklık, hidrostatik basınç gibi) ve kimyasal özellikleri romatizmal hastalıklarda kaplıca tedavisinin etki mekanizmasının temelini oluşturur. Özellikle radon banyo ve inhalasyon uygulamaları antiinflamatuar etkilidir.

Çalışmamızda AS olgularının kaplıca kürü ve hidroterapinin kullanımına ilişkin farkındalık ve bilgi düzeyinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi FTR Kliniği Romatizmal hastalıklar polikliniğinde Mayıs-Ağustos 2022 tarihleri arasında muayene edilen AS tanılı 68 hastadan katılmayı kabul eden 50 hasta çalışmaya dahil edildi.

Çalışma örnekleminin sosyodemografik verileri,BASDAI skorları, hastalıkları süresince kullandıkları tedavi yöntemleri rapor edildi.AS tedavisinde kullanılan balneoterapi hakkında hastaların farkındalık ve bilgi düzeyini (BFBD) değerlendirmek için tam puanı 10 olan bir soru formu oluşturuldu. İstatiksel analizde tanımlayıcı istatistik olarak ortalama standart sapma ve yüzdeler, normal dağılıma uyan paremetrelerde bağımsız T test, uymayan paremetrelerde ManWhitney testi kullanıldı.Pearson ve Spearman testi korelasyon analizlerinde uygulandı.

BULGULAR

50 hastanın 28'i erkek (%56), 22'si kadın (%44) idi. Yaş ortalaması 42.7 ± 12.5, BMI ortalaması 26.7 ± 4.1, BASDAI skoru ortalaması 3.9 ± 2.5 olarak saptandı.Hastaların %78'i evli, %52'si lise ve lise üstü eğitim düzeyine sahipti. AS tanı alma ortalaması 6.4 ± 5.5 yıl. Hastaların %54'ü biyolojik ajan tedavisi; %24'ü NSAII alırken %20'si herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Hastaların BFBD skoru 2.6 ± 2.0 olup tam puan alan yoktu. BFBD ile AS tanı yılı arasında pozitif korelasyon varken (P=0.012) eğitim düzeyi ile herhangi bir korelasyon bulunamadı. Kadın ve erkek cinsiyet arasında BFBD skoru açısından fark yoktu (p>0.05). Biyolojik ajan kullanan ve kullanmayan hastalar arasında da BFBD skoru farklı değildi. Kaplıca tedavisi almış olan hastaların BFBD skoru kaplıca tedavisi almayanlara göre anlamlı olarak yüksekti (p=0.018). Hastaların %70'i kaplıcanın AS tedavisinde yeri olmadığını söylerken, %76'sı kaplıca tedavisinin devlet tarafından geri ödemesi olmadığını belirtti.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızda AS olgularının Balneoterapi hakkında farkındalık ve bilgi düzeylerinin eksik olduğu sonucuna varıldı.Ülkemizde doğal balneoterapi imkanları birçok şehrimizde mevcut olduğundan AS olgularını takip eden hekimlerin balneoterapi ve egzersizler hakkında hastaları yeterli şekilde bilgilendirmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Balneoterapi, BASDAI, Kaplıca, Su İçi Egzersiz

S-08 ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA OBEZİTENİN HASTALIK AKTİVİTESİ VE EGZERSİZ YAPMA ALIŞKANLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Pınar Doğan, Eşref Orkun Aydın, Çiğdem Aşlı, Berrin Hüner
SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ

Ankilozan spondilit (AS) hastalarında hastalık aktivitesinin artması kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve iş hayatını olumsuz olarak etkilemektedir. Obezite AS'li olgularda hastalık aktivitesi üzerinde modifiye edilebilen bir risk faktörüdür. Literatürde son yıllarda vücut kütle indeksi (VKİ) nin de hastalık aktivitesi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Ankilozan spondilit hastalarında BASDAI (Bath ankylosing spondylitis disease activity index) hastalığın tedavi etkinliğinin takibinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı AS'li hastalarda VKİ'nin hastalık aktivitesi ve egzersiz yapma alışkanlığı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

YÖNTEM

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR Kliniği Romatizmal hastalıklar polikliniğinde Mayıs-Ağustos 2022 tarihleri arasında muayene edilmiş, ASAS Aksiyal Spondiloartrit Sınıflama Kriterlerine uyan AS tanılı 68 hastadan kabul eden 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma örnekleminin sosyodemografik verileri, BASDAI skorları, VKİ, hastalıkları süresince kullandıkları tedaviler rapor edildi. Hastalar VKİ 18.5-25 arası normal kilolu, 25-30 arası kilolu ve 30 üzeri obez olarak değerlendirildi. Egzersiz alışkanlıkları sorgulandı.

İstatiksel analizde tanımlayıcı istatistik olarak ortalama standart sapma ve yüzdeler, normal dağılıma uyan paremetrelerde bağımsız T test, uymayan paremetrelerde ManWhitney testi kullanıldı.Pearson ve Spearman testi korelasyon analizlerinde uygulandı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 42.7 ± 12.5, 50 hastanın 28'i erkek (%56), 22'si kadın (%44) idi. VKİ ortalaması 26.7 ± 4.1 idi. Hastaları VKİ' ye göre kategorize ettiğimizde %44 normal kilolu, %34 kilolu, %22 obez olarak belirlendi. Zayıf ve morbid obez hastamız yoktu. BASDAI skoru ortalaması 3.9±2.5 olarak saptandı. Hastaların %62 si düzenli egzersiz yapıyordu. Egzersiz süresi haftada ortalama 5±2 gün ve günde 33±23 dakikaydı. VKİ ile BASDAI arasındaki korelasyona baktığımızda, VKİ arttıkça BASDAI skorunun da anlamlı olarak arttığı saptandı (R=0434, P=0,002). VKİ kategorisine göre obez olan hasta grubu ile normal ve kilolu olanlar kıyaslandığında BASDAI skoru obez olan grupta anlamlı olarak yüksekti (tablo 1). Çalışmaya katılan hastalardan egzersiz yapan grup (n=31) ayrı olarak incelendiğinde VKİ ile BASDAI skoru arasında korelasyon bulunamadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Obezite, AS hastalarda genel popülasyona göre daha yaygındır ve daha kötü klinik sonuçlarla ilişkilidir. Ancak egzersiz yapmak VKİ'nin hastalık aktivitesi üzerindeki olumsuz etkisini azaltıyor olabilir. Bu konuda daha fazla sayıda hasta ile prospektif çalışma yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal spondilartrit, Obezite, Hastalık Aktivitesi

VKİ Kategorisine Göre BASDAI Skoru

VKİ kategorisi	N	Ortalama	Standart Sapma
Normal	22	2,4	1,9
Kilolu	17	4,3	2,07
Obez	11	6,1	2,49

One WAY ANOVA testiyle gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. (P<0,001)

S-09 KARPAL TÜNEL SENDROMUNDA KLİNİK BULGULAR, BOSTON ARAŞTIRMASI VE GÖRSEL ANALOG ÖLÇEK SONUÇLARI İLE ELEKTROFİZYOLOJİK BULGULAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İbrahim Halil Erdem

Çam Sakura Şehir Hastanesi FTR Kliniği, İstanbul

AMAÇ
Bu çalışmada elektrofizyolojik olarak Karpal Tünel Sendromu (KTS) tanısı almış hastalarda elektrofizyolojik bulgular, klinik bulgular ve Boston anket formunun (BQ) Türkçe versiyonu arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık. Ayrıca bu ilişkiye ilişkin şikayet süresi ve demografik özellikleri de inceledik.

