

Bel Ağrısında Kırmızı Bayraklar

Red Flags in Low Back Pain

Alpaslan ŞENKÖYLÜ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş

Bel ağrısı, kas iskelet sisteminde görülen ağrılar içinde ön sırada yer alanıdır. Ülkemizde 15 ilde yapılan bir çalışmaya göre bel ağrısı ağrı nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (1). Yaşam boyu prevalansın kentsel yerleşim bölgelerinde %47, kırsal yerleşim bölgelerinde ise %80'e ulaştığı kesitsel çalışmalarla gösterilmiştir (2,3).

Bel ağrısının birçok nedeni vardır, ancak çoğunluğunu mekanik bel ağrısı olarak da adlandırılabilen ve omurga ile etrafındaki yapılardan kaynaklanan ağrı tipi oluşturur. Bu tip ağrıların önemli bir kısmında neden tam anlaşılamamıştır. Ancak disk, ligamentöz yapılar gibi dokulardaki dejenerasyon, gerilme ve burkulmalar suçlanmaktadır. Bunun dışında daha az olarak nörojenik nedenler, mekanik olmayan sorunlar ve diğer nedenler de bel ağrısına yol açabilmektedir (Tablo 1) (4,5).

Bel ağrısında kırmızı bayrak olarak adlandırılan belirtiler neoplastik sorunlar, enfeksiyon, travma gibi patolojileri düşündürülen semptomlardır. Aslında sayılan bu problemler bel ağrısı nedenleri içinde oldukça küçük bir oranı oluşturmaktadır. Ancak atlandığında bu sorunlardan dolayı morbidite ve mortalite oranı oldukça yükselebilmektedir. O nedenle bel ağrısına yaklaşımda kırmızı bayraklar açısından risk faktörlerini iyi analiz etmek ve gerekirse ayırıcı tanı için ileri tetkikleri yapmak gerekmektedir. Tıp öğretisinin her alanında olduğu gibi bu konuda da olguları ayrıntılı öykü ve fizik muayene ile değerlendirmek için temelini oluşturmaktadır.

Öykü ve Fizik Muayene

Travma öyküsü olması önemlidir. Ancak hastanın osteoporozu mevcutsa minör travmalarla ya da sadece aksırmakla bile vertebra

kırığı oluşabilir. O nedenle kemik kalitesinde sorun olan hastalarda, önceden var olan bel ağrısındaki artış ve hastanın günlük etkinliklerini yerine getirememesi osteoporotik vertebra kırığını akla getirmelidir.

Öyküde bel ağrısının şiddeti, yayılımı, şekli, ne zamandan beridir sürdüğü oldukça önem taşır. Bu açıdan bel ağrısı tiplerine göz atmakta fayda vardır. En çok görülen bel ağrısı tipi mekanik bel ağrısıdır. Burada omurgaya yük binmesiyle ağrı oluşur. Yani hastanın yatakta hareket etmesi de ağrı oluşturabileceği gibi, ayakta durması ya da uzun süre oturması da ağrı nedeni olabilir. Ancak hastanın dinlenmesiyle ağrı çoğunlukla azalır. Bu tip ağrılar daha çok dejeneratif ve travmatik sorunlar sonucu ortaya çıkar. Mekanik bel ağrısı genelde bele lokalizedir ve genelde kalçalardan daha aşağıya doğru yayılmaz.

Diğer bir ağrı tipi istirahatte ağrıdır ve kırmızı bayraklardan neoplastik ve enfeksiyöz patolojilerin tanısı açısından en önemli belirtilerendir. Bu ağrı tipinde hasta omurgasına yük binmeyen hallerde de ağrı duyar. Örneğin hasta yatakta dinlenirken de ağrı duyar ve kendisine ağrısız bir pozisyon veremez.

Öyküde ateş, iştahsızlık, kilo kaybı gibi konstitüsyonel belirtilerin varlığı akla enfeksiyonları getirmelidir. Ancak tüberküloz gibi omurganın spesifik enfeksiyonlarında ateş olmayabileceği akılda tutulmalıdır. Aşırı kilo kaybı neoplastik patolojilerde de görülebilen belirtilerendir.

