

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

**BEL AĞRISININ DİĞER KRONİK AĞRI SENDROMLARI İLE
BİRLİKTELİĞİNİN SIKLIĞI**

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Leyla Veral Sıvacıgil

İSTANBUL 2010

TEŐEKKÜR

Bütün çalıőmalarımnda ve her alanda yardımlarını teővik edici ve cesaretlendirici bir motivasyona dÖnüştüren başta anabilim dalı baőkanımız Prof. Dr. Güner Kaya olmak üzere tüm hocalarıma ve uzmanlarıma asistanlık eğitimimdeki katkılarından dolayı teőekkür ederim.

Tez çalıőmam sırasında büyük bir sabır ve titizlikle, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen değerli tez hocam Prof. Dr. Iőık Aydınlı' ya teőekkür ederim.

Çalışmanın her aőamasında tezimin tamamlanmasında olumlu katkılarıyla bana her zaman destek olan yoğun çalıőmalarına rağmen bana zaman ayıran Doç. Dr. Kader Keskinbora' ya teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
GİRİŞ-----	1
GENEL BİLGİLER-----	2
MATERYAL METOD-----	11
BULGULAR-----	17
TARTIŞMA-----	35
SONUÇ-----	38
ÖZET-----	39
SUMMARY-----	41
KAYNAKLAR-----	42

GİRİŞ

Bel ağrısı, hem toplumsal hem de kişisel olarak büyük sosyo-ekonomik problemlere neden olan bir kronik ağrı sendromudur. Ancak bel ağrısı ile beraber bazı hastalıkların sıklıkla birlikte görülmesi, bel ağrısının ayrı bir hastalık olmaktan ziyade genel sağlığı bozan hastalıklar zincirinin bir parçası olarak değerlendirilmesini gündeme getirmiştir. Bel ağrılı hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada hastaların %26'ında, bel ağrısı dışında birçok somatik şikayetin eşlik ettiği bildirilmiştir. Bu çalışmada bel ağrısının baş ağrısı, kardiyovasküler hastalık, respiratuar hastalık, boyun ağrısı, jinekolojik hastalık, astım ve allerji ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (1).

Kronik bel ağrısı ve eşlik eden hastalıklar arasındaki ilişki henüz tam anlamıyla bilinmemektedir. Son yıllarda bu hastalıklardaki patofizyolojik faktörün nörobiyolojik hassaslaşma olduğu ileri sürülmektedir. Kronik bel ağrılı hastalarda diğer rahatsızlıkların eşlik etme sıklığının çokluğu bu hassaslaşmaya bağlanmaktadır (2).

Bu çalışmanın amacı, kronik bel ağrısı şikayeti ile Ağrı Polikliniği'ne başvuran 18-65 yaş arası erişkin hastalarda yapılan anketle, bel ağrısı ve yandaş ağrı sendromlarının birlikteliğinin araştırılması ve toplumumuzdaki sıklığının ortaya konulmasıdır.

GENEL BİLGİLER

Bel ağrısı iş günü kaybı açısından üst solunum yolu rahatsızlıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir. Bel ağrısı, endüstrileşmiş toplumların hızla artan, önemli bir sağlık problemidir. Sanayide gelişmiş ülkelerde bel ağrısının nüfus artışından bağımsız olarak arttığı ve ağrıya bağlı sakatlığın giderek artan bir artış gösterdiği bildirilmiştir. Bel ağrısı toplumun her kesimini ilgilendiren tıbbi ve toplumsal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (3,4). Özellikle gelişmiş toplumlarda maliyeti iş gücü kaybı, erken emeklilik ve sakatlık tazminatları nedeniyle çok yüksektir. Ülkemizde bel ağrılarının prevalansını, çeşitli meslekler ve yaş gruplarındaki sıklığını, ağrı nedeniyle iş görememezlik oranlarını, tanı ve tedavi maliyetlerini, işçilerin aldığı rapor ve tazminatların sanayide olumsuz etkilerini araştıran ve geçerli kriterlerle yapılmış çalışmalar ortaya konmamıştır (5).

Bel ağrısına yönelik risk faktörleri incelendiğinde pek çok neden ortaya konmuştur. Bu nedenler arasında mesleki faktörler ilk sıralarda yer almaktadır. Ağır kaldırma, asimetrik kaldırma, dönerek ağır kaldırma gibi işleri yapmayı gerektiren mesleklerde bel ağrısı riskinin yükseldiği, tüm vücut vibrasyonu yapan mesleklerde, ağır vasıta sürücülerinde bel ağrısı riskinin yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, kilo, boy, meslek, aile anamnezi, sigara içiciliği, hava koşulları ile bazı psikolojik ve sosyal faktörlerin bel ağrısı oluşumunda risk faktörü olduğu tespit edilmiş, ağrının kronikleşmesine yardımcı olduğu saptanmıştır.(5)

Bel ağrısı birçok hastalığın belirtisi olarak karşımıza çıkabilir. Ancak hastaların çoğunda bel ağrısı sorunu mekanik temellidir (6). Tablo 1'de bel ağrısı sınıflandırılması görülmektedir.

Tablo 1: Tutulan sistem ve etyolojiye göre bel ağrılarının sınıflandırılması (6)

Kas iskelet sistemi kökenli bel ağrıları	Dejeneratif	Osteoartrit Spinal stenoz Spondilolistezis Lumbal spondiloz Dejeneratif disk hastalığı Dejeneratif eklem hastalığı Faset eklem hastalığı
	İnflamatuar	Romatoid artrit Juvenil romatoid artrit Ankilozan spondilit Reiter sendromu Psoriatik artrit Seronegatif spondiloartropatiler
	Metabolik	Osteoporoz Osteopeni Osteomalazi Osteitis fibrosistica Okronotik spondilozis Juvenil okronozis
	Neoplastik	Benign Malign Metastatik
	İnfeksiyöz	Bakteriyel Tüberküloz Septik artrit Diğer infeksiyonlar
	Travmatik	Fraktürler Dislokasyon veya subluksasyon Lumbosakral eklem spraini Sakroiliak eklem spraini Faset eklem hastalığı İntervertebral disk Koksikodini
	Konjenital	Skolyoz Spondilolistezis Vertebral epifizitiz İnterspinöz psödoartroz
	Kas hastalıkları	Akut strain Kronik strain Akut refleks kas spazmı Akut kas yorgunluğu Myofasyal ağrı sendromu Kullanmamaya bağlı kas atrofileri

Primer nörolojik kökenli bel ağrıları	Radikülopati veya nöropati	Herniye intervertebral disk Osteofit Benign veya metastatik tümörler Epidural abse Lumbar vertebranın fraktürü veya dislokasyonu
	Sinir kökleri veya sinirlerin inflamasyonu	Herpes zoster Diğer radikülitler Nöritis
	Sinir kökleri veya sinirlerin fibrozisi	Araknoidit Epidural fibrozis İntranöronal fibrozis
	Sinirlerin hastalıkları	İntradural ve epidural tümörler Meningeal karsinomatozis Lumbar pleksusun tümörle infiltrasyonu Sinirlerin diğer hastalıkları
Karın içi patolojilere bağlı yansıyan bel ağrıları	Visseral hastalıklar	Böbrek veya üreter hastalıkları Uterus veya adneks hastalıkları Mesane veya prostat hastalıkları İnen kolon veya rektosigmoid kolon hastalıkları
	Vasküler hastalıklar	Alt abdominal aort anevrizması Abdominal aort veya ana iliak arter obstrüksiyonu Renal arter embolisi
	Retroperitoneal kitleler	Lenfosarkom Hodgkin hastalığı Karsinomatöz lenfadenopati
Psikojenik veya çevresel faktörlere bağlı bel ağrısı		
İdiopatik bel ağrısı		

BEL AĞRISININ FİZYOPATOLOJİSİ

Hasar sonrası periferik ve santral sinir sisteminde bir seri elektriksel ve kimyasal süreçler yaşanmakta (transduksiyon, transmisyon, modülasyon, persepsiyon, ekspresyon) ve sonuç bilgi ağrı olarak algılanmaktadır. Uyarının alınması ile başlayan aktivasyon tüm süreçlerde moleküler, hücresel, genetik ve nörobiyolojik değişimlere neden olmaktadır (7).

Transduksiyon: Hasarlanmış bölgenin sensoryal nöronlarının hasarla aktive olması

Transmisyon: Hasar bilgisinin sensoryal sistemde kortekse doğru duyusal olarak taşınması

Modülasyon: Hasar bilgisinin kortekse duyusal olarak taşınması esnasında inhibe edilmesi

Persepsiyon: Sonuç bilginin kortekste değerlendirilip ağrı olarak idrak edilmesi

Ekspresyon: Hasar bölgesine projekte edilerek, kişi tarafından dile getirilip ağrı davranışının sergilenmesi

Nosiseptif Sistem

Ağrı bilgisini alan ve kortekse taşıyan sensoryal nöronlardan oluşur. Nosiseptif sistemin nöronlarının uyarılma eşiği diğer duyu sistemlerinden daha yüksektir (alarm fonksiyonu). Nosiseptif sistemi diğer duyu sistemlerinden ayıran bir diğer özelliği de hassaslaşmasıdır. Bu sistem 3 ana sensoryal nöron grubunu kapsamaktadır (8):

- 1) Primer afferent sensoryal nöron (I. nöron grubu)
- 2) Spinal nöron (II. nöron grubu)
- 3) Talamo-kortikal projeksiyon nöron grubu (III. nöron grubu)

Primer afferent sensoryal nöron:

Primer afferent sensoryal nöronlar nosiseptif olan bilgiyi periferden spinal korda taşırlar. Primer sensoryal afferent liflerin perifer uçları (nosiseptör) deri, subkutan doku, periost, eklem kapsülü, kas, plevra ve peritonda lokalizedir. Morfolojik olarak sensoryal nöronun periferik uçları, myelinsiz serbest uçlardır. Primer sensoryal afferent liflerin santral uçları spinal kord arka boynuzunda spinal nöronlar ile sinaps yaparlar.

Sensoryal nöronlar 2 tiptir:

1. Aδ lifleri: İnce miyelinli, orta kalınlıkta ve orta ileti hızındadırlar, hem zararlı hem zararlı olmayan uyarıyı iletirler. Mekanik-termik uyarılara hassastır ve ani keskin ağrıdan sorumludurlar.
2. C lifleri: Miyelinsiz, ince, yavaş iletimli liflerdir. Zararlı uyarıları iletirler, mekanik-termik, kimyasal uyarıya hassastırlar (polimodal nosiseptörler) ve yanıcı ağrıdan sorumludurlar.

