

BEL AĞRISI



Dr. Mehmet Ali Karaca

Bel ağrıları; akut bel ağrısı (<6 hafta), subakut bel ağrısı (6-12 hafta) ve kronik bel ağrısı (>12 hafta) olarak sınıflanmaktadır. 6 haftadan uzun süren bel ağrıları ciddi hastalıkların belirtisi olabilir fakat bel ağrılarının çoğunluğu (%80-90) 6 hafta içinde düzelir.

Acil Yaklaşım ve Yakınmalar Olguların yaklaşık %85'inde spesifik olmayan bel ağrısı görülür. Diğer ciddi nedenler arasında spinal kord veya kauda ekuina kompresyonu, metastatik kanser, spinal epidural abse, vertebra osteomyeliti bulunur. Daha az ciddi nedenler ise vertebra kompresyon kırığı, radikulopati, spinal stenoz, ankilozan spondilit ve osteartritlerdir. Sıklıkla <18 yaş ve >50 yaş hastalarda bel ağrıları tümör yada enfeksiyonlara bağlı gelişir.

Bel ağrıları kas, ligament, vertebra yada disklerdeki sorunlardan kaynaklanır. L3 ve alt düzeydeki sinir köklerinden kaynaklanan ve bacağa yayılan ağrı siyatik ağrı olarak tanımlanır.

Travma öyküsü kırık için risk faktörüdür. Özellikle yaşlı hastalarda görülen osteoporoz minör travma, ve düşmeye bağlı kırık gelişme riskini artırmaktadır.

Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı infeksiyon, sistemik romatolojik hastalıklar ve maligniteyi akla getirmelidir. İntravenöz ilaç bağımlılarında spinal infeksiyon gelişme riski yüksektir. Ayrıca rüptüre aort anevrizması da sıklıkla şiddetli sırt ağrısına neden olmaktadır. Bel ağrısının diğer nedenleri pankreatit, pnömoni, nefrolitiyazis ve renal enfarktır.

Künt, hareketle artan ve dinlenmeyle azalan bel ağrısı sıklıkla benign bel ağrısını düşündürür. Gece sıklıkla uykudan uyandıran, analjezik ve dinlenme ile azalmayan bel ağrıları tümör ve infeksiyonu akla getirmelidir.

Parestezi, duyu kaybı, uyuşukluk, güçsüzlük ve yürüme bozuklukları yapısal bel ağrıları için önemli bulgulardır. İdrar veya barsak kontrolünün kaybı spinal kanal kompresyonu, kauda ekuina sendromu veya konus medullaris sendromununun bulgularıdır.

Fizik Muayene Fizik muayenede sırtın ve postürün inspeksiyonu, vertebraların palpasyonu, düz bacak germe testi, motor ve duyu muayenesi yapılır.

Benign karakterde bel ağrıları sıklıkla yatarak dinlenme ile azalır. Şiddetli bel ağrısı olan olgularda spinal enfeksiyon veya abdominal aort anevrizması

eden 4-8 hafta oral antibiyotik tedavisi önerilir. Vertebra ostemyelitinde antibiyotik tedavisine başlanmadan önce beyin cerrahı ile konsülte edilmelidir. Antibiyotik tedavisi staphylococcus auresus'a yönelik olmalıdır. Parenteral piperasilin-tazobaktam 3.375 gram İV ve vankomisin 1 gr İV başlanır.

Acil Serviste İzlem ve Yatış Endikasyonları Major travma şüphesi (yüksekten düşme veya sırt travması), 7 gün içinde bel yaralanması öyküsü ve fizik muayenede akut spinal kırık, spinal kord veya sinir kökü yaralanması olan hastalar,

Travma şüphesi olmayan, akut ve ilerleyici nörolojik defisit gelişen (bacaklarda ilerleyici güçsüzlük, duyu kaybı veya idrar ve gayta inkontinansı veya perineal bölgede duyu kaybı) ve fizik muayenede akut ve ilerleyici nörolojik defisit saptanan hastalar,

Akut major travma şüphesi olup akut ve ilerleyici nörolojik bulgu olmaksızın bel ağrısı olan hastalar, fizik muayenede bel ağrısının radikülopatiye bağlı olmadığı düşünülen hastalar,

Spinal infeksiyon bulgusu olan hastalar hastaneye yatırılmalı ve ileri inceleme yapılmalıdır.

Acil Servisten Taburculuk Kriterleri

Hastanın fizik muayenesinde siyatik ağrı ve disk hernisinden başka bulgu olmamalı ve aşağıdaki belirtilen kriterleri karşılıyor olmalıdır;

- Künt, hareketle artan ve dinlenmeyle azalan bel ağrısı
- Parestezi, duyu kaybı, uyuşukluk, güçsüzlük ve yürüme bozuklukları bulunmaması,
- İdrar veya barsak kontrolü kaybının olmaması,
- Hafif şiddetli bel ağrısı bulunması

Kaynaklar

1. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59] Published date: November 2016. url: https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/chapter/Recommendations
2. Stephanie G Wheeler, Joyce E Wipf, Thomas O Staiger ve ark. Evaluation of low back pain in adults. UpToDate. Url: http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults#H23
3. Nunn ML, Hayden JA, Magee K. Current management practices for patients presenting with low back pain to a large emergency department in Canada. BMC Musculoskelet Disord. 2017 Feb 23;18(1):92. doi: 10.1186/s12891-017-1452-1.
4. Chou R, Deyo R, Friedly J ve ark. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2017 Feb 14. doi: 10.7326/M16-2459.
5. A. Qaseem, T.J. Wilt, R.M. McLean, M.A. Forciea. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017 Feb 14. doi: 10.7326/P17-9032
6. Tintinalli's Emergency Medicine, A Comprehensive Study Guide. 7 th edition. Judith E.Tintinalli, 2011, USA