

Bolesti zad v lumbosakrální oblasti

MUDr. Daniela Kondrová

Centrum léčby bolesti KARIM VFN a 1. LF UK Praha

S bolestí zad v lumbosakrální oblasti se alespoň jedenkrát v životě setká až 90 % populace. Nejčastěji se jedná o prosté bolesti zad, ale vždy je nutné vyloučit závažná onemocnění páteře nebo jiná organická onemocnění projevující se bolestí v této oblasti. Článek se zaměřuje na základní diagnostický přístup k bolesti v lumbosakrální oblasti, léčebné možnosti akutní (farmakoterapie, zachování aktivity) a chronické bolesti (multidisciplinární přístup). Jsou uvedeny další možnosti nefarmakologické léčby bolesti zad.

Klíčová slova: akutní a chronické bolesti zad v lumbosakrální oblasti, léčebné postupy – farmakologické i nefarmakologické, multidisciplinární přístup.

Low back pain

Up to 90 % of population is encountered with a low back pain at least once in their life. However it is simple low back pain in most cases, it is every time necessary to eliminate very serious back illness or other organic illness which occurs in this area. An article focuses on basic diagnostic approach of the pain in lumbosacral area, treatment possibilities of acute pain (pharmacotherapy, activity maintenance) and chronic pain (multidisciplinary approach). Other possibilities of non-pharmacological back pain treatment are mentioned here as well.

Key words: acute and chronic low back pain, treatment possibilities – pharmacological and non-pharmacological, multidisciplinary approach.

Interní Med. 2012; 14(2): 69–72

Úvod

Bolesti zad v lumbosakrální oblasti jsou jednou z nejčastějších příčin přivádějících pacienta k lékaři. S výraznější bolestí v zádech se alespoň jedenkrát v životě setká 60 až 90 % populace. U řady pacientů se obtíže opakují, přecházejí do chronicity. Stávají se příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti a obtížného návratu do práce. Náklady na jejich léčbu významně zatěžují zdravotnický systém. Prevencí je včasná a správná diagnostika akutních bolestí zad, a zejména využití všech dostupných prostředků k zabránění přechodu do chronického stadia. Zde se uplatňuje multidisciplinární přístup k léčbě chronické bolesti (CHB) vzhledem ke složité biopsychosociální etiologii a patofyziologické klasifikaci vzniku CHB.

Dělení bolestí zad

Bolesti zad se rozdělují dle řady parametrů – dle příčiny (změny na obratlových tělech, meziobratlových ploténkách, okolních strukturách), dle délky trvání (akutní do 4 týdnů, subakutní do 3 měsíců, chronické nad 3 měsíce). Dále se odlišují specifické a nespecifické bolesti zad. Specifické bolesti zad se diagnostikují na základě nalezené jasné páteřní patologie – výhřez ploténky, spinální stenóza, spondylolistéza, zlomeniny, nádorová, zánětlivá nebo infekční onemocnění. Většina (85 %) případů bolestí zad nemá jasnou patologii při zobrazovacích vyšetřeních či neurofyziologickou poruchu – jedná se o tzv. nespecifické bolesti zad.

V poslední době se bolesti zad rozdělují podle diagnostické triády (Waddell, 1998) na: prosté bolesti zad, nervové kořenové bolesti zad a závažná onemocnění páteře (1).

Prosté bolesti zad bez kořenového dráždění jsou příkladem bolesti nociceptivní, která vzniká podrážděním nociceptorů ve tkáních (měkké tkáně, kůže, periost). Tyto bolesti muskuloskeletálního původu mají při správné léčbě dobrou prognózu.

Při výhřezu disku, stenóze páteřního kanálu či u failed back surgery syndromu (FBSS) – stavy po operacích bederní páteře s přetrvávajícími či nově vzniklými bolestmi v zádech a dolních končetinách – vznikají nervové kořenové bolesti s jednostrannou bolestí nohy neuropatického charakteru (vystřelující, bodavá, píchavá, pálivá) s možností vzniku senzomotorického deficitu.