Fizik muayenede bel hareketlerinin ağrılı olması kırmızı bayraklara özgü bir durum değildir ve tüm bel sorunlarında görülebilir. Nörolojik kayıp olması da özgül olmamakla beraber, ilerleyici olması durumunda kırmızı bayrakların ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Risk Faktörleri

Kırmızı bayraklardan şüphelenmek için bir takım risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu risk faktörlerinin varlığında olgular daha ayrıntılı irdelenerek ayırıcı tanıya gidilmelidir (Tablo 2).

Hastanın yaşının 15 altında ya da 55 üzerinde olması önemli bir risk faktörüdür (6). On beş yaş altında dejeneratif bel sorunlarına bağlı bel ağrısı görülmez. Belin zorlanmasına bağlı ağrılar görülebilir. Bunun dışında osteoid osteoma, osteoblastoma gibi primer benign kemik tümörlerinin yanında, daha az olarak osteosarkom ve Ewing sarkomu gibi malign patolojiler çocukta bel ağrısına neden olabilmektedir. Ayrıca omurga enfeksiyonları da çocukta bel ağrısına yol açan nedenlerdendir. O nedenle çocuklarda bel ağrısını ciddiye alıp ayrıntılı analiz etmek gerekir.

İyi değerlendirilmesi gereken bir başka önemli konu da çocukluk çağındaki ağrılı omurga deformiteleridir. Normal koşullarda Scheuermann kifozu dışındaki omurga deformiteleri önemli düzeyde ağrıya yol açmaz. Bu nedenle çocukluk çağında bel ağrısının eşlik ettiği omurga deformitesi varsa primer kemik tümörleri (osteoid osteoma gibi) veya spondilolizis akla gelmelidir (Şekil 1).

Elli beş yaşın üzerinde dejeneratif disk hastalığına bağlı ağrılar sık görülmekle beraber osteopozza bağlı kırıklar ve malign patolojilerinin omurga metastazları da bu yaş grubunda sık görülür. O nedenle öyküde travmanın varlığı osteoporotik kırığı

Tablo 1. Bel ağrısının nedenleri.

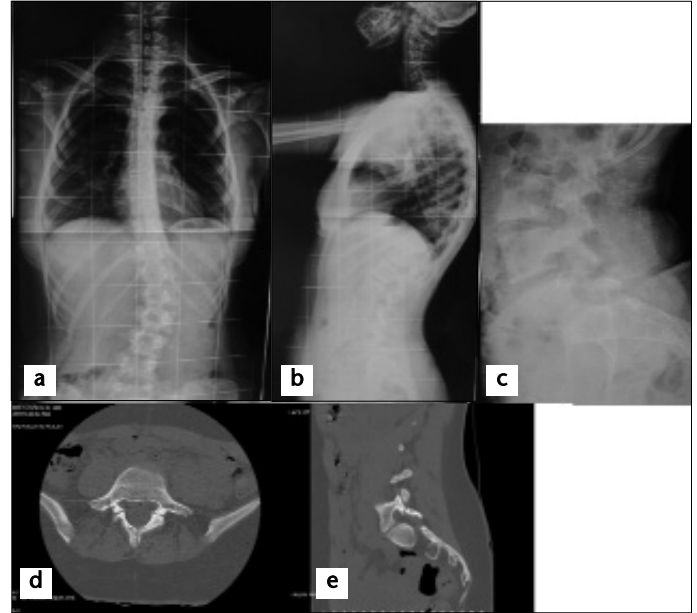
Mekanik (%80-90):
<ul style="list-style-type: none">• Nedeni bilinmeyenler (%60-70), çoğunlukla kas ve ligament yapıları olan travmalardan kaynaklandığı düşünülür.• Dejeneratif disk hastalığı• Faset kaynaklı ağrılar• Vertebra kırıkları• Spondilolizis• İnstabilite• Omurga deformiteleri (özellikle ileri yaşlarda)• Başarısız bel cerrahisi sendromu (Araknoidit, epidural yapışıklık, füzyon yetersizliği, tekrarlayan disk hernisi)
Nörojenik (%5-15):
<ul style="list-style-type: none">• Disk hernisi• Spinal stenoz• Sinir köküne osteofit basısı• Annuler yırtıkla oluşan kimyasal sinir kökü irritasyonu• Başarısız bel cerrahisi sendromu (Araknoidit, epidural yapışıklık, füzyon yetersizliği, tekrarlayan disk hernisi)• Enfeksiyon (Herpes zoster)
Mekanik olmayan sorunlar (%1-2):
<ul style="list-style-type: none">• Neoplastik (primer ya da metastatik) sorunlar• Enfeksiyon (Spondilodiskit, abse)• İnflamatuar artritler (Romatoid artrit ve ankilozan spondilit, gibi spondiloartropatiler)• Paget hastalığı• Diğçer (Scheuermann kifozu)
Diğçerleri (%2-4):
<ul style="list-style-type: none">• Fibromiyalji• Somatoform bozukluklar (Somatizasyon bozukluğu, ağrı bozukluğu)

