

Terapia zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – strategie postępowania

Management of low back pain – treatment strategies

Anna Kuryliszyn-Moskal

Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierownik Kliniki dr hab. med. Anna Kuryliszyn-Moskal

Słowa kluczowe: ból krzyża, strategie leczenia.

Key words: low back pain, strategies of treatment.

Streszczenie

Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa stanowią jeden z najpoważniejszych problemów w codziennej praktyce klinicznej. Niniejsza praca stanowi krótki przegląd diagnostycznych, klinicznych i terapeutycznych zagadnień związanych z zespołami bólowymi kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. W pracy omówiono skuteczność leczenia (farmakologicznego i nefarmakologicznego) bólów krzyża. W aktualnych doniesieniach, opierając się na badaniach wysokiej wiarygodności, podkreśla się umiarkowaną skuteczność terapii poznawczej i behawioralnej, ćwiczeń oraz interdyscyplinarnej rehabilitacji w przewlekłych i podostrych bólach krzyża, natomiast w ostrych dolegliwościach bólowych jedyną skuteczną terapią jest powierzchowne stosowanie ciepła. Podsumowując, leczenie zespołów bólowych kręgosłupa powinno być interdyscyplinarne i oparte na współpracy specjalistów z różnych dziedzin. W podjęciu odpowiedniej strategii terapeutycznej duże znaczenie mają również preferencje pacjenta, koszt, dostępność, a także obraz kliniczny.

Summary

Low back pain is becoming one of the most serious problems in present-day medicine. This paper briefly reviews the diagnostic, clinical and therapeutic problems of low back pain. The effectiveness of medication (pharmacological and non-pharmacological) for acute and chronic low back pain is discussed. The recent data suggest that therapies with good evidence of moderate efficacy for chronic or subacute low back pain are cognitive-behavioural therapy, exercise, and interdisciplinary rehabilitation. The only therapy with good evidence of efficacy for acute low back pain is superficial heat. In conclusion, therapeutic management should be interdisciplinary and focused on cooperation between different specialists. On the other hand, patient preferences, cost, availability and clinical features are important for making an appropriate decision concerning treatment strategy.

Wstęp

Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa stanowią jedną z najczęstszych przyczyn wizyt w gabinecie lekarza rodzinnego. Z badań epidemiologicznych wynika, że 65–80% osób z całej populacji doświadczy przynajmniej raz w życiu epizodu bólu krzyża, co odpowiada rocznemu występowaniu dolegliwości w granicach 5% [1]. Częstość tych zespołów bólowych zwiększa się z wiekiem i sięga ok. 49% wśród osób powyżej

65. roku życia [1]. Niewielka skuteczność postępowania terapeutycznego, pomimo znacznej dostępności środków farmaceutycznych oraz licznych możliwości w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego, wynika z dużej różnorodności przebiegu klinicznego, który może być powodowany lub podtrzymywany przez wiele czynników biopsychospołecznych. Należą do nich czynniki biologiczne, takie jak wiek, sprawność fizyczna, zmniejszona ruchomość i siła mięśni, czynniki psycho-

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Anna Kuryliszyn-Moskal, Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok, tel./faks +48 85 746 83 15, e-mail: akuryl@umwb.edu.pl

logiczne, a także społeczne, wynikające z sytuacji w miejscu pracy czy braku akceptacji ze strony najbliższego otoczenia.

Niespecyficzny charakter dolegliwości bólowych i tendencja do ich opanowania „za wszelką cenę”, bez wnikania w istotę przyczyn bólu, prowadzi często do polipragmazji w leczeniu zarówno farmakologicznym, jak i fizjoterapeutycznym. Skutki takiego postępowania mogą być często nieodwracalne i mogą prowadzić do bólów nawrotowych oraz przejścia choroby w postać przewlekłą. Nietypowy przebieg choroby nie zwalnia jednak z wnikliwej diagnostyki, ponieważ leczenie przyczynowe często pozwala na odzyskanie pełnej sprawności fizycznej. Jednocześnie rzetelne leczenie metodami medycyny konwencjonalnej wymaga nie tylko cierpliwości i wyrzeczeń, lecz także pokonania wielu ograniczeń w konsekwentnym postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym.

W ciągu ostatniej dekady zagadnienia związane z etiopatogenezą, diagnostyką i klinicznymi przejawami zespołów bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego stały się przedmiotem szczególnego zainteresowania nie tylko reumatologów, lecz także patologów, neurologów, neurochirurgów, ortopedów, specjalistów rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeutów. Rezultatem wspólnych prac przedstawicieli wielu dziedzin medycyny jest opracowanie zaleceń dotyczących postępowania w zespole bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w okresie ostrym oraz przewlekłym, które zostały przyjęte jako zalecenia Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji [2]. Obejmują one wiele działań z zakresu edukacji zdrowotnej, poradnictwa zawodowego, nauki zasad ergonomii i psychoterapii, które obok farmakoterapii, kinezyterapii i fizykoterapii stanowią nieodzowny warunek skuteczności leczenia.

