

bölüm 4

Yrd. Doç. Dr. Nuri Eralp ÇETİNALP

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

BEL AĞRISININ ROMATOLOJİK NEDENLERİ

Bel ağrısı, nöroşirürji pratiğinde en sık karşılaştığımız ve en fazla işgücü kaybına neden olan rahatsızlıktır. Yetişkinlerin yaklaşık üçte ikisi hayatlarının bir döneminde bel ağrısı şikayeti yaşarlar. En sık dejeneratif ve mekanik rahatsızlıklara sekonder gelişse de, bel ağrısı etiyojisinde, göreceli olarak daha az oranda, metabolik, enfeksiyöz, inflamatuvar, neoplastik ve hematolojik patolojiler de rol oynar. Özellikle nöroşirürjiyenlerin yabancı olduğu romatolojik patolojilerin patognomonik bulgusu olan inflamatuvar bel ağrısının ayırddilmesi, hasta yönetimi açısından hayati önemdedir.

Spondiloartropatiler, omurga ve sakroiliak eklem tutulumlarının ön planda olduğu, kemik, eklem, tendon ve ligamentlerin inflamasyonu ile giden bir grup romatolojik hastalıktır. Omurga eklemlerinin, periferik eklemlerden daha fazla tutulduğu forma aksiyel spondiloartrit ismi verilmektedir (Aksiyel SpA). Omurganın herhangi bir bölgesi tutulabilse de lomber bölge tutulumuna bağlı bel ağrısı en yaygın semptomdur. Bu gruptaki majör hastalıklar, ankilozan spondilit (AS), Reaktif artrit (Reiter Sendromu), psöriatik artrit, enteropatik artrit (Inflamatuvar bağırsak hastalıkları). Bu patolojilerin çoğu romatoid artrit ile ortak noktalar barındırır da, romatoid faktör (RF) negatif olmaları ile ayrılırlar ve bu nedenle seronegatif spondiloartropatiler olarak da adlandırılırlar. Spondiloartropatiler, Human Lökosit Antijen B27 (HLA-B27) ile ilişkilidir ve HLA-B27 pozitifliği, özellikle ankilozan spondilite genetik yatkınlık oluşturur. Ankilozan spondilit tanısı alan batı Avrupalı erişkinlerin %90'ında HLA-B27 pozitif olarak saptanmıştır.

Inflamatuvar Bel Ağrısı

Hangi tip olursa olsun, spondiloartritlerin en belirgin klinik semptomu inflamatuvar bel ağrısıdır (IBA) ve mekanik ağrılardan ayrılması son derece önemlidir. IBAnın kendine has özellikleri vardır. Hastalar, genellikle 30 dakikadan uzun süren bir sabah sertliği tarif ederler. Ağrı sinsi başlangıçlıdır ve özellikle gece uykunun ikinci yarısında hastayı uyandırır. Her iki kalçada yer değiştiren ağrı olur. En ayırt edici özelliklerden birisi, ağrının istirahatle artması, fiziksel aktivite ile azalmasıdır. Hastalar sabah uykudan uyanınca sabah sertliğine ek olarak ağrının gün içerisinde hareket ettikçe azaldığını, en rahat dönemlerinin öğleden sonra gece yatana kadarki zaman dilimi olduğunu ifade ederler. Ağrının başlangıcı genellikle 45 yaş öncesidir ve 3 aydan daha uzun süre devam eden kronik karakterde bir ağrıdır. Aksiyel spondiloartritin karakteristik bulgusu olan IBA'nın özellikleri tablo 1de özetlenmiştir.

Bel ağrısı ile başvuran hastada spondiloartrit bulgularının saptanması erken tanı için önemlidir çünkü ilk semptomların çıkması ile ankilozan spondilit tanısı koyulması arasında 5 ile 10 yıl gibi bir süre geçtiği belirtilmektedir.

