

# KONU 7

## Sırt ve Boyun Ağrısına Yaklaşım

Karen Kinnaman, MD and Emily Senecal, MD

Çeviri: Dr. Öğr. Üyesi Beliz ÖZTOK, Doç. Dr. Ayhan ÖZHASENEKLER

### GİRİŞ

Boyun ve sırt ağrısı acile başvuran hastalarda sık başvuru şikayetleri arasında yer alır. İnsanların yaklaşık %70 ile 90'ı hayatlarının herhangi bir zamanında sırt ağrısı yaşayacaklardır.<sup>1-3</sup> Bir saha araştırmasında son 3 ay içerisinde bireylerin %26'sı bel ağrısı ve %14'ü boyun ağrısı bildirmişlerdir.<sup>4</sup> Yaygın olmasının yanısıra sırt ağrısı aynı zamanda maliyetlidir ve omurgaya bağlı harcamalar son yıllarda artış göstermektedir, öyle ki ABD'de 2005 yılındaki maliyet 86 milyar dolardır.<sup>5,6</sup> Buna ek olarak, iş gücü kayıpları ile yaşanan dolaylı maliyet de çok büyük olup Amerika'da her yıl sırt yaralanmalarına bağlı işgücü kaybının yaklaşık %2'sine karşılık gelmektedir.<sup>7</sup>

Literatürde hastaların tahmini %85'inin kas veya ligament yaralanmalarına bağlı ağrı çektiği ve yalnızca küçük bir kısmının sinir kökü (herniye olmuş disk gibi), faset eklemler (artrit gibi), ya da kemiklere (osteomyelit gibi) bağlı ağrı duyduğu bildirilmiştir.<sup>1</sup> Yazarın görüşü, bu dengesizliğin oldukça abartıldığı yönündedir çünkü kas spazmı ya da zorlanması vakalarının çoğunluğu, ağrının ana kaynağı olan bir başka bozukluğa ikincildir. Bu bölümde okuyuculara bu durumların farklarını daha iyi ortaya koyan araçlar öğretilmeye çalışılacaktır. Bölüm 8'de bu tanıların detaylarına değinilirken Bölüm 9 ve 10'da sırasıyla servikal ve torakolumbar omurganın travmatik yaralanmalarına değinilecektir.

Hastanın ağrısının tam nedeni belirlensin ya da belirlenmesin, acil hekimi için yaşamı tehdit eden nedenlerin benign nedenlerden ayırd edilebilmesi çok önemlidir. Sırt ağrısı olan bir hasta değerlendirilirken klinisyenler kendilerine iki önemli soru sormalıdır:

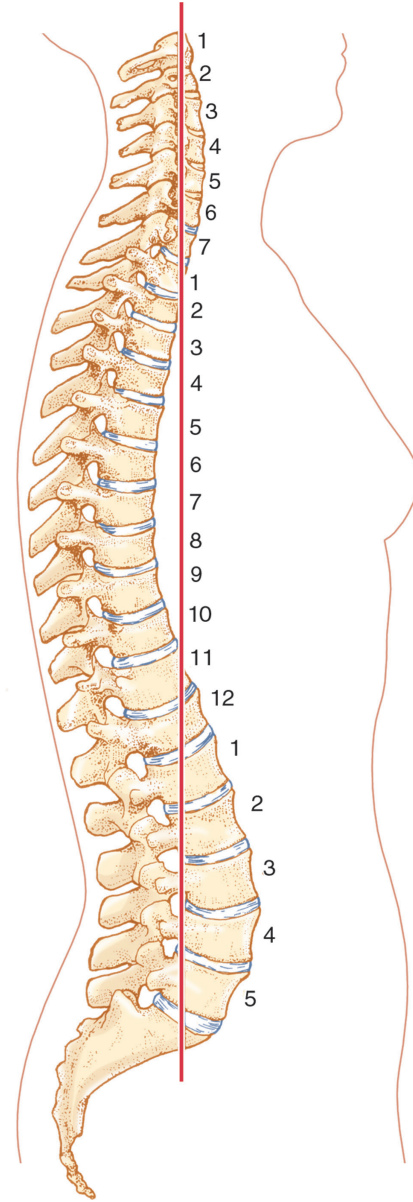
1. Ağrıdan sorumlu altta yatan ciddi sistemik bir hastalık var mı?
2. Spinal kord hasarına işaret edip ileri görüntüleme ya da cerrahi konsültasyon gerektiren nörolojik anormallik var mı?

