

Gebelik Döneminde Omurga Ağrısı

Murat BEZER¹, Evrim ŞİRİN¹, Koray ELTER², Osman GÜVEN¹

¹ Marmara Üniversitesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

² Marmara Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Gebelik Döneminde Omurga Ağrısı

Gebelik dönemi ve sonrasında kadınların yaklaşık % 50'den fazlası omurgada ağrıdan şikayetçidir. Omurga ağrısı sırt, bel ve pelvik ağrı olarak üç alt grupta sınıflandırılmıştır. Ağrıdan birçok etken sorumlu tutulmakla beraber tam olarak aydınlatılamamıştır. Fizyolojik ve metabolik değişikliklere bağlı gelişen simfisis pubisin genişlemesi, intervertebral disk patolojileri, postüral, hormonal ve kemik yoğunluğundaki değişiklikler bel ağrısından sorumlu tutulmuştur. Birçok annede ağrı doğumdan sonraki birkaç hafta içinde geçerken, bazılarında aylarca sürebilir. Bu dönemde karşılaşılan omurga ağrısının fizyolojik değişikliklere bağlı olduğu düşünüldüğünde tedavi şekli konservatiftir. Ancak, alıta yatabilecek diğer hastalıkların varlığının da ağrı nedeni olabileceği akıldan çıkarılmamalı ve gerekirse bunlara özel tedavi verilmesi düşünülmelidir.

Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi, 19(2):67-73, 2005

Anahtar kelimeler: Sırt Ağrısı, Bel Ağrısı, Pelvik Ağrı, Gebelikte Postural Değişimler

Spine Pain During Pregnancy

About more than 50 % of women suffer spine pain during and after pregnancy. Spine pain is simply classified into three groups; namely back pain, low back pain and pelvic pain. Although many factors are thought to be responsible for the pain, it's not clearly defined. These factors are physiologic and metabolic alterations leading to widening of symphysis pubis, intervertebral disc pathologies, postural and hormonal factors and changes in bone density. Among many mothers pain is relieved within few weeks after birth, however some may suffer even months. In this period of time, if the spine pain is thought to be due to physiologic alterations treatment modality is conservative. It must be always kept in mind that another underlying pathologic process is responsible for the pain and if necessary specific treatments should be given for these pathologies.

Journal of Gynecology and Obstetrics, 19(2):67-73, 2005

Key words: Back Pain, Low Back Pain, Pelvic Pain, Postural Changes During Pregnancy

GİRİŞ

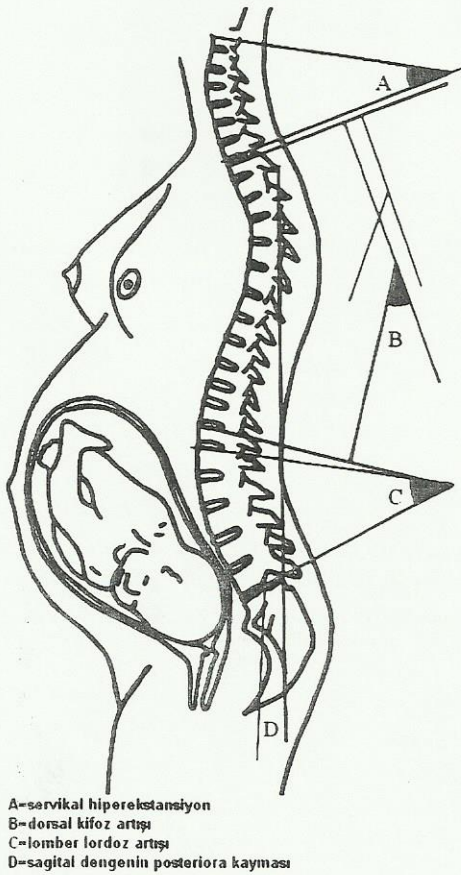
Gebelik döneminde hamilelerin % 50'sinden fazlası omurga ağrısından şikayetçidir (1). Ağrı sıklıkla tek bir bölgeye lokalize olmayıp farklı bölgelerde olabilir. Stuessson ve ark. gebelerdeki omurga ağrısını; sırt, bel ve posterior pelvik ağrı olarak üç alt grupta sınıflandırmıştır (2). Bu üç bölgedeki ağrının birbirinden ayrılması, yaklaşım ve tedavilerindeki farklılıklar nedeniyle önemlidir.

