

Derleme/Review

Bel ağrısı

Low back pain

 Nuri Çetin*

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara Güven Hastanesi, Ankara, Türkiye

Öz

Bel ağrısı dünyada en sık görülen sakatlık nedenidir. Bel ağrısı adölesan yaşlarda da görülebilmekte ve prevalans yaşla artmaktadır. Risk faktörleri arasında en önemlisi meslek ve ağır bedensel aktivitelerle ilgili olanlardır. . Bel ağrısı yatarak tedavi edilen hastalıklar içinde beşinci sırada, cerrahi tedavi gerektiren hastalıklar arasında ise üçüncü sırada yer almaktadır. Tedavide amaç semptomların kontrolü ve kronikleşmesinin engellenmesidir. Bu nedenle akut bel ağrısı ile başvuran hasta ile ilk karşılaşmada yeterli ve objektif bir yaklaşımla hastaya güven verilerek güçlü bir hasta hekim ilişkisi kurulmalıdır. Pasif tedaviler yerine hastanın katılımının sağlandığı, kendi sorumluluğunu aldığı aktif yöntemler kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bel ağrısı, sakatlık, tedavi

Abstract

Low back pain is the most common cause of disability in the world. Low back pain can also be seen in adolescence and the prevalence increases with age. The most important risk factors are those related to occupation and heavy physical activities. Low back pain ranks fifth among diseases treated in an inpatient setting and third among diseases requiring surgical treatment. The aim of treatment is to control symptoms and prevent them from becoming chronic. For this reason, at the first encounter with the patient presenting with acute low back pain, a strong patient-physician relationship should be established by reassuring the patient with an adequate and objective approach. Instead of passive treatments, active methods in which the patient participates and takes responsibility for himself should be used.

Keywords: low back pain, disability, treatment

Sorumlu Yazar*: Dr. Nuri Çetin. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara Güven Hastanesi, Ankara, Türkiye

E-posta: drcetin@yahoo.com

Orcid: 0000-0002-9950-8917

Geliş Tarihi: 13.04.2024 Kabul Tarihi 10.05.2024

Doi: 10.62351/gmhs.2024.0010

Giriş

Bel ağrısı (BA) 12. kaburga ile gluteal alt kıvrımlar arasında ki bölgede hissedilen ağrı olarak tanımlanmaktadır. Bel ağrıları tüm dünya nüfusunun %90'ının yaşamları boyunca en az bir kez yakındıkları tanı, tedavi giderleri ve işgücü kaybı açısından önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Bel ağrısı, dünyada en sık görülen sakatlık nedenidir.45 yaş altı kişilerde Amerika Birleşik Devletlerinde en sık doktora gitme nedenleri arasında görülen soğuk algınlığından sonra ikinci sıra hastalıktır ve BA'yi yönetmenin yıllık maliyetinin 56 milyar dolar gibi şaşırtıcı bir rakam olduğu tahmin ediliyor. Atakların %90'ı tıbbi müdahale olmaksızın 6 ila 12 hafta içinde düzelse de bel ağrısı olan hastalar da %70 ile %90 tekrarlayan epizodlar vardır (2-3).

BA hakkında ilk yazılı belgeler M:Ö 1500 yıllarına kadar uzanmaktadır. BA nedenleri ilk defa 19.yüzyılda ortopedistler tarafından araştırılmıştır. 1911 yılında Golwaith lomber faset eklemlerin ağrı kaynağı olabileceğini, 1934 yılında da Mixter ve Barr disk patolojilerinin ağrı kaynağı olabileceğini bildirmişlerdir (4).

BA adölesan yaşlarda da görülebilmekte ve prevelans yaşla artmaktadır. Bel ağrısı prevelansı çeşitli toplumlarda, yaşlarda ve mesleklerde farklılıklar gösterir. Risk faktörleri arasında en önemlisi meslek ve ağır bedensel aktivitelerle ilgili olanlardır (5-6).