YÖNTEM
Kliniğimizde elektronöromiyografik (ENMG) değerlendirme ile KTS tanısı konan 72 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar elektrofizyolojik bulgularına göre hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç gruba ayrıldı. Semptomların şiddetini değerlendirmek için Boston Semptom Şiddet Ölçeği (SSS) ve Boston Semptom Fonksiyonel Durum (SFS) skalasından oluşan BQ kullanıldı. Ayrıca sonuçların Visual Analog Scale (VAS) skoru, Tinnel - Phalen testi ve semptom süresi ile ilişkileri incelenmiştir.

BULGULAR
Literatürde Boston skorlarını, klinik bulguları ve elektrofizyolojik bulguları inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların bazılarında Boston skorları ile klinik bulgular ve elektrofizyolojik bulgular arasında ilişki bulunurken bazılarında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda klinik bulgular ile elektrofizyolojik bulgular arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, Boston skorları ile elektrofizyolojik bulgular arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

Anahtar Kelimeler: Karpal Tünel Sendromu, Boston Anket Formu, Enmg

Karpal Tünel Sendromu (KTS), median sinirin bilek seviyesinde sıkışmasından kaynaklanan yaygın bir tuzak nöropatisidir. KTS prevalansının, kadınlar arasında daha yüksek insidans oranları ile genel popülasyonun %3'üne ulaştığı tahmin edilmektedir. Karpal tünel, median sinir dekompresyonu elde en sık yapılan ameliyattır.[1] KTS'nin yaygınprezentasyonu, sıklıkla gece olan uyuşukluk ve paresteziyi içerir. İleri evrede hastalarda ellerde güçsüzlük ve sakatlıklar görülebilir. KTS'nin etiyolojisi, uzun süreli statik duruşlardan ve tekrarlanan bilek aktivitelerinden kaynaklanabilir.[2] KTS tanısı, klinik değerlendirme ve elektrofizyolojik incelemede el bileğinde median nöropati bulunması ile konur.[3] Tekrarlayan bilek aktivitelerine ve uzun süreli statik duruşlara neden olan iş ve alışkanlıklar KTS etiyolojisinde önemli rol oynar.[2, 4] Hasta tarafından kendi kendine uygulanan anketler tanısal olmasa da, hastalığın neden olduğu rahatsızlığın derecesi veya hastanın bakış açısından semptomların şiddeti hakkında bilgi sağlar. Boston Anketi (BQ), KTS'de hastaya uygulanan sonuç ölçeğinde semptom şiddetini ve fonksiyonel durumu değerlendirmek için en yaygın olarak kullanılan kolay, kısa, kendi kendine uygulanan bir araçtır. BQ'nun Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği, KTS'li hastaların algılanan semptomların şiddetini (Semptom Şiddet Ölçeği, SSS) ve fonksiyonel durumlarını değerlendirmede gösterilmiştir. [5, 6]

Bu çalışmada, karpal tünel sendromu (KTS) tanılı hastaların elektrodiagnostik çalışmaları ile VAS, BQ ve elektrodiagnostik bulguları arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

MATERYAL ve METOD

Bu kesitsel bir çalışmadır. Çalışma, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi yerel etik kurulu onayı ile yapıldı. Ekim 2020-Temmuz 2021 tarihleri arasında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastalardan elektrodiagnostik olarak KTS tanısı konan ve KTS'si klinik olarak doğrulanan 18 yaş ve üzeri 72 hasta çalışmaya dahil edildi. Teşhis, öykü verilerine (başparmak, işaret ve orta parmaklar ve yüzük parmağının radyal yönünü etkileyen karıncalanma ve uyuşma ile ilişkili yanma ve ağırlıklı olarak gece ağrısı), pozitif klinik testlere (Tinnel, Phalen, hiperestezi ve iki noktalı ayrım) dayanmaktadır. Testi ve pozitif ENMG sonuçlarına dayandırıldı. Daha önce karpal tünel sendromu ameliyatı, bilateral KTS, bağ dokusu bozuklukları, endokrin hastalığı, polinöropati veya böbrek hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Servikal radikülopati veya torasik outlet sendromu gibi el semptomlarına neden olan diğer hastalıklar da dışlandı. Tüm katılımcılar bilgilendirilmiş bir onam imzaladı. Karpal tünel sendromunun şiddeti elektrofizyolojik testlere göre hafif, orta ve şiddetli KTS olarak derecelendirildi: [7, 8]

Hafif KTS: Normal motor iletim bulgularıyla birlikte duyusal veya karışık distal gecikme (mutlak veya göreceli) ve/veya düşük duyusal aksiyon potansiyeli amplitüdü (aksonal hasar kanıtı yok) uzaması.

Orta dereceli KTS: Yukarıdaki bulgulara ek olarak medyan motor distal gecikmesinin uzaması (aksonal hasar kanıtı yok)

Şiddetli KTS: Yukarıdaki bulgulara ek olarak aksonal hasarı gösteren bulgular da vardır. Median motor ve duyusal latansta uzama, duyusal veya mikst aksiyon potansiyellerini veya düşük amplitüdlü veya amplitüdlü bileşik kas aksiyon potansiyelini alamama, iğne EMG'sinde sık fibrilasyon, tam kas dilüsyonu ve motor ünite potansiyellerinde değişiklikler.

Semptom şiddetini ve fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmek için sıklıkla kullanılan ve özgün bir ölçek olan Boston Karpal Tünel Anketi'nin Türkçe versiyonu kullanıldı. [6] Levine ve arkadaşları tarafından 1993 yılında cerrahi uygulanan hastaları spesifik olarak değerlendirmek için geliştirilen Boston Karpal Tünel Anketi iki bölümden oluşmaktadır: Semptom Şiddeti ölçeği ve Fonksiyonel Kapasite ölçeği. Boston Semptom Şiddet Ölçeği (BSSS) hasta tarafından doldurulan 11 sorudan ve bir ile beş arasında puan alan beş seçenekten oluşur. Ortalama puan, toplam puanın soru sayısına bölünmesiyle elde edilir. Yüksek puan şiddetli semptomu gösterir. Hasta tarafından doldurulan sekiz sorudan oluşan Boston Fonksiyonel Kapasite Ölçeği (BFKS), bir ile beş arasında puan alan beş seçenekten oluşmaktadır. Ortalama puan, toplam puanın soru sayısına bölünmesiyle elde edilir. Yüksek puan, fonksiyonel yeterliliğin azaldığını gösterir.

Tüm hastaların demografik özellikleri ve mevcut semptomları kaydedildi. Semptomların şiddetini değerlendirmek için BQ kullanıldı. Ayrıca sonuçların VAS (visual analog scale) skoru, Tinnel - Phalen testi ve semptom süresi ile ilişkisi incelenmiştir.

Tüm istatistiksel analizler, Windows bilgisayar yazılım paketi için IBM STATISTICS SPSS sürüm 20 kullanılarak yapıldı. $p<0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. İki ardışık uygulama

arasındaki toplam puanların korelasyonu Pearson korelasyon katsayısı ile ölçüldü ve tekrarlanabilirlik ölçüsü olarak kullanıldı.

BULGULAR

Kriterleri karşılayan 72 hasta çalışmaya dahil edildi. (65 kadın, 7 erkek) Tüm hastalar tüm anketleri doldurdu ve analizlerde bu hastalara ait veriler kullanıldı. Hastaların yaş ortalaması 51,2 yıl (26-83 arası), ortalama semptom süresi 19 ay (3-96 ay arası) idi (Tablo I).

