20 NÖROPATİK AĞRI SEMPOZYUMU

TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ • TURKISH NEUROLOGICAL SOCIETY • 1992

3-5 Mart 2023
Papillon Ayscha Otel
Antalya

BİLDİRİ ÖZETLERİ

VENÖZ TORASİK OUTLET (ÇIKIŞ) SENDROMU

MEHMET UĞUR ÇEVİK , MEHMET UFUK ALUÇLU , HAMZA GÜLTEKİN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

E-poster:

Toraks ve aksilla arasındaki alana torasik çıkış denir. Bu alandan subklavyen arter ve ven dışında brakial pleksus çıkar. Subklavyen ven üst extremitenin venöz drenajını yapar. TOS'un üç türü vardır. Nörojenik, venöz ve arteryel. Nörojenik TOS %95, **venöz TOS %4** oranında görülürken. Arteryel TOS sporadik gözlenir. Venöz TOS subklavyen venin kostoklaviküler alanda baskı altında kalmasına bağlı akut, kronik venöz trombozu veya hasarlanması veya pozisyonel intermittant obstrüksyonudur (1). Bu olguyu nörojenik TOS'a göre daha nadir gözlenen venöz TOS olması ve geç tanı konması, atlanabilecek bir tanı olması nedeni ile sunduk.

Olgu: 24 yaş, kadın hastada 7 ay önce başlayan ve giderek artan sağ elde ve kolda şişlik, **şiddetli ağrı** ve morluk olması nedeni ile başvurdu. Fizik muayenede sağ kol ve el siyanotik, ödemli ve kolleteral venlerde belirginleşme izlendi. Nörolojik muayenede sağ el başparmakta ağrı ve ısı duyusunda tam kayıp mevcuttu. Abduktor digiti minimi ve abduktor pollisis brevis kas gücü: 5/5 ve hipotenar bölgede duyu kaybı yoktu. Sağ üst extremite venöz doppler USG'de subklavien ven özellikle Addson manevrası sırasında komprese olmaktaydı. Brakial pleksus ve servikal vertebral MRI normaldi. Sinir iletim çalışmalarında median, ulnar sinir BKAP ve ulnar sinir BSAP normaldi. İğne EMG de el kaslarında denervasyon yoktu. Hastaya yapılan 1. Kot rezeksyon operasyonunun hemen postanestezik döneminden sonra şikayetlerinin tamamen düzeldiğini belirtti.

Sonuç: Nörojenik ve Venöz TOS ayırıcı tanısı dikkatli yapılmalıdır. Venöz TOS postoperatif dönemde dramatik şekilde asemptomatik hale gelmektedir.

Kaynaklar

1- Throracic Outlet Syndrome by Karl A. IIlig, Robert W. Thomson, et.al

AKUT SERVİKAL DİSKLERDE NÖROPATİK AĞRI

SUNA DİLBAZ [1], BURHAN ORAL GÜDÜ [2]

[1] *KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ İSTANBUL*
[2] *İSTİNYE DEVLET HASTANESİ İSTANBUL*

E-poster:

Akut servikal diskler yüz binde 18.6.

oranında görülür. Hayatın 6.on yılında zirve yapar.Şiddetli boyun ve kol ağrısı olur.

Bunu duyusal semptomlar, yanma,karıncalanma izler.Nörolojik muayenesinde

Refleks değişikleri (azalma)Üst ekstremitenin motor zayıflığı Dermatomal hipoestezi.Tedavi Yöntemleri İlk seçenek konservatifdir.Fonksiyonel olarak önemli bir motor kusurun ilerlemesine dair kanıt olduğunda cerrahi düşünülmelidir. Servikal disk herniasyonlarının doğal seyri ve klınik seyri hakkında çok az şey bilinmektedir. Biz akut servikal disklerde ilk başta hastaya gündüz philedelphia tipi boyunluk, gece sünger tipi boyunluk verilir. Medikal tedavide ise 1- Betametazon (DM yoksa) 1x1gr ım 2 gün aralıklı 2- gabapentin 300mg 3x1, 3- Nonsteroid antiinflamatuar. Hasta haftada bir verilir. Haftada 1 kez kontrol edilip, nörolojik muayenesi yapılır. Motor muayenesinde bir gerileme saptanmazsa takiplere devam edilir. Hastanın kol ağrısı geçene kadar boyunluk takmaya devam etmesi istenir. Ortalama 2-3 hafta içinde kol ağrısının geçtiği gözlenir.

