

Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip II'de Ayna Tedavisi

Mirror Therapy in Complex Regional Pain Syndrome Type II

Dr. Nurdan Kotevoğlu / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD/ İstanbul

Dr. Betül Toygar / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD/ İstanbul

Dr. Hayal Ahmetoğlu / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD/ İstanbul

ÖZET

Kompleks bölgesel ağrı sendromu tip II de ağrının yanı sıra hareket kısıtlılığı ile yaşam kalitesinin önemli ölçüde bozulması dinamik bir tedaviyi gerektirir. Ancak ağrı kontrolü için birçok önerilen tedavi yöntemi olmakla birlikte etkinliklerinin sınırlı olması yeni arayışları gerektirmektedir. Ayna tedavisi de rehabilitasyon çalışmasına yeni bir açılım sunmaktadır. Taktik uyarının çok etkili olduğu bir olgumuzun rehabilitasyon tedavisini ve sonuçlarını sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Kompleks bölgesel ağrı sendromu tip II, rehabilitasyon, ayna tedavisi

ABSTRACT

It's necessary to apply a dynamic therapy in complex regional pain syndrome (CRPS), not only pain itself, but also limitation of movement deteriorates quality of life. Although there are many therapeutic options for pain control, each of them still having limited efficacy leads to new efforts. Mirror therapy enables new possibilities in rehabilitation process. We present our patient's rehabilitation survey and results who was very painful even with slightest tactile stimulus.

Key words: Complex regional pain syndrome type II, rehabilitation, mirror therapy

GİRİŞ

Ayna tedavisi olarak isimlendirilen, aynada yaratılan görsel ilüzyonun kullanımı ilk kez Ramachandran ve Rogers-Ramachandran tarafından fantom ağrısının tedavisinde uygulandı

(1). Normal elin aynadaki görüntüsüne hasta konsantre olarak ağrıyı ve hareketi kontrol etmeyi öğrenir. Brakial plexus avulsiyonlarında, tip II CRPS da, stroke tedavisinde kullanılmıştır.

Sinir hasarından sonra oluşan kozalji şiddetli ağrı nedeniyle hastaların tedavileri de kısıtlanır.

OLGU

Elli bir yaşında erkek hasta 3 ay evvel sağ omuzda ağrı, elini kullanma zorluğu, son 3 parmakta aşırı duyarlılık şikayetleri ile başvurdu. Temmuz 2008 de sağ omuzda ve kol da ağrı ve parmaklarda uyuşukluk, sağ göz kapağında düşme şikayetleri ile tetkikleri sonucu sağ akciğer apekte düz sınırlı 4x5 cm ebatlarında toraks çıkışına uzanım gösteren kitlenin çekilen MRI da subklavien artere ve plexus brachialis invaze olduğu görülerek tümör eksizyonu operasyonu geçirdiği öğrenildi. Postop radyoterapi ve kemoterapi uygulanan hastanın sağ kolundaki dayanılmaz ağrı

Tradamol'e cevapsız kaldı. Fentanyl bantlarla hipotansiyon gelişmesi üzerine, hastanın kolunda güçsüzlük yakınması da belirginleşince 3 ay sonra algoloji tarafından da değerlendirildi. Kontrastlı toraks BT de operasyon alanında sekel bulgu dışında bir değişikliğe rastlanmadı. EMG'de: Sağ ön kol EMG: Polinöropati (kemoterapiye bağlı), plexus brachialis alt truncusta özellikle etkilenme ve kronik denervasyon bulguları mevcuttu

Sağ stellar ganglionu radyofrekans termokoagülasyon tedavisi 2 kez tekrarlandı ve cevap alınmadı. PET tetkikinde residü veya nöks saptamayan hasta FTR polikliğine yönlendirildi. Rehabilitasyon tedavisine ek olarak ayna tedavisi de programına eklendi.

Fizik muayenesinde boyun hareket açıklığı açık, omuz hareketleri ise kısıtlıydı. Omuz ve ön kol kaslarında yaygın atrofi mevcuttu. El bilek hareket açıklığı, Metakarpofalangial eklemlerde parmak eklemlerinde hareket kısıtlıydı.

