

Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu: Nedenleri, Tanı ve Tedavi

Failed Back Surgery Syndrome: Etiology, Diagnosis and Treatment

Berna ÇELİK, Nil ÇAĞLAR*

İstanbul 70. Yıl Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. FTR Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR Kliniği, İstanbul, Türkiye*

Özet

Başarısız bel cerrahisi sendromu bel cerrahisi sonrası bel ve/veya bacak ağrısı devam eden heterojen bir hasta grubunu tanımlamaktadır. Hastaların uygun tedavisi doğru ve kesin tanı konmasına bağlıdır. Tam bir hikaye alınmalı, fizik muayene, psikososyal ve radyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Altta yatan neden hastanın klinik bulgularına, yapısal anomaliye veya bel cerrahisi sonrası bulguların başlama zamanına göre sınıflandırılabilir. En sık görülen nedenler sırasıyla foraminal stenoz, ağrılı disk, psödoartroz, nöropatik ağrı, tekrarlayan disk herniasyonu, faset eklem ağrısı ve sakroiliak eklem ağrısıdır. Başarısız bel cerrahisi sendromunu değerlendirmede en yararlı yardımcı görüntüleme yöntemi manyetik rezonans görüntülemedir. Ağrı kontrolü, rehabilitasyon ve tekrar cerrahi seçilmiş olgularda uygun tedavi seçenekleri olabilir. Bu yazıda başarısız bel cerrahisi sendromunda etyoloji, tanı ve tedavi gözden geçirilmiştir. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2007;53:30-4*

Anahtar Kelimeler: Başarısız bel cerrahisi sendromu

Summary

Failed back surgery syndrome (FBSS) describes a heterogeneous patient group with low back and/or leg pain who fail to have relief of pain after spinal surgery. The proper treatment of patients depends on a precise and accurate diagnosis. A complete history and physical examination, psychosocial evaluation should be performed and imaging studies be obtained. The underlying etiology can be categorised according to the clinical presentation, structural abnormality or onset of the symptoms after spinal surgery. The most common diagnosis are foraminal stenosis, painful disc, pseudoarthrosis, neuropathic pain, recurrent disc herniation, facet joint pain and sacroiliac joint pain respectively. The most useful imaging study in evaluating failed back surgery syndrome is magnetic resonance imaging. Pain management, rehabilitation or repeat surgery can be appropriate treatment options for selected patients. In this article the etiology, diagnosis and treatment of the failed back surgery syndrome are reviewed. *Turk J Phys Med Rehab 2007;53:30-4*

Key Words: Failed back surgery syndrome

Giriş

Başarısız bel cerrahisi sendromu (BBCS), diğer adı ile postlaminektomi sendromu kronik bel ağrısının bir alt grubunu oluşturmaktadır. Bel ve/veya bacak ağrısı olan ve spinal cerrahi sonrası yakınmaları devam eden heterojen bir hasta grubunu içerir. Diğer ismi, "postlaminektomi sendromu" sadece cerrahi yöntemi tanımladığından amaca uygun değildir (1). Bir başka tanıma göre ise başarısız bel cerrahisi sendromu non-spesifik bir tanımdır. Cerrahin ve hastanın ameliyat öncesi beklentilerinin karşılanmadığı cerrahi sonrası durum olarak değerlendirilmektedir (2).

Bu grup hastada devam eden bulgular organik ve psikolojik nedenleri içeren geniş bir yelpazeyi içerir. Uygun olmayan cerrahi

sonrası gelişen kauda ekina sendromundan kronik ağrı davranışı, ikincil kazanç ve psikolojik nedenler bu grupta yer alır (3). BBCS'nin insidansı %15 olup, kullanılan başarı veya başarısızlık kriterine göre %5 ile 50 arasında değişir (1). Kronik ağrı ile uğraşan merkezlere başvuran hastalar arasında oldukça sık görülmektedir. Erken tanı ve tedavi bu olguların iş ve toplum hayatına tekrar kazandırılmalarında önemlidir.

Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu Nedenleri

BBCS altta yatan 50'den fazla nedene bağlıdır. Bu nedenler: 1-Yakınmaların ortaya çıkış zamanına göre, 2-Yapısal etyolojiye göre, 3-Semptom önceliğine göre sınıflandırılabilir (1,4).

