

Bel Ağrılarının Konservatif Tedavisi

Conservative Treatment of Low Back Pain

Fusun ŞAHİN, Gülgün DURLANIK

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Pek çok bel ağrısı kısa sürelidir ve hastayı işinden alıkoymaz. Akut bel ağrılı hastaları %80'i 8-10 hafta içinde işine döner. Disk hernisine bağlı siyatik semptomları olan bir çok hasta 10-12 haftadan daha kısa süre içinde iyileşir. Bel vakalarının sadece %1-2'si cerrahi tedaviye ihtiyaç duyar. Akut bel ağrılı hastaların tahmini olarak %7-10'u kronik hal alır ve bunların yaklaşık %80'i oldukça büyük harcamaların yapıldığı kronik bel ağrısı hastası haline gelirler. Dolayısıyla bel ağrılı hastaların erken tanısı ve yoğun rehabilitasyon programlarına önem vermek standart uygulamadır(1).

Burada önemli olan ilk akut atağı önleyebilmek ve bel ağrısında süreklilik ve bunu izleyen sakatlığa mani olmak için ağrıyı başlatan ve kronikleştiren faktörleri tanımak ve önlem almaktır(2). Hastalığın karşılaşılan dönemine göre tedaviyi planlamak şarttır. Akut dönemde tanıyı doğru koyduktan sonra ağrı, enflamasyon, spazmı azaltmak, lomber destek, postür düzeltme ve egzersiz, hastanın istirahat eğiliminin önlenmesi, bel ağrısında korunma yollarının öğretilmesi şeklinde planlanan tedavi, kronik döneme gelindiğinde ağrıyı kontrol edip azaltmak, fonksiyonel aktiviteleri arttırmak, disabilitayı, korku ve endişeyi, hastalık davranışını azaltıp hastayı eğitmek şeklinde olmalıdır(2,3).

Akut Bel Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım; Akut dönemdeki bel ağrılı hastaların konservatif tedavisinde uygulanan tedavi genel olarak ağrıyı azaltma ve hastayı günlük yaşama hazırlama amacını taşır. Kullanılan yöntemler şu şekilde sıralanabilir:

Yazışma Adresi:

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
Tel: 0212-2312209-1424

-Yatak İstirahati: Akut bel ağrısı ve kronik bel ağrısının alevlenmesi durumunda yatak istirahati verilir. Yatak istirahatine cevap 2 gün gibi kısa bir zamanda alınır. Omurgadaki basınç semi-fowler pozisyonunda en azdır. Bu pozisyonda kişi sırt üstü yatar ve dizler fleksiyondadır. Fetal pozisyonda yan da yatılabilir. Yatak istirahati aynı zamanda kısmi hareketsizlik sağlar, paraspinal ligaman ve kaslardaki yükü azaltır. Süresi konusunda kesin bir görüş birliği yoktur. Kronik bel ağrılı hastalar mümkün olduğunca erken ambulasyona teşvik edilmelidir (4,5). Bir haftadan uzun yatak istirahati kardiovasküler zindelik ve kas gücünü azaltmaktadır. Önerilen süre 3-7 gündür. Ancak siyatik germe testinin pozitif olduğu akut bel ve bacak ağrılarında istirahat bir haftanın üzerine çıkarılabilir(6,7,8). Akut dönemde 3 günden fazla yatak istirahatinin sakatlık ve fonksiyon bozukluğunu düzelttiği gösterilememiştir(9). 4 gün yatak istirahati yapan kişilerde normal aktivitelerine dönüş %42 'den büyük olmuştur, artan zaman oranı azaltmaktadır(10,11)

-Medikal Tedavi: İlaç tedavisi, genellikle anatomi veya organ fonksiyonunu değiştirmemekle beraber enflamasyon, kas gevşemesi, nörotransmitter dengesi (özellikle depresyonda) veya santral ağrı algılamasında önemli fizyolojik etkilerinden dolayı kullanılır. Dolayısıyla bu amaçla narkotik veya non-narkotik analjezikler, steroidler (sistemik kullanımdan çok lokal, epidural enjeksiyon tercih edilir), steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar, kas gevşeticiler, antidepresanlar, lokal anestezipler kullanılmaktadır (11,12).

