

# SAKROİLİAK DİSFONKSİYONUN TANI VE TEDAVİSİNDE NÖRALTERAPİ VE MANUEL TERAPİ KOMBİNASYON YAKLAŞIMI

## NEURAL THERAPY AND MANUAL THERAPY COMBINATION APPROACH IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SACROILIAC DYSFUNCTION

Şehmus DEMİR, MD<sup>1</sup>\*

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara - Turkey

### Özet

Sakroiliak eklem disfonksiyonu bel, kalça ve pseudoradiküler ağrının ihmal edilen önemli bir sebebidir. Sakroiliak eklem disfonksiyonu kendini değişik klinik prezentasyon ile gösterebilmesi, kesin tanısı için altın standart klinik ve görüntüleme yöntemi olmaması sebebiyle ayırıcı tanıda göz ardı edilebilmektedir. Bu vaka sunumunun amacı sakroiliak eklem disfonksiyonu kronik bel ve kalça ağrısının önemli bir nedeni olduğundan ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği, nöralterapi ve manuel terapi kombinasyonunun tedavide etkinliğini vurgulamaktır.

**Anahtar kelimeler:** Sakroiliak eklem, Sakroiliak eklem disfonksiyonu, Nöralterapi, Manuel Terapi.

### Abstract

Sacroiliac joint dysfunction is a neglected major cause of low back, hip and pseudoradicular pain. Sacroiliac joint dysfunction can be overlooked in the differential diagnosis because it can manifest itself with different clinical presentations and there is no gold standard clinical and imaging method for its definitive diagnosis. The aim of this case report is to emphasize the importance of combination of neural therapy and manual therapy in the differential diagnosis because sacroiliac joint dysfunction is an important cause of chronic low back and hip pain.

**Key words:** Sacroiliac joint, Sacroiliac joint dysfunction, Neural therapy, Manual Therapy.

### Giriş

Sakroiliak eklem (SİE) gerçek bir sinovial eklem olmasının yanı sıra ağrıya hassas yapılar yönünden de zengindir. SİE disfonksiyonu bel, kalça ve pseudoradiküler ağrının ihmal edilen önemli bir sebebidir (1,2,3). Eklem disfonksiyonu mevcut olan hastalarda ağrı akut veya kronik, tek ya da çift taraflı, künt ya da sızlayıcı olabilir. Ayrıca SİE disfonksiyonu kendini değişik klinik prezentasyon ile gösterebilmesi, kesin tanısı için altın standart klinik ve görüntüleme yöntemi olmaması sebebiyle ayırıcı tanıda göz ardı edilebilmektedir (4,5).

\* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Şehmus Demir, MD  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara - Türkiye  
e-mail: drsd82@gmail.com

SİE disfonksiyonuna neden olan pek çok sebep vardır. Bu bölgeyi innerve eden sinirler, bu bölgeyi besleyen arterler, drenajından sorumlu olan ven ve lenfler, stabilizasyonun sağlanmasında rol oynayan kemikler, ligamantlar, aktif hareketlerini sağlayan kaslar, bedensel bütünlükte önemli bir rol oynayan fasyanın bütünlüğü, adale zincirleri üzerinde TME' den başlayarak üst servikal bölge bel ile olan ilişkisi, sempatik inervasyonu açısından toraks bölgesindeki sorunların ilk bulgusu SİE disfonksiyonu olabileceği gibi, komşu eklemlerdeki sorunların ilk bulgusu da olabilir. Bedenin her noktasının VSS sayesinde bir biriyle ilişki olduğunu düşünlüğünde ve bu bilgiler ışığında hastaya bütüncül bir şekilde ele alınması hastalığın tanısı ve tedavisinde en doğru yaklaşım olacaktır (4).

SİE disfonksiyonunun tedavisinde non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar, manuel terapi, fizik tedavi ajanları, egzersiz, lokal enjeksiyonlar gibi birçok yöntem sayılabilir (5,6).

Nöralterapi VSS üzerinden lokal anestezi ilaçları kullanılarak tek başına veya diğer alternatif seçenekleriyle birlikte hastalığın hem tanı hemde tedavisinde kullanılan etkili bir yöntemdir (7).

Bu yazının amacı sakroiliak eklem disfonksiyonu kronik bel ve kalça ağrısının önemli bir nedeni olduğunu bu neden ile etiolojide mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği ve tedavisinde nöralterapi ve bütünsel yaklaşımın etkinliğini vurgulamaktır.