Yakınmaların ortaya çıkış zamanına göre hastalar; çok erken dönemde (ameliyat sonrası hastanın yakınmaları hiç geçmemiş), erken dönemde (ameliyat sonrası birkaç gün ile birkaç hafta içinde yakınmalar başlamış) orta dönemde (ameliyat sonrası birkaç hafta ile ay arasında yakınmalar başlamış) veya geç dönemde (ameliyat sonrası birkaç ay ile yıl içinde yakınmaları başlamış) olarak sınıflandırılabilir (Tablo 1) (1).

Ameliyat sonrası çok erken dönemde, eğer hasta cerrahinin sonuçları hakkında tam olarak bilgilendirilmediyse (örneğin diskektomi radiküler ağrısı geçirebilir ancak aksiyal ağrıya etki etmeyebilir) sonuçtan memnun kalmayabilir. Bel ve bel-bacak ağrısı yakınması olan hastalarda intervertebral disk herniasyonu veya stenozu taklit eden spinal kolon, spinal kord veya yumuşak dokulardan kaynaklanan (örneğin kas, pelvis ve retroperitoneal) tümörler çok erken dönem başarısızlığı önlemede göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı şekilde sinir disfonksiyonuna neden olabilen metabolik (örneğin diyabet), viral, travmatik, vasküler ve inflamatuvar nedenler ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Altta yatan psikososyal nedenler, depresyon, somatizasyon, konversiyon tek başlarına ağrı nedeni olabilirler. Yanlış seviye veya yanlış taraf gibi tıbbi hatalar da çok erken dönemde hastada başarısızlık nedenleridir. Bu durum sıklıkla obez hastalarda intraoperatif olarak radyografik lokalizasyonun yapılamamasına veya spinal segmentasyon defektlerine varlığına bağlı olarak görülür (1).

Erken dönemde hastalarda "plasebo" cevabı görülebilir. Bu durum hastanın hekimi memnun etme isteğinden yansımaktadır (5). Erken başarısızlık büyük oranda cerrahi komplikasyonlardan kaynaklanır. İlk cerrahilerde bu oran yaklaşık %5, tekrarlayan cerrahilerde ise %17'ye kadar çıkmaktadır. Psödomeningosel de bu dönemde görülen bir cerrahi komplikasyondur ve kök veya kauda ekina disfonksiyonu olarak orataya çıkar. Tekrarlayan disk herniasyonu ve instabilite görülebilir. Ağrı kemik greftin yer değiştirmesinden, enstrümantasyonun kırılması ve yer değiştirmesinden veya kutanöz bir sinirde meydana gelen hasara bağlı oluşan nöromadan kaynaklanabilir. Bel kasları zayıf olan hastalar cerrahi sonrası günlük yaşam aktivitelerine dönmeye başladıklarında ağrı artabilir (1).

Orta dönem yakınmalar genelde ameliyat endikasyonu iyi konmamış olgularda görülür ve "plasebo" cevaba bağlı olarak hastalar ilk birkaç hafta ile ayı yakınmasız geçirebilirler. Tekrarlayan disk herniasyonuna ve sinir kökünde postoperatif skar dokusu oluşumuna bağlı olarak yakınmalar ortaya çıkabilir. Bu dönemde tekrarlayan disk herniasyonu insidansı %13'e kadar çıkmaktadır. Aynı seviyede veya başka bir seviyede herniasyon olabilir. Epidural fibrozis ve araknoidit bu dönemde sık görülen ağrı nedenleridir. Epidural fibrozis olguların %6 ile 8'inde, araknoidit ise %12 ile 16'sında görülür (6). Ortaya çıkan radiküler ağrı sinir kökünde beslenmenin bozulmasına bağlıdır. Psödoartroz orta dönemde ağrı nedeni olabilir. Füzyonun matürasyonu için gerekli olan en az 6 aylık süre geçmeden bu tanı konmamalıdır. Füzyon başarısızlığında %5-40 oranı ile en sık komplikasyon psödoartroz gelişimidir (1).