Ankilozan Spondilit

Ankilozan spondilit (AS), omurganın kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Eklemlerin erozyonu, inflamasyonu ve ankilozu ile seyredir. Özellikle sakroiliak, apofiziyel ve kostovertebral eklemlerin inflamasyonu karakteristik özelliklerdir. AS, spondiloartritlerin prototipik örneğidir ancak, aksiyel spondiloartritlerin AS olarak tanımlanabilmesi için, (New York kriterlerine göre) sakroiliak eklem tutulumunun radyografik ola-

rak gösterilmesi gereklidir. Radyografik bulgu olmayan gruba non-radyografik aksiyel spondiloartrit ismi verilmektedir. HLA-B27 pozitifliği, AS'e güçlü bir genetik yatkınlık sağlar. Klinikte şüphelenilen hastalarda HLA-B27 testi yapılması önerilir.

Inflamatuvar bel ağrısı semptomları olan sinsi başlangıçlı bel ağrısı ve kas sertliği genel semptomlardır. Ağrı kalçalara ve dizin üzerinde kalmak koşuluyla bacaklara yayılabilir. Ağrı sabahları daha şiddetliyen aktivite ile azalır. Periferik eklem şikayetleri, yorgunluk, anemi görülebilir. Vertebra fraktürleri siktir.

AS'in en erken ve spesifik radyografik bulgusu, sakroiliak eklem alt kısmında, subkondral kemikte bilateral skleroz ve erozyon görüntüsüdür. Hastalık ilerledikçe sakroiliak eklemde ankiloz gelişir ve füzyon oluşur. Anterior longitudinal ligament ossifikasyonuna bağlı olarak vertebra cismi giderek kare şeklini almaya başlar. İlerleyen dönemlerde, apofizel eklemler, supraspinöz ve interspinöz ligamentler kalsifiye olurlar ve bunların sonucunda, klasik *bambu kamışı* görünümü oluşur.

Tedavide analjezik-antiinflamatuvar ilaçlar son derece etkili olmakla beraber, sulfasalazin ve metotreksat gibi immünmodulator ilaçların faydalı olduğu da gösterilmiştir. Kortikosteroidler ve bifosfonatların ağrı kontrolünde olumlu katkıları vardır. Son yıllarda, infliximab, adalimumab gibi TNF inhibitörlerinin etkili olduğuna dair çalışmalar da vardır.

Reaktif Artrit

Vücudun başka bir bölgesindeki enfeksiyona sekunder eklem tutulumunu tarif eder. Tutulan eklemde sorumlu patojen saptanamaz. Bu terim, Reiter sendromu olarak da adlandırılan, üretrit, konjonktivit, artrit triadı için de kullanılmaktadır ancak 2003 yılında, Reiter sendromu yerine reaktif artrit teriminin kullanılmasına karar verilmiştir. Reaktif artrit daha çok, shigella, salmonella, yersinya, campylobakterin yaptığı enteral enfeksiyonlar veya non-gonokokal üretrit ile ilişkilidir. Artrit, enfeksiyondan 1-3 hafta sonra gelişir. Hastaların %80'inde HLA-B27 pozitifdir. Hastaların üçte birinden fazlasında sakroileit veya lumbosakral artropati şeklinde aksiyel iskelet tutulumu olur. Reaktif artritteki sakroileit, AS ve inflamatuvar bağırsak hastalığının aksine, unilateral ve asimetric olur. Ossifikasyon ve sindesmofit oluşumu gibi omurga tutulumu, AS'e oranla daha az görülür. Hastaların %93'ünde, genitoüriner semptomlar olur-

ken irit ve konjonktivit %20 oranında görülür. Mukokutanöz lezyonlar sık görülür. Artrit, asimetric diz, bilek, ayak veya sakroiliak ağrı şeklinde ortaya çıkar. Sakroiliak eklem tutulumu %30-90 oranında görülür. Altta yatan enfeksiyonun tedavisi dışında, hasta antiinflamatuvar ilaçlar ve steroid enjeksiyonlarından fayda görür.

Psöriyatik Artropati

Psöriyatik artrit, psöriyazisi olan hastaların %7'sinde görülürken primer olarak eller, ayaklar ve aksiyel iskelet tutulumu olur. Periferik iskelet tutulumu asimetric tarzda olurken hastaların %20'sinde omurga tutulmuştur. Gut oluşumuna yol açacak şekilde, ürik asit yükselmesi görülebilir. Hastaların %35-60'ında HLA-B27 pozitifliği saptanır.

