

## bölüm 6

Dr. Ashı Çalışkan UÇKUN, Dr. Özhan Merzuk UÇKUN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

## BOYUN AĞRISINDA KONSERVATİF TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Boyun ağrısı, tekrarlayıcı, şiddetli ve toplum üzerinde sosyo-ekonomik yük olmasına rağmen, genellikle basit ve geçicidir. Kronik boyun ağrısı, bilişsel sıkıntı, anksiyete ve depresif ruh hali, iş kaybı stresi ve gelir azalmasına bağlı stres, fiziksel sınırlamalar, azalmış benlik kavramı gibi durumları içeren kötü ruh sağlığı ile ilişkilidir. Bu etkenler göz önüne alındığında; boyun ağrısının öncelikle önlenmesi ve/veya tedavisi için, başlangıçta yaşam tarzı değişiklikleri ve hasta davranışını değiştirmeye yardımcı olmak önemli bir faktör olabilir.

Boyun ağrısı yakınması olan hastaya yaklaşımda ilk aşamada yapılması gereken; etkenlerin akut ya da kronik olup-olmadığının ayırımının yapılmasıdır. Akut ağrı durumlarda tedavinin temel unsurları; hasara sekonder gelişmiş olan ödem ve enflamatuar durumunun kontrol altına alınması, hasar gören yapıların korunması, erken mobilizasyona geçilmesi, eklem binen yükün azaltılması ve egzersizler şeklinde sıralanabilir. Kronik döneme geçildiğinde ise tedavide; eklem hareket açıklığının sağlanması, kas gücünün, dayanıklılığının ve koordinasyonunun kazanılması, normal aktiviteye dönüşün hızlandırılması ve patolojinin tekrar etmesinin önlenmesine yönelik uygulamalar yapılmalıdır. Bu amaçla istirahat ve ortezeleme, medikal tedavi, fizik tedavi modaliteleri (sıcak soğuk, analjezik uygulamalar), enjeksiyon yöntemleri, egzersiz tedavileri ve cerrahi yöntemler gibi tedavi seçenekleri hastaya göre özel planlanmalıdır.

### POSTÜR MODİFİKASYONLARI VE HASTA EĞİTİMİ

Kronik boyun ağrısı, çalışan her bireyde meydana gelebilir. Hastalığın birçoğunun etiolojisinde fiziksel ve psikososyal

faktörler vardır. Semptomların ortadan kalkması, önlenmesi ve tekrarlamaması açısından hastanın eğitimi büyük önem taşımaktadır.

Hasta, hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Eğitim içerisinde basitçe anatomi ve mekanik bilgisi hastaya verilmelidir. Uygulanan tedaviler ve kullanılan ilaçlar ile ilgili bilgilendirilmeli, egzersizin önemi anlatılmalıdır. Etiyolojide var olan sorunlara yönelik olarak, hastanın günlük yaşam aktiviteleri, iş ve meslekle ilgili düzenlemeler yapılmalıdır. Hastalıkla baş etme yöntemleri öğretilmelidir. Hastanın tedaviye aktif katılımı sağlanmalı, tedavi seçenekleri ile ilgili hastanın fikri alınmalıdır.

Hastaya doğru postür eğitimi verilmelidir. Omuzlar dik olacak şekilde düz oturmak, ağır eşya taşımaktan kaçınmak gibi durumlara dikkat edilmelidir. Uyku pozisyonu da önemlidir. Baş ve boyun gövde ile aynı hizada olmalıdır; bu durum en iyi boyun altına küçük bir yastık ile gerçekleştirilir. Servikal ekstansiyondan özellikle servikal stenozu olan hastalarda kaçınmak önemlidir. Uzun süre aynı postürde oturmaktan kaçınılmalıdır. Uzun süreli telefon kullanımı, aşırı ince el işçiliği ve televizyon önünde harcanan vakit kısıtlanmalıdır. Boyun rahatsızlığı ve sedanter mesleği olan hastalar sık sık ayağa kalkıp yürümelidirler. Ayrıca boyun eklem hareket açıklığı egzersizlerini yapmalı ve mümkün olduğunca nötr vücut postürünü sağlamalıdır.

