

Aksiyel Spondiloartrit ve Mekanik Bel Ağrısı Olan Hastalarda Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Comparison of Clinical Features Between the Patients Axial Spondyloarthritis and Mechanical Low Back Pain

Ebru Umay¹, Eda Gürçay¹, Özgür Karaahmet¹, Sevgi Polat¹, Serkan Umay², Aytül Çakıcı¹

¹S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda kronik bel ağrısı olup Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) sınıflama kriterlerine uygun olarak aksiyel SpA tanısı alan hastalar ile mekanik bel ağrısı olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin yanı sıra klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışmaya >3 ay bel ağrısı bulunan, 18-45 yaş arası olan, aksiyel SpA tanısı alan 37 ve mekanik bel ağrısı olan 34 hasta olmak üzere toplam 71 hasta alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri not edildi. Sakroiliak eklemin değerlendirilmesinde hassasiyet, kompresyon, provakasyon ve disfonksiyon testleri, spinal mobilitenin değerlendirilmesinde Bath AS Metroloji indeksi (BASMI), hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde Bath AS Hastalık Aktivite indeksi (BASDAI) ve fonksiyonel durumun değerlendirilmesinde Bath AS Fonksiyonel indeksi (BASFI) kullanıldı.

Bulgular: SpA'lı hastalarda mekanik bel ağrısı olan hastalara göre gece ağrısı düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek ve sabah tutukluğu süresinin daha uzun, sakroiliak eklem değerlendirmesinde hassasiyet ve provakasyon testlerindeki pozitifliğin daha fazla ve BASFI değerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Sonuçlar: SpA'da gece ağrısı düzeyi ve sabah tutukluğu süresi dikkatle sorgulanmalı, sakroiliak eklem provakasyon testleri inflamatuvar ve mekanik kökenli bel ağrılarının ayırıcı tanısında yer almalıdır. Aksiyel SpA'lılarda kronik bel ağrısı sonucunda gelişebilecek fonksiyonel yetersizliği önlemek için fonksiyonellik yakın takip edilmeli ve etkin şekilde tedavi edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Aksiyel spondiloartrit, mekanik bel ağrısı, klinik özellik, sakroiliak eklem testleri, fonksiyonellik

ABSTRACT

Objective: The aims of our study were to compare the demographic and clinical characteristics, as well as the clinical rating scales of patients with chronic low back pain, who were diagnosed as axial spondyloarthritis (SpA) in accordance with the Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) classification criteria and patients with mechanical low back pain.

Methods: A total of 71 patients, with a diagnosis of axial SpA in 37 and mechanical low back pain in 34, aged between 18-45 years, who had pain continuing for ≥ 3 months, were included in this cross-sectional study. Demographic and clinical characteristics of the patients were noted. Sacroiliac joints were assessed according to tenderness, compression, provocation, and dysfunction tests, spinal mobility, disease activity and functional status were assessed according to Bath Ankylosing Spondylitis Index (BASMI), Bath AS Disease Activity Index (BASDAI) and Bath AS Functional Index (BASFI) respectively.

Results: Night pain level was significantly higher, duration of morning stiffness was longer, the sacroiliac joint tenderness and provocation tests were more positive, and BASFI scores were higher in SpA patients than patients with mechanical low back pain.

Yazışma Adresi
Corresponding Author

Ebru Umay

S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği,
Ankara, Türkiye

E-posta: ebruumay@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 25.07.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 15.11.2013

Conclusion: We recommend careful questioning for the level of night pain and the duration of morning stiffness in SpA. Evaluation of sacroiliac joint provocation tests would be useful in the differential diagnosis of low backpain with inflammatory or mechanical origin. In patients with axial SpA, functional impairment may develop as a result of chronic low back pain so functional status should be monitored closely and treated effectively.

Keywords: Axial spondyloarthritis, low back pain, clinical feature, sacroiliac joint tests, functionality

Giriş

Bel ağrısı toplumda ağrı nedeni olarak baş ağrısından sonra ikinci sıklıkta yer almaktadır. Özellikle 45 yaş altı bireylerde aktivitenin kısıtlanmasının en sık nedenidir. Yaklaşık %85 oranında olan mekanik kaynaklı bel ağrıların %10'u kronikleşebilir (1,2). Kronik bel ağrılı hastaların sadece %0.3-5'inde aksiyel spondiloartrit (SpA) saptandığı bildirilmiştir (3,4).