Birçok klinik çalışmada BA prevelans ve insidansını etkileyen faktörler için: tepe insidansının 40 yaşlarında olduğu; prevelansın 10 yaşından sonra yaşa bağımlı olarak arttığı belirtilmektedir. Kadınlarda BA'nın daha sık olması, çalışmalarda kadınların BA semptomlarını daha çok tanımlamaları ve tüm vücut semptomlarına daha duyarlı olmalarına bağlı olabileceği belirtilmektedir. Mesleki risk faktörleri taşıyanlar dışında sıklık yönünden kadın-erkek farkının belirgin olmadığı görülmüştür. Tekrarlayıcı kaldırma, dönme, dönerek kaldırma, çekme gibi fonksiyonları gerektiren işlerde çalışanlarda bel ağrısı riski daha fazladır ve prevelansı yükseltmektedir. Bel ağrısı yatarak tedavi edilen hastalıklar içinde beşinci sırada, cerrahi tedavi gerektiren hastalıklar arasında ise üçüncü sırada yer almaktadır (7-9).

Bel Muayenesi

Öykü alırken ağrının başlangıç zamanı, lokalizasyonu (ağrının yeri hastaya sorularak anatomik karşılığı belirlenmelidir, paravertebral sakrum, kalça, bögür gibi) ağrının niteliği sorgulanmalıdır, sinir ağrısı çok şiddetli ve yayıldığı alan sınırlıdır. Kas, bağ dokusu ve eklem ağrılarının yayıldığı alan geniştir, ağrı daha hafiftir ama lokalize edilemez, ağrıyı arttırıcı, azaltıcı ya da ortadan kaldıran faktörler araştırılmalıdır. BA

nedeni tek bir patolojiye bağlı olmayabilir, hastanın emosyonel durumu ve önceki girişimlerin klinik bulguları değiştirebileceği unutulmamalıdır. Ağrının postür, hareket ve istirahatle ilişkisi değerlendirilmelidir. BA klinik olarak hem kinetik hem de statik yönden incelenmelidir. Statik bel ağrısı; ayakta durma ve oturma sırasında ortaya çıkar. Kinetik BA kişi hareket halindeyken belirli pozisyonlarda oluşur. Hasta ağrının olduğu pozisyona getirilerek semptomlar tekrarlanabilir. Ağrının gün içindeki oluş zamanı ve bir günlük periyotta ağrının karakterinde meydana gelen değişiklikler (gün içinde ağrı artma azalma, gece ağrıları, uyku bozuklukları, sabah tutukluğu), önce ki ağrı epizodları ve süreleri; mesane, barsak ve seksüel fonksiyonlarının etkilenip etkilenmediği sorulmalıdır.

Sistemik değerlendirmeden sonra lokomotor sistem muayenesine geçilir. Hastanın postürü, yürüyüşü, lomber bölgede asimetriye neden olacak bulguların varlığının not edilmesi önemlidir. Omurga diziliminde anatomik bozuklukların olması ve hareketle değişip değişmediği sorgulanmalıdır. Paravertebral kas spazmı ve tetik noktaların saptanması için palpasyon yapılmalıdır. Lomber ve ilişkili bölgelerin eklem hareket açıklıkları değerlendirilmelidir. Kapsamlı bir nörolojik değerlendirme ile bel ağrısına eşlik eden nörolojik kayıp olup olmadığı ortaya konmalıdır (10). Fizik muayenede hasta bütün olarak değerlendirilmeli, olası yapısal değişikliklerle mevcut bulguların ilişkisi araştırılmalıdır. Hastanın öyküsünde belirttiği ağrıyı meydana getiren, arttıran nedenler muayenede doğrulanmalıdır. Hasta fizik muayene için tam soyulmalı, boyun sırt ve bel eğrilikleri değerlendirilmelidir. Pelvis simetrisi ve bacak boyları değerlendirilmelidir.

Bel Ağrısı Olan Hastalarda Görüntüleme

Hangi hastalarda görüntüleme yapılmalıdır.

- Öykü ve fizik muayene bulguları spesifik bir tanı koymayı düşündürüyorsa
- Hastalığın seyri doğal gidişinde sapma gösterirse
- İyileşme beklendiği gibi gelişmiyorsa veya konservatif tedaviye rağmen ağrı geçmiyorsa
- Fizik muayene de radikülopati veya Kauda ekuina sendromu düşündürülen bulgular varsa
- Etkin tedavi programını belirlemek için görüntüleme çalışmaları yapılır.

Direkt grafilerde dejeneratif hastalık sürecinde spondilozun derecesi, skolyoz, Spondilolizis veya listezis, faset problemleri, transizyonel vertebra değerlendirilebilir.