-Korse Kullanımı: Korseler, lordozu azalttığı, bel hareketlerini sınırladığı, karnı ve beli desteklediği için akut ağrılı hastalarda, özellikle kas spazmı ortadan kalkana kadar kısa süreli kullanılması önerilmektedir. Ancak korse kullanımı ile beraber uygun egzersiz programına başlanmalı ve düzgün postür eğitimi verilmelidir. Uygun bir korse desteğinde 3 nokta teması gerekir. Abdominal bölge karnı yukarıya kaldırarak,

karın boşluğunu küçültecek şekilde kompresyon yapmalı, torakolomber bölgeye ve sakruma temas sağlanmalıdır. Torakolomber bölge ve sakrum temasları lomber lordozun azalmasını sağlayacaktır. (3,13).

-Fizik Tedavi Modaliteleri: Bunlar;

1-Sıcak Uygulama: Sıcak uygulama vazodilatasyon, metabolizmanın hızlanması, bağ dokunun esnekliğinde artış yapması, kas spazmını azaltması, ağrı giderici etkileri nedeniyle bel ağrılı hastalarda oldukça fazla uygulanan fizik tedavi yöntemleri arasındadır. Sıcacın nüfuz etkisine göre derin veya yüzeysel ısıtma yapılabilir. Yüzeysel ısıtıcı ajanlar: sıcak paketler, sıcak su torbası, sıcak kompresler, sıcak su, sıcak katı maddeler, parafin banyosu, fluidoterapi, nemli hava, infraruj ışınlarıdır. Kısa dalga ve mikrodalga diatermi, ultrason da derin ısıtma amacıyla kullanılan ajanlardır. (14,15,16).

2-Soğuk Uygulama: Enflamatuvar reaksiyonu, kas spazmını azaltması, analjezik etkileri nedeniyle kullanılır. Buz paketi, soğuk jel paketi, soğuk hava, buz masajı şeklinde uygulanabilir. Bel ağrılı hastalarda 10-20 dakika süre ile yapılacak buz masajı kas spazmını azaltıcı etkisinden dolayı önerilmektedir (3,15,16).

3-Elektroterapi: Klinikte kullanılan alçak frekanslı akımlar (diadinamik akımlar, ekspanansiyel akımlar ve TENS), analjezik, kas tonusunu azaltıcı, dolaşımı arttırıcı ve trofik etkileri nedeniyle bel ağrılı hastaların akut, subakut, kronik dönemlerinde sıklıkla kullanılan fizik tedavi modaliteleridir. Aynı şekilde faradik veya yüksek frekanslı galvanik kas stimülasyonu ağrılı kas spazmlarının giderilmesinde, alçak frekanslı akımların yeterli olmadığı durumlarda kullanılabilir (12,15,16,17).

4-Traksiyon: Klinik etkinliği kontrollü çalışmalarla yeterli olarak ortaya konamamış olan traksiyon, diğer fizik tedavi yöntemlerini de içeren tedavi programının bir parçası olarak kullanılmaktadır. Kullanma amaçları: immobilizasyon ile istirahati sağlamak, gergin kasları gevşetmek, diskin beslenmesini arttırmak, baskıyı kaldırarak ağrıyı azaltmak, disk mesafesini açarak hernileri redüksiyona uğratmaktır (3,15,16).

-Manipulasyon: Erken dönemdeki disk fragmanlarının replase edilmesinde, faset blokajlarında kullanılabilen bir yöntemdir. Nörolojik defisiti olmayan akut bel ağrılı hastalarda etkindir (12,13).

-Lokal Enjeksiyon: Lokal anestezipler ve steroidler paravertebral, epidural, intradiskal, intratekal, paraspinal enjeksiyonlarda, faset infiltrasyonlarında kullanılabilir (12,13).

-Egzersiz: Egzersize 3-7 gün şiddetli ağrıyı azaltacak tedaviler uygulandıktan sonra başlanır, 2-4 hafta içinde

şiddeti artırılır. Kas iskelet sisteminin tüm elemanları inaktiviteye ters yanıt verirler, bu durum doku ve yaygın kas gücü kaybı ile sonuçlanır. Uzmanış inaktivite (buna yatak istirahati de dahil) kas hacminin azalmasına, kemik yoğunluğunda azalmaya, bağ dokunun incelenmesi ve uzayabilirliğinin azalmasına neden olur. Bu değişikliklerin, eklem hareket açıklığında, kas gücü ve dayanıklılığında azalmaya neden olduğu gibi, fiziksel sağlığın bozulmasındaki önemi de vurgulanmaktadır. Bel ağrılı hastalarda egzersiz verilme nedenleri Spinal yapılar üzerindeki mekanik stresi azaltmak, zayıf kasları güçlendirmek, disk ve faset eklemlerinin beslenmesini arttırmak, kısalmış kasları germek, postürü düzeltmek, omurga stabilizasyonunu sağlamak, davranış bozukluğu önlemek, ilaç bağımlılığını azaltmak ve tüm bunların sonucunda ağrıyı azaltmaktır (18,19).

