

Bolesti chrbta z pohľadu reumatológa

S. Tomková, Z. Lörcinczová

Súhrn

Boleť chrbta patrí k jedným z najčastejších dôvodov návštevy lekára. Predstavuje druhú najčastejšiu príčinu práceneschopnosti a invalidity. Boleť chrbta môže mať mnoho príčin. V približne 90 % prípadov sa príčina jednoznačne nepozná, postupne sa stav zlepšuje až do upravenia klinického stavu, no u 15 % pacientov bolesť pretrváva dlhšie a u približne 5 % pacientov prechádza do chronickej bolesti.

Kľúčové slová

boleť chrbta – osteoporóza – ankylozujúca spondylitída – artróza

Summary

Back pain from a rheumatologist's point of view. Back pain is one of the most common reasons for visiting a physician. It is the second most frequent reason of work incapacity. There are many causes of back pain. Approximately 90% of cases have no apparent cause, and resolve spontaneously. Fifteen percent of patients have prolonged back pain and 5% of cases develop into chronic back pain.

Key words

back pain – osteoporosis – ankylosing spondylitis – arthrosis

ÚVOD

Boleť chrbta ako jedna z najčastejších príčin návštevy lekára prechádza mnohokrát do chronickej bolesti. Tieto chronické bolesti chrbta často začínajú nenápadne a trvajú dlhšie ako 3 mesiace [1,2]. Boleť chrbta ako široký pojem môže mať z pohľadu etiológie rôzne príčiny. Môže sa vyskytnúť pri postihnutí kože ako napríklad pri pásovom opare, pri postihnutí väzov a paravertebrálnych svalov pri myofasciálnej bolesti, fibromyalgii, ďalej pri postihnutí stavcov, kĺbov v oblasti chrbtice, postihnutí nervových koreňov z rôznych príčin ako napr. herniácia disku, zúženie miechového kanála. Môže ísť aj o bolesť prenesenú z orgánov dutiny brušnej. Na tieto a mnoho iných príčin musíme myslieť u pacienta s bolesťami chrbta. V diagnostike musíme dbať na dôslednú anamnézu, dôkladné objektívne vyšetrenie a hlavne na správnu interpretáciu výsledkov, laboratórnych aj zobrazovacích.

BOLEŠŤ CHRBTÁ V AMBULANCIÍ REUMATOLÓGA Osteoporóza – kompresie stavcov

Osteoporóza predstavuje civilizačné ochorenie. Svetová zdravotnícka orga-

nizácia ju definovala ako metabolické ochorenie kostí, ktoré spôsobuje úbytok množstva kostnej hmoty, poruchu mikroštruktúry s následným zvýšením jej fragility a rizikom zlomenín. Z patofyziologického hľadiska ide o zníženie množstva kostnej masy na jednotku objemu kosti. Podľa etiopatogenézy rozlišujeme dva základné typy osteoporózy – primárnu a sekundárnu. Primárna zahŕňa postmenopauzálnu a senilnú osteoporózu. Sekundárnu osteoporózu väčšinou spôsobuje známe ochorenie. Ide o celú škálu porúch a chorôb vedúcich ku zmenám kostného metabolizmu [3]. O osteoporóze hovoríme ako o tichej chorobe, ktorá sa roky môže vyvíjať bez príznakov a často sa prejaví až zlomeninou po minimálnej traume.

Osteoporotická zlomenina je najzávažnejším príznakom a zároveň komplikáciou osteoporózy. Ide o patologickú fraktúru následkom neadekvátnej traumy. Môže viesť k strate pohyblivosti až ku smrti. Celosvetovo má riziko osteoporotickej zlomeniny každá druhá žena a asi každý piaty muž nad 50 rokov. Typické lokality sú krčok stehnovej kosti, stavce chrbtice a kosti zápästia.

Fraktúry stavcov sú typickou lokalitou. Približne len tretinu vertebrálnych deformít zistí lekár a približne v 2 – 8 % sa vyžaduje hospitalizácia. Len 20 – 30 % vertebrálnych fraktúr je symptomatických, ostatné sú náhodným nálezom pri radiologickom vyšetrení. Závažné vertebrálne fraktúry sa vyskytujú hlavne v torakolumbálnom spojení Th10 – L1, kým menej závažné sú distribuované difúzne cez celú torakolumbálnu oblasť. Až 90 % zlomenín stavcov u žien je výsledkom ľahkej alebo miernej traumy, kým u mužov je to 55 %. Incidencia zlomenín sa zvyšuje vekom v oboch pohlaviach [4].

