

deomed®
Deomed Medikal Yayıncılık

Schiltewolf / Henningsen

Muskuloskeletal Ağrılar

Biyopsikososyal Yaklaşımla Tanı ve Tedavi

Türkçe Editörü / M. Sarıdoğan

Çeviri / A. Kasabalıgil

16.5 x 24 cm, XVI + 320 Sayfa

ISBN 978-975-8882-27-4

Türkçe birinci baskı © Deomed, 2008.

www.deomed.com

Neden Muskuloskeletal Ağrı Tedavisi?

M. Schiltenwolf

- 1.1 / Neden Ağrı Tedavisi?
- 1.2 / Ağrı Nedir?
- 1.3 / "Akut" ve "Kronik" Ayrımı
- 1.4 / Ağrı Hastasının Çok Eksenli Tanımlanması
- 1.5 / Ağrı Tedavisinde Kronikleşmenin Önlenmesi
- 1.6 / Kronik Ağrıların Tedavisi
- 1.7 / Konservatif ve Cerrahi Tedavilerin Kesişme Noktaları
- 1.8 / Ağrı Tedavisinde Ampirik Olarak Hangi Etkiler Sağlanabilmiştir?
- 1.9 / Muskuloskeletal Ağrıların Epidemiyolojisi

1.1 / Neden Ağrı Tedavisi?

Ağrı tedavisi, hem kronikleşme profilaksisi, hem de kronikleşmiş ağrılarının giderilmesi bakımından interdisipliner bir yaklaşımdır.

Ağrı, bir ortopedi uzmanına giden hastaların birinci, aile hekimine giden hastaların ikinci sıklıkta olan yakınmasıdır. Sık görülen sırt, bel ve eklem ağrılarını da kapsayan muskuloskeletal ağrı kavramı son yıllarda ciddi bir perspektif değişimi geçirmektedir. Özellikle somatik açılım yeni psikososyal bakış açısıyla genişlemiştir. Burada ilginç ampirik gözlemler, değişen hastalık ve tedavi yaklaşımı anlayışının esasını oluşturmuştur:

- Ağrısı olan herkes bir hekime başvurmaz.
- Belli bir hekimin seçilmiş olması, hastanın belli tedavi beklentisi içinde olduğunu gösterir.
- Akut ve kronik ağrı arasında psikolojik, sosyal ve fakat aynı ölçüde tıbbi nedenlere bağlı etkilerle desteklenen kronikleşme süreci yer alır.
- Biyografik stresler ağrı prognozuna kalıcı olarak zarar verebilirler.
- Ekonominin kötü olduğu zamanlarda ağrı nedeniyle emeklilik başvurularında artış görülür: 1970'li yılların başındaki kitlesel işsizlik sorunu ve sosyal kanundaki değişikliklerle (örneğin Almanya'da, 1953'teki savaş kurbanları için çıkarılan ağır hasarlılar yasası, 1974'te tüm ağır engelliler için çıkarılan yasa) onaylanmış ağır engelli ve erken emekliliğe gidişte patlama tarzında artış yaşanmıştır.

Bu aşamada hastanın hekim tarafından ikna edilmesi yardımcı olmalıdır. Hızlı yardı-

mın iyi yardım olduğu, bunun da hekim ve terapistten gelmesi gerektiği, biyolojik ve tıbbi önlemlerin alınması gerekliliği konusunda hastanın tek boyutlu iknası önemlidir. Hekimin bu konudaki yaklaşımının etkinliğini, iş göremezlik istatistikleri ve emeklilik sigorta kuruluşlarının rakamları ortaya koymamaktadır.

Kuşkusuz her tedavi yaklaşımının amacı ağrıları hafifletmektir. Ancak çatışan bakış açılarının çokluğunun bu tedavi çabalarını sonuçsuz bırakabileceği göz önüne alınmalıdır:

- Tanılar yetersiz veya yanlış konmuştur.
- Terapötik araçlar yetersizdir veya uygun olmayan ilaçlar kullanılmıştır.
- Hastanın hastalıktan dolayı olan kazancı çok büyüktür.
- Sosyal güvenlik sistemi hastalığın tedavisine olanak vermemektedir.