Szeroki aspekt kliniczny dolegliwości bólowych i często trudna lub wręcz niemożliwa do określenia ich etiologia wymagają indywidualizacji postępowania terapeutycznego. Możliwe jest ono dzięki opracowanym zaleceniom terapeutycznym, które stanowią podsumowanie badań klinicznych z randomizacją, z uwzględnieniem oceny siły wiarygodności danych oraz skuteczności poszczególnych metod leczenia. Wobec rozbieżności poglądów prezentowanych przez różne ośrodki kliniczne, dotyczących postępowania w zespołach bólowych dolnego odcinka kręgosłupa, podsumowanie dotychczasowej wiedzy w tej dziedzinie jest konieczne w celu zaplanowania i realizacji właściwej strategii terapeutycznej.

Definicja i czynniki sprzyjające wystąpieniu zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego

Ból krzyża definiowany jest jako ból zlokalizowany pomiędzy 12. żebrem a dolnymi fałdami pośladkowymi,

ale może mu towarzyszyć ból kończyn dolnych [3]. Tylko w ok. 10% przypadków można określić konkretną przyczynę fizyczną, np. kompresja korzenia nerwu, uraz, infekcja czy obecność guza. W 90% jest to ból niespecyficzny, który zgodnie z definicją wg Waddella występuje u pacjentów w wieku 20–55 lat, dotyczy okolicy lędźwiowo-krzyżowej, pośladków i uda, ma charakter mechaniczny, jest uzależniony od mechanicznej aktywności i zmienia się w czasie, a stan pacjenta jest dobry [4].

Z uwagi na duże konsekwencje ekonomiczne ocena ryzyka wystąpienia i przewlekłości oraz niekorzystnego przebiegu nieswoistego bólu krzyża ma znaczenie nie tylko do określenia indywidualnej terapii, lecz także odgrywa rolę w planowaniu strategii działań społecznych. W tym celu zostały wyodrębnione trzy grupy czynników rokowniczych. Należą do nich czynniki osobnicze (wiek, sprawność fizyczna, siła mięśni grzbietu i brzucha, palenie tytoniu), psychospołeczne (stres, lęk, nastrój, emocje, czynności poznawcze, zachowania bólowe) oraz zawodowe (praca fizyczna, wibracje, monotonne zadania, stosunki w pracy i wsparcie społeczne), które określono jako „żółte flagi”. Do czynników wpływających na przewlekłość dolegliwości bólowych należą m.in.: otyłość, słabe wykształcenie, duże napięcie bólu i duży stopień niepełnosprawności, depresyjny nastrój, niezadowolenie w pracy, niemożność otrzymania lżejszych obowiązków po powrocie do pracy czy też konieczność podnoszenia ciężarów przez 3/4 dnia [5].

Do czynników sprzyjających wystąpieniu niespecyficznych bólów krzyża należą sytuacje sprzyjające przeciążeniu kręgosłupa, takie jak: otyłość, wysoki wzrost (u kobiet > 170 cm, u mężczyzn > 180 cm), ciąża, niewydolność mięśni brzucha i pasa biodrowego, siedzący tryb życia, długotrwałe prowadzenie samochodu, uprawianie pewnych sportów (np. hokej, żeglarsstwo), ciężka praca fizyczna, narażenia na wibracje, niektóre zaburzenia osobowości (hipochondria, histeria) i stany depresyjne. Przeciążenie może dotyczyć mięśni, więzadeł lub torebek stawowych, co warunkuje czas trwania i charakter dolegliwości bólowych.

Przebieg kliniczny i prognoza

Nieswoisty ból krzyża nie wiąże się ze zmianami strukturalnymi i ma zazwyczaj przebieg korzystny. Dolegliwości bólowe samoistnie zmniejszają się w ciągu 4–6 tygodni u ok. 80–90% chorych i ustępują po 12 tygodniach [6], aczkolwiek u około 1/3 pacjentów dolegliwości bólowe o umiarkowanej intensywności utrzymują się przez rok od wystąpienia pierwszego incydentu bólowego, co u jednego na 5 chorych jest powodem ograniczenia aktywności fizycznej [7].

Ból może być sklasyfikowany wg czasu trwania jako ostry (0–6 tygodni trwania), podostry (7–12 tygodni

trwania) lub przewlekły (powyżej 12 tygodni trwania). Jako nawracający definiowany jest taki ból, który występuje częściej niż dwa razy w ciągu roku, a jego całkowity czas trwania nie przekracza 6 miesięcy. Nawracające dolegliwości bólowe wiążą się z długotrwałą niepełnosprawnością i problemami uczestnictwa w życiu społecznym, co pogarsza rokowanie.