Etyolojide birçok etkenin üzerinde durulmuş olmasına rağmen, kesin parametreler tanımlanmamıştır. Hormonların pelvik eklemler üzerindeki gevşeklik yaratıcı etkileri, vasküler değişimler, fetüsün gelişimiyle oluşan postural değişimler, nükleus pulposus herniasyonu, tümörler ve enfeksiyonlar etyolojide tartışılan faktörlerdir (1).

1. Postural Değişimler

Gebelerdeki sırt ağrısının en önemli sebebi olarak postüral değişimler olarak düşünülmektedir. Gebeliğin dört ile dokuzuncu ayları arasında torasik kifoz artarak sagittal dengenin bozulmasına neden olur (3). Bunu dengelemeye yönelik servikal omurga hiperkestansiyon pozisyonu alır, lomber lordoz artar, diz ve ayak bileğinde ekstansiyon artar (1). Bunun sonucunda ağırlık merkezi posteriora yer değiştirerek, baş yükselir (Resim 1).

Lumbosakral sinirler üzerinde fetusun direkt basısı da ağrıdan sorumlu tutulmuştur. Bu durumda daha çok kök bulguları ortaya çıkmaktadır (4). Muayenede kök bulgularına yönelik ayrıntılı nörolojik değerlendirme de yapılmalıdır.



Resim 1. Gebelikte postural değişim.

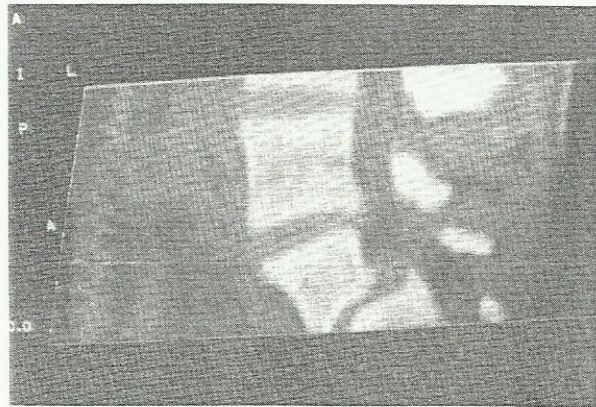
2. Hormonal Değişiklikler

Ağrıların gebeliğin ilk dönemlerinde ortaya çıkması sadece mekanik stresin etkisiyle açıklanamaz (5). Hormonal değişikliklerin de omurga ağrısı ile ilişkisi ortaya konulmuştur. Perimenstrual dönemdeki sırt, bel ve posterior pelvik ağrının artması nedeniyle de hormonların ağrının ortaya çıkmasında önemli bir yeri olduğu düşünülmüştür. Steroid hormonlar eklem ve ligamentleri etkileyerek, simfizyolizise yol açar. Bunun sonucunda pelvisin fleksibilitesi artar. Gebelik döneminde pelvisde oluşan yapısal değişiklikler bilinmekle birlikte, kesin mekanizmalar bilinmemektedir. Ağrının hormonlarla ilişkisini gösteren mekanizma da net aydınlatılamamıştır. Ağrıdan en çok sorumlu tutulan hormon corpus luteum tarafından salgılanan relaksindir. Relaksinin, pelvik eklemleri etkileyerek laksiteye ve buna bağlı olarak da ağrıya neden olduğu düşünülmektedir (6). Bunun yanında, gebe olmamasına rağmen bel ağrısı olan kadınlardaki relaksin hormon konsantrasyonu ağrısız kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (6). Östrojenin ağrı etyolo-

jisindeki yeri net bilinmemekle beraber, relaksin reseptörlerinin hassasiyetini artırdığı ve doğrudan eklem ve ligamentleri etkilediği ileri sürülmüştür (7). Gebelik süresince aktivitedeki azalmaya bağlı ortaya çıkan kas zayıflığı, fetusun ve uterusun artan ağırlığına bağlı pelvise artan bası, pelvik ligamanların zorlanması pelvisde hasara yol açarlar (8). Sonuç olarak, hasar görmüş pelvisin, hormonların etkisine karşı daha duyarlı olduğu gösterilmiştir (7).