Almanya'daki gayrisafi milli hasılanın yaklaşık %1'i sırt ve bel ağrılarına harcanmaktadır. Aslında bu miktarın yarısından çoğu iş göremezlik ve erken emeklilik gibi ikincil masraflara gitmektedir. Emeklilik sigortalarına olan başvurularda muskuloskeletal ağrılar masraflar bakımından ikinci sırada gelmektedir. Emeklilik raporlarının başını, ortopedi uzmanlarınca hazırlanan raporlarda %90, iç hastalıkları uzmanları ve aile hekimlerince hazırlanan raporlarda %50 ile destek ve hareket organı ağrıları çekmektedir. Hekime muskuloskeletal ağrı nedeniyle yapılan ilk başvuru ile emeklilik talebi (genellikle 15 ayı geçen iş göremezlik sonucu, aynı şekilde yasal hastalık sigortasının yetersiz kalması sonucu) arasında, geriye bakıldığında sıklıkla yanlış yönlendirildiği görülen, uzun bir yol vardır: Hastanın çok yönlü probleminin

tanı ve tedavisi için verilen çabalar yeterli ve erken gerçekleştirilirse, emeklilik başvurusu, ulaşılamayan tıbbi tedavi başarısının bir sonucu olmak zorunda değildir.

Her ağrılı hastaya yaklaşımda tercih edilmesi gerekenler şunlardır:

- Akut tedaviler etkin olarak uygulanmalıdır.
- Etkin akut tedaviler hastanın nedene ilişkin yanlış yönlendirmeleri üzerine kurulmamalıdır.
- Kronikleşme riskleri erken fark edilmelidir.
- Artan kronikleşme eğilimi uygun tedavi yaklaşımları ile erken tanınmalı ve tersine yönlendirilmelidir.
- Herşeye karşın kronikleşme olmuşsa yeterli terapötik modaliteler kullanılmalıdır.

Biyopsikososyal Yaklaşım Hakkında

İş görebilen hastaların tedavi etkinliği buna bakarak gayet iyi ölçülebilse de, muskuloskeletal ağrıların tedavisinde emeklilik başvurularının önlenmesi öncelik değildir. Birçok hastada bu nokta ikincil bir rol oynar veya hiç önemsenmez. Her hasta için doğru tanı ve uygun tedavinin (protokole uygun ve kanıta dayalı) önemi şüphe götürmezdir. Temel bilgiler ve araştırmalar son yıllarda tedavi başarılarının ön koşullarını iyileştirmeye yönelik önemli bilgiler sunmuşlardır. Her ağrı gibi muskuloskeletal ağrı tedavisinin de ancak interdisipliner olarak düzenlenebileceği tartışmasız kabul edilmektedir. İnterdisipliner yaklaşım hem tek hekimin tedavi yönteminde hem de tedavi ekibinin oluşumunda görülmelidir. Bu durum, bu kitabın yazarlarından da görüldüğü gibi birçok uzmanlık alanının birikimini gerektirir.