Spinal kord

Medulla spinalisin (MS) dorsal boynuzu, primer afferent nöronların santral uçlarının sonlanıp, spinal nosiseptif nöronlar ile sinaps yaptıkları bölgedir. Primer afferent nöronların santral uçları, ipsilateral olarak spinal korda arka kök yolu ile girer. Projeksiyon nöronları nosiseptif aktivitede depolarize olarak impulsu, çıkan sistem ile üst merkezlere iletip supraspinal cevabı oluştururlar. Nosiseptif impuls aynı zamanda spinal kord eksitatuvar internöronlar ile ön boynuzdaki motor çekirdekleri ve preganglioner sempatik nöronları uyararak spinal refleks cevaba (sempatik refleks cevap ve motor refleks cevap) yol açar.

Spinal kordtan beyine iletim:

Spinal nöronlar nosiseptif impulsu beyne spinotalamik yol (STT) ile ulaştırırlar. STT nöronlarının aksonları spinal kordu çaprazlayarak karşı tarafa geçerler ve anterolateral funikul (ALF) içinde talamusa kadar uzanırlar. STT'da nöronlar iki ana demet oluştururlar (8):

- 1) Lateral seyreden neospinotalamik yol (NST-lateral sistem) : Hücre gövdeleri yüzeysel dorsal boynuzda lokalizedir. Kalın liflerden olan bu lifler lateral talamustaki nukleuslarda sonlanırlar .
- 2) Medial seyreden paleospinotalamik yol (PST-medial sistem): Hücre gövdeleri derin laminalardadır. İnce olan bu lifler formasyo retikularis (FR), periaquaduktal gri madde (PAG) ve hipotalamusa projekte olarak talamusa ilerler, medial talamustaki nukleuslarda sonlanırlar. Projekte oldukları bölgeler nedeni ile nosiseptif supraspinal refleks cevaplardan (kardiovasküler, solunum, gastrointestinal sistem cevapları, metabolik cevap, dikkat kaybı ve uykusuzluk, midriazis) sorumludur.

Lateral ve medial talamusda sonlanan STT nöronları, talamusda ağrı bilgisini somatosensoryal kortekse taşıyan III. grup nöronlar ile sinaps yaparlar.

Talamokortikal projeksiyon ve korteks

Nosiseptif uyarının aktive ettiği bölgeler primer–sekonder korteks (S1,S2) anterior singulat korteks ve prefrontal kortekstir.

Lateral talamusdan projekte olan nöronlar primer ve sekonder kortekste (somatosensoryal korteks) sonlanırlar. NST nöronları ve sinaps yaptıkları S1 ve S2’de sonlanan III. nöron grubu lateral sistem olarak isimlendirilir ve ağrının sensoryal-diskriminatif komponentinin (ağrının şiddeti, lokalizasyonu ve niteliği) oluşumunda pay sahibidirler.

Medial talamusdan projekte olan nöronlar ise limbik sisteme (LS) uğrayarak (emosyonel cevap) anterior singulat korteks (ASK) ve prefrontal kortekste sonlanırlar. PST nöronları, sinaps yaptıkları anterior singulat kortekste ve prefrontal kortekste sonlanan III. grup nöronlar medial sistem olarak isimlendirilir. Medial sistem ağrının affektif-motivasyonel komponentinden sorumludur.

İnhibisyon Sistemi

Nosiseptif impuls endojen analjezi sistemi ile hem santralde (spinal ve supraspinal) hem de periferde inhibe edilmektedir. İnhibisyonda başta opioidler (endorfin, enkefalin), inhibitör amino asitler (gamaaminobutirik asit-GABA, glisin) ve monoaminler (noradrenalin, NA; serotonin, 5- HT), purinler (adenosin) ve inhibitör nöropeptidler (galanin, nöropeptid Y) rol oynarlar (8).

Nosiseptif Sistemin Hassaslaşması

Periferik hassaslaşma

Hasarla tetiklenen dokudan açığa çıkan inflamatuvar mediatörler ve nosiseptörlerden açığa çıkan peptidler, nöronda oluşan reseptörler ile etkileşerek nosiseptör membranında iyon kanallarının açılmasına ve nosiseptörün uyarılabilirliğinin artmasına, nosiseptör depolarizasyonun patolojik ölçüde olmasına (hassaslaşmasına) neden olur (7).

Santral hassaslaşma

Sinapsta iletiyi sağlayan eksitatuar nörotransmitterler arka kök ganglionunda (dorsal root ganglion- DRG) sentez edilen glutamat, aspartat, P maddesi, nörokinin A' dır. Eksitatuar nörotransmitterler primer afferent nosiseptörlerin santral uçlarının presinaptik veziküllerinde depolanır. Nosiseptif aktivasyonda sinapsa salınırlar. Moleküler düzeyde gerçekleşen bir dizi ikincil değişimler spinal nöronda hipereksitasyona ve gen translokasyonuna neden olarak ağrı bilgisinin hafızalanmasına ve kronikleşmesine yol açar (9).

İmmun Sistem – Sensoryal Sistem Etkileşimi

Son yıllarda immün sistemin patolojik ağrıyı oluşturmada önemli pay sahibi olduğu ileri sürülmektedir (9,10) . Bu görüşe göre patolojik ağrı oluşumunda, nöral immün hücreler (spinal kord glia hücreleri; mikroglia ve astrositler) ve salgıladıkları proinflatuar sitokinler (Proinflammatory cytokines-PIC) başrolü üstlenmişlerdir. Glia hücrelerinin subkutan inflamasyonda ve nöropatide aktive oldukları gösterilmiştir. Fizyolojik ağrıda glial aktivasyon olmamaktadır. Gliaların aktifleşmesi ve glialardan salınan sitokinler, ağrı bilgisini spinal düzeyde arttırmakta ve patolojik ağrı oluşumuna katkı sağlamaktadır. Spinal sensoryal nöronun hipereksite olması ve hiperaljezi - allodininin meydana gelmesi, immün sistem tarafından regüle edilmektedir. İmmün sistem-sensoryal sistem etkileşimi o denli birbirine bağlıdır ki, ağrının kişiye özgü olması, aynı lezyonla farklı kişilerde farklı boyutta ağrı oluşması sitokin üretimindeki genetik farklılığa bağlanmaktadır (11).

İmmün sistemin santral sinir sisteminde (SSS) aktivasyonu sadece spinal kordta değil, beyinde de etkindir. Hippokampus ve hipotalamusun paraventriküler nukleusuna giden PIC'ler ruh ve biliş disfonksiyonuna sebep olmaktadır. Bu özellikle kronik ağrılı hastalarda sıklıkla gördüğümüz ruh ve biliş disfonksiyonuna açıklık getirmesi bakımından önem taşımaktadır (11).

Ağrı ve Genetik

Son yıllarda yapılan genetik çalışmalar ağrının gizeminin aralanmasında önemli yol katedilmesini sağlamıştır (10). Bugün için genetik yatkınlığın kronik ağrıda önemli pay sahibi olduğu (% 60) bilinmektedir (10).

Genetik yapı ağrı hassasiyetinde ve kronikleşmede önemli rol oynamaktadır. Hastalık ve hasar aynı olduğu halde ağrının kişiden kişiye değişiklik göstermesi, genetik polimorfizm ile açıklanmaktadır. İkizlerde yapılan çalışmalar, nöropatik ağrı, migren, fibromiyalji, disk dejenerasyonu, postoperatif kronik ağrı, menstrüel ağrı gibi kronik ağrı sendromlarının temelinde çevresel, sosyolojik, psikolojik faktörlerin yanı sıra genetik faktörlerin rol oynadığını göstermektedir. Bugüne kadar ağrı hassasiyetini belirleyen 2 gen bilinmektedir. Guanozin trifosfat (GTP) siklohidrolaz geni, Katekol-O-metiltransferaz (COMT) genidir (10).

Genetik testler ile veya bir başka ifade ile genetik etiketin belirlenmesi ile ağrılı uyarana hassasiyet, kronik ağrıya yatkınlık, yeni farmakolojik hedefler belirlenebilecek, kişiye özgü ilaç ve doz seçimi yapılabilecek, ağrı tedavisine cevap önceden saptanabilecektir.

Ağrı Oluşum Teorisinde Devrim

Melzack, beynin ağrı oluşumunda çok önemli dinamik rolünün olduğunu, sensoryal girdileri saptamak ve analiz etmekten çok daha fazlasını yaptığını ve ağrının periferden beyne fiziksel iletilmesi hakkında bugüne kadar bildiklerimizin ağrı oluşumunun sadece bir kısmını oluşturduğunu ileri sürmektedir. Melzack ağrının sadece sensoryal bir fenomen olmadığı görüşündedir (12).

Melzack ağrı teorisinde devrim olarak sunduğu bu görüşe göre beyinde nöromatriks olarak adlandırılan yapılar (somatosensoryal projeksiyon bölgeleri, anterior singulat korteks, limbik sistem, prefrontal ve posterior pariyatel korteks, insula, hipotalamus, orta beyinde periaquaduktal gri bölge ve talamus) birbirleri ile yakın sinaptik ilişki içindedirler. Nöromatriks beyinde genetik olarak yapılanmış olup somatosensoryal inputlarla, deneyimlerle, endişelerle, stres ve emosyonlarla şekillenmekte, sensoryal, bilişsel ve affektif boyutları ile idrak edilmekte ve bir davranışsal ve stres (kortizol, noradrenalin, endorfin, immün sistem) cevap oluşmaktadır. Böylelikle kişinin nöral imzası ortaya çıkmaktadır (12).

BEL AĞRISI VE YANDAŞ HASTALIKLAR

Günümüzde bel ağrısı anatomik, fizyolojik, fiziksel, nörokimyasal, biyomekanik özellikleri ile birlikte psikososyal faktörleri de içeren özel ve komplike bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (13). Ancak nonspesifik bel ağrısının kendine özgü bir hastalık olup olmadığı, yandaş bir hastalığa sekonder gelişip gelişmediği veya genel nonspesifik bir hastalığın erken sinyali olup olmadığı sorularının cevabı henüz kesinleşmemiştir (14).

Hestbaek ve ark.ları'nın literatür derlemesinde bel ağrısı ile angina pectoris ve bazı hastalıklar arasında belirgin bir ilişki olduğunu, birçok fiziksel durumun gelecekte oluşabilecek bel ağrısının önemli bir işareti olduğunu, bel ağrılı hastalarda diğer hastalıkların dört kat fazla görüldüğünü, bel ağrısını içeren kronik hastalıkların bazı hastalarda bir araya toplandığını belirtmişlerdir (15).

