

Sırt Ağrılarında Tedavi Kılavuzları

Treatment Guidelines in Back Pain

Halil KOYUNCU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Sırt vücudun önemli bölgelerinden biridir. Bu bölgenin ağrısı çeşitli nedenlerden olur. Sırt ağrısı lokalizasyona göre lokal, yayılan, yansıyan ve yaygın ağrı olarak sınıflandırılır. Bir semptom olmasına rağmen sırt ağrısının teşhisi doğru yapılmalıdır. Doğru tanı konulduktan sonra tedavinin uygun yapılması başarıya götürecektir. Tedavide bazı rehberlerin ve kuralların olması, hastaların tedavisini kolaylaştıracaktır. Sonuçta, etkin bir tedavi gerçekleştirilmiş olacaktır. Bu yazıda, sırt ağrısının nedenleri, mekanik ağrı tanı kılavuzu ve tedavi yöntemleri ile tedavi kılavuz örnekleri verilmesi amaçlandı *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2007; 53 Özel Sayı 2: 41-6.*

Anahtar Kelimeler: Sırt ağrısı, mekanik ağrı, tanı ve tedavi kılavuzu

Summary

Back is one of the most important areas of the body. The pain of this area results from different reasons. Back pain is classified as local, radicular, referred and diffuse according to location of the pain. Although the back pain is a symptom the diagnosis of it has to do correctly. After the diagnosis is to be corrected appropriate treatment will reach to the success. If there are some guidelines and rules the treatment of the patients will be easy. As a result, an efficient treatment will be realized. In this paper, the reasons of the back pain, mechanical pain diagnosis guidelines and treatment methods with therapy guideline examples were aimed. *Turk J Phys Med Rehab 2007; 53 Suppl 2: 41-6.*

Key Words: Back pain, mechanical pain, diagnosis and treatment guideline

Giriş

Sırt ağrısının nedenlerinin multifaktöryel olması, tanıda izlenecek yolun farklılık göstermesi, tedavi alternatiflerinin çeşitli olması, sık uğraşılan bir alan olmaması, zaman zaman bel ağrısıyla birlikte bahsedilmesi, kanıta dayalı çalışmaların azlığı ve ağrının genellikle mekanik karakter taşıması nedeniyle bu semptomun ayrı bir konu halinde verilmesi zorunludur. Sırt ağrılı hastanın izlenmesinde doğru tanı, iyi takip ve uygun tedavi gibi üç önemli kriter vardır.

1- Sırtın Fonksiyonel Anatomisi

Vücudumuzun beş topografik bölgesinden biri gövdedir. Gövdenin göğüs, karın, pelvis ve sırt olmak üzere dört farklı bölümü bulunmaktadır. Sırt (dorsum) gövdenin arka bölümüdür. Sırt boyun alt bölümü ile belin üst sınırı arasındadır. Beyinle alt bölgeler

arasında bir ara istasyondur Sırtta 20-40 derecelik kifoz şeklinde doğal eğrilik vardır (1-3). Vertebral kolon, kaslar ve spinal kord önemli yapılarıdır. Vertebral kolonu on iki adet vertebra, eklemler ve ligamanlar oluşturur. Sırt kasları, üzerinde sağlam fasyası olan yüzeysel ve derin tabakalardan oluşmuştur. Sırt, boyun ve bel kasları insan vücudunun en az eğitilmiş kaslarıdır. Bunlar iş yaşamının fizyolojik olmayan taleplerine yanıt vermek durumunda kalabilirler. Sırtta çok sayıda kas ve eklem bulunur. Spinal kord üç farklı kıvrımla örtülmüştür. Sırtın sinirsel innervasyonu servikal 5, 6, 7 ve 8. sinirler tarafından sağlanır (4).

Sırt sağlığı yapısal, beslenme ve duygusal faktörlerle sağlanabilir. Vertebral kolon, sternum ve kotlarla göğüs kafesini oluşturur. Sırtta stabilite mükemmel ancak mobilite zayıftır (5). Sırt vücut ağırlığının aktarılmasında karın boşluğu ile beraber hareket eder. Göğüs boşluğuna hidrolik bir sistem gibi katkıda bulunur. Karın gevşekliğinde sırt zorlanması olur.

Sırtın bölümlerinden olan vertebral kolon önemli görevleri üstlenmiştir (2).

- Omuriliği korumak
- Baş ve gövdeye destek olmak
- Postürü korumak ve sağlamak (Yürüme ve ayakta durmada)
- Vücut ağırlığını bele ve bacaklara aktarmak
- Vücut boşluklarındaki organları desteklemek
- İyon depo etmek
- Kan hücre yapımında görev almak
- Boyun ve gövde hareketlerini oluşturmak
- Solunuma imkan sağlamak
- Kasların yapışma yeri özelliği taşıy ve vücut biyomekaniğini sağlar.

2- Sırt Ağrının Sınıflanması ve Nedenleri

Ağrı hoş olmayan duyuşal ve duygusal bir deneyimdir. Tanı ve tedavisi çok önemlidir. Tanı ve tedavi, iyi bir iletişim kurularak multidisipliner ve interdisipliner yaklaşımla yapılmalıdır.

Ağrı oluşturabilecek kaynaklar-yapılar şu şekilde sıralanabilir (6) (Tablo 1):

- Deri- derialtı
- Kas- tendon- fasya
- Kemik periostu
- Ligamanlar
- Eklem kapsül ve sinoviyumu
- Dural kese
- Nöral yapılar
- Diskin dış bölümleri
- Vasküler yapılar

Ağrı, anatomik yapıların yerleşim yerine göre yüzeysel (deri-derialtı) ve derin olabilir. Sırt ağrısını lokalizasyonuna göre lokal, yayılan (radiküler), yaygın ve yansıyan (boyun, göğüs, karın) ağrı şeklinde de sınıflanabilir.