İnterdisiplinerlik fiziksel ve fiziksel olmayan tanı ve tedavi ayrımını kaldırmalıdır. Gerek temel ve gerekse klinik araştırmalar bu ayrımın keyfi olarak oluşturulduğunu ve hastanın problemine yarar sağlamadığını ortaya koymuştur: Daha çok kronik ağrılarda, ama akut ağrılarda da santral lezyonla ilgilenirken, periferik mekanizmalar da gözardı edilmemelidir. Ağrı tedavisi bu somatik - somatik olmayan ağrı şeklindeki ikiye bölmeyi aşmalıdır. Biyopsikososyal açımlı bu yönelim ağrı hastası için uygun görünmektedir. Bu kolayca söyleniveren yönelimin sonuçsuz bir sohbetten ileri gidememesi riski nedeniyle, biyopsikososyal model kendi içinde çok tartışılmıştır. Örneğin ne zaman biyolojik, ne zaman psikososyal etiyooloji ve tedavinin ön planda olacağını açık olmadığı söylenmiştir. Yazarlar burada yeni bir formülasyonda karar kılmışlardır. Biyopsikososyal model kavramından yeni bir bilimsel kargaşa değil, ilişki esaslı, empati, iletişim, kendini ifade etme gibi faktörleri sistematik olarak içeren tıbbi bilginin her bir hasta için kullanımı anlaşılmalıdır [Borrell-Carrio, Suchmann, Epstein 2004]. Ancak bu ifadenin tam olarak anlaşılması açıklamaya gerek duymaktadır. Bu konuda bu kitap yardımcı olacaktır.

Kaynak

- Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM, The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* (2004), 2, 576-582

1.2 / Ağrı Nedir?

Ağrı rahatsız edici bir duyu algılamasıdır. Periferik nosiseptif uyarımın hissedilmesinde santral olarak işlenmesi esastır.

Ağrı sözcüğü (*Schmerz*) eski Almanca'daki "*Smerza*" ve yeni İngilizce'deki "*smart*" ile akrabadır. Keskin ve yanıcı ağrıya "*Scheuerwunden*" denmiştir. "*Schwelen*" (için için yanmak) sözcüğü ile olan benzerlik de buradan gelir. Orta-yüksek Almanca'dan beri bilinen "*Pein*" (İngilizce "*pain*" ile akrabadır); geç dönem Latince'deki "*poena*" (ceza, bedel ödeme) sözcüğünden kaynaklanır ve bununun la cehennem azabı kastedilmektedir.

Felsefede fizyolojik olayların bilimsel açıklamaları yanında ağrılı hastaların deneyim ve davranışlarının gözlenmesi ve tarif edilmesi de özellikle önemsenmiştir. Plessner'e göre ağrı, insan davranışının antropoloji için temel öneme sahip bir sınırdır [Plessner 1949], Heidegger'e göre varlığın temel çizgisine açılan kapıdır. Von Gebattel'e göre baygınlık hali ağrının karşıtı olarak insanın sorunsuz keyif yaşamasını ve benliğin ve bedenini ikiye ayrılmasını ifade eder [v. Gebattel 1932].

"*Souffrir passe, avoir souffert ne passe jamais*" [Bloy, Buytendijk'ten 1948, s. 18]: (Akut) ağrı geçse de, ağrı geçirmiş olmanın keskin anısı kalıcı bir hatırlamaya, insan davranışının ve duruşunun kalıcı olarak etkilenmesine neden olabilir. Ağrıyı geçirmiş olmanın hatırlanması ile akut ağrı olayından bağımsız olarak, ağrıdan kurtulma güvencesi sağlanmış olsa da, bunun, ağrının tedavi ile üs-

