

Osteoporozda Ağrı ve Yaşam Kalitesi

Pain and quality of life in osteoporosis

Prof. Dr. Gülseren AKYÜZ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Özet

Osteoporoz; hastayı artan kırık riskine maruz bırakacak düzeyde kemik gücünde azalma ile ortaya çıkan bir iskelet sistemi hastalığıdır. Kemik gücü; kemik yoğunluğu ve kemik kalitesinin bileşimini yansıtır. Bu hastalık yaşam kalitesi ve sosyo-ekonomik yönden giderek önem kazanmaya başladığı için sebep olduğu kırıklar sonucu mortalite yüksekliği ile dikkati çeken, fiziksel fonksiyonlarda ciddi kayıplara yol açan, kronik ağrıya yol açması ile de yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve giderek sosyal izolasyona neden olan kronik bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından osteoporoz; giderek artan prevalansı, fiziksel ve psikolojik etkileri ve hem kişiye hem de toplumdaki sosyal ve ekonomik maliyeti nedeni ile önemli halk sağlığı sorunu olarak sınıflandırılmıştır.

Anahtar kelimeler: osteoporoz, ağrı, yaşam kalitesi

Summary

Osteoporosis is a progressive systemic skeletal disease characterized by compromised bone strength predisposing to an increased risk of fracture. Bone strength means both bone density and bone quality. Osteoporosis has become more important among quality of life and socioeconomic aspect. Therefore it is assessed as a chronic disease that draws attention to the increased mortality coming from fractures, causes serious loss of physical functions, affects quality of life in a negative way, and causes chronic pain and social isolation. Nowadays, osteoporosis has been classified as a public health problem which has increased prevalence, negative physical and psychological effects, and big socio economic burden by World Health Organization (WHO).

Key words: osteoporosis, pain, quality of life

Tüm dünyada ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte insanların ileri yaşta sahip oldukları kronik hastalıklar önem kazanmıştır. Bir anlamda kronik hastalık varlığı, kişinin fiziksel sağlığı kadar ruhsal durumunu da olumsuz etkiler. Doğal olarak yaşlı insanların da herkes gibi fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda kaliteli yaşam sürdürme beklentileri vardır. Osteoporoz (OP), 50 yaşın üzerindeki beyazırka mensup 3 kadından birinde ve 5 erkekte görülür¹. Bir kısım doktorlar OP'yi yaşlanmanın doğal sonucu olarak görse de bu görüş, bazı yaşlı insanların neden kuvvetli ve normale yakın yoğunlukta kemiklere sahip olduklarını ve OP'nin sebep olduğu düşünülen belirtileri göstermediklerini açıklamaz². Osteoporoz'da en sık görülen fiziksel yakınmalar; kırıklar, uzun süre ayakta durmakla ortaya çıkan bel ve sırt ağrıları, spinal mobilitede azalma, kifozda artış ve boyda 3cm.den fazla kısalma olmasıdır. Bu belirtilere bağlı olarak hastanın rutin günlük yaşam aktivitelerini yapmakta güçlük çekmesi, fonksiyonelliğinin azalması ve ilerleyen dönemlerde kendisini güvensiz hissetmesi, depresyon, işe yaramazlık duygusu ve sonuçta sosyal izolasyona gidış en önemli sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır³. Ancak yaşlı kadınlar arasında osteoporozun sebep olduğu düşünülen yüksek kronik ağrı prevalansına karşın geriatrik literatür bu konuya çok az eğilmiştir⁴. Özellikle ileri yaştaki kadınların kronik ağrı ile yaşamlarını sürdürmelerine bağlı fonksiyonel, psikolojik ve sosyal etkilenimleri çok olumsuz olmaktadır.