akla getirmelidir. Osteoporotik omurgada kırığa neden olacak travmanın şiddeti düşük enerjilidir. Basit düşmelerden sonra bile kırık oluşabilir (6).

İleri yaş grubunda bel ağrısıyla gelen hastalarda malignite kesinlikle sorgulanmalıdır. Bazen ilk tanı omurga metastazına bağlı oluşan ağrı belirtisi sonucu hastanın doktora başvurması ile konur. İleri yaşta cinsiyete göre omurgaya en sık metastaz yapan maligniteler Tablo 3'de gösterilmiştir. Bu hastalarda beraberinde açıklanamayan kilo kaybının olması, ağrının bir aydan uzun sürmesi ve istirahatle ağrının geçmemesi durumunda metastatik lezyon olasılığı çok artmaktadır (7,8).

Tanı

Tanı için öncelikle şüphelenmek gerekir. Neoplastik oluşumlarda belirtiler sinsi başlangıçlıdır ve hastaların çoğunda travma öyküsü



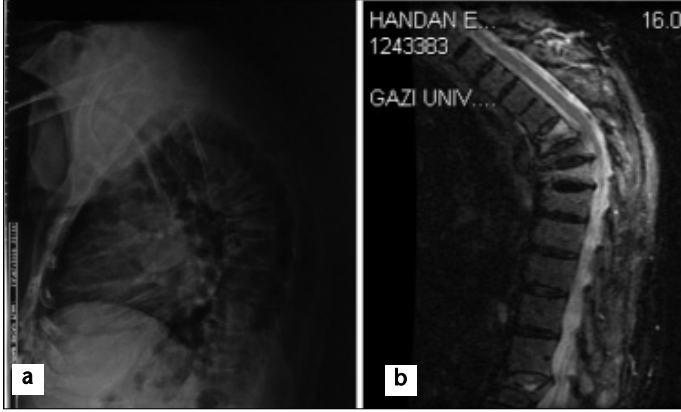
Şekil 1. On beş yaşında sol lumbar eğriliği olan kız hastada şiddetli bel ağrısı yakınması mevcuttur (a). Hastanın yan omurga grafisi (b) yakından incelendiğinde (c) L5 vertebraasında pars defekti olduğu görülerek BT tetkiki yapılıyor. İki boyutlu sagittal rekonstrüksiyonlarında (d) ve ters gantry transvers kesitlerinde (e) bilateral L5 pars defekti görüntülenmiştir.

Tablo 2. Ağrılı omurgada kırmızı bayrakların düşünülmesini gerektiren risk faktörleri.

- Yaş: <15 ve >55
- Sirt bölgesinde ağrı
- Gece ağrısı
- Yoğun ve ilerleyici semptomlar
- Fokal nörolojik defisit
- Malignensi öyküsü
- Kilo kaybı
- İV ilaç kullanımı
- Sistemik steroid kullanımı
- İmmün sistemin basklanması
- Yapısal deformite

Tablo 3. Elli beş yaş üzeri hastalarda omurga metastazına en çok yol açan patolojiler.

