

A derékfájdalom diagnosztikája és nem műtéti terápiája

A derékfájdalom (LBP – low back pain) az egyik leggyakoribb panasz – számos hazai és nemzetközi elemzés szerint –, amivel a betegek az egészségügyi ellátást felkeresik mind a háziorvosi praxisban, mind a sürgősségi ellátásban, mind a mozgásszervi rendelőkben. Az egyik leggyakoribb ok, amelylyel az aktív korosztály elveszít munkaórát és kompenzációt kap, ellátásuk jelentős anyagi terhet jelent a gazdaság és népegészségügy számára. Néhány tanulmány szerint a világ felnőtt lakosságának 23%-a szenved krónikus derékfájdalomban. Úgy becsülik, hogy az LBP az összes krónikus fájdalom 37%-áért felelős és az egész élettartam alatt előforduló arány 84%-ra tehető. A LBP az élet majdnem minden aspektusára kihatással van, a napi élethez köthető tevékenységek megváltoznak, a funkciók károsodnak, az életminőség romlik. A betegek általános jóllétére gyakorolt átfogó negatív hatása miatt a LBP problémaköre jelenleg is, és valószínűleg a jövőben is az egészségügy és az ellátó orvosok fókuszában lesz. Nem véletlen, hogy a Nemzetközi Fájdalomkutatási Társaság (IASP) a 2021-es évet a derékfájdalomról szóló globális évnak nyilvánította. A tünettan, az etiológia, a kezelések módszere és időtartama heterogén.

Diagnosztika

A jó diagnózis alappillére a precíz kórelőzmény rögzítése és a fizikális vizsgálat.

A derékfájós páciens anamnézis felvételekor a legfontosabb kérdésünk, hogy milyen a fájdalom jellege, mióta áll fenn? (Akut, szubakut, krónikus, recidiváló, vagyis kevesebb, mint egy hónap, két-három hónap közötti, illetve három hónapnál hosszabb időszak a kezdettől számítva.) Mi a fájdalmat kiváltó, vagy fokozó provokatív tényező?

Ezt követi a rutin mozgásszervi fizikális vizsgálat az alap neurológiai tesztekkel. Figyelembe kell vennünk a kórelőzmény értékelése során azokat a vizszerális (ex-raspinalis) kórképeket is, (kismencedei, -vesebetegségek, aorta aneurysma, gasztrointesztinális kórképek, hasnyálmirigy gyulladás) amelyek mindösszesen 2%-ban okozhatják a derékfájdalmat, és amelyek általában nem függenek össze a mozgással. Ha nincs gyanú az extraspinalis megjelenésre, az ismert alarmírozó „red flags” jellegű spinalis patológiákat kell elsődlegesen kizárnunk.

Szerencsére ritka (0,01%), de komoly oka a derékfájdalomnak a spinalis infekció, – a vertebralis osteomyelitis és a spinalis epiduralis abszcesszus – melyek okozhatnak lázzal járó krónikus LBP-t. A rizikótényezők (diabétesz, TBC, HIV, intravénás droghasználat, immundeficiens állapotok, pyelonephritis) megléte esetén a labor és a röntgen alapvizsgálat, az MR pedig a legbiztosabb képalkotás.

A **tumor** (0,7%) **túlélőknél** mindig van gyanú a csigolya metasztázisra (leggyakoribb kiinduló szervek: a tüdő, gége, prosztata, emlő, vese, pajzsmirigy, vérképző rendszer). A primer, gerincből kiinduló daganatok elsődleges lokalizációja a sacrumban megjelenő chordoma, sarcoma, és a chondrosarcoma.

Az **alapszintű diagnosztikai lépés** az anamnézis, labor-, MR- és az izotópvizsgálat. Az izotóp nagyon szenzitív, de nem specifikus, a multiplicitás kimutatására, vagy tumoros anamnézis esetén a metasztázis keresésére alkalmas. Ha bármilyen fraktúra gyanú (anamnesztikusan baleset, esés, osteoporosis, krónikus szteroid szedés) szerepel a kórelőzményben a képalkotás kötelező.

A CT az instabilitás, spinalis stenosis, az MR pl. osteoporotikus kompresszió esetén a friss vagy régi törés megítélésében nyújt segítséget. Mindhárom alarmírozó körkép (spinalis infekció, tumor, trauma) szakintézeti ellátást igényel. A cauda equina szindróma, a nyereg hyp- vagy anesztézia, széklet-vizelet inkontinencia, progrediáló alsó végtagi gyengeség, sürgős gerincsebészeti ellátást tesz szükségessé.