### FİZİK TEDAVİ MODALİTELERİ

**Sıcak Uygulamalar:** Sıcak uygulamalar kaslarda meydana gelen spazmı çözerek tedavide faydalı olurlar. Analjezik etkisi; serbest sinir uçlarında ve ağrıyı ileten sinir liflerini etkileyerek ağrı eşliğinde yükselmeye neden olur. Ayrıca

endorfin salınımının artmasına neden olur. Bunun yanında, kan dolaşımında diffüzyon ve perfüzyonu artırarak doku iskemisini azaltmaktadırlar. Uygulamalar, yüzeysel ve derin ısıtıcı olarak ikiye ayrılır. Yüzeysel ısıtıcı olarak sıcak paketler, sıcak su torbaları, fluidoterapi, enfraruj, parafin banyosu kullanılırken, derin ısıtıcı olarak ultrason, kısa dalga ve mikrodalga kullanılmaktadır. Boyun ağrılarının tedavisinde derin ısıtıcı olarak sıklıkla ultrason tercih edilmektedir.

**Soğuk Uygulamalar:** Soğuk uygulamalar da sıcak uygulamalarda olduğu gibi eşiğini artırmaktadır. Sinir iletimini azaltarak ve beta reseptörlerini uyararak kapı kontrol mekanizmasının aktivasyonu yoluyla analjezi sağlamaktadır. Ayrıca antiinflamatuar ve spazm çözücü etkileri de bu analjezik etkiye katkıda bulunur. Akut durumlarda ve inflammatuar süreçlerde hergün 2 saat aralıklar ile 10 dakikalık uygulamalar tarzında tedavi yapılır. Tedavi soğuk paketler, buz paketleri, buz masajı, spreyleyler, silika jel paketleri ile uygulanabilir.

**Analjezik Akım:** Boyun ağrısı tedavisinde elektroterapi sıkça kullanılmaktadır. Bu amaçla Galvanik akımlar, interferansiyel akım, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) kullanılır. Özellikle kullanım kolaylığı sağlaması nedeni ile TENS tercih edilmektedir. Uygulama yapılırken elektrotlar analjezi istenilen ağrılı bölgelere yerleştirilmektedir. Elektroterapi yöntemlerinin boyun ağrısı tedavisinde uzun vadede klinik olarak önemli yararı gösterilememiştir.

**Traksiyon:** Elle veya özel geliştirilmiş cihazlarla kesikli veya sürekli şekilde çekme uygulanarak yapılır. Tedavinin temelini; ağrı veya hareket kısıtlanmasının bulunduğu fonksiyonel ünitelerin distraksiyonu oluşturur. Boyun traksiyonu ile intervertebral ligamanların ve paravertebral kasların gerilerek intervertebral disk aralığının genişlemesi, boynun esneklik kazandırılması ve nöral foramenlerin açılmasını sağlamak amaçlanmaktadır. Traksiyon sırasında boyunun 30 derece fleksiyonda olması tedavinin etkinliğini artırmaktadır. Servikal intervertebral mesafeyi genişletecek en küçük traksiyon kuvveti ortalama 11 kilogram veya mevcut vücut ağırlığının %10'u kadarı olarak saptanmıştır .

**Laser:** Analjezik, antiinflamatuar ve biyostimülan etkileri mevcut olup tedavide bu etkilerinden yararlanılmaktadır. Boyun ve sırt ağrılarında etkisinin kanıtlandığı yayınlar mevcuttur.

## MANUEL TERAPİ

Spinal manüpilasyon ve mobilizasyon teknikleri, mekanik boyun ağrısı olan hastalarda ağrıyı azaltmak ve normal eklem hareket açıklığını sağlamak için kullanılır. Mobilizasyon ile, bağlar ve eklem kapsülleri gibi kasılma yeteneği

olmayan yapılara germe uygulanır. Hareketsizliğe bağlı olarak kas iskelet sisteminde aşırı konnektif doku depolanması, eklem içindeki yapışıklık ve skar oluşumu, yapıların gerilme özelliğinin azalması gibi birçok olumsuz değişiklik görülebilir. Mobilizasyonun amacı, hareketsizliğe bağlı olarak gelişen bu konnektif doku değişikliklerini eski haline çevirmek ve korumaktır. Beraberinde yapılacak boyun egzersizleri istenilen sonucun etkinliğine katkı sağlamaktadır.