Radyolojik olarak, omurga bulguları reaktif artrit bulguları ile aynıdır. Aynı şekilde sakroileit tek taraflı ve ossifikasyon asimetric olabilir. Psöriyatik artrit servikal omurgayı belden daha çok tutar ancak sakroiliak eklem hassasiyeti ve ağrısız da olsa hareket kısıtlılığı saptanabilir.

Enteropatik Artrit

Enteropatik artrit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları olan, ülseratif kolit ve Crohn hastalığı ile ilişkilidir. Bunların yanında, eklem tutulumu, çölyak hastalığı veya Whipple hastalığı hatta obezite tedavisinde kullanılan bypass cerrahisi sonrası bile görülebilir. Periferik artrit, barsak hastalığı ile eşzamanlı gelişirken, omurga tutulumu bağımsız olarak ayrı bir zamanda da oluşabilir. Enteropatik artropatisi olan hastalarda HLA-B27 pozitifliği %5 oranındayken, omurga tutulumu olan hastalarda bu oran %50-75'e çıkmaktadır.

Radyolojik olarak omurga değişiklikleri AS ile aynıdır. Bilateral ve simetric sakroileit ile beraber simetric tarzda progresif sindesmofit gelişimi ve ossifikasyon görülür.

Ülseratif kolit veya Crohn hastalığı olan kişilerde spondiloartropati, %2-12 oranında görülür. Ağrı, eklem katılığı hareketle azalır. İnflamatuvar bel ağrısı semptomları görülür. Kemik ankiloz, lomber bölgeden servikal bölgeye doğru yayılır.

Miyofasiyal Ağrı Sendromu

Miyofasiyal ağrı sendromu (MAS), lomber ve servikal bölgedeki kas iskelet ağrısının en sık nedenlerinden

Tablo 1: İnflamatuvar bel ağrısının özellikleri

- Bel ağrısının 3 aydan uzun sürmesi
- 45 yaşından önce başlaması
- Ağrının lomber bölgeye lokalize olması
- Sinsi başlangıçlı ağrı
- 30 dakikadan uzun sabah katılığı
- Uykunun ikinci yarısında uyandıran ağrı
- Ağrının hareketle azalması istirahatle artması
- Ağrının NSAİ ilaçlara iyi yanıt vermesi

birisidir. MAS, miyofasiyal tetik noktalar ve ilişkili reflekslerin neden olduğu ağrı bozukluğu olarak tanımlanır. Tetik noktalar, kas içerisindeki, ele gelen hassas nodüllerdir. En sık bel ve ensede palpe edilirler. MAS, daha çok orta yaş kadınlarda görülür ve genellikle fibromiyalji ile karıştırılır. Benzer rahatsızlıklar olsalar da, MAS'da tetik noktalar ve bölgesel ağrı söz konusuysen, fibromiyaljide daha yaygın bir ağrı ve hassas noktalar vardır. MAS daha çok yaralanma veya aşırı kullanım (overuse) sonucu gelişir. Tedavide tetik noktalara lokal anestezi enjeksiyonu ve tutulan kas gruplarını germe

egzersizleri faydalıdır. Kas güçlendirici egzersizlerden sakınılmalıdır. Sıcak uygulama ve masaj iyi gelebilir.

Bel ağrısının romatolojik nedenleri, nöroşirürjiyenlerin yabancı olduğu patolojiler olsa da hasta yönetimi açısından ayırıcı tanıda mutlaka dikkate alınması gereken hastalıklardır. Bu nedenle, bu hastalıkların nöroşirürjiyenler tarafından bilinmesi ve en azından ayırıcı tanıda düşünülmesi, gereksiz tedavilerden hatta cerrahilerden sakınılması için hayati öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Feldtkeller E, Khan MA, van der Heijde D, van der Linden S, Braun J: Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 23:61-66, 2003
2. Holden W, Orchard T, Wordsworth P: Enteropathic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 29:513-530, viii, 2003
3. Khan MA, van der Linden SM: Ankylosing spondylitis and other spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 16:551-579, 1990
4. van der Horst-Bruinsma IE, Nurmohamed MT, Landewe RB: Comorbidities in patients with spondyloarthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 38:523-538, 2012