Osteoporoz'da ağrı mekanizması

Osteoporozun her ne kadar kırıkla semptomatik

hale geldiği düşünölmekteyse de kemik ağrısının oluşum mekanizmasına bakıldığında mekanik ve kimyasal iki türde uyarı olduğu dikkati çekmektedir⁵. Mekanik basıya uğrayan kemiğin kırılmasıyla yakınında bulunan eklemde de şekil değışikliği olur; ayrıca sinir ya da yumuşak dokular kompresyona uğrar ve bu nedenle hem kırığa bağlı periost reaksiyonu, vertebrada meydana gelen çökmeden ve dolaşısıyla yükseklik kaybından dolayı mekanik irritasyon; hem de kırıktan bağımsız yumuşak dokuların zedelenmesi sonucu ağrı ortaya çıkar. Kimyasal mekanizmada ise kemikte çökme sonucu komşu yumuşak dokularda ve özellikle sinir liflerinde zedelenme ile aynen tümör, enfeksiyon veya enflamasyonda görüldüğü gibi lokal olarak o bölgede histamin, serotonin, kininler gibi bazı endojen aljezik maddeler serbestleşir. Tüm bu uyarılar, nosiseptörleri direkt olarak etkiler ve ağrı ortaya çıkar⁶.

Osteoporozun erken dönemlerinde vertebra korpuslarında görülen bikonkav durum ağrısızdır. Kemik kırılabilirliğindeki artış, bir süre sonra kemikte mikrofraktürlerin ortaya çıkmasına sebep olur. Bu dönemde kemikte iskemiye bağı ağrı başlar. Yine postür değışiklikleri sonucu çevre yumuşak dokular, adale ve bağlarda zedelenmeler görülebilir. Sinir kökü sıkışmaları, kırığa sekonder gelişen bir diğeri ağrılı tablodur⁵. İleri dönemlerde görülen vertebral kamaşma, çökme kırıkları ile ekstremitte kırıkları akut şiddetli ağrının yanı sıra spinal deformite, boyda bazen 10cm.yi geçen kısalmalar, ciddi fonksiyon kaybı gibi kalıcı sorunlara sebep olurlar. Yeterli önlem alınmadığında OP'nin üzerine osteomalazinin eklenmesiyle osteoporoz/malaziye bağı kemikte iskemik ağrılar da ileri yaşlarda beklenen bir durum-

dur. Özellikle ülkemizde D vitamini eksikliğinin dikkat çekici boyutta olduğu bilinmektedir. Bu nedenle D vitamini eksikliği/yetmezliği durumunda ortaya çıkan denge bozuklukları, yaygın kemik ağrıları, halsizlik gibi semptomların varlığı araştırılmalı ve gerekirse laboratuvar tetkik istenmelidir.

Ağrının değerlendirilmesi

Ağrı çok subjektif bir bulgu olduğu için klinik değerlendirmesi de oldukça zordur. Özellikle OP gibi durumlarda ağrının lokalizasyonu, niteliksel özellikleri, şiddeti ile ağrının gün içerisinde gösterdiği zamansal değişiklikler gibi ağrıyı belirleyen birçok komponentten söz etmek gerekir⁷. Ağrının özelliklerini anlatan kelimeler genellikle etnik, kültürel farklılıklardan dolayı değişik listeler oluşturulmasına neden olmuştur. Tüm ağrı komponentlerini irdeleyen listeler içerisinde en geniş kapsamlı olanı Melzack'ın 1975'de hazırladığı "Mc Gill Ağrı Skoru Formu" dur⁸. Bunun dışında sık kullanılan skalalar; vertikal ve horizontal görsel (visual) ağrı skalası, verbal rating skalası ve yüz (face) skalası'dır⁹. Osteoporozda ağrının değerlendirilmesi genellikle kırık esnasında akut ağrıya yönelik olup yaşam boyu devam eden kronik ağrının sorgulanması ihmal edilebilmektedir. Ancak yaşam kalitesinin bozulduğu gerçeği karşısında OP'nin başladığı andan itibaren diğer klinik ve laboratuvar araştırmaların yanı sıra ağrının niteliğinde değişiklikler olsa bile kronisitesi hakkında kuşku yoktur ve bunu sorgulamak için kırık olması beklenmemelidir.

