

LOKOMOTOR SİSTEM HASTALIKLARINDA KAYROPRAKTİK YAKLAŞIMLAR

CHIROPRACTIC APPROACHES IN LOCOMOTOR SYSTEM DISEASES

Hüseyin NAZLIKUL, MD^{1,2,3*}, Fatma Gülçin URAL NAZLIKUL, MD⁴, S. Ç. OKUR, MD⁵,
A. TÜRK, MD⁶, Cüneyt TAMAM, MD⁷, F. FİRDİN, MD⁸, Yusuf TAMAM, MD⁹

¹Regulasyon Tıbbı Uzmanı / Integrative/Regulation Medicine Specialist, Naturel Sağlık; İstanbul - Türkiye

²Özel Muayenehane / Private Practice; İstanbul - Türkiye

³International Federation Medical Associations of Neuraltherapy, President, Meringen - Switzerland

⁴Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara - Türkiye

⁵Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği; İstanbul - Türkiye

⁶Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Spor Hekimliği Kliniği; Antalya - Türkiye

⁷Özel Muayenehane / Private Practice; Mersin - Türkiye

⁸Özel Muayenehane / Private Practice; Bursa - Türkiye

⁹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Bölümü; Diyarbakır - Türkiye

Özet

Kayropraksi; kas-iskelet sorunlarından başta olmak üzere, vücudun çeşitli bölgelerinde ortaya çıkan ağrı şikayetinin giderilmesi, mobilizasyon, manipülasyon ve osteopati çok eski çağlara dayanan ve çeşitli hastalıkların hem tanı ve hem de tedavisinde ellerin kullanıldığı bir yöntemdir. İlaç veya cerrahi kullanmadan vücudun işlevini ve iyileşme yeteneğini etkileyebilecek yanlış hizalamaları giderme sağlayarak kendi kendini düzenleme yeteneğini amaçlar.

Eksen organ diye adlandırdığımız omurga başta olmak üzere ve ekstremitelerde bulunan ağrı ve fonksiyon bozukluklarının fonksiyon anlamda tanısını koyan, kayropratik terapi – manuel terapi ise bu fonksiyonel bozuklukların tedavisinde yüzyıldan fazla bir süredir uygulanan manipülasyon, mobilizasyon ve pozitizometrik relaksasyon teknikleri gibi yöntemler ellerle yapılan bir tedaviyi kapsar.

Anahtar kelimeler: Kayropraksi, Manipülasyon, Osteopati, Lokomotor sistem hastalıkları.

Abstract

Chiropractic; Pain relief, mobbing, manipulation, and osteopathy that arise in various parts of the body, especially from musculo-skeletal problems, is a method that dates back to ancient times and uses hands in both diagnosis and treatment of various diseases. It aims at the ability to self-regulate by removing misalignments that can affect the body's function and ability to heal without the use of medication or surgery.

Chiropractic therapy - manual therapy, which diagnoses pain and dysfunctions in the extremities, especially the spine, which we call the axis organ, in terms of function, includes manipulation, mobilization and posturostatic relaxation techniques that have been applied for more than a century in the treatment of these functional disorders.

Key words: Chiropractic, Manipulation, Osteopathy, Locomotor system diseases.

* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Prof. Dr. Hüseyin Nazlıkul, MD, PhD

Hakkı Yeten Caddesi Vital Fulya Plaza No: 23 Kat: 3 D: 10

Fulya Şişli İstanbul Türkiye

Tel: 00 90 212 219 19 12

e-mail: hnazlikul@web.de

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); güvenli ve etkili ilaç tedavilerinin, ürünlerin ve uygulamaların düzgün kullanımı konusunda ülkeleri teşvik etmektedir. Kayropraksi, yardımcı personele gerek duymaz ve minimal ek maliyetler yaratır.

Kayropratik uygulaması ile ilgili yönetmelikler ülkeden ülkeye büyük ölçüde değişiklik göstermektedir. Türkiye’de henüz kayropraksi ve manuel tıp konusunda bir yönetmelik yoktur. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve bazı Avrupa ülkelerinde Kayropraksi yasal olarak onaylanmıştır ve üniversitelerde eğitimi verilmektedir. Yine pek çok ülkede kayropraksi eğitimi henüz oluşturulmamıştır.

Tarihçesi

Manipülasyon, tarihsel olarak kökenini omurilik bozuklukları da dahil olmak üzere çeşitli kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını tedavi etmek için dünyanın birçok yerinde kullanılan paralel gelişmelerden alır (3, 4, 12, 14).