Bel ağrısına eşlik eden hastalıklar çok geniş bir yelpazede yer almaktadır (baş ağrısı, migren, boyun ağrısı, angina pectoris, jinekolojik hastalıklar, astım, alerjik rinit, solunumsal hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, mental hastalıklar). Hestbaek ve ark.ları, yaptıkları çalışmada; bel ağrısı ve komorbid şikayetler ile başvuran hastaların yaş dağılımına baktıklarında, bel ağrısının sanılanın aksine adolesan çağda, hatta çocukluk çağında görülebildiğini bulmuşlardır. Her ne kadar erişkin dönem hastalığı olarak görülse de toplumun yarısından çoğunda ilk bel ağrısı atağı yirmili yaşlardan önce rastlanmakta olduğunu belirtmişlerdir (16). Preuper ve ark.ları yaptıkları çalışmada kronik bel ağrısı ile psikiyatrik faktörler arasında ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir (17).

Bel ağrısının yorgunluk, baş ağrısı ve boyun ağrısı gibi şikayetler ile sıklıkla bir arada görülmesinin ana patofizyolojik mekanizmasının nörobiyolojik hassaslaşma olduğu ileri sürülmüştür (18).

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma, Fakülte etik kurulunun (02.06.2009-505 sayılı) onayı alındıktan sonra İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Ağrı Bilim Dalı'nda yapılmıştır. Çalışmamıza Temmuz 2009-Mart 2010 tarihleri arasında Ağrı Bilim Dalı polikliniğine bel ağrısı yakınması ile başvurmuş olan 108 hasta alınmıştır. Bel ağrısı ile beraber görülebilen yandaş hastalıkların birlikteliği anket yapılarak araştırılmıştır.

Çalışmaya dahil olma kriterleri: 18-65 yaş aralığında olan, son bir yıl içinde 8 haftadan fazla süredir devam eden, görsel ağrı ölçütüne (Visuel Analog Scale-VAS) göre ağrı şiddeti ≥ 4 olan bel ağrılı hastalar.

Çalışmadan dışlanma kriterleri: Gebelik, diyabet, yakın zamanda bel bölgesinden geçirilmiş travma-enfeksiyon, kauda equina sendromu, malignite, osteoporoz, anket sorgulamasını kabul etmeme ve anket sorularına yanıt vermeyi engelleyen mental problem.

Çalışmaya alınma kriterlerine uyan hastaların anket sorgulamasında (Tablo 2); hastaların genel bilgileri (ad-soyad, cinsiyet, yaş/kilo/boy, Vücut Kitle İndeksi - VKİ, doğum yeri, medeni durum, eğitim durumu ve süresi, meslek/çalışma durumu, adres/ telefon No); bel ağrısının ayrıntılı öyküsü (süre, şiddet, nitelik, arttıran-azaltan faktörler, operasyon öyküsü), bel ağrısı dışındaki diğer ağrılı ve ağrısız rahatsızlıkların (baş ağrısı, boyun ağrısı, sırt ağrısı, kol-bacak ağrısı, migren, depresyon, eklem ağrısı, egzema, alerji, ağrılı adet görme, gastrointestinal şikayetler, pelvik ağrı) varlığı ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

Ağrı değerlendirilmesinde VAS ölçütü kullanıldı. Bu ölçüte göre, 0: hiç ağrı yok; 10: dayanılmaz ağrı olarak kabul edildi. İlk sorgulamada aktivite VAS değeri (VAS a), istirahat VAS değeri (VAS i) ve gece VAS değeri (VAS g) kaydedildi.

Depresyon varlığı BECK Depresyon Ölçütünün (Beck Depression Inventory - BDI) 1996'da yeniden gözden geçirilen formu (BDI-II) ile sorgulandı. BDI-II hastanın son iki hafta içinde kendini nasıl hissettiğini sorgulayan 21 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçüte göre 0-13: minimal depresyon; 14-19: hafif depresyon; 20-28: orta derecede depresyon; 29-63: ciddi depresyondur (19).

Yaşam kalitesi, 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuş olan Kısa Form-36 (Short Form-36; SF-36) ölçeği ile sorgulandı (20). Türkiye için geçerliliği 1999 yılında yapılan ölçek, 36 maddeden oluşmakta olup son 4 hafta içindeki fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı aktivite kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı davranış kısıtlılıkları (3 madde), mental durum (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde), sağlığın genel algılanması (5 madde) irdelenmektedir. Bu ölçüte göre 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir (21).

Tablo 2. Hasta anket formu

Ad-Soyad:
Cinsiyet:
Yaş/Kilo/Boy (BMI):
Doğum yeri:
Medeni durum:
Eğitim durumu ve süresi :
Meslek/Çalışma durumu:
Adres/ Telefon No:
BECK:
VAS a:
VAS i:
VAS g:
SF-36:
ANKET SORULARI
1. Ne kadar zamandır bel ağrınız var?
2. Son 1 yıl içinde kaç gün bel ağrınız oldu?
3. Bel ağrınızın şiddeti ne kadardır? (VAS)
4. Bel ağrınızı devamlı mı hissediyorsunuz yoksa aralıklı mı ?
5. Bel ağrınız hareketle artar mı?
6. Bel ağrınız varken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?
7. Bel ağrınız yaşantınızı olumsuz yönde etkiliyor mu?
8. Bel ağrınızı arttıran veya azaltan faktörler nelerdir?
9. Sabah uyandığınızda hareket kısıtlılığı, kaslarınızda sertlik hissediyor musunuz?
10. Bel ağrınız için kaç kez doktora başvurduunuz?
11. Bel ağrınız için hastaneye yatırıldınız mı?
12. Bel ağrınız için size önerilen tedaviler nelerdir?

13. Bel ağrınıza yönelik ameliyat oldunuz mu?
14. Ameliyat olduysanız bel ağrınız önceye göre değişti mi? (azalma /artma)
15. Bel ağrınızın iyileşeceğine inanıyor musunuz?
16. Bel ağrınızın yanında onunla ilişkisiz başka rahatsızlıklarınız var mı?
17. Baş ağrınız var mı? / Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
18. Migreniniz var mı? / Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
19. Boyun ağrınız var mı? Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
20. Sırt ağrınız var mı? Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
21. Kol ağrınız var mı? Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
22. Omuz ağrınız var mı? Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
23. Bacak-Ayaklarınızda ağrınız var mı? Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
24. Ayaklarınızda terleme, yanma olur mu?
25. Ellerde ağrınız var mı? Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
26. Çene eklemde ağrınız olur mu? Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
27. Büyük eklemlerinizde (kalça-diz-omuz) ağrı hisseder misiniz? Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
28. Küçük eklemlerinizde (el-ayak) ağrı hisseder misiniz? Geçmişte böyle bir şikayetiniz var mıydı ? Süre
29. Eklemlerinizde hassasiyet var mı?
30. Hareket kısıtlılığınız olur mu?
31. Çarpıntınız olur mu?
32. Sıcak basması olur mu?
33. Uyku problemleriniz olur mu?
34. Kendinizi hep yorgun mu hissedersiniz?
35. Kendinizi gergin hissediyor musunuz?
36. Mutsuz musunuz?
37. Sıkıntı-bunalma hissediyor musunuz?
38. Mide ağrınız, yanmanız olur mu?
39. İshal, kabızlık gibi rahatsızlıklarınız olur mu, ne sıklıkta olur?

40. Gaz şikayetiniz olur mu?
41. Ağızınıza acı su gelme, göğüste yanma gibi şikayetler olur mu?
42. Göğüs ağrınız olur mu?
43. Nefes darlığınız olur mu?
44. Astımınız var mı?
45. Vücudunuzda döküntü, kaşıntı olur mu?
46. Bahar aylarında artan burun akıntısı, kaşıntı,göz yaşarması rahatsızlıklarınız olur mu?
47. Vücudunuzun herhangi bir yerinde egzema şikayetiniz oldu mu?
48. Vücudunuzun herhangi bir yerinde uyuşukluk, karıncalanma,yanma olur mu?
49. Makata vuran ağrınız olur mu?
50. Özellikle kasıkta hissettiğiniz ağrı var mı?
51. Kasıkta hissettiğiniz bu ağrının adet kanamanızla ilgisi var mı? (kadınlar için)
52. Adetleriniz ağrılı mıdır? (kadınlar için)
53. Bel cerrahisi dışında herhangi bir ameliyat oldunuz mu?
54. Ameliyat yerinde ağrı, hassasiyet hissediyor musunuz?
55. Cinsel sorunlarınız var mı?
56. Sigara, alkol kullanır mısınız?
57. Devamlı kullandığınız ilaçlar var mı?
58. Ailede sizin gibi ağrılı kişiler var mı?

İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, İstatistiksel analizler için SPSS for windows 10.0 istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılırken normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında student t test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare test kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma 01.07.2009-01.03.2010 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Ağrı Bilim Dalı polikliniğine bel ağrısı şikayeti ile başvuran hastalar üzerinde yapılmıştır. Kesitsel tipte planlanan bu çalışmaya yaşları 18 ile 65 arasında değişen 27'si erkek (%25.2), 80' i kadın (%74.8) toplam 107 hasta alınmıştır. Hastaların 58'i (%54.2) 50 yaş altında, 49'u (%45.8) 50 yaş üstünde bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların demografik bulguları

		Toplam	
		N:107	%
Cinsiyet	Erkek	27	25,2
	Kadın	80	74,8
Yaş	<50	58	54,2
	50 ve üstü	49	45,8
VKİ*	Normal	32	29,9
	Aşırı	35	32,7
	Obez	40	37,4

*VKİ: Vücut kitle indeksi

Çalışmaya alınmış olan hastalar mesleklerine göre sınıflandırıldığında %44.9' unun işsiz (N:48), %11.2'sinin esnaf (N:12), %19.6'sının işçi (N:21), %24.3'nün de memur (N:26) olduğu saptanmıştır. Hastaların %82.2'i evli (N:88), %9.3'ü bekar (N:10), %8.4'ü dul (N:9) olarak tespit edilmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde; üniversite mezununun %12.1 (N:13), lise mezununun %24.3 (N:26), ortaokul mezununun %13.1 (N:14), ilkokul mezununun %40.2 (N:43), hiç eğitim almamışların da %10.3 (N:11) oranında olduğu saptanmıştır. Hastaların verdikleri anamneze göre devamlı analjezik kullanımı %75.7 (N:81), ailede ağrılı kişi varlığı %59.8 (N:64) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların sosyolojik konumları