Bilgisayarlı tomografi ile dejeneratif hastalıkları, kırık, neoplastik hastalıklar tespit edilebilir.

Manyetik rezonans görüntüleme ile dejeneratif hastalıklar, kemik iliği ödemi, inflamatuvar ve enfeksiyonlar, neoplastik hastalıklar sinirlerin durumu tespit edilebilir.

Bel Ağrısı Nedenleri

1. İnflamatuvar (Romatoloji): Ankilozan spondilit, romatoid artrit, psöriatik ve enteropatik artritler
2. Neoplastik: benign veya malign kemik tümörleri, menenjiom, fibrom, yumuşak doku tümörleri, metastatik tümörler
3. İnfeksiyöz: piyogenik vertebral ve disk enfeksiyonları, epidural apse
4. Vasküler: abdominal aort anevrizması veya diseksiyonu, venöz dolaşım yavaşlaması (gebelikte noktürnal bel ağrısı)
5. Metabolik: Osteoporoz, osteomalazi, page hastalığı
6. Psikolojik: Kompansasyon nörozisi, konversiyon
7. Kas iskelet sistemi kaynaklı: Miyofasial ağrı, fibromiyalji, akut ve kronik bel zorlanması mekanik bel ağrıları
8. Konjenital veya gelişimsel: Transisyonel vertebra ve skolyoz
9. Dejeneratif: spondioliz, spondilolistezis, diffüz idiyopatik skeletal hiperosteozis
10. Visserojenik: genitoüriner sistem hastalıkları, retroperitoneal bozukluklar

Tedavi

Ağrının süresi bir aydan kısa olan, 20-45 yaş arası hastalarda ağır çalışma koşulları, yanlış vücut mekaniklerinin kullanımı, kötü statik ve dinamik postür, karın ve sırt kaslarının endüransı, güç ve fleksibilitesinde azalma, kardiyovasküler endüransta azalma mekanik bel ağrıları için risk faktörlerdir. Akut bel ağrısı olan hastalarda ağrının anatomopatolojik kaynağını ortaya çıkarmak, spesifik etyolojiyi belirlemek hastaların %85'inde mümkün değildir. Bu nedenle ağrı kaynağının mekanik olup olmamasına, tedavide ise ağrı ve fonksiyonel yetersizliğin iyileştirilmesine önem verilmelidir.

Akut bel ağrısında ilk birkaç gün yatak istirahati önerilir. Yapılan çalışmalarda uzun ve kısa süreli yatak istirahatinin karşılaştırılmasında: uzun süreli yatak istirahatinin işe dönme ve aktivitelerin kazanılmasında üstünlüğünün olmadığı, aksine ağrı sınırında erken dönem aktiviteye devam edilmesinin daha yararlı olduğu kanıtlanmıştır (11).

Yatak istirahati omurgaya binen yükü azaltmak amacıyla 2-3 süresince ağrılı olmayan taraf üzerine yan ve bacak arasına yastık konurak veya sırt üstü diz altı yastıkla desteklenip kalçalar 45 derece fleksiyona getirilerek yapılması önerilir. Üçüncü günden itibaren kontrollü mobilizasyon önerilir. Kısa süreli korse kullanılabilir.

Bel ağrısı olan hastalara ağrıyı, spazmı ve inflamasyonu azaltmak için düzenli olarak 7-15 gün süreyle ve etkin dozda ilaç tedavisi uygulanmalıdır. İlaç olarak ilk seçilecek olan parasetamol ve steroid olmayan ağrı kesici ilaçlardır. Kas gevşetici ilaçlar semptomların başlangıç döneminde palpasyonla kas spazmı tespit edilen ve ağrı nedeniyle uyku bozukluğu olan hastalarda diğer ağrı kesicilerle kombine verilebilir (12,13).

Kortikosteroidler akut bel ağrısı tedavisinde oral, intramüsküler veya epidural olarak kullanılmaktadır. Epidural steroid enjeksiyonları sinir kökü basısı olan lumbal disk

hernilerinde daha etkili olmaktadır. En sık metilprednizolon veya triamsinolon kullanılır. Şiddetli ağrılı durumlarda opioidler kullanılabilir (14).