Elektrofizyolojik sınıflandırmaya göre 32 hasta (%44,4) hafif KTS, 32 (%44,4) orta KTS ve 8 hasta (%11,1) ağır KTS olarak kabul edildi. Klinik bulgular BQ ile değerlendirildi. Ortalama SSS skoru 33,42 ve ortalama FSS skoru 24,4 idi. (Tablo 2) Boston ölçeği puanları ve VAS puanları elektrofizyolojik bulgularla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edildi ($p<0.05$). SSS, SFS ve VAS skorları arttıkça şiddetli KTS ile uyumlu elektrofizyolojik bulgular elde edildi. (Tablo 3) BQ ile VAS ve ENMG arasında bulduğumuz korelasyonlar beklentilerimiz dahilindeydi. SSC ve FSS için daha yüksek puanlar daha şiddetli bozulma ile ilişkilendirildi, daha güçlü korelasyonlar fiziksel, ağrı ve elektrofizyolojik şiddet ölçekleri ile ilişkilendirildi.

Çalışmamızda Tinnel, Phalen testleri ve semptom sürelerini BQ anketi ve ENMG sonuçları ile karşılaştırdığımızda aralarında anlamlı bir ilişki bulamadık.

TARTIŞMA

Karpal tünel sendromu (KTS) en sık görülen tuzak nöropatisidir ve median sinirin bilekte sıkışması sonucu oluşur. KTS'nin etiyolojisi, uzun süreli statik duruşlardan ve tekrarlanan bilek aktivitelerinden kaynaklanabilir. Genellikle, KTS idiyopatiktir ancak vasküler anormallikler, anormal ligamentöz ataşmanlar, tümörler ve farklı anormal kaslar tarafından da tetiklenebilir [9, 10]. Kadınlarda daha sık görülür ve esas olarak baskın eli etkiler. KTS tanısı ve şiddetinin değerlendirilmesi için birçok ölçek geliştirilmiştir. (BQ, 'Michigan El Sonuç Anketi', 'Kol, Omuz ve El Yetersizliği', 'Hasta Değerlendirme Ölçeği', 'klinik derecelendirme ölçeği-Tarihsel-Objektif skala' ve 'Üst Ekstremite Fonksiyonel Skalası'[11]. Hastalığa özgü BQ, yanlılığı ortadan kaldırabilir ve standart, tekrarlanabilir ve subjektif olmasına rağmen klinik değişikliklere duyarlı olduğu için karpal tünel sendromu için diğer sonuç ölçütlerinin çoğundan daha duyarlıdır.

Çalışmamızda KTS'li kadın hastaların prevalansı diğer çalışmalara göre 90,3/9,7 oranında daha yüksekti. [5, 12] Çalışmamızda yaş ortalaması (51,2) diğer çalışmalarla benzer olup, normal dağılım izlemektedir.

BQ'nun Türkçe versiyonuyla yapılan önceki çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur. [5, 13]. Heybeli ve ark.. idiyopatik KTS'li 44 hastada ameliyat öncesi ve sonrası elektrofizyolojik bulgular ile BQ arasındaki ilişkiyi karşılaştırdıklarında aralarında anlamlı bir ilişki bulamadıklarını bildirmişlerdir.[13] İlhan ve ark. tarafından yapılan daha geniş bir çalışmada, BQ'nun Türkçe versiyonunun KTS'li hastaların elektrofizyolojik bulguları ile istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gösterdiği bildirilmiştir.[5] Bizim çalışmamız da bulduğumuz sonuçlar açısından İlhan ve ark.'nın çalışmasının sonuçlarını desteklemektedir. Ayrıca çalışmamızda hastaların VAS skorlarının hem elektrofizyolojik bulgular hem de BQ anketi ile iyi bir korelasyon gösterdiğini saptadık. Bulduğumuz sonuç İlhan ve ark. yaptıkları çalışmada bulundu. Çalışmamızın sonuçlarının literatür verileriyle uyumlu olduğunu gördük.

Sambandam ve ark. karpal tünel sendromunu değerlendirmek için kullanılan 6 farklı ölçeği karşılaştıran çalışmalarında her bir çalışmanın kendine göre avantaj ve kısıtlılıkları olduğunu bildirmişlerdir. Klinisyenin, seçilen popülasyon, ortam (hastane poliklinik, yatan hasta), uygulama modu (posta veya

kişisel) ve zaman kısıtlamaları (daha kısa veya daha uzun) dahil olmak üzere seçimi etkileyecek diğer faktörleri göz önünde bulundurmasını önermişlerdir. BQ anketinin özellikle hastanın ameliyat öncesi ve sonrası klinik durumunu karşılaştırmada değerli olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını iddia eden çalışmalar da mevcuttur [13-15].

Çalışmamızda bu ölçeklerin sadece BQ'sunu kullandık ve BQ'nun Türkçe versiyonu ile hastaların klinik ve elektrofizyolojik bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulduk. BQ skorlarının artması ile daha şiddetli KTS ile uyumlu elektrofizyolojik bulgular elde edildi. Çalışmamızda diğer ölçeklerle karşılaştırma yapılmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

TABLOLAR

Tablo I. KTS'li 72 Hastanın Demografik özellikleri

Hastalar	N (%)
Sex	
Erkek	7 (9,7)
Kadın	65 (90,3)
Ortalama Semptom Süresi	19,8 (3-96)
Dominant EL	
Sağ	68 (94.4)
Sol	4 (5,6)
KTS'li taraf	
Sağ	44 (61,1)
Sol	28 (38,9)
Meslek	48 (66,6)
Ev Hanımı	5 (6,9)
Ofis/büro çalışanı	13 (18,1)
İşçi	6 (8,3)
Emekli/Çalışmıyor	

Tablo 2: Boston Anketi Puanlarının ve Elektrofizyolojik Ölçeklerin Ortalamaları ve Standart Sapmaları

ENMG CLASSİFİCATİON	VAS	SSS	SFS
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)
Hafif KTS(N:32)	4,69 (3,2)	29,47 (8,5)	21,38 (6,6)
Orta KTS (N:32)	6,34 (2,7)	34,84 (7,7)	25,69 (5,5)
Şiddetli KTS(N:8)	7,38 (1,9)	43,5 (5,4)	32,0 (4,0)
Toplam	5,72 (3,05)	33,42 (8,9)	24,47 (6,7)

Tablo 3. Boston Anketi Puanları ile VAS, ENMG Arasındaki Korelasyon

	Semptom Şiddet Ölçeği (SSS)		Boston Semptom Fonksiyonel Durum(SFS)	
	Korelasyon Katsayıları	P-değeri	Korelasyon Katsayıları	P-değeri
VAS	0,651	0,0001	0,279	0,018
ENMG	0,483	0,000	0,494	0,000