Aksiyel SpA terimi, ankilozan spondilit (AS) ve aksiyel tutulumlu farklılaşmamış SpA'leri içermektedir. En önemli semptomu olan kronik ve inflamatuvar karakterdeki bel ağrısı sıklıkla sakroileitin radyolojik bulgularının ortaya çıkmasından yıllar önce başladığından tanıda 8-11 yıl kadar gecikme olabilmekte ve hastalar uzun süre tedavisiz kalabilmektedir (5,6). SpA'lı hastalarda özellikle ilk yılların tedavinin etkinliği ve deformitelerin gelişiminin önlenmesi bakımından fırsat penceresini oluşturması, erken tanının önemini ortaya koymaktadır (6,7). Bu hastalarda SpA'lar hakkında farkındalığı arttırmak ve erken tanıyı kolaylaştırmak için günümüze kadar pek çok sınıflandırma kriteri geliştirilmiştir (5). Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) tarafından 2009'da önerilen kriterler kabul gören son kriterler olarak yerini almış ve erken tanıda kronik bel ağrısının etkisi de belirtilmiştir (8).

Çalışmamızda kronik bel ağrısı olup ASAS sınıflama kriterlerine uygun olarak aksiyel SpA tanısı alan hastalar ile mekanik bel ağrısı olan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin yanı sıra klinik değerlendirme ölççeklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu kesitsel çalışmaya hastanemiz Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine 2012-2013 tarihleri arasında >3 ay bel ağrısı bulunan, 18-45 yaş arası olan, ASAS sınıflama kriterlerine göre aksiyel SpA tanısı alan 37 ve mekanik bel ağrısı olan 34 hasta olmak üzere toplam 71 hasta alındı. Bel ağrısı kaynağı olabilecek enfeksiyöz, tümöral, endokrin ve metabolik nedenler, fraktürler, abdominal veya pelvik organlardan yansıyan ağrılar dışlandı. Spinal cerrahi geçirmiş olan, kalça patolojisi ve skolyozu olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Çalışma Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yapıldı. Hastalar çalışmanın amacı ve içeriği konusunda bilgilendirildi ve sözlü onayları alındı.

Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim süresi; ilköğül/ortaokul/lise/üniversite, medeni durum; evli/bekar, meslek; ağır işte çalışan/hafif işte çalışan/çalışmayan, sigara kullanımı; var/yok) kaydedildi. Mesleki durum; >8 saat/gün ve çalışma saatinin >%50 aktif harekette bulunanlar "ağır işte çalışanlar", <8 saat/gün ve çalışma saatinin <%50 aktif harekette bulunanlar "hafif işte çalışanlar" olarak tanımlandı. Hastaların klinik özellikleri aksiyel SpA tanı süresi (ay), bel ağrısı süresi (ay), sabah tutukluğu süresi (dakika), genel ağrı ve gece ağrısı düzeyleri [Görsel Analog Skalası (VAS; 0-10 cm)] sorgulandı. Laboratuvar değerlendirme parametrelerinden C reaktif protein (CRP) (mg/L) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) (mm/s) düzeyleri kaydedildi.

Sakroiliak eklem değerlendirilmesinde hassasiyet, kompresyon, provakasyon ve disfonksiyon testleri kullanıldı. Sakroiliak eklem hassasiyeti (9); hasta ayakta iken sakroiliak eklem üzerine basmakla; lateral kompresyon testi (9); hasta yan yatar pozisyonda iken iliak krest üzerine basmakla, dorsolateral kompresyon testi (9); hasta supinde, dizler 15° fleksiyonda iken spina iliaca anterior superior üzerine basmakla, femoral kompresyon testi (9); hasta supine pozisyonunda, kalça ve diz 90° fleksiyonda iken diz üzerine basmakla değerlendirildi. Sakroiliak eklem provakasyonu Mennel (10) ve Gaenslen (10) testleri ile değerlendirildi. Mennel testinde, yan yatan hasta altta kalan bacağını kalça ve dizden fleksiyona getirir, iki eli ile dizden pelvisi stabilize eder, hekim hastanın arkasında kendi dizini hastanın kalçasına koyar, üstteki bacak hiperekstansiyona getirilir, kalçada ağrı olursa test pozitifdir. Gaenslen testinde, sırtüstü yatan hastanın muayene edilecek taraftaki bacağı masadan aşağı sarkıtılır, diğer kalça ve diz fleksiyonda stabilize edilir, masadan sarkıtılmış bacak aşağı itilir ve kalçada ağrı olursa test pozitifdir. Sakroiliak eklem disfonksiyonu değerlendirmesinde kullanılan Stork (11) testinde hasta ayakta iken, uygulayıcı tarafından bir el başparmağı posterior superior spina iliaca, diğer el başparmağı aynı seviyedeki spinöz çıkıntı üzerine koyulur, hastadan o taraf dizini fleksiyona getirmesi istenir. Sakroiliak eklem hareket etmemesi ya da yukarı hareket etmesi durumunda test pozitif olarak kabul edilir. Bilateral hiç pozitif test yoksa 1, ≤2 pozitif test varsa 2, 3 pozitif test/bir testte ciddi ağrı varsa 3 ve >3 pozitif test varsa 4 puan olarak not edildi.

