Bölüm
73

AİLE HEKİMLİĞİNDE BEL AĞRISI YÖNETİMİ

Mustafa GÜLPEMBE[1]

Bel ağrısı, dünyada iş gücü ve performans kaybının önde gelen sebeplerindendir ve insanların %80-85'i hayatların da en az bir kez bu ağrıyı yaşamaktadır(1).Bel ağrısı; iş performans kayıplarına ek olarak, psikolojik stres, günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesinde güçlük, ağrının neden olduğu olumsuz faktörler sebebiyle toplumda önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Yaşlanan nüfusla sıklığı artan ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak da görülen bel ağrısı, hekimlere başvurunun ikinci, bir hastanede yatırılma sebepleri içerisinde beşinci ve cerrahi gerektiren hastalıklar içerisinde üçüncü en sık sebep olan hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır(2,3).Bel ağrısının nerdeyse tamamını (%90) mekanik kaynaklı bel ağrısı oluşturur. Mekanik bel ağrısı uzun süre devam ettiğindefonksiyon kaybına neden olabilir(1,4).Mekanik bel ağrısı, aktivite ile artıp dinlenme ile azalan, genelde bölgesel mekanik bir bozukluğun sebep olduğu,kırık, tümör, inflamatuar ve organlardan kaynaklanan ağrıların dışındaki ağrılardır (5). Tanı koyma sürecinde basit bir yöntem olan direk grafiden, BT ve MR gibi görüntüleme yöntemlerinden ve laboratuar tetkiklerinden yararlanmak gerekebilmektedir.

ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Üst solunum yolları enfeksiyonundan sonra en çok görülen hastalık bel ağrısıdır. Bel ağrılarının büyük kısmı mekanik kaynaklı olup(6,7), omurga ve çevresindeki yapıların aşırı travmatize olması neticesinde oluşan klinik tabloya, mekanik bel ağrısı denir. Bu tip ağrıların büyük kısmanda sebep tam olarak bulunamamaktadır; intervertepraldisk, paraspinal bağve kaslar vb. dokulardaki dejenerasyonağrının sebebi olarak gösterilmektedir. Mekanik bel ağrısında, omurgaya binen yük ağrı oluşur. Fiziksel aktivite ileağrı artarken, istirahat ile azalır. Daha çok bele lokalize olmakla beraber, zaman zaman kalça ve uyluklara da yayılabilir (8,9). Risk faktörleri arasında en sık sebep ağır fiziksel aktivite ve ağırlık kaldırma, vibrasyon, sedanter yaşam, ve postural bozukluk bel ağrısı oluşumuna sebep olabilen fiziksel sebeblerdendir (10). Cinsiyet bakımından farklı etyolojiksebeblerde, farklı dağılım göstermektedir. Örneğin, radiküler ve inflamatuar bel ağrıları erkeklerde daha sık görülmektedir (11). Bel ağrısına neden olan sebebler çok faktörlü olduğu için meslekle bağdaştırmak zordur. . Postürün düzensiz kullanıldığı, İtme ve çekme hareketlerinin daha çok yapıldığı; çifçilik,inşaat işçiliği, boyacılık gibi ağır fiziksel aktivite olan mesleklerde bel ağrısı daha çok raslanmaktadır(12-13). Gençlerde daha çok mekanik bel ağrısı görülürken yaşla birlikte omurganın dejenerasyonu, malinglensi, yansıyan ağrı ve kırıklar gibi bir sebebe bağlı olarak bel ağrılarının sıklığı artmaktadır. Fazla kilolu olmak mekanik- kronik bel ağrısı riskini arttırmaktadır (14). Fiziksel ve çevresel faktörlere kıyasla inflamatuar hastalıklarda daha fazla olmakla birlikte tüm bel ağrısı etiyolojilerinde genetik faktörlerde etkilidir.

[1] Uzm. Dr. Mustafa GÜLPEMBE Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Uzmanı mgulpembe@hotmail.com

nılmaktadır. Bel ağrılı olan hastaların ağrısını azalttıkları, kronik ağrıya genellikle eşlik eden psikolojik durumu düzelttikleri ve özellikle trisiklik antidepresanların uyku sorunu olan kronik bel ağrılı hastalarda sedasyonu sağlayarak hasta konforunu artırdığı düşünülmektedir (21).

Kombine Tedaviler; mekanik bel ağrısının tedavisinde genellikle birden fazla ilaç reçete edilmektedir (19). Genellikle kombinasyon şeklinde reçete edilen kas gevşeticiler ve analjeziklerle birlikte kullanıldığında ağrıda daha hızlı gerileme olmaktadır (22).