Pacient po fraktúre stavca má o 5 % vyššie riziko ďalšej fraktúry stavca. Až 20 % pacientov do roka utrpí ďalšiu vertebrálnu fraktúru a má 1,5-násobne vyššie riziko fraktúry proximálneho femuru [5].

Základom diagnostiky osteoporózy je denzitometrické vyšetrenie a aktívne pátranie po fraktúrach stavcov, keďže dve tretiny fraktúr sú asymptomatické. Nezabúdame na pomocné laboratórne vyšetrenia, RTG chrbtice a diferenciálnu diagnostiku etiológie osteoporózy.

Reumatológ sa najčastejšie stretáva s osteoporózou po kortikoidoch. Súvisí

to s liečbou reumatických ochorení, kde glukokortikoidy sú základom takmer každej kombinovanej protizápalovej liečby. Vyše 50 % pacientov dlhodobo liečených (viac ako 3 mesiace) glukokortikoidmi zrýchlene stráca kostnú hmotu. Vplyv na kosť sa prejavuje už počas prvých týždňov liečby a riziko zlomenín narastá po 3 – 6 mesiacoch. Incidencia osteoporotických fraktúr sa u pacientov dlhodobo liečených glukokortikoidmi uvádza až 30 – 50 % [6].

Liečba závisí od etiológie osteoporózy, keď liečime nielen samotnú osteoporózu, ale aj príčinu sekundárnej osteoporózy. V prípade novovzniknutých a výrazne bolestivých fraktúr stavcov sú indikované minimálne invazívne chirurgické metódy ako vertebroplastika a kyfoplastika. Pacientovi veľmi rýchlo prinášajú úľavu od bolesti a umožnia včasnú rehabilitáciu [7].

Zápalové reumatické ochorenie chrbtice – séronegatívne spondyloartritídy

Ankylozujúca spondylitída (AS) je chronické, zápalové reumatické ochorenie, pre ktoré je typická zápalová bolesť, ktorá neúfícha v pokoji, v noci a pacient trpí rannou stuhnutosťou. Predilekčne postihuje axiálny skelet a primárnym miestom zápalu sú miesta inzercie šliach a ligamentu na kosť. U mladých ľudí postihuje prevažne mužov. Patrí k skupine spondyloartritíd, ktoré majú spoločné príznaky ako familiárny výskyt, častý výskyt antigénu HLA-B27, tendencia ku vzniku sakroileitídy či spondylitídy, periférne asymetrické oligoartritídy, entezitídy, daktylitídy a mimoskeletálne postihnutia [8]. V diagnostike využívame kritériá ASAS na diagnostiku spondyloartritíd [9].

Na ankylozujúcu spondylitídu myslíme u pacienta s chronickou zápalovou bolesťou chrbtice, ktorá je definovaná podľa kritérií ASAS ako bolesť s postupným začiatkom, zlepšujúca sa po rozcvičení, bez zlepšenia v pokoji, bolesť je prítomná hlavne v noci, vek pacienta do 40 rokov. K základným klinickým preja-

vom okrem zápalovej bolesti patrí obmedzenie rozvíjania chrbtice a expanzie hrudníka, akútna predná uveitída alebo iné mimoskeletálne príznaky. Často sa spája so psoriázou, idiopatickými črevnými zápalmi a reaktívnou artritídou. Charakteristická je dobrá odpoveď na protizápalové dávky nesteroidových antireumatík.

Najčastejšie sa uvádza prevalencia v populácii 0,1 %. Etiopatogenéza nie je úplne známa. Uplatňujú sa faktory genetické, faktory vonkajšieho prostredia, nie je vylúčený vplyv infekcie. Najvýznamnejší genetický faktor je antigén HLA-B27. Vyskytuje sa pri ankylozujúcej spondylitíde v 90 – 95 %.

