

BOLESTI ZAD

doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc.

Neurologické oddělení, Nemocnice Na Homolce, Praha

Bolesti zad patří mezi jednu z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti. Řada poruch je funkčních a upraví se po odeznění provokujícího faktoru (nadměrná a jednostranná zátěž páteře, excesivní cvičení, počínající infekční choroba apod.). Projevují se jako prosté bolesti zad (akutní blokády krční a hrudní, lumbalgie). Léčba je farmakologická (paracetamol, NSA, lokální obštriky) a rehabilitační. Je třeba rozpoznat stavy, které pacienta potenciálně ohrožují (koncepte tzv. „červených praporků“). Dochází-li k dráždění nervových struktur (mišňí kořeny, mícha), je třeba ve spolupráci se specialistou vyšetřit příčinu potíží. Alarmující jsou neustupující kruté bolesti zad, recidivující těžké blokády zad, bolesti vyzařující do končetin a prstů, nastupující svalové oslabení včetně poruchy citlivosti, poruchy močení a chůze. K základní morfologické diagnostice patří rentgenové vyšetření páteře. Běžné vyšetření krve a základní vyšetření moče jsou samozřejmostí. Rozsah komprese nervových struktur a její tíži posoudí neurolog a doporučí konzervativní nebo operační léčebný postup. Deprese a úzkost často doprovázejí chronické a recidivující bolesti zad. Význam mají psychosociální faktory.

Klíčová slova: akutní bolesti zad, funkční poruchy, radikulární syndrom, degenerativní změny páteře, chronické bolesti zad.

Med. Pro Praxi 2007; 3: 124–127

Úvod

Bolesti zad jsou jedním z nejčastějších problémů, které řeší lékaři první linie. Téměř každý člověk se během svého života setká s touto obtíží. Často je důsledkem degenerativních změn na páteři, které postihují značnou část populace již v produktivním věku. Rentgenologicky lze prokázat cervikální spondylózu a spondylartrózu až u 70% osob v pátém deceniu a mezi 60–65 lety až u 95% jedinců (4). Tento nálezný artritických změn na páteři však neznamená jednoznačnou souvislost s obtížemi pacienta. Většina akutních problémů (krční a hrudní blokáda, lumbalgie apod.) jsou benigní povahy a spontánně do několika dnů až týdnů odeznívají. Důležité je odlišit menší procento nemocných se závažnou poruchou degenerativního nebo nede degenerativního původu, která pacienta potenciálně ohrožuje komplikacemi až letálním koncem. V současné době se uvádí koncepte tzv. „červených praporků“ („red flags“) (1, 5, 6, 8), která znamenají vytipování těchto varovných příznaků, jejichž přítomnost zvyšuje riziko závažného onemocnění páteře či vnitřních orgánů nebo postižení nervového systému. Na základě zjištěných příznaků je třeba odeslat k dalšímu vyšetření specialistovi (neurolog, internista, gynekolog, urolog, revmatolog, ortoped apod.). U akutních bolestí zad se uvádějí tyto rizikové faktory (1, 3, 5):

- věk nad 50 let a pod 20 let (podezření na tumor), věk nad 70 let (podezření na zlomeninu obratle – trauma, osteoporóza, metastáza nebo primární tumor)
- v anamnéze nádorové onemocnění (metastáza), chronická infekce ledvin, plic, kůže (infekční komplikace) nebo jiné závažné interní onemocnění (např. diabetes mellitus – infekční komplikace)
- dlouhodobá imunosupresivní léčba (trauma, infekce), intravenózní aplikace drog (infekce)

- invazivní výkon na páteři (lumbální punkce, periradikulární obštrik, epidurální katétr) včetně operace
- úbytek váhy, teploty (tumor, infekce)
- v anamnéze trauma
- výrazné intenzivní lokální bolesti, klidové a noční bolesti (tumor, infekce), bolesti provokované stojem a zlepšující se vsedě, lokalizované bolesti v oblasti hrudní páteře, výrazná lokální palpační bolest obratle nebo meziobratlového prostoru, bolesti (mírnější intenzity) neustupující do 1 měsíce.

