

# BÖLÜM 1

## NADİR BİR BOYUN AĞRISI SEBEBİ: TORASİK OUTLET SENDROMU VE SERVİKAL SPİNA BİFİDA BİRLİKTELİĞİ

Sevil KARAGÜL<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Boyun ağrısı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon hekimlerinin karşılaştığı en yaygın sorunlardan biridir. Miyofasiyal ağrı sendromu, servikal sprain, servikal strain, servikal spondiloz boyun ağrısının en sık nedenlerindedir (1). Torasik çıkış sendromu ve servikal spina bifida occulta daha az rastlanan nedenler arasındadır.

Torasik çıkış sendromu; plexus brachialis, arteria ve vena subclavia'nın torasik çıkışta farklı nedenlerle kompresyona uğramaları sonucu farklı semptomların ortaya çıktığı bir sendromdur. 3 farklı Torasik çıkış sendromu tipi vardır: nörojenik (% 90-95), vasküler (% 5-10) ve karışık (% 5) (2,3). Fiziksel aktivitenin yüksek olduğu genç yaş grubunda ve üçüncü on yılda daha sık görülür.

Spina bifida; nöral kanalın mezodermal kapanma evresinde defekt ile ilişkili bir kemik patolojisidir. Spina bifida sırasıyla; torakolombal, lumbosakral, torasik ve servikal bölgede gözlenir(4). Her 1000 doğumda 1-3 kez görülür(5).

Bu çalışmada, boyun ağrısı ile başvuran 22 yaşında bir kadın hastada saptanan çıkış sendromu ve servikal spina bifida occulta olgusu sunulmaktadır.

### VAKA SUNUMU

Yirmi iki yaşında kadın hasta boyun, sağ kol ağrısı, sağ el ve ön kol ulnar yüzde parestezi semptomları ile kliniğimize başvurdu. 4 yıl boyunca şikayeti olan hasta geçen ay boyun ağrısının şiddetinin ve sağ koldaki parestetik semptomların kolunu omuz seviyesinden daha yükseğe kaldırdığında arttığı bilgileri öğrenilmiştir. Görsel analog skalada (GAS) hastanın boyun ağrısı 8 olarak değerlendirildi.

Hastanın önceki tıbbi öyküsü ve aile öyküsünde herhangi bir bulguya rastlanmadı. Fizik muayenede boyun ve sağ omuz eklemının hareket açıklığı tam fakat ağrılıydı. Rotator manşet kas rüptürü ve sıkışma testleri negatif, ancak Adson testi pozitif. Nörolojik muayenesi normaldi. Biyokimyasal kan testleri, sedimantasyon, C-reaktif protein, B12 vitamini değerleri normaldi. Servikal ön arka X-ray radyografisinde C7 omurga seviyesinde servikal kosta ve spina bifida gözlendi (Şekil 1). Sağ üst ekstremitte arteriyel Doppler ultrasonografisinde; kışkırtıcı manevra sonrası radyal arterin ön cephesinde üst ekstremitte arterlerinin pik akış hızında önemli bir azalma vardı (Şekil 2).

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gedik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Medicana Çamlıca Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, sevilcakar88@hotmail.com

vermeyen ve komplikasyonları olan hastalarda cerrahi tedavi yapılabilir. Bu vaka sunumunda hasta; fizik tedavi ve rehabilitasyon, omuz ve boyun kaslarının güçlendirilmesi ve postür egzersizleri gibi konvansiyonel tedavilere olumlu yanıt verdi.

## SONUÇ

Boyun ağrısı şikayeti fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerinde sıklıkla karşılaşılan bir semptomdur. Boyun ağrısı olan hastalarda miyofasiyal ağrı sendromu, servikal spondiloz gibi hastalıklar sık görülür. Bununla birlikte, boyun ağrısı sebebinin bu hastalıkların yanı sıra, daha az yaygın olan torasik çıkış sendromu ve spina bifida gibi patolojilerin olabileceği de düşünülmelidir. Bu vaka çalışmamızda olduğu gibi nadir görülen hastalıklar aynı hastada birlikte bile saptanabilir.

## KAYNAKLAR

1. Ferrari R, Russel AS. Neck Pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 128 2003; 17: 57-70.
2. Roos DB. Historical perspectives and anatomic considerations. Thoracic outlet syndrome. Semin Thorac Cardiovasc Surg 1996;8:183-9.
3. Pett RM, Henriksen JD, Anderson TD, Martin GM. Thoracic-outlet syndrome: evaluation of a therapeutic exercise program. Proc Staff Meet Mayo Clin 1956;131:281-7
4. Mohd-Zin SW, Marwan AI, Abou Chaar MK, Ahmad-Annuar A, Abdul-Aziz NM. Spina bifida: pathogenesis, mechanisms and genes in mice and humans. Scientifica. 2017; 2017: 5364827.
5. De Jong TP, Boemers TM, Schouten A, van Gool JD, de Maat-Bleeker F, Bruijnzeel-Koomen CA. Perioperative anaphylactic reactions due to latex allergy. Ned Tijdschr Geneesk. 1993;137:1934-6.
6. Gökçe-Kutsal Y. Editör'den. In: Gökçe-Kutsal Y, ed. Boyun ağrısı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2002. s. 3. 7 142
7. Gilliat RW. Thoracic outlet syndromes. In: Dyck PJ, Thomas PK, Lambert EH, Bunge R, editors. Peripheral Neuropathy. Philadelphia: Saunders; 1984. p. 1409-24.
8. Sanders RJ, Hammond SL, Rao NM. Diagnosis of thoracic outlet syndrome. Journal of vascular surgery. 2007; 46:601-4
9. Moriarty JM, Bandyk DF, Broderick DF, et al. ACR appropriateness criteria imaging in the diag
10. Povlsen B, Hansson T, Povlsen SD. Treatment for thoracic outlet syndrome . Cochrane Database Syst Rev. 2014(11): Cd007218
11. Steinbok P. Dysraphic lesions of the cervical spinal cord. Neurosurgery clinics of North America. 1995;6:367-376
12. Eller TW, Bernstein LP, Rosenberg RS, McLone OG: Tethered cervical spinal cord. J Neurosurg 67: 600-602, 1987
13. Rawanduzy A, Murali R: Cervical spine diastematomyelia in adulthood. Neurosurgery 28:459-461, 1991
14. Adigo AMY, Agoda-Kousséma LW, Agbotsou IK, Adambounou K, Bakpatina-Batako KD, Djagnikpo O, Adjénou KV. Can atlas spina bifida-occulta be a cause of cervicogenic headaches? SpringerPlus (2015) 4:605
15. Kibar S, Evcik D. The differential diagnosis of thoracic outlet syndrome. Bulletin of Thoracic Surgery. 2014;5:73-83