		Toplam	
		N	%
Meslek	Çalışmıyor	48	44,9
	Esnaf	12	11,2
	İşçi	21	19,6
	Memur	26	24,3
Medeni hal	Evli	88	82,2
	Bekar	10	9,3
	Dul	9	8,4
Eğitim durumu	Eğitimsiz	11	10,3
	İlkokul	43	40,2
	Orta	14	13,1
	Lise	26	24,3
	Yüksek öğrenim	13	12,1
Devamlı analjezik kullanımı		81	75,7
Ailede ağırlı kişi varlığı		64	59,8

1. Hastaların Bel Ağrılarının Özellikleri

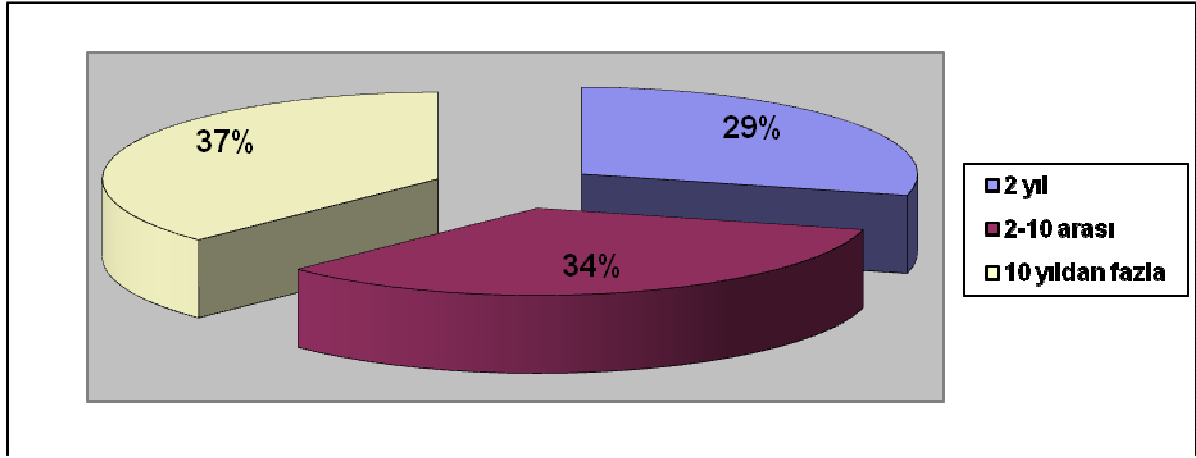
Bel ağrısı şikayetinin hastaların %33.6'sında (N:36) 2 yıldan daha uzun süredir var olduğu tespit edilmiştir. Bel ağrısı şikayetinin 10 yıldan daha uzun süredir var olduğu hasta oranı %37.4'tür (N:40) (Grafik 1). Son 1 yıl içinde bel ağrısı haftada 1-2 kez olan hasta oranı %9.3 (N:10), haftada 3-4 kez olanların oranı %7.5 (N:8), her gün ağrısı olanların oranı ise %83.2'dir (N:89) (Grafik 2). Hastaların %64.5'inde (N:69) bel ağrısının devamlı olduğu, %86.9'ununda (N:93) ağrının radiküler yayılım gösterdiği saptanmıştır. Hastaların %79.4'ünde sabah sertliği (N:85), %72.9'unda da (N:78) bel ağrısı şikayetinin hareketle arttığı saptanmıştır (Tablo 5).

Hastaların bel ağrısı nedeniyle doktora başvuru sayısı %43'ünde (N:46) 10 ve altında, %52.3'ünde (N:56) 10'dan fazla bulunmuştur. Yatarak tedavi gören hasta oranı % 38.3'tür

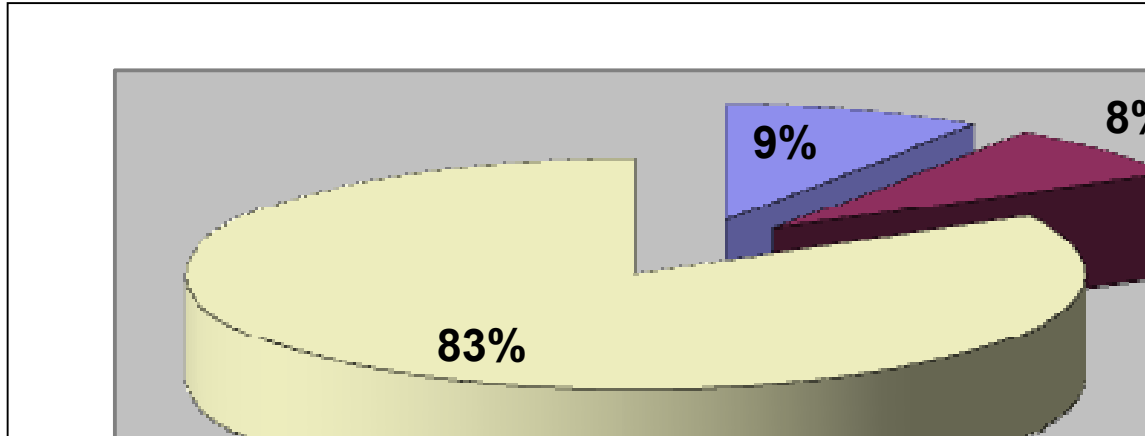
(N:41). Hastaların % 28'i (N:30) bel ağrısı nedeniyle opere olmuştur ve bunların % 66.7'sinde (N:20) ağrılarında azalma gerçekleşmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Bel ağrılarının özellikleri

		Toplam	
		N	%
Bel ağrısının süresi	2 yıl	31	29,0
	2-10	36	33,6
	10 yıldan fazla	40	37,4
Son 1 yıl içindeki bel ağrısı sıklığı	Haftada 1-2	10	9,3
	Haftada 3-4	8	7,5
	Hergün	89	83,2
Devamlı ağrı varlığı		69	64,5
Radiküler ağrı varlığı		93	86,9
Sabah sertliği varlığı		85	79,4
Bel ağrısının hareketle ilişkisi		78	72,9
Bel ağrısı nedeniyle doktora başvuru sayısı	<10 kez	46	43,0
	>10 kez	56	52,3
Yatarak tedavi gören bel ağrılı hastalar		41	38,3
Bel ağrısı nedeniyle opere olanlar		30	28,0
Bel ağrısına yönelik operasyon sonrasında ağrılarında azalma olan hastalar		20	66,7



Grafik 1. Bel ağrısının süresinin dağılımı



Grafik 2. Son 1 yıl içindeki bel ağrısı süresinin dağılımı

Tüm hastaların aktiviteleri sırasındaki ortalama VAS değeri 8.00 ± 2.03 , istirahatteki ortalama VAS değeri 6.98 ± 2.46 ; gece ortalama VAS değeri 7.65 ± 2.29 olduğu saptanmıştır (Tablo 6a). Tüm hastaların ortalama SF-36 ölçütü 88.74 ± 50.79 , ortalama BECK Depresyon Ölçütü 19.21 ± 10.89 dur. Hastaların %52.3'ünde orta ve ağır depresyon saptanmıştır (Tablo 6a). Bel ağrısı nedeni ile yaşantısının negatif yönde etkilendiğini belirten hasta oranı % 89.7 olup (N:96) (Grafik 3), yaşantısını sürdürebilmek için yardıma gereksinim duyan hasta oranı % 57.9'dur (N:62). Bel ağrılarının geçeceğine inananların oranı % 59,8'dir (Grafik 4) (Tablo 6b).

Tablo 6a. Bel ağrısının şiddeti ve yaşama etkileri

		Ortalama	SD
VAS	VASa	8,00	2,03
	VASi	6,98	2,46
	VASg	7,65	2,29
BECK		19,21	10,89
SF-36		88,74	50,79

VASa: Aktivitede VAS

VASi: İstirahatte VAS

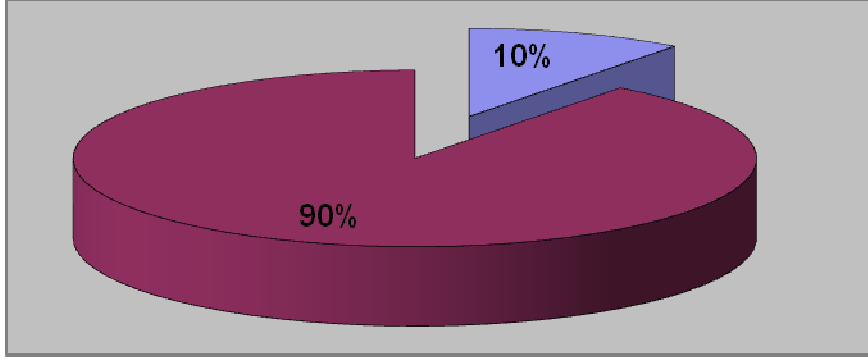
VASg: Gece VAS

SF36: Kısa form 36

BECK: BECK Depresyon Ölçütü

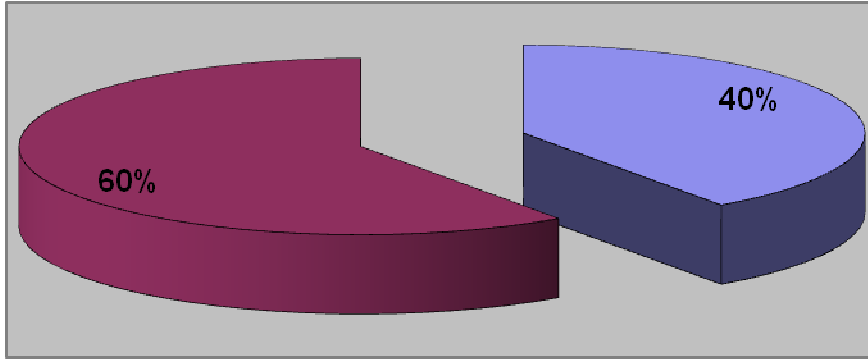
Tablo 6b. Bel ağrısının şiddeti ve yaşama etkileri

	Toplam	
	N	%
Bel ağrısı nedeniyle yaşantısı olumsuz etkilenenler	96	89,7
Yardıma gereksinim duyanlar	62	57,9
Bel ağrılarının geçeceğine inananlar	64	59,8



■ Hayır
■ Evet

Grafik 3. Bel ağrısı nedeniyle yaşamın olumsuz etkilenmesi



■ Hayır
■ Evet

Grafik 4. Bel ağrısının geçeceğine inanma oranı

2. Bel Ağrısına Yandaş Rahatsızlıklar

Hastaların % 94.4'ünde (N:101) yaşamlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı dışında ağrılı veya ağrısız en az bir ilave rahatsızlığın var olduğu saptanmıştır.