## Olgu Sunumu

44 yaşında ev hanımı olan hasta uzun süredir devam eden bel ve kalça ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hareket ile artan non-steroidal antiinflatuar ilaçlara kısmen yanıt veren, istirahatla azalan mekanik tarzda ağrı tarifliyordu. Daha önce yapılan değerlendirmeler neticesinde lomber disk hernisi tanısı almış medikal ve fizik tedavi gördüğünü, hastanın mevcut şikayetlerinde o dönem için kısmen azalmış fakat sonradan şikayetleri aynı şiddette devam etmiş. Hasta yeterli kadar sıvı tüketemediğini, yoğun olarak karbonhidratdan zengin ve asidik beslenme alışkanlığı olduğunu ifade ediyor. Hastaya ağrı şiddeti sorulduğunda vizüel analog skalaya göre 10 üzerinde 8 olduğunu söyledi, ayrıca genel olarak uyku kalitesinin kötü olduğunu özellikle uykuya dalma da sıkıntı yaşadığını söyledi.

Hastanın özgeçmişinde Hepatit b taşıyıcılığı, 6 yıl önce geçirilmiş myomektomi operasyonu mevcut. Fizik muayene; Lomber hareket açıklığı ekstansiyon limitli ağırlı diğer eklem hareket açıklıkları açık ağrısızdı. Motor-duyu muayenesi normal olan hastanın, düz bacak kaldırma ve femoral sinir germe testi negatifti, L3-4-5'te spinöz proseslerde, sağ sakroiliak eklem üzerinde hassasiyet ve sağ Quadratus lumborum, priformis ve gluteus maximus kaslarında aktif tetik nokta tespit edildi.

Adler-Langer muayenesi ile C4'de bilateral hassasiyet, dermatografizm de belirgin bir patolojik bulguya rastanılmadı. Kibler cilt kaydırma testinde bilateral L3-L5'de ve bilateral sakral bölgede takılma yani disfonksiyon saptandı. Fabere (4 belirtisi) testinde sağda pozitif. sağda öne akış fenomeni pozitif saptandı. Üç fazlı hiperekstansiyon testinde 2. ve 3. faz ve iliolumbar ligament muayenesi ağırlıydı. Serbest yönü kaudale doğru olan irritasyon noktası tespit edildi, sağda alt ekstremitede 2 cm kısalığı mevcuttu. Görüntüleme: Lomber MR da L4-5 protrüzyon disk hernisi mevcuttu.

Tedavide ilk basamak olarak hastanın beslenmesi düzenlenerek hastaya aşırı karbonhidrat, süt, peynir, unlu gıdalardan ve asidik besinlerden uzak durulması gerektiği ve yeterli kadar su alması gerektiği önerildi. Ayrıca anti asidoz ve probiyotik desteği başlandı, egzersiz programı verildi.

Nöralterapi: Hastaya lokal anestezi olarak %1 procain (Ntkain) ile kullanılarak 3 günlük periyotlar ile toplam 7 seans nöralterapi uygulandı. Beraberinde manuel terapi teknikleri uygulandı.

1. Seansta; T9-S4 segmental quaddel, quadratus lumborum, priformis ve gluteus maximus kaslarına tetik nokta enjeksiyonu, interspinöz ligamentler, iliolumbar ligament, Nazlıkul tekniğine göre sakroiliak eklem enjeksiyonları yapıldı, enjeksiyon sonrası PİR egzersizleri uygulandı. Hasta ilk seans sonrası 2 gün boyunca ağrılarında %30 azalma olduğunu sonrasında tekrar şikayetlerinin arttığını ifade etti.

2. Seansta; 1. seanstaki tedavilere ek olarak, faset eklem enjeksiyonu ve manuel terapi uygulandı. Seans sonrasında tetik noktalarındaki hassasiyet, ağrısında azalma olan hastanın ayrıca vas skorunda %40 gerileme olduğu ve bu iyilik halinin bir sonraki seansa kadar devam ettiği görüldü.

3. Seansta; diğer seanslara ek olarak sakral kanal ve L2 sempatik truncus blokajı yapıldı. seans sonunda tetik noktalarındaki hassasiyet ve ağrı tama yakın, genel vas değerinde ise % 60 azalma olduğunu ifade etti.

4. Seansta; tedaviye bozucu alan enjeksiyonu (operasyon skarı, umblicus ve bilateral tonsil), frankenhausen enjeksiyonu eklendi. Tedavi sonunda adler langer noktalarında ki hassasiyet kaybolmuş, vas değer %80 azalmış, hastanın hareketinde (lomber ekstansiyon) belirgin düzelleme gözlemlendi.