Eski Batı medeniyetlerinde Akdeniz çevresindeki bölgelerde manipülasyon uygulamalarının yapıldığına dair kanıtlar vardır. Bununla birlikte, Babil, Mezopotamya, Asur ve hatta Mısır gibi toplulukların hiçbir belgesinde bu uygulamanın doğrudan kanıtı yoktur (4, 10, 15).

Yunanistan’da yapılan tarihsel araştırmalar, spinal manipülasyon uygulamasının doğrudan kanıtını sunmaktadır. Hipokrat, eklemlerle ilgili kitaplarında, skolyoz tedavisi için gravite kullanarak spinal manipülatif teknikleri tanımlayan ilk doktordur (8, 10, 16).

Elimize geçen 97 tezin 18’inde Galen, Hipokrat’ın eserleri hakkında yorumlarda bulunmuştur (10, 11, 29). Bugün bile tıbbi metinlerde sıkça görülen manipülatif tekniklerinin birçoğunu resimlendirmiştir.

İbni Sina “Avicenna” (doktorların doktoru) olarak da bilinir. “Şifa” kitabında Hipokrat’ın tekniklerinin açıklamalarına yer vermiştir. Bu kitabın Latince tercümesi, Avrupa’da Leonardo Da Vinci gibi bilginleri etkilemiş ve Batı tıbbının Orta Çağların sonunda ortaya çıkmasına büyük katkı sağlamıştır (17, 20, 30).

OSTEOPATI VE MANİPÜLASYON

Andrew Taylor Still, “Lightening Bone Setter” olarak adlandırdığı uygulamada çok başarılı olmuştur. Manipülasyonun hastalıkları tedavi edebileceği konusundaki görüşlerini bildirmiştir. Manipülasyonun felsefe ve tekniklerini öğretmek için tıp fakültelerine başvurmuş ancak bu isteği reddedilmiştir. Fakat bununla birlikte, ilaçsız ve cerrahi olmayan hastalıklar için uyguladığı teknikleri halk arasında hızla kabul görmeye başlamıştır. Artan sayıda hastayı tedavi etmeye yetişemeyeceğini anladığında, çalışmalarında kendisine yardım etmesi için başkalarını eğitmesi gerektiğine karar kılmıştır (8, 13, 18).

1892’de, Kirksville Missouri’deki Amerikan Osteopati Kolejinin kurmuştur. Still’in yöntemlerinin popüleritesi arttı-

ça, daha fazla kolej açılmış ve 1917’de öldüğü dönemde 3.000 Osteopat mezun olmuştur (13). 1908 yılında, Still otobiyografisinde manipülasyonun lokomotor sistem hastalıklarını nasıl tedavi edebileceğini ayrıntılı olarak açıklamıştır (13, 14).

Servikal omurga manipülasyonunun, vücudun diğer bölgesindeki hastalıkları nasıl tedavi edebileceğini anlattığı bölüm ile İngiliz tıp sistemini etkilemiş ve dolaylı olarak manuel terapi içerisinde de aktif olarak kullanılacak bir osteopati sistemi olmuştur (12, 13, 17, 19).

KAYROPRAKTİK

Still’in aksine, Daniel David Palmer’in sağlık hizmeti alanına girmesi aileden gelmiştir. 1845’te Kanada’da doğan Palmer, ailesi ile birlikte Amerika Birleşik Devletleri’ne göç etmek zorunda kalmıştır (1, 2, 6, 10, 30).

Johannes Hieronymi, spinal disfonksiyon ile ilgili olarak “subluksasyon” terimini kullanan ilk kişi olmuştur (4).

1820-1821’de tıp doktorları William, Daniel Griffen ve Edward Harrison yayınlarında sadece “subluksasyon” kelimesini kullanmakla kalmayıp, aynı zamanda subluksasyonları tedavi etmek için gerekli teknikleri açıklamışlardır (10, 11, 14). Bu durum, Palmer’in subluksasyon tekniği uygulayan ilk uygulayıcı olduğu iddiasına aykırı görünmektedir.

1895 yılında Palmer’in ağır bir nesneyi kaldırırken sırtını gerdiğini ve bir ses duyduğunu söyleyen bir hastaya spinoz prosesin kaymasına yönelik spinal manipülasyon uygulandıktan sonra hastanın duruşu hızlı bir şekilde düzelmiştir. Böylece, kayropratik mesleğinin tohumu atılmıştır. Zamanla manipülasyon tekniklerini ve değerlendirme kriterlerini geliştirmiştir (14, 15, 16).