Spinal mobilitiyi değerlendirmek için Bath AS Metroloji indeksi (BASMI) (12); servikal rotasyon, tragus duvar mesafesi, modifiye schober testi, lomber lateral fleksiyon ve intermalleolar mesafe parametreleriyle değerlendirildi. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için Bath AS Hastalık Aktivite indeksi (BASDAI) (13,14), fonksiyonel durumu değerlendirmek için Bath AS Fonksiyonel indeksi (BASFI) (15,16) kullanıldı.

ASAS sınıflama kriterlerine göre, görüntülemeye sakroileit ve ≥ 1 SpA bulgusu olan veya HLA B27 pozitifliği ve ≥ 2 SpA bulgusu olan hastalar SpA tanısıyla grup 1, kırmızı bayrak işaretleri (kauda ekina sendromu, enfeksiyon, malignite, kırık veya enflamatuvar hastalık) olmayan ve mekanik karakterde bel ağrısı olan hastalar grup 2 olarak değerlendirildi.

Verilerin analizi SPSS for Windows 11.5 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, nominal değişkenler olgu sayısı ve (%) olarak gösterildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro Wilks testi ile incelendi. Sürekli değişkenler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile, nominal değişkenler Pearson ki-kare testi ile araştırıldı. $p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 71 hastanın yaş ortalaması 27.15 ± 3.96 yıl, 56'sı (%78.9) erkek, 15'i (%21.1) kadın idi.

Gruplara göre hastaların demografik verilerinin dağılımı Tablo 1'de sunuldu. Gruplar, sigara kullanımı hariç demografik özellikler bakımından birbirine benzerdi.

Tüm hastaların bel ağrısı süresi 23.01 ± 11.30 ay, sabah tutukluğu süresi 41.19 ± 37.85 dakika, genel ağrı düzeyi 6.88 ± 2.41 ve gece ağrısı düzeyi 5.64 ± 2.81 idi. Aksiyel SpA'lı hastalarda tanı süresi $11.0 (16.64 \pm 9.91)$ ay olarak saptandı.

Klinik özelliklerin gruplar arası karşılaştırması Tablo 2'de, sakroiliak eklem değerlendirme testleri ve klinik değerlendirme ölçeklerinin gruplar arası karşılaştırması Tablo 3'de sunuldu.

İki grup arasında SpA tanısı olanlarda sabah tutukluğu süresi anlamlı olarak daha uzun, şikayet süresi daha kısa, CRP ve ESH düzeyleri daha yüksek bulundu ($p < 0.05$). Genel ağrı düzeyi SpA'lı olmayan grupta, gece ağrısı ise SpA'lı grupta anlamlı yüksek olarak saptandı ($p < 0.05$).

Uygulanan testlerden sakroiliak eklem hassasiyeti, Mennel ve Gaenslen testleri SpA'lı grupta daha fazla pozitif bulundu. Total test skoru da SpA'lı grupta anlamlı yüksekti ($p < 0.05$).

Hasta grubunun değerlendirme ölçeklerinin ortalama skorları BASMI için: 1.02, BASFI için: 4.53, BASDAI için ise 5.12 olarak bulundu. Hastalık değerlendirme ölçeklerinden sadece fonksiyonel yetersizliği değerlendiren BASFI skorlarında SpA'lı grupta anlamlı yüksek skor saptandı ($p < 0.05$).