Ha nincs „red flags” körülményre gyanúnk, de a specifikus gerinc rendellenességhez radiculopathia társul, és két héten belüli intenzív gyöki fájdalom, SRL (straight leg raising – nyújtott lábemelés teszt) 70°, nincs súlyos alsó végtagi neurológiai deficit, a farmakológiai és nem farmakológiai alapkezelést kezdjük (ld. lentebb). A képalkotási vizsgálat az első négy hétben az említett tünetek esetén még nem indokolt. Ha 3-as izomerő alatti az alsó végtagi motoros deficit, SRL 70° alatt van, a keresztezett SRL is pozitív (műtéti indikációs prognosztikai jel), konzultálni kell gerincspecialistával, aki képalkotási opciókat javasolja. A mozgásszervi szakorvos indikálhatja mind az MR-t, mind a CT-t és a csontszcintigráfiát.

Ha négy hét után a tünetek javulnak, az alap konzervatív kezelés folytatódik. Amennyiben az alap konzervatív kezelés ellenére négy hetet meghaladóan is perzisztálnak a tünetek, vagy az alsó végtagi parézis 3-as izomerő alatti, a páciens gerincspecialistához célszerű irányítani, aki mérlegeli a műtéti indikációt. Adekvát

konzervatív terápia mellett is, a tünetek tizenkét héten belüli visszatérése esetén is gerincsebészhez célszerű irányítani a beteget, mert a műtét megfontolandó.

Neurogén spinális klaudikáció

A **neurogén spinális klaudikáció** általában az idősebb korosztály betegsége. A hagyományos röntgen, MR, CT és az érsebészeti konzílium szükségzerű, miután a tünetek és panaszok igen hasonlóak a PAD (Peripheral Artery Disease – perifériás artériás megbetegedés) szimptomáival, s a két kórkép együttes megjelenése sem ritka, idősebb populáció lévén. Az életkor, a neurogén spinális klaudikációs távolság, a sztenózisért felelős érintett szegmentumok száma, és a polimorbiditás mint rizikófaktor dönti el a gerincsebészeti beavatkozás lehetőségét vagy a hosszú távú rehabilitációs gondozást.

Három hónapon túli, általában fiatalabb életkor, (40 év alatt) aktivitásra javuló, éjszakai pihenésre fokozódó derékfájdalom, családi hajlam, anamnézisben szereplő bél-szemgyulladás, prostatitis és psoriasis esetén gondolni kell a spondylarthropathiákra is, mely betegcsoport gondozása szakintézeti ellátást igényel.

Amennyiben a fenti specifikus gerincpatológiák zárhatók, és a páciensnek nem specifikus, vagy valamilyen szerényebb degeneratív patológiához köthető mechanikai eredetű derékfájdalma van, és annak intenzitása közepes, VAS-n 5 alatt van, limitált alap konzervatív kezelést kezdeményezünk, majd 8–10 hét után kontrollra, ismételt állapotfelmérésre visszarendeljük a beteget. Egyenletesen javuló állapotban az aktivitás fokozására, betegoktatással az önkezelési technikák megtanításával, a gerincvédelemmel, a szekunder prevencióra helyezzük a hangsúlyt és biztatjuk a pácienszt a minél előbbi visszatérésre a munkába, napi tevékenységbe. Elnyújtott, vagy hosszú időtartamú gyógyulás indokolja a szakintézeti kivizsgálást, ahol lehetőség van a felépülés potenciális gátjainak a „Yellow flags” (félelem a munkától, depresszió, szorongás, hosszas munkától távolmaradás, munkahelyi problémák, kompenzációs igény stb.) állapotoknak részletes felmérésére.

Krónikus fájdalomszindróma

A **krónikus fájdalomszindrómában**, legyen az akut epizód kronicizálódása, vagy primer krónikus tünet együttes – a fenti diagnosztikus lépéseken túl – a komplex állapotfelmérés fontos eleme a gerinc funkcionális kapacitásának, (a 65 év alatti aktív korosztályban) valamint az általános és foglalkozásköri pszichoszociális faktoroknak a kiértékelése. Adott esetben a kérdéses patológia esetén – elsősorban műtéti tervezésnél – szükség

lehet az intervenciós diagnosztikára, a kisízületi vagy diagnosztikus gyöki blokádra és a diszkográfiás vizsgálatra. A komplex állapotfelmérés része a károsodás, fogyatékosság megítélésére az erre specializálódott intézetben az életminőségi kérdőívek kiértékelése, amelyek régió specifikusak, és az általános állapot fokmérői. A krónikus LBP-s betegcsoport állapotának kiértékelése és gondozása, a kérdéskör komplexitásából adódóan olyan multidiszciplináris diagnosztikus procedúrát igényel, ahol ennek szervezett intézeti háttere biztosított.

