

EDİTÖRE MEKTUP**BOYUN AĞRILARI****Başak Ceyda ORBEY MEÇO, İbrahim AŞIK****Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD**

Anatomik olarak boyun yedi vertebra, bunların arasındaki diskler, çevreleyen kaslar ve içinden geçen medulla spinalisten oluşmaktadır. Boyun bölgesi arterleri, venleri, lenfoid dokuları, tiroid ve paratiroid bezlerini, özefagusu, larinks ve trakeayı içerir. Bu yapılardan herhangi bir tanesinde meydana gelen patoloji boyun ağrısı oluşturabilir. Toplumda boyun ağrısı prevalansı %34 ve kronik boyun ağrısı prevalansı da (6 aydan uzun süren ağrılar) %14 olarak bildirilmektedir. Yaklaşık olarak kadınların %15'i ve erkeklerin %10'u hayatlarının bir döneminde kronik boyun ağrısı gelişir ve ağrının sıklığı 50'li yaşlarda artar (1-3).

Fonksiyonel olarak boyun, sırtın üst kısmı kasları ile birlikte başı taşımakla görevli bir yapıdır. Boyunun üstteki eklemleri başın ve boyunun hareketlerinin büyük çoğunluğundan sorumludurlar. Buna karşın alttaki eklemler, sırtın üst kısmı ile birlikte başa destek oluşturmakla görevlidirler.

Tüm insanların üçte ikisi hayatlarının bir döneminde boyun ağrısı şikâyetinden yakınmaktadır. Sık karşılaşılan bir klinik durum olan boyun ağrısı hayat kalitesini önemli ölçüde azaltır, kişinin fiziksel fonksiyonlarını sınırlar ve çalışan popülasyonda önemli bir maddi yük oluşturan yüksek maliyetli bir durumdur (4).

Bu ağrı akut (saatler-haftalar) olabileceği gibi kronik bir seyir (haftalar-aylar) de gösterebilir. Bu şikâyetin etyolojileri çok çeşitlidir ve genellikle ciddi bir durumu işaret etmemekle beraber hastanın hayat kalitesini önemli ölçüde azaltır. Boyun ağrılarının boyun kaslarından, kemiklerden, servikal intervertebral disklerden, servikal faset eklemlerinden, atlantoaksiyal ve atlanto-oksipital eklemlerden, ligamanlardan, fasiyadan veya bu bölgeden geçen sinir köklerinin durasından kaynaklanabileceği gibi, omuz, çene, baş ve üst ekstremiteler gibi çevre dokulardaki hasarlar sonucu yansıyan ağrı olarak da meydana gelebileceği bildirilmiştir. Servikal vertebrada

oluşan bu ağrı boyun ağrısı, üst ekstremiteler ağrısı ve baş ağrısı semptomlarını oluşturur (5). Boyun ağrılarının nedenleri çeşitli şekilde sınıflandırılabilirler (Bkz. Tablo 1). Yüz kırk üç hastalık kronik boyun ağrısı serilerinde Yin ve Bogduk diskojenik ağrılarının prevalansını %16, zygapofizyal eklem ağrılarının prevalansını %55 ve lateral atlantoaksiyal eklem ağrılarının prevalansını %9 olarak bildirmişlerdir (6) Bir başka çalışmada yapılmış olan tanınmış bloklarla baş, boyun ve üst ekstremiteler ağrılarının %36-67'sinin servikal faset eklem kaynaklı olduğu gösterilmiştir (7).

Boyun Ağrılarında Klinik

Boyunda sertlik hissi, keskin veya künt ağrı, günlük aktivitelerde ağrı nedeni ile kısıtlanma başlıca klinik şikâyetlerdir. Bu ağrıya genellikle baş ağrısı eşlik eder ve yine ağrı omuzlara ve üst ekstremitelere yansır. Ağrının hareket ile arttığı durumlarda, zaman içinde boyun hareketlerinde kısıtlanma meydana gelebilir ve bu klinik kronikleştikçe hastanın yaşam kalitesi önemli ölçüde azalır. Eğer boyun ağrısı sinir kökenli ise, ilerleyen dönemlerde his kaybı, uyuşma ve güçsüzlük şikâyetleri kliniğe eklenebilir.