Dělení bolestí zad

Většina diagnostických doporučení (2) dělí akutní bolesti zad a páteře podle přítomnosti nebo nepřítomnosti varovných příznaků („červené praporky“) a poruch nervového systému do 3 skupin:

- prosté, nespecifické bolesti zad (obvykle bez jasně organického podkladu)
- bolesti zad, vyvolané závažným organickým onemocněním páteře (infekce, tumor, trauma)
- bolesti kořenové (nejčastější příčinou bývá komprese).

Další diagnostický postup je zvolen podle zařazení pacienta do některé z těchto skupin. Prosté bolesti zad patří do péče praktického lékaře, zatímco komplikované případy s potenciálním postižením nervového systému patří do rukou specialisty.

Prosté bolesti zad

Typické obtíže, se kterými pacienti přicházejí do ambulance praktického lékaře, jsou akutní krční blokáda, bolesti mezi lopatkami a akutní lumbago. Záleží samozřejmě na intenzitě bolesti a rozsahu poruchy. Lehčí obtíže je možné řešit ambulantně.

Důležitá je anamnéza a klinické vyšetření. Je potřeba se zeptat, jak obtíže vznikly (např. bolest vznik-

lá po zvednutí břemene, po nadměrné fyzické námaze, po pádu na záda, v souvislosti s infekcí apod.). Ptáme se na charakter bolesti (trvalá, záchvatovitá, noční, šlehavá, tupá), lokalizaci (vyzařování do končetin a prstů, lokální bolest), závislost na poloze těla a páteře, na typickou ulevující polohu apod.

Akutní krční ústřel vzniká při náhlém prudkém pohybu hlavou (zejména do rotace), při nuceném držení hlavy (např. opakovaným nošením břemene na jedné straně apod.), po prochlazení nebo nevhodnou polohou při spaní. V klinickém obraze je patrná blokáda krční páteře s omezením pohyblivosti všemi směry a s anomálním držením (často úklon na jednu stranu). Jsou přítomné svalové spazmy a lokální bolestivé body zejména v oblasti svalových úponů. Hrudní blokády jsou lokalizované v relativně více pohyblivých částech hrudní páteře, tj. v horní části, kde je přechod mezi krční a hrudní páteří, a v dolní části, tj. v oblasti přechodu do bederního úseku. I zde je často příčinou vzniku vadného držení páteře při práci, přetížení, prudký rotační pohyb, nevhodné spaní. Časté jsou také sdružené blokády kostotransverzálních a sternokostálních skloubení, tedy obratlů a žeber. Akutní bolesti v oblasti bederní páteře (lumbago) vznikají po výrazném předklonu s rotací nebo prudkém zvednutí těžkého břemene z předklonu.

Podkladem většiny těchto akutních bolestí páteře je natažení nebo natržení svalových vláken, vazivových úponů a svalové fascie. Objevují se blokády v intervertebrálních kloubcích, může dojít i k jejich výraznějšímu poškození. Prudkou rotací se může poškodit meziobratlová ploténka a dochází k jejímu vyhrěznutí. To je nejčastější v oblasti bederní páteře. Svalové spazmy postihují hlavně ochablé a netréňované svaly (paravertebrální a šíjové), vzniká v nich edém s metabolickými změnami, které vyvolávají bolesti.

Základní diagnostické postupy u prostých bolestí zad

U akutní prosté nespecifické bolesti zad se v prvních týdnech obtíží provádění zobrazovacích metod nedoporučuje (2, 5). Je ale vhodné ho doplnit po odeznění akutního stadia. Prosté bolesti zad mají nekomplikovaný průběh s tendencí se upravit spontánně nebo zmírnit léčbou do 2–4 týdnů od vzniku. Pacient by měl být kontrolován v první fázi častěji (např. po 3–5 dnech) a dále podle obtíží. Při výskytu varovných příznaků („červené praporky“) v jakékoli fázi obtíží je nutné vždy provést rentgenové vyšetření páteře, kyčlí a pánve (k vyloučení fraktury, zánětu či nádoru a k určení rozsahu degenerativních změn páteře, posunu obratlů s případnou nestabilitou), základní laboratorní vyšetření séra (FW, krevní obraz, C-reaktivní protein) a moče.