W typowym przebiegu choroby aktywność pacjenta i stopień uczestnictwa stopniowo zwiększają się do poziomu sprzed pierwszego epizodu bólowego. Nie zawsze oznacza to ustąpienie dolegliwości bólowych, lecz powrót chorego do normalnej aktywności. W przebiegu nietypowym niepełnosprawność i ograniczenie uczestnictwa nie zmniejszają się w miarę upływu czasu, lecz utrzymują się na jednakowym poziomie lub nawet ulegają nasileniu. Umownie przyjęto okres 3 tygodni, w którym powinno nastąpić zwiększenie poziomu aktywności pacjenta. Nietypowy przebieg może dotyczyć zarówno pacjentów z ostrym, jak i przewlekłym zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa. Nietypowy przebieg choroby może być wynikiem oddziaływania czynników biopsychospołecznych, które wraz z narastaniem stopnia niepełnosprawności odgrywają coraz większą rolę w procesie terapeutycznym, wpływając na stopień kontroli pacjenta nad dolegliwościami [8].

Leczenie

A. Leczenie farmakologiczne – ocena skuteczności interwencji terapeutycznych

Osiągnięcie zamierzonego celu terapeutycznego, polegającego nie tylko na opanowaniu dolegliwości bólowych i naprawie uszkodzonych tkanek, lecz także umożliwieniu choremu powrotu do pełni aktywności życiowej i partycypacji w życiu społecznym oraz w przyszłości – zapobieganiu niepełnosprawności, możliwe jest wyłącznie dzięki kompleksowemu i wielospecjalistycznemu leczeniu. Obejmuje ono farmakoterapię, fizjoterapię, psychoterapię i leczenie operacyjne.

Należy jednak pamiętać o tym, że w przypadku zaawansowanych zmian prowadzących do długotrwałej destabilizacji struktur kręgosłupa żadna forma leczenia nie spełni oczekiwań chorego. Właściwe rozpoznanie, ocena przebiegu choroby, stopnia nasilenia dolegliwości, upośledzenia funkcji, a także poznanie potrzeb i oczekiwań pacjenta powinny poprzedzać rozpoczęcie terapii.

W odniesieniu do większości chorych do leków „pierwszej linii” należą acetaminofen i niesteroidowe leki przeciwzapalne [9]. Wiarygodne dane dotyczą krótkotrwałej skuteczności niesteroidowych leków przeciwzapalnych, leków zmniejszających napięcie mięśni szkieletowych (w ostrych zespołach bólowych) oraz trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych (w bólach

przewlekłych). Nie wykazano jednak istotnej różnicy w zakresie skuteczności terapeutycznej którejkolwiek z wymienionych grup leków [10]. Kolejną alternatywą jest stosowanie flupirytyny – leku przeciwbólowego, należącego do grupy SNEPCO (*Selective Neuronal Potassium Channel Opener*), który poza działaniem przeciwbólowym zmniejsza napięcie mięśniowe. Korzystny efekt terapeutyczny wykazano m.in. w terapii podostrego zespołu bólowego dolnego odcinka kręgosłupa [11]. Terapia powinna być stosowana indywidualnie, po uwzględnieniu wskazań i przeciwwskazań oraz kompleksowego planu postępowania leczniczego.

B. Leczenie nefarmakologiczne – ocena skuteczności interwencji terapeutycznych

Z przeglądu danych opartych na faktach wynika, że pozostawanie w łóżku nie jest korzystne dla pacjentów z ostrym lub podostrym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Zaleca się, aby było ono możliwie krótkie, nie dłuższe niż kilka dni [12].

Wyniki badań z randomizacją potwierdzają skuteczność ćwiczeń fizycznych w przewlekłych bólach krzyża. Brak jest jednak wystarczających dowodów na określenie optymalnej zawartości programu ćwiczeń, dlatego też rekomenduje się stosowanie zróżnicowanego programu ćwiczeń, dostosowanego do potrzeb pacjenta [13].

Również leczenie poznawcze i behawioralne u pacjentów z przewlekłym bólem krzyża jest skuteczniejsze niż pozostawienie pacjenta bez leczenia, aczkolwiek nie wykazano różnic w odniesieniu do innych metod aktywnego postępowania [14].

Z kolei w badaniach dotyczących skuteczności stosowania wyciągów w bólach krzyża istnieją wiarygodne dane wskazujące na brak poprawy po stosowaniu wyciągów w leczeniu zarówno ostrych, jak i przewlekłych dolegliwości bólowych [15].

