

# Bel Ağrıları

Doç.Dr.Şüheda Özçakır

## İletişim

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Tel: 05334149075

e-posta: [suheda@uludag.edu.tr](mailto:suheda@uludag.edu.tr)

Bel ağrısı dünyada önde gelen disabilite nedenidir (1). Doğrudan ve dolaylı maliyetleri açısından bakıldığında da önemli bir ekonomik yük oluşturur (2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bel ağrılı bir hastanın ortalama yıllık doğrudan maliyeti 1080 TL iken, iş gücü kaybı ile açıklanan dolaylı maliyeti 5511TL ile 5 kat daha fazla bulunmuştur (3). Birinci basamak başvuru tanılarında üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (4). Yaşam boyu prevalansı %80'in üzerindedir (5). Risk faktörleri arasında eşlik eden komorbidite varlığı, psikolojik faktörler, işle ilgili faktörler, yaş, kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, sigara gibi sorunlar sayılabilir (6, 7). Bel ağrısı 6 haftadan kısa ise akut, 6 haftadan uzun ise kronik bel ağrısı olarak tanımlanabilir. Altta yatan patolojiye göre omurga dışı sorunlar (ör: böbrek taşı), omurgayı tutan ciddi sorunlar (ör: enfeksiyon, malinite), radiküler ağrı ya da nörojenik kladikasyon ve nonspesifik bel ağrısıdır. Nonspesifik bel ağrısı bilinen spesifik bir patolojiye bağlanamayan bel ağrısını tanımlamak için kullanılır ve birinci basamak başvurularına bel ağrılarının %90'ını oluşturur. Tüm bel ağrıları içinde ciddi spinal hastalıklara ait bel ağrısı %1 ve radiküler ya da nörojenik kladikasyo ile birlikte olan bel ağrısı da olguların %5-10'unu oluşturur (8). Altta yatan ciddi spinal hastalık varlığını düşündüren klinik bulgular "kırmızı bayraklar" olarak bilinir. Ciddi travma, ateş, kanser, HIV öyküsü, steroid kullanımı, kauda ekina sendromuna ait sfinkter bozukluğu ya da eyer tarzı anestezi, yaygın nörolojik bulgu varlığı ve 65 yaş üstü ilk ağrı epizodu altta yatan ciddi bir sorun olabileceğini akla getirmelidir.

Bel ağrılı hastanın değerlendirmesi muayene odasına girdiği anda başlar. Hastanın duruşu, yürüyüşü ve yüz ifadesi ağrının kaynağı ve şiddeti hakkında fikir verir. İyi bir anamnez ve dikkatli bir fizik muayene tanı için genellikle yeterlidir. Anamnezde ağrının ne zaman ve nasıl başladığı, başlatan bir neden olup olmadığı, sabah

tutukluğu ya da gece ağrısı varlığı, ateş halsizlik gibi konstitüsyonel semptomların varlığı, ağrıyı azaltan ve artıran nedenler, eşlik eden nörolojik yakınmalar, varsa uygulanan tedavinin sonuçları sorulmalıdır. Muayene inspeksiyonla başlar. Ayaktaki hastaya arkadan ve yandan bakılarak lomber lordoz, torakal kifoz değerlendirilir, skolyoz varlığı kaydedilir. Duruştaki asimetri, kıllanma artışı gibi cilt bulguları incelenir. Palpasyonda kemik çıkıntılar, sakroiliyak eklemler, paravertebral kaslar duyarlılık açısından değerlendirilir. Hareket açıklığının kısıtlı ve/veya ağrılı olup olmadığı fleksiyon, ekstansiyon, lateral fleksiyonlar yaptırılarak test edilir. Hangi hareketlerde ağrı ortaya çıktığı ve varsa yayılım yönü kaydedilir. Hastanın muayenesine sırtüstü yatırılarak devam edilir. Diz ekstansiyonda iken yapılan “düz bacak kaldırma testi” nin pozitifliği (20-70 derece arasında belden bacak arkasına ve diz altına yayılan ağrı varlığı) siyatik sinirin disk hernisi gibi bası yaratan bir patoloji nedeniyle irritasyonunu düşündürür. Yalnızca uyluk arkasında hissedilen ve çoğunlukla hamstring kaslarındaki gerginliğe bağlı ortaya çıkan lokal ağrı bununla karıştırılmamalıdır. Bel ağrılı bir hastanın alt ekstremitte nörolojik muayenesi mutlaka yapılmalıdır. Duyusal ve motor muayene, derin tendon refleksi değerlendirilir (Tablo 1) ve patolojik refleks varlığı test edilir. Sırtüstü değerlendirme olanağı olmayan hastalarda proksimal kasların kuvveti için çömelme kalkma, distal kaslar için topukta ve parmak ucunda yürüme manevraları yaptırılabilir. Kalça eklemının hareket açıklığı muayenesi ile kalça ekleminden kaynaklanan ağrı dışlanabilir. Klodikasyon yakınması olan hastalarda vasküler nedenleri dışlamak için nabızların palpasyonu önem taşır.