Bolesti zad s potenciálním ohrožením nervového systému

Nejčastějším odborným konzultantem v těchto případech bývá neurolog. V případě podezření na poruchu nervového systému je třeba si všimnout zejména těchto varovných příznaků:

- u kořenové léze: intenzivní bolesti, které vyzařují v příslušném dermatomu (do horní a dolní končetiny, na hrudníku) a nereagují na běžnou analgetickou léčbu, přítomnost pozitivních napínavých manévru na končetinách, výskyt snížené citlivosti nebo svalové oslabení na končetině (např. zhoršení stoje na patě – postižení kořene L5, nebo na špičce – postižení kořene S1)
- u syndromu kaudy: intenzivní kořenové bolesti v dolních končetinách, poruchy sfinkterů (např. častější nucení na močení) a sexuálních funkcí, poruchy sedlovitého (perianogenitálního) citu a poruchy citu na končetinách v příslušných dermatomech, oslabení dolních končetin (chabá paraparéza)
- u míšní komprese: porucha citlivosti na končetinách a trupu, svalové oslabení (smíšená kvadruparéza, spastická paraparéza) se zhoršením chůze (ztuhlost, neobratnost, slabost), mohou být lokální bolesti kolem páteře.

V diferenciální diagnostice přicházejí do úvahy přenesené bolesti (pseudoradikulární), pro něž je typická projekce bolesti do podobných lokalizací jako kořenové dráždění, ale příčinou není dráždění kořene ve foramen nebo v páteřním kanále. V oblasti bederní páteře jde o koxalgie, blokády sakroiliakálního skloubení nebo o syndrom hypertonu pánevního dna (6). Nelze opomíjet i přenesenou bolest nekořenového charakteru z dráždění nebo blokády facetových (zygapofyzeálních) kloubků na páteři. Do oblasti zad se mohou propagovat i viscerální bolesti vznikající

postižením vnitřních orgánů: ledvin a urogenitálního traktu, tlustého střeva a konečníku, dělohy a vaječníků, abdominální aorty či ilických tepen. Tyto bolesti bývají nespecificky lokalizované.

Urgentní neurologická konzultace musí být v případě rozvoje míšního postižení nebo syndromu kaudy. Při nálezů komprese (výhřezem disku, zhroucením metastatického obratle, tlakem nádoru apod.) je řešením akutní operace.

Terapie prostých bolestí zad

Patří lékařům první linie. Ti by měli pacienta v první řadě uklidnit a poučit, že tyto nekomplikované akutní bolesti mají dobrou prognózu, co se týče závažnosti poruchy i relativně rychlého odeznění obtíží. Je však třeba upozornit na to, že se tyto potíže mohou opakovat. V první řadě je potřeba vynechat provokující momenty (nadměrná zátěž, jednostranné přetěžování apod.), které byly na počátku vzniku bolesti. Pohybový režim je důležité upravit, ale v některých případech (například bederní nebo krční blokáda) je vhodný krátkodobý klid na lůžku, případně krční límec. Brzy je potřeba pacienta zapojit do běžných denních aktivit, aby nedošlo k chronicitě obtíží. Nutná je prevence, zejména redukce váhy, vhodný pohybový režim, kompenzační cvičení, úprava pracovního místa a péče o zdravé spaní.