Osteoporoz'da ağrıya yönelik tedavi yaklaşımı

Osteoporozda kemik kaybını önlemek ve kemik kütlelerini korumak için verilen tedavilerin uzun dö-

nemde sonuç vereceği bilinen bir gerçektir. Oysa ki vertebral kırığı olan ağrılı hastaların acil semptomatik tedaviye ihtiyaçları vardır. Bu nedenle farklı tedavi yaklaşımı şarttır. Akut ağrısı olan hastalarda ise tedavi planı yapılırken öncelik, ağrının giderilmesi ve hareket kısıtlılığının engellenmesidir. Burada en önemli sorun şiddetli ağrıdan dolayı hastanın immobilizasyonu tercih etmesi, bunun da kemik kaybını artırmasıdır⁵. Bu nedenle gerek ilaçlar, gerekse fizik tedavi ajanları gibi elimizdeki her türlü methodla ağrıyı azaltmaya çalışmak ve en kısa sürede hastaları günlük yaşam aktivitelerine döndürmek şarttır. Akut kırıklı hastada basit analjeziklerden başlayarak morfin kullanımına kadar gitmek gerekebilir; ayrıca analjezik amaçlı fizik tedavi ajanlarının uygulanması, kifoplasti (balon rehberliğinde vertebra korpusuna çimento enjeksiyonu), vertebroplasti (balonsuz uygulama) gibi cerrahi girişimler düşünülebilir. Akut ağrılı dönem geçtikten sonra fonksiyonelliğin artırılması, kemik kütlelerinin korunması ve yeni kırıkların oluşmasının önlenmesi hedeflenmelidir. Bunun için kemik kalitesine de etkili olan uygun ilaç tedavi protokollerinin yanı sıra hafif egzersizlere başlanır, hastanın kaçınması gereken işler anlatılır ve yürüyüş, dans gibi fiziksel aktiviteleri yapması istenir¹⁰. Uzun dönemde yaşam stilinde kalıcı değişikliklerin yapılması, beslenme ve güneş ışığından yararlanma gibi konularda hastanın bilgilendirilmesi, bazı alışkanlıkların bırakılması (sigara içme, aşırı kahve ve kolalı içecek tüketimi gibi), kalıcı egzersiz programlarının düzenlenmesi söz konusudur. Burada en tedavi başarısını azaltabilecek en önemli noktalardan biri, kırığı olan hastanın tedaviye uyumu- dur; çünkü genellikle kemik iyileşmesi yavaştır ve

hastalar ağrılarının ve mobilitede azalmanın kalıcı olduğu konusunda kaygılıdır¹¹. Bu nedenle uygun semptomatik tedavi ile öncelikle ağrının azaltılması, daha sonra mobilite ve fleksibilitenin artırılması, ileri dönemde de günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın yeniden kazandırılması şeklinde planlanan tedaviyle iyileşmenin mümkün olduğu ve hastalığın kontrol altına alınabileceği yönünde hasta ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmeli ve tedaviye inanması sağlanmalıdır. Elbette klinik özellikler ve fiziksel kaybın derecesi kişisel farklılıklar gösterecektir. Önemli olan hastalığa doğru yaklaşmak ve her hastaya göre öncelikleri iyi belirlemek gerektiğidir. Örneğin, vertebral kırığı olup ağrı hissetmeyen asemptomatik hasta ile birkaç kez kırık geçirmiş, 4-5 cm. lik boy kaybı olmuş hastaya tedavi yaklaşımı aynı değildir. Kemik kütlelerini sürdürme, kırıktan etkilenen bölgenin fonksiyonunu düzeltme, ağrıyı ve yeni kırıkları önlemeyi amaçlayan bir plana göre ele alınmalıdır.

