

AKUT DİSK HERNİLERİNİN TEDAVİSİNDE EGZERSİZLERİN ÖNEMİ

Dr. Mustafa GÜLER x
Dr. Çetin ÖNDER xx
Dr. Mehmet YILDIZ xxx
Fzt. Gürcan ÜREMEK xxxx

ÖZET

Diskal hernilerin konservatif tedaviyle düzelmesi gerek hekim gerekse hasta açısından önemli bir konudur. Klinik gözlemlerimiz sonucunda bazı vakalarda belin ekstansiyon hareketinin sınırlı ve ağrılı, bazı vakalarda ise açık ve ağrısız olduğunu tesbit ettik. Bu iki grup hastanın konservatif tedaviye cevapları farklı oluyordu. Özellikle akut devrede pek tavsiye edilmeyen ekstansiyon egzersizlerinin, ekstansiyon hareketi sınırlı olmayan vakalarda kullanılıp, kullanılamayacağını araştırmak amacıyla iki grup hastada fizik tedavi programına ilave edilen fleksiyon ve ekstansiyon egzersizleriyle aldığımız sonuçları karşılaştırdık.

GİRİŞ VE AMAÇ

Tedaviye dirençli olan ve hastayı oldukça rahatsız eden, bazen cerrahi girişimin gerektiği disk hernisi vakalarında ağrı bazen belde, bazen bacakta bazende hem bel hemde bacakta lokalize olmaktadır. Bel ağrısı ve adale spazmı nedeniyle hastaların bel hareketleri değişik derecelerde sınırlı almaktadır. Disk herniasyonunun durumuna göre hareketlerin sınırlı olduğu yön değişmektedir (1,2,3). Karşılaştığımız diskal hernili vakalarda bazen belin ekstansiyon hareketi ileri derecede sınırlı olup, sınırlı olmayan vakalara kıyasla konservatif tedaviye cevapları daha inatçı idi. Diskal hernili vakalarda akut dönemde genellikle Williams'ın fleksiyon egzersizleri tavsiye edilmektedir. Ekstansiyon egzersizlerinin hadiseyi dahada ağırlaştıracağı düşünülmektedir. Ekstansiyon hareketi sınırlı olmayan vakalarda ekstansiyon egzersizlerinin bir tedavi şekli olarak kullanılıp kullanılamayacağını araştırmak amacıyla bu çalışmayı planladık.

x KTÜ Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Reh. Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

xx KTÜ Tıp Fak. Ort. ve travmatoloji Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

xxx KTÜ Tıp Fak. Ortopedi ve Trav. Anabilim Dalı Uzmanı

xxxx KTÜ Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Reh Anabilim Dalı Fizyoterapisti.

MATERYAL VE METOT

Bu çalışma Kastamonu Rehabilitasyon Merkezi ve KTÜ Tıp Fakültesi fizik Tedavi ve Ortopedi polikliniğine başvuran 34 hastada yapılmıştır. Çalışmaya dahil ettiğimiz 34 diskal hernili vakayı iki gruba ayırarak her iki gruba uyguladığımız fizik tedavi programına (yüzeysel ve derin sıcaklık, traksiyon) ilâve olarak birinci gruba ekstansiyon egzersizleri, ikinci gruba ise fleksiyon egzersizleri ilave ettik. Hastalarımızın tümüne yatak istirahati tavsiye ederek, aktivitelerini sınırladık. Medikal tedavi verilmedi. Vakalarımızda bel ağrısı yapabilecek diğer faktörler (konjenital anomaliler, inflamatuvar hastalıklar malign hadiseler) ekarte edildi. Akut disk hernisi düşündüren bacaklara yayılan ağrı, juguler kompresyon testi müsbetliği, bacaklarda sinir irritasyon belirtilerinin mevcudiyeti, laseque testi müsbetliği gibi bulguların olmasına dikkat ettik. Ekstansiyon hareketleri sınırlı olmayan vakaları birinci grupta, sınırlı olan vakaların ikinci grupta olmasına dikkat ettik. Egzersiz yapılırken hastanın ağrısı olmamasına dikkat edildi. Ekstansiyon hareketleri pasif olarak yaptırıldı. Yüzü koyun yatan hastalardan dirsekleriyle destek yaparak ekstansiyon hareketi yapılması istendi. 15 seans fizik tedavi programı uyguladığımız hastalarımızı 3 hafta süreyle takip ettik. İkinci gruba ise hastaların toleransına göre Williamsın fleksiyon egzersizleri yaptırıldı. Her iki grupta egzersizler günde 5 kez 10 veya 20 tekrar olarak yaptırıldı.