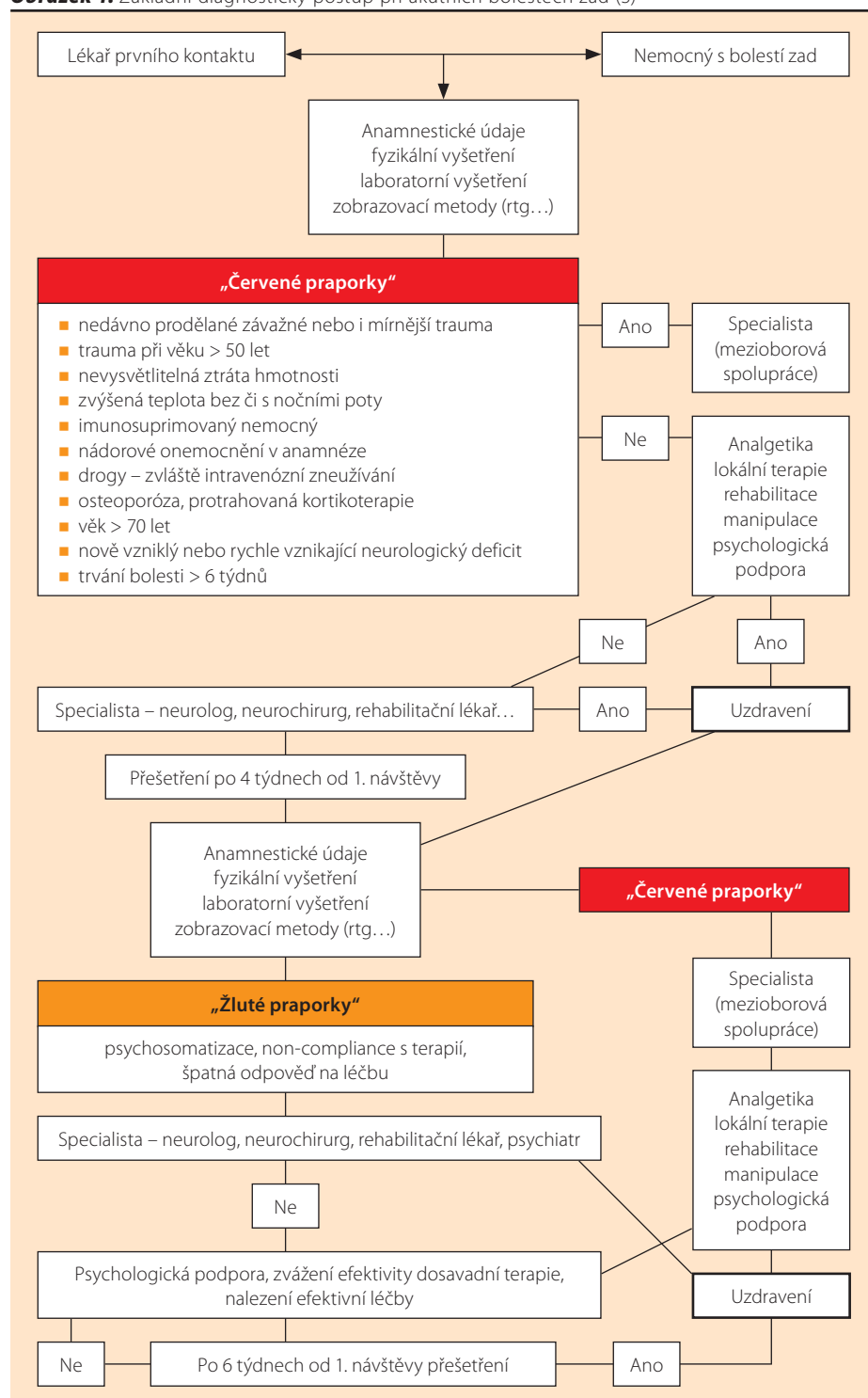
Při prvním kontaktu s pacientem je nutné vyloučit závažná onemocnění páteře, tzv. „red flags“ (červené praporky), kam patří nádorová onemocnění (lokální velmi intenzivní bolest, anamnéza tumoru, noční bolest, celkové příznaky), zánětlivé onemocnění (anamnéza horečky, silné bolesti i v noci, známky zánětu), zlomeniny (anamnéza úrazu, osteoporóza), závažné neurologické poruchy (sfinkterové u kauda equina) (2). Je nezbytné okamžité odeslání k příslušnému specialistovi.