Terápia

A LBP farmakológiai és nem farmakológiai terápiás módok követhetetlen gyorsasággal szaporodnak, de a terápiás evidenciaszintjük kérdéses, elsősorban a nem farmakológiai terápiát illetően.

A **legtöbb LBP a nem-specifikus derékfájdalom (NSLBP)** megnevezést kapta, mert az esetek jelentős százalékában a fájdalom pontos patoanatómiai hátterét nem lehet megállapítani, helyes a mechanikai eredetű címkézés is. *A nemzetközi klinikai irányelvek biopszichoszociális megközelítést javasolják e betegcsoport kezelésére.* A választható terápiás lehetőségek széles arzenálja miatt lényegesnek tartjuk a nemzetközileg elfogadott szakmai irányelvek ismeretét, melyek nem mereven követendő standardok, de tájékozódási pontot adnak kezünkbe a helyes terápia választásában. Legalább ilyen fontos a döntéshozatalban a klinikai szakértelem és tapasztalat, valamint a betegek preferenciája. *Ha átnézzük a nemzetközi ajánlásokat (NICE, APTA, ACP, APS, NASSP) az alapkonceptió egyezik, egy-egy irányelvben csak az ajánlások szintjében van különbség, a fő céljuk fájdalomkezelési programok következtetlenségeinek kiküszöbölése.*

Alap farmakológiai kezelés: paracetamol, NSAID (*per os*, infúzióban vagy lokálisan), szisztémás szteroid (*per os*, infúzióban vagy lokálisan), gyenge opiátok.

Alap nem farmakológiai kezelés: 1–2 napos ágynyugalom (akut esetben), manuálterápia, irány specifikus gyakorlatok, neuromobilizáció, stabilizációs tréning.

Farmakológiai kezelés

Az alapellátásban dolgozó kollégák számára az első terápiás eszköz a gyógyszeres fájdalomcsillapítás, azonban a választást mindig individualizálni kell a várt hatás, mellékhatás a páciens speciális körülményei, a társbetegségek, a korábbi gyógyszerekre adott reakcióktól függően és nem utolsó sorban a költségek figyelembevételével.

Az APS/ACP irányelvek, melyek konzisztensek az Európai COST B 13 irányelvvel a paracetamolt és

a NSAID-ot „first-line” (első vonalbeli) medikácóként javasolják mind az akut, mind a krónikus LBP-ben.

A **paracetamol** javaslat elsősorban a biztonsági megfontoláson alapul, gyengébb fájdalomcsillapító, mint a NSAID-ok, viszont nincs rizikó a kardiovaszkuláris történések és gasztrointesztinális mellékhatást illetően. A hepatotoxicitás a legsúlyosabb kockázat, amellyel a maximum, vagy közel maximum dózisznál (4 g/nap) lehet számítani. Kerülendő az adása, akinek tudott hepatológiai problémája van vagy alkoholistá, ilyenkor a legkisebb hatékony dózis adandó.

A NSAID-ok tanácsolhatók az elsővonalas terápiás opcióként az akut, vagy a krónikus LBP-ben. A NSAID-ok hatékonyak az akut fájdalomcsillapításban mind a nem-szelektív, mind a szelektív COX-2 gátlók egyaránt. A gasztrointesztinális és veseérintettséget okozó mellékhatással számolni kell, a kardiovaszkuláris (CV) kockázat is kétszerese a placebocsoporthoz képest, hogy minimalizálni tudjuk a potenciális mellékhatásokat, a NSAID-okból a legkisebb hatékony dózist kell tanácsolni a szükséges legrövidebb ideig. Az Amerikai Gerontológiai Társaság irányelve a krónikus fájdalomban ellenzi a NSAID adását a 75 év felettiéknél a megnövekedett gasztrointesztinális és CV rizikó miatt.