1897 yılında Palmer, Iowa Davenport’ta Palmer Üniversitesi Chiropractic olarak bilinen ilk üniversite olan The Cure College’i açmıştır. 1902’ye kadar mezun olan on beş kişiden biri de Palmer’in oğlu Bartlett Joshua veya B.J. Palmer olmuştur (17, 18, 28).

KAYROPRAKTİK MANUEL TIP YAKLAŞIMI

Tıbbi bir sanat olarak görülen kayropratik ve manuel tıp fonksiyonel bozuklukların tanı ve aynı zamanda da tedavisiyle uğraşır. Bir seansta hekim elleri vasıtasıyla sağlık sorununa tanı koyarken tedaviyi de aynı şekilde elleriyle uygular.

Tıpta kendini sadece tanıya adanmış olan çok sayıda dal bulunur: Tıbbi laboratuvarlar, radyoloji, histoloji bunlardan sadece bir kaçıdır. Ancak buna rağmen kendini tedaviye adanmış farklı disiplinler de bulunmaktadır: Örn. Fiziksel tıp, Radyoterapi metotları gibi.

Kayropraksi omurga ve ekstremit eklemlerindeki ağrı ve fonksiyon bozukluklarının tanısını koyandır. Kayropratik terapi – Manuel terapi ise bu fonksiyonel bozuklukların tedavisinde yüzyıldan fazla bir süredir uygulanan manipülasyon, mobilizasyon ve postizometrik relaksasyon teknikleri gibi ellerle yapılan tedaviyi kapsar (7, 8, 30).

Tanı ve tedavi süreçlerinin birbirinden ayrılması hekimler arasında da farklı uzmanlıklar gerektirdiği için bu ayırım gerekli gibi görünmektedir. Bu durum bilgi aktarımında kayıplara neden olabilirken aynı zamanda da zaman kaybına yol açarak tedaviye başlama açısından gecikmelere neden olabilmektedir (7, 10, 28, 29, 30).

Kayropratik yaklaşımı ile yapılan manuel diyagnoz da elde edilen sonuçlar, hastanın aktif katılımını sağlamak ve koruyucu hekimlik açısından hastalıkların önlenmesi için kullanılır (2, 4, 14, 16).

Kayropratik yaklaşımı ile bulguların tespiti ve tanının belirlenmesi sonrası yumuşak doku hastalıklarında, nöromusküler hastalıklarda ve mobilizasyon gereken durumlarda kayropraksi uzmanı tarafından fizyoterapistlere hasta gönderilebilir.

Genel olarak bozukluk sadece duruş ve hareket organlarının durumunu içermez vücudun diğer bölümlerinde de açığa çıkması mümkündür. Ön şart her zaman kas iskelet sisteminin yapı elementlerinde bir bozukluk olmamasıdır. Yani bozukluk sadece lokal ve fonksiyonel birbirine bağlı yapı elemanlarında olmalıdır. Kayropraksi tedavisinde ve manuel tıpta hedef zarar görmüş yapı değildir, fonksiyonel bozukluklar hedefdir (7, 20, 30).

Kayropratik ve manuel terapinin amacı eklemlerdeki disfonksiyonu ve kısıtlanmış hareketi postural denge içinde, en yüksek derecede ve ağrısız olarak artırıp fonksiyonu sağlamak ve beden mekaniğini korumaktır. Kayropraksi ve manuel terapinin güvenli bir şekilde uygulanması lokomotor sistemin anatomik, biyomekanik ve nörofizyolojik olarak detaylı incelenmesini gerektirir. Endikasyon ve kontrendikasyonları ayırt edebilen özel eğitilmiş uzmanlar tarafından uygulanmalıdır (22).

Modern tıp gelişmeleri ile baş döndürücü olmasına karşın eksen organ ve omurga sistem hastalıklarının fonksiyonel tanısında hala tam başarı elde edememektedir. Boyun, sırt ve bel için çekilen BT ve MR çoğu hastanın klinik şikayetlerini tam olarak açıklamaktan uzaktır (4, 7, 8, 15).

KAYROPRAKTİK VE MANUEL TIP İLE GÖZLEMLERİMİZ

Kayropratik ve manuel tanı için anatomik ve fizyolojik olarak omurga segmentinin, perifer eklemlerin, kas yapısı ve işlevlerinin, nörolojik segment dağılımlarının ve dokunun ve gatatif inervasyonu hakkında bilgi birikimine ihtiyaç vardır.