Sonrasında hasta fizik tedaviye yönlendirilir.1 yılda 120 hasta tedaviye yanıt verdi. 5 hasta ameliyat yapıldı.

NÖROPATİK AĞRI SEMPOZYUMU

WALLENBERG SENDROMUNDA GÖRÜLEN DİRENÇLİ NÖROPATİK AĞRININ TEDAVİSİ

MELİKE ÜNSAL

SULTAN 2.ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

E-poster:

Wallenberg Sendromunda Görülen Dirençli Nöropatik Ağrının Tedavisi

Özden Tömek, Melike Ünsal, Aysu Girgin, Gökçenur Yalçın, Emre Ata

GİRİŞ: Wallenberg sendromu vertebral arter oklüzyonu nedenli oluşan; kontralateral vücut ve ipsilateral yüzde ağrı ısı duyusu kaybı, Horner Sendromu, disfaji, dizartri, disfoni, nistagmus, vertigo, bulantı, kusma, ataksi ile karakterize bir nörolojik sendromdur. En sık duyusal anormallik ipsilateral yüzde ve kontralateral vücut yarımında ağrı ısı duyusu kaybıdır.

Burada nöropatik yakınmaları olan; gabapentin ve pregabalini tolere edemeyen Wallenberg sendromlu bir olgunun karbamazepin ile tedavisini sunmayı amaçladık.

OLGU: 78 yaşında kadın hasta, denge bozukluğu ,sağ yüzde ve sol vücut yarısında uyuşma tarzında ağrıyla polikliniğimize başvurdu. 4 ay önce sağ serebellar tutulumlu iskemik inme öyküsü mevcuttu. Hasta rehabilitasyon ve ağrı tedavisi amacıyla kliniğimize yatırıldı.

Fonksiyonel olarak yatak içi dönmede bağımsız olan hasta, destekle ayağa kalkıyor, ayakta durabiliyor ve yürüteç ile kısa mesafeli ambuleydi.

Brunnstrom değerleri üst ekstremite:6, el:6, alt ekstremite:5'ti. Kas güçleri (sağ/sol): C5:5/5, C6:5/4, C7:5/5, C8:5/4, T1:4/4, L2:4/4, L3:4/5, L4:5/5, L5:5/4, S1:5/4 olarak değerlendirildi.

Duyu muayenesinde sağ yüz yarımı ve sol vücut yarımında dokunma ve iğne hipoestezisi, ısı duyusu kaybı ve nöropatik yakınmalar mevcuttu.

Hastanın serebellar muayenesinde dismetri, ataksi, disdiadokokinezi mevcuttu ve Romberg pozitifti.

Nöropatik ağrı değerlendirmesinde VAS:8, DN4:7, LANSS:16'ydı. Pregabalin ve gabapentin tedavileri sırasıyla denendi ancak denge bozukluğunda artış, baş dönmesi, sersemlik yan etkileri nedeniyle hastanın rehabilitasyona katılımı olumsuz etkilendiği için bu tedaviler durduruldu. Karbamezepin tedavisi 2x100 mg başlandı ve elektrolit takibi ile 1 hafta sonra 2x150 miligrama çıkıldı. Hastanın nöropatik şikayetlerinde gerileme oldu ve önemli yan etki gözlemlenmedi. VAS: 4, DN4: 4, LANNS: 11 olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Nöropatik şikayetleri baskın olan Wallenberg sendromlu hastalarda, tedavide pregabalin ve gabapentine alternatif olarak karbamazepin de akılda tutulmalıdır.

TRİGEMİNAL SOMATOSENSORİYEL UP VERİLERİ VE VAS SKORU ARASINDA PARALELLİK VAR MIDIR?

HAKAN EKMEKCİ , FETTAH EREN , ŞEREFNUR ÖZTÜRK

SELÇUK ÜNİ TIP FAK

E-poster:

Trigeminal Nevraljik ağrı tanısı geçikmesine paralel olarak yaşam kalitesini derinden etkileyen bir klinik tablodur. Etiyolojik sürec paralel ve bağımsız olarak tedaviye yanıt her zaman net görülemez. Klinik seyir zaman içinde gerek farmakolojik tedavili ve tedavisiz halinde bile farklılık görülebilir.