3. İntervertebral Disk Patolojileri ve Spondilolistezis

Gebelik döneminde lomber intervertebral disk patolojilerinin sıklığında bir artış olmaz (9). Ağrı sebebi olarak lomber disk herniasyonu sıklığı % 1'dir. Artmış lomber lordoz ve diğer postural değişimler, bel ağrısı gelişimine en fazla katkıda bulunan durumdur (1). Magnetik Resonans görüntülemesi (MRG) ile yapılan bir çalışmada, disk patolojisine sahip gebe olmayan kadınlardaki bel ağrısı görülme sıklığı gebelerle aynı oranda bulunmuştur (10). Diğer bir ağrı nedeni de özellikle bu yaş grubunda spondilolistezisdir (Resim 2). Daha önceden spondilolistezisi mevcut, gebe olan ve olmayan kadınlar değerlendirildiğinde yine bel ağrısı görülme sıklığı arasında fark saptanmamıştır (9).



Resim 2. Spondilolistezis.

4. Kemik Yoğunluğundaki Değişimler

Gebelik döneminde kalsiyum dengesi etkilenerek kemik dönüşümü artar. Gebelik sürecine ve laktasyona bağlı kümülatif kalsiyum açığı % 6'ya kadar ulaşabilir (11). Bu dönemdeki omurga ağrısı ile kemik yoğunluğundaki değişimler arasındaki ilişkinin varlığı

araştırılmış, ancak kemik yoğunluğundaki azalmanın ağrı ile ilişkisi kanıtlanamamıştır.

Trabeküler kemik, kemik kütesinin % 20'sini oluşturur. Bu tip kemiğin yapım ve yıkım hızı yüksek olup kortikal kemiğe kıyasla kalsiyum metabolizmasındaki değişikliklere daha hızlı yanıt verir. Gebeliğin başında trabeküler kemik hacminde rezorbsiyona bağlı azalma olurken, geç dönemde minimal resorpsiyonun yanında aktif kemik oluşumu ve mineralizasyon vardır (11). Gebeliğin 35. haftası ve postpartum 5. ay arasında kortikal kemikte de belirgin bir azalma gözlenir.

5. Simfiz Pubisin Genişlemesi

Simfizis pubisin sağlamlığı ve sakroiliyak eklemlerin gerilim gücü, pelvik relaksasyonu engelleyen faktörlerdir (12). Gebeliğin 10-20. haftalarında sakroiliyak eklemlerde ve simfizis pubiste genişleme ile birlikte artan mobilite ortaya çıkar (13). Relaksin hormonunun, eklem laksitesindeki artıştan ana sorumlu faktör olduğu düşünülmektedir. Fizyolojik sınırlardaki genişlemenin patolojik pelvik relaksasyona geçiş süreci belirsizdir (4). Pelvik relaksasyon laksitenin son hali olup, bel ağrısı ya da uylukların arkasına yayılan ağrı ile kendini gösterebilir.

Diğer Ender Durumlar

1. Femur Başının Avasküler Nekrozu

Gebelerde femur başın avasküler nekrozunun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide artmış maternal kortizol düzeyi (gebelerde, gebe olmayanlara

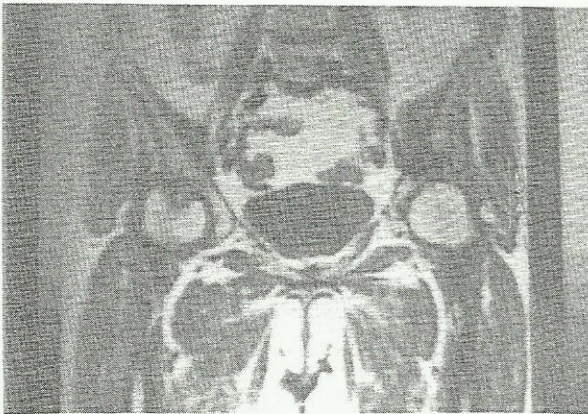
göre 3 kat daha fazla) ve artmış intraosseöz basınç sorgulanmıştır. Ağrı kolaylıkla pelvik instabilite semptomları ile karıştırılabilir. Semptomlar sıklıkla 3. trimesterde başlar. Hastalar kasıklarında derin ağrı tariflerler. Ağrı diz, uyluk ve sırta yayılabilir (6). Direkt radyografi ve MRG ile tanı konulabilir (Resim 3 ve Resim 4).