Typický príznak pri fyzikálnom vyšetrení je obmedzené rozvíjanie chrbtice, pri pokročilej forme zväčšená, fixovaná hrudná kyfóza, predsun hlavy. Pri vyšetrení pohyblivosti bedrovej chrbtice používame Schoberov test. Mobilita krčnej chrbtice sa zistí pomocou fleche (kolmej) vzdialenosti a vzdialenosti brada-sternum, meraním dychových exkurzií vyšetrujeme pohyblivosť hrudnej chrbtice.

V diagnostike sakroileitídy sa nespoliehame len na RTG snímky, pre-röntgenové štádium vieme zachytiť magnetickou rezonanciou. Pokiaľ je už nález sakroileitídy na RTG, hovoríme o röntgenovom štádiu.

Za základný pilier v liečbe ankylozujúcej spondylitídy sa považujú nesteroidové antireumatiká. Majú rýchly účinok na zníženie bolesti a stuhnutosť v priebehu 48 – 72 hod. Odpoveď na tieto lieky sa používa ako jedno z diagnostických kritérií. Sú účinné hlavne pri axiálnej forme.

Tieto lieky nesú so sebou aj určité riziko nežiaducich účinkov, preto je potrebné danú liečbu podávať individuálne, podľa ostatných komorbidít pacienta, čo najkratší čas.

V liečbe využívame aj iné lieky, a to syntetické alebo biologické lieky modifikujúce chorobu – DMARD, lokálne kortikoidy podľa odporúčania ASA/EULAR pre liečbu ankylozujúcej spondylitídy. V liečbe je nemenej dôležitá rehabilitácia, pravidelné cvičenie, fyzikálna liečba.

Degeneratívne ochorenie chrbtice – artróza

Degeneratívne zmeny chrbtice sú veľmi časté, môžu postihovať všetky anatomicke štruktúry chrbtice, ich rozsah nie vždy koreluje so subjektívnymi ťažkosťami pacientov.

Vznikajú neprimeraným pôsobením síl na segmenty chrbtice, hlavne pri chabom držaní tela, ochabnutosti posturálneho svalstva, po úrazoch, pri dlhodobej fyzickej práci, vrodených abnormalitách a z mnohých iných príčin. Výsledkom môže byť postihnutie intervertebrálnych kĺbov – spondylartróza, spondylóza, následne deformity chrbtice – skoliózy, vznik osteofytov. Často dochádza ku diskopatiám, herniáciám disku, deformačnej spondylóze, čo sprevádzajú bolesti chrbtice mechanického typu, kolísavej intenzity. Bolesti sú časté v stredných a starších vekových skupinách, nie je prítomná ranná stuhnutosť, sú horšie v druhej polovici dňa, zhoršujú sa cvičením, sú často viazané na dlhé státie, sedenie.

Prejavy degeneratívneho postihnutia chrbtice sú rôzne podľa stupňa postihnutia jednotlivých štruktúr a môžu sa prejavovať radikulopatiou, myelopatiou, neurogennými klaudikáciami a pod.

Liečba je jednak nefarmakologická (režimové opatrenia, cvičenie, fyzikálna liečba, protetické a asistenčné pomôcky) a farmakologická. Z farmakologickej sa ako liek prvej voľby používajú nesteroidové analgetiká (NSA), ktoré sa podávajú lokálne alebo systémovo [10]. Táto liečba je však limitovaná závažnými gastrointestinálnymi a kardiovaskulárnymi nežiaducimi účinkami, preto je potrebné dbať na výber bezpečného lieku a podávanie NSA v čo najkratšom čase a v najnižších dávkach. K tomu môže prispieť aj vhodne volená terapia inými analgetikami a adjuvantná terapia [11].

Adjuvanciá (koanalgetiká) sú látky, ktoré modulujú vnímanie bolesti, čím zosilňujú účinok základných analgetík, pričom niektoré z nich majú aj vlastný analgetický účinok ako napríklad vitamíny skupiny B ($B_1 + B_6 + B_{12}$) [11].