1. Atroshi, I., et al., Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. Jama, 1999. 282(2): p. 153-158.
2. Cannon, L.J., E.J. Bernacki, and S.D. Walter, Personal and occupational factors associated with carpal tunnel syndrome. Journal of occupational medicine.: official publication of the Industrial Medical Association, 1981. 23(4): p. 255-258.
3. Kohara, N., Clinical and electrophysiological findings in carpal tunnel syndrome. Brain and nerve= Shinkei kenkyu no shinpo, 2007. 59(11): p. 1229-1238.
4. Steyers, C.M. and P.H. Schelkun, Practical management of carpal tunnel syndrome. The Physician and sportsmedicine, 1995. 23(1): p. 83-88.
5. İlhan, D., et al., Assessment of the Boston questionnaire in diagnosis of idiopathic carpal tunnel syndrome: Comparing scores with clinical and neurophysiological findings. Duzce Medical Journal, 2008. 10(3): p. 4-9.
6. Sezgi˙ n, M., et al., Assessment of symptom severity and functional status in patients with carpal tunnel syndrome: reliability and validity of the Turkish version of the Boston Questionnaire. Disability and rehabilitation, 2006. 28(20): p. 1281-1286.
7. Stevens, J.C., AAEM minimonograph# 26: the electrodiagnosis of carpal tunnel syndrome. Muscle & Nerve: Official Journal of the American Association of Electrodiagnostic Medicine, 1997. 20(12): p. 1477-1486.
8. Werner, R.A. and M. Andary, Electrodiagnostic evaluation of carpal tunnel syndrome. Muscle & nerve, 2011. 44(4): p. 597-607.
9. Georgiev, G., et al., Surgical anatomy of the carpal tunnel. The Bulgarian contribution. Meditsinski Pregled/Medical Review, 2019. 55(2): p. 22-27.
10. Olewnik, Ł., et al., Anatomical variations of the palmaris longus muscle including its relation to the median nerve–a proposal for a new classification. BMC musculoskeletal disorders, 2017. 18(1): p. 1-9.
11. Sambandam, S.N., et al., Critical analysis of outcome measures used in the assessment of carpal tunnel syndrome. International orthopaedics, 2008. 32(4): p. 497-504.
12. Padua, L., et al., Neurophysiological classification and sensitivity in 500 carpal tunnel syndrome hands. Acta Neurologica Scandinavica, 1997. 96(4): p. 211-217.

13. Heybeli, N., et al., Assessment of outcome of carpal tunnel syndrome: a comparison of electrophysiological findings and a self-administered Boston questionnaire. The Journal of Hand Surgery: British & European Volume, 2002. 27(3): p. 259-264.
14. Atroshi, I., R. Johnsson, and A. Sprinchorn, Self-administered outcome instrument in carpal tunnel syndrome: reliability, validity and responsiveness evaluated in 102 patients. Acta Orthopaedica Scandinavica, 1998. 69(1): p. 82-88.
15. Multanen, J., et al., Reliability and validity of the Finnish version of The Boston Carpal tunnel questionnaire among surgically treated Carpal Tunnel Syndrome patients. Scandinavian Journal of Surgery, 2020. 109(4): p. 343-350.

S-10 KALÇA AĞRISININ NADİR DÜŞÜNÜLEN NEDENİ: SİNOVİYAL PİT: OLGU SUNUMU

Uğur Ertem, Fatma Jale İrdesel

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bursa.

GİRİŞ

Sinoviyal pitler; genellikle 1 cm'den küçük çaplı, çevresi ince bir skleroz tabaka ile çevrili radyolüsent yuvarlak lezyonlar şeklinde gözlenirler ve sıklıkla femur boynunun proksimal üst kısmında yerleşirler. Çoğunlukla asemptomatik seyrederler ama bazen kalça ağrısına neden olabilirler. Bu olgu sunumunda, kliniğe non-travmatik sağ kalça ağrısı ile başvuran 57 yaşındaki bir kadın hasta tartışılacaktır.

OLGU

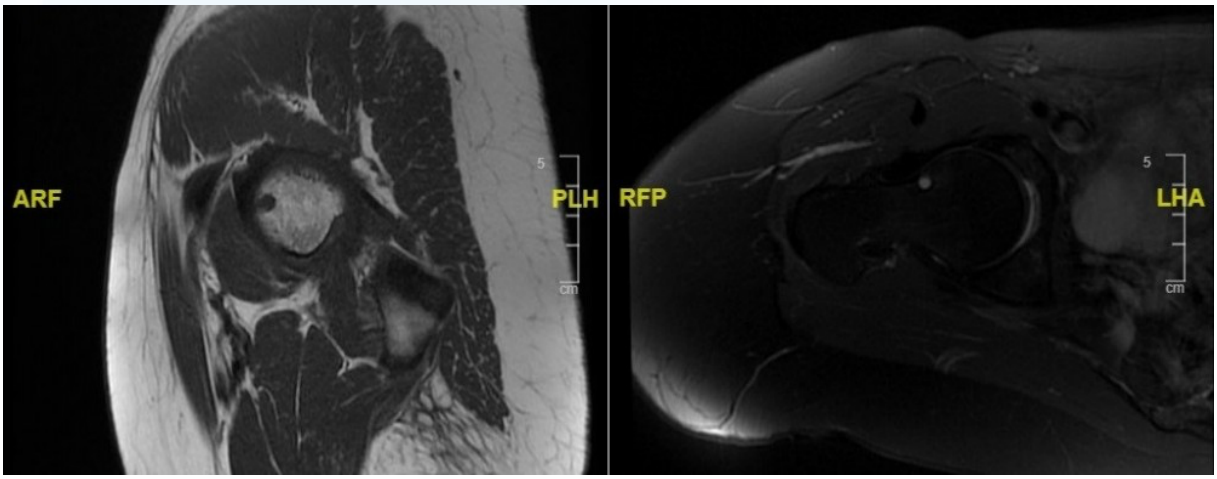
57 yaşında kadın hasta, 2 ay önce başlayan ve giderek artarak devam eden sağ kalça ağrısı nedeniyle başvurdu. Ağrı sızı şeklinde lokalize karakterde olup zaman zaman sağ kalça ön yüzden kasığa yayılıyordu. Hasta çalışmıyordu ve ağrıyı başlatan zorlama veya travma öyküsü yoktu. Ağrısı nöropatik karakterde değildi. Özgeçmişinde alerjik rinit dışında tıbbi sorunu bulunmuyordu. Geçmişte travma öyküsü yoktu. Analjezik ilaçlar ve anti-histaminik türevi ilaç kullanımı dışında düzenli ilaç kullanmıyordu. Daha önce kısa süreli ve düzensiz steroid olmayan anti-enflamatuar ilaçlar ve miyorelaksanlar gibi tedavi yöntemleri küçük bir rahatlama sağlamış, ancak ağrısını tam anlamıyla geçirmemişti. Düzenli egzersiz yapmadığını ifade ediyordu. Ağrısı hareketle vizüel analog skalaya (VAS) göre 7, istirahatte VAS'a göre 3 değerindeydi. Fizik muayenede kalça dış rotasyonu ağrılıydı. Bunun dışında lomber bölge muayenesi doğal, lomber eklem hareket açıklığı tam ve ağrısız, Patrick testi kalça lehine pozitif, düz bacak kaldırma testi ve sakroiliak testler negatifti. Nörolojik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, 25(OH) Vit D, parathormon, alkalen fosfotaz, akut faz reaktanları normaldi. Lomber MRG'de ağrısını açıklayacak patoloji saptanmadı. Kalça MRG'de femur boyun anteriorunda izlenen sinoviyal pit ile uyumlu kistik özellikte lezyon saptandı (Şekil 1). Avasküler nekroz görünümü ve kırık yoktu, ayrıca eklem yüzeyleri, labrum normaldi. Sinoviyal pit dışında ağrısını açıklayacak herhangi bir patoloji bulunmayan hastanın ağrısının kaynağı sinoviyal pit olarak düşünüldü. Hasta fizik tedavi programına alındı ve evde düzenli yapması açısından egzersiz programı reçete edildi. Egzersiz olarak özellikle eksantrik tip kuvvetlendirme, eklem hareket açıklığı ve germe egzersizleri reçete edildi. Bunun dışında ağrısı için kısa süreli meloksikam 15mg 1x1 şeklinde ilaç tedavisi başlandı. İlk aşamada perilezyonel kemik ödemi olmadığı için enjeksiyon düşünülmeyen hastaya konservatif tedaviden yarar görmezse kist içi enjeksiyon ya da cerrahinin tedavi seçenekleri arasında olduğu anlatılarak takip önerildi. Hastanın 6 aylık takip sonucunda konservatif tedavi ile ağrısının hareketle VAS 2'ye gerilediği gözlendi.