Algoritmus farmakoterapie běžné akutní bolesti je možné nalézt na webových stránkách ČLS JEP nebo v Metodických pokynech pro farmakoterapii bolesti (7). Jako lék první volby se doporučuje paracetamol (2) a následně nesteroidní antiflogistika (NSA), kterých je v současnosti na trhu celá řada (diclofenac, indomethacin, ibuprofen, ketoprofen, piroxicam, meloxicam, nimesulid, a další). Paracetamol má pouze analgetický účinek, může se s výhodou kombinovat se slabými opioidy (např. kodeinem nebo tramadolem). NSA jsou i protizánětlivé. Nevýhodou jsou výraznější nežádoucí účinky (žaludeční eroze až ulcerace, bronchospasmus a antiagregační efekt) a hodí se spíše ke krátkodobé léčbě. Myorelaxancia (např. tetrazepam, tizanidin, tolperizon, baklofen, mifenolaxon apod.) je možné podat v úvodu léčby. U akutních stavů s krátkodobým podáváním mají příznivý účinek. U chronické bolesti zad nebyl jejich účinek prokázán. S výhodou lze využít i sedativní efekt myorelaxancií, pokud má pacient problémy se spaním a je výrazně úzkostný. V případě akutní lokalizované bolesti se může použít injekční léčba s lokálním anestetikem – intradermální pupeny nebo obštriky bolestivých bodů (svalové úpony na páteři a lopatce, sakroiliakální skloubení, bolestivé obratlové trny nebo kostotransverzální skloubení apod.).

Podle současné klasifikace Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) se kořenová bolest

řadí mezi bolesti neuropatické. S tím souvisí i její odlišnost ve vnímavosti na farmakoterapii ve srovnání s bolestí zad obecně. Výrazně účinnější než opioidní a neopoidní analgetika jsou léky s membránově stabilizujícími účinky, které inhibují činnost iontových kanálů – lokální anestetika, antiepileptika a do určité míry i tricyklická antidepresiva. Jsou efektivní zejména u chronických neuropatických bolestí. Krátkodobá nárazová vysoká dávka steroidů (např. prednison v dávce 1mg na kg váhy) dobře zabírá u akutních kompresivních kořenových syndromů. Je možné použít lokální léčbu do oblasti kořene (PRT – periradikulární terapie navigovaná pod CT) nebo kloubní facetu (pulzní radiofrekvenční léčba) či epidurální obštrik (např. cestou hiatus sacralis). Tato léčba již patří do rukou specialisty (intervenční rentgenolog, anesteziolog, neurolog).

Důležitý význam má u prostých bolestí zad také léčebná rehabilitace a to zejména v subakutní a chronické fázi. Napomáhá obnově pohybové funkce páteře a učí pacienta vhodné pohybové stereotypy. V rámci fyzioterapie je možné používat reflexní masáže, ultrazvuk, aplikaci tepla a chladu nebo diadynamické proudy. Cvičení je vhodné doporučit po odeznění akutního stadia a má význam jednak léčebný, ale zároveň i preventivní. Pacient si posléze může cvičit sám doma. Doporučuje se posilování ochablých svalů a protahování zkrácených a bolestivých svalů a jejich úponů. V některých případech může pacient udat zhoršení obtíží v rámci rehabilitace. Je třeba doporučit klidový režim a podrobněji vyšetřit příčinu recidivy.

Chirurgická léčba a pooperační stavy

Chirurgická léčba se prostých bolestí zad příliš netýká. Je jednoznačně indikována v případě poruchy nervového systému (útlak kořene nebo míchy) daného progresí degenerativního onemocnění páteře (foraminální stenóza, výhřez meziobratlové ploténky), posttraumatickými změnami (fraktura obratle), infekčními komplikacemi (spondylodiscitida) nebo metastatickým postižením obratle, páteřního kanálu a přilehlých struktur. Provádějí se výkony dekompresní a stabilizační. Používané techniky se od sebe liší podle přístupů a typu postižení (foraminotomie, laminektomie, laminoplastika, somatektomie, apod.). Miniinvasivní výkony (chemická nukleolýza) mají přísná indikační kritéria a jsou vyhrazeny pro degeneraci nucleus pulposus meziobratlové ploténky. Vertebroplastiky se používají např. u kompresivních fraktur obratle při osteoporóze. Nejsou vhodné u fraktur, které mají prominující kostní úlomky do páteřního kanálu. V tomto případě by mohlo dojít k fixaci úlomku s následnou kompresí míchy nebo kořenů. Akutní dekompresní operace je třeba provést co nej-

rychleji u syndromu kaudy (do 24 hodin) a při míšní kompresi (trauma, nádor, epidurální hematom).

