

„Low back pain”

Dr. Banczerowski Péter – dr. Benoist György

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet

Az ún. „low back pain”, más néven derékfájdalom vagy lumbágó rendkívül gyakran előforduló kórkép. Irodalmi adatok szerint a felső légúti fertőzéseket követően a második leggyakoribb ok, mely miatt a betegek orvoshoz fordulnak. Annak esélyét, hogy az ember élete során legalább egyszer előfordul minimálisan egy hétig tartó derékfájdalom, 60-90%-ra becsülik.

Az Egyesült Államokban a derékfájás 5,4 millió amerikai tesz munkaképtelenné, és ez évente közel 20 milliárd dollár költséget jelent a gazdaságnak. A betegségcsoportnak mind az átmeneti munkaképesség-csökkenésben, mind a rokkanttá válásban nagy szerepe van.

Az orvosi szakirodalom rendkívül kiterjedten foglalkozik a témakörrel (csak 2006 első félévében száz-nál több publikáció jelent meg a témában a nemzetközi orvosi folyóiratokban), emellett számos, a laikusok számára is hozzáférhető internetes oldal áll rendelkezésre (pl. www.derekfajas.lap.hu, www.hazipatika.com).

A derékfájdalom kiváltó oka 85%-ban ismeretlen marad, kb. 1-3%-ban áll a háttérben ágyéki porckorong-sérv. Gyöki tünet az eseteknek csak 1%-ában alakul ki.

Jó prognózis jellemzi, 89-90%-ban egy hónapon belül javul konzervatív kezelésre, számos esetben kezelés nélkül is.

Akut „low back pain”, avagy heveny derékfájdalom (hat héten belül múlt panaszok)

A derékfájós beteg vizsgálatakor fontos az anamnesztikus adatok részletes felvétele, illetve a fizikális vizsgálat, ezen túl, amennyiben szükséges, képalkotó és eszközös diagnosztikai vizsgálatok végzése. A képalkotó eljárások közül a röntgenvizsgálat szerepe továbbra is fontos, könnyen hozzáférhető, költséghatékony, de diagnosztikai értéke korlátozott. Az MRI-vizsgálat szinte az első választandó képalkotó diagnosztikai eszköz, azonban szükséges a megfelelő indikáció felállítása. Ezzel párhuzamosan a CT-vizsgálat szerepe módosulóban, visszaszorulóban van, elsősorban a csontszerkezeti eltérések diagnosztikájában (pl. trauma), a műtéti tervezésben hasznos. Operált gerinc esetében, amennyiben képalkotó vizsgálatra van szükség, MRI a választandó módszer.

Az akut derékfájdalmak többségét a gerincet érintő degeneratív eltérések, a porckorongok ún. kopásos elváltozásai, a kísízületek ízületi felszíneinek károsodásai, az ízületi tokok és szalagok feszülése vagy myalgia okozza.

A derékfájdalom társulhat idegrendszeri tünetekkel. Radicularis tünet esetén legtöbbször ágyéki **porckorong-sérv** (1. ábra) áll a panaszok háttérében. Neuralis kompresszió miatti göctünetek kialakulásakor haldéktalan kivizsgálás, a beteg neurológiai osztályra irányítása javasolt. Sürgősséget igénylő göctünetként értékelhető a **cauda szindróma**, mely paraparesisből, széklet-vizelet szabályozási zavarból (vizelet-elakadás vagy ún. túlfolyásos incontinencia), továbbá ún. lovaglónadrág típusú érzészavarból áll. Sürgető tünet a lábfej dorsal- vagy plantarflexiós **paresisének** hirtelen kialakulása. Képalkotó vizsgálattal igazolt, a kialakult tünetekkel ok-okozati összefüggésben álló kóros elváltozás esetén (általában porckorong-sérv vagy daganat) ezen kórképek sürgős idegsebészeti beavatkozást igényelnek. Az eltelt idő függvényében a kialakult tünetek visszafordíthatatlanná válhatnak, vagy a rehabilitációs időszak jelentősen megnyúlhat.