-Hastanın Bilgilendirilmesi (Bel Okulu): 1970'lerden itibaren özellikle kronik bel ağrılı hastaların birlikte eğitimi için uygulanan bel okulunun temel amacı; bel ağrısının tekrarını engellemek için hastanın eğitimi, yani hastanın kendisine nasıl yardımcı olabileceğini öğretmektir. Belin anatomik olarak daha iyi tanınmasını sağlamak, bel problemi ile başa çıkma yeteneğini geliştirmek, günlük aktiviteler sırasında omurgaya binen yükü nasıl azaltacağını öğretmek, yaşamda bağımlılığı azaltıp yaşam kalitesini yükseltmek, bel ağrılarının prognozunu iyi olduğu mesajı verilerek hastaları cesaretlendirmek, genel vücut formunu düzeltmek de amaçlar arasındadır (20,21).

Kronik Bel Ağrısına Yaklaşım

Bel ağrılı hastada korkulan akut ağrının yinelemesi ve kronik hal almasıdır. Genel olarak 6 haftaya kadar akut bel ağrısı tanımlaması yapılırken süre 6-12 hafta ise subakut, 3 aydan fazla ise kronik ağrı adı verilir. Bir başka tanımlamaya göre kronik ağrı demek için yılda 3 aydan fazla hastalık süresi veya yılda 25 ataktan fazla atak geçirmiş olmak gerekmektedir (22,23). Yalnız süre açısından değil kavram açısından da akut ve kronik bel ağrısı farklı tanımlamalardır. Akut ağrı geçici doku zedelenmesinin sonucu olan nosiseptif uyarıların ağrıyı başlattığı kabul edilir. Kronik ağrının nedeni ise akut ağrı nedenlerinden farklıdır. Uzun süren ağrı sıkıntı, endişe ve depresyon yaratır, ağrı nedeniyle aktivitesi kısıtlanan kişinin kondüsyonu ve dayanıklılığı azalır. Aktif, üretken bir kişi olan hastada kısıtlı ve başkalarına bağımlı yaşamak kendine güvensizlik yaratır ve bağımlı davranış modelleri geliştirmesine neden olur. Kronik hasta davranışı ortaya çıkar. Kişi iyileşmeyen hasta rolünü kabullenirken tabloya depresyon bağımlılık, anksiyete egemen olur. Dolayısıyla ağrı, davranış ve fonksiyon bozukluğunun temel problemler olduğu kronik bel ağrıları

multidisipliner bir yaklaşımla tedavi gerektirir. Tedavi edici olmaktan çok rehabilite edici yol izlenir. Ağrıya davranışsal yaklaşım, kondüsyon ve dayanıklılığı artırıcı egzersiz programının yanısıra yoğun fiziksel ve ergonomik eğitim, psikolojik ağrı tedavisi, bel okulu, sosyal-mesleki eğitimin verildiği fonksiyonel rehabilitasyon programları planlanmalıdır (2,23).

Bel ağrılarında Algolojik Yaklaşımlar; Bu invaziv girişimler konvansiyonel tedaviye iyi yanıt vermeyen mekanik kaynaklı bel ağrılarında kullanılır. Bu girişimler:

1. Epidural steroidler: En etkili olduğu yer disk hernileri sonucu oluşan sinir kökü basısı ve irritasyonlarıdır.
2. Epidural lizis: Epidural aralıkta fibröz doku birikimi, inflamasyon ve operasyon sonrasıska oluşumu sonucu gelişen kök basılarında kullanılır.
3. Faset blok enjeksiyonu: Lokal anestezi+depo steroid veya radyofrekans termokoagülasyon ile faset eklem denervasyonu yapılmasıdır.
4. Kemonekrozis: Ağrıdan sorumlu diskin kimyasal lizise uğratılmasıdır (24).