BULGULAR

Birinci gruptaki vakaların özellikleri Tablo 1'de sunulmaktadır. Bu gruptaki olguların yaş ortalaması 33.2., yaş sınırları ise 19-41 idi. 12 (%70) si erkek, 5 (%30)'u kadındı. Tedavi sonunda birinci gruptaki olgularda bel ağrısı 15 (%88) olguda, bacak ağrısı 11 (% 78) olguda, Laseque testi (12 (% 80) olguda ve juguler kompresyon testi 9(% 69.2) olguda düzelmişti. Refleks, duyu kusuru, motor kayıp ve atrofi bulgularında % 57 oranında düzelmeye kaydettik.

TABLO 1. Birinci gruptaki olguların tedavi öncesi ve sonrası klinik özellikleri.

Bulgular	Bel ağr.	Bacak ağr.	Laseque testi	JKT	Refleks kusuru	Duyu kus.	Motor def.	Atrofi	Birden çok
Sayı	17	14	15	13	7	9	9	3	6
TÖ %	100	82	88	76	41	53	53	17.6	35
Sayı	2	3	3	4	3	4	3	2	3
TS %	11.7	18	18	23.5	18	23.5	18	11.7	18
Fark %	88.3	78.5	80	69.2	57	33.3	44.4	33.3	50

İkinci gruptaki olguların özellikleri Tablo 2'de sunulmaktadır. Bu grupta yaş ortalaması 35.4 ve yaş sınırları 17-48 idi. Olguların 11(%65) i erkek, 6 (%35) i kadındı. Tedavi programı sonucunda olguların 6 (% 35.2) sinde bel ağrısı, 6(%50) sinde bacak ağrısı) 4(%30.7) sinde Laseque testi müsbetliği, 3(% 30) unda J.K.T. müsbetliği düzeldi. Mevcut nörolojik bulgularda ise % 46 oranında düzelme tesbit ettik.

TABLO 2. İkinci gruptaki olguların TÖ ve TS klinik özellikleri

Bulgular	Bel ağr.	Bacak ağr.	Laseque testi	JKT	Refleks kusuru	Duyu kus.	Motor def.	Atrofi	Birden çok
Sayı	17	12	13	10	6	11	7	2	5
TÖ %	100	70.5	76	59	35	64.7	41	11	29
Sayı	11	6	9	7	4	6	3	1	3
TS %	64	35	52	41	23	35	18	6	18
Fark %	35.2	50	30.7	33.3	33.3	45	57	50	40

TARTIŞMA VE SONUÇ

Yetişkin insanların % 80 i hayatları boyunca en az bir kez bel ağrısından şikayet etmektedirler (2,4). Bel ağrıları içinde disk hernilerinin önemli bir yeri vardır (8). Disk hernilerinin tedavisinde kati yatak istirahati, medikal tedavi ve fizik tedavi araçları kullanılmaktadır. Ayrıca gerek hastalığın tedavisi ve gerekse nökslerin önlenmesinde egzersizlerin önemli bir yeri vardır (3,5,6). Genellikle tavsiye edilen egzersizler Williamsın fleksiyon egzersizleri olmuştur. Ancak son senelerde bazı araştırmacılar ekstansiyona kıyasla lumbar fleksiyon hareketinin disk içi basıncına daha da artırdığını ortaya koydular (1,2). Bu bulgudan hareketle ekstansiyon egzersizlerinin, fleksiyon egzersizleriyle birlikte kullanılabileceği düşünülmüş ve ekstansiyon egzersizlerini tolere edemeyen, ekstansiyon hareketinin ileri derecede sınırlı ve ağrılı olduğu olgularda hadisenin ciddi olduğu ve cerrahi tedavi gerektireceği ileri sürülmüştür (1,2,3). Çalışmamızda ekstansiyon hareketi sınırlı olmayan olgularda ekstansiyon egzersizleri ile aldığımız sonuçlar diğer gruba kıyasla daha başarılı olmuştur.

Disk hernili hastalarda yüzü koyun yatmak en rahat pozisyonlardan biri olup disk içi basınç en düşük seviyededir(2). Nachemson sırtüstü yatma, ayakta durma ve oturma esnasında intradiskal basıncın giderek yükseldiğini ve ağrıda artma meydana geldiğini göstermiştir. Aynı araştırmacı Williams'ın fleksiyon egzersizleri esnasında disk içi basıncın Yükseldiğini (%210) ve bu basıncın genç bir yetişkinde disk hernisi oluşturabilecek bir faktör olduğunu vurgulamıştır (2,5).