A derékfájdalom ritkább okai

Pihenésre nem szűnő, többnyire egy hónapnál tovább fennálló, konzervatív kezelésre nem reagáló fájdalom, daganatos kórelőzmény, egyidejű fogyás, 50 év feletti életkor esetén **gerincdaganat** lehetősége merül fel. Gyanú esetén röntgen, MRI végzése javasolt. A daganat elhelyezkedhet a gerinc-csatornában intraduralisan, ezek többnyire jóindulatú elváltozások (pl. neurinoma, meningeoma) vagy extraduralisan, a csontszerkezetet érintve (leggyakoribb előfordulási hely), melyek többnyire rosszindulatú daganatok áttétei (2. ábra), de lehetnek jóindulatú, csontot érintő daganatok is (pl. osteomák). Fontos felhívni a figyelmet, hogy fiatalkori krónikus derékfájdalom, kényszertartás háttérben

intraduralis tumor (pl. cauda ependymoma) állhat neurológiai tünet kialakulása nélkül is (MRI).

Fertőzések-gyulladásos gerincelváltozások lehetősége merül fel kifejezett mozgáskorlátozottságot okozó derékfájdalom kialakulásakor, különösen cukorbeteg, immunszupprimáltak, HIV-fertőzöttek, iv. drog-használók, alkoholisták esetében, továbbá gerincműtét után, pyelonephritist, prosztataműtét után jelentkező húgyúti infekciót, a bőr gyulladásos elváltozásait követően, elsősorban furunculus után. Formáit tekintve lehet **discitis, epiduralis abscessus, osteomyelitis** (3. ábra). A láz nem feltétlenül jellemző tünet, leginkább abscessus vagy osteomyelitis esetén észlelhető. Gyanú esetén röntgen, MRI végzése javasolt. A gyulladásra jellemző laboratóriumi paraméterek az esetek többségében emelkedettek.

Nem fertőzések eredetű gyulladás is gyakran áll a panaszok hátterében. A sacroileitis az esetek egy részében spondylarthritis ankylopoetica (M. Bechterew) részjelensége. Reggeli derékmereség, csípőízületi fájdalom és duzzanat jellemzi, mely pihenésre nem szűnik. Negyven év alatti férfiakban gyakran a kórkép kialakulásának bevezető tünete.

A **patológiás csigolya-összeroppanás** lehet osteoporotikus eredetű; elsősorban idősebb korban, ismert csonttrikulás esetén vagy krónikus szteroidkezelés alatt állókban gyakoribb. Patológiás törést a csontszer-

kezetet gyengítő daganatos elváltozások is létrehozhatnak [általában metasztatikus daganatok (2. ábra)]. Gyanú esetén röntgen, MRI végzése javasolt.

Traumás csigolya-összeroppanás (4. ábra) fiatalabb korban leggyakrabban közlekedési balesetet, magasból esést vagy a hátat közvetlenül ért traumát követően alakul ki. Idősebbekben kisebb esések után, nehéz tárgyak emelését követően is jelentkezhet. Gyanú esetén röntgen, CT végzése javasolt.

Ritkán kialakulhat **epiduralis haematoma**, elsősorban antikoagulált, thrombocytopeniás betegekben vagy spinalis érmalformáció megrepedésekor.

A derék irányába sugárzó heveny fájdalmat okozhatnak **belső szervek megbetegedések** is. Ilyen kórkép lehet pl. az aortadissectio, a hasnyálmirigy gyulladásos vagy tumoros elváltozása, epehólyag-gyulladás, a vese és a kismedencei szervek megbetegedései, nőgyógyászati kórképek. Ezek általában atípusos, nem terhelésre jelentkező fájdalmat okoznak, pihenésre nem szűnnek.

Szubakut „low back pain”

(hat héten túl fennálló panaszok)

A derékfájdalmak 10%-a tart hat hétnél tovább. Szóba jöhetnek az akut derékfájdalomnál felsorolt kórok is, de differenciáldiagnosztikai szempontból fontosak az alábbiak:



1. ábra L. IV.–V. közötti porckorongszerv (sagittalis MRI-felvétel)

2. ábra Az L. II. csigolyatest áttétes daganata és következményes patológiás törése (sagittalis MRI-felvétel)



3. ábra L. IV.–V. spondylodiscitis, epiduralis tályogképződés (sagittalis MRI-felvétel)

4. ábra Az L. I. csigolya traumás törése (oldalirányú röntgen- és sagittalis MRI-felvétel)

- Pihenésre nem szűnő fájdalmak esetén osteomyelitis, discitis (különösen, ha lázzal és emelkedett, gyulladásra jellemző laboratóriumi paraméterekkel jár) vagy a gerinc daganatos elváltozása jön szóba.
- Röntgenfelvétel (vagy CT, MRI) ábrázolhat számos olyan, döntően degeneratív eltérést, amely lehet a fájdalom forrása, de ugyanezen elváltozások megfigyelhetők tünetmentes betegekben is. Ilyen elváltozás a **spondylolisthesis** [az ágyéki gerincsigolyák egymáshoz viszonyított elcsúszása (5. ábra)], ún. segment-instabilitás kialakulása, továbbá az ágyéki gerincsigolyák peremszélein lévő **osteophyták** jelenléte, **gerinccsatorna-szűkület** (6. ábra) vagy Schmorl-hernia-képződés (a tünetmentes betegek 19%-ában észlelhető).