Üst boyun omuru ile baş ağrısı, tinitus, denge bozuklukları, yüz ağrıları ve göz kaslarının işlev bozuklukları arasındaki bağlantıyı anlayabilmek ve karmaşık şikayetlerden bir tanı oluşturabilmek için segmental fonksiyon bütünlüğü, adale zinciri ve fasya birlikteliği ile nörolojik bağlantıları iyi bilmek gerekmektedir (7, 12, 14, 16, 32, 33).

LOKAL AĞRI SENDROMUNA NEDEN OLAN BAZI OLUŞUMLAR: LİGAMANLAR

Eksen organ omurganın stabilitesine katkıda bulunan ve direncini arttıran oluşumların en önemlisi ligamallardır. Liga-

manlar sempatik sinir sistemi tarafından yaygın inervasyona sahiptir. Eksen organ alanlarında yer alan bu ligamanların kısılması, kısılması veya gerilmesi segmental fonksiyon bozukluklarına neden olur. Hem omurganın hareket kabiliyetini azaltır hem de kişi tarafından ağrı algılanır (7, 36, 40).

FASET EKLEMLER

Faset eklemler hareketi yönlendiren eklemler olup kayarak hareket ederler. Sinovyal doku ve fibröz bir kapsül ile kaplıdır. Ayrıca vücudun uzaydaki konumunu değerlendiren reseptörler içerirler (proprioepsiyon). Ramus dorsalisin medial dalı tarafından inerve edilir. Fasetler de vejetatif sinir sistemi açısından oldukça zengin bir yapıya sahiptir (7, 31, 34, 35, 38).

KAS DOKUSU

Multifidus kasları başta olmak üzere omurgaların lokal ve işlevsel bütünlük içinde yer alan kas yapıları temel olarak, eksen organın dinamik stabilitesini ve hareketin kontrolünü sağlar (3, 7, 32, 34, 36, 40).

Eğer segment içindeki patolojik uyarılar ortadan kaldırılamazsa, segmental refleks hattı yoluyla ilk önce kaslar etkilenir tonus artışı ortaya çıkar (7, 24, 26, 39, 40).

Fonksiyonel boyun, sırt ve bel ağrılarının büyük bir kısmı kas kaynaklıdır ve en sık etkilenen m. multifidustur. M. multifidus monosegmental olarak ramus dorsalis tarafından innerve edilir ve segmental hareketten sorumludur. Bu adalede tonus artışının tespit edilmesi, segmental disfonksiyon varlığını gösterir (7, 8, 34, 35, 37, 40).

FASYA ZİNCİRİ

Bedenimiz, baştan ayağa kadar kesintisiz olarak devam eden bir fasya sistemi ile sarılmıştır. Bedenimizdeki bütün sistemlerle bağlantılıdır. Özellikle yüzeysel katmanında yoğun sinir reseptörleri vardır. Bu sinir liflerinin yaklaşık 2/3'nün sempatik lifler olduğu düşünülmektedir (32, 33, 34, 39, 40).

İnervasyon zenginliği nedeniyle özellikle kaslardan gelen bilgileri uzak bölgelere ve üst merkezlere iletir. Fasya kaynaklı ağrılar polisegmentaldir (33, 35, 36).

AĞRI VE KORUNMA MEKANİZMASI

Omurilik dorsal boynuz nöronal sistemi ağrı koruma mekanizmasında önemlidir. Primer afferent nöronların santral uçları, ipsilateral olarak spinal korda arka kök yolu ile girer. Spinal korda girişte primer afferent nöronlar büyüklüklerine ve fonksiyonlarına bağlı olarak farklı yol izlerler. Bir çoğu aynı segmentte hemen dorsal boynuz girerken, bir kısmı ise Y-şeklinde kaudal (kısa) ve kranial (uzun) olarak iki dala ayrılarak, birkaç segment boyunca Lissauer's trakt'ta yol aldıktan sonra dorsal boynuz girerler. A-delta lifleri 3-6 segment, C-lifleri sadece 2-3 segment kranial ve kaudal yol alıp dorsal boynuz girerler (29, 40).

Primer nosiseptif nöronlar Rexed tarafından spinal korda tanımlanmış olan laminalarda sonlanırlar ve hücre görevleri bu laminalarda bulunan spinal nöronlar (projeksiyon nöronları) ile sinaps yaparlar. A-delta afferent nöronlar lamina I-II-V' de ve non-nosiseptif A-delta nöronlar lamina III-IV' de, C afferent nöronlar I-II' de sonlanırlar. Lamina I' de A-delta ve C liflerinin sinaps yaptığı nosiseptif spesifik projeksiyon nöronları, lamina V' de tüm afferent nöronların direkt veya internöronlar aracılığı ile sinaps yaptığı "wide dynamic range" projeksiyon nöronları (WDR) bulunmaktadır (7, 30, 39).