KAYNAKLAR

1. FAST A.: Low back disorders: Conservative management. Arch. Phys. Med. Rehab., 69: 880-891, 1988.
2. AYDIN R.: Kronik bel ağrısında tedavi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehab. Derg., Mayıs Özel Sayı: 57-59, 1998.
3. KETENCİ A.: Akut bel ağrılarında tedavi yaklaşımları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, Mayıs Özel Sayı: 53-56, 1998.
4. DVORK J.: Neurophysiologic tests in diagnosis of nerve root compression caused by disc herniation. Spine, 21(24S): 39S-44S, 1996.
5. MOONEY V.: Rehabilitation of the spine. In Orthopaedic Rehabilitation. Ed. Nickel VL, Botte MJ, second edition, Churchill Livingstone, New York. 1992; 765-78.
6. BASLER HD: Chronification process of backache. Ther Umsch, 51: 395-402, 1994.
7. DEHLIN O., BERG S., ANDERSSON G.B.J., GRIMBY G.: Effect of physical training and ergonomic counselling on the psychological perception of work and on the subjective assessment of low back insufficiency. Scand J Rehab. Med., 13: 1-9, 1981.
8. FAAS A., CHAVANNES A.W., VAN EIJK J.T.M., GUBBELS J.W.: A randomised, placebo controlled trial of exercise therapy in patients with acute low back pain. Spine, 18(11): 1388-1395, 1993.
9. HOOKER D.: Back Rehabilitation. In: Rehabilitation Techniques in Sport Medicine. Ed: Prentice WE, second edition, Chapel Hill, North Carolina, 1994: 227-301.

10. BORENSTEIN DG, WIESEL SW: Physical Examination, Low Back Pain. In: Low Back Pain, Medical Diagnosis and Comprehensive Management, second edition, WB Saunders Company, USA, 1995: 75-99.
11. DEYO R.A.: Drug therapy for back pain, which drugs help which patient? Spine, 21(24): 2840-2850, 1996.
12. KRMER J.: Intervertebral Disc Diseases. 2th Edition, Thieme Medical Publishers, New York, 1990.
13. CALLIET R.: Bel Ağrısı Sendromları. Çeviri Ed. Tuna N. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1994: 41-56.
14. BASFORD J.R.: Physical Agents. In: Rehabilitation Medicine, Principles and Practice. Ed. De Lisa J.A., Gans B.M., second edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1993: 404-424.
15. RITZ S., LORREN T, et al : Rehabilitation of degenerative disease of the spine. In: Rehabilitation of the Spine, Science and Practice. Ed. Hochschuler S.H., Cotler H.B., Guyer R.D., Mosby Year Book, St. Louis, 1993:457-481.
16. SENGİR O.: Fizik Tedavi Kitabı. 2. Baskı. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fak. Yayınlarından, Bayrak Matbaacılık, İstanbul, 1989.
17. TUNA N.: Elektroterapi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1989:97-128.
18. SAAL J.A.: Natural history and nonoperative treatment of lumbar disc herniation. Spine, 21(24S): 2S-9S, 1996.
19. KOTTKE F.J.: Therapeutic exercise to maintain mobility. In: Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation, Fourth Edition, Ed. Kottke F.J., Lehmann J.F., W.B. Saunders , Philadelphia, 1990: 436-451.
20. HEPPEL E., KIRKALDY-WILLIS E.S.H., SAUNDERS R., SAUNDER H.D.: Back School. In: Managing Low Back Pain. Third Edition. Ed. Kirkaldy-Willis W.H., Burton C.V., Churchill Livingstone, New York, 1992: 262-281.
21. MOFFET J.A.K.: Back Schools. In: Back Schools and Ergonomics, Back Pain. Ed. Roland M.O., Jenner J.R., Manchester University Press, New York 1989: 33-49.
22. HADLER N.M.: Low back pain. In: Arthritis and Allied Conditions, Textbook of Rheumatology, 13th edition, Vol 2. Ed. Koopman W.S., Williams and Wilkins, Baltimore, 1997: 1821-1835.
23. TULDER M.W., KOES B.W., BOUTER L.H., METSEMAKER J.F.M : Management of chronic nonspecific low back pain in primary care: A descriptive study. Spine, 22(1): 76-82, 1997.
24. Yücel A: Bel Ağrılarında Algolojik yaklaşımlar. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehab. Derg., Mayıs Özel Sayı: 73-76, 1998.