Nöralterapi ve manuel terapi tedavi kombinasyonu 7 seans kadar uygulandı, tedavi sonunda hastanın adler langer, kaslardaki aktif tetik noktaları, L3-L5 spinöz proseslerdeki hassasiyet kayboldu. Fabere ve sakroiliak manevra testleri negatifti. bacak boyu kısalık farkı kaybolmuş ve uyku kalitesi düzelmişti. 1. ve 3 ay sonraki kontrolünde ise iyilik hali aynen devam ettiği gözlemlendi.

## Tartışma ve Sonuç

Bu olgu sunumunda kronik bel ve sağ kalça ağrısı nedeniyle daha önce çeşitli tedaviler alan fakat fayda görmeyen ve sonrasında kliniğimize başvuran, sakroiliak eklem disfonksiyonu tanısı alan hastaya tedavide nöralterapi eşliğinde bütünsel yaklaşım ile tedavisi anlatıldı.

SİE tanısında esas problem altın standardın olmamasıdır. Keza güvenilir bir tanı için, bilimsel standartlar yeterli olmadığı gibi hastanın ağırlı bölgesi ile ilişkili anamnez verileri de yeterli olmayabilir. Literatürde 18 çeşit ağrı tanısı vardır. Bunların çoğu gluteal bölgededir, ağrıya gluteal bölge altı (%94) ve alt ekstremitede (%50) daha çok rastlanır; ama kasık ve L5 üstü bölgesinde de nadir değildir. Bu sebeplerden dolayı bel ve kalça bölgesi patolojilerinin anamnezi sınırlı kalır (4). Bizim hastamız daha önce yapılan değerlendirmeler neticesinde lomber disk hernisi tanısı almış medikal tedavi ve fizik tedavi görmüş, hastanın mevcut şikayetlerinde o dönem için kısmen azalmış fakat sonradan şikayetleri artarak devam etmişti, bu neden ile alta yatan başka bir sebep olabileceği düşünülerek ayrıntılı muayene sonunda SİE disfonksiyon tanısı kondu.

Modern tıbbın sakroiliak eklem disfonksiyonuna yaklaşımı ve tedavi seçenekleri kısıtlı veya yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle olguya bütünsellik içinde yaklaşmaya çalıştım.

Bunun için hastanın beslenmesini, bağırsak flora bozukluğunu, bağ dokusu kirliliğininide (latent asidoz) düşünerek bu yönde tedaviler uyguladım. Tedaviye yönelik olarak nöralterapi ve manuel terapi kombinasyonu ile hastada kısa sürede %80 gibi bir iyilik hali sağlanmış oldu.

Sonuç olarak, sakroiliak eklem disfonksiyonu bel ve kalça ağrısının önemli bir nedeni olup ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Bunun yanında SİE disfonksiyonu lomber disk hernisi ile birlikte görülebilir ve bu durumda tedaviyi zorlaştırabilir. Nöralterapi ve manuel terapi kombinasyonu kronik bel ve kalça ağrısı olan hastalarda hem tanı hemde tedavide oldukça etkili bir seçenektir.

### **Kaynaklar**

1. Nazlıkul H.Eksen Organ. Nöralterapi. İstanbul. 2.Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, 2015; 251-268
2. Ketenci A, Özcan E. Mekanik bel ağrılarında özellikler. Erdine S.(editör). Ağrı . İstanbul: Nobel; 2000.s.338-350
3. Alderink GJ: The sacroiliac joint: Review of anatomy, mechanics, and function. J Orthop Sports Phys Ther 13(2): 71-84, 1991
4. Nazlıkul H, Heymann W, Acarkan T, Fischer L. Sakroiliak Disfonksiyonun Manuelterapi ve Nöralterapi Kombinasyonu ile Değerlendirilmesi. BARNAT Dergisi, Cilt 8, sayı 1, şubat-mart 2014:8-12
5. Kazancı A, Sorar M, Bavbek M: Percutaneous procedures for subacute and chronic low back pain. Türk Nöroşir Derg 24(2): 108-114, 2014
6. Yegül İ: Bel ağrısında perkutan girişimler. Türkiye Klinikleri J Neurosurg-Special Topics 3(1):102-110, 2010
7. Nazlıkul H: Nöralterapi Kurs Kitapçıkları ve Ders Notları