Bedenin segmental seviyede oluşturduğu koruma mekanizmaları ve ağrı algısı ile WDR nöronlardan çıkan akson kolateralleri ayrılır ve internöronlar üzerinden ait oldukları alfa ve gama motor nöronlara ulaşırlar. Bu vücutta belli reaksiyonları tetiklemesine neden olur (7, 32, 40). Beden refleksi olarak kendini bu uyarılardan korumak için refleksi geliştirir.

KAYROPRAKTİK-MANUEL TIP YAKLAŞIMI İLE SEGMENTAL DİSFONKSİYON

Bir omurga eklemi fazla ya da yanlış kullanılırsa ilgili ekstremitenin durumu ile ilgili nosiseptif uyarılar merkeze gider. Koruma refleksiyle kısa otokton kas olan m. multifiduslarda spastik koruma gerilimi oluşur. Bu durum tekrarlayıcı ya da yüksek şiddette olduğunda aşırı koruma refleksiyle vertebral disfonksiyon meydana gelir. Blokaj ya da disfonksiyon kayropraksi, osteopati ve manuel tıp anlamında koruma refleksinin bir formudur ve amaç organizmayı korumaktır (10, 21, 33, 34).

Bu tarz disfonksiyonlar eklem hareket açıklığının testinde olduğu gibi bazı yönlerde nosiseptiflerin artması (kilitli yön), bazı yönlerde ise azalması (serbest yön) ile mekansal olarak düzenlenir. WDR nöronlarda sadece ilgili eklemden gelen afferentler değil, ayrıca her biri tek segmentten gelen değişik anatomik sistem afferentleri de toplanır. Bunlar deri, kas, tendon, ve iç organ afferentleridir. Sayısız klinik örnekle gösterilebilen vertebral dışı yapılardan gelen nosiseptörler, motorik sistem aktivasyonu ile aynı yolun sonunda vertebral disfonksiyona neden olur (7, 32, 33).

KAYROPRAKSİ VE MANUEL TIPTA POZİTİF GERİ DÖNÜŞ MEKANİZMASI

Pozitif geri dönüş mekanizmasının işleyiş modeli iskelet kasları üzerinden, manuel veya fiziksel uygulamaların özellikle de nöronal olgunun (engelleme) akut veya subakut aşamasında açıklanabilir (7, 14, 30). Bu uygulamalar spinal afferent nöronların uyarılması yoluyla (örn. cilt veya derin somatik alandan) entegrasyon sürecini omurilikte ve supraspinal merkezlerde etkileyebilir ve supraspinal sinyalleri değiştirebilir. Diğer açıdan kas yapısı ve diğer derin dokular doğrudan etkilenebilir (29, 42).

KAYROPRAKSİDE ENDİKASYONLAR

Tüm kayropraktik tekniklerin hedefi ağrı inhibitör potansiyellerini ağrı refleksi disfonksiyonlarını gidermeyi amaçlar. Aynı zamanda eklemde oluşan hareket kısıtlılığını gidermeyi hedefler (2, 4, 7,14). Kayropraksi ve manuel tıp için endikasyon belirlemede en önemli adım doğru bir ağrı ve fonksiyon analizi yapmak olmalıdır (14) .

Kayropraktik tedavinin esas uygulama alanı vücutta ortaya çıkan ağrı şikayeti ve kas-iskelet sorunlarının giderilmesidir. Bunların yanında çeşitli sağlık durumları ve hastalıkları ile ilgili de kayropraktik yaklaşımlar bulunmaktadır (2, 4, 15, 17, 28, 40).

- Servikal bölge ağrıları ve hareket kısıtlılıkları
- Servikal kökenli baş ağrıları
- Sırt-bel ağrısı ve hareket kısıtlılıkları
- Servikal,torokal ve lomber bölgenin disk hernileri (ekstrüde disk kontraendikedir) ve faset eklem kaynaklı bozukluklar
- Duruş bozuklukları
- Yumuşak doku bozulmaları, burkulmalar ve tendinitler
- Doku bütünlüğü bozulmayan spor yaralanmaları
- Pelvis- sakroiliak eklemde ortaya çıkan ağrılar ve hareket kısıtlılıkları
- Kol-omuz ağrıları ve hareket kısıtlılıkları
- Uyluk, kalça, diz ve ayak bileği ağrıları ve hareket kısıtlılıkları
- Kabızlık, kolik ağrı veya reflü gibi sindirim sistemi problemleri
- Gebelikte doğum öncesi pelvis kaslarının hazırlanması

SPİNAL MANİPÜLATİF TERAPİYE KARŞI MUTLAK KONTRAENDİKASYONLAR

Her tedavide olduğu gibi kayropraksi uygulamalarının da bazı kısıtlılıkları vardır.

