

Olgularla Ağrıya Yaklaşım

A Pain Review With Cases

Uzm. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK¹,
Prof. Dr. Dilek TOPRAK¹
¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli
Hamidiye Etfal Uygulama Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**
Doç. Dr. Dilek TOPRAK
Namık Kemal Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim
Dalı / Tekirdağ

Tel/phone: +90 505 741 1071
E-mail: dilek66@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:
Ağrı; Bel ağrısı, Baş Ağrısı

Keywords:
Ache, Backache, Headache

Geliş Tarihi - Received
02/11/2016
Kabul Tarihi - Accepted
02/12/2016

Öz

Ağrı her bireyin yaşamının herhangi bir döneminde deneyimlediği bir semptomdur. Ağrı kişiye özeldir. Yaş ve cinsiyete göre ağrının çeşitleri ve derecesi değişiklik gösterir. Sağlık profesyonellerinin ağrı ile karşılaşması oldukça sıktır. Üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra, ağrı hastayı hekime götüren ikinci en sık yakınmadır. Ağrı; akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır. Akut ağrı, uyarıcı, öğretici ve yaşam kurtarıcı bir belirti olarak genellikle saptanabilir bir nedene bağlıdır. Kronik ağrı ise 3 aydan daha uzun sürmekte olan ağrılardır. Makalemizde her iki ağrı çeşidinden birer vaka üzerinden tartışarak ağrıya yaklaşım konusunu irdedelemeyi amaçladık.

Abstract

Pain is a symptom experienced by everybody in some periods of life. Pain is personal. Type and degree of pain change according to age and gender. Health care professionals frequently faced this symptom. Pain is the most common symptom after upper respiratory infections. Pain separate in to 2; Acute and chronic. Acute pain; Usually found a reason and some times will be an alarm symptom which rescue lifes. Chronic pain was a type of pain which stays more than 3 month. Our review describe both pain types with cases.

Giriş

Ağrı her bireyin yaşamının herhangi bir döneminde deneyimlediği bir semptomdur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tanımı: “Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan bir doku hasarına bağlı olan /olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili hoş olmayan emosyonel ve sensoriyel bir duydur” şeklindedir (1). Ağrı kişiye özeldir. Yaş ve cinsiyete göre ağrının çeşitleri ve derecesi değişiklik gösterir. Sağlık profesyonellerinin ağrı ile karşılaşması oldukça sıktır. Üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra, ağrı hastayı hekime götüren ikinci en sık yakınmadır (2).

Ağrının İngiltere’de toplumun 1/3 ile 1/2’sini (%43) etkilediğini bildiren çalışmalar vardır (3). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre Türkiye’deki erişkinlerde ağrı prevalansı %63.7 dir(4). Bir başka kaynakta birinci basamak başvurularının yaklaşık 1/3’ünde sırt ya da ekstremitte ağrısı olduğu belirlenmiştir (5).

Ağrı; akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır. Akut ağrı, uyarıcı, öğretici ve yaşam kurtarıcı bir belirti olarak genellikle saptanabilir bir nedene bağlıdır. Üç aydan daha kısa

süren bu ağrılar lezyonun iyileşmesi ile genellikle ortadan kalkar (6). Yukarıda sayılan bu görevlerden yoksun olan kronik ağrı ise 3 aydan daha uzun sürmekte ve önemli bir kısmında saptanabilir bir lezyon gösterilememektedir. Bu ağrılar herhangi bir müdahale yapılmadan geçmezler (7). Akut ağrı prevalansı yaşlanmayla değişiklik göstermez. Ancak kronik ağrıya yaşlılarda, gençlere oranla daha sık rastlanır(8). Toplumsal epidemiyolojik çalışmalar kadınların erkeklerle göre daha fazla, daha sık, vücudun daha çok bölgesinde ve daha uzun süren ağrı bildiriminde bulduklarını göstermektedir (9).