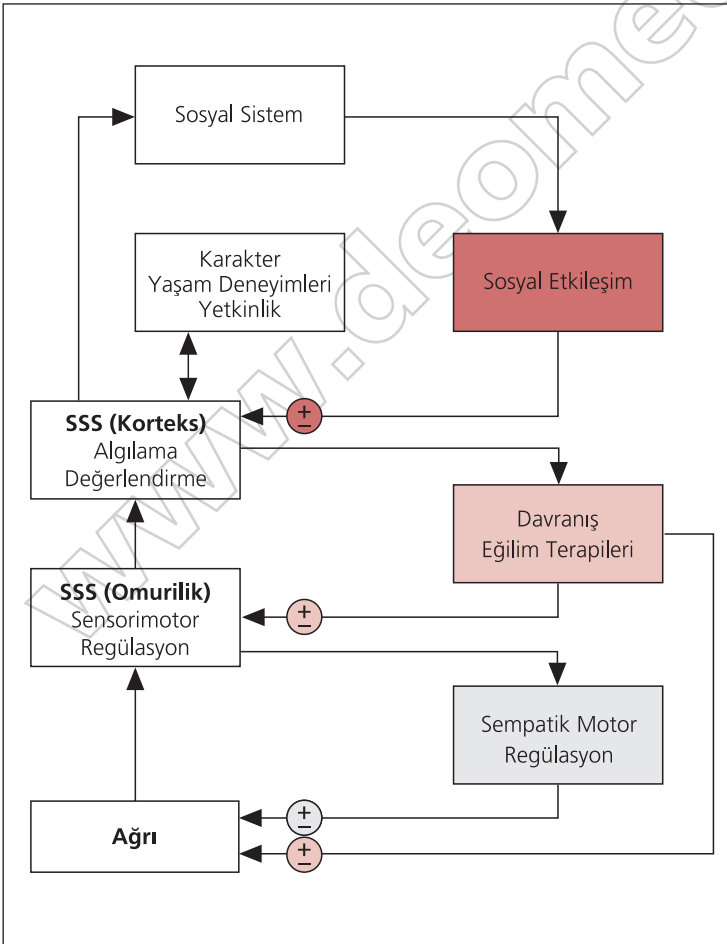
tesinden gelmede oluşturacağı güçlük anlaşılabilir. Schiller'in tanımladığı "Açlık ve Sevgi" yaşamsal döngülerine, Ebbecke'nin insan dürtülerinin temel özelliklerinden saydığı "Ağrı" da etki edebilir [Ebbecke 1953]. Buradan, ağrı ve ağrının üstesinden gelinmesinde hastanın eğilimlerinin çatışabileceği açıklık kazanmaktadır: Örneğin, ağrının kısa dönemde engellenmesi veya uzun dönemde üstesinden gelinmesi ile hastanın kısa dönemdeki hastalıktan kazancı veya uzun dönemde üçüncü şahsa veya devlete bağımlılığı arasındaki çatışma. Gadamer burada ağrıya yakalanmada, ama aynı zamanda sağlıklı olmaktan saklanmada bir ödev görmektedir [Gadamer 1993]: Hasta, tedavide birlikte oynayan bir oyuncu olmalıdır. Hastanın ödevinin başladığı yerde hekimin etkinliğinin sınırı başlar. Ağrıda "en iyi ilacı aramak değil, ilgili şahıs olarak kendini sorgulamak", ağrının "yaşamın gerçek boyutu" olduğunu görmek gereklidir. Hekim "gerçekleştirici, sağlayıcı" olarak görev alır [Gadamer 2003, s. 27]. "Ağrılar" kitabında [v. Weizsäcker 1926] "ağrı hissini bertaraf edilmesi" ve hekim yardımının gerekli olduğu "ağrının üstesinden gelinmesi" ayrımını yapan v. Weizsäcker'in antropolojisiyle buradaki ilişki açıklık kazanmaktadır. Hastanın davranışlarının ve isteklerinin anlaşılması hekime, hastaya giden yolu açar. Weizsäcker bunun için bu konuyu canlıların biliminde ortaya koymuştur [v. Weizsäcker 1940; Wiehl 2003]. Burada hekimin hastayı nasıl anlayacağı sorusu ortaya çıkmaktadır. Gerçekten bir diğeri diğer olarak algılanması var mıdır, yoksa anlaşılacak olan diğeri (hasta) hekimin kendi kafasında oluşturduğu biri midir? [Jakobi 2005]: Ağrılı

hasta “rahatsız edilmemiş kimliğinden” kendi ve dünyası ile ayrı düştüğü için [v. Weizsäcker 1926], bu çaresizlik içinde varlığının ikiliğini (beden ve kendi) fark eder ve hekimin yardımını ister. Fakat ağrı çekmeyen hekim ne kendini hasta gibi hissedebilir, ne de onu anlayabilir. Aslında hekimin tanıması gereken hasta, tanınacak obje olarak hekime uzak kalır. Buna karşılık, hekimin yaklaşımı hastayla bir yaşam ortaklığında, kişilik çerçevesinde, insan ve çevre, beden ve benlik, hasta ve hekim arasındaki karşılıklı ilişki ve farklılıkların farkındalığında gerçek-

leşirse, hastayla o “ebedi yakınlaşma”ya ulaşılabilir [v. Weizsäcker 1927].