- Akut kırık
- Odontoid hipoplazisi veya unstabilititesi
- Omurga ve Spinal kord tümörü
- Osteomyelit (kemik iliği iltihabı), septik diskit ve omurga tüberkülozu gibi enfeksiyonlar
- Menenjiyal tümör
- İntrakranial veya spinal bölgedeki hematomlar
- Kademeli ilerleyen nörolojik defisit
- Üst servikal omurganın malformasyonu ve a. basilaris yetersizliğinde
- Ameliyatta konulan fiksasyon/stabilizasyon protezleri
- Kas ya da diğer yumuşak dokuların neoplastik hastalıkları
- Pozitif Kernig ya da Lhermitte belirtileri
- Hipermobile sendromu
- Etiyolojisi bilinmeyen hidrosefali
- Omurga anomalileri
- Kauda Ekuina sendromu

KAYROPRAKSİDE GERÇEK AMAÇ

Kayropraksinin genel amacı eklemlerin ve kasların işlevselliğini, etkileşimini normalleştirmek ve böylece ağrıyı hafifletmektir.

Omurgadaki subluksasyon denilen yanlış hizalamalar ve fiksasyonlar sinir sistemi üzerinde baskı oluşturabilir. Segmental disfonksiyonun (Yanlışlıkla subluksasyon olarak adlandırılır) birçok olası nedeni vardır. Masada yanlış veya çok uzun süre oturmaya bağlı kötü duruş, düşmeler, spor kazaları ve stres vb durumlar segmental disfonksiyona neden olabilir. Kayropraktik uygulaması vücudun kendi kendini iyileştirme mekanizmasını destekler (2, 4, 15, 21, 34).

Kayropratik yaklaşımda amaç sadece semptomları ortadan kaldırmak değil, sebeplerle mücadele etmektir. Kayropraktörün (kayropraksi uygulayıcısı) görevi, segmental disfonksiyonu bulmak ve segment içinde serbest bilgi akışını yeniden sağlamaktır (8).

KAYROPRAKSİDE DİYAGNOSTİK VE TERAPÖTİK İŞLEMLER

Kayropraktör, alışılmış yöntemlerin yanında palpasyon ile lokal ve/veya bölgesel mobilité, iritasyon ve provasyona göre kontrol reversible bir disfonksiyonun tanısı ile uğraşır. Omurgada herhangi bir iritasyon meydana geldiğinde ağrı için özelleştirilmiş nozireaktif hücreler aktive olur. Bu aktivasyonun neden olduğu hipertonus, otokton kas yapısı üzerinde kendini gösteren segmental disfonksiyondur. Farklı omurga eklemleri pozisyonlarında yapılacak olan ağrı provokasyonu (2 yönde rotasyon ve 4 yönde fleksiyon) disfonksiyonun asıl nedeni göstermesi açısından çok önemlidir. Bu durum klinik tanının güvenilirliği açısından güvenilir muayene olarak kabul edilir (7, 14, 29, 30).

KAYROPRAKTİK TEDAVİ YAKLAŞIMI AŞAĞIDA YER ALAN TEKNİKLERİ KAPSAR

Kayropraktik tedavi öncesinde doğru bir diyagnoz şarttır. Hastanın klinik durumuna göre yapılacak uygulama teknikleri farklılık göstermektedir. Kayropraktik tedavide uygulanan teknikler başlıca şunlardır (4, 5, 7):

Manipülasyon; bir seferlik, çok hızlı, kısa, düşük güçte düzenlenmiş impulslarla, yönlendirilmiş bir ön gerilimden sonra, ilgili eklemün fizyolojik sınırları içinde ve her zaman test edilmiş ağrısız yönde yapılan uygulamalardır (7, 29, 30).

Mobilizasyon; Çoklu, yavaş (Frekans: 1 Hz), yumuşak, ritmik, tekrarlanan, tutuk yöne veya açık olan yöne, ağrısız alanda, fizyolojik sınırlar aşılmadan yapılan hareketlerdir (7, 30).