Ağrı, değişik bakış açılarına göre değişik şekilde sınıflanmaktadır. IASP ağrıyı eksen sistemi adı verilen beş eksenli (bölgeler, sistemler, ağrının geçici özellikleri, ağrı şiddetinin derecesi, geçen zaman ve etyoloji) bir sisteme göre son derecede karmaşık ve çok eleştirilmiş bir şekilde sınıflamaktadır. Daha akılda kalıcı olan aşağıdaki sınıflama ise günümüzde daha yaygın olarak kullanılmakta ve temel ağrı tiplerini de tanımlamaktadır (10).

1. Nosiseptif ağrı: a. Somatik ağrı, b. Visseral ağrı.
2. Nöropatik ağrı:
3. Psikojenik ağrı.

Nosiseptif Ağrı

Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri (nosiseptörler) tarafından algılanıp, santral sinir sistemi (SSS)'ne iletildikten sonra ağrı olarak hissedilen ağrı tipidir.

Somatik ağrı: Sabit, genellikle iyi lokalize edilebilen, daha yoğun ızdırıp verici bir ağrıdır. Kemik metastaz ağrıları bu tip ağrılara en iyi örneklerdir.

Visseral ağrı: Derinden gelen, iyi lokalize edilemeyen, sıkıştırıcı ağrılardır. Yansıyan (safra kesesi ağrılarının sırtta hissedilmesi şeklindeki) ağrılar bu tip ağrılardır.

Nöropatik ağrı: Nörojenik dokulardaki histopatolojik veya fonksiyonel bir değişim nedeniyle hissedilen ağrıdır.

Psikojen ağrı: Ağrıya neden olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duyusudur.

Birinci basamakta ağrı ile ilgili çalışmalara gözgezdirdiğinde, ağrı şikayetinin halen en sık başvuru nedenleri arasında olduğunu görmekteyiz. 2009'da yayınlanan bir çalışmada 2006 yılında polikliniğe gelen 1201 hastaya anket uygulanmış, 1991 de yapılmış benzer bir çalışma ile karşılaştırılmış ve yıllar arasında ağrı nedeniyle gelen vakalar arasında belirgin bir azalma bulunamamıştır. Bu durum ağrı şikayetinin halen hastaların en önde gelen şikayetleri arasında olduğunu, en önemli başvuru nedenlerinden biri olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmada her 2 yılda da "sırt ağrısı" en sık rastlanan ağrı türü olarak belirlenmiştir (11). Başka bir çalışmaya göre en sık başvuru nedeni olan ağrı "baş ağrısı"dır (12). Ülkemizde yapılan çalışmalarda omuzun en yüksek ağrı prevalansı olmasına rağmen, ağrı şiddeti açısından değerlendirildiğinde de en fazla ağrı yakınması bel bölgesinde olduğu saptanmıştır(13).

Makalemizde 2 vaka üzerinden ağrıya yaklaşım konusunu iredilemeyi amaçladık.

Vaka-1:

30 yaşında erkek ;züccaciyeci;bel ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Anamnezde; en az 1 yıl önce başlayan ve önce ara ara olan bel ağrısının gün geçtikçe sıklığı ve şiddetinin arttığı, bel bölgesinde olan ağrının künt tarzda kuyruk sokumuna yansıdığı öğrenildi. Başta yorgunken olan bel ağrısının artık sabah kalktığında da olduğunu, sabah eklemleri tutuk olarak uyandığını ama gün içinde azaldığını ifade ediyor. Özgeçmişinde bilinen bir hastalığı, travma hikayesi ve ilaç kullanımı yok. Soygeçmişinde özellik yok. Bel ağrısıyla ilgili alarm semptomları yoktu. Vücut Kitle İndeksi:30 kg/m², Tansiyon:120/70 olup lökomotor sistem muayenesinde; lordoz azalmış, fleksiyon ve ekstansiyon kısıtlılığı mevcut, düz bacak testi negatif, sakroiliak kompresyon testi pozitif olan hastanın nörolojik muayenesi ve diğer sistem muayenesi normaldi. Hastanın yapılan tahlillerinde hemogramı, Romatoid Faktör, rutin biyokimyası normal olup CRP (5,9) ve sedimentasyon hızı hafif yüksek idi. Hastanın istenen pelvis grafisinde sacroileit saptanması üzerine Ankilozan Spondilit ön tanısı ile Romatoloji polikliniğine sevk edildi.