Felsefe ve antropoloji, ağrı semptomunun anlamlarını hastanın hayat öyküsü ile de ilişkilendirerek vurgulamışlardır. Bunlar sayesinde yine ağrının psikoanalitik olarak kavranması mümkündür.

Uluslararası bilimsel ağrı derneklerinin çatısı olan Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP), ağrıyı “**aktüel veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili olan veya**



Şekil 1.1. Ağrının siklik sistemi: Fizyolojik, psikik ve sosyal etkiler hem negatif (-), hem de pozitif (+) geribildirime neden olabilirler; SSS: Santral sinir sistemi [Seemann ve Zimmermann 1999].

böyle bir hasarın kavramlarıyla tarif edilen rahatsız edici duyu veya duyguyu yaşamak" olarak tarif etmiştir [IASP 1979].

Burada önemli olan, bu tanımla ağrının oluşum, algılanma ve sürdürülmesinin hem bedensel (periferik), hem de psikik (santral) noktalarının dikkate alınmış olmasıdır: Bedensel hasar sonucu algılanan ağrı uyarıları, ancak afferentler ve omurilik üzerinden iletilip santral olarak işlendikten sonra ağrı algısı haline gelir. Ancak burada periferik ağrı uyarılarının santral işleme ile dengeli çalışması söz konusu değildir. Bazen sürekli gelen ağrı uyarıları nosiseptörlerin uyarı dalgalarını değiştirir, bazen de ağrı çok küçük veya hiç olmayan nosiseptif uyarı halinde bile algılanabilir.

Ağrı ve ağrının kronikleşmesi bir taraftan fizyopatolojik olarak ortaya konabilir (*bkz.* Bölüm 2). Diğer taraftan periferik ve santral sinir sisteminin ağrıyı kuvvetlendirici veya azaltıcı geribildirimlere düzenleyici sistemler olarak sürekli uyum çabaları gözönünde bulundurulmalıdır (*bkz.* Şekil 1.1 [Seemann ve Zimmermann 1999]). Her ne kadar ağrıyı kuvvetlendirici mekanizmalar disfonksiyonel, azaltıcı olanlar fonksiyonel ve ağrı tedavisini destekleyici gibi görünse de, kronikleşmenin anlaşılmasında, hastanın sisteminin disfonksiyonel regülasyonlarda karar kılmasının onun seçimi olmadığı, aksine her ağrı kuvvetlendirici regülasyonun –en azından kısa dönemde– mantıklı bir amacı olduğu unutulmamalıdır:

- Stres altında sırt kaslarındaki tonus artışı, mantıklı bir biçimde kişiyi stresli işe hazırlar. Ancak daha sonra bunun kalıcı olması,

stresin her hissedildiğinde ağırlı algılamaya neden olur.

- Artan bedensel aktivite kan basıncını yükseltir. Oysa kompleks bölgesel ağrı sendromunda bu bulgu, bozulmuş otonom sistem düzeninin ifadesidir.
- Belli durumların algılamayla ölçülmesi bazı problemlere kolay çözüm getirirse de, ağrıların felakete yol açabilecek kadar yanlış değerlendirilmesine neden olabilir.
- Akut ağrının ilaçla bastırılması, fazla ilaç kullanımına ve uygun olmayan ameliyatlara gidişe neden olabilir.

1.3 / "Akut" ve "Kronik" Ayrımı

Kronikleşme, farklı değerlendirme açıları olan çok boyutlu bir süreçtir. Akut ağrılar nosiseptörlerin uyarılması ile açıklanırlar ve koruyucu görevleri vardır. Oysa kronik ağrılar bedensel ve psikik fonksiyon bozukluklarının, daha çok da psikososyal etkilerle duyarlılaşması olarak anlaşılmaktadır. Çok boyutlu kronikleşme süreci kavramı başarılı bir ağrı tedavisinin temelidir. Kronikleşme, Mainz Evreleme Yaklaşımı (Mainzer Stadienkonzept, MSK) skalası ile çok boyutlu olarak sınıflandırılabilir.