Wyniki badań dotyczące skuteczności stosowania takich metod, jak: biofeedback, TENS [16], terapia ultradźwiękowa [17], elektroterapia [18] i laseroterapia [19], nie potwierdzają ich skuteczności w leczeniu bólu krzyża. Istnieją sprzeczne dane na temat skuteczności masażu w leczeniu bólów krzyża [20], natomiast wykazano, że ćwiczenia w wodzie przynoszą poprawę w zakresie stanu czynnościowego pacjentów z przewlekłym bólem krzyża [21]. W zaleceniach Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii na podstawie badań wysokiej wiarygodności podkreśla się umiarkowaną skuteczność terapii poznawczej i behawioralnej, ćwiczeń i terapii manualnej w przewlekłych i podostrych bólach krzyża [22]. W ostrych dolegliwościach bólowych jedyną skuteczną terapią było natomiast powierzchowne stosowanie ciepła [22].

W świetle zaprezentowanych badań szczególnego znaczenia nabiera kompleksowe, a zarazem indywidualne traktowanie chorego, zrozumienie jego potrzeb i oczekiwań oraz konsekwentne i wspólne realizowanie zaplanowanych celów terapeutycznych. Takie podejście wymaga zwiększenia poziomu aktywności pacjenta, możliwego dzięki opanowaniu zachowań bólowych. Celem tego działania jest umożliwienie choremu aktywności, pomimo odczuwanego bólu. Jednocześnie coraz lepsze poznanie złożonych mechanizmów patogenetycznych pozwala na zrozumienie istoty zjawisk prowadzących do rozwoju zmian patologicznych.

Zastosowanie coraz doskonalszych metod diagnostycznych przy jednoczesnym partnerskim, indywidualnym i kompleksowym postępowaniu terapeutycznym warunkuje spełnienie oczekiwań chorego. Jednocześnie różnicowanie celów terapii wymaga niejednokrotnie modyfikacji dotychczasowej strategii postępowania terapeutycznego w celu uzyskania możliwie maksymalnego efektu klinicznego.

Piśmiennictwo

1. Borenstein DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol* 2001; 13: 128-134.
2. Kwolek A, Korab D, Majka M. Rehabilitacja w zespołach bólowych dolnego odcinka kręgosłupa – zasady postępowania. *Post Rehab* 2004; 18: 27-31.
3. Krismer M, van Tulder M, The Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategies for Europe Project. Low back pain (non-specific). *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21: 77-91.
4. Waddell G. *The back pain revolution*. Churchill Livingstone, Philadelphia 1998.
5. van Tulder MW. Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002; 16: 761-775.
6. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG et al. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003; 327: 323.
7. von Korff M, Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine* 1996; 21: 2833-2837.
8. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987; 12: 632-644.
9. Chou R, Qaseem A, Snow V et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007; 147: 478-491.
10. Chou R, Huffman LH. 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. *Ann Intern Med* 2007; 147: 505-514.
11. Li C, Ni J, Wang Z. Analgesic efficacy and tolerability of flupirtine vs. tramadol in patients with subacute low back pain: a double-blind multicentre trial. *Curr Med Res Opin* 2008; 24: 3523-3530.
12. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 647-652.
13. Hilde G, Bø K. Effect of exercise in the treatment of low back pain: a systematic review emphasizing type and dose of exercise. *Phys Ther Rev* 1998; 3: 107-117.
14. Turner JA. Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. *Spine* 1996; 21: 2851-2859.
15. van der Heijden GJMG, Beurskens AJHM, Assendelft WJJ, et al. The efficacy of traction for back and neck pain: a systematic blinded review of randomized clinical trial methods. *Phys Ther* 1995; 75: 18-29.
16. Van Tulder MW, Koes BW, Assendelft WJJ, et al. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. EMGO Institute, Amsterdam 1999.
17. Gam JN, Johannsen J. Ultrasound therapy in musculoskeletal disorders: a metaanalysis. *Pain* 1995; 63: 85-91.
18. van der Heijden GJMG, Torenbeek N, van der Windt DAWM, et al. Transcutaneous electrotherapy for musculoskeletal disorders: a systematic review. In: *De effectiviteit van fysische therapie, electrotherapie, lasertherapie ultrageluidbehandeling*. Den Haag. The Netherlands. Gezondheidsraad, 1999.
19. Gam AN, Thorzen H, Lonnberg F. The effect of low-level laser therapy on musculoskeletal pain: a meta-analysis. *Pain* 1993; 52: 63-66.
20. Ernst E. Massage therapy for low back pain: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 65-69.
21. Sjogren T, Long N, Storay I. Group hydrotherapy versus group land-based treatment for chronic low back pain. *Physiother Res Int* 1997; 4: 212-222.
22. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic 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. *Ann Intern Med* 2007; 147: 492-504.