Geç dönem yakınmaların ortaya çıktığı hasta grubunda genellikle ilk ameliyat nedeninden farklı yeni bir patoloji söz konusudur. Genellikle altta yatan yapısal bir patolojinin varlığı bu grupta hastada yüksektir (7). Bu grupta yakınma nedenini geçirilmiş operasyona başlamadan önce yeni bir patoloji olup olmadığı araştırılmalıdır. Bazen osteoartrit gibi altta yatan, bir hastalığın progresyonuna bağlı veya operasyonun bu süreci hızlandırmasına bağlı olarak hastalar semptomatik hale gelebilir. Bazen de yakınma geçirilmiş cerrahiye bağlıdır. Diskektomi ve laminektomi sonrası instabilite sıklığı %18'e kadar çıkabilir. Füzyon "geçiş bölgesi" sendromlarına neden olabilir. Diğer bir ifadeyle füzyon seviyesine komşu hareket segmentlerinde dejeneratif değişiklikler görülebilir (1).

Bugünkü görüntüleme ve tanısal enjeksiyon teknikleri ile BBCS'nun yapısal nedenleri %90 aydınlatılabilmektedir. En sık görülen yapısal nedenler Tablo 2'de gösterilmiştir (2).

Foraminal stenoz BBCS'de en sık görülen yapısal nedendir. Ameliyat seviyesinde veya komşu seviyelerde görülür. Disk aralığında yükseklik kaybına bağlı "yukarı-aşağı" stenoz olabileceği gibi faset hipertrofisi ve osteofit oluşumuna bağlı "ön-arka stenoz" da görülebilir. Foraminal stenoz bacak ağrısına neden olur. Bel ağrısına neden olup olmadığı kesin değildir (2).

Diskin iç yapısı ve morfolojisinin bozulmasına bağlı olan ağrı ameliyat seviyesinde, komşu seviyede veya nadiren daha önceden yapılmış posterolateral füzyon seviyesinde olur. Manyetik re-

Tablo 1. Başarısız bel cerrahisi sendromu nedenlerinin zamana göre sınıflandırılması.

1-Çok erken dönem (yakınmalar hiç geçmemiş) A-Hasta beklentisinin yüksek olması B-Yanlış tanı (örneğin tümör, enfeksiyon, osteomyelit gibi) C-Yanlış hasta seçimi D-Cerrahi teknik hatalar (örneğin yanlış seviye veya taraf ameliyatı gibi)
2-Erken dönem (birkaç gün veya hafta içinde tekrarlayan ağrı) A-Yanlış hasta seçimi B-Cerrahi komplikasyonlar (enfeksiyon, psödomeningosel gibi) C-Tekrarlayan disk herniasyonu D-Bel kaslarında güçsüzlük
3- Orta dönem (birkaç hafta veya ay içinde tekrarlayan ağrı) A-Tekrarlayan disk herniasyonu B-Sinir kökünde postoperatif skar dokusu oluşması C-Psödoartroz
4-Geç dönem (aylar veya yıllar içinde tekrarlayan ağrı) A-Disk herniasyonu B-Yeni seviyelerde stenoz C-İnstabilite

zonans görüntüleme (MRG) bulguları genellikle anormaldir. Diskografi disk içindeki bozulmayı ve diskojenik ağrıyı doğrulayabilir ancak BBCS'de tanıyı doğrulamak zor olabilir (2,8).

Nöropatik ağrı genellikle yanma veya dizestetik ağrı şeklinde 1 veya 2 dermatomda olur. Metabolik (örneğin diabetes mellitus), viral ve enflamatuvar nedenler göz önünde bulundurulmalıdır. Nöropatik ağrının radiküler ağrıdan ayırt edilmesi gerekir (2).

Psödoartroz füzyon ameliyatı yapılmış olgularda gelişir. Ağrısı olmayan psödoartroz olguları da vardır. İnstabilite ve muhtemel psödoartroz değerlendirmek için sagittal fleksiyon ve ekstansiyonda direkt grafi görüntülerinin ve bilgisayarlı tomografide eğimli koronal kesitlerin alınması gerekir. Ancak hiçbir test sonucu kesin değildir. Kafesle omurlar arası füzyon yapılan hastalarda kaynamanın olmadığını kanıtlamak zordur. Ameliyat sonrası 6 ay boyunca ağrının düzelmemesi, ameliyat öncesi foraminal stenozun kötüleşmesi ve kafes etrafında radyolüsent görünüm anahattır. Pedikül vidası ile yapılan spinal füzyon sonrası gelişen ani bacak ağrısı vidadan kaynaklanabilir. Kompüterize tomografik tarama bunu gösterebilir (2).

Tanı ve tedaviyi sadeleştirmek için hastalar bel veya bacak ağrılarının varlığına göre de sınıflandırılabilir. Genellikle bel ağrısına neden olan sebepler bacak ağrısı nedenlerinden farklıdır (Tablo 3) (1,4).