Kas testinde omuz fleksiyon ve abduksiyonu tam, Ekstansiyonu 3+, Internal Rotasyonu ve Eksternal Rotasyonu 4, dirsek supinasyonu 3+ değerinde, elde Fleksör carpi radialis 4, Flex carpi ulnaris 2, ekstansör carpi ulnaris 2, diğer kaslar 0 değerindeydi.

Hafif dokunma duyusu 4.5. parmakta kayıp, propri-

osepsiyonda azalma, 1.2.3 parmakta hassasiyet artışı vardı. Tenar ve interossöz kaslarda atrofi belirgindi. El hafif ödemli ve hiperemikti.

Pregabalin 300 mg / gün ve Diclofenac potasyum 150 mg / gün kullanan hastanın gece ağrısı vizüel analogue scale (VAS: 10) ve gündüz ağrısı (VAS: 8) idi.

Girdap banyosu, analjezi amaçlı TENS ve önkol kaslarına COMPEX ve egzersiz programı, duyu eğitimi tedavisi devam ederken hastanın hem ağrısının çok olması hem de egzersiz yaptırırken dokunmaya tahammülü çok düşük olması nedeniyle ayna tedavisi başlandı. Dirsek supinasyon ve pronasyon, el bilek ekstansiyon, fleksiyon, parmak ROM egzersizleri çalıştırıldı. Günlük tedavi seansları 15 dakika ayna tedavisi ile sonlandırıldı. Evde de en az 30 dakika çalışması önerildi. Otuz günlük tedavi sonrasında ağrısı önemli oranda azaldı. Gece (VAS:5) ve gündüz (VAS:3) ağrı azalırken, dokunmaya karşı olan aşırı hassasiyet belirgin düzeldi. Omuz ve dirsek ROM tama yakın düzeldi. El parmak ROM pasif olarak yumruk ve oppozisyon yapacak kadar düzeldi. Supinasyon ve pronasyonda kas gücü 4-/5, el bilek F gücü 4/5, 1.2.3 parmak Fleksör ve ekstansör gücü 2+/5, abd ve add 1/5 değerine ulaştı. Ev programına devam etmek üzere kontrole çağırıldı.

Ayna tedavisiyle ağrının azalmasının mekanizması net olarak açıklanamamaktadır. Motor istekle proprioseptif ve görsel feedback uyumsuzluğu ile açıklanmaya çalışılmıştır (1). Ramachandran ve arkadaşları fantom ağrısının da altında yatan mekanizmanın motor istek ile duysal feedback

uyumsuzluğu olduğunu savunurlar. Ayna aracılığıyla yaratılan görsel illüzyon bu uyum sorununu çözebilir. Eksik veya değişmiş duysal feedback primer somatosensoryel veya motor cortexte vücut bölümlerinin temsili alanlarının reorganizasyonu ile sonuçlandığını ileri süren fikre göre, reorganizasyonu derecesine göre ağrı şiddeti belirlenmektedir (2,3). Görsel illüzyon yardımıyla alternatif duysal girdi sağlandığında ağrı azaltılabilir (4).

Olgumuzda olduğu gibi egzersiz uyumunu önemli ölçüde bozan şiddetli ağrı durumunda ayna tedavisinin uygulanmasının yararlı bir yöntem olduğunu gözlemledik.

KAYNAKLAR

1. Ramachandran VS, Hirstein W. The perception of Phantom limbs. Brain 1998;121:1603-1630.
2. Moseley GL. Graded motor imagery is effective for long standing complex regional pain syndrome. A randomised controlled pain syndrome. Pain 2004;108:192-198.
3. Harris AJ. Cortical origin of pathologic pain Lancet 1999;354:1464-1466.
4. Giraux P, Sirigu A. Illusory movements of the paralyzed limb restore motor cortex activity Neuroimage 2003;20 Suppl1:107-111.

Bu olgu poster olarak sunulmuştur.

"Geleneksel 12. Uludağ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sempozyumu. 17-20 Mart 2001"