Nöromusküler teknikler; Kas enerjisi, eklem pozisyonlandırması, miyofasiyal veya postizometrik relaksasyon ile uygulanan tekniklerdir. Bu hareketler visseral bağ dokusu, lenfatik sistem ve yumuşak dokularda uygulanır.

Sonuç

Kayropratik uygulamalar sadece ortopedi ve FTR uzmanlarınca değil tüm hekimlerce öğrenilecek ve uygulanacak bir disiplin dalı olacak niteliktedir.

Kayropraksinin genel amacı eklemlerin ve kasların işlevselliğini, etkileşimini normalleştirmek ve böylece ağrıyı hafifletmektir.

Kayropratik yaklaşımda amaç sadece semptomları ortadan kaldırmak değil, sebeplerle mücadele etmektir. Kayropraktörün (kayropraksi uygulayıcısı) görevi, segmental disfonksiyonu bulmak ve segment içinde serbest bilgi akışını yeniden sağlamaktır

Bir omurga eklemi fazla ya da yanlış kullanılırsa ilgili ekstremitenin durumu ile ilgili nosiseptif uyarılar merkeze gider. Koruma refleksiyle kısa otokton kas olan m. multifiduslarda spastik koruma gerilimi oluşur. Bu durum tekrarlayıcı ya da yüksek şiddette olduğunda aşırı koruma refleksiyle vertebral disfonksiyon meydana gelir. Segmental disfonksiyon kayropraksi, osteopati ve manuel tıp anlamında koruma refleksinin bir formudur ve amaç organizmayı korumaktır.

Kayropratik uygulamaların yaygın kullanımı ise sağlık giderlerinin azaltılmasını mümkün kılacaktır. Kayropratik uygulamalarını kapsam altına almak ve ödenmesini sağlamak bu alandaki sağlık harcamalarında ciddi bir tasarruf getirecektir.

Kaynaklar

1. Benjamin, P., & Agren, L. (1987). Notations to the general principles of gymnastics by Per Henrik Ling. Journal of the American Massage Therapy Association.
2. Palmer, B. J. (1958). Shall Chiropractic Survive?: A Second Declaration Opposing Legislative Domination, a Second Declaration for Chiropractic Professional Independence Including Additional Facts, Figures and Data: Palmer School of Chiropractic.
3. Jacelone, P. (1989). The ancient philosophic roots of chiropractic in literature. Chiropractic history: the archives and journal of the Association for the History of Chiropractic, 9(2), 45.
4. Eder, M., Tilscher, H.: Chirotherapie – Vom Befund zur Behandlung. Hippokrates, Stuttgart 1998
5. Wilke HJ, Fischer K, Jeanneret B et al: In-vivo-Messung der dreidimensionale Bewegung des Iliosakralgelenkes. Z Orthop 1997; 135: 550-556
6. Chirotherapie: Meta-Analyse sieht begrenzte Wirkung bei Kreuzschmerzen Aertzteblatt.de vom 12. April 2017
7. Heymann vW, Locher H, Böhni U, Habring M. Neuroanatomie – Teil 2: Fakten und Hypothesen zu Faszien, Dura und Hirnstamm. Manuelle Medizin 2012; 50: 6–15
8. Klein P. Vortrag und persönliche Mitteilung (Literatur dort zit.). Biomechanik des lumbosakralen Überganges und des Beckens: was bleibt funktionsdiagnostisch? Jahreskongress Schweiz Gesellschaft für Manuelle Medizin SAMM, 26.-28.11.2009.
9. Beyer W. Manuelle Medizin 2012; 50: 293-296.
10. Bogduk N, Twomey L. Clinical Anatomy of the lumbar Spine and Sacrum, Third edition 1997; Longman Group UK (Klinische Anatomie von Lendenwirbelsäule und Sakrum 2000; Springer-Verlag Heidelberg)
11. Klein P, Sommerfeld P (2004) Biomechanik der menschlichen Gelenke. Grundlagen, Becken, untere Extremität. München, Urban & Fischer (Elsevier)
12. Cyriax, J. (1983). Diagnosis of soft tissue lesions. Textbook of orthopaedic medicine.
13. Gevitz, N. (2019). The DOs: osteopathic medicine in America: JHU Press.
14. Dvorák J, Dvorák V, Schneider W, Spring H, Tritschler T. Manuelle Medizin Diagnostik. 5. Erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1997
15. Benzon H, Katz J, Benzon H, Iqbal M. Piriformis Syndrome Anatomic Considerations, a New Injection Technique, and a Review of the Literature. Anesthesiology 2003; 98: 1442-1448