Základní diagnostický postup při akutních bolestech zad ukazuje obrázek 1 (3).

Léčba akutní a subakutní bolesti zad

Je nutné vyloučit závažná onemocnění a další příčiny bolesti vzniklé mimo páteř (zejména oblast břicha, pánve a hrudníku). Nejčastějšími příčinami, které napodobují bolesti zad (přenesené bolesti), jsou onemocnění močového systému včetně ledvin, u žen gynekologická onemocnění.

Naprostá většina bolestí zad patří mezi prosté bolesti. Zde je na prvním místě edukace pacienta o dobré prognóze této bolesti, zachování fyzické aktivity a dodržování klidu jen po dobu nezbytně nutnou (max. do 2–4 dnů), tlumení bolesti analgetiky dle intenzity bolesti (paracetamol, opatrně nesteroidní antirevmatika – NSA, u intenzivní bolesti opioidy, jen krátkodobě myorelaxancia), použití šetrných rehabilitačních postupů – např. metody myoskeletální medicíny, vhodné infuzní terapie, lokální obstřiky (bolestivé body – tender point, spoušťové body – trigger point, intradermální pupeny, obstřik sakroiliakálního skloubení). Zásadní je zachování přiměřené fyzické aktivity, vhodná rehabilitace – cvičení (léčebný tělocvik, fyzikální metody) a brzký návrat do práce. Pokud se stav pacienta nezlepšuje, je vhodné pátrat po tzv. „žlutých praporecích“, což jsou psychosociální rizikové faktory, které se podílejí na udržování chronického bolestivého stavu. Patří sem nesprávné postoje k bolesti zad, nespokojenost v práci, rodině, psychické

Obrázek 1. Základní diagnostický postup při akutních bolestech zad (3)

poruchy (zejména deprese, úzkost, somatizace, panické poruchy). Zde je nutný komplexní a přitom individuální přístup k nemocnému s cíleným, ale i realistickým řešením obtíží ve spolupráci s dalšími specialisty (psycholog, psychiatr, rehabilitační lékař, sociální pracovník), tzv. multidisciplinární přístup.

Léčba chronické bolesti zad

Chronické bolesti zad trvají déle než 3 měsíce. Základem jejich léčby je individuální a mul-

tidisciplinární přístup. Cílem je nejenom úleva od bolesti, ale také zvýšení funkční kapacity a tím zlepšení kvality života s návratem do práce a k původním aktivitám. Pacient musí být veden k aktivnímu přístupu k řešení jeho obtíží.

Metody léčby chronické bolesti zad:

- Farmakoterapie
- Rehabilitace
- Invazivní postupy
- Psychoterapie
- Pracovní a sociální programy

Bolest je vždy subjektivní, její léčba se řídí intenzitou pacientem udávané bolesti. K hodnocení bolesti se využívají škály intenzity bolesti – VAS (vizuální analogová škála) nebo NRS (numerická škála od 0 do 10). Základem jsou analgetika I. až III. stupně a koanalgetika-adjuvantia (zejména antikonvulziva a antidepresiva), která se nasazují podle intenzity a charakteru bolesti. Při terapii chronické bolesti postupujeme „zdola nahoru“ (step up), titrujeme od nejnižších dávek k dosažení uspokojivého efektu při zvládnutí případných nežádoucích vedlejších účinků. U akutní bolesti je přístup opačný – „shora dolů“ (step down). Vychází se z třístupňového analgetického žebříčku WHO (4).

Analgetika I. stupně – neopioidní analgetika

První stupeň pro léčbu mírné bolesti představují neopioidní analgetika – paracetamol, metamizol a nesteroidní antirevmatika. Paracetamol patří v terapeutických dávkách mezi nejbezpečnější, šetrná analgetika pro trávící systém. Jednotlivá analgetická dávka je 650–1000 mg, maximální denní dávka je 4 g. Dlouhodobé podávání metamizolu není doporučeno pro riziko ledvinových komplikací a vznik agranulocytózy. Je vhodný pro občasné doplnění analgetické medikace při zhoršení bolesti (léčba tzv. průlomové bolesti).