## TEDAVİ EGZERSİZLERİ

Boyun ağrısı ile mücadelede, egzersizin etkisi ve önemi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir . Bu nedenle boyun ağrılı hastaya hangi tedavi uygulanırsa uygulansın egzersiz tedavinin sürecinin vazgeçilmez bir parçası olmalıdır.

Egzersiz tedavisi; boynun uygun pozisyonlarında veya yastıklarla desteklenerek, koordineli kas kasılması sağlanarak, kas spazmını ve ona bağlı olmuş ağrıyı önemli miktarda azaltır. Semptomların yoğun olduğu akut dönemde daha çok izometrik egzersizler tercih edilmelidir. Ağrının olmadığı yönlerde, aktif EHA egzersizleri önerilebilir. Bu egzersizler yapılırken boynu zorlamaktan kaçınılmalıdır. Zamanla ağrının azalması ile beraber esnekliği sağlayan eklem hareket açıklığı ve fleksibilite egzersizleri programa eklenebilir. Bu egzersizler ile kazanılan omurga desteği, güçlendirme ve koordinasyon egzersizleri eklenerek maksimum seviyeye çıkartılır.

Ne zaman ve ne kadar egzersiz yapılacağı hastanın yaş, cinsiyet, genel durum ve hastalıklarının durumuna göre kişiye özel planlanmalıdır. Ayrıca tedavi programına eklenen aerobik kapasiteyi artıracak egzersizler ve postür eğitimi de tedavinin en temel öğelerindedir.

## AKUPUNKTUR

Akupunktur boyun ağrılı hastalarda kullanılan tedavi seçenekleri arasındadır. Akupunkturun nasıl ağrı kesici etki yaptığı net olarak bilinmemektedir. Ancak kapı kontrol mekanizması, endorfin ve monoamin salınımı ile analjezik etkilerinin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ağrı tedavisinde kullanımı giderek artmaktadır. Ancak kronik boyun ağrısı tedavisinde etkisinin diğer fizik tedavi yöntemleri ile karşılaştırılmalı yapılan çalışmalara üstün olduğu konusunda net bir kanıt bulunmamıştır.

## İLAÇ TEDAVİSİ

Asetaminofen ve steroid olmayan anti-enflamatuar (NSAİİ) ilaçlar hafif - orta derecede ağrı için geçerli olan ve genellikle sık kullanılan ilaçlardır. Nadiren daha şiddetli ağrısı olan hastalarda hafif opioid analjezikler kullanılabilir. Bu ilaçlar genellikle akut fazda tercih edilirler.

Miyorelaksanlar tedavide önerilen diğer ilaçtır. Kas spazmının ileri düzeyde olduğu ve buna bağlı uyku bozukluğunun eşlik ettiği olgularda kullanılabilir. NSAİİ ile birlikte kullanılabilir. İlacın sedasyon yan etkisi açısından hastalar uyarılmalıdır. Kortikosteroidler güçlü antiinflamatuvar etkileri nedeniyle oral, parenteral veya epidural enjeksiyon şeklinde kullanılabilir.

Antidepresan ilaçlar depresyon ve uyku bozukluğunun olduğu kronik boyun ağrılı hastalarda kullanılabilir. Etkinlikleri konusunda veriler yeterli değildir. Sersemlik, ağız kuruluğu, baş dönmesi, konstipasyon, üriner retansiyon, kilo alma, seksüel disfonksiyon ve kalp ileti bozuklukları gibi yan etkilere neden olabilirler. Anti konvülzan ilaçlar ise özellikle kronik radikülopati ve spinal stenozda sıkça kullanılmalarına rağmen boyun ağrısında etkinlikleri tam gösterilmemiştir.

### İSTİRAHAT VE ORTEZLER

Boyun ağrılı hastalarda hastanın durumuna göre yatak istirahati ya da sadece boyunun istirahati hastaya özel olarak tasarlanmalıdır. İstirahat ortezleri genellikle boyunun akut hasarlarında ve kısa süreli olarak kullanım şartıyla önerilmektedir. Uzun süreli istirahat kaslarda zayıflamaya ve eklem hareket açıklığında kısıtlamaya yol açabilir.