Az **izomrelaxánsok** farmakológiailag nagyon eltérők. Hazánkban a *tizanidine* és *tolperizon* a leggyakrabban alkalmazott készítmények. Az izomrelaxánsok potenciózzák a paracetamol és NSAID fájdalomcsillapító hatását rövidtávon, de nincs elég evidencia, hogy hatékonyak-e a krónikus LBP-ben, viszont a szedatív hatás és CNS negatív eseményei növekedhetnek hosszasan használat esetén.

A **tramadol**, mint szintetikus centrálisan ható fájdalomcsillapító, egy lehetséges opció a mechanikai eredetű LBP-ben. Nem javasolt, mint első vonalbeli választás, kivéve, ha a NSAID adásának kontraindikációja van. A krónikus LBP-nen pedig minimálisan hatékonyabb, mint a placebo.

A **Paracetamol-tramadol** fix kombináció, jó választás szintén a NSAID kontraindikáció esetén, a mérsékeltől – súlyosig terjedő fájdalom tüneti kezelésére. Javasolt a NSAID-ot nem toleráló vagy azon betegek számára is, akiknél kontraindikált a NSAID adása. A paracetamol gyorsan érvényesülő és a tramadol hosszan tartó hatása szinergizmusban enyhítik a fájdalmat. Nem befolyásolja a trombocytagátlók szedését, nem befolyásolja a vese-funkciót. Sz.e. NSAID-dal is kombinálható.

Az **opiát receptoron ható opiátokat** (orális és transzdermális készítmények) az APS/ACP irányelve szerint olyan súlyos fájdalommal járó gerinc rendellenességben

célszerű adni, amikor egyéb fájdalomcsillapítók hatástalanok, sebészeti beavatkozás nem jön szóba. Akut rövid távú használatra a rövid időn belül ható opiátok javallottak, és a hosszabb távú használatra pedig az elnyújtott hatású transzdermális tapasz, mely egyenletes vérkoncentrációt biztosít. Az opiát készítményeknél azonban számolni kell a potenciális mellékhatásokkal, mint a légzésdepresszió, addikció, obstipáció sorolhatók ide.

A **szisztémás kortikoszteroid** adása lokális, nem radicularis eredetű mechanikai derékfájdalomban nem ajánlott, a lokális kisízületi szteroidos blokádról a tanulmányok eredménye megoszlik. Akut radiculitisben ajánlott.

A **tricyklus antidepresszánsok** (TCA), **gabapentinoidok**, vagy a **szerothinin és noradrenalin visszavétel gátlók** (SNRI), **szelektív szerothinin visszavétel gátlók** (SSRI) adása a krónikus neuropátiás (radiculopathia) fájdalomban első vonalbeli ajánlás, egyes tanulmányokban azonban inkább megosztó a javaslat.

Nem farmakológiai kezelések

Az APTA (American Physical Therapy Association) Medline, Cinahl Cochrane adatbázisban a témával kapcsolatos tudományos publikációkat elemezve jelölték meg az evidencia szinteket az egyes aktív és passzív fizioterápiás kezelések tekintetében, a tíz leggyakoribban alkalmazott gyógymódot illetően. A hatékony nem farmakológiai terápiák evidenciája az akut LBP-ben nagyon korlátozott, mert az akut derékfájdalom spontán javulása az objektív megítélést megnehezíti. A szubkut, visszatérő és krónikus derékfájdalomban a különböző passzív kezelések jelentős részének az evidenciaszintje gyenge, vagy ellentmondásos, kivéve az egyes manuálterápiás módszereket. A manuálterápia ismert jó effektusa rövidtávon bizonyítottan magas evidenciaszinttel bír, de egyéb aktív, a gerinc funkcionális kapacitását növelő gyakorlatokkal kell folytatni a kezelést hosszú távon. Számos passzív terápiás eljárás, – ideértve a különböző elektromos, mágnes és egyéb alternatív kezeléseket – additíve járulnak hozzá fájdalomcsillapításhoz, közérzet-javításhoz. Az aktív, – különböző speciális gyógytorna módszerek – az irány specifikus és centralizációs gyakorlatok, stabilizációs tréning, izometriás törzsizomerő fejlesztő és a progresszív állóképességet növelő aktivitási programok erős evidenciával bírnak a krónikus LBP-s betegek eredményes gondozásában, az állapot megfelelő szinten tartásában.