Tablo 1. Gruplara göre hastaların demografik verileri.

Demografik veriler	Grup 1 (n=37)	Grup 2 (n=34)	p
Yaş (yıl) ort \pm SS	25.81 \pm 3.70	28.79 \pm 4.11	0.059
Cinsiyet (n,%)			
Kadın	8 (21.6)	7 (20.6)	0.942
Erkek	29 (78.4)	27 (79.4)	
Eğitim durumu (n,%)			
İlkokul	18 (48.7)	12 (35.3)	0.486
Ortaokul	8 (21.6)	9 (26.5)	
Lise	6 (16.2)	8 (23.5)	
Üniversite	5 (13.5)	5 (14.7)	
Medeni durum (n,%)			
Evli	29 (78.4)	25 (73.5)	0.532
Bekar	8 (21.6)	9 (26.5)	
Meslek (n,%)			
Ağır işte çalışanlar	21 (56.8)	18 (52.9)	0.061
Hafif işte çalışanlar	9 (24.3)	6 (17.6)	
Çalışmayanlar	7 (18.9)	10 (29.4)	
Sigara kullananlar (n,%)	20 (54.1)	6 (17.6)	0.001

ort \pm SS: Ortalama değer \pm standart sapma

Tablo 2. Klinik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırması.

Klinik özellikler	Grup 1 (n=37) ort±SS	Grup 2 (n=34) ort±SS	p
Bel ağrısı süresi (ay)	17.62±12.94	28.88±19.61	0.006
Sabah tutukluğu (dakika)	50.40±47.14	31.17±20.41	0.028
CRP düzeyi (mg/L)	12.66±8.91	3.38±0.68	0.001
ESH düzeyi (mm/s)	41.22±8.53	11.62±4.20	0.001
Genel ağrı düzeyi VAS	6.32±2.54	7.50±2.12	0.038
Gece ağrısı düzeyi VAS	6.94±2.69	4.45±2.38	0.001

ort±SS: Ortalama ± standart sapma, VAS: Görsel analog skalası, CRP: C reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı

Tablo 3. Sakroiliak eklem değerlendirme testleri ve klinik değerlendirme ölçeklerinin gruplar arası karşılaştırması.

SIE değerlendirme testleri	Grup 1 (n=37) ort±SS, n(%)	Grup 2 (n=34) ort±SS, n(%)	p
<i>Eklem hassasiyet testi</i>			
Sağ	24 (64.9)	12 (35.3)	0.012
Sol	28 (75.7)	16 (47.1)	0.003
<i>Lateral kompresyon testi</i>			
Sağ	15 (40.5)	7 (20.6)	0.056
Sol	17 (45.9)	11 (32.4)	0.247
<i>Dorsolateral kompresyon testi</i>			
Sağ	6 (16.2)	3 (8.8)	0.052
Sol	13 (35.1)	7 (20.6)	0.175
<i>Femoral kompresyon testi</i>			
Sağ	7 (18.9)	3 (8.8)	0.052
Sol	12 (32.4)	7 (20.6)	0.264
<i>Mennel testi</i>			
Sağ	16 (43.2)	3 (8.8)	0.001
Sol	20 (54.1)	7 (20.6)	0.023
<i>Gaenslen testi</i>			
Sağ	10 (27.0)	3 (8.8)	0.005
Sol	16 (43.2)	7 (20.6)	0.031
<i>Stork testi</i>			
Sağ	10 (27.0)	5 (14.7)	0.205
Sol	10 (27.0)	4 (11.8)	0.104
Total skor (1-4)	3.76±0.23	2.70±1.20	0.013
BASMI	1.02±0.74	0.88±0.80	0.438
BASFI	4.53±2.28	3.16±2.11	0.005
BASDAI	5.12±2.15	4.92±1.47	0.064

ort±SS: Ortalama ± standart sapma, SIE: Sakroiliak eklem, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji indeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel indeksi, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite indeksi

Tartışma

Bu çalışmada; kronik bel ağrısı olan, ASAS sınıflama kriterlerine uygun olarak aksiyel SpA tanısı alan hastalar ile mekanik bel ağrısı olan hastalar arasında demografik ve klinik özelliklerinin yanı sıra klinik değerlendirme ölçekleri yönünden farklılık olup olmadığının araştırılması amaçlandı. Çalışma sonucunda; SpA'lı hastalarda

mekanik bel ağrısı olan hastalara göre gece ağrısı düzeyinin daha yüksek ve sabah tutukluğu süresinin daha uzun, sakroiliak eklem değerlendirmesinde germe ve provokasyon testlerindeki pozitifliğin ve fonksiyonel yetersizlik düzeyinin daha fazla olduğu belirlendi.