Bel ağrısı olan hastaların tedavisinde eğitim, egzersiz, yatak istirahati , lomber korse ve destekler, masaj, fizik tedavi , akupuntur, mobilizasyon, davranışsal tedavi, multidisipliner yaklaşımlar olmak üzere gibi birçok non-farmakolojik tedavi yöntemi bulunmaktadır (23). Bel ağrılı hastaların tedavisinde güncel yaklaşımlarda, pasif tedavi yöntemleri yerini hastanın belinin görev aldığı, yoğun egzersizden oluşan rehabilitasyon programları almaktadır. Yatak istirahati akut bel ağrılı hastaların tedavisinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Yatak istirahati vertpraldiskteki basıncı ve paraspinal yumuşak dokulardaki yüklenmeyi azaltarak ağrıda azalma sağlayabilir.

SONUÇ

Bel ağrısı sık görülen ve büyük bir kısmını mekanik sebeblerden kaynaklanan önemli bir halk sağlığı sorunudur. İyi bir anamnez ve fizik muayene ile tanı ve ayırıcı tanısı yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, tanı, tedavi

Kaynaklar

1. Hoy D,Brooks P, Blyth F, et al. The epidemiology of lowbackpain. Best practice&researchClinicalrheumatology 2010;24(6):769-81.
2. Patel S, Friede T, Froud R, et al.Systematicreview of randomizedcontrolledtrials of clinicalpredictionrulesforphysicaltherapy in lowbackpain. Spine(PhilaPa 1976) 2013;38(9):762–9.
3. Kutsal YG, İnanıcı F, Oğuz KK, et al. Belağrıları. Hacettepe Tıp Dergisi 2008;39:180–93.
4. Özdağ NH, Mollahaliloğlu S, Öztaş D, et al. Acupuncture in thetreatment of pain. Ankara MedicalJournal 2015;15(4):249-53.
5. Yılmaz Ö, Eroğlu PK, Yurdakul FG et al. Comparingphysicaltherapyaccompanyingexercisewithonlyexercisetreatments in patientswithchronicmechanicallowbackpain. Turk Osteoporoz Dergisi 2015;21(2):73-8.
6. Chou R, Shekelle P. Willthispatientdeveloppersistentdisablinglowbackpain? JAMA 2010;303(13):1295–302. CrossRef
7. Hochschuler SH. Diagnosticstudies in clinicalpractice. OrthopClin North Am 1983;14(3):517–26.
8. Şenköylü A. Bel ağrısında kırmızı bayraklar. Türk Fiz Tıp RehabDerg 2011;57 (Kasım):0–0.
9. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can thehistoryandphysicalexaminationtell us aboutlowbackpain? JAMA 1992;268(6):760–5.
10. Manchikanti L. Epidemiology of lowbackpain. PainPhysician 2000;3(2):167-92.
11. Ketenci A, Özcan E, MüslümanoğluL,ve ark. Kronik Mekanik Bel Ağrılı 1120 Hastanın Özellikleri. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998;1(1):60-4.
12. Eryavuz M, Akkan A. Fabrika calışanlarında Bel ağrısı Risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2003;49(5):3-11.
13. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, et al.Causalassessment of occupationalpushingorpullingandlowbackpain: results of a systematicreview. Spine J. 2010;10(6):544- 53.
14. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, et al. The associationbetweenobesityandlowbackpain: a meta-analysis. Am J Epidemiol 2010 15;171(2):135-54.
15. Deyo RA, Weinstein JN. Lowbackpain. New Engl J Med 2001;344(5):363–70.
16. Carragee EJ. Clinicalpractice. Persistentlowbackpain. New Engl J Med 2005;352(18):1891–8.
17. Jarvik JG, Deyo RA. Diagnosticevaluation of lowbackpainwithemphasis on imaging. AnnInternMed 2002;137(7):586–97.
18. vanTulder MW, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM. Spinalradiographicfindingsandnonspecificlowbackpain. A systematicreview of observationalstudies. Spine (PhilaPa 1976) 1997;22(4):427–34.
19. Mens JM. The use of medication in lowbackpain. Best PractResClinRheumatol 2005; 9(4):609-21.
20. Chou R. Pharmacologicalmanagement of lowbackpain. Drugs 2010; 70(4):387-402.
21. Özcan E. Bel ağrılı hastaların konservatif tedavisi. In: Özcan E, Ketenci A, eds. Bel Ağrısı Tanı ve Tedavi. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2002.p.187-219.
22. vanTulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Musclerelaxantsfornonspecificlowbackpain: a systematicreviewwithintheframework of theCochranecollaboration. Spine 2003;28(17):1978-92.
23. Leetun DT, Ireland ML, Willson JD, Ballantyne BT, Davis IM. Corestabilitymeasures as risk factorsforlowerextremityinjury in athletes. Med. Sci. Sports Exerc 2004;36(6): 926-34