Vaka-2

35 yaşında evhanımı olan bayan hasta baş ağrısı şikayeti ile başvuruyor. Anamnezde bilinen hipertansiyonu olan ilaç kullanan hastanın buna rağmen ara ara yükseklikleri oluyormuş. Çok nadir baş ağrısı olduğunu söyleyen hasta bu sabah uykudan uyandıran şiddeti artan baş ağrısı olduğunu kolunda ve bacağına uyuşma olması üzerine geldiğini ifade ediyor. Öz geçmişinde hipertansiyon dışında özellik yok; soy geçmişinde özellik yok. BMI 25kg/m²;TA:140/90, Ateş:36,5 Hastanın nörolojik muayenesinde sol gözünde ışık refleksi yavaş pozitif sağ kol el ve ayak motor güçleri 3/5 refleksler yavaşlamış ve sağ ayak da babinski lakayit yanıt mevcut diğer sistem muayenesinde özellik yoktu. Hasta bu belirti ve bulgularla Subaraknoid kanama ön tanısı ile acil polikliniğe sevk edildi.

Tartışma

Vakalara yaklaşırken her zaman iyi bir anamnez alınmalı tanı için önemli ipuçları gözden kaçırılmamalıdır.

Anamnez

Vaka-1; Bu hastadaki ağrı kronik bir ağrıdır. Kronik ağrı prevalansı yayınlarda, %2 ila %40 arasında bildirilmektedir (14).

Kronik ağrıya yaklaşım:

a-Ağrının Yerinin Belirlenmesi: Vaka-1 deki ağrı bel bölgesinde olan kuyruk sokumuna yansıyan künt tarzda ağrı mevcuttur.

Şekil 1. Bel ağrısının Alarm Belirtileri

- Yaş < 20, > 50
- Travma, kompresyon fraktürü
- Steroid, antikoagulan kullanım öyküsü
- Kanser hikayesi
- Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi
- Şiddetli ve istirahat ile azalmayan ağrı
- Gece uykudan uyandıran ağrı
- Öksürme ve valsava manevrası ile artan ağrı
- Nörolojik defisit varlığı (alt ekstremitelerde kas gücü kaybı, duyu kaybı, anal sfinkter laksitesi ve anal duyu kaybı)
- Bele yönelik operasyon hikayesi

Bel ağrısı, kas iskelet sistemi ağrılarının en sık görülenlerdendir. Tüm dünya nüfusunun %70-85'i yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir defa bel ağrısı ile karşılaşmaktadır (15).

b-Ağrının şiddetinin derecelendirilmesi: Hastadan ağrısının şiddetini rakamsal skala (1 ile 20 arasında not vermesinin istenmesi) veya görsel analog ölçeği ile değerlendirmesi istenir. Hasta görsel analog ölçeğine göre 10 üzerinden 6 almaktadır.

c-Ağrının niteliği: *Hastanın ağrısı sabah uyandıığında çok iken hareketle azalmaktadır. Ağrı ve tutukluk sabahları ve hareketsiz kaldıktan sonra artmaktaydı.*

Mekanik kökenli ağrılar uzun süre oturmak veya ayakta kalmakla artar. Bu vakadaki ağrı tam tersi olduğundan tanıda mekanik sebeplerden bizi uzaklaştırır (16).

d-Alarm semptomu sorgulama: Hastanın ağrının kronik olması acil durumları ekarte etmez o nedenle hekimi alarm edecek durumlar sorgulanmalıdır.

