



Servikal Disk Hernisi Nedenli Radikülopatilerde Medikal Tedavi

Medical Treatment in Radiculopathies Caused by Cervical Disc Herniation Disease

Derya KARAOĞLU GÜNDOĞDU¹, Ender KÖKTEKİR¹, Şeref DOĞAN²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Yazışma adresi: Derya KARAOĞLU GÜNDOĞDU ✉ derya853hotmail.com

ÖZ

Boyun ağrısı yaygın sağlık problemlerinden biridir. Boyun ağrısı servikal disk hernisi hastalığına (SDHH) bağlı olabilir. SDHH aslında yaş ilerledikçe ortaya çıkan dejeneratif sürecin bir parçasıdır. 50 yaş üstü her insanda dejeneratif sürece ait radyolojik bulgular mevcuttur. Ancak SDHH diyebilmemiz için semptom olması şarttır. Bu sebeple SDHH'da ilk hedef kişilerin semptomlarının tedavisi edilmesidir.

Bu derlemede, SDHH nedenli radikülopatilerde medikal tedaviden bahsedilecektir.

Omurga kökenli hastalıklarında acil cerrahi tedavi endikasyonlarından biri yok ise genel yaklaşım hastaya önce konservatif tedavi uygulamaktır. Hasta konservatif tedaviden fayda görmez ise görüntüleme tetkikleri eşliğinde cerrahi tedavi planlanır. Çoğu omurga kökenli hastalıkta 10-14 günlük istirahat ve analjezik tedaviden sonra semptomların azaldığı bildirilmektedir. Konservatif tedavi yaklaşımları; yatak istirahati, non steroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ), kas gevşetici ilaçlar, steroidler, non-farmakolojik ilaçlar, servikal boyunluk, fizik tedavi yöntemleri, epidural ya da sinir kökü blokları, faset eklem ablasyonu olarak sıralanabilir. 50 yaş üzerinde dejeneratif omurga hastalıkları toplumun hemen her kesiminde görülebilir. Konservatif tedavi seçenekleri çok fazla olsa da bunların birçoğunu hastaların uygulama fırsatları olmayabilir. Günlük hayatın rutininde yatak istirahati bile aslına uygulaması çok zor olabilen bir konservatif tedavidir. Bu bakımdan birçok hasta ağrılarının geçmesi için medikal tedaviden fayda görmeyi umar ve bunu talep eder.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Servikal disk hastalığı, Radikülopati, Medikal tedavi

ABSTRACT

Neck pain is a common health problem. Neck pain may be due to cervical disc herniation disease (CDHD). CDHD is actually a part of the degenerative process that occurs with age. There are radiological findings of the degenerative process in every person over the age of 50. However, in order to say CDHD, it is necessary to have symptoms. For this reason, the first target in CDHD is to treat the symptoms of the patients.

In this review, medical treatment in radiculopathies caused by CDHD will be discussed.

If there is no emergency surgical treatment indication in spine-related diseases, the general approach is to apply conservative treatment to the patient first. If the patient does not benefit from conservative treatment, surgical treatment is planned with imaging studies. It is reported that the symptoms decrease after 10-14 days of rest and analgesic treatment in most spinal diseases. Conservative treatment approaches include bed rest, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), muscle relaxants, steroids, non-pharmacological drugs, cervical collar, physical therapy methods, epidural or nerve root blocks, facet joint ablation.

KEYWORDS: Cervical disc disease, Radiculopathy, Medical treatment

■ GİRİŞ

Boyun ağrısı yaygın sağlık problemlerinden biridir. Yıllık prevalansı ortalama %14,6'dır (1,11). Boyun ağrısının etiolojisinde servikal disk hernisi hastalığını (SDHH) bulunma prevalansı %0,35'dir (1,2). SDHH aslında yaş ilerledikçe ortaya çıkan dejeneratif sürecin bir parçasıdır. 50 yaş üstü her insanda dejeneratif sürece ait radyolojik bulgular mevcuttur. Ancak SDHH diyebilmemiz için semptom olması şarttır. Bu sebeple SDHH'da ilk hedef kişilerin semptomlarının tedavi edilmesidir.