Nesteroidní antirevmatika (NSA) jsou velmi účinná analgetika též se stropovým efektem. Účinek závisí na velikosti dávky. NSA by měla být podávána v co nejnižších dávkách, na dobu nezbytně nutnou. Při delším užívání a u rizikových pacientů mají řadu nežádoucích účinků. Mezi nejčastější patří gastrointestinální komplikace (gastropatie, krvácení do gastrointestinálního traktu), kardiotoxicita a nefrotoxicita zejména u seniorů. Gastrointestinální riziko zvyšuje věk nad 65 let, současné užívání antikoagulačních léků, kombinace různých NSA, kortikoidů, antidepresiv ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) (5). Pro snížení rizika v trávícím traktu je vhodné podávat inhibitory protonové pumpy (např. omeprazol). Při zvýšeném gastrointestinálním riziku jsou volbou preferenční inhibitory COX-2 (nimesulid, meloxicam). Nejvhodnější alternativou při zvýšeném gastrointestinálním riziku se ukázalo použití selektivních COX-2 inhibitorů (parecoxib, celecoxib), ale problémem k většímu použití se stala jejich vyšší kardiotoxicita. Nejrozšířenější skupinu NSA stále tvoří neselektivní inhibitory COX (např. ibuprofen, diclofenac, ketoprofen, indometacin, piroxicam, naproxen). Nejmenší riziko vzniku

krvácení do žaludku je u ibuprofenu. U starších pacientů je nutné podávat NSA v redukováných dávkách, po nejkratší dobu a lépe s kratší dobou účinku (např. ibuprofen, diclofenac) pro snížení rizika kumulace léku v krvi, zejména při poklesu ledvinných funkcí.

Analgetika II. stupně – slabé opioidy

Tramadol, slabý u-agonista, je dostupný v řadě lékových forem. Další možností je dihydrokodein v retardované formě (DHC continus). Snášlivost těchto léků je velmi individuální, léčbu může na začátku komplikovat nauzea, zvracení, při delším podávání zácpa. Dle provedených metaanalýz mají kombinace slabých opioidních analgetik s paracetamolem významně vyšší analgetickou účinnost (6). Tyto kombinované léky jsou velmi vhodnou alternativou pro krátkodobé podávání u silnějších bolestí zad pro dobrou snášlivost při nižší dávce opioidu a možnost dávkování dle potřeby. Z dostupných léků sem patří Zaldiar (325 mg paracetamol, 37,5 mg tramadol), dále kombinace paracetamolu s kodeinem – Korylan (325 mg paracetamol, 29 mg kodeinu v 1 tbl.) nebo novější Ultracod (500 mg paracetamolu a 30 mg kodeinu v 1 tbl.). Doporučuje se začít 1 tabletou, dostatečný analgetický efekt mají však většinou až 2 tbl. Další možností je Noax uno (tramadol) v jedné denní dávce, nejlépe na noc s uvolňováním (analgetickým efektem) až 24 hodin. U chronické bolesti se podávají retardované formy slabých opioidů pravidelně (dle hodin) a doplňují se podle potřeby paracetamolem či NSA.

Při dosažení maximálních dávek slabých opioidů a nedostatečném analgetickém efektu se přechází na silné opioidy. Podle nejnovějších doporučení lze u velmi silné bolesti při neúčinnosti neopioidního analgetika rovnou nasadit nízkou dávku opioidu silného a vynechat slabé opioidy (2. stupeň dle WHO) – tzv. „analgetický výťah“.