2.1. Bel Ağrılı Hastaların Yandaş Ağrılı Rahatsızlıkları

Bel ağrısı şikayeti olan hastalarda ilave olarak sırt ağrısı %72.9 (N:78), kol ağrısı %70.2 (N:75), baş ağrısı %69.9 (N:74), boyun ağrısı %67.3 (N:72), omuz ağrısı %67.3 (N:72), mide ağrısı %64.5 (N:69), kasık ağrısı %52.3 (N:56), eklem ağrısı %48.6 (N:52), göğüs ağrısı % 41.1 (N:44), makata vuran ağrı %36.4 (N:44), bel cerrahisi dışında geçirilen cerrahi sonrası kronik ağrı %28.0 (N:30) ve çene eklemde ağrı %24.3 (N:26) oranlarında saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Bel ağrılı hastalarda ağrılı rahatsızlıklarının dağılımı

	n	%
Sırt ağrısı	78	72,9
Kol ağrısı	75	70,1
Baş ağrısı	74	69,2
Boyun ağrısı	72	67,3
Omuz ağrısı	72	67,3
Mide ağrısı	69	64,5
Kasık ağrısı	56	52,3
Eklem ağrısı	52	48,6
Göğüs ağrısı	44	41,1
Makata vuran ağrı	39	36,4
Bel cerrahisi dışında geçirilen cerrahi sonrası gelişmiş kronik ağrı	30	28,0
Çene eklemінде ağrı	26	24,3

2.2. Bel Ağrılı Hastaların Yandaş Ağrısız Rahatsızlıkları

Bel ağrısı şikayeti olan hastalarda yorgunluk %84.1 (N:90), ruhsal gerginlik %77.6 (N:83), uyusukluk %76.6 (N:82), sıkıntı-bunalma %72.9 (N:78), uyku problemleri %71 (N:76), sıcak basması %60.7 (N:65), ishal-kabızlık %58.9 (N:63), mutsuzluk %57 (N:61), ayaklarda terleme-yanma %55.1 (N:59), gaz şikayeti %52.3 (N:56), reflü %48.6 (N:52), cinsel sorunlar %47.7 (N:51), çarpıntı sıklığı %43.0 (N:46), döküntü-kaşıntı %36.4 (N:39), nefes darlığı %35.5 (N:38), alerjik rinit % 31.8 (N:34), egzema %24.3 (N:26), astım %19.6 (N:21) olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Bel ağrılı hastalarda ağrısız rahatsızlıkların dağılımı

	n	%
Yorgunluk	90	84,1
Gerginlik	83	77,6
Uyuşukluk	82	76,6
Sıkıntı-bunalma	78	72,9
Uyku problemleri	76	71,0
Sıcak basması	65	60,7
İshal-kabızlık	63	58,9
Mutsuzluk	61	57,0
Ayaklarda terleme-yanma	59	55,1
Gaz şikayeti	56	52,3
Reflü	52	48,6
Cinsel sorunlar	51	47,7
Çarpıntı	46	43,0
Döküntü-kaşıntı	39	36,4
Nefes darlığı	38	35,5
Allerjik rinit	34	31,8
Egzema	26	24,3
Astım	21	19,6

3. Bel Ağrılı Hastaların Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Hastalar cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında; erkeklerde ortalama BECK değeri 17.44 iken, kadınlarda 19.29 olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ortalama aktivite VAS değeri erkeklerde 7.33 iken, kadınlarda 8.24 olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna karşın istirahat ve gece VAS değeri erkek ve kadın bel ağrılı hastalar arasında fark göstermemektedir. Ortalama SF-36 düzeyi kadınlarda (87.01) erkeklere (85.29) oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bel ağrısının süresi her iki cinste de farksız bulunmuştur (Erkek:121 ay; kadın:113 ay) (Tablo 9).

Tablo 9. Bel ağrılı hastaların özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
VAS a	7,33	2,09	8,24	1,98	,045*
VAS i	6,30	2,74	7,21	2,34	,096
VAS g	7,11	2,34	7,84	2,26	,155
Ağrı süresi (ay)	121,33	124,36	113,93	94,90	,747
BECK (>12)	17,44	8,40	19,29	10,58	,413
SF-36	85,29	12,25	87,01	11,07	,035*

Student t ve Mann Whitney U test *p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

3.1. Bel Ağrısına Yandaş Ağrılı Rahatsızlıkların Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Kadınlarla erkekler karşılaştırıldığında kadınlarda erkeklere oranla boyun ağrısı ve eklem ağrısı istatistiksel olarak anlamlı yüksek (herbiri için p<0,05), kasık ağrısı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek (p<0,01), baş ağrısı ise istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı yüksek (p<0,001) bulunmuştur. Ayrıca kasık ağrısı olan kadınların % 21'inde bu ağrının adet kanaması ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Cinsiyetler arasında diğer semptomlar bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Bel ağrısına yandaş ağrılı rahatsızlıkların cinsiyete göre dağılımı

CINSİYET	E		K		χ^2	P
	n	%	N	%		
Sırt ağrısı	16	59,3	62	77,5	3,400	,065
Kol ağrısı	16	59,3	59	73,8	2,022	,155
Baş ağrısı	12	44,4	62	77,5	10,34	,001***
Boyun ağrısı	14	51,9	58	72,5	3,910	,048*
Omuz ağrısı	15	55,6	57	71,3	2,259	,133
Mide ağrısı	15	55,6	54	67,5	1,258	,262
Kasık ağrısı	8	29,6	48	60,0	7,46	,006**
Eklem ağrısı	8	29,6	44	55,0	5,201	,023*
Göğüs ağrısı	8	29,6	36	45,0	1,97	,160
Makata vuran ağrı	6	22,2	33	41,3	3,155	,076
Bel cerrahisi dışında geçirilen cerrahi sonrası gelişmiş kronik ağrı	4	14,8	26	32,5	3,12	,077
Çene ekleminde ağrı	4	14,8	22	27,5	1,766	,184

Ki-kare

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

3.2. Bel Ağrısına Yandaş Ağrısız Rahatsızlıkların Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Kadınlarda çarpıntı ve sıcak basması rahatsızlıkları erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,05). Erkeklerde egzama sıklığı kadınlara göre istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur (p<0,01) (Tablo 11).

Tablo 11. Bel ağrısına yandaş ağrısız rahatsızlıkların cinsiyete göre dağılımı

CINSİYET	E		K		χ^2	P
	N	%	n	%		
Yorgunluk	20	74,1	70	87,5	2,723	,099
Ruhsal gerginlik	21	77,8	62	77,5	,001	,976
Uyuşukluk	19	70,4	63	78,8	,792	,374
Devamlı kullandığınız ilaçlar	20	74,1	61	76,3	,052	,820
Sıkıntı-bunalma	18	66,7	60	75,0	,710	,400
Uyku problemleri	19	70,4	57	71,3	,008	,931
Sıcak basması	12	44,4	53	66,3	4,025	,045*
Ailede sizin gibi ağırlı kişiler	13	48,1	51	63,8	2,044	,153
İshal- kabızlık	12	44,4	51	63,8	3,107	,078
Mutsuzluk	13	48,1	48	60,0	1,157	,282
Ayaklarda terleme, yanma	16	59,3	43	53,8	,248	,619
Gaz şikayeti	10	37,0	46	57,5	3,389	,066
Reflü	9	33,3	43	53,8	3,369	,066
Cinsel sorunlar	14	51,9	38	47,5	3,039	,219
Çarpıntınız	6	22,2	40	50,0	6,355	,012*
Vücudunuzda döküntü, kaşıntı	11	40,7	28	35,0	,287	,592
Nefes darlığı	7	25,9	31	38,8	1,450	,229
Alerjik rinit	8	29,6	26	32,5	,077	,782
Egzema	12	44,4	14	17,5	7,967	,005**
Astım	3	11,1	18	22,5	1,660	,198

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

* Ki-kare

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

4. Bel Ağrılı Hastaların Yaşa Göre Değerlendirilmesi

4.1. Bel ağrısına yandaş ağrılı rahatsızlıkların yaşa göre değerlendirilmesi

Bel ağrısına eşlik eden ağrılı şikayetler yaşa göre değerlendirildiğinde sadece 50 yaş altındaki hastalarda kasık ağrısı şikayeti 50 yaş üstü hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bel ağrısına eşlik eden diğer tüm ağrılı şikayetler yaşa göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Bel ağrısına eşlik eden ağrılı rahatsızlıkların yaşa göre dağılımı

YAŞ	50		50+		χ^2	P
	N	%	N	%		
Sırt ağrısı	44	75,9	34	69,4	,564	,453
Kol ağrısı	39	67,2	36	73,5	,491	,483
Baş ağrısı	43	74,1	31	63,3	1,472	,225
Boyun ağrısı	39	67,2	33	67,3	,000	,991
Omuz ağrısı	38	65,5	34	69,4	,181	,671
Mide ağrısı	36	62,1	33	67,3	,323	,570
Kasık ağrısı	36	62,1	20	40,8	4,809	,028*
Eklem ağrısı	27	46,6	25	51,0	,212	,645
Göğüs ağrısı	23	39,7	21	42,9	,112	,737
Makata vuran ağrı	23	39,7	16	32,7	,562	,453
Bel cerrahisi dışında geçirilen cerrahi sonrası gelişmiş kronik ağrı	18	31,0	12	24,5	,564	,453
Çene eklemde ağrı	13	22,4	13	26,5	,245	,621

Ki-kare

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

4.2. Bel ağrısına yandaş ağrısız rahatsızlıkların yaşa göre değerlendirilmesi

Elli yaş üzerinde gastroözofagial reflü şikayeti 50 yaş altı hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Bel ağrısına yandaş ağrısız rahatsızlıkların yaşa göre dağılımı

YAŞ	50		50+		χ^2	P
	N	%	N	%		
Yorgunluk	49	84,5	41	83,7	,013	,909
Ruhsal gerginlik	45	77,6	38	77,6	,000	,997
Uyuşukluk	43	74,1	39	79,6	,441	,507
Devamlı analjezik kullanımı	40	69,0	41	83,7	3,124	,077
Sıkıntı-bunalma	44	75,9	34	69,4	,564	,453
Uyku problemleri	38	65,5	38	77,6	1,869	,172
Sıcak basması	34	58,6	31	63,3	,240	,624
Ailede sizin gibi ağrılı kişiler	36	62,1	28	57,1	,268	,605
İshal- kabızlık	33	56,9	30	61,2	,205	,650
Mutsuzluk	29	50,0	32	65,3	2,539	,111
Ayaklarda terleme, yanma	29	50,0	30	61,2	1,353	,245
Gaz şikayeti	34	58,6	22	44,9	2,005	,157
Reflü	23	39,7	29	59,2	4,055	,044*
Cinsel sorunlar	23	39,7	29	59,2	5,332	,070
Çarpıntınız	27	46,6	19	38,8	,655	,418
Vücudunuzda döküntü, kaşıntı	21	36,2	18	36,7	,003	,955
Nefes darlığı	21	36,2	17	34,7	,027	,871
Alerjik rinit	18	31,0	16	32,7	,032	,858
Egzema	13	22,4	13	26,5	,245	,621
Astım	11	19,0	10	20,4	,035	,852