Yapılan çalışmalarda erken inflamatuvar bel ağrısı ve olası aksiyel SpA'sı olan hastalarda sigara içimi ile

paralel bir ilişki bildirilmiş, sigara içenlerde bel ağrısı başlangıç yaşının daha genç, hastalık aktivitesi ve inflamasyon belirteçlerinin daha yüksek, sakroiliak eklem inflamasyonunun daha fazla olduğu rapor edilmiştir (17,18). Çalışmamızda aksiyel SpA'lı hasta grubunda sigara içiminin anlamlı oranda daha fazla olması bu sonuçları destekler özelliktedir.

Çalışmamızın bir diğer sonucu da şikayet süresinin SpA grubunda mekanik bel ağrılı hastalara oranla anlamlı kısa olmasıdır. Literatürde inflamasyonun yoğunluğu ile şikayet süresinin ters orantılı olduğu bildirilmiştir (17,18). Bizim hasta grubumuzda da, inflamasyonu değerlendirdiğimiz CRP ve ESH değerleri mekanik bel ağrılı hastalara göre anlamlı yüksek bulunmuştur ve bu sonuç literatür ile uyumludur.

Sabah tutukluğu; ASAS sınıflama kriterlerinin inflamatuvar bel ağrısı tanımlamasında bulunmazken; erken ve kısa süreli SpA'ları belirlemede daha duyarlı olduğu bildirilen Amor kriterleri hem gece ağrısı, hem de sabah tutukluğunu içermektedir (19,20). Geçtiğimiz yıllarda Dougados ve ark.(21) tarafından yapılan bir çalışmada da, 3 ay ile 3 yıl arasında şikayeti olan 708 hasta 10 yıl takip edilmiş ve SpA tanısında sınıflandırma kriterlerinden en fazla Amor kriterlerinin etkin olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da aksiyel SpA'lı hastalarda mekanik bel ağrılı hastalara oranla sabah tutukluğu süresinin daha uzun, gece ağrısının daha fazla olduğu kaydedilmesiyle bu bulguların birlikte değerlendirilmesinin tanı açısından daha duyarlı olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda mekanik bel ağrılı hastalarda bel ağrısı süresinin daha uzun ve genel ağrı düzeyinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Literatürde akut ağrının sıklıkla inflamasyonla, kronik ağrının ise %90 oranında çalışma koşulları ve psikolojik faktörlerle ilişkili olduğu bildirilmiştir (22). Mekanik bel ağrılarının etiolojisinde kötü postür, ağır yük kaldırma, özellikle rotasyonel ve tekrarlayıcı aktivitelerin, stres ve depresyon gibi psikolojik faktörlerin etkili olduğu gösterilmiştir (22,23). Bu nedenle çalışmamızın bir eksiği olarak not ettiğimiz duygu durumu değerlendirmesinin, bel ağrılı hastalarda ele alınması gereken önemli bir parametre olduğuna işaret etmek isteriz.

Literatürde farklı sonuçlar olmakla birlikte, SpA'lı hastaların tanısında 3 ile 5 germe ve provokasyon testlerinin birlikte kullanımının önemli olabileceği bildirilmiş, fakat tek bir testin etkinliği konusunda görüş birliği oluşmamıştır (24-28). Özgöçmen ve ark. (24) yaptıkları çalışmada test kombinasyonlarının önemli olduğunu belirtmiş, kullanılan testler içerisinde en fazla Mennel testinin pozitif olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda SpA'lı hastalarda hassasiyet testinin yanı sıra literatürle uyumlu olarak provokasyon testlerinin anlamlı orandaki pozitifliği dikkati çekmiştir. Bu sonucun nedeni; sakroiliak eklem hassasiyet testi ve Gaenslen/Mennel provokasyon testlerinde, eklem üzerine uygulanan direkt basınç, kompresyon testlerine göre daha fazla olduğu için veya kompresyon testleri ile mekanik bel ağrılı hastalardaki olası disk prolapsusu veya faset hipertrofisine bağlı ağrının provake edilmesine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Literatürde, çalışmamızda kullandığımız değerlendirme ölçeklerinden spinal mobilite değerlendirme ölçeği olan BASMI ile radyolojik değerlendirme arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (29). Aksiyel SpA'lı hastalarda erken dönemde sinovit, entezit ve kemik iliği ödemi ile genellikle eklem kısıtlılığı gözlenmediği, hastalığın ileri döneminde ise omurga eklemleri, ligamentler ve entezis bölgelerinde yeni kemik oluşumu ile ankiloz geliştiği bildirilmiştir (30). Çalışmamızda erken dönem aksiyel SpA'lı hastaları değerlendirmemiz nedeni ile, mekanik bel ağrısı olan hastalar ile benzer sonuçlar elde ettiğimizi düşünüyoruz.