2. Kalçanın Geçici Osteoporozu

Bu durum genelde üçüncü trimesterde karşımıza çıkar. Kalça hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı ile karakterizedir. Radyolojik değerlendirmede unilateral ya da bilateral osteoporoz görülebilir. Kalçanın geçici osteoporozu, klinik olarak üç evrede incelenir. İlk evre bir-iki ay sürmektedir. Bu süre içinde hastalarda hızla artan kalça ağrısı ve eklem fonksiyonlarında bozukluk görülmektedir. İkinci evre iki ile üç ay sürer. Bu evrede klinik semptomlar plato çizer. İkinci evrede radyolojik olarak kemikte diffüz osteopeni ve demineralizasyon gözlenir, ancak eklem aralığında daralma yoktur. Üçüncü evre ise semptomların başlangıcından altı ay sonra başlar. Bu dönemde semptomlarda giderek bir gerileme söz konusudur. Aşırı kilo alımı, femur başının kırılması ile sonuçlanabilir (4). Radyolojik iyileşme daha uzun sürede gerçekleşir.

3. Simfiz Pubisin Rüptürü

Normalde fizyolojik olan simfizis pubis genişlemesi 10 mm.'yi geçmez. Bu miktar genişleme ya asemptomatiktir ya da minimal semptomlara neden olur. Simfizis pubisi destekleyen gerçek bağ rüptürü çok ender olarak bildirilmiştir (4). Ağrı, doğumun başla-



Resim 3-4. Femur başı avasküler nekrozu.

masından hemen önce başlar, yürüme ve eğilme sırasında çok şiddetlenir. Hastada paytak yürüyüş vardır. Tedavide postpartum yana yatarak dinlenme ve engelleyici pelvik korse yeterli olur (4).

4. Ankilozan Spondilit

Seronegatif spondiloartropatiler grubundan olan kronik enflammatuar bir hastalıktır. En tipik klinik bulgusu bilateral sakroileit olup laboratuvarında HLA-B27 pozitifliği ve direkt grafilerde sakroiliak eklem mesafesinin daralması tanıda yardımcı olan tetkiklerdir. Ankilozan spondilit gebelikte aktive olarak özellikle posterior pelvik ve bel ağrısına neden olabilir (4).

5. Skolyoz

Gebelik döneminde skolyoza bağlı omurga ağrısında artış olabilir. Ancak, ağrının skolyozdaki artış ile ilişkisi tartışmalıdır. Relaksin hormon etkisi gebeliğin mekanik stresi ile birleştiğinde, skolyoz açısının 25'den fazla ilerleyebileceğini bildiren raporlar vardır (4). Buna karşın Betz ve ark. tarafından yapılan retrospektif bir diğer çalışmada idiyopatik skolyozun gebelikte artmadığı gösterilmiştir (4). Skolyozlu gebe kadınlarda ölü doğum, düşük ve diğer komplikasyonlar beklenen oranlardan fazla değildir. Ancak, prematüre doğum beklenenden fazladır.

7. Spinal Bölge Tümörleri

Spinal bölgenin tümörleri sıklıkla primer olmaktan daha çok metastatik olmakla beraber, gebelik dönemindeki genç hastalar düşünüldüğünde metastaz etiolojisi yanında primer tümörler de düşünülmelidir. Vertebral kolon tutulumu yapan başlıca tümörler içinde Histiositozis X, dev hücreli tümör, kordoma, osteosarkom ve hemanjiomlar sayılabilir (14). Anevrizmal kemik kisti, osteoblastoma ve osteoid osteomalar ise özellikle omurganın posterior elemanlarını tutmaya eğilimlidirler. Bu tümörlerin tedavisinde genellikle spesifik tümör cerrahisi protokolleri ön plana çıkar.

8. Enfeksiyonlar

İntervertebral disk enfeksiyonları genelde pediatrik çağda görülürken, piyojenik vertebral osteomyelite

çok yaşlı düşkün durumdaki hastalarda ve ilaç bağımlılarında rastlanır. Fakat, söz konusu bu yaş aralıkları, hiçbir şekilde bu iki patolojinin gebelerde omurga ağrısı ayırıcı tanısında yer alması için engel değildir (14). Burada mutlak akılda tutulması gereken durum, özellikle klinik ve laboratuvar bulgularıyla da birleştirildiğinde Pott hastalığının (tüberküloz spondilit) tüm bu ayırıcı tanıları içinde yer alması gerekliliğidir. Hastada ilgili bölgede omurga hassasiyetinin yanında, geçirilmiş tüberküloz hikâyesi mevcuttur. Eritrosit sedimentasyon değerleri bu hastalarda özellikle yüksektir.