Ki-kare

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

5. Bel Ağrılı Hastaların Vücut Kitle İndeksine Göre Değerlendirilmesi

5.1. Bel ağrısına yandaş ağrılı rahatsızlıkların Vücut Kitle İndeksine göre değerlendirilmesi

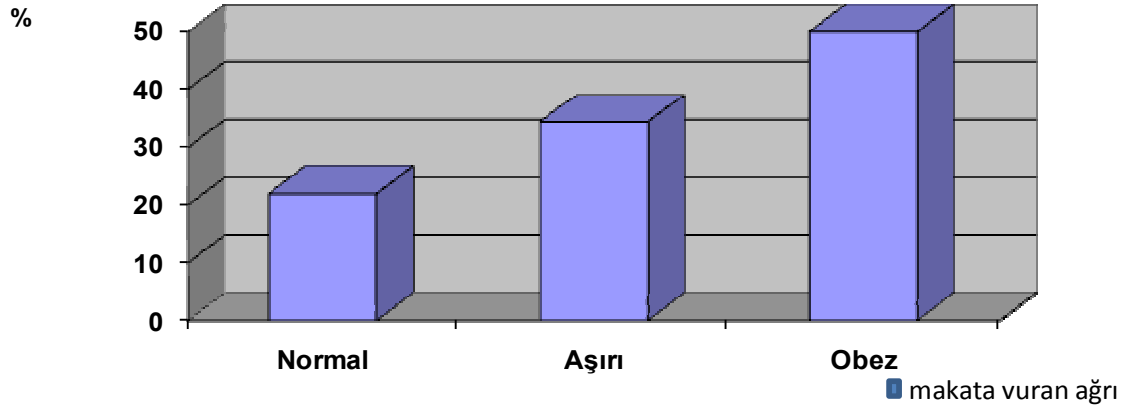
VKİ \geq 30 olanlarda makata vuran ağrı şikayeti istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 14)(Grafik 5).

Tablo 14. Bel ağrısına eşlik eden ağrılı rahatsızlıkların Vücut Kitle İndeksine göre dağılımı

VKİ	Normal		Aşırı		Obez		χ^2	P
	n	%	N	%	N	%		
Sırt ağrısı	22	68,8	27	77,1	29	72,5	,601	,740
Kol ağrısı	19	59,4	26	74,3	30	75,0	2,507	,286
Baş ağrısı	21	65,6	22	62,9	31	77,5	2,144	,342
Boyun ağrısı	19	59,4	27	77,1	26	65,0	2,550	,279
Omuz ağrısı	21	65,6	24	68,6	27	67,5	,067	,967
Mide ağrısı	22	68,8	20	57,1	27	67,5	1,237	,539
Kasık ağrısı	17	53,1	14	40,0	25	62,5	3,800	,150
Eklem ağrısı	15	46,9	15	42,9	22	55,0	1,156	,561
Göğüs ağrısı	12	37,5	15	42,9	17	42,5	,248	,883
Makata vuran ağrı	7	21,9	12	34,3	20	50,0	6,176	,046*
Bel cerrahisi dışında geçirilen cerrahi sonrası gelişmiş kronik ağrı	8	25,0	9	25,7	13	32,5	,635	,728
Çene eklemde ağrı	8	25,0	5	14,3	13	32,5	3,379	,185

Ki-kare

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001



Grafik 5. Bel ağrısına yandaş makat ağrısının VKİ'e göre karşılaştırılması

5.2. Bel Ağrısına Yandaş Ağrısız Rahatsızlıkların Vücut Kitle İndeksine Göre Değerlendirilmesi

Bel ağrısına eşlik eden ağrısız rahatsızlıkların vücut kitle indeksine göre değerlendirildiğinde anlamlı sonuç bulunamamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Bel ağrısına eşlik eden ağrısız rahatsızlıkların vücut kitle indeksine göre dağılımı

VKİ	Normal		Aşırı		Obez		χ^2	P
	n	%	N	%	N	%		
Yorgunluk	28	87,5	28	80,0	34	85,0	,741	,690
Ruhsal gerginlik	27	84,4	27	77,1	29	72,5	1,446	,485
Uyuşukluk	22	68,8	27	77,1	33	82,5	1,885	,390
Devamlı analjezik kullanımı	23	71,9	28	80,0	30	75,0	,617	,735
Sıkıntı-bunalma	21	65,6	28	80,0	29	72,5	1,753	,416
Uyku problemleri	22	68,8	26	74,3	28	70,0	,282	,869
Sıcak basması	19	59,4	22	62,9	24	60,0	,100	,951
Ailede sizin gibi ağırlı kişiler	19	59,4	19	54,3	26	65,0	,895	,639
İshal, kabızlık	22	68,8	17	48,6	24	60,0	2,844	,241
Mutsuzluk	18	56,3	23	65,7	20	50,0	1,892	,388
Ayaklarda terleme, yanma	14	43,8	20	57,1	25	62,5	2,611	,271
Gaz şikayeti	18	56,3	16	45,7	22	55,0	,926	,630
Reflü	16	50,0	15	42,9	21	52,5	,731	,694
Cinsel sorunlar	17	53,1	16	45,7	19	47,5	2,621	,623
Çarpıntı	14	43,8	10	28,6	22	55,0	5,331	,070
Döküntü, kaşıntı	12	37,5	13	37,1	14	35,0	,059	,971
Nefes darlığı	11	34,4	12	34,3	15	37,5	,110	,946
Alerjik rinit	10	31,3	10	28,6	14	35,0	,362	,835
Egzema	6	18,8	8	22,9	12	30,0	1,282	,527
Astım	6	18,8	7	20,0	8	20,0	,022	,989

Ki-kare

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

6. Bel Ağrılı Hastaların Bel Ağrısının Süresine Göre Değerlendirilmesi

6.1. Bel ağrısına yandaş ağrılı rahatsızlıkların bel ağrısının süresine göre değerlendirilmesi

Bel ağrısından 2 yıldan uzun süredir yakınan hastalarda, 2 yıldan az süredir yakınan hastalara göre sırt ağrısı ($p<0,01$) ve eklem ağrısının ($p<0,05$) eşlik etmesi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Çene eklemünde ağrı sıklığı, bel ağrısı 2-10 yıl arasında olan hastalarda anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Bel ağrısına yandaş ağrılı rahatsızlıkların bel ağrısının süresine göre dağılımı

Ağrı süresi	2 Yıl		2-10 Yıl		>10Yıl		χ^2	P
	n	%	N	%	N	%		
Sırt ağrısı	16	51,6	28	77,8	34	85,0	10,50	,005**
Kol ağrısı	18	58,1	26	72,2	31	77,5	3,264	,196
Baş ağrısı	18	58,1	25	69,4	31	77,5	3,095	,213
Boyun ağrısı	17	54,8	24	66,7	31	77,5	4,084	,130
Omuz ağrısı	17	54,8	25	69,4	30	75,0	3,340	,188
Mide ağrısı	16	51,6	22	61,1	31	77,5	5,380	,068
Kasıkta ağrı	12	38,7	18	50,0	26	65,0	4,958	,084
Eklem ağrısı	10	32,3	19	52,8	23	57,5	4,834	,089
Göğüs ağrısı	12	38,7	13	36,1	19	47,5	1,120	,571
Makata vuran ağrı	7	22,6	15	41,7	17	42,5	3,629	,163
Bel cerrahisi dışında geçirilen cerrahi sonrası gelişmiş kronik ağrı	9	29,0	11	30,6	10	25,0	,311	,856
Çene eklemünde ağrı	5	16,1	15	41,7	6	15,0	8,909	,012*

Ki-kare

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

6.2. Bel ağrısına yandaş ağrısız rahatsızlıkların bel ağrısının süresine göre değerlendirilmesi

Bel ağrısı yakınması 2 yıldan uzun süredir olan hastalarda gaz şikayeti, reflü ve nefes darlığı sıklığı, 2 yıldan az süredir bel ağrısı olan hastalara göre istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı yüksek bulunmuştur (herbiri için $p<0,01$) (Tablo 17).

Tablo 17. Bel ağrısına yandaş ağrılı rahatsızlıkların bel ağrısının süreye göre dağılımı

Ağrı süresi	2		2-10		10+		χ^2	P
	n	%	N	%	N	%		
Yorgunluk	24	77,4	30	83,3	36	90,0	2,093	,351
Ruhsal gerginlik	21	67,7	30	83,3	32	80,0	2,544	,280
Uyuşukluk	24	77,4	29	80,6	29	72,5	,702	,704
Devamlı analjezik kullanımı	22	71,0	28	77,8	31	77,5	,532	,766
Sıkıntı-bunalma	22	71,0	26	72,2	30	75,0	,156	,925
Uyku problemleri	20	64,5	26	72,2	30	75,0	,970	,616
Sıcak basması	14	45,2	26	72,2	25	62,5	5,198	,074
Ailede ağrılı kişiler	17	54,8	20	55,6	27	67,5	1,574	,455
İshal, kabızlık	15	48,4	20	55,6	28	70,0	3,617	,164
Mutsuzluk	15	48,4	20	55,6	26	65,0	2,013	,365
Ayaklarda terleme, yanma	18	58,1	20	55,6	21	52,5	,222	,895
Gaz şikayeti	9	29,0	22	61,1	25	62,5	9,517	,009**
Reflü	9	29,0	17	47,2	26	65,0	9,086	,011*
Cinsel sorunlar	12	38,7	18	50,0	22	55,0	3,356	,500
Çarpıntınız	10	32,3	15	41,7	21	52,5	2,959	,228
Döküntü, kaşıntı	7	22,6	15	41,7	17	42,5	3,629	,163
Nefes darlığı	6	19,4	13	36,1	19	47,5	6,049	,049*
Alerjik rinit	8	25,8	11	30,6	15	37,5	1,139	,566
Egzema	6	19,4	9	25,0	11	27,5	,644	,725
Astım	4	12,9	8	22,2	9	22,5	1,251	,535

Ki-kare fisher exact test

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

TARTIŞMA

Çalışmamızda hastaların tümünün orta-şiddetli bel ağrısından yakındıkları (VASa:8±2, VASi:6.98±2.46, VASg:7.65±2.29), hafif derecede depresyonlarının olduğu (BECK: 19.21±10.89) saptanmış olup bel ağrısı nedeni ile yaşantıları olumsuz yönde etkilenen hasta oranı oldukça yüksek bulunmuştur (%89.7).