Hastalık aktivitesini değerlendiren BASDAI subjektif bir testtir ve içerdiği sorular (yorgunluk, periferik ve spinal ağrı, dokunma ve basıya hassasiyet ve sabah tutukluğu gibi) kronik ağrısı olan pek çok hastalıkta da görülebilmektedir (31,32). Yapılan çalışmalarda da, BASDAI'nin periferik tutulumlu SpA'lıları değerlendirmede daha etkili olduğu bildirilmiştir (33). Bu nedenle iki grup arasında BASDAI skorları akımından farklılık olmadığını düşünüyoruz.

Çalışmamızda hastalık değerlendirme ölçeklerinden sadece fonksiyonel yetersizliği değerlendiren BASFI skorlarında SpA'lı grupta anlamlı yüksek skor bulunmuştur (p<0.05). BASFI; 10 sorudan oluşan günlük aktivite ve günlük yaşam becerilerini içeren bir testtir. BASFI'nin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, BASFI skorları yüksek olan hastalarda çalışmamızdaki sonuçlara paralel olarak ağrı ve sabah tutukluğunun fazla olduğu bildirilmiştir (34). Bu sonuç; SpA'lı hastalarda eşlik eden ağrının ve tutukluğun fonksiyonelliğe daha fazla olumsuz etkiler yapabileceğini düşündürmüştür.

Sonuç olarak; aksiyel SpA zemininde kronik bel ağrısı olan hastalarda sigara kullanımının olumsuz etkisi göz önünde bulundurulmalı ve sigara kullanımının bırakılması önerilmelidir. SpA'da gece ağrısı düzeyi ve sabah tutukluğu süresi dikkatle sorgulanmalı, sakroiliak eklem provokasyon testleri inflamatuvar ve mekanik kökenli bel ağrılarının ayırıcı tanısında yer almalıdır. Aksiyel SpA'lılarda kronik bel ağrısı sonucunda gelişebilecek fonksiyonel yetersizliği önlemek için fonksiyonellik yakın takip edilmeli ve etkin şekilde tedavi edilmelidir.