9. Epidural Anestezi

Epidural anestezi uygulaması da postpartum dönemde gelişen sırt ve bel ağrısından sorumlu tutulmuştur. Uygulama sırasındaki hasta pozisyonu sırt ve bel bölgesi için uzun süreli yük oluşturmaktadır. Bu durum kas zayıflığı ve hareketsizlikle birleştiğinde, postnatal sırt ağrısına sebebi olduğu iddia edilmiştir (15). Bununla birlikte prospektif olarak yapılan çalışmalarda epidural anestezi ile yeni gelişen postpartum ağrı arasında ilişki kurulamamıştır (10).

Önemli bir diğer nokta da, bel ağrısı sebebi olan patolojilerin spinal ya da epidural anestezi açısından kontrendikasyon oluşturup oluşturmadığıdır. Kontraendikasyon oluşturan durumlar:

- Daha önce lomber bölgeden geçirilmiş operasyon
- Lomber bölgede enfeksiyon mevcudiyeti
- Tümörler
- Nöropatik ağrı oluşturabilecek lomber patolojiler (disk hernisi, spondilolistezis vs.) olarak sayılabilirler.

10. Başarısız Omurga Cerrahisi

Başta laminektomi olmak üzere birçok farklı spinal cerrahi geçiren hastada, dirençli, geçmeyen omurga ağrısı şikâyeti devam eder. Gebelerde de daha önce geçirilmiş herhengi bir omurga cerrahisinin, ağrı etiolojisinde rol alabileceği unutulmamalıdır (14).

KLİNİK

1. Sırt Ağrısı

Genellikle gebeliğin ilk aylarında, çok ender olarak

da postpartum erken dönemde ortaya çıkar. Ağrı, torasik spinöz prosesler ve paraspinal kasların çevresine lokalize olup, tipik olarak torasik omurga hareketiyle artar. Muayenede genellikle ağrılı bölgede hassasiyet de vardır. Ağrı aktiviteyle ve günün ilerleyen saatlerinde artarken geceleri azalır. Birçok annede sırt ağrısı doğumdan sonraki birkaç hafta içinde geçer, bir kısmında ağrı aylarca sürebilir. Postpartum dönem değerlendirildiğinde annelerin yaklaşık üçte ikisi sırt ağrısından şikâyetçidir (10). Bu duruma daha sıklıkla genç annelerde rastlanır ve genellikle gebeliğin ilk aylarından beri ağrı çekmektedirler. Tedavide postür egzersizleri ve omurgaya aşırı yük bindirmeden bebek bakımı konusunda bilgilendirilme önemlidir. Ağrının şiddetli olduğu vakalarda oral analjezikler gerekebilir. Kronikleşen vakalarda ise fizik tedavi ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyulabilir.

2. Bel Ağrısı

Gebelik döneminde bel ağrısı insidansının % 60'ın üzerinde olduğu bildirilmiştir (1). % 67 hastada bu ağrıların doğum sonuna kadar, % 37 hastada ise postpartum 18. aya kadar sürdüğü saptanmıştır (1). Ama genel kanı ağrının gebelik sonunda progresyonunu tamamladığı ve 18. ay sonuna doğru gerilemeye başladığıdır. Muayenede lomber omurganın hareket açıklığının azaldığı görülür. Hastalar sıklıkla lomber bölgede ağrı şikâyetiyle başvururlar. Özellikle öne fleksiyon hareketinde çok zorlanırlar. Erektor spina kasında palpasyonla ağrı tespit edilebilir. Düz bacak germe testinin pozitifliği (yayılmalı veya yayılmı-sız), derin tendon reflekslerinin tek taraflı kaybı veya motor-duyu kayıp, lomber kök basısını düşündürmelidir. FABER testinin pozitifliği özellikle altta yatan bir sakroiliyak patolojinin ortaya konması açısından değerli bir klinik bulgudur. Motor-duyu semptomların eşlik ettiği ve ağrının yeni ortaya çıktığı vakalarda elektromiyografi veya sinir ileti çalışmaları (EMG) yararlı olabilir (6). EMG aynı zamanda ayırıcı tanının çok iyi yapılamadığı vakalarda periferik sinir lezyonlarının, polinöropatilerin ve pleksopatilerin ayırt etmek için yardımcı olabilir.