Faset eklem ağrıları

Zygapofizyal eklem olarak da bilinen faset eklemler spinal kolonun arkasında bulunan ve ardışık vertebral arasındaki bağlantıyı sağlayan eklemlerdir. Bu eklemler vertebral kolonun stabilitesinde önemli role sahiptirler ve sinirsel iletimleri mevcuttur. Bu nedenle bu eklemlerde meydana gelen hasarlar veya inflamasyon ağrıya neden olur. Kronik boyun ağrılarının %39-67'sinden faset eklem ağrıları sorumlu tutulmaktadır (7). Faset eklem ağrılarının en sık nedenleri travmalar (trafik kazaları, düşmeler) ve dejeneratif hastalıklardır. Servikal faset eklemler dorsal ramusun medial dalı tarafından innerve olurlar. Bu sinir

Tablo 1. Boyun ağrılarının sınıflandırması

Kas incinmesi	Aşırı kullanma: yatakta kitap okuma, bilgisayar başında uzun süre kalma, kötü postür
Kemik-eklem kaynaklı	Osteoartrit, dejeneratif artrit, spinal stenoz, trafik kazalarında ileri ve geriye ani sarsılma ile oluşan boyun ağrıları
Sinir basısı kaynaklı	İntervertebral disk dejenerasyonu, herniyasyon, osteofitler, travma
Diğer	Emosyonel nedenler, stres, yansıyan ağrılar

sonlanmaları nosiseptör ve mekanoreseptör özelliğe sahiptirler (8). Bu reseptörlerce algılanan ağrı tipik olarak başa, omuza ve sırtın üst kısmına yansır ve ağrı bu bölgelerde lokalizedir. C_{2,3} eklemlerden kaynaklanan ağrı özellikle başa ve hatta gözlere yansiyabilir. Tanıda radyolojik yöntemler eşliğinde eklem içine veya sinirine (medial dal bloğu) lokal anestetik enjeksiyonu esastır.5 Tedavide eklem içi enjeksiyonlar, mediyal dal blokları ve radyofrekans nörotomi uygulanmaktadır (9-10).

Diskopatiler

Servikal intervertebral disk herniyasyonu sonucunda boyun ağrısı, refleks kaybı ve motor güçsüzlük gelişir.10 Bu kliniğin oluşmasında servikal sinirlerin herniye olmuş disk materyeli tarafından sıkıştırılması esastır. Sıklıkla 30-50 yaşlar arasında gelişen bu durumda ağrı sinir trasesi boyunca kola yayılır. Kolda ve parmaklarda uyuşma ve karıncalanma ağrıya eşlik eden bulgulardır. Ayrıca bazı olgularda kas güçsüzlüğü tesbit edilebilir. En sık karşılaşılan herniyasyonlar C₅₋₆ (C₆ sinir köküne bası gelişir) ve C₆₋₇ (C₇ sinir köküne bası gelişir) seviyeleridir. Tanıda manyetik rezonans görüntüleme esastır. Tedavide başlangıçta ağrı tedavisi amacıyla NSAİİ denemelidir, ağrının şiddetli olduğu durumlarda mevcut inflamasyonu ortadan kaldırmak amacıyla kısa süreli oral kortikosteroidler (1 hafta) denenebilir. Ancak medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda fizik tedavi, epidural steroid enjeksiyonu, selektif sinir kökü blokları ve nükleoplasti uygulanmaktadır. İkibin senesinden beri uygulanmakta olan nükleoplasti yönteminde 19 gauge iğne ile etkili ve güvenli bir disk dekompresyonu sağlanmaktadır (11). Tüm bu yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda cerrahi müdahale gerekmektedir.

Spondilolistezis

Spondilolistezis bir vertebranın diğerinin üzerinde kayması olarak tanımlanır ve lamina ve faset eklemlerin kilit mekanizmalarında yetmezlik sonucu gelişir. Spondilolistezis geliştiği durumlarda ilgili vertebrada deformasyon ve vertebral kanalda daralma meydana gelir. Bunun sonucunda ağrı oluşur (1). 2 Servikal spondilolistezis lombere göre nadir olarak görülür ve en sık nedenleri travma, faset eklem artrozu ve disk dejenerasyonudur (12-13). Uzun süren boyun ağrılarında akla getirilmeli ve fleksiyon/ekstansiyon direk garfileri ile değerlendirilmelidir. Konservatif tedavilerle kliniğin gerilemediği, instabil ve spinal kord basısı olan durumlarda cerrahi müdahale önerilmektedir.

Boyun Ağrılarında Tanı

Boyun ağrısının değerlendirilmesinde bulguların detaylı sorgulanması önemlidir. Ağrının başlangıç zamanı,

yeri, derecesi, süresi ve yayılımı dikkate alınmalıdır. Hikayede eski travma öyküsü sorgulanmalıdır. Ayrıca ağrıyı şiddetlendiren veya rahatlatan pozisyonlar, yöntemler ve hareketler değerlendirilir. Boyun bölgesi dinlenimde ve hareket halinde gözlenmeli ve muayene edilmelidir. Hastanın çenesini göğsüne değdirmesi de değerlendirilir ve bu harekette kısıtlama olması durumun ciddiyetini belirlemede faydalıdır. Ek olarak detaylı bir nörolojik muayene sinir tutulumunun olup olmadığının anlaşılmasında önemlidir.