Bu derlemede SDHH nedenli radikülopatilerde medikal tedaviden bahsedilecektir.

■ SERVİKAL RADİKÜLOPATİ

SDHH'na bağlı herniye disk seviyesindeki köke bası yapması ile ortaya çıkan semptomlara servikal radikülopati denir. SDHH en sık C6-7 seviyesinde görülür (%69) ve bu seviyede C7 radikülopati semptomları meydana gelir. C7 sinir basısına bağlı triceps refleksinde azalma, ön kol ekstansiyonunda motor kuvvet zafiyeti, ileri motor kuvvet kaybında düşük dirsek, 2 ve 3. parmaklarda daha belirgin olmak üzere tüm parmaklarda parestezi ve/veya hipoestezi görülebilir. C7 radikülopatiyi C5-6 SDHH'da görülen C6 radikülopati (%19) ve C7-T1 SDHH'da görülen T1 radikülopati (%10) izlemektedir. C4-5 (%2) SHDD ve buna bağlı C5 radikülopati nispeten daha az görülür. C4 radikülopati çok sık beklenen bir klinik değildir, kola ve omuza yayılmayan sadece boyun ağrısı ile kendisini göstermesi olasıdır. Bu sebeple tanı koymada güçlük yaşanabilir (8).

■ KONSERVATİF TEDAVİ

Omurga kökenli hastalıklarda acil cerrahi tedavi endikasyonlarından biri yok ise genel yaklaşım hastaya önce konservatif tedavi uygulamaktır. Hasta konservatif tedaviden fayda görmez ise görüntüleme tetkikleri eşliğinde cerrahi tedavi planlanır. Çoğu omurga kökenli hastalıkta 10-14 günlük istirahat ve analjezik tedaviden sonra semptomların azaldığı bildirilmektedir (8,11). Konservatif tedavi yaklaşımları; yatak istirahati, non steroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ), kas gevşetici ilaçlar, steroidler, non-farmakolojik ilaçlar, servikal boyunluk, fizik tedavi yöntemleri, epidural ya da sinir kökü blokları, faset eklem ablasyonu olarak sıralanabilir.

Akut boyun ağrılarının %90'ının konservatif tedaviler ile iyileştiği belirtilmiştir. Kronik boyun ağrısı prevalansı %10'dur (11).

■ MEDİKAL TEDAVİDE KULLANILAN AJANLAR

Nonsteroidal Anti-İnflamatuar İlaçlar (NSAİİ)

Bu grup ilaçlar tromboksan ve prostaglandinlerin sentezinde rol alan coclooxigenaz (COX) enzimini inhibe ederek anti inflamatuvar özellik gösterir. Bu grup ilaçların çoğu oral olarak kullanılır. Ketorolak Trometamin (Toradol) ise hem intravenöz (i.v.) hem oral formu mevcuttur. Opioid analjezikler ile additif etki yaparlar (3). Gastrointestinal (GI) yan etkileri genellikle fazladır ancak hemoraji ve perforasyon gibi çok ciddi yan etkiler genellikle beklenmemektedir. Antiasit ile birlikte ve yemekten sonra

kullanımları ile GI yan etkileri kontrol altında tutulabilmektedir (5). Gebelik riski olan veya gebe olanlarda kullanılmamalıdır. NSAİİ platelet fonksiyonlarını reversible olarak inhibe ederek kanama zamanında uzamaya sebep olabilirler ancak Aspirin bu konuda diğer NSAİİ'dan farklı olarak trombosit fonksiyonlarını irreversible olarak inhibe eder. Bu nedenle herhangi bir cerrahi işlem öncesi aspirinin kesilmesi ve en az 5-7 gün, yeni trombosit üretiminin gerçekleşme süresince beklenmelidir. Hepatotoksisite göstermeleri çok düşük olan NSAİİ su ve sodyum tutma özelliği ile nefrotoksisite özelliği gösterebilmektedir (5).