Yalancı başarısız bel cerrahisi sendromu (Pseudo failed back surgery syndrome)

Ameliyat sonrası ağrısız bir dönemden sonra ağrı tekrarladığında veya yeni bir ağrı oluştuğunda hasta ve hekim yanlış olarak bunu BBCS olarak değerlendirebilir. Bunun nedenleri:

1-Altta yatan bazı biyolojik değişkenler (örneğin kollajen yapısı) bazı kişileri (veya aileleri) tekrarlayan bel problemlerine yatkınlaştır-

Tablo 2. Başarısız bel cerrahisi sendromunun yapısal nedenleri.

Başarısız Bel Cerrahisi Sendromunun Sık Görülen Yapısal Nedenleri	Sıklık
Foraminal stenoz	%25-29
Ağrılı disk	%20-22
Psödoartroz	%14
Nöropatik ağrı	%10
Tekrarlayan disk herniasyonu	%7-12
İyatrojenik instabilite	%5
Faset ağrısı	%3
Sakroiliak eklem ağrısı	%2

Tablo 3. Semptom önceliğine göre başarısız bel cerrahisi sendromu nedenleri.

Bel Ağrısı Nedenleri	Bacak Ağrısı Nedenleri
İnstabilite	Uzak lateral disk
Meninks irritasyonu	Kalmış disk fragmanı
Disk kökenli ağrı	Yanlış seviyeye dekompresyon
Yanlış seviye füzyon	Yetersiz dekompresyon
Yetersiz füzyon	Periferik nöropati
Enfeksiyon	Tekrarlayan disk herniasyonu
Epidural fibrozis	Epidural fibrozis
Bel kaslarında zayıflık	Santral, lateral, füzyon altında stenoz

maktadır. Diğer tarafta bir bel cerrahisi geçiren ileride ikinci bir cerrahi girişim için artmış risk taşımaktadır. Dolayısıyla hastalarda biyolojik risk faktörlerinin belirlenmesi ameliyat sonrası BBCS gelişme olasılığını azaltmaya yardımcı olabilir (9).

2-Aksonal rejenerasyona eşlik eden bel/bacak ağrısı BBCS'yi taklit edebilir. Ağrı devam edebilir veya artabilir. Rejenere olan aksyonların distal uçlarında (büyüme konları) duysal iletili moleküllerin birikmesine bağlıdır. Bu durum BBCS'den ayrılmalıdır. İyileşme belirtisi olup reoperasyon endikasyonu olmamalıdır. Nadiren bazı hastalarda distalde aksonal rejenerasyon tamamlansa bile radiküler ağrı birkaç ay daha devam edebilir (9).

Başarısız bel cerrahisi sendromunda tanı

Kronik bel ağrısında tanı koymak multifaktöryel nedenleri olması dolayısıyla zor olabilir. BBCS'de tanı koymak daha da zordur. Çünkü organik olmayan faktörler de ağrı nedeni olabilir. Detaylı bir anamnez alınmalı ve tam bir fizik muayene yapılmalıdır.

Anamnezde belirlenmesi gereken noktalar şöyledir:

- 1-Preoperatif semptomların neler olduğu,
- 2-Uygulanan cerrahi tipi,
- 3-Ağrının tekrar başlama zamanı,
- 4-Ağrının yeri (ağırlıklı olarak bel ağrısı ve/veya bacak ağrısı),
- 5-Psikososyal faktörler (iş memnuniyetsizliği, düşük gelir, düşük eğitim düzeyi, ağır iş yükü),
- 6-Sigara kullanımı (bel cerrahisinde kötü prognozla ilişkili olabilir) (1,10).

Tam kas-iskelet sistemi muayenesi yapılmalı ve sistematik bir sıra izlenmelidir(1,7). Fizik muayenede:

1-Palpasyon: Radiküler ağrıyı taklit eden hassasiyet, kas spazmı veya miyofasyal sendrom ile uyumlu tetik noktalar ayırt edilebilir.

2-Eklemler hareket açıklığı ve kas kuvveti: Spinal hareketlerin kısıtlanması genellikle psikososyal problemlerle ilgili non-spesifik bir bulgudur. %30-%50 hastada ameliyat öncesi kas güçsüzlüğü vardır. Bu muayene bulgusu ameliyat sonrası ağrı ortadan kalksa bile devam edebilir. Ameliyat öncesi ve sonrasında ortaya çıkan kas güçsüzlükleri ayrı olarak değerlendirilmelidir.