Hastamızın herhangi alarm semptomu yoktur.

Bel ağrısının alarm semptomları sorgulandı. (Şekil-1)

Fizik Muayene

Hastanın muayenesi hastanın muayene odasına girmeyle başlar. Hastanın yürüme şekli (kısa bacak yürüyüşü, düşük ayak gibi), ayakta durma, yüz ifadesi ve oturma şekli bize ipuçları verir.

Ağrılı bölge mutlaka inspeksiyon ile değerlendirilmelidir. Böylece ağrı ile seyreden deri lezyonları (zona gibi) ve cilt bulguları ile seyreden diğer hastalıklar (belde anormal kıllanma spina bifida'yı, cafe-au-lait lekeleri nörofibromatozisi düşündürmesi gibi) gözden kaçırılmamalıdır.

Hastanın palpasyonla spinöz çıkıntılar arası boşluk olup olmadığı (spina bifida veya seviye farkı spondilolistezis), palpasyonla hassasiyet (diskit) değerlendirilir. Diğer sistem muayeneleri ile kapsamlı bir nörolojik muayene yapılmalıdır.

Hastamızın fizik muayenesinde; lordoz azalmış, flexion ve ekstansiyon kısıtlılığı mevcut, düz bacak testi negatif, sakroiliak kompresyon testi pozitif olup hastanın nörolojik muayenesi ve diğer sistem muayeneleri normaldir.

Bu bulgular ışığında kronik bel ağrısı olan hasta kapsamlı laboratuvar tahlilleri ve görüntüleme yöntemleri istenmesi için bir üst merkeze yönlendirilmelidir.

Vaka-2; Bu ağrı daha çok akut bir ağrıdır.

Baş ağrısı Toplum içinde yetişkin ve adolesan yaş grubunda en sık görülen semptomlardan bir tanesidir (17). Uluslararası baş ağrısı Derneği (International Headache Society IHS) sınıflama sisteminde baş ağrıları başlıca iki geniş grupta ele alınmaktadır.

- primer baş ağrısı bozuklukları
- sekonder baş ağrısı bozuklukları

İlk değerlendirme sırasında sekonder baş ağrısı bozukluğu olasılığını düşündürecek aşağıdaki baş ağrısı alarm belirtilerigözden geçirmelidir (18).

Baş ağrılı hastaya yaklaşımda aşağıdaki özellikler ayrıntılı olarak ele alınmalıdır (19).

Anamnez

1) Hastanın özellikleri: Yaş ve cinsiyete göre baş ağrısı tiplerinin sıklığı değişkendir. Bu tanıda ip ucu olarak kullanılabılır.

2) Baş ağrısının karakteri ve şiddeti: Hasta tarafından zonklayıcı, sıkıştırıcı, basınç hissi, iğne batır gibi, patlayıcı, şimşek gibi, elektrik çarpar gibişeklinde farklı ifadelerle tanımlanabilir.

Zonklayıcı veya basınç hissi oluşturan baş ağrıları migren için tipikken, sıkıştırıcı baş ağrısı, en sık gerilim tipi baş ağrısında ifade edilir.

3) Baş ağrısının başlangıcı: Kafa travması ardından ortaya çıkan baş ağrısı bir 'post-konküzyon' baş ağrısı bozukluğunu veya kafa içi bir patolojik süreç olasılığını akla getirmelidir.

4) Baş ağrısının yerleşimi: Sadece yüzde ve hep aynı yanda ise nevralkjik ağrıları veya sinüs ağrılarını düşündürebilirken, gözü ve başın diğer bölümlerini (şakak, alın gibi) içermesi durumu değiştirir.

5) Baş ağrısını tetikleyen nedenleri: Akut baş ağrısının olduğu presipitan faktör tanıya yardımcı olduğu gibi baş ağrısının önlenmesinde ve koruyucu tedavisinde de önemlidir.

