

Gebelikte bel ağrısı ve lomber disk hernisine yaklaşım

Nilgün Şenol*, Tamer Karaaslan**

*Isparta Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Isparta

**Süleyman Demirel Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Isparta

Özet

Gebelerde bel ağrısı sık rastlanan bir durumdur ve hamilelik süresince kadınların yaklaşık % 56'sında bildirilmiş bir semptomdur. Buna karşılık semptom veren lomber disk hernisi oldukça nadirdir. Lomber disk hernisi ve kök basısı düşünülen olgularda tanı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri ile konulabilir. İlerleyici nörolojik defisit veya kauda equina sendromu varsa, kalıcı hasarların önlenmesi için cerrahi gebeliğin hangi safhası olursa olsun güvenli bir şekilde uygulanabilir. Çalışmalar göstermiştir ki, gebelik süresince MRG yapılması, epidural veya genel anestezi uygulanması veya cerrahi girişim için herhangi bir kontrendikasyon yoktur.

Anahtar Kelimeler: bel ağrısı, lomber disk hernisi, gebelik

Abstract

Approaches to the low back pain and lumbar disc herniation during pregnancy

Low back pain is a common situation of pregnancy and has been reported in about 56% of women during gestation. By contrast, lumbar disc displacement is exceedingly rare. In the patients with lumbar disc displacement and root compression diagnosis can be made with a spinal magnetic resonance imaging (MRI) techniques. If there is a progressive neurologic deficit or cauda equina syndrome surgery can be performed safely at any stage of gestation to avoid permanent sequela. The literature demonstrates that there is no contraindication to MRI, administration of epidural or general anesthesia or surgical intervention during pregnancy.

Key words: back pain, lumbar disc herniation, pregnancy

Giriş

Bel ağrısının en sık nedenlerinden biri lomber disk hernisidir. Lomber disk hernisi en sık 4. ve 5. dekadlarda görülür. Doğurganlık dönemindeki kadınlarda bel ağrısı sık rastlanan bir şikayettir. Kadınların yaklaşık %50'si gebeliğin herhangi bir döneminde bel ağrısından yakınmaktadır. Bel ağrısı sıklıkla 6-9. aylar arasında görülürken, ilk trimesterde da meydana gelebilir (1,2,3). Semptomatik lomber disk hernisi oldukça nadirdir ve gebelerin yaklaşık 10000'de 1'inde görülür (4). Günümüzde zaman zaman polikliniklerde bu tür gebe hastalarla karşılaşılmaktadır. Burada bu hastaların tedavisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Patofizyoloji

Lomber disk hernisi (LDH), Mixter ve Barr tarafından 1934 yılında nukleus pulposusun (NP), yırtılan anulus fibrosus (AF) lamelleri arasından geçerek dışarı taşması olarak tanımlanmıştır(1). Bilindiği gibi aksiyel yüklerin % 75'ini NP karşılamaktadır(2). Bel ağrısının nedeni ılımlı disk protrüzyonuna bağlı posterior longitudinal ligaman irritasyonu sayılabilir. Bel ağrısına siyatalji eklenmesi bu sürecin ilerlediğini akla getirir (5).

Bel ağrıları ağrının kaynaklandığı dokuya göre sınıflandırılabilir. Bel ve bacak ağrısı spinal ya da spinal dışı nedene bağlı olabilir. Nonspinal ağrılar visceral organlardan (gebelik) yada spinal bölge dışı sinir sisteminden kaynaklanır. Spinal ağrılar da mekanik olmayan (tümör, enfeksiyon...) ve mekanik spinal ağrılar (LDH...) olarak ayrılırlar (4). Mekanik ağrı belden, sakroiliak eklemden ve simfizis pubisten de kaynaklanabilir (6).