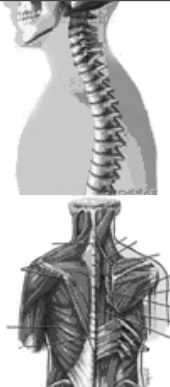
Ağrıyla ilgili çeşitli sınıflandırmalar bulunmasına karşın genellikle şu şekilde sınıflanır:

- Nörofizyolojik mekanizmaya göre (nosiseptif, somatik, visseral, nöropatik, psikojenik)
- Süreye göre (akut, kronik)
- Etyolojik faktöre göre (enfeksiyon ajanı, kanser hücresi)
- Bölgeye göre (baş, boyun, sırt vs.)

Sırt ağrısı genelde lokaldır. Bazen saf sırt ağrısı şeklinde bazen de bel ağrısıyla birlikte bulunabilir. Genelde ağrı T1-T12 arasında hissedilir. Sırt ağrısı yaşamımızı olumsuz etkiler ve iş gücü kaybı yapar.

Sırt ağrılarını sınıflandırmasında etyolojik faktör, ağrı süresi ve ağrı lokalizasyonu önemli olduğu gibi ağrının anatomik kaynağı ve

Tablo 1. Spinal ağrı kaynakları.

<p>Eklem</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kostovertebral •Diskler (Anulus, end-plate) •Fasetler 		<p>Yumuşak Dokular</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kaslar •Ligamanlar •Kompresyon kord •Kompresyon sinirler •İnflamasyon kord kılıfları <p>HARİÇTİR</p> <p>Fasya, flaval lig, spinöz proses-lamina, faset sinoviyum-kartilaj</p>
--	---	---

ağrı patogenezi daha fazla önem taşımaktadır (5,7-10). Etyolojik faktörlerin belirlenmesinde yaş, cinsiyet ve meslek de önemlidir. Sırt ağrılarında neden bazen basit iken bazen kompleks olabilir.

Sırt ağrısı tanısında ağrının yeri-yayılmı, başlangıç zamanı, nedeni, seyri, şiddeti, karakteri, ağrıyı azaltan ve arttıran sebepler ile tedaviye alınan cevaplar gibi faktörler önemlidir. Bunlardan ağrı şiddeti ve karakteri subjektif olmasına rağmen diğerleri objektiftir.

Sırt ağrılarını etkilediği sisteme göre muskuloskeletal (romatizmal-lokomotor) sistem ve nonmuskuloskeletal (nonromatizmal) sistem ağrısı, ağrının yerleşim yerine göre lokal, yayılan ve yansıyan, patolojik etkene göre mekanik ve nonmekanik olarak sınıflanmıştır (11-14). Romatizmal sırt ağrısı patogeneze göre mekanik, inflamatuvar, tümoral ve psikojenik orjinli olabilir. Bunlardan mekanik spinal kord basısı, enfeksiyon, fraktür, inflamasyon ve tümör kırmızı bayraklı acil tanı ve tedavi gerektiren durumlardır (8,15).

Bunell'e göre sırt ağrılarını sınıflandırması 4 başlık altında toplanmıştır (9):

- Mekanik (postüral, muskuler, herni)
- Gelişimsel (Schuerman, lizis, listezis)
- İnflamatuvar (diskit, osteomyelit, AS)
- Neoplastik (vertebralar, kord, diğer yapılar)

Sırt ağrılarında etyolojik faktörler çeşitlidir (8):

- Konjenital
- Travmatik
- İnflamatuvar (İnfeksiyöz, noninfeksiyöz)
- Dejeneratif
- Postüral
- Tümoral
- Metabolik ve endokrinolojik
- Postoperatuvar
- Vasküler
- Psikolojik
- Yansıyan
- Diğer sebepler

Sırt ağrılarını, spinal yapılardan (intrinsek nedenlerle) ve bu yapıların dışından (ekstresek nedenlerle; mide, bağırsak, böbrek, safra kesesi, pankreas, aort) kaynaklanabilir. Sırt ağrısı bölgesel olarak sırtla, boyunla, karınla ve göğüsle ilgili hastalıklar sonucu gelişebilir. Solunum sistemi ve göğüs duvarı hastalıkları yansıyan ağrı yapabilir. Anjina pectoris, peptik ülser ve pankreatit bu bölgede ağrı oluşturabilir. Bazen de neden psikolojik olabilir (16).

Sırt ağrısı nedenleri yaş gruplarında görülme sıklığına göre şöyle sıralanabilir (17):

- Çocukluk dönemi (Skolyoz, enfeksiyon, tümör)
 - Adolesan (Schuerman hastalığı, herni, travma, skolyoz, enfeksiyon)
 - Erişkin (travma, herni, ankilozan spondilit, yumuşak doku romatizması)
 - Yaşlılık (osteoporoz, osteoporoz, tümör)
- Ağrı süresine göre akut ve kronik dönemde görülen hastalıklar farklılık gösterir. Akut dönemde herni ve travmatik fraktür sık olur. Kronik dönemde ise; herni ile beraber diğer hastalıklar gözlenir.

Sırt ağrısı patolojileri spesifik ve nonspesifik olabilir (18). Spesifik olaylarda etyoloji belirlidir ve ağrı nonmekaniktir (herni, stenoz, listezis, operasyon, iltihap, tümör, metabolik hastalık). Nonspesifik olaylarda ise etyoloji tam olarak saptanamaz. Bunlar mekanik olaylardır (disk, faset, radik, kas kökenli).

Sırt ağrısı yapan yumuşak doku romatizmaları, genelde fibromiyalji sendromu, miyofasyal ağrı sendromu ve kas strainleridir (19). En sık miyofasyal ağrı sendromu, strain, herni, disk dejenerasyonu, stenoz ve araknoidit sırtta ağrı yapar. Sırtta ağrı yapan en sık nedenler, mekanik olup bunlar arasında, postür bozuklukları, aşırı yüklenmeler ve ani-ters-dengesiz hareketler sayılabilir.