6) Baş ağrısının sıklığı ve süresi: Organik hastalıklarda ortaya çıkan baş ağrısı genelde özel bir patern göstermez, sıklığı ve diğer özellikleri progresiftir.

7) Baş ağrısına eşlik eden diğer semptomlar: Migrende gastrointestinal semptomlar olarak bulantı ve kusma gö-

Şekil 2. Baş Ağrısı Alarm Belirtileri

- İlk veya hayatının en şiddetli baş ağrısı
- Akut başlangıç
- Sıklığı veya şiddeti giderek artan baş ağrısı
- Yeni başlayan baş ağrısı
- Egzersizle birlikte ortaya çıkan baş ağrısı (öksürük, efor, cinsel aktivite ile belirmesi)
- Belirli bir şekle uymayan baş ağrısı
- Tedaviye yanıt vermeyen baş ağrısı
- Sabah olan veya uykudan uyandıran baş ağrısı

rülür(20). Ayrıca foto fobi, fono fobi, tinnitus ve bulanık görme eşlik edebilir, hafif göz yaşarması, göz kanlanması olabilir. Küme tipi baş ağrısında ve diğer otonomiksefalaljilerde ise göz yaşarması, yüz kızarması, burun tıkanıklığı veya akıntısı gibi otonomik belirtiler ve parsiyel Horner Sendromu tek yanlı ve belirgin olarak görülür.

Hasta sorgulandığında çok nadir baş ağrısı olan hastanın bu sabah uyudan uyandıran şiddeti artan baş ağrısı olduğunu kolunda ve bacağında uyuşma olduğunu ifade ediyor.

Bu durumdan da anlaşıldığı gibi hastanın alarm semptomlarından bazılarını taşımaktadır. (şekil-2)

Fizik Muayene

Hastanın detaylı öyküsü aldıktan sonra vital bulguları (ateş, nabız, tansiyon ölçümü) değerlendirilmelidir.

Ateş Ölçümü: Enfeksiyonların bir kısmı baş ağrısına sebep olabilir. Bu enfeksiyon basit bir üst solunum yolu enfeksiyonu olabileceği gibi menenjit gibi kötü prognozlu ve ölümcül bir nedenle de olabilir. Baş ağrısı ile gelen her vaka menenjit olasılığı hatırlanmalı ve ense sertliği mutlaka bakılmalıdır.

Tansiyon Ölçümü: Düşünülenin aksine hipertansiyona bağlı baş ağrısı diyastolik tansiyon 110'un üstüne çıkınca ortaya çıkar ve tansiyon düşürülünce düzelir (21).

Hastanın ateş:36,5 tansiyonu:140/90 idi.

Anamnez sonrası yapılan fizik muayenede nörolojik muayene özel önem taşır. Nörolojik muayenesi yapılmalı herhangi bir patoloji rastlandığında hasta derhal sevk edilmelidir. Fizik muayene sırasında baş muayenesinde temporal arter trasesi mutlaka palpe edilmeli, göz dibi muayenesi mutlaka yapılmalıdır.

Hastanın nörolojik muayenesinde sol gözünde ışık refleksi yavaş pozitif sağ kol el ve ayak motor güçleri 3/5 refleksler yavaşlamış ve sağ ayak da babinski lakayityanıtı olması üzerine hasta Subaraknoid kanama ön tanısı ile sevk edildi.

Sonuç

Birinci basamakta bu kadar sık ağrı kimi zaman kendiliğinden yada semptomatik tedavi geçse de bazen ölümcül ve uzun süreli hastalıklardan da kaynaklandığı unutulmalıdır. Hastalardan alınan iyi bir anamnez ve yapılan fizik muayene bir çok ağrının nedeninin bulunmasında en büyük yol göstericidir.