SONUÇ

Bu olgu sunumunda çok sık görülen bir bulgu olan kalça ağrısının nispeten çok akla gelmeyen nedenlerinden biri olan sinoviyal pit vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sinoviyal Pit, Kalça Ağrısı, Manyetik Rezonans Görüntüleme.

Şekil 1: Sinoviyal pit MRG görüntüsü



KUZEY GÜNEY MARMARA
ROMATOLOJİ *Buluşmaları*
14-16 EKİM 2022, MARGİ OTEL, EDİRNE

TRASD
1947
İSTANBUL-TRAKYA ve BURSA ŞUBELERİ

POSTER BİLDİRİLER

P-01 NADİR BİR EKLEM EFÜZYONU NEDENİ: LİPOMA ARBORESCENS

Aylin Ayyildiz[1], Kutay Can Çamlıca[2], Roza Dağdelen[2], Figen Yılmaz[2], Banu Kuran[2]

Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İstanbul
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İstanbul

GİRİŞ

Lipoma arborescens; sinovyal membranın villöz proliferasyonu ve subnoviyal yağ hiperplazisi ile karakterize nadir görülen eklem içi bir lezyondur. Hastada şişlik, ağrı, eklem hareket kısıtlılığı ve efüzyon gibi şikâyetlere yol açabilmektedir. Sıklıkla unilateral olarak diz ekleminde görülmektedir.

OLGU

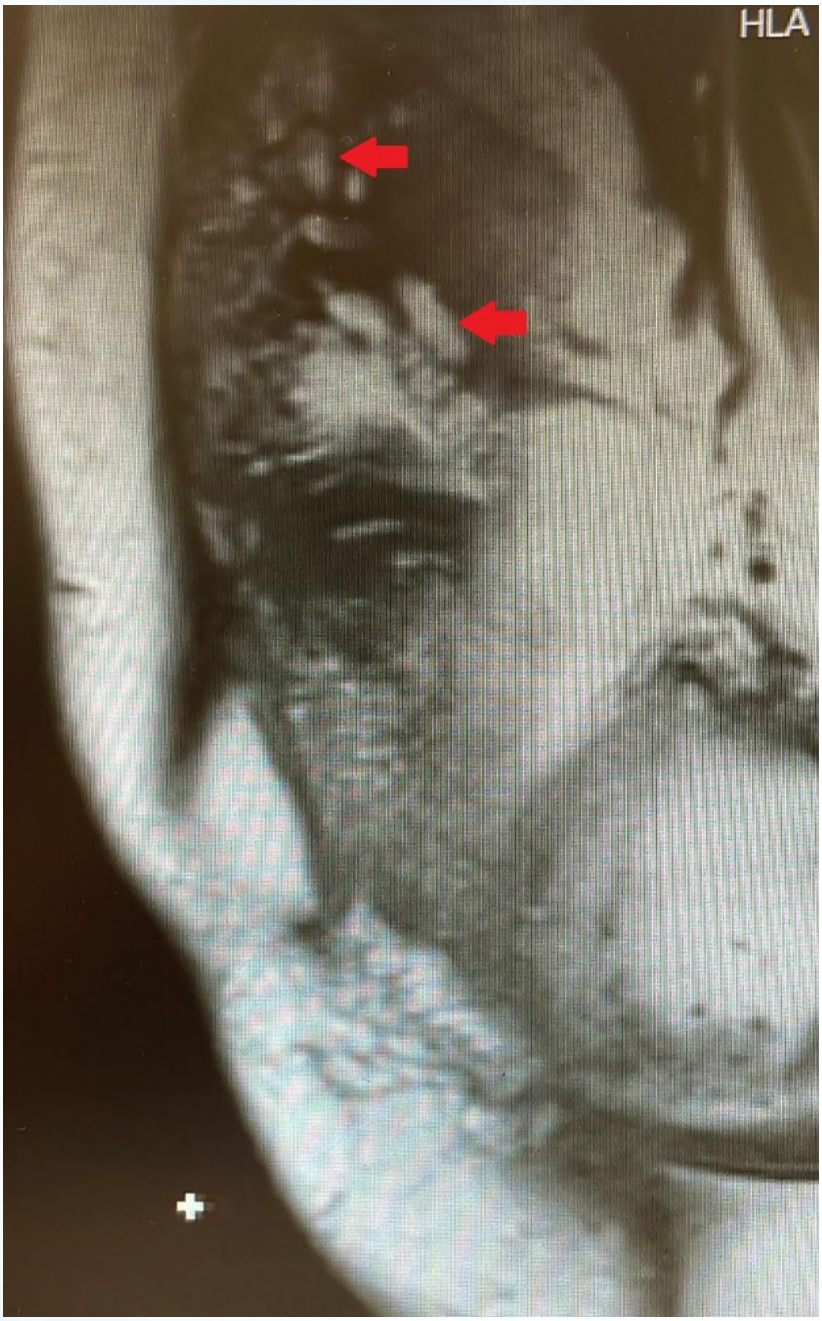
Bilinen renal transplantasyon öyküsü olan 56 yaşında erkek hasta sağ dizde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayeti mevcuttu. Hastanın muayenesinde diz fleksiyonu 90 derecede kısıtlı, patellar öğütme ve patellar şok sağ dizde pozitif saptandı. Hasta ultrason ile değerlendirildi ve eklem içinde belirgin efüzyon izlendi. Efüzyon kenarlarında sinovial villonodüler lezyonlar gözlendi. Hastanın sağ dizinden 35cc berrak sıvı aspire edilerek sinovial sıvı analizine yollandı. İleri tetkik olarak hastanın dizine ait magnetik rezonans görüntüleme istendi. Sinovial sıvı analizinde lökosit 110/mm3 saptandı ve sinovial sıvıya ait glukoz, sodyum ve eritrosit sayısı değerleri normal sınırlarda idi. Magnetik rezonans görüntülemede hastada "suprapatellar bölgede minimal eklem efüzyonu ile sıvı içerisinde seyreden lipoma arborescens ile uyumlu nodüler odaklar "(Şekil 1) saptandı. Hasta eklem sıvı aspirasyonu sonrasında ağrısında azalma olduğunu belirtti ve eklem hareket açıklığında artmış mevcut. Tedavisi konservatif olarak devam edildi.

SONUÇ

Eklem efüzyonu yapabilecek pek çok neden mevcuttur: Travma, romatolojik hastalıklar, enfeksiyon, maliniteler, aşırı yüklenme ve zorlanmalar vb. Özellikle transuda karakterinde eklem efüzyonlarında ayırıcı tanıda yağ hücrelerinin oluşturduğu bu hastalık nadir de olsa akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Efüzyon, Lipoma Arborescens

Şekil 1



Diz ekleminde eklem sıvısı içerisinde gözlenen Lipoma arborescens lezyonları

P-02 PERİFERİK SPONDİLARTROPATİYE EŞLİK EDEN DAKTİLİTTE MEDİKAL OZON TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ: OLGU SUNUMU

Esra Arıkan Beyaz

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Merkezi, İstanbul

GİRİŞ
Medikal ozon (O3) tedavisi, doku oksijenasyonunu arttırdığı, ağrı ve enflamasyonu baskıladığı için; dejeneratif veya inflamatuar kas iskelet sistemi hastalıklarında birçok endikasyonda başarılı olarak kullanılmaktadır.