Patofizyolojik olarak ağrı nonspesifik, radiküler ve ciddi lezyonlar olarak da sınıflandırılır (6).

Sırt ağrısı, tutulan organ ve sistemlere göre; nöropatik, yansıyan ve psikojenik, nosiseptör ve ağrı dağılımına göre; primer, sekonder ve psikojenik, topografik dağılıma göre; vertebral ventral ve dorsal şekilde bir sınıflandırmaya da tabi tutulabilir. Klinik sınıflandırmada mekanik, sistemik, nörolojik ve yansıyan ağrı gibi parametreler kullanılır (20).

3- Tanı Yaklaşımları

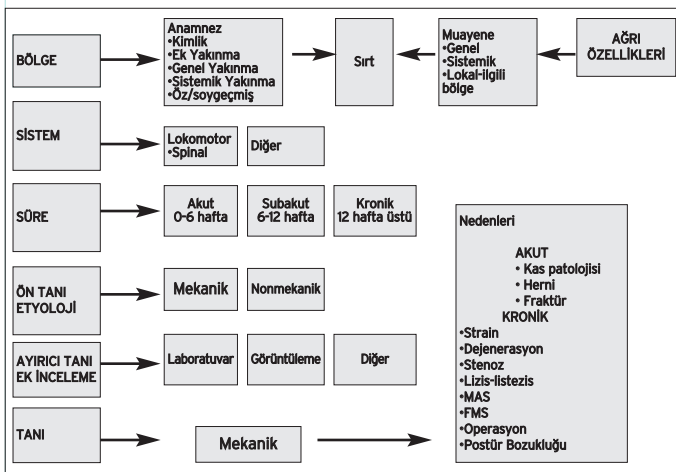
Sırt ağrılı hastanın tanı ve tedavisinde genel olarak aşağıdaki yol izlenmelidir. Bu strateji doğru tanının konmasına ve uygun tedavinin verilmesine yardımcı olur. İzlenecek bu yol, uygulanan tedavi yöntemlerinin doğruluğunu, uygunluğunu ve bilimselliğini ortaya koyar. Ağrı yapan nedenin ortaya konmasında "Ağrı Taksonomisi" tarafından ortaya konan eksenler sistemi vardır (21,22). Bu sistemde basamaklar halinde ağrıya ilgili bilgiler gözden geçirilir (Tablo 2). Anamnezde kimliği alınan hastanın ana yakınması sırt ağrısıdır. Sırt ağrısına ek olarak aşağıdaki yakınmalar hastadan öğrenilmelidir.

- Ek yakınmalar (ilgili bölgeyle ilişkili ve diğer bölgelere ait)
- Genel yakınmalar (halsizlik, zayıflama, ateş vs.)
- Sistemik yakınmalar (tüm sistemlerle ilgili)

Bu bilgilere ek olarak hastanın özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri alınır.

Hasta dinlendikten sonra ikinci aşamada muayene edilir. Burada genel muayene, sistem muayeneleri ve yakınmanın olduğu yerin lokal muayenesi yapılır. Bu bilgiler, hastanın ağrısının bölgesini, ağrının özelliklerini, hangi sisteme ait olduğunu ve süresini verir. Anamnez ve muayene bilgileriyle ön tanı veya kesin tanı konabilir. Ağrının etyolojisi belirlenmiş olur. Bu tanı mekanik veya nonmekanik ağrı özelliği gösterebilir. Acil ve ciddi spinal patolojiler dışlanmalıdır. Üçüncü aşamada tanı tam konulmuşsa uygun tedavi verilir ve hastanın yakınmaları giderilmiş olur. Eğer tanı tam konulamamışsa laboratuvar incelemelerine başvurulur. Bunlar kan,

Tablo 2. Sırt ağrısı tanısında yapılacak aşamalar.



idrar, görüntüleme ve diğer yöntemlerdir. Sonuçta tanı doğrulanır. Buna göre uygun olan tedavi düzenlenir. Bazen tam olarak teşhis konamayabilir. Böyle durumlarda hastanın semptom ve bulgularına göre tedavi planlanır. Nonmekanik sorunların dışındaki hastalıklar benzer tedavi edilir. Ancak hangi hastaya hangi tedavinin iyi geleceğini kestirmek zordur.

4- Tedavi Yöntemleri ve Kılavuzlar

Tedavide başarılı olabilmek için semptomu irdeleyip doğru teşhisi koymak ve uygun tedaviyi düzenlemek gerekir. Doğru teşhis için klinik semptomlar ve bulgular iyi irdelenmelidir. Klinik değerlendirilmede anamnez ve muayene önem kazanır. Bunlara yardımcı laboratuvar yöntemleri, yerinde ve zamanında kullanılmalıdır. Laboratuvar incelemeleri içinde kan, idrar, sıvı ve doku analizleri, görüntüleme yöntemleri ve elektrofizyolojik çalışmalar sıralanabilir (23,24).

Etkin bir tedaviyi gerçekleştirmek için, tanısız testleri etkin ve doğru kullanmalı, ağrı nedenini bulmak tedavi aracı ve araçlarıyla uygun ve doğru bir yol izlemelidir. Etkin bir tedavinin gerçekleştiği, hastanın normal aktiviteye erken dönmesiyle, hastaya gerekli operasyonların yapılmamasıyla ve tedavi maliyetlerini azaltma veya optimalde tutmayla anlaşılır (Tablo 3) (25).