Analgetika III. stupně – silné opioidy

Léčba se titruje od nejnižších dávek k minimalizaci přechodných nežádoucích účinků (nauzea, zvracení, sedace, závratě). Od počátku léčby silnými opioidy je nutné důsledně řešit trvalý vedlejší účinek této léčby – zácpu, na kterou tolerance nevzniká. Z dostupných silných opioidů jsou v retardovaných formách: oxycodone (Oxycontin), hydromorfon (Palladone), morfin (Vendal), které se podávají 2x denně, a hydromorfon (Jurnista) s účinkem až 24 hodin. Dále jsou silné opioidy dostupné v náplastových formách – buprenorfin (Transtec) a fentanyl

(Matrifen, Durogesic a mnohé další). Předpis silných opioidů je vázán na opiátové recepty (s modrým pruhem). Jsou to léky bez preskripčního omezení, bohužel mnoho lékařů, zejména praktických, je nemá k dispozici.

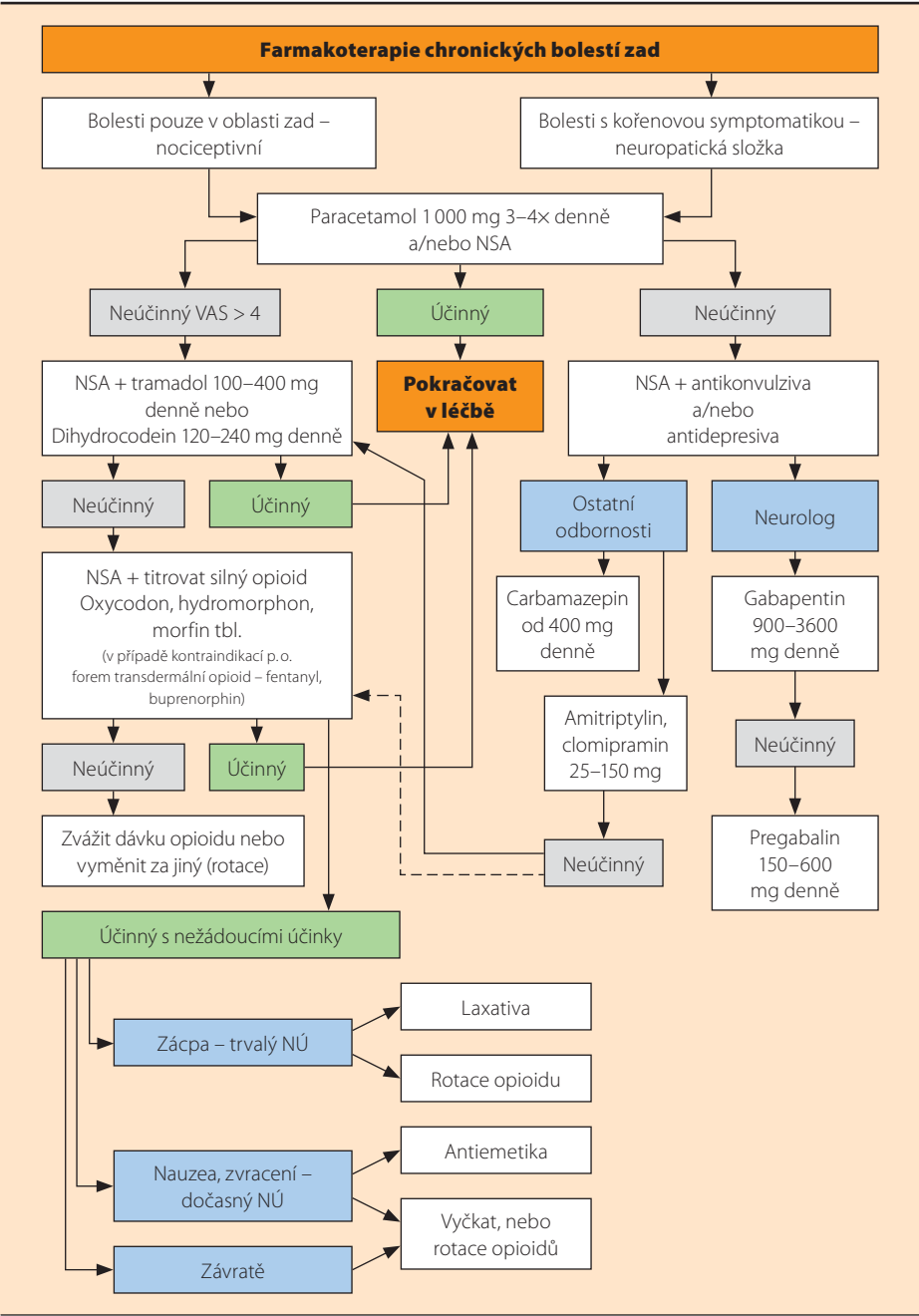
Antikonvulziva

Jsou indikována u bolesti s neuropatickou složkou (vzniká postižením nervové tkáně), u bolesti zad se jedná zejména o radikulární syndromy s propagací bolesti do dolních končetin. Karbamazepin je lék bez preskripčního omezení, není vhodný při jaterním postižení. Pro lepší bezpečnostní profil a toleranci se doporučují antikonvulziva III. generace, zejména gabapentin či pregabalin.

Antidepresiva

U chronických bolestí zad jsou často přítomny psychosociální problémy (např. deprese s úzkostí) a snížená kvalita života. Používají se proto tricyklická antidepresiva (např. amitriptylin a dosulepin), která mají i analgetický efekt, zejména u neuropatické bolesti, nebo novější typy – duální antidepresiva (venlafaxin, duloxetin) s prokázaným analgetickým efektem na různé bolestivé stavy s neuropatickým charakterem (např. diabetická neuropatie). Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI – citalopram, sertralín, paroxetin, fluvoxamin) jsou vhodné k léčbě průvodní deprese. Při poruchách spánku je výhodný trazodon nebo mirtazapin. Antidepresiva vedou ke snížení psychického napětí, úzkosti, zajištění klidného