Trigeminal sinirin üzerinden somatosensoriyel lifleri stimule ederek parietal kortikal yanıtı alma esasına dayanan trigeminal veya kraniyal sinir uyarımlı somatosensoriyel uyartılmış potansiyeeleri (tSEP) incelemesinde kliniğin olduğu ve olmadığı taraflar arasında minimalde olsa N1 ve P1 dalga latansında ve amplitüdünde farklılık gözlenmiştir.

21 idiopatik trigeminal Nevraljik hasta başlangıç, 6 ve 12 aylık dilimlerle takibe alınmıştır. tSEP verileri her üç zaman diliminde alınıp ve mikro analizleme (Selçuk Üni Mühendislk Fakültesi desteği ile) ile kayıtlanmıştır. Ayrıca olguların aldığı ilaçlardan bağımsız olarak yine başlangıç, 6 ay ve 12 aylık dilimlerle vizueal analog skoru (VAS) elde edilmiştir.

21 hastanın N1 ve P1 dalga latans değerleri ile VAS değerlerinin değişimi arasındaki koreleasyon irdelenmiştir. 14 hastada (% 66) VAS skorunda 4 ve daha fazla düşüş olmuş bu olguların özellikle P1 dalga latansında 0.5 ms ve daha fazla kısalma tespit edilmiştir. Bu veriler kontralateral tSEP verlierine daha fazla benzeşme göstermiştir. Bu benzeşme dalga latansında kısalma kadar dalga morfolojisinde gözlenmiştir. VAS skoru ilk 6 ayda 4den daha az değişmiş ise (% 33 olguda, n = 7) kSEP verilerinde anlamlı bir değişi gözlenmemiştir.

Bulgular trigeminal nevraljik olgularda tSEP incelemesinin ağrı değişiminde takipde kullanılabilir bir parametre olabileceğini destekler nitelikte bulunmuştur.

DİRENÇLİ POST-HERPETİK NEVRALJİ TEDAVİSİNDE İNTRADERMAL BOTULİNUM TOKSİNİ ENJEKSİYONU VAKA SUNUMU

ÖZÜM YOLCU , NEVRA ÖKSÜZ , MUSTAFA SERHAN SEVİM

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

E-poster:

DİRENÇLİ POST-HERPETİK NEVRALJİ TEDAVİSİNDE İNTRADERMAL BOTULİNUM TOKSİNİ ENJEKSİYONU VAKA SUNUMU

ÖZÜM YOLCU, NEVRA ÖKSÜZ, MUSTAFA SERHAN SEVİM

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Özet: Zona, arka kök ganglionunda varicella zoster virüsünün neden olduğu bir hastalıktır , çocukluk çağında suçiçeği enfeksiyonu sırasında arka kök ganglionuna yerleşir ve latent kalır. Yıllar sonra, spontan ya da hücresel immünitenin bozulmasıyla reaktive olur. Daha çok torakal bölgeyi tutmakla birlikte servikal ve lomber bölgede veya kranial alanda (özellikle nervus trigeminus oftalmik dalı trasesinde) görülebilir. Etkilenen köke uyan, tek taraflı sıralanmış veziküller 2-3 hafta içinde kaybolur. Etkilenen kök trasesinde batıcı ve yanıcı vasıfta şiddetli ağrı ve parestezi vardır. Kimi zaman döküntü olmadan da unilateral dermatom sahasına uyan ağrı olabilir. Genelde veziküllerin solmasıyla birlikte ağrı geçer. Ağrının 4-6 haftadan uzun sürdüğü durumlarda 'postherpetik nevralji'den söz edilir. Süreklilik gösteren, yanıcı, zonklayıcı ağrılar olur ve sıklıkla allodini ve hiperaljezi eşlik eder. Bu durum, 60 yaş üzerindeki hastaların yarısında görülür [1] .Zona akut tedavisinde asiklovir kullanımının komplikasyon ve post-herpetik nevralji gelişim riskini azalttığı düşünülmektedir [2] .Post-herpetik nevralji tedavisinde güncel yaklaşım olarak 1. basamak tedavide gabapentin, pregabalin, topikal lidokain, kapsaisin, trisiklik antidepresanlar yer alırken, 2./3. basamak tedavide opioidler (tramadol vs.) valproat, botulinum toksini tip A yer almaktadır. [1]