Krónikus „low back pain” (három hónapon túl fennálló panaszok)

A betegek mindössze 5%-ának vannak három hónapon túlnyúló panaszai. Morfológiai diagnózis ezen betegek mindössze 50%-ában lehetséges. A differenciáldiagnosztika szempontjából az előzőekben felsorolt kórok is lehetségesek, de leggyakrabban **degeneratív elváltozások** (spondylolisthesis, gerinccsatorna-szűkület – gyakori jellemző tünete a fájdalom mellett a spinalis claudicatio –, polydisco-



5. ábra Az L.V. csigolyatest
retrolisthesis következményes
lépcsőképződéssel az L.IV.-L.V.
és L.V.-S.I. között (sagittalis
MRI-felvétel)

6. ábra Az L. IV.-V. közötti gerinccsatornaszűkület (sagittalis MRI-felvétel)

pathia), **spondylarthropathiák** (spondylarthritis ankylopoetica, Paget-kór gerincmanifesztációja), valamint **pszichés és szociális faktorok** állnak a háttérben. Érdeemes rákérdezni a beteg munkahelyi viszonyaira, arra, hogy érdekelt-e táppénzes állományban való maradásban, a leszázalékolási törekvésekre, nincs-e a háttérben zajló peres viszony, családi konfliktus, drog- vagy alkoholfüggőség, depresszió. Amerikai irodalmi adatok szerint az iskolázottság alacsony foka, a rosszul fizetett munka vagy a munka hiánya egyenes arányban van a panaszok hosszú távú perzisztálásával.

Krónikus derékfájdalmat okozhatnak a különböző okok miatt kialakult gerincerődülések, a **scoliosisok**, a többszöri gerincműtétet követően jelentkező ún. **„failed back”** szindróma.

A kezelés elvei

Műtéti megoldás

A kezdeti időszakban a konzervatív kezelési módszerek javasoltak.

Kivételt képeznek a sürgős kivizsgálást és műtétet igénylő kórképek, melyekben cauda equina szindróma, progresszív neurológiai tünetek, lábfejparesis, vegetatív zavarok (általában vizeletindítási nehezítettség vagy túlfolyásos incontinentia) alakulnak ki. Sürgős műtétet igényel az epidurális abscessus vagy haematoma (ritka).

Idegsebészeti véleményezés (általában műtéti beavatkozás) szükséges a gerinc daganatos megbetegedései esetében. A traumás csigolya-összeroppanás legtöbbször műtétet igénylő kórkép. Osteoporotikus fractura esetén a lokális fájdalom miatt szóba jön az összeroppanó csigolya csontcementtel történő feltöltése (vertebroplasztika), ha a gyógyszeres fájdalomcsillapítás nem hatékony. Egyes esetekben műtéti megoldás is szóba jön.

A gyógyszeres kezelésre nem reagáló, tűrhetetlen fájdalom-szindróma (konzervatív kezelés nélkül is), kimutatott, a panaszokat magyarázó degeneratív eltérés esetén relatív műtéti indikáció. Ez azonban nem gyakori. Műtéti megoldás jön szóba olyan degeneratív kórképekben, amelyek konzervatív kezelésre nem kellően javuló klinikai képet mutatnak. Ez általában 4-8 hét alatt eldől. (A panaszokkal ok-okozati összefüggésben lévő kimutatott kóros eltérések pl. porckorong-sérv, gerinccsatorna szűkület.)

Gyulladásos kórképek fennállásakor (discitis, osteomyelitis) ágyynyugalom, hosszú távú (akár több hónapos) antibiotikum-kezelés ajánlott. Gyógyszeres kezelésre nem reagáló, erős fájdalommal társuló esetekben műtét szóba jön.

Krónikus, konzervatív kezelésre nem javuló fájdalom fennállásakor (és amennyiben oki sebészi kezelés nem jön szóba) neurostimulátorok és intrathecalis gyógyszeradagoló pumpák beültetése is lehetséges (pl. failed back szindróma, arachnoiditis).