Görüntüleme ve kan tetkiki nonspesifik bel ağrılı hastalarda gerekli değildir. Ülkemiz, MR tetkiki isteme oranlarına bakıldığında OECD ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır. 2008-2013 yılları arasında bu sayıda 2.5 kat artış gözlenmektedir (9). Bel

ağrılı hasta takibinde de görüntüleme gerekliliği konusunda hekimlerin biraz daha duyarlı olmaları gerekmektedir. Ciddi spinal hastalığa bağlı olduğu düşünülen bel ağrısı varlığında görüntüleme öncelik taşır, hatta kauda ekina şüphesinde acil tanı ve tedavi gerekir. Ciddi nörolojik defisit eşlik etmediği radikülopati ya da spinal stenoz tanılarında da başlangıçta tedaviyi değiştirmeyeceği için görüntüleme önerilmez. Bel ağrısı tanıları, ilişkili semptomlar, görüntüleme ve tetkik önerileri Tablo 2 de özetlenmiştir (10).

Nonspesifik bel ağrısının tedavisinde öncelikle konservatif olanlar, konservatif olanların içinde de ilaç dışı tedaviler tercih edilir. 2016 yılı İngiltere kaynaklı NICE rehberine (11) ve 2017 yılı Amerika kaynaklı ACP rehberine (12) göre akut ve kronik bel ağrısı tedavisinde yatak istirahatı değil aktif olmak önerilir. Medikal tedavide parasetamol ve sistemik kortikosteroidler etkili olmadığı için önerilmezken NSAİ ilaçlar hem akut hem kronik ağrıda öncelikle tercih edilir. Akut ağrıda ayrıca kas gevşetici ilaçlar da tedaviye eklenebilir. İlaç kullanımı hastanın komorbid hastalıkları dikkate alınarak mümkün olan en kısa sürede kesilmelidir. Fizik tedavi yöntemleri öncelikle tercih edilir. Akut ağrıda sıcak ve manuel terapi gibi fizik tedavi yöntemleri, kronik ağrıda çeşitli egzersiz tiplerinin yanında psikolojik yaklaşımlar etkili bulunmuştur. Girişimsel yaklaşımlardan transforaminal epidural steroid enjeksiyonları radiküler ağrı yakınması olan akut hastalara önerilebilir. Kronik ağrılı hastada cerrahi önerilmezken enjeksiyon yalnızca medial dal bloğuna yanıt veren hastalarda yapılacak faset eklem radyo frekans uygulamaları ile sınırlı tutulmuştur. İki rehberin önerileri doğrultusunda hazırlanan tedavi şeması Şekil 1 de gösterilmiştir.

Özet olarak, bel ağrısının %90'ı spesifik bir tanıya bağlı değildir (nonspesifik) ve ek tetkik gerektirmez. Hastaların bel ağrısı ve prognozu ile ilgili bilgilendirilmeleri tedavinin önemli bir parçasıdır. Çoğu hasta tedavi ile ya da tedavisiz kısa sürede

iyileşir. İstirahat çoğu zaman gereksiz olup aktif olmak önerilir. Farmakolojik olmayan tedaviler öncelikle tercih edilmelidir (fizik tedavi, egzersiz, multidisipliner yaklaşımlar gibi). İlaçlardan NSAİ ve kas gevşeticiler etkili olup, uygun hastaya kısa süreli kullanılabilir. Parasetamol, sistemik kortikosteroidler önerilmemektedir. Hastalar tedavi etkinliği açısından izlenmeli, şiddetlenen ağrı, ilerleyen nörolojik defisit, işe dönememe gibi durumlarda tanı ve tedavi açısından gözden geçirilmelidir. Cerrahi konservatif tedaviye yanıt vermeyen radiküler ağrısı olan ve bununla uyumlu görüntüleme bulgusu olan hastalarda tercih edilebilir.

## Kaynaklar

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015 Aug 22;386(9995):743-800.
2. Dieleman JL, Baral R, Birger M, Bui AL, Bulchis A, Chapin A, Hamavid H, Horst C, Johnson EK, Joseph J, Lavado R, Lomsadze L, Reynolds A, Squires E, Campbell M, DeCenso B, Dicker D, Flaxman AD, Gabert R, Highfill T, Naghavi M, Nightingale N, Templin T, Tobias MI, Vos T, Murray CJ. US Spending on Personal Health Care and Public Health, 1996-2013. *JAMA* 2016 Dec 27;316(24):2627-46.
3. Icagasioglu A, Yumusakhuylyu Y, Ketenci A, Toraman NF, Karatas GK, Kuru O, Kirazli Y, Capaci K, Eriman E, Haliloglu S. Burden of Chronic Low Back Pain in the Turkish Population. *Turk Fiz Tip Rehab D* 2015 Mar;61(1):58-64.
4. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001 Feb 1;344(5):363-70.
5. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord* 2000 Jun;13(3):205-17.
6. Manchikanti L, Singh V, Falco FJ, Benyamin RM, Hirsch JA. Epidemiology of low back pain in adults. *Neuromodulation* 2014 Oct;17 Suppl 2:3-10.
7. Capkin E, Karkucak M, Cakirbay H, Topbas M, Karaca A, Kose MM, Gokmen F. The prevalence and risk factors of low back pain in the eastern Black Sea region of Turkey. *J Back Musculoskelet* 2015;28(4):783-7.
8. Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ* 2017 Nov 13;189(45):E1386-E95.
9. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Publishing.
10. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and Chronic Low Back Pain. *Med Clin North Am* 2016 Jan;100(1):169-81.
11. Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. *BMJ* 2017 Jan 6;356:i6748.
12. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017 Apr 4;166(7):514-30.