Kaynaklar

1. Erdine S, Hamzaoğlu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M. Türkiye'de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı Dergisi* 2001;13(2):22-30.
2. Klenerman L, Slade PD, Stanley IM, Pennie B, Reilley JP, Atchison LE. The Prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine* 1995; 20(4):478-84.
3. Borenstein DG. Chronic Low Back Pain. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22(3): 439-56.
4. Underwood MR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. *Br J Rheumatol* 1995;34:1074-7.
5. Onat AM, Kiraz S. Early Ankylosing Spondylitis (Axial Undifferentiated Spondyloarthritis) Türkiye Klinikleri *J Int Med Sci* 2007;3(25):30-8.
6. Braun A, Saracbası E, Grifka J, Schnitker J, Braun J. Identifying patients with axial spondyloarthritis in primary care: how useful are items indicative of inflammatory back pain? *Ann Rheum Dis* 2011;70:1782-87.
7. Bentin J, Van Praet L, Malaise M, François D, Mielants H. Early referral of first line patients suspected of axial spondyloarthritis: the Belgian results of the RADAR study. *Rev Med Liege*. 2012;67(12):649-54.
8. M Rudwaleit, E Feldtkeller and J Sieper. Easy assessment of axial spondyloarthritis (early ankylosing spondylitis) at the bedside. *Ann Rheum Dis* 2006;65:1251-2.
9. van der Wurff P, Meyne W, Hagmeijer RH. Clinical tests of the sacroiliac joint. *Man Ther*. 2000 May;5(2):89-96.
10. Broadhurst NA, Bond MJ. Pain provocation tests for the assessment of sacroiliac joint dysfunction. *J Spinal Disord*. 1998;11(4):341-5.
11. van der Wurff P, Hagmeijer RH, Meyne W. Clinical tests of the sacroiliac joint. A systematic methodological review. Part 1: Reliability. *Man Ther*. 2000;5(1):30-6.
12. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC et al. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol* 1994;21(9):1694-98.
13. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in Ankylosing Spondylitis: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994;2:2286-91.
14. Akkoc Y, Karatepe AG, Akar S, Kirazlı Y, Akkoc. A Turkish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index: reliability and validity. *Rheumatol Int* 2005;25(4):280-4.
15. Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O'Hea J, Mallorie P, Jenkinson T. A new approach to defining functional ability in Ankylosing Spondylitis. The development of The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol* 1994;21:2281-5.
16. Yanik B, Gursel YK, Kutlay S, Ay S, Elhan AH. Adaptation of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index to the Turkish population, its reliability and validity: functional assessment in AS. *Clin Rheumatol* 2005;24:41-7.
17. Chen CH, Chen HA, Lu CL, et al. Association of cigarette smoking with Chinese ankylosing spondylitis patients in Taiwan: a poor disease outcome in systemic inflammation, functional ability, and physical mobility. *Clin Rheumatol*. 2013 Jan 18 [Epub ahead of print].
18. Chung HY, Machado P, van der Heijde D, D'Agostino MA, Dougados M. Smokers in early axial spondyloarthritis have earlier disease onset, more disease activity, inflammation and damage, and poorer function and health-related quality of life: results from the DESIR cohort. *Ann Rheum Dis* 2012;71:809-816.
19. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011;70:25-31.
20. Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Criteria of the classification of spondylarthropathies. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1990;57:85-9.
21. Dougados M, D'Agostino MA, Benessiano J, et al. The DESIR cohort: A 10-year follow-up of early inflammatory back pain in France: Study design and baseline characteristics of the 708 recruited patients. *Joint Bone Spine* 2011;78:598-603.
22. Ay S, Evcik D. Kronik bel ağrılı hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2008;25:228-31.
23. Huyser BA, Parker JC. Pain management in the rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 1999;25:105-34.
24. Ozgocmen S, Bozgeyik Z, Kalcık M, Yildirim A. The value of sacroiliac pain provocation tests in early active sacroiliitis. *Clin Rheumatol* 2008;27:1275-82.
25. Berthelot JM, Labat JJ, Le Goff B, Gouin F, Maugars Y. Provocative sacroiliac joint maneuvers and sacroiliac joint block are unreliable for diagnosing sacroiliac joint pain. *Joint Bone Spine* 2006;73:17-23.
26. Szadek KM, van der Wurff P, van Tulder MW, Zuurmond WW, Perez RS. Diagnostic validity of criteria for sacroiliac joint pain: a systematic review. *J Pain* 2009;10(4):354-68.
27. Stuber KJ. Specificity, sensitivity, and predictive values of clinical tests of the sacroiliac joint: a systematic review of the literature. *J Can Chiropr Assoc* 2007;51:30-41.
28. van der Wurff P, Meyne W, Hagmeijer RHM. Clinical tests of the sacroiliac joint: a systematic methodological review. Part 2: validity. *Manual Ther* 2000;5:89-96.
29. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol* 1994;21(9):1694-8.
30. Walker BF, Williamson OD. Mechanical or inflammatory low back pain. What are the potential signs and symptoms? *Manual Therapy* 2009;14:314-20.
31. Çakırbay H. Undiferansiye spondiloartritler. Özgöçmen S (ed). *Ankilozan Spondilit ve Spondilozopatiler*. Veri Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008, 575-93.
32. İnancı F. Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sendromları Türkiye Klinikleri *J Int Med Sci* 2005;1(10):11-8.
33. Akdeniz O, Alaylı G, Tosun FC, et al. Early spondyloarthropathy: scintigraphic, biological, and clinical findings in MRI-positive patients. *Clin Rheumatol* 2008;27:469-74.
34. Kawar J, Al-Sayegh H. The Relationship Between Clinical Activity And Function In Ankylosing Spondylitis Patients. *Bahrain Med Bull* 2005;27(2):1-6.