Kadın	Erkek
Meme CA	Akciğer CA
Akciğer CA	Prostat CA
Tiroid CA	Tiroid CA



Şekil 2. Seksen yaşında T5-6-7 vertebra osteoporotik kırığı olan hastanın direkt röntgenogramında üç vertebra da kamalaşma vardır (a). Yağ baskılı T2 ağırlıklı sagittal kesitlerinde hiperintens sinyal veren T5 ve T7 nin yeni, sinyal vermeyen T6 nın da eski kırık olduğu söylenebilir (b).



Şekil 3. Üç yaşında omurga tüberkülozu olan erkek hastanın T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme tetkikinde disk aralıklarının korunduğu ve epidural bölgeye yayılan apse varlığı görülmektedir.

vardır. Özellikle neoplastik patolojilerin tanısında dokuz aya kadar gecikme olabilmektedir. Bu da nörolojik komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır.

Direkt röntgenogram ilk basamakta yapılacak olan en kolay tetkiktir. Ancak kemik yıkımının henüz başlamaması nedeniyle erken dönemde enfeksiyon ve tümör için çok yeterli olmayabilir. Kırıkların değerlendirilmesi için çok değerlidir. Buna karşın osteoporotik kırıklarda eski ve yeni kırık ayırımını yapmada yetersiz kalır. Bilgisayarlı tomografi için de benzer şeyler söylenebilir. Sintigrafi duyarlılığı çok yüksek, ancak özgüllüğü oldukça düşük bir tetkiktir ve ayırıcı tanı yapmada çok yardımcı olmayabilir. Manyetik rezonans görüntüleme tanıda altın standarttır. Bu görüntüleme yöntemiyle neoplastik patolojiler, kırıklar, enfeksiyonlar ve dejeneratif sorunlar birbirinden çoğunlukla ayrılabilir. Hatta osteoporotik kırıklarda yağ baskılı T2 ağırlıklı kesitlerle eski-yeni kırık ayırımını yapmak kolay olur (Şekil 2). Manyetik rezonans görüntülemeyle kontrast madde tutulum görüntüsü spesifik ve non spesifik ayırımını yaptırabilir. Spesifik enfeksiyonda çoğunlukla disk aralığı korunmuştur ve gadolinyum tutulumu homojendir (Şekil 3). Malign tümörlerde oluşumlarda kemik doku dışına taşan ve kontrast tutan yumuşak doku komponentinin oluşu genelde tanı koydurucudur.

Laboratuvar yöntemlerinden beyaz küre sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP en çok enfeksiyon tanısında yardımcıdır. PSA gibi tümörlere özgül işaretleyiciler ayırıcı tanıda büyük önem taşır.

Çıkarımlar

Bel ağrısı toplumda oldukça yaygın olan bir sorundur. Olguların çoğunda neden dejeneratif sorunlardır. Daha az bir oranı oluşturan tümör, travma ve enfeksiyona bağlı lezyonların tanısı için kırmızı bayrak olarak adlandırabileceğimiz belirtilerin büyük önemi vardır. Bu belirtilerin varlığında ayrıntılı tetkik istenerek ayırıcı tanıya gidilmelidir.

Kaynaklar

1. Erdine Ş, Hamzaoğlu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M. Türkiye'de erişkinlerin ağrı prevalansı. Ağrı Dergisi 2001;14:22-30.
2. Gilgil E, Kaçar C, Bütün B, Tuncer T, Urhan S, Yıldırım Ç, et al. Prevalence of low back pain in a developing urban setting. Spine (Phila Pa 1976) 2005;30:1093-8.
3. Dündar PE, Özyurt BC, Özmen D. Manisa'da kırsal bir bölgede kadınlarda bel ağrısı sıklığı; ev işleri ve diğer faktörlerle ilişkisi. Ağrı Dergisi 2006;18:51-6.
4. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med 2001;344:363-70.
5. Cohen SP, Argoff CE, Carragee EJ. Management of low back pain. BMJ 2008;337:a2718.
6. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. J Clin Epidemiol 2008;61:110-8.
7. Greenough CG. Degenerative disc and vertebral disease-clinical. Surgery 2009;27:301-5.
8. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. Screening for malignancy in low back pain patients: a systematic review. Eur Spine J 2007;16:1673-9.