3-Düz bacak kaldırma ve femoral germe testleri BBCS'nin önemli belirteçleridir. Başarılı bir cerrahi sonrasında normale döner.

4-Ameliyat öncesi ve sonrası ağrı değerlendirilmelidir. Vizüel Analog Skala'da 1,8 birimlik değişim ağrıda %30'luk değişime eşdeğerdir. 3 veya daha fazla birimlik değişim ağrıda %50'lik değişime eşdeğerdir. Bu oranda değişimler cerrahi sonucun başarılı olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (11).

Hastaların büyük kısmında yardımcı tanısal testlere gerek duyulabilir. Bu tanısal testler şöyle sınıflandırılır:

1-Radyolojik değerlendirme: Cerrahi olarak düzeltilebilir yapısal lezyonu değerlendirmede önemlidir. Direkt grafi, bilgisayarlı tomografi, miyelografi, MRG, diskografi ve radyonükleoid görüntüleme yöntemleri bu gruptadır.

- 2-Elektrofizyolojik değerlendirme,
- 3-İnvazif testler.

Direkt grafi kemik anomalilerini göstermede faydalıdır. Kırık, dislokasyon, instabilite (fleksiyon/ekstansiyon görüntüleri ile belirlenen), psödoartroz, enstrümantasyonda bozulma (kırılmış veya yeri değişmiş vida) gibi durumların değerlendirilmesinde özellikle yardımcıdır. Dejeneratif değişiklikler direkt grafide sık görülür ve ağrı nedeni olmayabilir. Disk dejenerasyonu ve spondiloz genel toplumda 7. dekad olguların %75'inde görülür. Semptomatik ve asemptomatik olgularda eşit sıklıktadır. Radyografik olarak tespit edilen spondilolistezis ve spondilolizis spinal cerrahi geçirmiş olgularda ağrı ile daha iyi koreledir. Spondilolizis lomber füzyon yapılanlarda %2,5 oranında görülebilir ve cerrahi sonrası yakınmaya neden olabilir (12). Laminektomi yapılan ve yakınmaları devam eden hastalarda spondilolistezis 2 kat daha sık görülür ve hasta memnuniyetsizliğine yol açar. Direkt grafi ile tanı koymada dikkatli olunmalıdır. Bulgular rastlantısal olabilir (1).

Miyelografi MRG ile birlikte eski önemini kaybetmiştir. Miyelografi ile gösterilen pekçok anomali daha az invazif diğer yöntemlerle de gösterilebilmektedir. Bilgisayarlı tomografi ile birlikte kullanıldığında tekal sak ve köklere basıyı göstermede faydalıdır. Özellikle bu yöntemle kemik anomalilerine bağlı kompresyonu göstermek konusunda MRG'ye üstündür (1).

Bilgisayarlı tomografi yaygın, girişimsel olmayan, orta düzeyde maliyetli, hastalar tarafından iyi tolere edilen bir görüntüleme yöntemidir. Özellikle kemik anomalileri (tam olmayan dekompresyona bağlı) kolaylıkla gösterebilir. Tekrarlayan disk herniasyonunu epidural fibrozisten ayırt edemez. Sensitivite ve spesifite intravenöz kontrast ajanların ve intratekal kontrast madde verilmesi ile arttırılabilir (1).

MRG değerlendirmede en faydalı radyolojik tekniktir. Az sayıda hasta için sedasyon gerekir. Genelde iyi tolere edilir. Dezavantajı maliyetin daha yüksek olmasıdır. Gadolinium kontrast verilerek MRG ile disk hernisi, enflamasyon, enfeksiyon (osteomyelit, epidural apse gibi) epidural fibrozis, araknoidit, kanal veya foraminal stenoz, psödomeningosel veya neoplazm ayırt edilebilir. Postoperatif epidural fibrozisi tekrarlayan disk herniasyonundan ayırt etmede yardımcıdır (13). Epidural fibroziste gadolinium tutulumunda artış vardır. Kortikal kemiği görüntüleme, ilave kompüterize tomografi görüntüleme gerekli olabilir. T2 ağırlıklı MRG (miyelogram yerine) miyelografi uygulanamayan hastalarda (boya allerjisi, koagülopati gibi nedenlerle) kompüterize tomografi ile birlikte kullanıldığında kemik detayını gösterebilir. Normal postoperatif yumuşak doku değişiklikleri MRG yorumlamasını güçleştirir.