Gebelikte bel ağrısında yaklaşım altta yatan patolojinin net bir şekilde ortaya konması ve ona yönelik tedavi olmalıdır.

3. Posterior Pelvik Ağrı

Posterior pelvik ağrıya yaklaşım bel ağrısından farklı olup, birbirlerinden ayrılması çok önemlidir. Ancak, çok az çalışmada bel ağrısı ve posterior pelvik ağrı birbirlerinden ayrı ayrı ele alınmışlardır (11) (Tablo I). Posterior pelvik ağrı etiolojisinde rol oynayan ana faktör sakroiliak eklemdeki disfonksiyondur (16,17). Burada, gebelik sırasında gelişen ligamentöz laksitenin ağrı gelişiminde çok önemli bir etken olduğu düşünülmüş olsa da, aynı ağrının tüm bağ laksitesi gelişen gebelerde oluşmaması akıllarda soru işareti oluşturmuştur. Damen ve arkadaşları, posterior pelvik ağrı gelişen hastalarda asimetrik bağ laksitesi zemininde gelişen sakroiliak eklem disfonksiyonunun ana neden olduğu tezini savunmuştur. Diğer bir faktör ise pelvik bölge çevresindeki kasların gebelik sırasında, aynen sırt kaslarında olduğu gibi zayıflamaya başlaması ve destekleyici fonksiyonlarının azalmasıdır. Klinikte, ayırıcı tanı yaparken önemli olan posterior pelvik ağrının bel ağrısından ayrılmasıdır.

Tablo I. Bel ağrısı ve posterior pelvik ağrının değerlendirilmesi (20).

Bel ağrısı
<ul style="list-style-type: none">• Sakrum üzerinde belirgin• Öne doğru fleksiyonda ortaya çıkar• Lomber omurgada hareket aralığı azalır• Erector spina kasında palpasyonla ağrı mevcut• Posterior pelvik provokasyon ağrı testi negatif
Posterior pelvik ağrı
<ul style="list-style-type: none">• Gluteal bölgede iyi tanımlanmış batan tarzda• L5-S1 innervasyon alanına uzanan distal ve lateral, posterior uyluğa ve dize yayılabilen, fakat ayağa kadar asla ulaşmaz• Ağrısız intervaller mevcut• Sakrumun üzerinde hassasiyet mevcut• Lomber omurgada hareket açıklığı doğal• Pozitif posterior pelvik ağrı provokasyon testi• Kök bulguları yok

Posterior pelvik ağrı gluteal bölgede lokalize olan batma tarzında bir ağrıdır. Sakrum üzerinde de hassasiyet olabilir. Kök bulguları yoktur. Ağrı ayaklara yayılmaz. Muayenede lomber hareket açıklığı tam olup posterior pelvik ağrı provokasyon testi pozitifdir. Zaman zaman ağrı yürüme güçlüğüne neden olabilir. Önemli bir diğer nokta ise, posterior pelvik ağ-

rısı olan hastalarda ağrısız dönemlerin de olduğudur.

TANIDA GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

Tüm bu patolojileri ortaya koyarken, tanıyı kullanmak için kullanılacak olan belli başlı görüntüleme yöntemleri, hastaların gebe olduğu dikkate alınarak dikkatli bir şekilde seçilmelidirler. Prensipten olarak tercih edilen, gebe bir hastayı hiçbir şekilde mecbur kalmadıkça özellikle ilk trimesterde fetal teratolojik etkilerinden dolayı radyasyona maruz bırakmamaktır. (Acil medikal girişim gerektirecek medikal durumlar burada ayrı değerlendirilmelidir.) Burada fetusun maruz kaldığı radyasyon dozu overlerin maruz kaldığı dozla hemen hemen aynıdır. Gebe bir kadın için gebeliği boyunca kabul edilebilir olan kümülatif iyonize radyasyon dozu 5 rad'dır (18). Söz konusu basit bir toraks X-ray'i için 0.00007 rad'luk bir doz gerekirken pelvik X-ray için 0.04 rad, lomber vertebra- ları değerlendirmek için 0.39 rad'luk bir doz kullanımı gerekmektedir (18). Tek bir kalça eklemine görüntülenebilmesi için gereken doz 0.213 rad'dır.