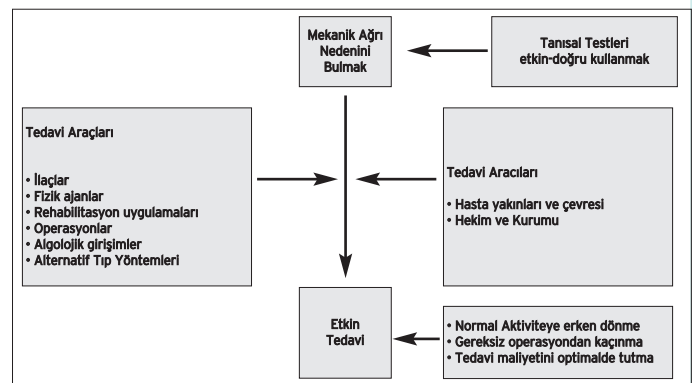
Sırt ağrısı erişkin dönemde tıbbi bakım gerektiren hastalıkların önemli bir semptomudur. Tedavi, semptomu ortadan kaldırmaya, patolojik olayı baskılamaya ve etyolojik nedeni yok etmeye yönelik olmalıdır (26).

Sırt ağrısında uygulanan genel tedavi şekilleri konservatif, cerrahi (ortopedik, nöroşirürjik ve invazif) ve alternatif tıp yöntemleri şeklindedir. Fizik tedavi uygulamaları ağrı tedavisinde köşe taşı özelliğindedir. Fizik tedavi uygulamalarının amaçları; ağrıyı kontrol etmek, eklem hareketlerini arttırmak, kas spazmını gidermek, kas kuvvetini arttırmak ve bozulan fonksiyonu düzeltmek şeklinde özetlenebilir. Uygulanacak cerrahi tedavinin amaçları, nöral yapıların basıdan kurtarılması, sakatlığın önlenmesi, işe dönüşü hızlandırıp iş verimliliğinin artırılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi olarak özetlenebilir. Cerrahi tedavi uygulanırken bazı koşullara uyulmalıdır (27).

- Altta yatan patoloji nedeni tam bulunmalıdır.
- Laboratuvar testleri klinikle uyumlu olmalıdır.
- Hasta teşhis ve tedavi hususunda aydınlatılmalıdır.
- Patolojik neden ilerleyici nörolojik defisit oluşturmamalıdır.
- Konservatif tedavi başarısız olmalıdır.

Sırt ağrılı hastada invazif bir girişim düşünüyorsanız, buna ait şartların da ortaya konması gerekir. Hasta operasyon düşünmü-

Tablo 3. Etkin bir tedavide izlenecek yol.



yorsa, uygulanan konservatif tedaviler yeterli olmuyorsa ve klinik verilerle laboratuvar-radyolojik bulgular uyumlu değilse, invazif bir uygulama gündeme gelebilir.

Hastalıkların genellikle patolojik nedeni-patogenezi veya semptomları belirlidir. Burada ana semptom ağrıdır. Ayrıca hareket azlığı, kas spazmı ve anormal postür bulunabilir. Sırt ağrısı tanısında olduğu gibi tedavisinde de ağrının özellikleri önem kazanmaktadır. Ağrının nedeni, karakteri, yeri, şiddeti ve seyriyle beraber hastanın yaşı, genel durumu, ek hastalığı, kullandığı ilaçlar, aile ilişkileri ve sosyoekonomik durumu önemlidir.

Tedavi düzenlenirken aşağıdaki hususlar göz önünde bulundurulmalıdır:

- Her hekim kendi penceresinden hastayı değerlendirmeli,
- Tanı ve tedavi multidisipliner olmalı,
- Doğru tanı ve uygun tedavi yapılmalı,
- Uygun algoritmalar olmalı ve geliştirilmeli,
- Akut dönemde nedene yönelik tedavi olmalı,
- Kronik dönemde kombine tedaviler yapılmalı,
- Hastalar tedaviye aktif katılmalıdır.

Sırt ağrısı tedavisi planlanırken üç hedefe odaklanılmalıdır:

- Semptomlar kontrol edilmeli,
- Bozulan fonksiyonlar düzeltilmeli,
- Risk faktörleri ortadan kaldırılmalı ve önlenmelidir.

Tedavinin amaçları bu dönemlere göre şöyle olmalıdır (4):

- Akut dönemde ağrı nedenini bulmak, semptom ve rahatsızlığı gidermektir.

- Kronik dönemde disfonksiyonu gidererek tamamen iyileşmeyi sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Ayrıca, günlük yaşama ve işe hızlı dönmeyi sağlamak ve ağrının kronikleşmesini önlemek de önemli hususlardır.

Sırt ağrısı süresine göre tedavi basamakları şu şekilde verilebilir (28):

Akut dönemde patolojik olay genel tıbbi yöntemlerle tedavi edilir. Akut ağrılar genellikle bir ayda iyileşir. Subakut ağrılar üç ay sürebilir. Akut ağrı tedavisinde kısa süreli istirahat ve erken işe dönüş önerilmektedir (6). Akut sırt ağrısında tedavi uygulamaları aşağıdaki şekilde verilebilir (29) (Tablo 4):

- Günlük aktivitenin veya hareketin kısıtlanması
 - Kısa süreli yatak istirahati
 - Ortez
- Fizik tedavi uygulamaları (sıcak, soğuk, TENS)
- İlaçlar
- Bölgesel anestetik uygulamalar
- Psikososyal yaklaşımlar
 - Relaksasyon
 - Germe
- Rehabilitasyon, fizik tedavi ve iş-üçraşı uygulamaları

Kronik dönemde ise öğrenilmiş olay rehabilitasyon tıbbi ve algolojik yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılır. Kronik ağrılarının iyileşmesi çok zayıftır. Kronik sırt ağrısında, gerektiğinde ve uygun olduğunda ilaçlar, psikolojik semptomlara yönelik davranış tedavisi ve rehabilitasyon uygulamaları hastanın fonksiyonlarına yönelik olmalıdır. İlaç olarak; opioidler, nonopioidler, nonsteroid antiinf-

Tablo 4. Akut ağrıda tedavi uygulamaları.