Ameliyattan en az 6 hafta sonraki değerlendirme daha doğru sonuç verir (1,13,14).

Diskografinin kronik ağrıyı değerlendirmede kullanımı sınırlıdır. Ancak diskteki bozulmayı ve muhtemel diskojenik ağrıyı değerlendirmede yardımcıdır. Disk morfolojisini değerlendirmede özellikle diskogram sonrası BT görüntüleme ile birlikte kullanıldığında yardımcıdır. Opere olmamış seviyede opere olmuş seviyeye göre daha faydalıdır. Çünkü disk cerrahisi disk morfolojisini bozmaktadır. Bu nedenle belirgin instabilite olmayan olgularda füzyon yapılmış seviyeye komşu diskleri incelemek faydalı olabilir.

Provokatif test olarak kullanıldığında opere olmuş ve olmamış seviyelerin görüntülenmesinde de yardımcıdır. Bu tanısal uygulamada enjeksiyon sonrası ortaya çıkan ağrı hastanın mevcut ağrı yakınması ile benzer bir paternde olmalıdır. Girişimsel bir uygulamadır. Diğer girişimsel olmayan görüntüleme yöntemleri ile karşılaştırıldığında daha risklidir (örneğin diskitis) ve uygulama sırasında radyasyona maruz kalma söz konusudur. Füzyon ameliyatı olmuş olgularda diskojenik ağrıyı değerlendirmede önerilmektedir (1,7).

Radyonükleoid görüntülemenin devam eden bel ağrısının nedenlerini araştırmada kullanımı sınırlıdır. Enflamasyonu, psödoartrozu veya instabiliteyi (eğer fleksiyon-ekstansiyon grafilerinde kesinleştirilememişse) değerlendirmede faydalı olabilir. Çoğu füzyonda 2 yıla kadar devam eden artmış tutulum görülmektedir. Jeneralize artmış tutulum içinde izole "sıcak nokta" veya operasyon sonrası ikinci yıldan sonra lokalize artmış aktif madde tutulumu varsa psödoartrozdan şüphelenilmelidir (1).

Elektrofizyolojik değerlendirme elektromiyografi ve sinir iletim çalışmalarını içermektedir. Mono veya polinöropati ya da periferik nöropati düşünülen hastalarda uygulanabilir. Operasyon sonrası hastalarda rezidü anomaliler (anormallik ya da patolojik bulgu daha doğru bir ifade olur) siktir ve yorum yapmayı güçleştirir. Paraspinal kaslarda izlenen patolojik bulgular posterior lomber cerrahi uygulanan olgularda cerrahi sonrası 3-4 yıla kadar devam edebilir. Bu nedenle elde edilen sonuçlar eğer varsa önceki değerlendirmeler ile karşılaştırılmalıdır. Özellikle yeni gelişen nöropatik semptomların ve bulguların olduğu olguları değerlendirmede faydalıdır.

Hematolojik değerlendirme, beyaz küre sayımı ve dağılımı, eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP enfeksiyon ve enflamatuvar durumu değerlendirmede gereklidir (1,7).

Diagnostik amaçlı anestetik madde enjeksiyonları faset, sakroiliak eklem ağrısı veya radikülopatiyi ayırt etmek konusunda yardımcıdır. Anestetik blok uygulamasından sonra hedef dokuda ağrıya birkaç saat süreyle %75 azalma oluyorsa pozitif kabul edilir. Faset eklemleri kronik bel ağrılarının %15-40'undan, BBCS olgularının ise %3'ünden sorumludur. Sakroiliak eklem ise kronik bel ağrılarının %30'undan, BBCS olgularının ise %2'sinden sorumludur. Her iki durumda da hikaye, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile kesin tanı koymak zordur, ancak ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır (2,15-17).

Kronik bel ağrılı hastalarda, özellikle organik bir neden bulunamadığında psikolojik değerlendirme önemlidir. Her hasta için düzenli bir değerlendirme gerekli olmayıp selektif yapılabilir. Bu noktada psikolojik test uygulamaya karar verirken klinisyenin hastadan edindiği izlenim önemlidir. BBCS'ye özgü psikolojik değerlendirme testi yoktur. Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri sık kullanılmaktadır. Genellikle BBCS'de histeri, hipokondriazis ve depresyon skorları yüksek bulunur. Bazen kronik ağrı kendisi de anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir (1,9,18).