Tanıda yardımcı olmaları amacıyla direkt grafiler, bilgisayarlı tomografi, kemik tarama testleri, manyetik rezonans ve elektromiyografi gibi tetkikler değerlendirilebilir (14).

Boyun Ağrısına Yaklaşım

Boyun ağrılarının idamesinde önlem büyük öneme sahiptir. Postürün düzeltilmesi, günlük aktivitelerde boyunun belirli aralıklarla pozisyon değiştirerek ve geriye yönlendirilerek dinlendirilmesi önerilmektedir. Yine sık aralıklarla omuzların yukarı aşağı hareket ettirilerek rahatlatılması, omuzların eller yardımı ile birbirlerine doğru çekilmesi ve omuzlar aşağı itilirken başın iki yana eğilerek boyunun gerilmesi önerilen egzersislerdir. Bilgisayar başında çalışanlar için monitör seviyesinin uygun olarak ayarlanması boyun ağrısı riskini önemli ölçüde azaltır.

Boyun ağrısı geliştiği durumlarda ilk tercih asetaminofen ve NSAİİ olarak sıralanmaktadır. Yine soğuk veya sıcak uygulamalar boyun ağrısının tedavisinde role sahip yöntemlerdir. Ağrının kronik olduğu durumlarda fizik tedavi yöntemleri devreye girmektedir. Bu hastalara çeşitli boyun egzersisleri önerilir ve bunun bir yaşam şekli haline gelmesi hedeflenir. Bu sayede boyun kasları güçlenir ve boyun yapılarını desteklerler.

Ayrıca boyun ağrılarının tedavilerinde çeşitli girişimsel yöntemler uygulanmaktadır. Traskutanöz elektriksel sinir stimülasyonu ile (TENS) ağrılı bölgeye elektriksel impulslar uygulanabilir. Yine çeşitli enjeksiyon yöntemleri başarı ile gerçekleştirilmektedir (sinir kökenli ağrılarda kortikosteroid enjeksiyonu). Servikal radikülopati olgularında epidural veya köke selektif kortikosteroid enjeksiyonları ile semptomların gerilediği gösterilmiştir. Ancak ciddi olgularda bu girişimler açık cerrahi insidasını azaltamamaktadır (15).

Akapunktur da boyun ağrılarında uygulanan minör girişimler arasında sayılabilir. Akut ağrılarının tedavisinde daha güçlü analjezikler (tramadol), kas gevşeticiler, trisiklik antidepressanlar reçete edilebilir. Bazı durumlarda, boyundaki yapıların üzerindeki baskıyı kaldırıp ağrıyı hafifletmek amacıyla, kısa süreli immobilizasyon uygulanabilir.

Ayrıca sinir kökenli ağrılarda konservatif yaklaşımların yetersiz kaldığı durumlarda cerrahi müdahale gündeme gelmektedir. Ancak cerrahi müdahalelerin uzun dönem sonuçlarının noninvaziv girişimlere oranla daha iyi olduğu henüz netlik kazanmamıştır. Yine de cerrahi işlemde sonra göreceli olarak hızlı ve anlamlı ölçüde ağrı kontrolü sağlanmaktadır (15). Günümüzde masaj da boyun ağrılarında kullanılan teknikler arasındadır.

Acil Boyun Ağrıları

Baş veya boyun travmaları sonrasında gelişen boyun ağrılarında acil olarak doktor yardımına başvurmak gereklidir. Özellikle trafik kazalarında başın ileri ve geriye sarsılması sonucu gelişen boyun ağrıları sık karşılaşılan ve acil değerlendirme gerektiren durumlardır. Bu olgularda akut dönemde baş ağrısı, boyun ağrısı, boyun hareketlerinde kısıtlanma ve çeşitli nörolojik bulgular gelişebilir. Çoğunlukla bu klinik durum zaman içinde geriler, ancak olguların bir kısmında klinik kronikleşir. Yapılmış çeşitli çalışmalarda boyun ve baş ağrısının şiddeti, boyun hareketlerinin kısıtlılığı ve ağrısız diğer bulguların varlığının kronikleşme açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir (16).

Yine mevcut boyun ağrısının şiddetlendiği durumlarda veya ağrının 4-6 haftadan uzun sürdüğü durumlarda doktora, beklemeden başvurmak önerilmektedir. Yine uyusukluk, güçsüzlük, kol veya parmaklarda iğnelenme hissi ve ani gelişmiş inkontinans gibi nörolojik bulguların geliştiği durumlarda ileri tetkiklerle değerlendirme gereklidir.