Teratojenik etkinin başladığı doz sınırı tam olarak bilinmemektedir. Ancak, bilinen bir gerçek santral sistem nörogenezisi bu tür dış etkilere en çok 10 ile 17. hafta arasında hassaslaşır. Prensipten olarak hiçbir elektif X ray görüntülemesi ilk trimesterde ve özellikle 10-17. haftalar arasında tercih edilmemelidir (18).

Burada Manyetik Rezonans Görüntüleme yöntemi, teratolojik herhangi bir yan etkisi olmaması ve söz konusu etiolojik faktörlerde bize gerçekten ayırıcı tanıda çok yardımcı olabilmesi açısından çok değerli bir görüntüleme yöntemidir. Fakat, kost-effektivite açısından düşünülecek olursa, tüm omurga ağrısıyla başvuran gebelerde rutin olarak MRG tetkiki istemek doğru bir yaklaşım olmayacağından hastaların ayırıcı tanısında klinik ve fizik muayeneyi her zaman ön planda tutmak gerekmektedir.

TEDAVİ

Gebelikte Omurga Ağrısının Azaltılması

Tedavide esas prensip altta yatan patolojiye yöneliktir. Fizyolojik değişimlere bağlı geliştiği düşünülen ağrılara yaklaşım konservatif yöntemlerdir. Bu noktada karşımıza çıkabilecek olan soru ağrının gebelik-

ten ne kadar sonrasında kadar fizyolojik olarak kabul edileceğidir. Prensipten olarak puerperal dönemde 6. haftadan sonra devam eden ağrılar fizyolojik olarak değerlendirilmezler. Ağrı 6. haftadan sonra devam ederse, tüm etiolojik faktörler tekrar gözden geçirilmelidir. Hastayı değerlendirirken ağrının şiddeti belirlenmelidir. Tedavide temel amaç bilgilendirme ve ergonomik tavsiyeler temelinde ulaşılabilir bireysel fizyoterapidir (12) (Tablo II).

Tablo II.

- Vücut postürü, mesleki ergonomi, jimnastik, pelvis altı egzersizleri ve relaksasyon çalışmaları.
- Ağrı cinsi ve yoğunluğa göre bireysel egzersiz önerileri.
- Lomber ağrıya yönelik bel kaslarını kuvvetlendirici egzersizler.
- Posterior pelvik ağrıya yönelik pelvis yüklenmeleri engelleyici aktivite modifikasyonu.
- Gebe ve postpartum kadınlarda abdominal kasları kuvvetlendirme aracılığı ile lomber lordozu azaltma ,
- Pelvik eğim egzersizleri,
- Düzgün yük kaldırma teknikleri, uyuma ve oturma teknikleri,
- Sakroiliyak manipülasyonlar,
- Sakroiliyak kemer kullanımı

Gebe takipleri sırasında korunma amacıyla çeşitli önerilerde bulunulabilir (seyahat etmeme, dikkatli yürüme ve tökezlememe, kalça hareketi ile eğilme, sırtı bükmekten sakınma, ağırlığı simetrik olarak önde ve arkada taşıma vb.) (19). Gebelikten önceki fiziksel (45 dakikalık haftalık egzersizler) egzersizlerin bel ağrısını azalttığı gösterilmiştir (12). Ancak, bu pelvik ağrı için yararlı değildir.

Yine korunma yöntemi olarak su içinde egzersiz, masaj, yüzeysel ısı ve buz uygulaması yararlı olabileceği gibi elektriksel sinir stimülasyonu da (TENS) yararlı yöntemdir.