Osteoporoz'da yaşam kalitesi üzerine etkili olan faktörler ve yaşam kalitesi indeksleri

Osteoporoz tedavisini düzenlerken kemik kütlelerini korumak, artırmak ve yeni kırık insidansını azaltmak esastır. Bununla birlikte, her yeni kırıkta kırık sayısı ile ağrı, hareketlerde kısıtlanma ve emosyonel durumun ve günlük yaşam aktivitelerinin bozulması arasında iyi bir korelasyon yoktur ve klinik olarak OP'nin derecelendirmesi yapılmamıştır¹². Osteoporozlu hastalarda ciddi fiziksel semptomların yanı sıra yemek hazırlama, bahçe işleri yapma, merdiven inip çıkma, arkadaşlarını ziyaret etme ve sosyal aktivitelere katılma gibi durumlarda zorlukla karşılaştıkları da

bilinen bir gerçektir¹³. Ek olarak, ağrı ve mobilitenin azalması ruhsal durumlarını etkileyebilir ve depresyona kadar götürebilir. Bu nedenle OP'li hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla Avrupa OP Vakfı vertebral OP'si ve spinal deformitesi olan hastalar için bir sorgulama formu geliştirmiştir¹⁴. Bu formda 48 soru ve 6 görsel analog skala vardır. Sorular; ağrı, günlük yaşam aktiviteleri, evin yakınında yapılan işler, hareketlilik, boş vakitleri değerlendirme, sosyal aktivitelere katılım, genel sağlık durumu ve ruhsal durum başlıkları altında toplanmaktadır. Kızsaca "Qualeffo" da denilen bu sorgu formu giderek daha yaygın kullanılmaktadır. Bu arada OP'li hastalar ile kronik bel ağrılı hastalar arasında spinal deformasyon ve yaşam kalitesi komponentleri yönünden karşılaştırma yapan çalışmalar mevcuttur¹³. Buna göre spinal deformite kriterleri olarak boyda kısalma, oksiput-duvar mesafesi ve iliak krest-kosta mesafesi; yaşam kalitesi kriterleri olarak sırt ağrısı, günlük yaşam aktiviteleri ve ruhsal durum esas alınmıştır. Ağrı şiddeti ve niteliğine bakmaksızın sırt ağrısının iki grubun en önemli ortak yakınması olduğu, her iki grupta da 1/3 hastanın kendini iyi hissetmediği ve ruhsal durumlarında bozulma olduğu dikkati çekmekte; ancak yaştan bağımsız bir şekilde, OP'si olan hastalarda yetersizlik ve fonksiyonel kayıpla ilgili skorların istatistiksel yönden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Yaşam kalitesi parametrelerinin radyolojik olarak tespit edilmiş vertebral deformite ile orantılı olarak artmadığı, ancak birden fazla kırığı olan hastaların tek kırığı olanlara göre fonksiyonel kayıplarının daha fazla ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Buna göre klinik değerlendirme, yaşam kalitesi ve radyolojik ölçümler arasındaki ilişkinin beklenildiği kadar

birbiriyle orantılı olarak değişmediği söylenebilir.

Osteoporozlu hastalarda kullanılan yaşam kalitesi indeksleri arasında Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile), Kısa Ağrı Sorgulaması (Brief Pain Inventory) gibi skalalar da yer almaktadır^{15,16}. Vertebral kırıklardan dolayı ortaya çıkan fiziksel, emosyonel ve sosyal kayıpları göstermek üzere geliştirilmiş 100 sorudan oluşan oldukça uzun yaşam kalitesi indeksleri de literatürde görülmektedir¹⁷. Ayrıca Osteoporoz Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu tarafından değişik bir OP yaşam kalitesi sorgulama formu daha geliştirilmiş olup bu formda da 30 soru 5 ana grupta toplanmıştır¹⁶. Bunlar; semptomlar, fiziksel fonksiyonlar, günlük yaşam aktiviteleri, emosyonel durum ve boş vakitleri değerlendirme şeklinde sınıflanmıştır.

