

İNFLAMATUAR BEL AĞRILARI VE DİĞER DAHİLİ BEL AĞRISI NEDENLERİ

Dr. Nurullah AKKOÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Bel ağrısı, sık karşılaşılan ve önemli ekonomik kayıplara neden olan bir sağlık sorunudur. Farklı nüfuslarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, sıklığın %7.6 ile %37 arasında değiştiği görülmektedir. Erişkin yaştaki insanların %80'i, yaşamlarının herhangi bir döneminde, sıklıkla da 45-60 yaşları arasında en az bir kez bel ağrısıyla karşılaşır. Çalışan nüfusun her yıl % 25-50'si bel ağrısına yakalanmaktadır. ABD'de toplam sakatlık giderlerinin 1/3'ü bel ağrısı ile ilgilidir. Etkin tanı ve tedavi, gereksiz sağlık giderlerini düşürür ve hastaların gerektiği şekilde tedavi görmesini sağlar. Tüm bu nedenlerle, bel ağrısı ile hekime başvuran hastalarda, uygun tanısal tetkiklerin ve tedavi yaklaşımının sergilenebilmesi için ulusal sağlık politikaları ve tanı-tedavi kılavuzları oluşturulmaktadır.

Bel ağrıları, semptomların süresine göre 3 grupta incelenmektedir:

- 1. Akut bel ağrısı:** En sık (% 90) karşılaşılan ve 6 haftaya kadar sürebilen ağrıdır.
- 2. Subakut bel ağrısı:** Altı ile 12 hafta arası süren bel ağrılarıdır.
- 3. Kronik bel ağrısı:** Tüm bel ağrılarının %2-8'i bu grupta yer alır. Oniki haftadan daha uzun süren bel ağrılarıdır.

Akut bel ağrısı olan hastaların yaklaşık %60'ı bir ay, %90'ı da 3 ay içinde işlerine geri döner.

Bel ağrısının nedenleri

Bel ağrısı ciddi veya benign olabilen çeşitli nedenlerle ortaya çıkar. AHCPR, bel ağrılarını klinik bulgularına göre 3 farklı grupta incelemektedir:

- 1. Ciddi omurga patolojisinin olası olduğu durumlar:**
Spinal tümör, infeksiyon, kırık ve cauda equina sendromu, akut bel ağrısına neden olan ve sonuçta ciddi sorunlara yol açabilen akut bel ağrısı nedenleridir. Dikkatlice alınan öykü ve fizik muayene ile ilgili ipuçları elde edilebilir (Tablo). Genellikle acil tanı ve tedavi yaklaşımı gerektirirler.
- 2. Siyatalji (Sinir kökü ağrısı):**
Bel ile ilişkili alt ekstremitte semptomları esas olarak sinir kökü ile ilişkili sorunların olduğunu düşündürür. Ayağa ve parmaklara yayılım gösterebilen, uyuşukluk ve parastezinin eşlik edebildiği tek taraflı bacak ağrısı ön plandadır. Siyatalji, genellikle son derece rahatsız edici bir durumdur. Ama hastaların %50'sinde konservatif tedavi ile 6 hafta içerisinde düzelme sağlanır.
- 3. Nonspesifik bel semptomları (Basit bel ağrısı):**
Tipik olarak 20-55 yaşları arasında ortaya çıkan; lumbosakral bölge, gluteal bölge ve uyluk bölgelerinde sınırlı kalan, fizik aktivite ve zamanla değişiklik gösteren, mekanik doğadaki ağrılarıdır. Ne sinir basısı ne de altta yatan ciddi bir sorun yoktur. Prognoz çok iyidir; hastaların % 90'ı 6 hafta içinde iyileşir.

Hekim, ayrıntılı öykü, fizik bakı ve gerektiğinde uygun laboratuvar incelemelerini isteyerek bel ağrısıyla gelen hastasını bu gruplardan birinin içine alarak ileri değerlendirme ve tedaviyi gerçekleştirebilir.