AMAÇ
Kendi pratiğimizde periferik spondilartropati/daktilitte kullandığımız medikal ozon tedavisinin etkinliğine dikkat çekmeyi amaçladık.

OLGU
Yaygın ağrı ile polikliniğimize başvuran 58 yaşında bayan hastanın inflamatuar bel ağrısı, topuk ağrısı ve daktiliti vardı. Sedimantasyon ve CRP si ve rutin labaratuar testleri normal sınırlarda idi. HLA B27-, RF-, CCP normal idi. Radyolojık olarak sakroiliit yoktu. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme sonucunda "Periferik Spondilartropatiye eşlik eden daktilit" tanısı ile oral ve lokal nonsteroid antiinflamatuar ilaç (NSAİD) ve egzersizler ile yaklaşık 2 yıl takip ve tedavi ettiğimiz hastaya, 2019 yılında İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Merkezimizde, aydınlatılmış onamı alınarak medikal ozon terapi (majör ve minör otohemoterapi yanında lokal uygulama) yaptık. Sekiz seans 20 gama majör ve minör otohemoterapi yanında; 4 seans, 2 gama lokal uygulama yaptık. Yaklaşık on günde 1 uygulama yaptığımız hastada 3.5 ay içinde VAS (başlangıç 4 – tedavi sonrası 2), BASDAİ (başlangıç 3.5- tedavi sonu 1.5), hasta global (başlangıç 5- tedavi sonu 2) ve sabah tutukluğu (başlangıç 30 dakika (dk)- tedavi sonrası 15 dk) parametrelerine göre uygulamadan fayda gördü, NSAİD ihtiyacı azaldı. Hastanın sağ el 3. parmak PIP ve DIP fleksiyonu daha iyi hale geldi.

Medikal Ozon tedavisi sürecinde çekilen 2019 sağ el MR görüntülemede 3.parmak orta ve proksimal falanksta eklem yüzlerinde daha belirgin olmak üzere kemik yapıda Tip I kemik iliği sinyali, bu alan etrafında ödem ve enflamasyona bağlı yağ baskılı serilerde yumuşak dokularda sinyal artımı, eşlik eden fleksör tendon etrafında tenosinovite bağlı sıvı sinyali izlenmiştir.Eklem hareket açıklığı; Sağ 3. Parmak PIP fleksiyon (A/P) 50/60'den 65/80'e, DIP fleksiyon 20/25 ten 25/30, ekstansiyon -15 ten 10' a Sağ el 1. parmak fleksiyonu (A/P) 25/40 ten 30/50'e, IP fleksiyonu 50/60'dan 60/65'e olumlu yönde değişti.Lokal uygulamalar öncesinde etil klorid soğutucu sprey kullanıldı.Hasta 2020 ve 2021 de pandemi döneminde kontrollere gelemedi, medikal ozon tedavisine de ara verildi, parmak fleksiyon hareket açıklığının gerilediği ve kötüleştiği tespit edildi.

TARTIŞMA
Medikal ozon tedavisi; periferik spondilartropati/daktilitte analjezik ve antiinflamatuar etkinliğinden dolayı yaygın olarak kullanılabilecek bir yöntemdir. Bu konuda daha fazla kaliteli randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

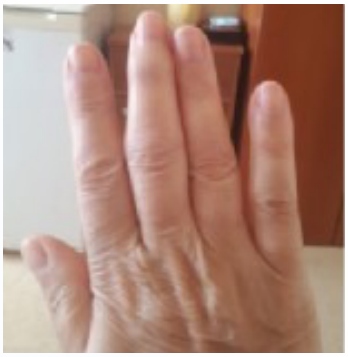
Anahtar Kelimeler: Ozon, Kas- İskelet, İnflamatuar, Otohemoterapi, Lokal.

GETAT ozon uygulama odamız

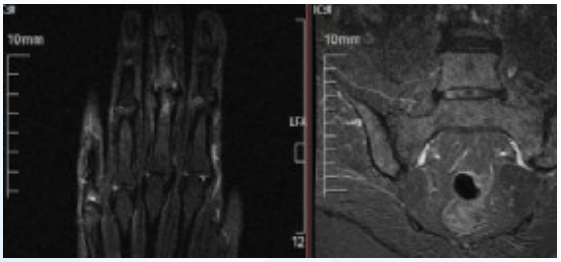


GETAT ozon uygulama odamız

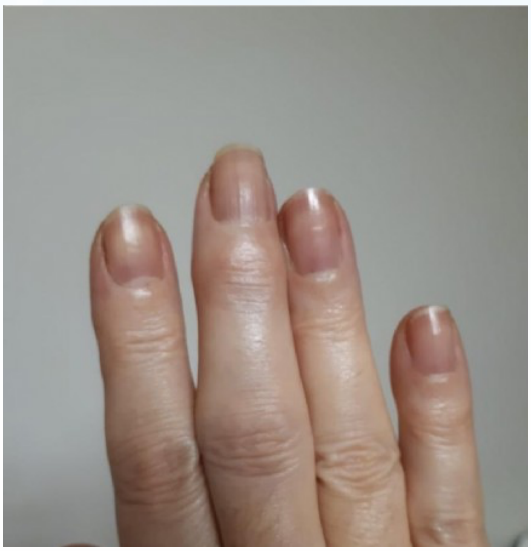
Sağ el 2022



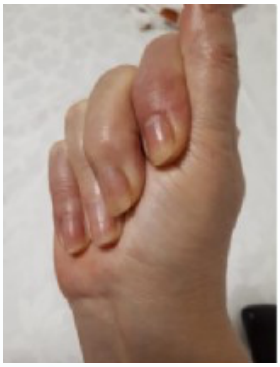
Sağ el MR 2019



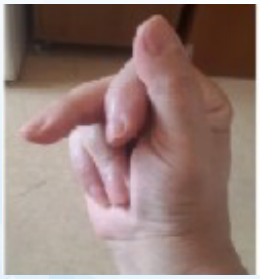
Sağ el Ocak 2020



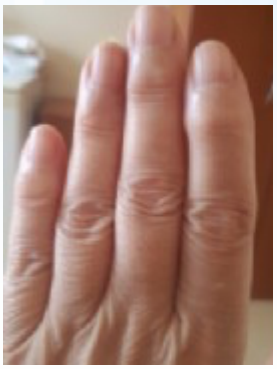
Sağ el yumruk 2020



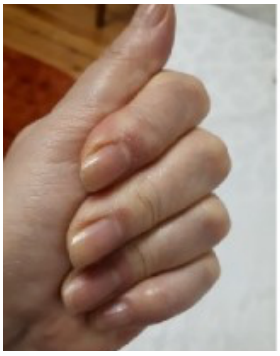
Sağ el yumruk 2022



Sol el 2020



Sol el yumruk 2020



P-03 KOKSARTROZU TAKLİT EDEN GLUTEUS MEDİUSUN KRONİK KALSİFİK TENDİNİTİ VE TEDAVİSİ

Semiha Özgüç, Emre Ata

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Kalsifik tendinit (KT) önemli bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Dejeneratif tendinopatilerin aksine, KT, sağlıklı tenositler arasında kalsiyum hidroksiapatit kristallerinin birikmesiyle sağlıklı tendonu etkileyen bir durum gibi görünmektedir. KT aksiyel ve apendiküler iskelet boyunca birçok tendonda görülebilmektedir. Omuzun kalsifik tendiniti nispeten yaygın bir klinik tanı olmasına rağmen, femur büyük trokanterinin lateral yüzündeki insersiyon yerinde gluteus medius tendonunun kalsifik tendiniti nadirdir. Nadir olmasına rağmen hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve ambulasyon aktivitelerini etkileyen önemli morbiditeye neden olabilir. Burada sol kalça ağrısı olan bir vakayı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM-BULGULAR