Olgu Sunumu: D.T. 69 yaşında erkek hasta; polikliniğimize başvurusundan 6 ay önce sağ T2-T3-T4 dermatom alanında zona geçirmiş. Başvuru şikayeti sağ meme ucunu da içine alacak şekilde göğüsten koltuk altına ve sırta uzanan T2-T3-T4 dermatom alanında VAS:10 şiddetinde ağrıydı. Allodini ve hiperaljezisi mevcuttu. Sağ üst ekstremite hareketiyle ağrı şiddetlenmekteydi. Akut dönemde Asiklovir oral 5x 800 mg ve krem formunda kullandığı ve ağrılarına yönelik nimesulid başlandığı öğrenildi. Daha sonra veziküller geçmesine rağmen ağrıları devam edince pregabalin 2x 75 mg başlanmış. Hasta bu tedavi altındayken ek olarak mezoterapi ve algolojide dorsal kök radyofrekans uygulamaları yapılmış ancak ağrıları azalmamış. Mevcut pregabalin tedavisine tramadol damla 1x 50 mg , duloksetin 1x 30 mg, alfa lipoik asit 1x 600 mg eklenmiş. Tramadol kullanımıyla hastanın ağrıları hafifçe gerilese de ilaç etkisi geçtiğinde yeniden başlıyormuş. Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu , intramuskuler prednizolon enjeksiyonu 1x 40 mg 5 gün ve takiben 1x 20 mg gün aşırı 5 kez uygulanmış ancak ağrıları devam etmiş. Oral kullandığı

tüm ilaçlar kesilerek kademeli artışla 3x 1200 mg gabapentin kullanımına geçilmiş. Hasta polikliniğimize başvurduğunda ağrıları şiddetli şekilde devam etmekteydi. Mevcut tüm tedaviler kesilerek pregabalin 2x 225 mg kullanımına kademeli doz artışı ile geçildi ve baklofen 4x 10 mg başlandı. Ayrıca 1x 100 mg tramadol tablet kullanımına devam edildi. Hasta pregabalin sonrası ağrılarında %20 rahatlama tarif etse de yan etkiler nedeni ile pregabalin kesildi ve aşamalı şekilde 3x800 mg gabapentin kullanımına geçildi ve tedaviye duloksetin 1x60 mg kademeli olarak eklendi. Ağrıları devam eden hastanın ağrılı dermatom alanına 500 ü intradermal botulinum toksini tip A başlangıç tedavisi olarak uygulandı. Uygulama 12 gün sonra 1000 ü dozunda tekrarlandı. 1. Uygulama sonrası hasta ağrılarında %20 azalma tarifledi. 2. Uygulama kısa süre önce yapılmış olup etkilerini henüz değerlendirmek için erken olsada hasta şimdiden öncekinden de fazla rahatlama tarifliyor. Postherpetik nevraljinin dirençli bir nöropatik ağrı olduğu bilinmektedir ve bazen tedavisi çok güç olmaktadır. Bu hastaların botulinum toksini uygulamasından fayda görebileceği akılda tutulmalıdır.

1) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Nöroloji Kitabı

2) Hardy D. Relief of pain in acute herpes zoster by nerve blocks and possible prevention of post-herpetic neuralgia. Can J Anaesth 2005;52(2):186-90.

20 NÖROPATİK AĞRI SEMPOZYUMU

DİRENÇLİ MARELJİA PARESTETİKA OLGUSUNDA RADYOFREKANS TEDAVİSİ

MUGE MERCAN KARA , YÜKSEL ERKİN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

E-poster:

Amaç: Meraljia parestetika (MP) lateral femoral kutanöz sinir (LFKS) in yaralanması ya da bası altında kalması sonucunda uyluğun ön yan yüzünde ağrı, parestezi ve uyuşukluk ile karakterize tuzak nöropatisidir. Medikal tedaviye dirençli durumlarda girişimsel yöntemlerin akla gelmesi açısıdan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 60 yaşında kadın hasta 3 yıldır özellikle geceleri olan , sol bacağın yan kısmında hissedilen ağrı nedeni ile başvurdu. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus, hipotiroidi, mitral kapak hastalığı bulunmaktaydı. Lomber manyetik rezonans görüntülemede nöral bası saptanmayan hastanın, abdomen ultrasonografisi normaldi. EMG sinde bilateral lateral femoral yanıt elde edilemedi. Hastaya duloksetin başlandı ancak fayda görmedi. Gabapentini tolere edemedi. Tramadol verildi, ağrısının devam etmesi üzerine kör teknikle hastaya 16 mg deksametazon- %1 aritmal ile 8 cc LKFS bloğu uygulandı. Blok sonrası hastanın 3 hafta ağrısı olmadı . Tekrar ağrısı başlayan hastaya radyofrekans uygulamayı düşündük. Hasta supin pozisyonda yatırıldı. İşlem uygulanacak bölge sterilize edildi. Sonrasında spina iliaca anterior superior (SİAS) ın 2 santimetre (cm) medialinden 2 cm inferioru noktası belirlenerek 10 cm 5 mm aktif uçlu radyofrekans iğnesi ile girildi. Duysal uyarı verilerek hastanın bacağın anterolateral bölümde parestezi duyduğu nokta belirlendi. 2 hz frekansta 42 santigrat derecede 4 dk pulse-radyofrekans uygulandı. Sonrasında deksametazon-lidokain verildi. 1. Ay kontrolünde hastanın ağrısı yoktu.