Tedavi

BBCS'de tedavi planlanmada öncelikle altta yatan nedene karar verilmelidir (19,20). Tedavi alternatifleri 3 ana grupta sınıflandırılır:

- 1-Konservatif tedavi,
- 2-Cerrahi tedavi,
- 3-Semptoma yönelik nörocerrahi yöntemler.

Konservatif tedavi ağrının akut başlangıçlı veya kronik olmasına göre düzenlenir (1).

1-Akut ağrı: Dokulardaki hasara bağlıdır. Tedavi doku iyileşmesini hızlandırmalıdır. İstirahat/egzersiz, medikal tedavi, fizik tedavi modaliteleri bu dönemde uygulanır. Yine bu dönemde bazen cerrahi tedavi gerekebilir.

2-Kronik ağrı: Dokuların kullanılmamasına bağlıdır. Tedavi dokuya tekrar kondisyon kazandırmalıdır. Fonksiyonu tekrar öğrenme ve rehabilitasyon programları bu ağrı şeklinde önemlidir.

Medikal tedavi olarak steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar yaygın kullanılmaktadır. Kronik ağrıdaki etkinlikleri kanıtlanmış değildir. Seçim hastadan hastaya değişir. Kronik ağrılı hastalara amitriptilin önerilmektedir (10-100 mg/gün). Enflamasyona bağlı ağrılarda epidural steroid enjeksiyonları faydalı olabilir. Özellikle radiküler ağrıya göre daha etkilidir. Opioid analjezikler kronik ağrının arttığı dönemlerde seçilmiş hastalarda uygun olabilir.

Fizyoterapi programı ağrılı bölgelerde eklem hareket açıklığı ve gücü arttırmada önemlidir. Bel okulları, işe adaptasyon gibi daha yoğun programlar gerekli olabilir. Ev tipi traksiyon germe ve kaslarda gevşeme sağlayarak ağrıyı azaltmada yardımcı olabilir. Ağrıyı kontrol etmek için aktiviteyi azaltma yoluna gidilmemelidir. Korseler hastanın ağrı hissettiği aktiviteler sırasında bazen kullanılabilir ancak sürekli kullanım hareket kısıtlılığı, kas atrofisi ve bunun sonucu olarak ağrıya neden olabilir (1).

Kronik ağrı tedavisinde cerrahi genellikle endike değildir. Yapısal bir anormalliğin varlığı (örneğin stenoz, instabilite) cerrahi endikasyon olabilir. Cerrahi düşünülüyorsa fizik muayene bulguları yardımcı teşhis yöntemleri ile desteklenmeli ve psikososyal değerlendirme yapılmalıdır. BBCS'de reoperasyonun başarısı konservatif ağrı tedavisinden daha üstün değildir. Ameliyat sayısı arttıkça cerrahi başarı olasılığı azalmaktadır. Cerrahi girişim gerektiren epidural skar dokusu varlığı kötü prognoza işaret eder. Radiküler ağrısı olanlar primer aksial ağrısı olanlara göre reoperasyondan daha çok fayda görürler. İyi seçilmiş hastalar iyi belirlenmiş bir patoloji varlığında (örneğin instabilite, stenoz) cerrahiden faydalanabilirler (1).

Semptoma yönelik nörocerrahi yöntemlerden spinal kord stimülasyonu nosiseptif ağrıya genellikle etkili değildir. Epidural fibrozise bağlı BBCS'de kalıcı radiküler ağrı varlığında yardımcı olabilir. Aksiyal ağrıya etkinliği kısıtlıdır. Bel ve bacak ağrısı olanlarda kısmi cevap alınır. Intraspinal infüzyon tedavisi (cilt altına infüzyon pompası yerleştirilmesi ile epidural ve intratekal aralığa analjezik madde verilmesi) nosiseptif ağrıya etkili ancak nöropatik ağrı komponenti olanlarda etkinliği daha azdır. Destruktif prosedürler spesifik olmayan kronik ağrıya genellikle endike değildir (21,22).