75 yaşında erkek hasta altı aydır sol kalça ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ağrı lateral uyluğa yayılım göstermekteydi. Anamnezinde travma veya enfeksiyon öyküsü yoktu. Klinik muayenede, palpasyonla büyük trokanterik bölgede ağrı ve belirgin hassasiyet saptandı. Kızarıklık veya şişlik tespit edilmedi. Normal, ancak ağrılı bir hareket açıklığı vardı. Düz bacak kaldırma testi ve diğer testler negatifti. Katkıda bulunan herhangi bir bulgu ve laboratuvar anormalliği yoktu. Koksartroz olabileceği düşünüldü. Kalçanın direkt radyografisi çekilerek kırık ihtimali dışlandı, ancak gluteus medius tendonunun insersiyon yerinin bitişiğinde 26.8 milimetre çapında iyi sınırlı büyük bir kalsifik nodülün varlığı tespit edildi.(fig.1.B) Sol kalça ultrasonografisinde de hiperekoik odak saptandı.(fig.1.A) Hastanın ağrısının nedeni olarak gluteus medius tendonunun kronik kalsifik tendiniti kabul edildi. Kalsifik tendinit tedavisi aşamalı bir algoritmayı takip eder. Başlangıç tedavisi, immobilizasyon, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar ve fizik tedaviyi içeren konservatif bir tedavi ile başlar. Daha sonra tedavi minimal invaziv tedavilere ilerleyebilir. Bu vakada, tedavi konservatif tedavi ile başlamıştır. Uygulanan tedaviye rağmen kalça ağrısı kısmen düzeldi. Bu nedenle, genellikle omuz kalsifik tendiniti için kullanılan, ultrason rehberliğinde iğneyle lavaj ve kortikosteroid enjeksiyonu yapıldı. Vakada kalsifikasyon çevresindeki deri altı dokuda lokal anestezik olarak %2 prilokain kullanıldı. Hidroksiapatit birikimine 18 gauge uzunluğunda bir iğne kullanıldı ve lavaj yapıldı. Ardından 5 miligram betametazon ve 4 mililitre prilokain %1 enjekte edildi. Tedaviden sonra ağrıları büyük ölçüde düzeldi. İyi yanıt verildiğinden dolayı takip görüntülemesi yapılmadı.

SONUÇ

KT, en sık omuz çevresindeki tendonlarda görülse de, gluteus medius tendonunda az sayıda kalsifik tendinit vakası bildirilmiştir. Kalça ağrısı olarak ortaya çıkan gluteus medius tendonunda KT, koksartroz olarak yanlış teşhis edilebilir. Her iki hastalığın farkındalığı, ayrıntılı bir öykü ve klinik muayene, iki hastalığı ayırt etmeye yardımcı olabilir. KT genellikle klinik şüphe ve tipik radyografik veya ultrasonografik bulgulara dayanarak kolayca teşhis edilir. Çoğu hasta konservatif tedavilerle tedavi edilebilir. Bu tedaviler başarısız olduğunda minimal invaziv tedaviler uygulanır. Klinisyenler kalça ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanı olarak gluteus mediusun kalsifik tendiniti olasılığını göz önünde bulundurmalıdır. Bu vakada gösterildiği gibi, kronik kalsifik tendinit tedavisinde ultrason rehberliğinde iğne lavaj ve kortikosteroid enjeksiyonu oldukça etkili, minimal invaziv, kolay ulaşılabilir ve ucuz bir yöntemdir. Bu nedenle, omuz kalsifik tendinitlerine ek olarak gluteus medius tendonu ve omuz dışı

tendonların kalsifik tendiniti tanı ve tedavisinde ultrason rehberliğinde terapötik enjeksiyonların faydalı olabileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Kalsifik Tendinit, Gluteus Medius, Ultrason, Lavaj, Kortikosteroid

fig.1

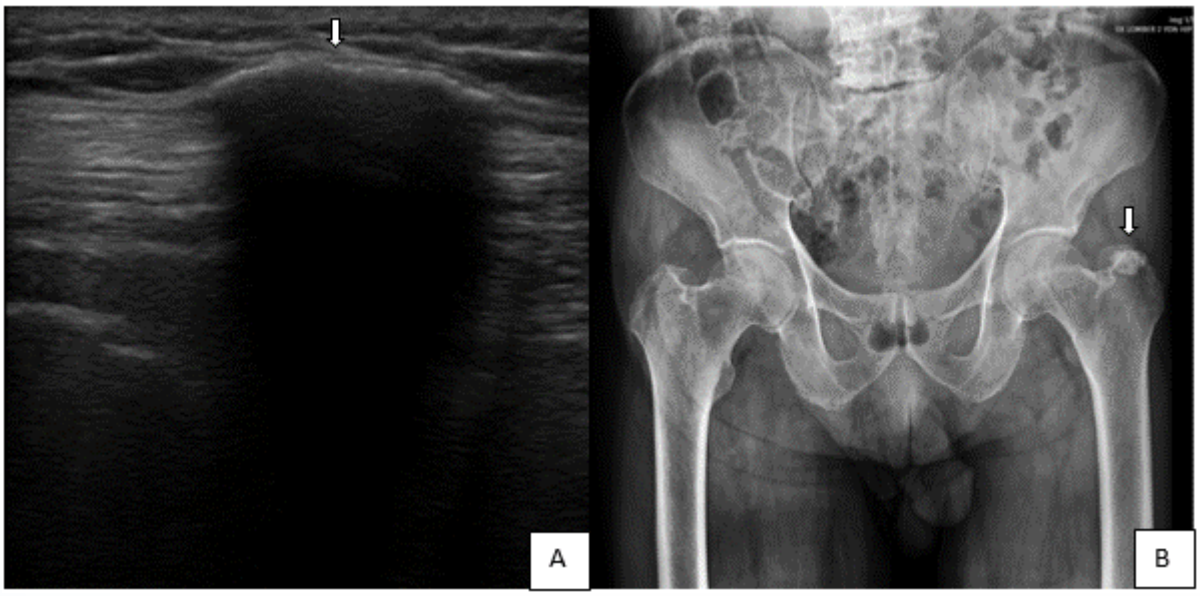


fig.1.(A) büyük trokanter ve iliotibial bant arasındaki gluteus medius tendonunun insersiyon yerine bitişik kalsifik bir odak (beyaz ok) gösteren sol kalça ultrasonografisi. (B) Büyük trokanterin bitişiğinde bir kalsifikasyon (beyaz ok) gösteren sol kalçanın ön-arka radyografisi.

P-04 NADİR GÖRÜLEN BİR PARAPLEJİ OLGUSU

Esra Çetin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

GİRİŞ
Multipl Myelom klonal bir plazma hücre hastalığıdır. Monoklonal hafif ve ağır zincir immünglobülinlerin üretimi ile karakterizedir. Kemiklerdeki litik lezyonlar ve bunlara sekonder gelişen patolojik kırıklar bir diğer önemli bulgusudur. Bu kırıklara sekonder sinir basıları ve spinal kord hasarı gelişebilir.