Konzervatív kezelés

Ágyynyugalom

Derékfájdalommal járó panaszok miatt a betegek többsége nem igényel ágyynyugalom, erősebb fájdalom vagy radicularis tünetek esetén 2-4 nap pihenés javasolt. Irodalmi adatok szerint a négy napnál hosszabb ágyynyugalom rosszabb hatású, mint a fokozatos visszatérés a normál aktivitáshoz.

Életmódváltás

Hosszabb távon olyan – elfogadható szintű és mértékű diszkomfort melletti – fizikai aktivitás kialakítása szükséges, mely a beteg napi tevékenységét lehetőleg csekély mértékben befolyásolja. Átmenetileg javasolt a nehéz súlyok emelésének limitálása, a hosszú távú ülés, hajlongás tilalma.

Gyakorlatok (fizioterápia része)

Az első két hétben olyan gyakorlatok végzése javasolt, melyek mérsékelten terhelik a gerincet (pl. séta, úszás). A későbbiekben a törzs izomzatának erősítésével (hát-, hasizomzat) járó gyakorlatok végzése ajánlott, lehetőleg szakszemélyzet, gyógytornászok által betanított módon. Degeneratív gerincbetegségben szenvedő betegeknek a gerinctorna önálló végzése rendszeresen ajánlott panaszmentes állapotban is. Manuálterápia hasznos lehet az akut, radiculopathia nélküli derékfájdalom esetében. A húzókezelések (tractio) szerepe erősen korlátozott.

Gyógyszeres kezelés

Kezdetben, kúraszerűen, rövid távon ajánlott non-steroid (NSAID) készítmények adása. A gastrointestinalis traktus kímélete miatt a szelektív COX2 készítményeket helyezik előtérbe. Kifejezett fájdalom esetén szükség lehet eltérő vegyületcsoportokhoz tarto-

zó fájdalomcsillapítók adására, esetenként opioid-származékokra (2-3 hétnél tovább nem javasolt). Az izomlazítók alkalmazásának kérdésében nincs egységes álláspont, többnyire NSAID készítményekkel együtt adják (hatása egyértelműen nem bizonyított). Mellékhatásként vérnyomásesés lehetséges. Orális szteroidterápia nem javasolt, intravénás ún. „ischias” infúziós kezelés alkotóelemeként használatos.

Epiduralis injekciós kezelés hatásosságáról nincsenek meggyőző vizsgálati eredmények. Szelektív kateterizációs technikák, ún. kanülkezelések fájdalom ambulancia szakmai keretei között, szelektált esetekben megkísérélhetők.

Segédeszközök

Medenceszorító öv vagy corsette alkalmazásának hatásossága akut fájdalomban nem bizonyított, profilaktikusan alkalmazva lehet jó hatású. Derékfájdalomban a TENS készülék használata statisztikailag szignifikánsan nem bizonyított.

Degeneratív kórképekben az ismertett konzervatív kezelési módszerekre rövid távon nem javuló lokális vagy radicularis fájdalom esetén célszerű a beteg reumatológiai szakvéleményezése, komplex intézményi keretek között végzett fiziobalnearterápiás kezelése.

Összefoglalás

Az akut és sokszor a krónikus derékfájás kivizsgálása, kezelése döntően a háziorvos kezében van. Az esetek többségében a panaszok hátterében egyszerű okok állnak, melyek konzervatív kezelésre jól reagálnak, ugyanakkor fel kell ismerni a sürgősségi ellátást igénylő tüneteket, valamint gondolni kell súlyosabb kórképek lehetőségére is. A krónikus derékfájdalom jelenléte mellett megjelenhetnek új panaszok és tünetek, mely miatt újabb kivizsgálás, az addigi kezelés módosítása válhat szükségessé. ◆

IRODALOM:

- Brox JI et al: Lumbar instrumented fusion compared with cognitive intervention and exercises in patients with chronic back pain after previous surgery for disc herniation: A prospective randomized controlled study. *Pain* 122:145-155, 2006
- Greenberg MS (ed): Handbook of neurosurgery. Greenberg Graphics, Inc., Lakeland, Florida, 1997, pp. 169-198, 933-935
- Tóth J: Gerinciskola. Biogal Gyógyászati Rt., 1995
- Kumar K et al: Spinal cord stimulation in treatment of chronic benign pain: Challenges in treatment planning and present status, a 22-year experience. *Neurosurgery* 58:481-496, 2006
- Palmer JD (ed): Manual of neurosurgery. Churchill Livingstone, New York, 1996, pp. 757-774
- Szirmai I (szerk): Neurológia. Egyetemi tankönyv. Medicina, Budapest, 2001, pp. 627-632