Akut ağrıların biyolojik uyarı işlevi vardır. Bedensel bir hasardan hemen sonra ortaya çıkarlar, hasarın olduğu yerde algılanırlar ve polisınaptik reflekslerin motor reaksiyonlarıyla ağırlı uyarandan uzaklaşmayı sağlarlar. Aslında akut ağrı da bu koruma göreviyle sınırlı kalmamakta, önceki deneyimleri günlük durumla ilişkilendirmektedir.

Örnek

Sağ ayakta oluşan bir kırık durumunda karşı bacak ekstansiyona, aynı taraf ayak ve bacağı fleksiyona getirilmektedir. Ağrı, ancak motor reaksiyondan sonra:

- Duysal olarak algılanır ve lokalize edilir: Nerede bir şeyler oldu?
- Affektif olarak değerlendirilir: Bunu tanıyor muyum? Kötü mü olacak?

Sonunda ileri yaklaşımlara geçilir: Şimdi ağrıyı gidermek için ne yapmalıyım?

Daha ileri yaklaşımların motivasyonunda ve ağrının değerlendirilmesi aşamasında bile sonradan olabilecek kronikleşmenin ipuçları görülebilir.

Kronikleşme, **dar** anlamıyla ağrılarının zaman boyutunda [v. Korff ve ark. 1992];

- akuttan (6 haftaya kadar devam eden ağrılar)
- subakuta (son 6 ayın yarısından azında ciddi yakınma olması)
- ve kroniğe doğru

taşınmasını ifade eder. **Geniş** anlamda, iyileşmeyen veya sıklıkla nükseden akut ağrılarının gelişim sürecini ve bunların biyolojik, psişik ve sosyal çok yönlü uyum süreçlerini kapsar (*bkz.* Bölüm 2.2) [Zimmermann 2004]. Kronikleşmenin çok boyutlu olarak sınıflandırılması ağrı hastasının tanısının önemli bir parçasını oluşturur, çünkü:

- Akutların aksine kronik ağrılar bir biyolojik korunma mekanizmasından fazla şey ifade ederler.

- Kronik ağrılı hastalar akut ağrılı hastalardan daha ağır hastalardır.
- Kronik ağrılarda akut tedavi yöntemleri ile başarı sağlanamaz.
- Tedavinin prognozu kronikleşmenin derecesine bağlıdır (*bkz.* Bölüm 3.1.9).

Kronikleşme birçok hastada bedensel yakınmaların yaygınlaşması ile karakterizedir. Lokalize ağrı yakınmalarının yanı sıra sıklıkla şunlar görülür:

- Değişken ve yeni ağrı lokalizasyonları,
- Ağrı dışı somatik yakınmalar:
 - Kulakta çınlama, uğuldama
 - Baş ağrıları
 - Kalpte batma hissi
 - Sindirim sistemi yakınmaları (bağırsak irritasyonu semptomları)
 - El ve ayaklarda uyuşma
 - Diğer vejetatif fonksiyon bozuklukları

Şikayetlerin yayılması ve diğer bedensel yakınmalar hastanın kendini algılamadaki kalıcı değişikliğin parçasıdır ve kronikleşme yönünde yorumlanmalıdır.

Dikkat

Hekime kronikleşmeyi sınıflandırmak için bir enstrüman sağlanırken, hasta “akut” kavramını sıklıkla farklı anlamaktadır: Birçok hasta için akut gerçek anlamında olduğu gibi kroniğin karşıtı olmayıp, kötüyü ifade etmektedir. Bunun bilinmesi, hasta-hekim arasında ortak dil oluşturulması açısından önemlidir.