Bel-vücutun üst kısmının ağırlığını yüklediğinden oturma esnasında lumbar lordozdaki düzleşme (ekstansiyonda azalma) disk içi basıncın artışına (%140)

yol açmaktadır. Ayakta dururken ise ekstansiyon açısındaki artmaya bağlı olarak diski içi basınç (%100) olmakta ve oturan kişinin öne eğilmesi halinde ise (%275) e çıkmaktadır. Görüldüğü gibi ekstansiyon açısında azalma ile orantılı olarak disk içi basınç giderek artmaktadır. Disk içi basınç değişikliklerinin direkt olarak sinir üzerindeki baskıyı etkileyeceğinden önemli bir husus olduğunda araştırmacılar hem fikirler (2,3,6).

Mc Kenzie disk materyalinin elastik olduğunu ve ekstansiyon hareketi yapılırken disk içi basıncının azalmasına bağlı olarak disk maddesinin öne doğru yer değiştireceğini ve sinir kökü üzerindeki baskının azalacağını belirtmiştir (2,7). Aynı araştırmacıya göre eğer disk protrüsyone değil tamamen parçalanmışsa ekstansiyon hareketinde disk öne doğru yer değiştiremeyecek ve radiküler baskı azalmayacak aksine artacaktır. Bu nedenle ekstansiyonda radiküler ağrısı olanlarda ekstansiyon egzersizleri kontrendike olup, hadisenin ciddi olduğu düşünülebilir (2,9). Brieg ise aksine, ekstansiyonda intervertebral foramenin daralması sinir köklerine baskının dahada artacağını ifade etmiştir (2).

Çalışmamızda ekstansiyon egzersizleri uyguladığımız birinci grupta ikinci grup arasında düzelme yönünden birinci grup lehine olmak üzere $p < 0.5$ sınırlarında anlamlı fark tesbit edildi. Klinik değerlendirme kriterlerinden bel ağrısı, Laseque testi müsbetliği $p < 0.05$ sınırlarında anlamlı olarak birinci grupta daha iyi düzelme gösterdi. Diğer kriterler açısından da iki grup arasındaki fark birinci grup lehine anlamlı idi ($p < 0.010$).

Bulgularımız akut disk hernilerinde ekstansiyon egzersizlerinin ekstansiyon hareketi sınırlı olmayan olgularda kullanılabileceğini fleksiyon egzersizlerinin dikkatli ve tolerans sınırları içinde yapılması gerektiğini, ekstansiyonu hafif sınırlı olan olgularda düzelme şansının yüksek olduğunu ancak bu konuda daha geniş kapsamlı çalışma yapmak gerektiğini göstermektedir.

SUMMARY

TREATMENT OF ACUTE HERNIATED DISCUS WITH EXERCISES

Many patients with acute herniated discus can be expected to treat with conservative management. In some cases, we saw that the lumbar extension is limited. But in other cases lumbar range of extension is not limited. The cases which range of extension is not limited was resolving with physical medicine and rehabilitation programme. But the other cases was intractable to treatment. And hence we treated some patients with lumbar extension exercises and the others treated with flexion exercises in this study.

KAYNAKLAR

5. Çetin Yalçın, İ, Yıldız R: Mobil Disk Hernilerinin klinik özellikleri, Fizik Tedavi ve Reh. Dergisi, 6:7-1983.
2. Kopp J P : The use of lumbar extansiyon in the evaluation and treatment of patients with acute herniated nucleus pulposus, C1 Ort and Rel Res' 202: 211-217, 1986.
3. Çetin Yalçın İ: Yapışıklık gösteren Lomber disk hernilerinin tedavisinde yeni yöntemler ve sonuçları üzerine araştırma, Fizik Ted ve Reh Dergisi, 2 : 86-8, 1979.
4. Spillane J D : Sciatica, An atlas of Clinical Neurology, Second ed., London, Oxford University Press, 1975. p: 193.
5. Frymoyer J W, et al: Spine radiographs in patients with Low-back pain, The Journal of Bone and joint Surgery, Vol: 66-A : 1048, 1984.
6. Hanigan W C: Surgical results in obese patients with sciatica, neurosurgery 20: 896, 1987.
7. Celeboğlu G, Uluöz F, Tosun T, Cüreklibatır F: Lomber Siyataljiye bağlı diskopatilerde Synacthen Depot tedavisinin yeri, Fiz Ted ve Reh Dergisi, 5(2) : 37, 1982.
8. Kelley W, et al: Low-back pain, Textbook of Rheumatology, WB Saunders Comp, Phil, 1982, p: 456.
9. Frymoyer J W, et al: Risk factors in low-back pain, An epidemiological study, J Bone and Joint Surg, 65-A, 213-15, Feb, 1983.