Kaynaklar

1. Merskey H., Bogduk N. *Classification Of Chronic Pain*. 2nd Ed. Seattle: IASP Press; 1994
2. Çeliker R. *Kronik Ağrı Sendromları*. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi* 2005; 51:14-8.
3. A Fayaz, P Croft, R M Langford, L J Donaldson, And G T Jones; *Prevalence Of Chronic Pain In The UK: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Population Studies* *bmj Open*. 2016; 6(6)
4. S. Erdine, O. Hamzaoğlu, Ö. Özkan, E Balta, M. Domaç.; *Pain Prevalance Among Adults In Turkey*. *Ağrı*. 2001; 13(2): 22-30
5. Toprak D.; *Birinci Basamakta Kas Ağrısı (Miyalji) Şikayetinin Yönetimi* *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2013;4(4):7-13
6. Weiner RS.; *Pain Management: A Practical Guide For Clinicians*. Sixth Edition, CRC Press, USA, 2002.
7. Marcus DA. *Chronic Pain: A Primary Care Guide To Practical Management*. Second Edition, Humana Pres, Totowa, NJ, 2005
8. Sebile Nilgün Erten, Timur Selçuk Akpınar; *Yaşlıda Ağrıya Yaklaşım*; *Türkiye Klinikleri J Geriatr special Topics* 2015;1(1):82-90
9. Unruh A. M.: *Gender Variations In Clinical Pain Experience*; *Pain*. 1996; 65: 123-167
10. Sadock BJ, Sadock VA (Eds). *Kaplan & Sadock's Synopsis Of Psychiatry-Behavioral Bciences/Clinical Psychiatry*. 9th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
11. Christine H, Frießem, Anne Willweber-Strumpfand, Michael W Zenz; *Chronic Pain In Primary Care*; *German Figures-From 1991 And 2006*; *Bmc Public Health* 2009, 9:299
12. A Hzailinawati, FRACGP, C Lteng, Mmed, M Akamil, Mmed, F Iachike, Phd, C Nkoh, Mscpain; *Morbidity In Primary care Preliminary Observations From Two Different Primary Care Settings*; *Med J Malaysia*; vol:61 no2; june 2006
13. Tuğba Kuru, İpek Yeldan, Ayşe Zengin, Alis Kostanoğlu, Anıl Tekeoğlu, Yıldız Analay Akbaba, Devrim Tarakçı; *Erişkinlerde Ağrı Ve Farklı Ağrı Tedavilerinin Prevalansı*; *Ağrı*, 2011; 23(1):22-27
14. Birket-Smith M.; *Somatization And Chronic Pain*; *Acta Anesthesiol Scand* 2001; 45(9): 14-20.
15. Andersson GB. *Epidemiological Features Of Chronic Low-Back Pain*. *Lancet* 1999; 354(9178):581-5.
16. Cengiz Mordeniz, Remziye Sivacı, *Kronik Bel Ağrısında Medikal Tedavi*; *Kocatepe Tıp Dergisi*, Cilt 11 No: 1-2-3, Ocak 2010 SAYFA?
17. Henry GL. *Headache*. In: Rosen P, Barkin MR. *Emergency Medicine Concepts And Clinical Practice (4th Ed)* St.Louis, Mosby-Year Book, 1998; 2119-31.
- 18-Ertaş M, Baykan B. *Baş Ağrılarına Yaklaşım Ve Akut Baş Ağrıları*. *Ekspres Baskı*, İstanbul 2007.
19. Evans RW, Mathew NT. *Handbook Of Headache*. İkinci Baskı; Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia 2005.
20. M.Sandler, G.M. Collins (Ed): *Araştırmalar Işığında Migren*. *Bilimsel Ve Teknik Çeviri Vakfı*. İstanbul, 1993.
21. Betül Baykan, Halil Atilla İdrisoğlu; *Baş ağrısı*; [Http://www.Itfnoroloji.Org/Basagrasi/Basagrasi.Htm](http://www.Itfnoroloji.Org/Basagrasi/Basagrasi.Htm)