Eğitim	Aktive Kısıtlanması	İlaçlar	Fizik Ajanlar	İnvazif Girişimler	Psikososyal Destekler	Rehabilitasyon Uygulamaları
	• Yatak İstirahati • Ortezler	Analjezikler • Opioid • NSAİ • Anksiyolitik	Pasif Yöntemler Aktif Yöntemler	Bloklar	Relaksasyon	• Fonksiyon restorasyonu • İş tedavisi

lamatuar ilaçlar, antidepresanlar, antikonvülzanlar, kas gevşeticiler ve topikal uygulanan bazı ilaçlar olarak verilebilir. Psikolojik ve davranış tedavisi, hipnoz, biofeedback, grup tedavisi ve aile eğitimi şeklinde olabilir. Rehabilitatif uygulamalar fiziksel modaliteler, egzersiz, iş-üçraşı tedavisi ve ortezlerdir.

Kronik ağrı tedavi yaklaşımlarında şöyle özetlenebilir (30) (Tablo 5):

- İlaçlar,
- Fizik tedavi ve iş-üçraşı eğitimi,
- Hastaya psikolojik destek ve eğitim,
- Beslenme,
- Relaksasyon eğitimi,
- Sinir blokları,
- Biofeedback,
- Akupunktur ve diğer alternatif tıp yöntemleri,
- TENS uygulaması,
- Psikoterapi,
- Mesleki rehabilitasyon uygulamaları,
- Cerrahi tedavi.

Malign olmayan ağrı tedavisinde, fizik tedavi, psikolojik destek, cerrahi uygulamalar kanıta dayalı tıp açısından önerilmiştir (31).

Kronik spinal ağrılı durumlarda epidural steroidlerin yerinin değişken olduğu belirtilmektedir. Etkileri farklı bulunmuştur (32).

Erken başvuran ve hafif miyelopatisi olan olgularda cerrahi tedavi daha yararlı sonuçlar vermektedir (33).

Kladikasyo yapmış spondilolistezis olgusunda breys önerilmektedir (34).

Travmatik vertebra kırıklarında kompresyon ve stabil bir kırık varsa konservatif tedavi uygulanır. Değilse cerrahi tedaviye gerek vardır (35).

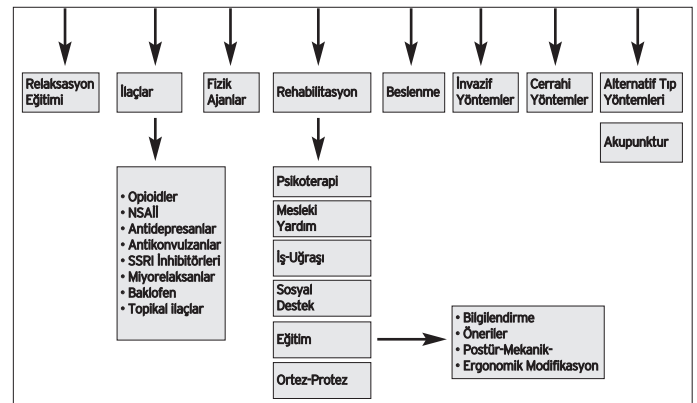
Spinal kanal darlığı yapmış osteoporotik fraktürlerde vertebroplasti cerrahi yöntem olarak önerilmektedir (36).

Vertebroplasti ve kifoplasti osteoporotik fraktürlerde yaşam kalitesini arttırıp semptomları giderdiği için öneri halinde sunulmaktadır (37).

İnfeksiyöz olaylarda genelde istirahat, immobilizasyon ve ilaçlar verilir. Tanı konamazsa, apse gelişmişse, sepsis oluşmuşsa, nörolojik defisit varsa, kırık ve şekil bozukluğu oluşmuşsa, şiddetli ağrı giderilemiyorsa cerrahi gerekebilir (38).

Ağrılı bir hastaya yardımcı olurken, tedavi aracı olarak kanıtlanmış yöntemler, klinik deneyimler, hasta semptom ve bulgularıyla birleştirilmeli ve hastaya sunulmalıdır. Bunlar yapılırken, hasta sorunu tanınacak, sorunla ilgili kanıtlar toplanacak, bunlar değerlendirilecek, klinik deneyimler ve hasta yakınmalarıyla kombine edilecek ve sonuçta bu veriler sonraki uygulamalarda kullanılacaktır (39). Çeşit-

Tablo 5. Kronik ağrıda tedavi uygulamaları.



li tedavi yöntemlerine ait kanıtlar toplanmıştır. Fiziksel tıp modalite-leriyle ilgili çalışmaların %66'sı kanıt oluşturmamakta, ancak %11'i kanıt olarak kullanılabilir. Tedavi yöntemlerinin etkisizliği kanıtlanamamış olup, sorun etkilerinin varlığının yeterince ispatlanamamış olmasıdır. Fibromiyalji sendromunda, hasta eğitimi, aerobik egzersiz, amitriptilin, psikoterapi ve multidisipliner yaklaşım çok güçlü şekilde etkin bulunmuş, antidepressan ilaçlar, kuvvetlendirme egzersizleri, akupunktur, kaplıca tedavisi ve biofeedback orta derecede etkin olarak saptanmıştır (40-45) (Tablo 6).

Hastalıklara ait problemlerin teşhis ve tedavisinde doğru karar verebilmek için uygun algoritmalar-kılavuzlar geliştirilmiştir. Burada temel özellik belirli basamakların bulunmasıdır. Algoritmalar düzenlenirken kanıta dayalı tıp yöntemleri kullanılmalıdır. Algoritmalar belirli kurallar halinde yapılır. Bunlar hekimler arasında ortak bir dil oluşturur. Bilimsel çalışmalarda ortak bir veri tabanı olarak kullanılır. Yeni başlayan hekimlere yol gösterici rol oynar (25). Algoritmalar seçilirken hastanın yaşı, yaşadığı yer ve sosyoekonomik düzeyi ile hastalığın evresi gözönünde bulundurulur. Ayrıca hekim de uygun kararı verir. Oluşturulan kılavuzların 4 temel amacı vardır. Normal aktiviteye erken dönmeyi sağlamak, gereksiz cerrahi girişimleri önlemek, tanıyla ilgili testleri zamanında ve doğru kullanmak ve tedavi maliyetini düşürmektir.