Hastalarda egzersiz ve fizik tedavi modaliteleri birlikte kullanılarak ağrı ve spazm azaltılmaya çalışılır. Akut bel ağrısı tedavisinde sıcak, soğuk, elektroterapi, traksiyon gibi fizik tedavi modalitelerinin etkinliği konusunda kanıta dayalı tıp literatüründe güçlü kanıt bulunmamasına rağmen yaygın olarak kullanılmaktadır. Fizik tedavide yüzeyel ısıtıcılarla kaslar gevşetilir, ultrason veya kısıdalga diatermi gibi derin ısıtıcılar ile doku beslenmesi artırılarak tamir süreci hızlandırılır (15-17).

Akut bel ağrısının tedavisinde egzersizin rolünün önemsiz olduğunu bildiren yayınlar olmasına rağmen, faydalı olduğunu belirten yayınlar çoğunluktadır. Yeterli ağrı kontrolü sağlandıktan sonra gövde stabilizasyon, paraspinal kas germe ve güçlendirme egzersizlerini içeren hastaya özel bir program tasarlanır. Akut bel ağrısı olan hastaların tedavisinde başvurulan çok sayıda tedavi yönteminin etkinliği ve birbirine üstünlüğü gösterilememiştir.

Sonuç

Amaç semptomların kontrolü ve kronikleşmesinin engellenmesidir. Bu nedenle akut bel ağrısı ile başvuran hasta ile ilk karşılaşmada yeterli ve objektif bir yaklaşımla hastaya güven verilerek güçlü bir hasta hekim ilişkisi kurulmalıdır. Tedavide pasif tedaviler yerine hastanın katılımının sağlandığı, kendi sorumluluğunu aldığı aktif yöntemler kullanılmalıdır.

Araştırmacıların Katkısı

NÇ: Fikir/Kavram, Tasarım, Veri Toplama, Analiz ve Yorum, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme

Çıkar Çakışması

Çalışma hazırlanırken, veri toplanması ve analizi, sonuçların yorumlanması, makalenin yazılması aşamalarında herhangi bir çıkar çakışması bulunmamaktadır.

Maddi Destek

Çalışma ile ilgili hiçbir şekilde kurum, kuruluş, kişiden maddi destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 332: 1430-4.
2. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S et al; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; 391: 2356-67.
3. Swarm RA, Karanikolas M, Rastogi R, Maw M. Pharmacological options for low back pain. *Semin Pain Med* 2004; 2: 175-85.
4. Cassidy JD, Wedge JH. The Epidemiology and natural history of low back pain and spinal degeneration. In: Kirkaldy-Willis, William H (ed). *Managing Low Back Pain* second ed. New York 1992: 9-13.
5. Burton AK, Clarke RD, McClune TD, Tillotson KM. The Natural History of Low Back Pain in Adolescents. *Spine* 1996; 21: 2323-8.
6. Shiri R, Falah-Hassani K, Heliövaara M, Solovieva S, Amiri S, Lallukka T et al. Risk Factors for Low Back Pain: A Population-Based Longitudinal Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2019; 71: 290-9.
7. Papageorgiou AC, Macfarlane GJ, Thomas E, Croft PR, Jayson MI, Silman AJ. Psychosocial factors in the workplace-do they predict new episodes of low back pain? Evidence from the South Manchester Back Pain Study. *Spine (Phila Pa 1976)* 1997; 22: 1137-42.
8. Kopec JA, Sayre EC, Esdaile JM. Predictors of back pain in a general population cohort. *Spine (Phila Pa 1976)* 200; 29: 70-7; discussion 77-8.
9. Christine E. Sheffer C, Jeffrey E. Cassisi, Sex Differences in the Presentation of Chronic Low Back Pain *Psychology of Women Quarterly* 2002; Volume 26, Issue 4.
10. Duffy RL. Low back pain: an approach to diagnosis and management. *Prim Care* 2010; 37: 729-41, vi.
11. Boden SD. Bed rest and normal daily activity were equivalent for acute low-back pain. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85: 975.
12. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2008(1): CD000396.
13. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, Wewege MA, Jones MD et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2021; 374: n1446.
14. Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007; 147: 505-14.
15. Seco J, Kovacs FM, Urrutia G. The efficacy, safety, effectiveness, and cost-effectiveness of ultrasound and shock wave therapies for low back pain: a systematic review. *Spine J* 2011; 11: 966-77.
16. Shipton EA. Physical Therapy Approaches in the Treatment of Low Back Pain. *Pain Ther* 2018; 7: 127-137.
17. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25: 1S-33S.

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).