Tablo 1. Bel ağrısı nedenleri

Durum	Klinik ipucu
Nonspesifik bel ağrısı (mekanik bel ağrısı, faset eklem ağrısı, osteoartrit, kas sprain, spazm)	Sinir kökü semptomları yok Lumbosakral bölgede lokalize ağrı
Siyatalji (disk hernisi)	Radiküler tipte bel ile ilişkili alt ekstremitte semptomları ve spazm, pozitif düz bacak germe testi
Omurga kırığı (kompresyon kırığı)	Travma öyküsü, osteoporoz, omurga üzerinde lokalize ağrı
Spondilozis	Genç atletlerde; omurga ekstansiyonu ile ağrı; oblik grafilerde pars interartiküleriste defekt
Malign hastalık (multipl myelom, metastaz)	Açıklanamayan kilo kaybı, ateş, anormal serum protein elektroforezi, malin hastalık öyküsü
İnfeksiyon (Disk aralığı, omurga tbc)	Ateş, paraneural ilaç kullanımı, tbc öyküsü, pozitif tüberkülin testi
Abdominal aort anevrizması	Rahat pozisyon bulamama, dinlenme ile geçmeyen bel ağrısı, karında pulsatil kitle
Hiperparatiroidi	Sinsi gidiş, hiperkalsemi, renal taş, konstipasyon
Ankilozan spondilit	Kronik, inflamatuvar bel ağrısı, aile öyküsü, HLA-B27 pozitifliği, yüksek ESH ve CRP, anemi

Öykü

Bel ağrısıyla gelen her hastada, doğru tanıyı koyabilmek ve altta yatan mekanik veya sekonder ve daha ciddi sorunları saptayabilmek için ayrıntılı bir öykü alınmalıdır. Akut bel ağrısına neden olan mekanik nedenler, kas, iskelet ve bağlardaki fonksiyon bozuklarından kaynaklanır. Ağrı, disk, annulus, faset eklemler ve kas liflerinden kaynaklanabilir.

Kronik bel ağrıının ise %5 kadarında SpA mevcuttur. Bu nedenle özellikle kronik bel ağrısının inflamatuvar olup olmadığı sorgulanmalıdır. Aşağıdaki 5 kriterden 4'ü varsa o takdirde Calin kriterlerine göre bel ağrısının inflamatuvar olduğu kabul edilebilir.

- 40 yaşından önce
- >3 aydır süren
- Sinsi başlangıçlı
- Sabah tutukluğu ile birlikte olan
- Egzersiz ile rahatlayan

İnflamatuvar bel ağrısının iyi sorgulanması ve tanınması önemlidir. Çünkü ankilozan spondilite radyolojik olarak sakroliitin çıkması ortalama 10 yıl üstere. Dolayısıyla erken tanı büyük ölçüde inflamatuvar bel ağrısının tanınması ile



olur. Calin kriterlerinin özgünlüğü %75 dir. Ancak duyarlılığın %23 olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Yakın zamanda Rudwaleit tarafından önerilen kriterlerin hastalığın varlığını göstermedeki duyarlılığı kronik bel ağrısı (> 3 ay) olan 45 yaşından genç kişilerde %70, özgünlüğü ise %81 olarak bulunmuştur. Bu yeni kriterlere göre aşağıdaki 4 kriterden 2 si ile tanı konur.

- 30 dakikadan daha uzun sabah katılığı
- Egzersizle rahatlayıp, istirahatle geçmeyen
- Gece uyandıran ağrı
- Alterne eden gluteal ağrı

Öykü ve sistemlerin gözden geçirilmesi sırasında konsüsyonel semptomların, gece ağrısı ve sabah tutukluğunun varlığı araştırılmalı, hasta visseral ağrı; uyuşukluk, güçsüzlük, yayılan ağrı ve barsak veya mesanede fonksiyon bozukluğunu düşündürecek nörolojik semptomların varlığı açısından sorgulanmalıdır.

Ayrıca öyküde, ağrının spesifik özellikleri ve derecesi belirlenmeli, travma olup olmadığı sorulmalı; önceki tedaviler, bu tedavilere yanıt alınıp alınmadığı öğrenilmeli; ağrının hastanın günlük aktiviteleri ve işi üzerindeki fonksiyonel etkileri araştırılmalıdır. Bu arada sosyal ve psikolojik faktörlerin ağrı üzerine katkısı değerlendirilmelidir.