Opioid Analjezikler

Opioid analjezikler akut ağrının giderilmesinde daha çok kullanım alanı bulmaktadır. Uzun süreli kullanımı da kronik ağrı için değil tekrarlayan akut ağrılar için tavsiye edilmektedir. Çünkü kronik kullanımlarında fizyolojik ve psikolojik olarak tolerans gelişmesi sebebi ile etkinliği azalmaktadır. Doz aşımında ya da yüksek doz kullanımlarında solunum depresyonu ihtimali mevcuttur, yüksek doz kullanımlarında nöbete sebep olabilirlerine dair bilgiler bulunmaktadır (7).

Orta dereceli bir ağrı için en çok kullanılan opioid ajan tramadoldür. Oral olarak kullanılır. Nöradrenalin ve serotoninin geri alımını inhibe ederek etki gösterir. Literatürde solunum depresyonu yaptığına dair bir bilgiye rastlanmamıştır (4).

Analjezik Tedaviye Yardımcı Medikal Tedaviler

Triptofan, serotonin prekürsörü olan aminoasittir. Serotonin üzerinden, serotonin seviyesini artırarak etki gösterir. İlaç olarak kullanımı mevcuttur. Yüksek doz kullanımında hipnotik özellik gösterebilmeleri sebebi ile doz aşımına dikkat edilmelidir. Uzun süreli kullanımı B6 vitamin eksikliğine yol açabilmektedir.

Antihistaminik ilaçlar, anksiyolitik, orta dereceli hipnotik özellik gösterdikleri gibi analjezik etkileri ve analjezik ilaçlara yardımcı etkileri de mevcuttur. Günlük doz başlangıç dozunun dört katına göre çıkılabilir. Burada hastanın ilaca toleransı sorgulanmalı ve ona göre doz ayarı yapılmalıdır.

Antikonvülsan ilaçlar (karbamazepin, klonazepam, fentonil, gabapentin, pregabalin) daha çok nöropatik ağrı ve trigeminal nevralsi gibi hastalıkların günlük rutinlerinde kullanılsa da diyabetik hastalardaki SDHH'da da tercih edilebilmektedir.

Kortikosteroidlerin narkotik analjezik benzeri etkileri mevcuttur. İştah açma, duyu durumunda iyilik hâli ve antiemetik gibi nonspesifik etkileri de bulunmaktadır.

Kafein tek başına analjezik etkisi olmasa da özellikle NSAİİ ile entegre edildiklerinde analjezik etkiyi artırdıkları düşünülmektedir.

Antispazmodikler / Kas Gevşetici İlaçlar

Bu grup ilaçların radikülopatide kullanımı rutin değildir. Nitekim kas gevşemesi ile disk basısı daha çok hissedilebilir. Ancak günlük kullanımda özellikle NSAİİ ile kombine kullanımları oldukça sıkıdır. Radikülopatide kullanılabilecek ise özellikle kas spazmı gelişmiş ve öncelikli şikayetleri spazm olan hastaların tercih edilmesi önerilmektedir (10).

Klorpromazin, santral etkili kas gevşetici ilaçlardandır. Sedasyon etkisi de mevcuttur. Belirgin spastisitede daha etkili olsalar da, akut bel ve boyun ağrılarında da tercih edilmektedir.

Klorzoksazon, ciddi hepatotoksisite riski sebebi ile kas gevşetici olarak kullanımı sorgulanmakta olsa da klinik kullanımda yerini almış ilaçlardan biridir (12).

Diazepam, daha çok spastisitede tercih edilir. Nadir olarak kas spazmı ile klinik veren radikülopatilerde de kullanılmaktadır.