A betegoktatás költséghatékony és eredményes terápiás hatása mind a nemzetközi ajánlásokban, mind saját tapasztalatunk alapján az akut és krónikus LBP-ben igen jó hatékonyságúnak bizonyult.

Krónikus LBP-ben a Vinijóga (többféle jóga módszer ismeretes ugyanis) csak minimálisan bizonyult hat hét után hatékonyabbnak a gyógytorna módszereknél, és még kevésbé volt hathatós a betegdukációs könyvnl.

A krónikus LBP-ben, a pszichoterápiás intervencióknak, pszichológiai foglalkozásoknak egyre hangsúlyosabb a szerepe az eredményes multidimenzionális ellátásban. A hydro-balneoterápia kedvező hatásáról hazai szerzők számoltak be.

Prognózis

A krónikus és szubakut LBP-ben igen fontosnak tartjuk a rizikófaktorok kiértékelését, melyek megjósolják a krónikussá válás esélyét. Számos egyéni kockázati tényező (túlsúly, genetika, dohányzás, ülő életmód, nehéz fizikai munka stb.) mellett a leghangsúlyosabb a krónicizálódásban a pszichoszociális negatív jegyek, a félelem elkerülési magatartások, a szorongás, a depresszió, stressz, szomatizáció, alacsony munkahelyi megelégedettség, vitatott táppénzkérelmek, peres ügyek, 12 hétnél hosszabb munkától távol eltöltött idő stb. fellelhetősége. Az említettek a fizikai teljesítőképességet és a felépülést korlátozó prediktorok, ezért a terápia rezisztens krónikus folyamatokban mindenképpen javasolt az ellátásba a pszichológus bevonása, vagy a páciens olyan szakintézetbe irányítása ahol erre lehetőség van.

dr. Ferenc Mária

reumatológus-fizioterápiás, rehabilitációs szakorvos,
gerincgyógyász konzultáns
Budai Egészségközpont Zrt. Szakkórháza, Országos
Gerincgyógyászati Központ

IRODALOM

1. Acute and Subacute Low Back Pain. Core Treatment of. ICSI (Institute for Clinical Non-Specific Low Systems Improvement), Work Group Leaders, Work group Members 3M et al. Health Care Guideline: Adult back Pain Algorithm. Fifteen edition November 2012.
2. NICE Low back pain (early management) overview. Pathway last updated: 11. September 2014. 2016.
3. DePlama, MJ.; Ketchus JM.: Multivariable Analyses of the Relationships Between Age, Gender, and Body Mass Index and the Source of Chronic Low back pain". Pain Medicine 2012, 13: 498-506.
4. Rinoo V. Shah. Spine Pain Classification – The Problem. SPINE 2012. Volume 37, Number 22; 1853-1855.
5. Ferenc M. A derékfájdalom diagnosztikus algoritmus a Gerincgyógyászati Szemle 2016. nov.; 5. sz. 56-63.
6. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain – O.Airaksinen, J.I.Brox, C.Cedraschi, J.Hildebrandt, J.Klaber-Moffett, F.Kovács (Working Group on Guidelines for CLBP)? Eur Spine J (2006) 15 (Suppl,2) S192-S300.
7. Roger Chou, MD and Laurie Hoyt Huffman; Ann.Intern.Med. Medications for Acute and Chronic Low Back pain: A review of the Evidence for an American pain Society/American College of Physicians Clinical Practice guideline. Annals of internal Medicine 2007.147.505-514.
8. Chou R, Huffman L H; Therapies for Acute and Chronic Low Back pain: A review of the Evidence for an American pain Society/American College of Physicians Clinical Practice guideline.. Annals of internal Medicine 2017.147.492-504.
9. Chou R.; Pharmacological Management of Low Back Pain. Therapy in Practice 2010.70(4); 387-402.
10. Ferenc M; Derékfájás. HTSz 2011, 16. 398-404.
11. Clinical Practice Guidelines Linked to the Med. 2007. Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association – J Orthop Sports Phys Ther. 2012; 42(4):A1-A57. doi:10.2519/jospt.2012.0301
12. DePlama M J., Ketchus J M: Multivariable Analyses of the Relationships Between Age, Gender, and Body Mass Index and the Source of Chronic Low back pain". Pain Medicine 2012, 13: 498-506.
13. Szok D. et al. A neuropátiás fájdalom klinikai tünetei és kezelése Mozgásszeri Továbbképző Szemle 2020. (3) 2. szám.