Yazışma Adresi: Dr. Nilgün Şenol
Isparta Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği Isparta
Tel: 0.246.2115140 - 0.505.9303505
Fax: 0.246.2237831
E-mail: drnilgunsenol@yahoo.com

Müracaat tarihi: 21.01.2010
Kabul tarihi: 26.05.2010

Gebelerde korpus luteumdan salgılanan bir polipeptid hormon olan ve ligamanların gevşemesine neden olan relaksin salınımı ve bağ dokuları arasındaki sıvı birikimi pelvik ve lomber ligamanların gevşemesine neden olmaktadır (1,7). Uterusun genişlemesi ve annenin kilo almasıyla oluşan biyomekanik değişiklikler de bu duruma etkindir (1). Gebelikte bel ağrısında, sigara içmek, stresli çalışma, daha önceden bel ağrısı şikayetlerinin olması risk faktörleridir (2).

Tartışma

Lomber disk hernisinde başlıca yakınma ağrıdır. Bunu motor ve duysal yakınmalar izler (8). Bel ağrısı şimşek çakar tarzda tanımlanır. Bel hareketleri aniden sınırlanır. Tipik postural deformite de olur. Hasta sabit (bazen skolyotik) bir postür alır. Aktif veya pasif bel hareketleri ile bundan kaçınma girişimleri, şiddetli ağrıya yol açar. Öksürme ve ıkınma ile de ağrı olur (5). Bacak ağrısı bel ağrısından şiddetlidir. Gebelikte bel ağrısı genellikle geceleri artar ve uyku düzenini etkiler, sıklıkla gebeliğin ilerlemesi ile ağrı şiddetlenir (9,10). Gebelik döneminde ciddi bel ağrısı olan bir olgunun, diğer gebeliği döneminde yeni ve ciddi bir bel ağrısı olma riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (11). Başka bir çalışma ise gebelik öncesi bel ağrısının gebelikte tekrarlayabileceğini göstermiştir (12). Kauda equina sendromu daha çok büyük orta hat disk hernilerine bağlı olarak ortaya çıkar. Eyer tarzı duyu kaybı ve mesane, barsak paralizisi görülür (11). İntrensek ayak kaslarında, plantar fleksiyonda güç kaybı vardır. Nadiren proksimal kas grubunda güçsüzlük görülür. Basının seviyesine bağlı olarak refleks kayıpları görülür. İdrar inkontinansı kauda equina basısı düşünülen hastada dikkatle sorgulanmalıdır. Çok doğum yapmış olgularda görülen stres inkontinans, öksürme ve ıkınma ile ortaya çıkar (pelvik relaksasyon). Bu nedenle gerçek inkontinans ayrılmalıdır. Kauda equina basısına bağlı inkontinans ise taşma şeklindedir. Mesane kaslarının gevşemesi nedeniyle mesane normalden fazla miktarda idrar ile dolar. Sonunda aniden bol miktarda idrar istemsiz olarak boşalır (8). Nörolojik muayenede, kas gücü ölçümünde kuvvet kaybı olması, 2cm.den fazla kas atrofisinin olması, derin tendon reflekslerinde (Patella,Aşıl) azalma olması, etkilenen kök bölgesine uyan bölgede duyu kaybının olması, sinir germe testlerinin pozitif olması (5), anal sfinkter tonusunda ve reflekste azalma olması (kauda equina sendromunu düşündürür), alt extremitenin disk hernisine bağlı radikülopatilerinde

elde edilen bulgulardır (8).

Muayenede bir sinir kökü tutuluşunu veya kauda equina sendromunu düşündürecek bulgular yoksa yardımcı inceleme istemeden önce yatak istirahati, ilaçlar, aktivite şeklini değiştirmek, egzersiz, fizik tedavi yöntemleri denenmelidir (8).

Gebelikte de lomber disk hernisi tanısı spinal MRG ile konabilir. Kontrast verilmesine gerek yoktur. Gebeliğin olması gebeliğin hiçbir döneminde MR görüntüleme için engel değildir (13). Direkt grafi ancak doğuma yakın zamanda çekilebilecekse de pratikte kullanılmaz. Bilgisayarlı tomografi direkt grafiden daha fazla radyasyon verdiği için gebelikte bel ağrısının değerlendirilmesinde kullanılmaz.