16. Renate Wagner: Chiropraktik, Chirotherapie. In: Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil, Wolfgang Wegner (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. De Gruyter, Berlin/ New York 2005, ISBN 3-11-015714-4, S. 250.
17. Edzard Ernst, Chiropractic: a critical evaluation. In: J. Pain Symptom Manage. Mai 2008,35(5):544-62. PMID 18280103
18. Frössler C, Moog F. Os sacrum – Heiliger Knochen? DWV Deutscher Wissenschaftsverlag. Fachprosaforschung - Grenzüberschreitungen Band 6: 2010 (2011): 25-45
19. Hasler C. Vortrag/persönliche Mitteilung (Literatur dort zit.). Rückenschmerz bei Spondylolisthesis –Zufallsbefund oder bedeutsam? Jahreskongress Schweiz Gesellschaft für Manuelle Medizin SAMM, 24.-26.11.12.
20. Heymann vW, Locher H, Böhni U, Habring M. Neuroanatomie Teil 1: Fakten und Hypothesen zu Afferenzen und autonomer Steuerung. Manuelle Medizin 2011; 49; 473–480.
21. Sidney M. Rubinstein et al.: Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews. Nr. 2, 16. Februar 2011, S. CD008112, doi:10.1002/14651858.CD008112.pub2, PMID 21328304.
22. Hirschberg G, Froetscher L, Naeim F. Iliolumbar syndrome as a common cause of low back pain: diagnosis and prognosis. Arch Phys Med Rehabil. 1979; 60: 415-9
23. Hodges PW, Kaigle Holm A, Holm S et al. Intervertebral stiffness of the spine is increased by evoked contraction of transversus abdominus and the diaphragm; in vivo porcine studies. Spine 2003; 28:2594–2601
24. Travell JG, Simons DG. Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual.
25. Laslett M (2008) Evidence-based diagnosis and treatment of the painful sacroiliac joint. J Man Manip Ther. 16: 142-52
26. Kampen WU, Tillmann B (1998) Age-related changes in the articular cartilage of human sacroiliac joint. Anat Embryol (Berl). 198: 505-13
27. Stureson B, Selvik G, Uden A (1989) Movements of the sacroiliac joint. A Roentgen stereophotogrammetric analysis. Spine 14: 162 – 5
28. Derbolowsky U (1976) Medizinisch-orthopädische Propädeutik für manuelle Medizin und Chirotherapie. Heidelberg; Fischer
29. Christ B, Günther J, Frölich E, Huang R, Flöel H (2001) Morphologische Grundlage des Sellschen Irritationspunktes für das Iliosakralgelenk. Man Med 39: 241 – 5
30. Frölich E, Heymann W (2009) Manuelle Medizin – Ärztliche Handgriffkunst zur Diagnostik und Therapie. Neutrauchburg, MWE-Selbstverlauf konventionelle Therapiemaßnahmen. In Vorbereitung zur Publikation. 2004.
31. Mense S, Neurobiologie des unspezifischen Rückenschmerzes, In: Hildebrand J, Müller G, Pflugsten M, Die Lendenwirbelsäule, Elsevier GmbH München 2005
32. Nazlikul H. Koksajli Nöralterapiye Cözümü. Barnat 2007;3:8–16
33. Nazlikul, H: Nöralterapi Nobel Kitabevi 2010 İstanbul
34. Rickenbacher J, Landolt AM, Therler K in: Lang J, Wachsmuth W. Rücken, Praktische Anatomie, 2. Band. Springer, Berlin Heidelberg New York 1992
35. Töndury G. Entwicklungsgeschichte und Fehlbildungen der Wirbelsäule. Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis – Band VII. Stuttgart: Hippokrates 195
36. Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N (1996) The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. Spine (Phila Pa 1976). 21: 2594-602
37. Vleeming A, Schuenke M, Masi A, Carreiro J, Danneels L, Willard F. The sacroiliac joint: an overview of its anatomy, function and potential clinical implications. J Anat 2012; 221, 537-567
38. Windisch G, Braun EM, Anderhuber F. Piriformis muscle: clinical anatomy and consideration of the piriformis syndrome. Surg Radiol Anat 2007; 29: 37–45
39. Vickers, A., & Zollman, C. (1999). The manipulative therapies: osteopathy and chiropractic. Bmj, 319(7218), 1176-1179.
40. Bischoff P, Beyer L, Güntert A et al (2004) Kursbuch Manüel Tip/Chirotherapie. Federal Hekimler Odası, Köln.