Ortezler yumuşak, yarı rijid ve rijid korseler olabilir. Yumuşak korseler boyun hareketlerinin kontrollü yapılması için hastaya bir hatırlatma olması için ve sıcak ortam sağlayarak kas spazmını azaltması açısından önerilmektedir. Yarı rijid korseler ise hastalarda immobilizasyonu hedeflemektedir. Fleksiyonu tama yakın engelleyici etkisi vardır. Kök basısı durumlarında ön kısmı dar arka kısmı geniş ortezler ekstansiyonu engelleyerek klinik tablonun daha fazla bozulmasını önlemektedir. Whiplash yaralanmalarının akut dönemde rijid korseler kas güçsüzlüğüne neden olmamak için kısa süreli kullanılmalıdır.

### KAYNAKLAR

- Croft PR, Lewis M, Papageorgiou AC. Risk factors for neck pain: a longitudinal study in the general population. *Pain*. 2001;9:317-25.
- von Korff M, Crane P, Lane M. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*. 2005;113:331-9.
- Linton S. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*. 2005;25:1148-56
- Atamaz F, Hepgüler S. Boyun ağrıları. Tıbbi rehabilitasyon, Ed. Oğuz H, Dursun E, Dursun N. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004: 1081-1114.
- Demirsoy AC. The MOS SF-36 Health Survey: A Validation Study with a Turkish Sample. Yüksek Lisans Tezi, Bogaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul: 1999
- Bonnel F, Toullec E, Mabit C, Tourné Y. Chronic ankle instability: biomechanics and pathomechanics of ligaments injury and associated lesions. *Orthop Traumatol Surg Res* 2010; 96(4):424-432
- Nentwich L, Ulrich AS. High-risk chief complaints II: disorders of the head and neck. *Emerg Med Clin North Am* 2009; 27(4):713-46.
- Pain in the neck and arm: a multicentre trial of the effects of physiotherapy, arranged by the British Association of Physical Medicine. *Br Med J* 1966; 1:253.
- Nadler SF. Nonpharmacological management of pain. *JAOA* 2004;104(11):6-12.
- Coşkun ME. Boyun Ağrısı ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgery Medical Sciences*. 2006; 2: 43-47.
- Öztürk C, Akşit R. Tedavide sıcak ve soğuk. Tıbbi rehabilitasyon, ed. Oğuz H, Dursun E, Dursun N. İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri, 2004: 333-354.
- Kroeling P, Gross A, Goldsmith CH, Houghton PE. Electrotherapy for neck disorders. *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library* 2009; 3:1-39
- Gross A, Miller JSylva JD, Burnie SJ, Goldsmith C. Manipulation or mobilisation for neck pain. *Manual Therapy* 2012; 15:315-333
- Dusunceli Y, Ozturk C, Atamaz F, Hepguler S, Durmaz B. Efficacy of neck stabilization exercises for neck pain: a randomized controlled study. *J Rehabil Med* 2009; 41(8):626-31
- Boswell MV, Trescot AM, Datta S, et al; American Society of Interventional Pain Physicians. Interventional techniques: evidence-based practice guidelines in the management of chronic spinal pain. *Pain Physician* 2007; 10(1):7-111
- Dursun H, Özgül A. Tedavi edici egzersizler. Tıbbi rehabilitasyon, ed. Oğuz H, Dursun E, Dursun N. İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri, 2004: 491-526.
- Akarırmak Ü. Bel Ağrılarında Konservatif Tedavi. *Clinic Medicine. Bel Ağrısı Özel Sayısı*. 2007; 1: 40-46
- Binder A. The diagnosis and treatment of nonspecific neck pain and whiplash. *Eura Medicophys* 2007; 43:79-89
- Peloso PMJ, Gross A, Haines T, Trinh K, Goldsmith CH, Burnie SJ. Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders. *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library* 2011; 2:1-83
- Orkun S. Spinal Ortezler. Tıbbi rehabilitasyon, ed. Oğuz H, Dursun E, Dursun N. İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri, 2004: 555-562.