Gebe kadınlarda bel ağrısına yaklaşım ve tedavi gebe olmayanlarla benzerlik gösterir (13). Bir hastalıkta cerrahi veya tıbbi tedaviye karar verebilmek için o hastalığın doğal sürecini iyi bilmek gerekir. Bunun istisnaları azdır; birincisi kauda equinanın basısıdır (%0.24-1 oranında görülür), ikincisi ağır motor kayıp gelişmesidir, örneğin düşük ayak (%5 oranında görülür) (5).

Gebelikte ciddi bel ağrısının esas nedeni gebelikten sonra geçecek olan, ligamanlardaki gevşemedir. Bu nedenle sadece ağrı varsa cerrahi endikasyonu yoktur. Fizyoterapi ve basit analjeziklerle tedavi uygulanmalıdır (13). Parasetamoller gebelikte kullanılabilir A kategorisinde (en güvenilir ilaçlar, gebelerde zararlı etkisi saptanmamıştır) olan ilaçlardır. Analjezik amaçlı gebede ilaç kullanımı sırasında öncelikle aspirin'in kullanılmaması gerektiği hatırlanmalıdır (Kategori C/D; C:Deney hayvanlarında teratojen etki gösterilmiştir, ancak gebe kadınlarda yapılmış klinik deneyim yetersizdir yada gebe kadınlarda ve deney hayvanlarında ilaç incelenmemiştir. D: İlacın fetüs üzerinde zararlı etkisi kanıtlanmıştır. Gebede ciddi, yaşamsal bir sorun var ve alternatif yoksa kullanılabilir). Nonsteroid antiinflamatuvar (NSAİ) adı verilen grupta bir takım ağrı kesiciler ve romatizma hapları bulunmaktadır. Gebelikte en sık ibuprofen ve naproksen kullanılmaktadır. Bu ilaçlar gebeliğin 1. ve 2. trimestrinde B, son trimesterde ise D kategorisinde yer alırlar. Çok şiddetli bel ağrılarında kullanılan narkotik analjezikler ise D kategorisinde (Gebede ciddi, yaşamsal bir sorun var ve alternatif yoksa kullanılabilir. Gebelerde teratojenitesi kanıtlanmıştır) olan ilaçlardır. Kas gevşeticilerin gebelik kategorisi C'dir (14).

Cerrahi tedavi sadece ilerleyici nörolojik defisiti olan hastalarda endikedir. Bunun yanı sıra, kauda equina

sendromunda acil cerrahi dekompresyon gerekir (13). Sfinkter kusuru olan ve perianal duyu kusuru gelişen ve ilk 8 saatte (maksimum 48 saat) opere edilmeyen olgularda sfinkter kusuru kalıcı olacaktır (15). Bu süreden sonra opere edilse bile fonksiyon kayıpları büyük olasılıkla düzelmez.

Kök basısına neden olan lomber disk hernisinde açık bir laminektomi ve diskektomi veya sadece mikrodiskektomi yapılabilir. Mikrodiskektomide avantaj daha küçük bir kesinin yapılması, daha az kan kaybının olması ve hastanede kalış süresinin kısalmasıdır (13). Kauda equina sendromunda bilateral laminektomi ve diskektomi önerilmektedir (16). Bilateral laminektomi ile daha başarılı bir dekompresyon sağlanmaktadır.

Bildirilen olgularda, gebe hastalarda yapılan cerrahinin güvenli olduğu gösterilmiştir (17,18). Birinci trimestır ve ikinci trimestırın erken dönemlerinde, uterusu minimal aortakaval bası ile prone pozisyonda cerrahi uygulanabilir. İkinci trimestırda prone pozisyonda opere edilen 4 olgu bildirilmiştir. Bu vakaların 3'ünde epidural anestezi, 1'inde genel anestezi uygulanmıştır. Her ne kadar teknik olarak zor olsa da diskektomi sol lateral pozisyonda da yapılabilir (18). LaBan ve arkadaşlarının (19) yaptıkları çalışmada, LDH tanısı ile 48760 hastaya myelografi tetkiki yapılmış, bunlardan 5 hastada gebelik de olması nedeniyle sezeryana kadar radikülopati bulguları olmasına rağmen operasyona alınmayıp beklenmiştir. Doğum sonrası lomber laminektomi ve diskektomi uygulanmıştır. 2 hastada kalıcı düşük ayak gelişmiştir (17).