Ako pri zápalových, aj pri degeneratívnych ochoreniach chrbtice, ktoré sú

často kombinované, môže pomôcť kombinácia NSA s vysokodávkovanými vitamínmi skupiny B, kde je lepší analgetický efekt oproti monoterapii [12]. Analgetický účinok kombinácie NSA a vysokodávkovaných vitamínov skupiny B je lepší a rýchlejší, pričom dĺžka liečby je skrátená už pri zníženej dávke NSA, čím sa minimalizujú nežiaduce účinky NSA [13–15].

ZÁVER

Reumatológ sa stretáva vo svojej klinickej praxi denne s bolesťou chrbta, ktorá môže mať rôznu etiológiu, či už kompresie stavcov pri osteoporóze, rôzne zápalové ochorenia axiálneho skeletu alebo degeneratívne ochorenia rôznych štruktúr chrbtice.

Včasná diagnostika, diferenciálna diagnostika a adekvátna liečba dokáže dnes výrazným spôsobom ovplyvniť priebeh všetkých ochorení chrbtice a zlepšiť tak kvalitu života pacientov. Ako základná analgetická liečebná modalita je v reumatologickej ambulancii veľká škála nesteroidových analgetík. Jednou z možností zvýšenia ich analgetického účinku je kombinácia s vysokodáv-

kovanými vitamínmi skupiny B, ktoré aj samotné majú preukázaný analgetický účinok. Ich kombinácia s NSA môže pozitívne ovplyvniť dĺžku liečby, redukovať dávku nesteroidového analgetika a minimalizovať jeho nežiaduce účinky

Literatúra

1. Andersen GB. Epidemiologic features of chronic low back pain. *Lancet* 1999; 354(9178): 581–585. doi: 10.1016/S0140-6736(99)01312-4.
2. Deyo RA, Weinstein JN. Primary care: Low back pain. *N Engl J Med* 2001; 344(5): 363–370. doi: 10.1056/NEJM200102013440508.
3. Payer J, Killinger Z a kol. Osteoporóza. 1.vyd. Bratislava: Herba 2012: 131.
4. Payer J, Killinger Z a kol. Osteoporóza. 1.vyd. Bratislava: Herba 2012: 28.
5. van Staa TP, Leufkens HG, Abenhaim L et al. Use of oral corticosteroids and risk of fractures. *J Bone Miner Res* 2000; 15(6): 993–1000. doi: 10.1359/jbmr.2000.15.6.993.
6. Payer J, Brazdilova K, Jackuliak P. Management of glucocorticoid-induced osteoporosis: prevalence, and emerging treatment options. *Drug Healthc Patient Saf* 2010; 2: 49–59.
7. Payer J, Killinger Z a kol. Osteoporóza. 1.vyd. Bratislava: Herba 2012: 2017.
8. Pavelka K, Vencovský J a kol. *Revmatologie*. Praha: Maxdorf 2012: 287.
9. Rudwaleit M, van der Heijde, Landewé R et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial

spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009; 68(6): 777–783. doi: 10.1136/ard.2009.108233.

10. Zochling J, van der Heijde D, Burgos-Vargas R et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65(4): 442–452. doi: 10.1136/ard.2005.041137.
11. Grofik M. Bolesť chrbta – možnosti farmakologickej intervencie. *Prakt lekár* 2018; 8(4): 165–167.
12. Pavelka K, Vencovský J a kol. *Revmatologie*. Praha: Maxdorf 2012: 466.
13. Mibielli MA, Geller M, Cohenetal JC et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. *Curr Med Res Opin* 2009; 25(11): 2589–2599. doi: 10.3111/13696990903246911.
14. Magaña-Villa MC, Rocha-González HI, Fernández del Valle-Laisequilla C et al. B-vitamin mixture improves the analgesic effect of diclofenac in patients with osteoarthritis: a double blind study. *Drug Res* 2013; 63(6): 289–292. doi: 10.1055/s-0033-1334963.
15. Vetter G, Brüggemann G, Lettko M et al. Verkürzung der Diclofenac. Therapie durch B-Vitamine. *Z Rheumatol* 1988; 47(5): 375–362.

MUDr. Soňa Tomková, PhD.

MUDr. Zuzana Lörinczová

Interná klinika LF UPJŠ Košice

Nemocnica Košice-Šaca

sona.tomkova@nemocnicasaca.sk