SONUÇ

Gebelikte omurga ağrısı genellikle vücudun fizyolojik ve metabolik değişikliklere karşı verdiği normal bir cevap olarak kabul edilebilir. Ancak, eğer de olsa hasta için tehlikeli durumlarla karşılaşılabilir. Söz konusu hastada omurga ağrısı oluşturabilecek birçok hastalığın varolmasıdır. Diğer bir önemli nokta da sakroiliak disfonksiyonun sebep olduğu pelvis ağrısını diğer etiolojilerden ayırabilmektir. Bu nedenle ağrının nedeni çok iyi incelenmeli, eğer şüpheli bir durum söz konusuysa, mutlaka vakit kaybetmeden hasta ilgili üniteye yönlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Franklin M, Conner-Kerr T: An Analysis of Posture and Back Pain in the First and Third Trimesters of Pregnancy. JOSPT 28:133-138, 1998.
2. Sturesson B, Udén G: Pain Pattern in Pregnancy and "Catching" of the Leg in Pregnant Women With Posterior Pelvic Pain. Spine vol. 22 no.16 pp.1880-1884S, 1997.
3. Akarcalı İ, Angın S, Günaydın T, Beksaç S: Gebelikte lomber lordoz ve bel ağrısı arasındaki ilişki . Artroplastik Artroskopik Cerrahi Dergisi 3(5):60-62, 1992.
4. Heckman JD, Sassard R: Current Concepts Review Musculoskeletal Considerations in Pregnancy. The Journal of Bone and Joint Surgery, vol 76-A no.11 pp.1720-1728, 1994.
5. Brynhildsen J, Ekblad S, Hammar M: Oral contraceptives and low back pain. Acta Obstet Gynecol Scand 74:714-716, 1995.
6. Rathmell JP, Viscomi C, Ashburn MA: Management of Nonobstetric Pain During Pregnancy and Lactation. Anesthetic Analgesia 85:1074-87(Review Article), 1995.
7. Brynhildsen JO, Björs E, Skarsgard C, Hammar ML: Is Hormone Replacement Therapy a Risk Factor for Low Back Pain Among Postmenopausal Women?, Spine vol 23(7):809-813, 1998.
8. Noren L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC: Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy; a 3 year follow-up., Spine J 11(3):267-271, 2002.
9. Ostgaard HC, Zehterström G, Roos-Hansson E, Svanberg B: Reduction of Back and Posterior Pelvic Pain in Pregnancy. Spine vol 19(8):894-900, 1994.
10. Russell R: Back Pain, pregnancy, and childbirth. BMJ 314:1062-1063, 1997.

11. Björklund K, Naessén T, Nordström M, Bergström S: Pregnancy-related back and pelvic pain and changes in bone density. Acta Obstet Gynecol Scand 78:682-684, 1999.
12. Akbayrak T, Akarcalı İ, Çıtak İ, Kara F: Gebelikte diastasis recti abdominis , rectus abdominis kas kuvveti ve bel ağrısı arasındaki ilişki. Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik 11(4):215-219, 2001.
13. Demen L, Buyruk HM, Guler-Uysal F, Lotgering FK, Snijders CJ, Stam HJ: Pelvic pain during pregnancy is associated with asymmetric laxity of the sacroiliac joints. Actaobstet Gynecol Scand 80(11):1019-1024, 2001.
14. Miller MD, Brinker MB: Miller Review of Orthopaedics third edition. W.B. Saunders Company. Philadelphia 371-372, 2000.
15. Turhanoglu AD, Bayhan G, Erdoğan F, Saraç J: Gebelikte bel ağrısı. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 3(1):43-46, 2000.
16. Vleeming A, de Vries HJ, Mens JM, van Wingerden JP: Possible role of the long dorsal sacroiliac ligament in women with peripartum pelvic pain. Actaobstet Gynecol Scand 81(5):430-436, 2002.
17. Larsen EC, Jensen CW, Hansen A, Jensen DW, et al: Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 78:105-109, 1999.
18. Toppenberg KS, Hill A, Miller DP: Safety of Radiographic Imaging During Pregnancy. American Family Physician 59(7):1813-1818, 1999.
19. Çıtak İ, Akarcalı İ, Akbayrak T, Karakaya MG: Bel ağrısı olan ve olmayan gebelerde bazı alt ekstremitte biyomekanik özelliklerinin karşılaştırılması. MN Gynecology Obstetrics Reproductive Medicine 7(1):17-21, 2001.
20. Hansen A, Vendelbo D, Wormslev M, Minck H: Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 78:111-115, 1999.

İletişim adresi/Correspondence

Adres: Yrd. Doç. Dr. Murat Bezer, Marmara Üniversitesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Tophanelioglu Caddesi, 13/15, Altunizade-İstanbul
Tel: 0216-325 45 82
Fax: 0216-325 45 82
Cep: 0532-421 97 82
e-posta/e-mail: bezer@superonline.com