Hazırlanan kılavuzlar hasta ve hekim açısından yararlı olmaktadır. Gerek bölgesel ağrı tedavisinde ve gerekse hastalıkların tedavisinde çeşitli kılavuzlar geliştirilmiştir. Baş ağrısında, spinal ağrılarda, bel ağrısında, göğüs ağrısında, karın ve pelvik ağrılarda kullanılan kılavuzlar hekimlere kolaylık sağlamaktadır. Metabolik kemik hastalığında, spinal infeksiyonlarda, faset sendromlarında, diskojenik ağrıda, spinal kanal stenozunda ve listezislerde geliştirilmiş kılavuzlar bulunmaktadır (29,30,40,46-48). Bunlardan disk patolojisine ait bir tanı ve tedavi kılavuzu örnek olarak tabloda verilmiştir (Tablo 7-8).

Tablo-15 incelendiğinde hastanın sorunları şöyle sıralanabilir:

1. Sırt ağrısı-radiküler
2. Tutukluk
3. Hareket kısıtlılığı
4. Motor kusur
5. Duyusal kusur
6. Postür bozukluğu
7. Antalgik yürüme bozukluğu
8. Aşırı kilo
9. Sırt kaslarında spazm
10. T10'da duyu kaybı
11. Röntgende disk daralması ve osteofit
12. MRG'de herni

Tablo 6. Sırt ağrısında kullanılan kanıta dayalı tedavi araçları.

Randomize Kontrollü Çalışmalar (1)	Nonrandomize Çalışmalar (2)
<p>Fizik Ajanlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonoterapi (OA, Disk, YDR) • Kısa dalga diatermi (Kronik ağrı, OA) • Laser (Sırt ağrısı) • TENS (MAS) 	<p>Fizik Ajanlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sıcak (MAS) • Soğuk (MAS, Kronik Ağrı, Bel) • Laser (Tendinopati) • TENS (OA) • Interferens • İyontoforez (Herpes) • Masaj (Bel ağrısı) • Manipülasyon (Akut-kronik spinal ağrı) • Manyetik alan, Mikroakım stimülasyon • Akupunktur
<p>İlaçlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • NSAİİ • Akut ağrı, • Kas-iskelet ağrısı, • Kronik spinal ağrı, • Bel ağrısı • Opioidler (Kronik ağrı) • Antidepresanlar (FMS, Bel) • Kas gevşeticiler (Bel ağrısı) 	<p>İlaçlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresanlar (Bel) • Antikonvülsanlar (FMS, Bel) • Kas gevşeticiler (Sırt ağrısı, kas spazmı) • Parasetamol (Bel ağrısı) • NSAİİ
	<p>Eğitim</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivite Kısıtlaması

Bu sorunlar disk patolojisine ve obeziteye bağlıdır.

Yukarıda tanısı konmuş olguda akut ağrı tedavisi uygulanır. Tedavi bilgilendirme ile başlar ve diğerleri sorunları çözmeye yönelik olarak ilerler. Sorunlar kayboldukça tedavi o basamakta bitirilir ve hasta düzenli kontrollerle takip edilir.

Fibromiyalji sendromu ve miyofasyal ağrı sendromu gibi durumlarda ilaçlar, rehabilitatif yöntemler ve psikososyal girişimler salık verilmektedir (49).

Fibromiyalji sendromu tedavisi, tanının Amerikan Romatoloji Derneğinin tanı kriterlerine uygunluğuna göre düzenlenmektedir. Risk faktörleri elimine edilerek farmakolojik ve diğer tedaviler uygulanmaktadır (50).

Kronik ağrılı durumlarda çok yönlü rehabilitasyonun yararlı olduğu vurgulanmıştır (51).

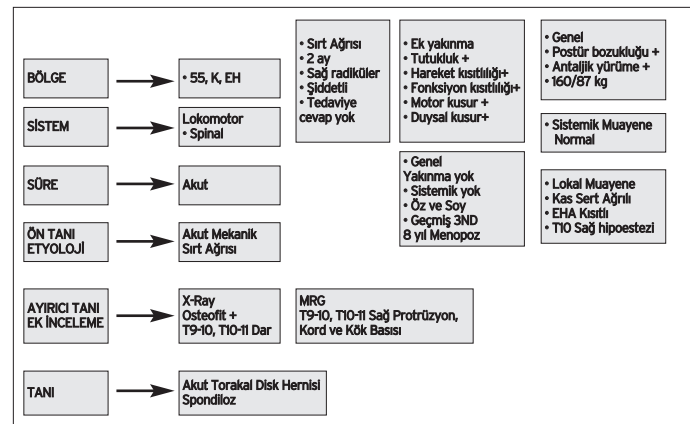
Intraartiküler faset eklem enjeksiyonları sınırlı etkide, sinir blokları ve nörotomi, ağrının kısa ve uzun dönemlerinde orta derecede yararlı bulunmuştur (52).

Kronik spinal ağrılı durumlarda girişimsel yöntemler uygulanmış, ancak kolay kullanılabilirliği önerilmemiştir (53).