Obrázek 2. Farmakoterapie chronických bolestí zad (7)



spánku, umožňují snížení spotřeby vlastních analgetik, zlepšují přístup pacientů k léčbě i bolesti a tím zlepšují kvalitu jejich života.

Centrální myorelaxancia

Na podávání myorelaxancií u bolestí zad není jednoznačný názor. Lze je použít u silné akutní bolesti či exacerbaci chronické bolesti zad se svalovou složkou pouze krátkodobě (max. 5 dní). Nejčastěji se používá tolperison (Mydocalm) s individuálním efektem při malé biologické dostupnosti (20%), v dávce až 3× 150 mg denně, dále mefenoxalon (Dimexol, Dorsiflex) v dávce až 3× 200 mg denně. Po podání je nutné zachovávat tělesný klid. Tetrazepam (Myolastan) je 100 % biologicky dostupný, podává se na noc a má sedativně-hypnotický účinek (6).

Lokální léčba

Lokální léčba je vhodná zejména u starších pacientů – NSA ve formě mastí, gelů při minimalizaci systémových efektů. Výhodné jsou i jsou náplastové formy – NSA (diclofenac) či kapsaicin.

U akutní bolesti či dekompenzaci chronických bolestí zad je vhodná infuzní terapie s použitím různých směsí dle charakteru bolesti (natrium salicylicum, NSA, metamizol, tramadol, guaifenesin, magnesium sulfuricum, mesocain a další). Vedou k uvolnění spastických svalů, zmírnění bolesti a k umožnění další léčby (např. rehabilitace).

Farmakoterapii chronických bolestí zad znázorňuje obrázek 2 (7).

Rehabilitace

Rehabilitace je součástí komplexního přístupu. Význam má zejména individuální léčebný tělocvik k posílení svalového korzetu, nácviku správného držení těla a pohybových stereotypů. Další metody fyzikální medicíny a speciální rehabilitační metody záleží na stavu a možnostech nemocného a jsou indikovány dle vyšetření rehabilitačního lékaře. Vždy je vhodná přiměřená pohybová aktivita dle schopností a možností pacienta.