Literatürde sadece 1 vakada disk herniasyonuna bağlı kauda equina sendromu bildirilmiştir (20). Otuzyediy yaşındaki bayan hastaya 5. ayında mikrodiskektomi yapılmıştır.

Kalıcı hasarların önlenmesi için herniye lomber diskin neden olduğu kauda equina sendromu veya ciddi/ilerleyici nörolojik defisit acil tedavi gerektiren durumlardır (21). Son çalışmalar göstermiştir ki, gebelik sırasında herniye lomber diskin neden olduğu kauda equina sendromu veya ciddi/ilerleyici nörolojik defisit gebelik esnasında da başarılı bir şekilde tanınabilir ve gestasyonun herhangi bir safhasında opere edilebilir. Modern obstetrik çalışmalara göre gebe kadında acil cerrahi, gestasyonun herhangi bir safhasında yapılabilir (22). Brown ve arkadaşları lomber disk hernili 3 gebeyi (bir hastada kauda equina bulguları varken diğer iki hastada ciddi nörolojik defisit saptanmıştır) cerrahi olarak tedavi etmiştir (17). Kauda equina sendromu olan 41 yaşındaki 20

haftalık gebe hastaya epidural anestezi ile Relton-Hall laminektomi çerçevesi kullanılarak prone pozisyon verilmiştir. İntravenöz fentanil ile sedasyon sağlanmıştır. L5-S1 laminektomi ile disk fragmanı çıkarılmıştır. Cerrahi öncesi ve sonrası fetal monitorizasyon yapılmıştır.

Kalıcı hasarların önlenmesi için gebe kadınlarda tanı olabildiğince çabuk konmalı ve gestasyonun safhasına bakılmadan cerrahi uygulanmalıdır. Gebelikte disk herniasyonuna bağlı semptomlar olduğunda uzun süreli bekleme kalıcı hasarlara neden olabilir (17). Literatürde açıkça bildirilmiştir ki; gebeliğin hiçbir safhasında MR için (23,24,25) epidural (26) veya genel anestezi (23) uygulamak için veya cerrahi (22) girişim için kontrendikasyon yoktur (17). Gebelerde Relton-Holl laminektomi frame veya four-poster frame başarılı bir şekilde kullanılabilir. Üst 2 post sternuma basıyı engellerken, alt 2 post abdomen yanında anterior iliak spine laterale ve pelvise basıyı engeller (27). Epidural anesteziden önce hastaya prone pozisyon verilmesi uterus veya fetusun bası altında kalmamasını sağlar. 20 hafta altındaki gebeliklerde çocuk kalp monitorizasyonu cerrahi sırasında endike değildir. 23 hafta üzerinde fetal monitorizasyon endikedir.

Sonuç

Gebelikte bel ağrısı oldukça sık gözlenen bir şikayettir. Bu olguların mutlaka ayrıntılı nörolojik muayeneden geçirilmesi gerekir. Bu sayede bel ağrısına eşlik eden kök basısı bulguları tespit edilebilir. Belirgin bir defisiti yoksa, ki olguların çoğunluğunda tek şikayet bel ağrısıdır, yatak istirahati, beli koruyacak uygulamalar (eğilmemek, ağır kaldırmamak vs...) önerilir. Analjezikler seçilerek ağrısı fazla olana verilebilir. Cerrahi endikasyon oldukça sınırlı (kauda equina sendromu ve ileri derecede kök disfonksiyonu olduğunda) olmasına rağmen yapılabilir.