Tablo 1: Sık etkilenen spinal kökler ve kauda ekina tutlumunda alt ekstremitte nörolojik muayenesi

<b>KÖK</b>	<b>REFLEKS</b>	<b>DUYU</b>	<b>MOTOR</b>	<b>EN SIK ETKİLENEN DÜZEY</b>
<b>L4</b>	Patella	Kruris mediali	Diz ekstansiyonu ve ayakbileği dorsifleksiyonu	L3-4
<b>L5</b>	-	Kruris laterali	Ayak başparmak dorsifleksiyonu	L4-5
<b>S1</b>	Aşil	Ayak laterali ve tabanı	Ayakbileği ve parmaklar plantar fleksiyonu	L5-S1
<b>Kauda Ekina</b>	-	Perianal bölge	Eksternal anal sfinkter	Çok düzeyli olabilir

Tablo 2: Bel ağrısı nedenleri, klinik özellikler, önerilen görüntüleme ve tanısal testler (10)

Etiyoloji	Temel Özellikler	Görüntüleme	Ek tetkik
<b>Kas zorlanması (Musküler strain)</b>	Belde ağrı ve spazm Gluteal ya da uyluk ardına yayılabilir Aktivite ve öne eğilmekle artar	Yok	Yok
<b>Disk hernisi</b>	Belden başlayıp dermatomal olarak bacağı yayılan ağrı Oturmakla artar, ayakta daha rahat Motor ve duyuşal yakınmalar eşlik edebilir	Semptom süresi bir aydan uzun ya da şiddetli/ ilerleyici ise MR	Yok
<b>Lomber Spondiloz</b>	Yaygın bel ağrısı, aktivite ile artar	Semptom süresi <1 ay ise düz röntgen	Yok
<b>Nörojenik kladikasyon ile birlikte spinal stenoz</b>	Bacağı yayılan bel ağrısı ekstansiyon ve ayakta durma ile artar fleksiyon ve oturma ile azalır Motor/duyuşal değişiklikler eşlik edebilir.	Semptom süresi bir aydan uzun ya da şiddetli/ ilerleyici ise MR	Yok
<b>Spondilolistezis</b>	Tek ya da çift taraflı bacağı yayılan ağrı Fleksiyon ve ekstansiyonda artar Motor/duyuşal değişiklikler eşlik edebilir	Semptom süresi bir aydan uzun ya da şiddetli/ ilerleyici ise düz röntgen	Yok
<b>Ankilozan Spondilit</b>	Genç erkeklerde daha sık Sabah tutukluğu Bel ağrısı kalçalara doğru yayılır Aktivite ile azalır	AP pelvis grafi	ESR, CRP, HLA-B27
<b>Enfeksiyon: Epidural abse, osteomyelit</b>	Sinsi başlangıçlı, artan ağrı, gece ağrısı, konstitüsyonel semptomlar, yeni geçirilmiş enfeksiyon öyküsü, radikülopati ya da motor duyuşal değişiklikler eşlik edebilir	Düz röntgen ve MR	CBC, ESR, CRP
<b>Malinite</b>	Yeni başlayan bel ağrısı ile birlikte kanser öyküsü varlığı Açıklanamayan kilo kaybı, Yaş >50 Radikülopati ya da motor duyuşal değişiklikler eşlik edebilir	Düz röntgen ve MR	CBC, ESR, CRP, PTH, TSH, TIT, protein elektroforezi
<b>Kauda Ekina Senromu</b>	İdrar retansiyonu ya da fekal inkontinans Rektal tonusun azalması Eyer tipi anestezi Kuvvet kaybı eşlik edebilir	MR	Yok
<b>Kompresyon fraktürü</b>	Osteoporoz öyküsü, kortikosteroid kullanımı, ileri yaş	Düz röntgen	Osteoporoz tetkik
<b>Travma</b>	Travmanın şiddetine göre farklılık gösteren muayene bulguları	Düz röntgen, BT, MR	Yok



Şekil 1: Güncel rehberlere göre tanı ve tedavi yaklaşımları