Prognoz

Boyun ağrılarında prognoz etyoloji ile ilişkili olarak çok değişkendir, ayrıca hastaların ve ağrının karakteristik özellikleri de prognoz belirlemede önemlidir. Bunlar arasında hastanın yaşı, cinsiyeti ve mesleği; ağrının şiddeti, lokalizasyonu ve süresi ve radyolojik bulgular sıralanabilir. Çeşitli çalışmalarda boyun ağrılarının prognostik özellikleri değerlendirilmiş ve 40 yaşın üstünde olmak, eşlik eden bel ağrısı veya baş ağrısı varlığı, travmatik nedenler ve 13 haftadan uzun süren boyun ağrısı kötü prognoz açısından risk faktörleri olarak tanımlanmışlardır (17). Günümüzde boyun ağrılarının yaklaşık yarısı bir yıl içinde geçtiği, ancak olguların %10'u kronikleştiği bildirilmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Başak Ceyda ORBEY MEÇO

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD
Tel: 0312 508 2393
e-posta: basakceyda@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Guez M, Hildingsson C, Nilsson M, Toolanen G. The prevalence of neck pain: A population-based study from northern Sweden. *Acta Orthop Scand* 2002;73:455-459.
2. Nachemson A, Waddell G, Norlund AI. Epidemiology of neck and back pain. In: Neck and Back Pain: The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis and Treatment. Nachemson A, Jonsson E., eds. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
3. Vernon H, Humphreys BK. Chronic Mechanical Neck Pain in Adults Treated by Manual Therapy: A Systematic Review of Change Scores in Randomized Controlled Trials of a Single Session. *The Journal of Manual and Manipulative Therapy*. 2008; 16: 42-52
4. Briggs AM, Bragge P, Smith AJ, Govil D, Straker LM Prevalence and Associated Factors for Thoracic Spine Pain in the Adult Working Population: A Literature Review. *J Occup Health* 2009 Apr 1.
5. Falco FJ, Erhart S, Wargo BW, et al. Systematic Review of Diagnostic Utility and Therapeutic Effectiveness of Cervical Facet Joint Interventions. *Pain Physician*. 2009; Mar-12(2):323-344.
6. Yin W, Bogduk N. The nature of neck pain in a private pain clinic in the United States. *Pain Medicine* 2008; 9:196-203.
7. Manchukonda R, Manchikanti KN, Cash KA, Pampati V, Manchikanti L. Facet joint pain in chronic spinal pain: An evaluation of prevalence and false-positive rate of diagnostic blocks. *J Spinal Disord Tech* 2007; 20:539-545.
8. Cavanaugh JM, Lu Y, Chen C, Kallakuri S. Pain generation in lumbar and cervical facet joints. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88: 63-67.
9. Manchikanti L, Singh V, Falco FJ, Cash KM, Fellows B. Cervical medial branch blocks for chronic cervical facet joint pain: a randomized, double-blind, controlled trial with one-year follow-up. *Spine* 2008; 33: 1813-1820.
10. Kara B, Yildirim Y, Karadabak D, Acar U. Evaluation of the kinesthetic sense and function of the hand in early period in operated cervical disc hernia. *Eur Spine J*. 2006; 15(6):992-7. Epub 2005 Apr 26.
11. Nardi PV, Cabezas D, Cesaroni A. Percutaneous cervical nucleoplasty using coblation technology. Clinical results in fifty consecutive cases. *Acta Neurochir*. 2005; 92:73-78
12. Woiciechowsky C, Thomale UW, Kroppenstedt SN. Degenerative spondylolisthesis of the cervical spine-symptoms and surgical strategies depending on disease progress. *Eur Spine J*. 2004; 13: 680-684
13. Dean CL, Gabriel JP, Cassinelli EH, Bolesta MJ, Bohlman HH. Degenerative spondylolisthesis of the cervical spine: analysis of 58 patients treated with anterior cervical decompression and fusion. *Spine J*. Epub 2008 Dec 24.
14. Nordin M, Carragee EJ, Hogg-Johnson S, et al. Assessment of neck pain and its associated disorders: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009 Feb;32(2 Suppl):S117-40.
15. Carragee EJ, Hurwitz EL, Cheng I, et al. Treatment of neck pain: injections and surgical interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009 Feb;32(2 Suppl):S176-93
16. Kasch H, Qerama E, Kongsted A, Bendix T, Jensen TS, Bach FW Clinical assessment of prognostic factors for long-term pain and handicap after whiplash injury: a 1-year prospective study. *Eur J Neurol* 2008; 15: 1222-1230.
17. Hoving JL, de Vet HC, Twisk JW, et al. Prognostic factors for neck pain in general practice. *Pain* 2004; 110:639-645.