Kronik bel ağrısından yakınan hastalarda ağrılı veya ağrısız rahatsızlıkların sıklıkla eşlik ettiği bilinmektedir (14,15). Fakat bu yandaş hastalıkların bel ağrısı ile ilgili olup olmadığı, raslantısal olarak eşlik edip etmediği veya bu yandaş hastalıkların bel ağrısını sinyalize edip etmediği henüz literatürde açık değildir (14).

Literatürde bel ağrısına yandaş hastalıkların çok geniş bir yelpazede bildirildiği görülmektedir. Snider ve ark.ları somatik rahatsızlıkların kronik bel ağrılı hastalarda bel ağrısı olmayan hastalara göre daha sık görüldüğünü ileri sürmüşlerdir (22). Yapılan birçok çalışmada da hastaların hayatı boyunca değişik yüzdelerde baş ağrısı, boyun ağrısı, sırt ağrısı, kasık ağrısı gibi ağrılı rahatsızlıkların; depresyon, egzama, astım gibi ağrısız rahatsızlıkların bel ağrısına eşlik ettiği bildirilmektedir (13, 15, 23, 24). Hagen ve ark.larının bel ağrılı 457 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada boyun ağrısı, sırt ağrısı, baş ağrısı, uyku problemi, anksiyete ve depresyonun sıklıkla bel ağrısına eşlik ettiğini bildirmişlerdir (23). Hestbaek ve ark.ları ise baş ağrısının (%36) bel ağrısına eşlik ettiğini saptamışlardır (13). Bizim çalışmamızda da hastaların % 94.4'ünde yaşamlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı dışında sırt ağrısı (%72.9), kol ağrısı (%70.2), baş ağrısı (%69.9), boyun ağrısı (%67.3), omuz ağrısı (%67.3), mide ağrısı (%64.5), kasık ağrısı (%52.3), eklem ağrısı (%48.6), göğüs ağrısı % 41.1, makata vuran ağrı %36.4, bel cerrahisi dışında geçirilen cerrahi sonrasında kronik ağrı %28 ve çene eklemde ağrı (%24.3) gibi rahatsızlıklar eşlik etmektedir. Bizim hastalarımızda bel ağrısına eşlik eden ağrısız rahatsızlıklar ise yorgunluk %84.1, gerginlik %77.6, uyuşukluk %76.6, sıkıntı-bunalma %72.9, uyku problemleri %71, sıcak basması %60.7, ishal-kabızlık %58.9, mutsuzluk %57, ayaklarda terleme-yanma %55.1, gaz şikayeti %52.3, reflü %48.6, cinsel sorunlar %47.7, çarpıntı sıklığı %43.0, döküntü-kaşıntı %36.4, nefes darlığı %35.5, alerjik rinit % 31.8, egzema %24.3, astım %19.6' dır. Çalışmamızda sık bulduğumuz ağrılı ve ağrısız yandaş rahatsızlıkların oranı diğer çalışmalardaki oranlara göre

daha yüksektir. Ayrıca bizim çalışmamızda diğer çalışmalara göre bel ağrısına eşlik eden ağrılı ve ağrısız rahatsızlıklar daha geniş kapsamlı araştırılmıştır.

Epidemiyolojik çalışmalar, insan ve hayvanlardaki laboratuvar ağrı çalışmaları ve çeşitli klinik ağrı araştırmaları, ağrı şikayetinde cinsiyetin etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre migren, fibromyalji, irritabl kolon sendromu gibi çeşitli kronik ağrılı rahatsızlıkların kadınlarda erkeklere göre 2:1'den 9:1'e kadar değişen oranlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (25). Ağrıdaki cinsiyet farklılığında psikososyal faktörler kadar biyolojik mekanizmaların da rol oynadığı ileri sürülmektedir (26). Kadınların termal ve mekanik ağrıda daha fazla temporal sumasyon gösterdiği saptanmıştır (25). Bir başka çalışmada ise kadınlarda μ - opioid reseptör aktivasyonunun daha az olmasına bağlı olarak endojen analjezi sisteminin daha az etkili olduğu ve bu nedenle kadınların daha şiddetli ağrı hissettikleri ileri sürülmüştür (27). Kadınların daha şiddetli ağrı hissetmelerinde depresyon, anksiyete, ağrıyla baş etme isteksizliği ve daha önceki ağrı yaşantısı gibi psikososyal faktörlerin de etkili olduğu gösterilmiştir (26). Haley ve ark.ları yaptıkları çalışmada depresyonun, kronik ağrı yakınması olan kadınlarda ağrının şiddetini etkilediğini, erkeklerde ise aktiviteyi kısıtladığını göstermişlerdir (28). Eriksen ve ark.larının yaptıkları çalışmada ise kadınlarda sıcak basması, baş ağrısı ve allerjinin erkeklere oranla daha sık görüldüğü ileri sürülmüş ve bunun çoğu hekim tarafından yanlış değerlendirilerek psikolojik faktörlere dayandırıldığı vurgulanmıştır (18). Bizim çalışmamızda da yukarıdaki literatürlerle uyumlu olarak kadınlarda erkeklere oranla ağrılı rahatsızlıklardan boyun ağrısı, eklem ağrısı ($p<0.05$), kasık ağrısı ($p<0.01$), baş ağrısı ($p<0.001$), ağrısız rahatsızlıklardan çarpıntı ve sıcak basması ($p<0.05$) şikayetlerinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Çalışmamızda sıkıntı, bunalma ve ruhsal gerginlik gibi faktörlerin erkeklere göre fark etmemesi, kadınlarda kronik ağrılı rahatsızlıkların daha çok biyolojik mekanizmalara bağlı olduğu görüşünü desteklemektedir.

Bel ağrılı genç hastalarda (12-22 yaş) yandaş rahatsızlıkları araştıran bir çalışmada baş ağrısı ve astımın sıklıkla görüldüğü saptanmıştır (13). Bizim çalışmamızda bel ağrısına eşlik eden rahatsızlıkların yaşla ilgisi 50 yaş kriteri göz önünde tutularak incelenmiştir. Elli yaşın altındaki hastalarımızda ağrılı rahatsızlık olarak sadece kasık ağrısı sık bulunmuş olup, hiçbir ağrısız rahatsızlık sık görülmemiştir. Kasık ağrısının sık bulunmasını çalışmamızdaki kadın hasta sayısının yüksek olmasına (%74.8) bağladık. Sonuçlarımıza göre 50 yaşın üstündeki hastalarımızda ise bel ağrısına eşlik eden ağrılı rahatsızlıklar sık görülmemektedir.

Akut bel ağrısına neden olan çoğu yumuşak doku ve eklem hasarı yaklaşık 6 ya da 7 hafta içinde iyileşir. Kronik bel ağrısı ise fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkileşimler nedeniyle komplekstir (2). Kronik bel ağrısında sorumlu olan nörofizyolojik mekanizmalarda hem periferik hem santral sensitizasyon önemli rol oynamaktadır (18). Kronik bel ağrısının süresi uzadıkça, hem periferik hem santral sensitizasyon da uzun sürmektedir (24). Kronik bel ağrısına eşlik eden fibromyalji, vulvodini, temporomandibular eklem ağrısı gibi diğer hastalıkların altında yatan mekanizmanın da santral hassaslaşma olduğu ileri sürülmektedir. Bu nedenle kronik bel ağrısının süresi uzadıkça eşlik eden rahatsızlıkların sıklığının da arttığı ileri sürülmektedir (2). Nitekim, bel ağrısı atakları ile eşlik eden hastalık arasındaki ilişkiyi araştıran Ritzwaller ve ark.ları, bel ağrısının süresi uzadıkça daha fazla hastalığın eşlik ettiğini bulmuşlardır (29). Yine Nordin ve ark.ları bel ağrısına eşlik eden hastalıkların sıklığının bel ağrısının süresi ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (30). Bizim çalışmamızda da yukarıdaki literatürlerle uyumlu olarak ağrı süresi uzadıkça eşlik eden rahatsızlık sayısı artmıştır. İki yıldan uzun süredir bel ağrısı şikayeti olanlar, 2 yıldan az süredir bel ağrısı şikayeti olanlar ile karşılaştırıldığında, ağrılı şikayetlerden sırt ağrısının ($p<0,01$) ve eklem ağrısının ($p<0,05$); ağrısız şikayetlerden de gaz şikayetinin, reflünün ve nefes darlığının (herbiri için $p<0,01$) daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

SONUÇ

Çalışmamızda hastaların tümünün orta-şiddetli bel ağrısından yakındıkları, hafif derecede depresyonlarının olduğu saptanmıştır. Bel ağrısı nedeni ile yaşantıları olumsuz yönde etkilenen hasta oranı yüksektir. Hastaların % 94.4'ünde yaşamlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı dışında ağrılı veya ağrısız en az bir ilave rahatsızlığın var olduğu saptanmıştır. Kadın hastalarda bel ağrısına ek olarak baş ağrısı, boyun ağrısı, kasık ağrısı, eklem ağrısı ve egzama daha sık görülmektedir. Kadınların bel ağrılarının daha şiddetli olmasına karşın yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha az olumsuz etkilendiği bulunmuştur. İki yıldan uzun süredir bel ağrısı şikayeti olan hastalarımızda, yandaş ağrılı rahatsızlıklardan sırt ağrısı ve eklem ağrısı, ağrısız rahatsızlıklardan da gaz şikayeti, reflü ve nefes darlığının daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Literatür bilgileri ile büyük ölçüde örtüşen sonuçlarımıza göre, bel ağrısı ile beraber bazı hastalıklar sıklıkla birlikte görülmektedir. Bu birliktelik, ortak bir santral mekanizmanın var olabileceğini düşündürmektedir. Bel ağrısı ve yandaş rahatsızlıkların birlikteliğinin daha iyi anlaşılması için daha geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÖZET

Toplumsal ve kişisel olarak büyük sosyo-ekonomik problemlere neden olan ve kronik ağrı sendromu olarak değerlendirilen bel ağrısı, genel sağlığı bozan hastalıklar zincirinin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bel ağrısının baş ağrısı, boyun ağrısı, sırt ağrısı, depresyon, kardiyovasküler hastalıklar, respiratuar hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar, jinekolojik hastalıklar ve alerjik hastalıklar ile ilişkili olduğu literatürde gösterilmiştir. Kronik bel ağrısı ve eşlik eden hastalıklar arasındaki ilişkinin patofizyolojik açıdan nörobiyolojik hassaslaşmaya bağlı olduğu ve kişinin genetik yatkınlığının önemli rolü olduğu ileri sürülmektedir.