### ANATOMİ

Spinal kolon 33 vertebra ihtiva eder ve bunların 7'si servikal, 12'si torasik ve 5'i lomber vertebralardır (Şekil 7-1). Sakrum beş birleşik vertebra ve koksistkten oluşur. İlk iki servikal vertebra, yani atlas (C1) ve aksis (C2) benzersizdir. Atlas, kafatası ile eklem yapan halka şekilli bir yapı olup boyun fleksiyon ve ekstansiyon kabiliyetinin %50'sinden

sorumludur. Aksisin odontoid süreci atlasın anterior kısmına bağlıdır ve rotasyona izin verir.

Vertebra gövdeleri aşağı indikçe büyür. Posterior arkus spinal kordu çevreler ve superior artiküler süreç geniş pediküller, yassı laminalar ve spinöz süreçlerden oluşur



Şekil 7-1. Omurga 7 servikal, 12 torasik ve 5 lomber vertebradan oluşur.

MRG ya da BT görüntüleme ciddi ya da ilerleyen nörolojik defisiti olan ya da altta yatan ciddi bir durumu olduğu düşünülen hastalarda önerilir ki, bu hastalıklar zaten acil durumlardır (Örneğin vertebral infeksiyon, kauda ekuina sendromu, ya da spinal kord kompresyonu yaptı yapacak kanser gibi). BT'de intervertebral disk hastalığı ya da yeterince büyük ise bir tümörü ortaya koyabilir. Spinal maligniteyi teşhis için yeterli kadar duyarlı değildir. MRG, spinal kord, vertebral kemik iliği ve yumuşak dokuyu göstermede seçkin tanısal testtir<sup>17</sup> ve kompresyondan şüpheleniliyorsa acil olarak endikedir. Diskler, spinal kord ve sinir köklerini iyi tanımlar. Vertebra osteomyelitini göstermede %96 duyarlı ve %94 özgüldür.<sup>18</sup>

Akut sırt ve radiküler ağrısı olup motor güçsüzlüğü olmayanlar ve nörolojik defisiti olmayıp kronik bel ağrısı olanlar için MRG ve BT çekmek sonucu iyileştirmez.<sup>19</sup> Asemptomatik hastaların % 20 ila 30'unda MRG'de disk hernisinin anatomik kanıtları mevcuttur. Birçok asemptomatik bireyde herniye disk ya da spinal stenoz tespit edilmesi tek başına görüntülemenin yanlış yönlendirici olabileceğini göstermektedir.<sup>1</sup>

## TEDAVİ

Sırt ve boyun ağrısının tedavisi nedene bağlıdır. Ciddi travması, bilinç bulanıklığı ya da nörolojik defisiti olan her hastada, hastane öncesi yapılmadıysa acil serviste servikal boyunluk ve sırt tahtasını içeren spinal önlemler alınmalıdır. Travma olmadan sırt ağrısı yapan acil durumların özel tedavileri için Bölüm 8'e bakınız. Servikal ve torakolumbar travma için ileri tedavi kılavuzlarına Bölüm 9 ve 10'da değinilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA*. 1992;268(6):760-765.
2. Winters ME, Kluetz P, Zilberstein J. Back pain emergencies. *Med Clin North Am*. 2006;90(3):505-523.
3. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344(5):363-370.
4. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys, 2002. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2006;31(23):2724-2727.
5. Martin BI, Deyo RA, Mirza SK, et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA*. 2008;299(6):656-664.
6. Martin BI, Turner JA, Mirza SK, Lee MJ, Comstock BA, Deyo RA. Trends in health care expenditures, utilization, and health status among US adults with spine problems, 1997-2006. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(19):2077-2084.
7. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*. 1999;354:581-585.
8. van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. A systematic review of observational studies. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1997;22:427-434.
9. Deyo RA, Diehl AK. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. *J Gen Intern Med*. 1988;3(3):230-238.
10. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, Sieper J, Braun J. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum*. 2006;54:569-578.
11. Waldvogel FA, Papageorgiou PS. Osteomyelitis: the past decade. *N Engl J Med*. 1980;303(7):360-370.
12. Deyo RA, Weinstein JN. Primary care: low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344:363-370.
13. Sapico FL, Montgomerie JZ. Pyogenic vertebral osteomyelitis: report of nine cases and review of the literature. *Rev Infect Dis*. 1979;1(5):754-776.
14. Chandrasekar PH. Low-back pain and intravenous drug abusers. *Arch Intern Med*. 1990;150(5):1125-1128.
15. van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, et al. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;17(2):CD007431.
16. Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008;29:1098-1103.
17. Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med*. 2002;137:586-597.
18. Nikkanen HE, Brown DF, Nadel ES. Low back pain. *J Emerg Med*. 2002;22(3):279-283.
19. Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG, et al. Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome—multicenter randomized trial. *Radiology*. 2004;231(2):343-351.