Invazivní postupy

K jednodušším přístupům patří lokální obstříky, dále se používají cílené obstříky pod zobrazovací technikou (kořenové obstříky, facetové blokády). Výhodné jsou epidurální aplikace (včetně kaudálního přístupu) lokálních anestetik či kortikoidů – zejména u akutní a subakutní bolesti. U chronických bolestí zad se nepodařilo dle evropských doporučených postupů z roku 2005 prokázat účinnost glukokortikoidů epidurálně, intraartikulárně a ani do sakroiliakálního skloubení (6). Z dalších metod se provádí radiofrekvenční léčba (RF) – termoléze (destrukce teplem) či pulzní RF. Principem je použití střídavého proudu s nízkou energií a vysokou frekvencí, kdy se předpokládá biologický efekt na A delta a C vlákna. V oblasti páteře se provádějí zejména RF facetového skloubení a výkony na gangliu dorsálního kořene u kořenových syndromů. Při selhání standardních postupů jsou zvažovány neuromodulační metody podle převažující složky bolesti neurostimulace (neuropatické bolesti dolních končetin) či intraspinalní (subarachnoidální) aplikace léků (nociceptivní bolest). Tyto metody mají přísná indikační pravidla a provádějí se v České republice na schválených pracovištích (neuromodulační centra).

Psychoterapie

U chronické bolesti zad je často nezbytná spolupráce s psychologem. Ve dvanáctileté studii bylo prokázáno, že největší riziko vzniku invalidity je u osob s emočním distresem a časně vzniklými bolestmi zad (8). U pacientů s psychogenním podílem na udržování bolesti je psychoterapie nezbytnou součástí multidisciplinárního přístupu. Vhodná je spolupráce se sociálním pracovníkem při řešení návratu pacientů do zaměstnání.

Závěr

Při přístupech k bolestem v lumbosakrální oblasti je na prvním místě rozlišení prosté bolesti zad a závažných onemocnění páteře,

kteří je nutné odeslat k příslušnému specialistovi. V případě akutní prosté bolesti zad je důležité edukovat pacienta o dobré prognóze jeho onemocnění, snížit bolest vhodnými analgetiky, omezit délku klidu a pokusit se o rychlý návrat k běžným aktivitám a do práce. Potřebné je vyšetření rehabilitačním lékařem s doporučením vhodného cvičení a použití dalších aktivit pro zlepšení pohybových návyků a k prevenci recidiv bolestí zad. Včasné odhalení tzv. žlutých praporek a komplexní přístup k pacientovi (s využitím jeho aktivního přístupu) snižuje nebezpečí přechodu onemocnění do chronicity. U chronické bolesti zad je vzhledem k často složité etiologii a patofyziologii nutný multidisciplinární přístup s využitím všech vhodných a dostupných léčebných možností.

Literatura

1. Vrba I. Terapeutické algoritmy bolestí zad. In: Rokyta R, a kol. Bolesti zad. Nakladatelství ADÉLA 2009: 72.
2. Bednařík J, Kadaňka Z. Bolesti v zádech. In: Rokyta R, Kršíak M, Kozák J. Bolest. Tigris Praha 2006: 492–493.
3. Ciferská H. Bolesti zad z pohledu internisty. Zdravotnické noviny – Lékařské listy 2010; 5: 10.
4. Kolektiv autorů. Metodické pokyny pro farmakoterapii bolestí. Přepřacované vydání. Bolest 2009; (Suppl 2): 4.
5. Kršíak M, Kozák J, Lejčko J, a kol. Farmakoterapie běžné bolesti. In: Rokyta R, Kršíak M, Kozák J. Bolest. Tigris Praha 2006: 143.
6. Kršíak M. Farmakoterapie bolestí zad. In: Rokyta R, a kol. Bolesti zad. Nakladatelství ADÉLA 2009: 39–54.
7. Hakl M, Kozák J, Lejčko J. Chronické bolesti zad – schéma postupu léčby pro praktické lékaře. Farmakoterapie 2010; 5: 473–612.
8. Brage S, Sandanger I, Nygard JF. Emotional distress as a predictor for low back disability. A prospective 12-year population – based study. Spine 2007; 2: 269–274.

Článek přijat redakcí: 19. 7. 2011

Článek přijat k publikaci: 30. 8. 2011

MUDr. Daniela Kondrová

Centrum léčby bolesti KARIM

VFN a 1. LF UK Praha

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

daniela.kondrova@vfn.cz