Çalışmamızda bel ağrısı ve yandaş ağrı sendromlarının birlikteliğinin araştırılması ve toplumumuzdaki sıklığının ortaya konulması amaçlandı.

Çalışma, bel ağrısı şikayeti nedeniyle polikliniğimize başvurmuş, yaşları 18-65 arasında değişen çalışmaya alınma ve dışlanma kriterlerine uyan 27'si erkek, 80' i kadın toplam 107 hasta üzerinde yapıldı. Bel ağrısı ile beraber görülebilen yandaş hastalıkların birlikteliği anket yapılarak araştırıldı.

Çalışmaya alınma kriterlerine uyan hastaların anket sorgulamasında öncelikle hastaların genel bilgileri (ad-soyad, cinsiyet, yaş/kilo/boy, Vücut Kitle İndeksi -VKİ, doğum yeri, medeni durum, eğitim durumu ve süresi, meslek/çalışma durumu, adres/ telefon No) ve bel ağrısının ayrıntılı öyküsü (süre, şiddet, nitelik, arttıran-azaltan faktörler, operasyon öyküsü) alındı. Ayrıca hastalara bel ağrısı dışındaki diğer ağrılı ve ağrısız rahatsızlıkların (baş ağrısı, boyun ağrısı, sırt ağrısı, kol-bacak ağrısı, migren, depresyon, eklem ağrısı, egzema, alerji, ağrılı adet görme, gastrointestinal şikayetler, pelvik ağrı) varlığı ile ilgili sorular yöneltildi.

Ağrı değerlendirilmesinde Görsel Ağrı Ölçütü (Visüal Analog Scale-VAS) ölçütü kullanıldı ve ilk sorgulamada aktivite VAS değeri, istirahat VAS değeri ve gece VAS değeri kaydedildi. Depresyon varlığı BECK Depresyon Ölçütünün (Beck Depression Inventory - BDI) 1996'da yeniden gözden geçirilen formu (BDI-II) ile sorgulandı. Yaşam kalitesi 1999'da Türkiye için yapılmış olan geçerliliği kullanıma sunulmuş olan Kısa Form-36 (Short - Form 36; SF-36) ölçeği ile sorgulandı.

Çalışmamızda bel ağrılı hastaların yarısından fazlasının 50 yaş altında olduğu görülmüştür. Hastaların tümünün orta-şiddetli bel ağrısından yakındıkları, hafif derecede

depresyonlarının olduğu saptanmıştır. Bel ağrısı nedeni ile yaşantıları olumsuz yönde etkilenen hasta oranı yüksektir. Hastaların % 94.4' ünün yaşamlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı dışında ağrılı veya ağrısız en az bir ilave rahatsızlığın var olduğu saptanmıştır. Kadın hastalarda bel ağrısına ek olarak baş ağrısı, boyun ağrısı, kasık ağrısı, eklem ağrısı ve egzama daha sık görölmektedir. Kadınların bel ağrılarının daha şiddetli olmasına karşın yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha az olumsuz etkilendiği bulunmuştur. İki yıldan uzun süredir bel ağrısı şikayeti olan hastalarımızda, yandaş ağrılı rahatsızlıklardan sırt ağrısı ve eklem ağrısı, ağrısız rahatsızlıklardan da gaz şikayeti, reflü ve nefes darlığının daha fazla göröldüğu saptanmıştır.

Literatür bilgileri ile büyük ölçüde örtüşen sonuçlarımıza göre, bel ağrısı ile beraber bazı hastalıklar sıklıkla birlikte görölmektedir. Bu birliktelik, ortak bir santral mekanizmanın var olabileceğini düşündürmektedir. Bel ağrısı ve yandaş rahatsızlıkların birlikteliğinin daha iyi anlaşılması için daha geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

SUMMARY

Low back pain is considered as a chronic pain syndrome resulting in important social and personal problems and accepted as part of diseases distorting general health. Also in literature, low back pain is shown to be in relation with headache, cervical pain, upper back pain, depression, cardiovascular diseases, respiratory diseases, gastrointestinal diseases, gynecological diseases, allergic diseases. It is assumed that pathophysiological relation between chronic back pain and accompanying diseases, should be due to neurobiological sensitiveness.

In our study, we aim to search back pain and accompanying pain syndromes and demonstrate its frequency in our society. Study has done with 107 patients of 27 male and 80 female who has admitted to our clinic for low back pain were researched by questionnaire. What we asked in the questionnaire were, general information (name, surname, gender, age, weight, height, BMI, birth place, social status, education, status and length, job, studying status, address (phone number), detailed history of low back pain (length of time, severity, character, factors increasing or decreasing pain, operational history), accompanying diseases (headache, cervical pain, upper back pain, extremity pain, migraine, depression, joint pain, eczema, dysmenorrhea, gastrointestinal complaints, pelvic pain.)

For pain evaluation visual analog scale (VAS) was used and VAS information is recorded as activity VAS, resting VAS and night VAS. Presence of depression was questioned with BECK (Beck Depression Inventory-BDI-II) revised in 1996. Quality of life was questioned by short form-36 (SF-36), found in 1992 and validated in 1999.

In our study, it was seen that more than half percent of patients were below 50 years old of age. It was concluded that all complaint about middle severe low back pain and little depression. Percent of people whose life quality affected negatively was in high amount. %94.4 of these patients were found to have on additional illness with pain or no pain other than low back pain. In female patients additional headache, cervical pain, arthralgia and eczema were seen more often. Although women had more severe low back pain, they were found to be affected less than men. In patients having low back pain more than 2 years, back pain and arthralgia also constipation, reflux and dyspnea were found to happen more often.

Consistent with previous reports, our results confirmed that low back pain is frequently comorbid with some diseases. This comorbidity suggests the existence of a common central underlying mechanism. Further comprehensive epidemiologic studies will shed light on the comorbidities of low back pain.

KAYNAKLAR

1. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR: Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine* 2006; 31: 1491-1495.
2. Wheeler AH 2009 <http://emedicine.medscape.com/article/1144130-overview>.
3. Erdine S: Bel ağrılarında multidisipliner yaklaşım.(Ed) Erdine S. Ağrı, III. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2007; 423-425.
4. Yegül İ: Bel ağrısı. (Ed) Tüzüner F. Anestezi Yoğun Bakım Ağrı, MN&Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2010; 1671-1684.
5. Berker E: Bel ağrılarında epidemiyoloji. (Ed) Erdine S. Ağrı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2000; 325-327.
6. Ketenci A, Özcan E: Mekanik bel ağrılarında özellikler, (Ed) Erdine S. Ağrı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2000; 338-350.
7. Aydın I: Ağrının Fiziopatolojisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2005; 2: 8-13.
8. Gold MS, Gebhart GF: Peripheral pain mechanisms and nociceptor sensitization. (Eds) Fishmann SM, Ballantyne JC, Rathmell JP. *Bonica's Management of Pain*, Wolters Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2010; 24-34.
9. Latremoliere A, Woolf CJ: Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *J Pain* 2009;10:895-926.
10. Aydın I: Ağrının gizemi. *Genç Yaşam Dergisi* 2008; 5: 12-16.
11. Hains LE, Loram LC, Weiseler JL, Frank MG, Bloss EB, Sholar P, Taylor FR, Harrison JA, Martin TJ, Eisenach JC, Maier SF, Watkins LR: Pain intensity and duration can be enhanced by prior challenge: Initial evidence suggestive of a role of microglial priming. *J Pain* 2010; Apr 29. [Epub ahead of print].
12. Melzack R: Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: presented at the third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004, *Pain Pract* 2005; 5:85-94.

13. Hestbaek L, Leboeuf C: Comorbidity with low back pain. A Cross-sectional population-based survey of 12-22-year-old. *Spine* 2004; 29:1483-1491.
14. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR, Ihlebaek CM, Ursin H: Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine* 2006;31:1491-1495.
15. Hestbaek L, DC, Leboeuf Y: Is low back pain part of a general health pattern or is it a separate and distinctive entity? A critical literature review of comorbidity with low back pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2003; 243-252.
16. Hestbaek L, Leboeuf C: Is comorbidity in adolescence a predictor for adult low back pain? A prospective study of a young population. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 7:1471-1474.
17. Preuper HRS, Reneman MF, Boonstra AM: Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic low back pain. *Eur Spine Journal* 2008; 17: 1448-1456.
18. Ericsen HR, Ursin H: A scoring system for subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Public Health (SHC)* 1999; 27: 63-72.
19. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67:588-97.
20. Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
21. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezoon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). *3P Dergisi* 1999;7 (Ek Sayı 2):E14-E22.
22. Snider KT, Johnson JC, Snider EJ, Degenhardt BF: Increased incidence and severity of somatic dysfunction in subjects with chronic low back pain. *J Am Osteopath Assoc* 2008 ;108: 372-378.
23. Hagen EM, Grasdahl A, Eriksen HR: Does early intervention with a light mobilization program reduce long term sick leave for low back pain. *Spine* 2003; 28: 2309-2316

24. Buchner M, Neubauer E, Zahlten-Hinguranage A, Schiltenswolf M: The influence of the grade of chronicity on the outcome of multidisciplinary therapy for chronic low back pain. *Spine* 2007; 32:3060-3066.
25. Fillingim RB: Sex, Gender and Pain: Women and Men Really Are Different. *Current Review of Pain* 2000; 4: 24-30.
26. LaCroix-Fralish ML, Rutkowski MD, Weinstein JN, Mogil JS, Deleo JA: The magnitude of mechanical allodynia in a rodent model of lumbar radiculopathy is dependent on strain and sex: *Spine* 2005; 30: 1821-1827.
27. Zubieta JK, Smith YR, Bueller JA, Xu Y, Kilbourn MR, Jewett DM, Meyer CR, Koeppe RA, Stohler CS: Mu-opioid receptor-mediated antinociceptive responses differ in men and women: *The Journal of Neuroscience*. 2002; 22: 5100-5107.
28. Haley WE, Turner JA, Romano JM: Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences. *Pain* 1985;23: 337-343.
29. Ritzwoller DP, Crouse L, Shetterly S, Rublee D: The association of comorbidities, utilization and costs for patients identified with low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 18: 7-72.
30. Nordin M, Hiebert R, Pietrek M, Alexander M, Crane M, Lewis S: Association of comorbidity and outcome in episodes of nonspecific low back pain in occupational populations. *J Occup Environ Med* 2002; 44: 677-684.