Karisoprodol, öforiye sebep olabilmesi ve daha çok sedatif etkilerinin bilinmesi sebebi ile kas gevşetici olarak kullanımı daha geri plandadır.

Quinin sülfat, genellikle bacaklarda bazen de ellerdeki gece krampları için kullanım alanı daha çok bilinir (6).

Benzodiazepinler

Sedatif ve paralizan ilaçlar grubunda olan benzodiazepinler daha çok anksiyete ve uyku düzensizliği tedavisinde kullanılsa da analjezik tedavi olarak da kullanım alanları mevcuttur. Ancak bu ilaçların sedatif etkileri daha az olmasına rağmen yoksunluk sendromuna sebep olabilmeleri kullanım sıklığını azaltmaktadır. Özellikle yaşlı hastalarda doz ayarlanması tekrar yapılmalıdır (yaşlılarda daha düşük dozlarda kullanılmaktadır). Yüksek dozlarda solunum depresyonu ve hipotansiyona sebep olma riski mevcuttur (9).

■ SONUÇ

Elli yaş üzerinde dejeneratif omurga hastalıklarının toplumun hemen her kesiminde radyolojik olarak tespit edilebilir olması bel – boyun ağrısı ile başvuran hastalarda konservatif tedavinin önemini artırmaktadır. Konservatif tedavi seçenekleri çok fazla olsa da hastaların birçoğunun bunları uygulama fırsatları olmayabilir. Günlük hayatın rutininde yatak istirahati bile aslında uygulaması çok zor olabilen bir konservatif tedavidir. Bu bakımdan birçok hasta ağrılarının geçmesi için medikal tedaviden fayda görmeyi umar ve bunu talep eder. Bu bakımdan

uygulama kolaylığı olan ve kişilerin günlük rutinlerine uygun reçeteler düzenlemek omurga kökenli ağrılarda önemli tedavi basamaklarından biridir.

■ KAYNAKLAR

1. Cote P, Branch CL Jr, Jenkins JD: Revision of anterior cervical pseudoarthrosis with anterior allograft fusion and plating. *J Neurosurg* 86(6):969-974, 1997
2. Çağlar YŞ, Aydın Z: Servikal disk hastalığı ve tedavisi. Zileli M, Özer F (ed), Omurilik ve Omurga Cerrahisi, Cilt 2. İzmir: META Basımevi, 2002:549-559
3. Fidahic M, Kadic AJ, Radic M, Puljak L: Celecoxib for arthritis. *Med Letter* 41:11-12, 1999
4. Gordon DB: Nonopioid and adjuvant analgesics in chronic pain management: Strategies for effective use. *Nurs Clin North Am* 38(3):447-464, 2003
5. Helfgott SM, Sandberg-Cook J, Zakim D, Nestler J: Diclofenac-associated hepatotoxicity. *JAMA* 264:2660-2662, 1990
6. Man-Song-Hing M, Wells G: Meta-analysis of efficacy of quinine for treatment of nocturnal leg cramps in elderly people. *BMJ* 310:13-17, 1995
7. Marshall KA: Managing cancer pain: Basic principles and invasive treatment. *Mayo Clin Proc* 71:472-477, 1996
8. Mayfield FH: Cervikal spondylosis: A comparison of the anterior and posterior approaches. *Clin Neurosurg* 13:181-188, 1966
9. Mehdi T: Benzodiazepines revisited. *BJMP* 5(1):a501, 2012
10. Lewis KS, Han NH: Tramadol: A new centrally acting analgesic. *Am J Health Syst Pharm* 54(6):643-652, 1997
11. Sut N: Boyun ağrısının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Neurosurg-Special Topics* 4(2):1-4, 2011
12. Wall KL, Crivello J: Chlorzoxazone metabolism by winter flounder liver microsomes: Evidence for existence of a CYP2E1-like isoform in teleosts. *Toxicol Appl Pharmacol* 151(1):98-104, 1998