Sonuç olarak bel cerrahisi sonrası devam eden yakınmaların nedenini genellikle belirlemek mümkündür. Bu grup hastalarda gerek konservatif tedavi gerekse cerrahi girişim etyolojiye göre tedavi amaçlı seçilebilir. Uygun tedavi ile hastanın yakınmaları gerilemesi ve topluma tekrar kazandırılması mümkündür.

Kaynaklar

1. Follett KA, Maves TJ. Management of chronic pain of nonmalignant origin. In: Grossman RG, Loftus CM, editor. Principles of Neurosurgery. 2nd ed. Philadelphia, CN: Lippincott-Raven Publishers; 1999. p. 421-34.
2. Shofferman J, Reynolds J, Herzog R, Covington E, Dreyfuss P, O'Neill C. Failed back surgery: Etiology and diagnostic evaluation. Spine 2003;3:400-3.
3. Long DM. Failed back surgery syndrome. Neurosurg Clin North Am 1991;2:899-919.
4. Berker E. Başarısız bel cerrahisi sendromu. In: Özcan E, Ketenci A, editor. Bel ağrısı tanı ve tedavi. 1st ed. İstanbul, CN: Nobel Kitabevi; 2002. p. 319-26.
5. Spengler DM, Freeman C, Westbrook R, Miller JW. Low back pain following multiple lumbar spine procedures. Failure of initial selection? Spine 1980;5:356-60.
6. Wetzel HT, La Rocca H. The failed posterior lumbar interbody fusion. Spine 1991;16:839-45.
7. Follett KA, Dirks BA. Etiology and evaluation of the failed back surgery syndrome. Neurosurg Q 1993;3:40-59.
8. Barrick W, Schoefferman J, Reynolds J, Goldwhaite N, McKeehen M, White A. Anterior fusion improves discogenic pain at levels of posterolateral fusion. Spine 2000;25:853-7.
9. Oaklander AL, North RB. Failed back surgery syndrome. In: Loeser JD, editor. Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia, CN: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 1540-9.
10. Dvorak J, Valach L, Fuhrmann P, Heim E. The outcome of surgery for lumbar disc herniation. A 4-17 years' follow-up with emphasis on psychosocial aspects. Spine 1988;13:1423-7.
11. Farrar JT, Young JP, La Moreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. Pain 2001;94:149-58.
12. Frymoyer JW, Matteri RE, Hanley EN, Kuhlmann D, Howe J. Failed lumbar disc surgery requiring second operation: a long term follow-up study. Spine 1978;3:7-11.
13. Ross JS, Mararyck TJ, Scradler M, Gentili A, Bohlman H, Modic MT. MR imaging of the postoperative spine: assessment with gadopentate dimeglumine. AJR Am J Roentgenol 1990;155:867-72.
14. Van Goethem JWM, Parizel PM, Jinkins JR. Review article: MRI of the postoperative lumbar spine. Neuroradiology 2002;44:723-39.
15. Slipman CW, Shin CH, Patel RK, Isaak Z, Huston CW, Lipetz JS, et al. Etiologies of failed back surgery syndrome. Pain Med 2002;3:200-14.
16. Shwarzer AC, Aprill CN, Derby R, Fortin J, Kine G, Bogduk N. Clinical features of patients with pain stemming from the lumbar zygapophysial joints. Is the lumbar facet syndrome a clinical entity? Spine 1994;19:1132-7.
17. Schwarzer AC, Wang S, Bogduk N, Mc Naught PJ, Laurent R. Prevalence and clinical features of lumbar zygapophysial joint pain: a study in an Australian population with chronic low back pain. Ann Rheum Dis 1995;54:100-6.
18. Coşkun E, Süzer T, Topuz O, Zencir M, Pakdemirli E, Tahta K. Relationships between epidural fibrosis, pain, disability, and psychological factors after lumbar disc surgery. Eur Spine 2000;9:218-23.
19. Waguespack A, Shoemaker J, Slosar P, Reynolds J. Etiology of long-term failures of lumbar spine surgery. Pain Med 2002;3(1):18-22.
20. Shoemaker J. Etiologies of failed back surgery syndrome (commentary). Pain Med 2002;3:216-7.
21. Turner JA, Loeser JD, Bell KG. Spinal cord stimulation for chronic low back pain: a systematic literature synthesis. Neurosurgery 1995;37:1088-95.
22. North RB, Roark GL. Spinal cord stimulation for chronic pain. Neurosurg Clin N Am 1995;6:145-55.