Bel ağrısının ciddi sonuçlara yol açabilen ve mekanik nedenlere göre çok daha seyrek görülen sekonder nedenleriyle ilgili ipuçlarını iyi bir öykü aracılığıyla saptamak mümkündür. Bunlar “kırmızı bayrak” olarak adlandırılmaktadır (Tablo 2). Bu durumların varlığında kısa sürede ileri incelemeler yapılmalı ve tedavi uygulanmalıdır.

Tablo 2. Akut bel ağrılı hastadaki alarm belirtileri ve bulguları

ÖYKÜ

- Yaş >50-55
- Kanser öyküsü
- Açıklanamayan kilo kaybı
- İmmünsüpresyon (uzun süreli steroid kullanımı, intravenöz ilaç bağımlılığı)
- Üriner infeksiyon
- Dinlenme ile azalmayan ağrı
- Ateş
- Ciddi travma (yaşa göre)
- İdrar veya gaita inkontinansı
- Üriner retansiyon

FİZİK BAKI

- Progressif nörolojik defisit
- Bilateral siyatoloji
- Perineal ve perianal bölgede eyer şeklinde duyu kusuru
- Alt ekstremitelerde major kuvvet kaybı
- Ateş
- Omurgada duyarlılık
- Omurga hareketlerinde sınırlılık
- Anal sfinkterde tonus kaybı

FİZİK BAKI

Fizik bakı, bel ağrısının sekonder nedenlerini saptamada öykü kadar önemli bir yere sahip değildir. Yine de akut bel ağrılarına yaklaşımda önemli ipuçları verebilir:

Postür ve yürüyüş

Tüm hastalarda gözlenmelidir. Skolyoz, fonksiyonel olabilir ve altta yatan kas spazmı veya nörojenik tutulumu gösterebilir.

Hareket sınırı

Omurga hareketleri değerlendirilmelidir. Bel fleksiyonu ile ortaya çıkan ağrı sıktır; genellikle mekanik nedenlerle ilişkilidir. Ağrı ekstansiyon ile ortaya çıkıyorsa spinal stenozdan şüphelenilmelidir. Hareketlerin değerlendirilmesi ayırıcı tanıdan daha çok tedavinin planlanması ve izlemde yol göstericidir.

Omurga palpasyonu ve perküsyonu

Omurga üzerinde palpasyon ve perküsyonla noktasal hasasiyetlerin saptanması omurgadaki kırık veya infeksiyonu akla getirmelidir. Paraspinal bölgenin palpasyonu ile kas spazmı veya tetik noktalar saptanabilir.

Topuk-parmak ucu yürüme ve çömelme-kalkma

Topuk-parmak ucu yürüme ve çömelme-kalkma işlemlerini yapamayan bel ağrılı bir hastada, ciddi cauda equina sendromu veya nörolojik rahatsızlık söz konusu olabilir.

Siyatik kökün palpasyonu

Palpasyon ile siyatik kök üzerinde, bacağı yayılan duyarlılık siyatik sinir veya sinir köklerinin irritasyonunu düşündürür.

Düz bacak germe testi

Sırt üstü yatan hastada bir bacağın tek başına kaldırılması durumundayata ile bacak arasındaki ağrı oluştuğu sırada ölçülen derecenin 30-60 derece arasında olması sinir kökü basısının varlığını düşündüren bir bulgudur. (Şekil 1)Kalça fleksiyondayken dizin bükülmesi ile ağrının kaybolması ve popliteal bölgeye uygulanan basınç ile ağrının kötüleşmesi (popliteal kompresyon testi), yine düz bacak germe testinde, diz tam ekstansiyonda iken ayak bileğinin dorsifleksiyona getirilmesi ile ağrının artması (Lasek bulgusu) sinir kökü veya siyatik sinir irritasyonunun olası olduğunu akla getirir.

Düz bacak germe testi, operasyonla kanıtlanmış disk hernisi olan hastaların %95’inde pozitifdir. Ancak cerrahi sırasında herhangi bir şekilde disk protrüzyonu saptanmayan hastaların %80-90’ında da test pozitifliğine rastlanmaktadır. Karşı taraf düz bacak germe testi (sağlam bacağın kaldırılması sırasında yakınmanın olduğu bacakta ağrı duyulması) daha az sensitif, ancak daha spesifik bir testtir.