Son söz

Vertebral kırığı olan kişilerin kırığı olmayanlara

göre daha fazla ağrısı ve hareket kısıtlılığı olduğu kesindir¹⁸. Ancak akut belirtiler çok değişken olup bazı hastalar birkaç hafta ya da ay devam eden dayanılmaz ağrı ifade ederken radyolojik olarak kırık görülen tüm hastaların yarısı ise hiçbir belirti vermez. Bununla birlikte, kırık sayısı ve spinal deformitenin şiddeti arttıkça ağrı ve fonksiyonel kayıp riski de giderek artar ve her eklenen kırıkla birlikte bu risk birkaç katına ulaşır. Yine, akut belirtilere benzer bir şekilde, kronik semptomlar da çok değişkendir ve uzun süre devam edebilir. Bu değişkenliğin sebepleri bilinmemektedir. Çünkü buna bağlı olarak hastanın ruhsal durumunda ve yaşam kalitesindeki bozulma da görülmektedir. Tüm bu verilerden yola çıkarak, OP tedavisinin başarısını gösterecek kriterler arasına klinik değerlendirme, kemik yoğunluğu ölçümleri ve laboratuvar araştırmalara akut/kronik ağrı varlığı ve yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin de eklenmesi uygun olacaktır.

Kaynaklar

1. Chandler JM, Martin AR, Girman C et al: Reliability of an osteoporosis-targeted quality of life survey instrument for use in the community:OPTQoL. *Osteoporos Int*, 1998;8:127-135.
2. Dequeker J, Raspe HH, Sambrook P. Osteoporosis. In: "Rheumatology". (eds) Klippel JH, Dieppe PA. St Louis, Mosby. 1994;1-10.
3. Goldt DT. The clinical impact of vertebral fractures: quality of life in women with osteoporosis. *Bone* 1996 Mar;18 Suppl 3:185-189.
4. Roberto KA. Chronic pain in the lives of older women. *J Am Med Womens Assoc* 1997 Sum;52(3):127-31.
5. Akyüz G. Osteoporozda ağrı. *Aktüel Tıp Dergisi* 1997 Ekim;2(8):470-473.
6. Bleicher Ma. Bone pain. Basle, Sandoz Pharma Ltd 1995;9-13.
7. Aydın I. Ağrının Değerlendirilmesi. "Ağrı" içinde (ed) Hüsrev Hatemi. İstanbul, Abdi İbrahim AŞ. 1997;29-36.
8. Melzack R. The Mc Gill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:275-279.
9. Chapman CR, Syrjala KL. Measurement of pain. In: "The management of pain" (ed) Bonica JJ, Philadelphia and London, Lea and Febiger. 1990;580-594.
10. Dequeker J. Management of osteoporosis. In: "Rheumatology". (eds) Klippel JH, Dieppe PA. St Louis, Mosby. 1994;1-6.
11. Tamayo Orozco J, Arzac Palumbo P, Peon Vidales H, Mota Bolfeta R, Fuentes F. Vertebral fractures associated with osteoporosis: patient management. *Am J Med*, Aug 1997;103:2A, 44S-48S; discussion 48S-50S.
12. Lips P, Agnusdei D, Caulin F et al. The development of a European questionnaire for quality of life in patients with vertebral osteoporosis. *J Rheumatol* 1996;Suppl,103:84-85;discussion 86-88.
13. Leidig Bruckner G, Minne HW, Schlaich C et al. Clinical grading of spinal osteoporosis: quality of life components and spinal deformity with chronic low back pain and women with vertebral osteoporosis. *J Bone Min Res* 1997 Apr;12(4):663-675.
14. Lips P, Cooper C, Agnusdei D et al. Quality of life as outcome in the treatment of osteoporosis: the development of a questionnaire for quality of life by the European Foundation for Osteoporosis. *Osteoporos Int* 1997;7(1):36-38.
15. Sindel D, Dilşen G, Kubat A. Postmenopozal osteoporozda yaşam kalitesi sonuçları. *Romatol Tıp Rehab* 1995;6(3):144-148.
16. Osteoporosis Quality of Life Study Group: Measuring quality of life in women with osteoporosis. *Osteoporosis Int* 1997;7:478-487
17. Cook DJ, Guyatt GH, Adachi JD et al. Quality of life issues in women with vertebral fractures due to osteoporosis. *Arthritis and Rheumatism* 1993June, 36(6):750-756.
18. Ross PD: Clinical consequences of vertebral fractures. *M J Med* 1997 Aug;103:2A,30S-42S;discussion 42S-43S.