Tartışma: MP konservatif tedaviye dirençli ise cerrahi ve nöromodülasyon tedavileri düşünülebilir. Ancak cerrahi tedavinin anestezi gerektirmesi, enfeksiyon ve nörolojik komplikasyon riskinin daha fazla olduğu akılda tutulmalıdır. Pulse-radyofrekans tedavi uygulamasının daha kolay ve uzun süreli ağrı kontrolü sağlayabileceği düşünülerek cerrahi kararı vermeden önce uygulanmasını önerebiliriz.

20 NÖROPATİK AĞRI SEMPOZYUMU

IVIG TEDAVİSİ SONRASI SEMPTOMLARI GERİLEYEN LİMBİK ENSEFALİT OLGUSU

MUSTAFA ÇAM

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

E-poster:

GİRİŞ:Limbik ensefalit hipokampus, amigdala, talamus ve hipotalamusun etkilendiği inflamatuar bir santral sinir sistemi (SSS) hastalığıdır. Temel olarak limbik yapı nöronlarının hasarlanması ile gelişen akut/subakut başlangıçlı nöropsikiyatrik belirtilerle karakterizedir. Progsesif ve hızlı gelişen klinik tablo nedeniyle kliniğimizde takip edilen ve IVIG sonrası şikayetleri gerileyen olgu sunulmuştur.

OLGU: bilinç ve davranış değişikliği nedeniyle acil servise başvuran 70 yaşında erkek hastanın difüzyon MRında sağ temporal bölgede difüzyon kısıtlaması nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Nörolojik muayenesinde bilinç konfü idi. Sol alt ekstremite kas gücü 4/5 saptandı. Daha sonra bilinç muayenesi uykuya meyilli duruma ilerledi. BOS incelemesinde hücre saptanmadı. Sekonder jeneralize nöbetleri gelişen hastanın kontrol beyin MR'ında lezyonların artma ve büyüme eğiliminde olduğu görüldü. 5 gün 1000mg/gün prednol sonrası kliniğinde kısmi düzelme saptandı. Epileptik nöbetleri durduruldu ancak sol ayakta klonik atımlar başladı. 5 gün 0.4 g/kg IVIG sonrası koperasyon kurulmaya başlandı. Genel durumunun düzelmesi sonrası taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Limbik ensefalit tablosunda klinik bulguların çeşitlilik gösterebildiği bilinmekle beraber en sık, kısa dönem bellek bozuklukları gözlenmekte; anterograd amnezi, davranışsal ve psikiyatrik belirtiler, anksiyete, depresyon, huzursuzluk, kişilik değişiklikleri, belirtileri oluşturmaktadır. Hastaların yaklaşık %50'sinde nöbetler; özellikle kompleks parsiyel ve sekonder jeneralize nöbetler olabilmektedir. Belirtilerin genellikle birkaç hafta veya ay içerisinde geliştiği gözlenmekle birlikte sürecin daha hızlı olabildiği vakalar da bildirilmektedir. Tedavisinde kesin kılavuzlar olmamakla birlikte, yüksek doz steroid tedavisini takiben oral steroid tedavisi ve intravenöz immünglobulin (IVIg) veya plazmaferez ile basamak tedavileri oluşturur. Olgumuz agresif kliniği nedeniyle ilgi çekici olup steroid sonrası IVIG tedavisi ile şikayetleri büyük oranda gerilemiş ve kontrollere gelmek üzere taburcu edilmiştir.

20 NÖROPATİK AĞRI SEMPOZYUMU

TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ • TURKISH NEUROLOGICAL SOCIETY • 1992

flap tour