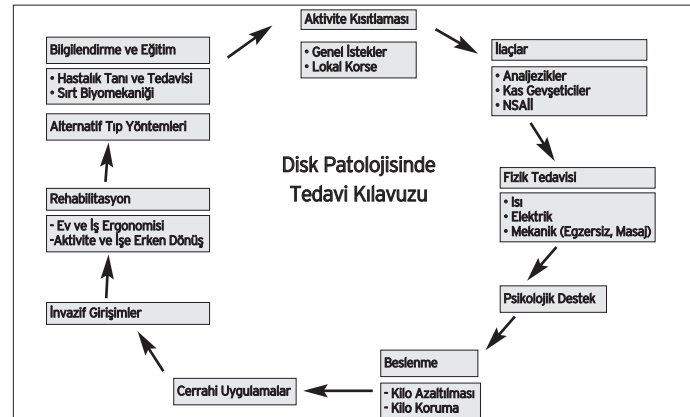
Çeşitli araştırma ve çalışmalar da kronik döneme ait kanıtlanmış tedavi yöntemleri bulunmamaktadır. Akut dönemde ise egzersiz ve günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi ve sürdürülmesi uygulamaları kanıt olarak verilmiştir (41). Yine akut dönemde kısa süreli istirahat, ilaçlar, fizik tedavi uygulamaları, gerektiğinde uygulanan cerrahi tedaviler ve eğitim kanıt olarak gösterilmiştir.

Amerikan Romatoloji Derneği tarafından 2000 yılında osteoartrite ait tedavi kılavuzları geliştirilmiştir. Buna göre farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri önerilmiştir. Bunlar kanıta dayalı çalışmaların sonucunda saptanmıştır (54).

Tablo 7. Disk patolojisinde tanı izlenecek yol.



Tablo 8. Disk patolojisi tedavisinde izlenecek yol.



Sırt ağrısı çözümünde ve tedavisinde çeşitli zorluklar vardır.

- Risk faktörlerini belirlemek zordur.
- Ağrıyı objektif ölçmek mümkün değildir.
- Ağrı nedenleri çoktur.
- Değerlendirmede fiziksel veriler kullanılır.
- Tedavi kişilerde farklılık gösterir.