VAKA SUNUMU
51 yaşında erkek hasta 2018 yılında Multipl Myelom tanısıyla kemoterapi ve radyoterapi sonrasında otolog kök hücre nakli yapılmış. O zamandan beri hematoloji tarafından remisyonda izlenmekteymiş. Sonrasında 2022 Ocak ayında halsizlik ve yorgunluk ile başvuran hastada Multipl Myelom nüksü saptanmış. Yapılan görüntülemeleri sonrasında hematoloji tarafından nöroloji, beyin cerrahisi ve fizik tedavi konsültasyonu istenmiş. Çekilen lomber MR'da T8 vertebra düzeyinde ekspansil kitle saptanmış. Radyoterapi planlanan hasta yatış reddi vererek kendi isteğiyle taburcu olmuş. Hastaneden çıktıktan 1 hafta sonra ayaklarda ani gelişen güç kaybı ile acile başvuran hastanın nöroşirürji tarafından yapılan değerlendirmesi sonrasında MR'ları tekrarlanmış. Yeni çekilen MR'larda T7-10 düzeyinde nöral foramene ve epidural mesafeye uzanan ve spinal korda bası oluşturan kitle saptanmış. Nöroşirürji tarafından acil ameliyata alınan hastaya laminektomi ve dekompresyon cerrahisi uygulanmış. Post-op radyoterapi yapılarak tedavisi tamamlanan hasta hematoloji ile birlikte ünitemizce takibe alındı. Hasta rehabilitasyon programına alındı. Hastanın halen tedavisi devam etmekte olup ağrıları azaldı. Hastanın 2 aylık rehabilitasyon sürecinde bilateral kas gücü -2/5'den +4/5'e yükseldi ve bağımsız ambulasyonu sağlandı.

SONUÇ
Hematolojik malignitelerden biri olan multipl myelomda plazmositomlar nadir görülen bir klinik durum olmakla birlikte oluştuğunda ciddi klinik bulgulara sebep olabilmekte ve morbidite oluşturabilmektedir. Oluşan bu komplikasyonların zamanında tanı ile tedavisi hastanın uzun süreli hayat konforuna olumlu katkılar sağlamaktadır.

KAYNAKÇA
1. Macdonald, A. G., Lynch, D., Garbett, I., & Nazeer, N. (2019). Malignant spinal cord compression. Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh, 49(2), 151-156
2. Rades, D., Panzner, A., Rudat, V., Karstens, J. H., & Schild, S. E. (2011). Dose escalation of radiotherapy for metastatic spinal cord compression (MSCC) in patients with relatively favorablesurvival prognosis. Strahlentherapie und Onkologie, 187(11), 729-735.

Anahtar Kelimeler: Spinal Kord Basısı, Parapleji, Multipl Myelom

P-05 İDİYOPATİK RETROPERİTONEAL FİBROZİS: OLGU SUNUMU

Ahmet Murat Gençer, Altuğ Güner

Bursa Şehir Hastanesi Romatoloji

AMAÇ

İdiyopatik Retroperitoneal fibrozis (RPF), sıklıkla abdominal aortanın infrarenal kısmı ile iliak arterler etrafında olmak üzere retroperitonda anormal fibroenflamatuvar doku birikimi ile karakterize nadir görülen hastalık grubudur.İnsidansı yılda yaklaşık 0,1-1,3/100.000 olup RPF olgularının üçte ikisinde altta yatan bir sebep bulunamazken [idiyopatik retroperitoneal fibrozis (iRPF)]; geri kalan kısımda ise otoimmün hastalıklar, ilaçlar, malignite, enfeksiyonlar, travma, cerrahi, aterosklerotik aort hastalıkları ve radyoterapi suçlanmaktadır.Son yıllarda ise immünglobulin G4 (IgG4) ilişkili hastalık; eskiden iRPF olarak kabul edilen olguların sebebi olarak görülmektedir.RPF tanısı sırasında ortalama yaş 50-60 yıl olup erkek/kadın oranı ise 2:1-3:1 arasındadır.Hastalık başlangıcında en sık semptom sürekli ve künt karakterde karın, yan ve bel ağrısıdır. iRPF tanısı temel olarak görüntülemeye dayanırken histopatolojik inceleme malignite gibi diğer nedenlerin dışlanması için gereklidir.Kesitsel görüntüleme yöntemleri olan bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) iRPF tanısı ve tedavi takibinde en sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir.Hastalığın tedavisinde kortikosteroid tedavisi ile eş zamanlı olarak konvansiyonel immün baskılayıcı tedavi almıştır. Birinci basamakta en sık tercih edilen konvansiyonel immün baskılayıcı ajan AZA olup İkinci basamakta ise siklofosfamid, RTX ve MMF tercih edilmiştir. Mayo Klinik'te ise en sık tercih edilen ilaç tamoksifen (%65) olup tercih edilen immün baskılayıcılar ise sırasıyla metotreksat (%27), AZA (%5), CYC (%3) ve MMF'dir (%2).[5]] Dirençli olgularda ise RTX ve tokilizumab kullanılabilir. RTX'in hem IgG4 (+) hem de IgG4 (-) hastalarda etkili olduğu gösterilmiştir.

OLGU

46 yaşında erkek hasta künt ve şiddetli karın ve bel ağrısıyla başvurdu.Fizik muayenesinde karında. Başvuru anındaki laboratuvar değerleri:Hemoglobin 14.4 g/dL; Beyaz küre: 9300 /mm3 trombosit 414000 /mm3, kreatinin: 0.96 mg/dL; Üre: 28.2 mg/dL; AST:13 U/L; ALT: 17 U/L; albumin: 5.66 g/dL; CRP: 15.6 mg/dL; Sedim: 33 mm/saat,prokalsitonin: 0.03 ug/L, C3: 1.18 g/L, C4: 0.21 g/L, ANA: (-) Anti ds DNA 1.44 IU/ml, ENA pneli negatif IG G4 düzeyi normal 24 saatlik idrarda protein: 1677 mg/24 saat. Serum ACE düzeyi:22 U/L tümör markerleri normal. Hepatit Markerleri ve enfeksiyon belirteçleri negatif saptandı. Toraks Bt'si normal batın bt de Olguda dikkat çekici bulgu olarak renal loj düzeyinden başlayarak aorta ve inferior vena kavayı çevreleyen kalınlığı 1.5cm'ye ulaşan yumuşak doku yoğunluğu dikkati çekmektedir. Lenfoproliferatif süreç açısından olgunun PET CT ve histopatolojik değerlendirilmesi önerilir. Pet ct sinde Sol servikal Level 2A, mediastende, [4R], [5], [11L] lenf nodu istasyonlarında hipermetabolik görünümde lenf nodları izlenmiştir.Retroperitoneal bölgede abdominal aortayı çevreleyen malignite düzeyinde F18-FDG tutulumuna sahip yumuşak doku lezyonu izlenmiştir.Hastadan bu kitleye yönelik Bt eşliğinde biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu Retroperitoneal fibrozis ile uyumlu saptandı. IG G4 (-) saptanan hastaya steroid tedavisi ve azathiopürin tedavisi başlanıldı.Tedavi sonunda hastanın genel durumu düzeldi

SONUÇ

Retroperitoneal fibrozis (RPF) nadir görülen bir hastalık olup büyük çoğunluğunda etiyoloji saptanamaktadır. Tedavisinde kortikosteroid ve immünsupresif ilaçlar kullanılmaktadır.

TRASD
1947

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
İstanbul-TRAKya Şubesi

opteamist key to synergy
turizm & organizasyon