Refleksler, Motor ve Duyu Testleri

Diz ve ayak bileği refleksleri, radiküler semptomları olan hastalarda spinal kord tutulumunun düzeyi hakkında bilgi verir. Bu reflekslerdeki değişiklik, genellikle geçici ve tamamen geri dönüşümlü olmaları nedeniyle, tek başına invazif tedavi endikasyonu oluşturmaz.

Ayak başparmağındaki ve ayak bileğindeki dorsifleksiyonun zayıflığı, L5 ve bazen L4 kök disfonksiyonunu gösterebilir. Ayağın medial (L4), dorsal (L5) ve lateral (S1) duyu muayenesi de sinir kökü disfonksiyonunun saptanmasında yardımcı olur.

Sınırlı nörolojik muayene

Bel ağrılı hastanın ilk tanınal yaklaşımında, nörolojik muayene birkaç test ile sınırlandırılabilir. Bu testler; ayak bileği ve ayak dorsifleksiyon gücü, ayak bileği refleksleri, ayağın sırt ve lateral bölgelerinin duyu muayenesi ve düz bacak germe testidir.

Fizik muayene**Gözlem:**

Duruş, postür, yürüyüş ve deformiteler

Bel muayenesi:

Vertebralar üzerinde hassas nokta aranır

Asimetri veya yumuşak doku şişliği aranır

Spinal hareket açıklığı: Sagittal, frontal, aksiyal planda hareketler

Nörolojik muayene:

Kas atrofisi: Alt ekstremité çapları ölçülür

Siyatik sinir trasesinin hassasiyeti

Düz bacak kaldırma testi: L5 ve/veya S1 sinir kökü irritasyonu

Kas gücü:

Baş parmağın ve ayağın dorsofleksiyonu,

Ayağın plantar fleksiyonu,

Refleksler: Aşil (S1) ve patella (L4-5), patolojik refleksler

His muayenesi: Uygun dermatomlarda his kusuru aranır.

Perianal ve perineal his kontrolü

Diğerleri

Sakroiliak kompresyon

FABERE testi

Göğüs ekspansiyonu

L₄₋₅-S₁ sinirlerin etki alanları

Radyolojik değerlendirme

Alarm belirti ve bulguları olmayanlarda ve spondiloartrit düşünülmeyenlerde, siyatalji olsun veya olmasın, ilk başvuruda direkt grafi istenmesine gerek yoktur. Cauda equina sendromu veya ilerleyici major motor güçsüzlük saptananlarda acilen bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), miyelografi veya kombine miyelografi-BT istenmelidir. Bir aydan daha uzun süre bel ağrısı devam eden hastalarda da radyolojik değerlendirme yapılmalıdır.

Akut bel ağrısıyla başvuranlarda direkt grafi endikasyonları

> 50 yaş

Ankilozan spondilit şüphesi

Ciddi travma, kırık şüphesi

Cauda equina semptomları

Progresif nörolojik defisit

Açıklanamayan kilo kaybı

İlaç veya alkol kullanımı

Ateş \geq 37.8 0C

Kanser öyküsü

Kortikosteroid kullanımı

Bir aylık tedavi sonrasında bel ağrısında iyileşme olmaması

Laboratuvar İncelemeleri

Akut bel ağrısı ile ilk başvuruda genellikle laboratuvar testleri gerekli değildir. Tümör veya infeksiyon şüphesi olanlarda tam kan sayımı ve ESH başlangıç incelemeleri olarak yapılmalıdır. Öykü ve fizik bakıdan elde edilen ipuçlarına göre idrar incelemesi planlanabilir. Özellikle alarm semptomları ve durumları bulunanlarda daha ileri incelemeler kısa süre içerisinde yapılmalıdır.

Omurga görüntüleme yöntemleri ile saptanan anatomik patoloji, her zaman bel ağrısının kaynağı değildir. Asemptomatik bireylerde çekilen MRG'lerde %22-40 oranında LDH bulgusu ve %24-81 bulging bulgusu saptanmıştır. Bu nedenle görüntüleme yöntemleriyle saptanan patoloji, hastanın şikayetleri ve muayene bulguları ile uyumlu olduğunda dikkate alınmalıdır.