Sonuç

Sırt ağrıları çok nedenlidir. Tanının doğru konması tedaviyi kolaylaştırır ve sonuç alınabilir hale getirecektir. Tanı ve tedavide multidisipliner yaklaşım gerekir. Tedavide, tek ve ideal yöntem yoktur. Hastaya göre bireysel tedavi yapılmalıdır. Tanıda mekanik olmayan hastalıklar dışlanmalıdır. Mekanik olaylarda tedavi uygulamaları genellikle benzerlik gösterir. Konservatif tedaviye cevap alınamaması durumunda tanı tekrar gözden geçirilmelidir. Kanıtlanmış tedaviler kurallar çerçevesinde basamaklar halinde sunulursa hasta ve hekime çeşitli yararlar sağlar. Ancak bu kuralları ve kılavuzların her zaman uygulanması mümkün değildir. "Hastalık yok, hasta var" cümlesi akıldan asla çıkarılmamalıdır. Hastalığın tedaviye katılımı sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Yıldırım M. Temel Anatomi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1997. s. 17-9.
2. Aydınöz Ö. Sırt Bölgesinin Biomekaniği. Sırt Ağrıları Sempozyumu Özet Kitabı. Rize; 2002. p. 1-7.
3. Demirci S. Sırt ve Göğüs Bölgeleri Anatomik Özellikleri. Sırt ve Göğüs Ağrıları Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. İstanbul; 2001. p.1-11.
4. Sarı H. Servikal Kökenli Sırt Ağrıları. Sırt Ağrıları Sempozyumu Özet Kitabı. Rize; 2002. p. 41-54.
5. Ergin S. Torasik ve Lomber Omurga Anatomisi ve Biomekaniği. Omurrganın Ağrılı Sendromları Sempozyum Kitabı. Mersin; 2002. p. 10-3.
6. Ross E. Back Pain. In: Roenn JHV, Paice JA, Preodor ME, editors. Current Diagnosis & Treatment Pain. Newyork- Toronto: Lange Medical Boks/McGraw-Hill; 2006. p. 172-208.
7. Karamehmetoğlu ŞS. Sırt ağrılarının sınıflandırılması ve ayırıcı Tanı. Sırt Ağrıları Sempozyumu Özet Kitabı. Rize; 2002. p. 8-14.
8. Ross EL. Back and spine pain. In: Pain Management. USA: Hanley & Belfus; 2004. p. 239-75.
9. Bunnell WP. Back pain in children. Orthop Clin North Am 1982;13:587-604.
10. Özdemir F. Gelişme çağında görülen sırt ağrıları. Sırt Ağrıları Sempozyumu Özet Kitabı. Rize; 2002. p. 15-35.
11. Öztürk R. Sırt Ağrılarında enfeksiyonun yeri. Sırt Ağrıları Sempozyumu Özet Kitabı. Rize; 2002. p. 107-20.
12. Koyuncu H. Sırt ve göğüs ağrılarında lokomotor sistem hastalıklarının yeri. Sırt ve Göğüs Ağrıları Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. İstanbul; 2001. p. 35-46.
13. Yücel A. Muskuloskeletal sistem ağrılarında nörofizyoloji. 6. Ulusal Ağrı Kongresi Program ve Özet Kitabı. İstanbul; 2003. p. 25-6.
14. Aksoy C. Muskuloskeletal Sistem Ağrıları. 6.Ulusal Ağrı Kongresi Program ve Özet Kitabı. İstanbul; 2003. p. 32-4.
15. Erdoğan B. Ağrı algoritmi. Ağrı ve tedavisi. Gaziantep Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Günleri. Gaziantep; 2000. p. 44-52.
16. Öngen Z. Sırt ve göğüs ağrılarında kardiyopulmoner hastalıkların yeri. Sırt ve Göğüs Ağrıları Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. İstanbul; 2001. p. 19-26.
17. Tüzün F, Dinç A. Sırt ağrıları ve yumuşak doku romatizmaları. İstanbul: Aka Ofset; 2003.
18. Zileli M. Bel ağrısında tanı ve tedavi. Galenos Aylık Tıp Dergisi 1997;5:46-58.
19. Gürsel Y. Sırt ağrılarında yumuşak doku romatizmaları. Sırt Ağrıları Sempozyumu Özet Kitabı. Rize; 2002. p. 106.
20. Erdine S. Ağrı sendromları ve tedavisi. İstanbul: Gizben Matbaacılık; 2003. p. 123-50.
21. Raj PP. Ağrı Taksonomisi. In: Erdine S, editor. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2000. p. 12-1.
22. Uyar M. Ağrı Sınıflaması ve Tanımlaması. Romatizmal Ağrı Sempozyumu. Girne; 2004. p. 1-8.
23. Uyar M. Çocuklarda Ağrı Değerlendirmesi. In: Erdine S, editor. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2000. p. 12-9.
24. Erdine S. Ağrı Değerlendirmesi. In: Erdine S, editor. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2000. p. 43-107.
25. Tüfekçi O, Oğuz H. Bel Ağrıları Tedavisinde Algoritma. Klinik Aktüel Tıp 2006;11:1-10.
26. Özcan E. Ağrıları. In: Kutsal YG, Beyazova M, editors. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Yayınları; 2000. p. 1465-83.
27. Koes BW. Epidemiology of The Failed Back Surgery Syndrome. In: Pain Management. Rotterdam: Erasmus Uni; 1998. p. 23-4.
28. Gür A. Kronik Ağrı. Kavuncu V, editor. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon El Kitabı, 2. baskı. Ankara: Güneş Kitapevi; 2005. p. 105-26.
29. Ross EL. Acute Pain Management. In: Pain Management. USA: Hanley & Belfus Inc.; 2004. p. 57-63.
30. Ross EL. Chronic Pain Management. In: Pain Management. USA: Hanley & Belfus Inc.; 2004. p. 64-73.
31. Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. Pain Pract 2005;5:303-15.
32. Abdi S, Datta S, Lucas LF. Role of epidural steroids in the management of chronic spinal pain: a systematic review of effectiveness and complications. Pain Physician 2005;8:127-43.
33. Aizawa T, Sato T, Sasaki H, Matsumoto F, Morozumi N, Kusakabe T, et al. Results of surgical treatment for thoracic myelopathy: minimum 2-year follow-up study in 132 patients. J Neurosurg Spine 2007;7:13-20.
34. Weiss HR, Dallmayer R. Brace treatment of spinal claudication in an adolescent with a grade IV spondylolisthesis-a case report. Stud Health Technol Inform 2006;123:590-3.
35. Milcan A. Omurrganın Travmatik Sorunlarına Ortopedik Yaklaşımlar. Omurrganın Ağrılı Sendromları Sempozyum Kitabı. Mersin: 2002. p. 103-7.
36. Hiwatashi A, Westesson PL. Vertebroplasty for osteoporotic fractures with spinal canal compromise. AJNR Am J Neuroradiol 2007;28:690-2.
37. Builjat G, Perovic D. Treatment of osteoporotic fractures of the spine. Arh Hig Rada Toksikol 2007;58:49-54.
38. Bodur. Omurrganın İnfeksiyöz Hastalıkları. Omurrganın Ağrılı Sendromları Sempozyum Kitabı. Mersin: 2002. p. 118.
39. Güler-Uysal F. Fizik Tedavi Modaliteleri ve Ağrı. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon 2005;1:53-9.
40. İnanıcı F. Fibromiyalji ve Miyofasyal Ağrı Sendromları. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon 2005;1:11-8.
41. Akarımak Ü. Bel Ağrısının Tedavisinde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yöntemleri. In: Siva A, Hancı M, editörler. Baş, Boyun, Bel Ağrıları. İstanbul: Kaya Basım; 2002. p. 181-9.
42. Brighton B, Bhandari M, Tornetta P, Felson DT. Hierarchy of evidence: from case reports to randomized controlled trials. Clin Orthop Relat Res 2003;19-24.
43. Benson K, Hartz AJ. A comparison of observational studies and randomized clinical trials N Engl J Med 2000;324:1887-92.
44. Robinson J. Pain Rehabilitation. Phys Med Rehabil Clin North Am 2006.
45. Bigos S. Clinical Practice Guideline 1994, No.14, AHCPR Publication No.95-0642.
46. Ross EL. Chronic Abdominal Pain. In: Pain Management USA: Hanley & Belfus Inc.; 2004. p. 277-302.
47. Ross EL. Pelvic Pain. In: Pain Management USA: Hanley & Belfus Inc.; 2004. p.303-16.
48. Birtane M. Bel Ağrısı Tedavisinde Algoritma. Bel Ağrılarında Multidisipliner Yaklaşım Program ve Özet Kitabı. İstanbul; 2004. p.33-47.
49. Borg-Stein J. Treatment of fibromyalgia, myofascial pain, and related disorders. Phys Med Rehabil Clin N Am 2006;17(2):491-510.
50. Yurtlu S. Fibromiyalji ve Miyofasyal Ağrı Sendromunda Tanı ve Tedavi. Clin Med 2007;37-40.
51. Wigers SH, Finset A. Rehabilitation of chronic myofascial pain disorders. Tidsskr Nor Laegeforen 2007;127:604-8.
52. Boswell MV, Colson JD, Sehgal N, Dunbar EE, Epter R. A systematic review of therapeutic facet joint interventions in chronic spinal pain. Pain Physician 2007;10:229-53.
53. Boswell MV, Trescot AM, Datta S, Schultz DM, Hansen HC, Abdi S, et al: American Society of Interventional Pain Physicians Interventional techniques: evidence-based practice guidelines in the management of chronic spinal pain. Pain Physician 2007;10:7-111
54. Scott DL. Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis. In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Textbook of Pain (5th Edition). China: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. p. 653-67.