Kaynaklar

1. Ostgaard HC, Andersson GB, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. Spine 1991; 16(5):549-52.
2. Hammar M, Berg G, Lillieskold U, Linden U, Thorblad J. Backache in pregnancy-occurrence, diagnosis and background factors. Lakartidningen 1986;83(21):1960-2.
3. Russell R, Reynolds F. Back pain, pregnancy, and childbirth. BMJ 1997; 314:1062-3.
4. LaBan MM, Perin JCS, Latimer FR. Pregnancy and the herniated lumbar disc. Arch Phys Med Rehabil 1983;64:319-21.
5. Ozer FA. Lomber disk hastalığı. İstanbul, Logos

- yayıncılık 2000;116-142.
6. Turk DC, Okifuji A. Assessment of patients reporting of pain: an integrated perspective. *Lancet* 1999;353(9166):1784-8.
 7. MacEvilly M, Buggy D. Back pain and pregnancy: a review. *Pain* 1996;64(3):405-14.
 8. Zileli M. Lomber disk hastalığında tedavi endikasyonları ve hasta yönetimi. In: Zileli M, Özer FA .Omurilik ve Omurga Cerrahisi (2nd ed) İzmir, Meta Basım. 2002; 647-660.
 9. Wedenberg K, Moen B, Norling A. A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(5):331-5.
 10. Kihlstrand M, Stenman B, Nilsson S, Axelsson O. Water-gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78(3):180-5.
 11. Forrester M. Low back pain in pregnancy. *Acupuncture in Medicine* 2003;21(1-2):36-41.
 12. Sihvonen T, Huttunen M, Makkonen M, Airaksinen O. Functional changes in back muscle activity correlate with pain intensity and prediction of low back pain during pregnancy. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79(10):1210-2.
 13. Ng J, Kitchen N. Neurosurgery and pregnancy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:745-752.
 14. Iskid AB. Gebe hastalarda ilaç seçimi. *Sted* 2007;16(1):15-17.
 15. Fager CA. Observations on spontaneous recovery from intervertebral disc herniation. *Surg Neurol* 1994;42(4):282-6.
 16. Shapiro S. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. *Neurosurgery* 1993;32:743-6.
 17. Brown MD, Levi AD. Surgery for lumbar disc herniation during pregnancy. *Spine* 2001;26:440-3.
 18. Kathirgamanathan A, Jardine AD, Levy DM, et al. Lumbar disc surgery in the third trimester- with the fetus in utero. *Int J Obstet Anesth* 2006;15:181-2.
 19. LaBan MM, Perrin JCS, Latimer FR. Pregnancy and the herniated lumbar disc. *Arch Phys Med Rehabil* 1983;64:319-21.
 20. Ashkan K, Casey ATH, Powell M, et al. Back pain during pregnancy and after childbirth: an unusual cause not to miss. *J Royal Soc Med* 1998;91:88-90.
 21. O'Laoire SA, Crockard HA, Thomas DG. Prognosis for sphincter recovery after operation for cauda equina compression owing to lumbar disc prolapse. *BMJ* 1981;282:1852-4.
 22. Cunningham FG, Macdonald PC, Grant NF, et al., eds. *Williams Obstetrics*. 20th ed. Stamford, CT:Appleton&lange;1997;1046.
 23. Cunningham FG, Macdonald PC, Grant NF, et al., eds. *Williams Obstetrics*. 20th ed. Stamford, CT:Appleton&lange;1997;1054.
 24. Evans JA, Savitz DA, Kanal E, et al. Infertility and pregnancy outcome among magnetic resonance imaging workers. *J Occup Med* 1993;35:1191-5.
 25. Laban MM, Rapp NS, Van Oeyen P, et al: The lumbar herniated disc of pregnancy: a report of six cases identified by magnetic resonance imaging. *Arch Phys Med Rehabil* 1995;76:476-9.
 26. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1996;452.
 27. Relton JES, Hall JE. An operative frame for spinal fusion. *J Bone Joint Surg* 1967;49:327-32.