Přechod do chronicity

a význam psychosociálních faktorů

Krátce je třeba se zmínit i o významu psychosociálních faktorů u vzniku chronických a recidivujících bolestí zad. Často se u těchto pacientů nenajde strukturální podklad, který by vysvětlil pacientovy obtíže. V této souvislosti se hovoří o tzv. „žlutých praporečích“ („yellow flags“) (5, 8), mezi něž patří vztah k zaměstnání (strach z recidivy, nestimulující pracovní prostředí, oddálený nástup do zaměstnání), k partnerovi (hádky, zhoršení partnerských vztahů), chování pacienta (deprese, úzkost, omezení běžných denních aktivit, pasivita, nadhodnocování bolesti), ekonomické aspekty nemoci (dlouhodobá pracovní neschopnost, špatné interpersonální vztahy, nemožující zaměstnání). Za chronické bolesti se považují ty, které trvají déle než 3–6 měsíců. Chronická bolest je v současnosti považována za biopsychosociální problém, v kterém se biologické, sociální a psychologické faktory v různém poměru vzájemně ovlivňují. Součástí chronické bolesti je často deprese a úzkost. Společný výskyt deprese a bolesti se uvádí u 30–55 % nemocných s chronickou bolestí, u 20–25 % osob je přítomná úzkost. Diagnóza deprese může u pacientů s chronickou bolestí působit obtíže, protože somatické symptomy deprese i bolesti jsou velmi podobné. Velmi dobrý efekt u chronických bolestí (většinou neuropatických) spojených s depresí má podání malé dávky tricyklických anti-depresiv (např. amitriptylin). Je třeba tuto léčbu pečlivě zvážit vzhledem k řadě nežádoucích účinků (sedativní efekt, anticholinergní účinky, kardiotoxicita).

Někdy stačí jen 25–50 mg amitriptylinu večer nebo na noc, v kombinaci s běžným analgetikem podaným během dne. Často se používají selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) (fluoxetin, sertralín, paroxetin, citalopram, escitalopram), které potlačí depresi a úzkost. Mají nízký výskyt nežádoucích účinků a malé riziko předávkování.

K praktickému lékaři se mohou dostavit pacienti po operacích bederní páteře, kteří mají jen malou úlevu a neustále se dožadují lékařského ošetření. Po vyšetření specialistou, který vyloučí další morfologickou příčinu obtíží (recidiva výhřezu disku s útlakem kořene, segmentální nestabilita po dekompresi bez fúze apod.), pak tyto stavy označujeme jako stavy se selháním chirurgické léčby – „failed back surgery syndrome“ (FBSS). Tito pacienti patří do specializovaných ambulancí pro léčbu chronické bolesti.

Závěr

Bolesti zad jsou jedním z nejčastějších problémů, které řeší lékaři první linie. Bývají důsledkem degenerativních změn na páteři, které má většina populace již v produktivním věku. Řada akutních problémů (krční a hrudní blokáda, lumbalgie apod.)

je benigní povahy a spontánně do několika dnů až týdnů odezní. Důležité je odlišit menší procento nemocných se závažnou poruchou degenerativního nebo nedegenerativního původu a odeslat k příslušnému specialistovi (vytipování rizikových faktorů). K základní diagnostice prostých bolestí zad patří rentgenové vyšetření páteře, běžné laboratorní vyšetření krve a základní vyšetření moče. Léčba je farmakologická (paracetamol, NSA, lokální obstrukce) a rehabilitační. Důležitá je prevence. V případě hrozící poruchy nervového systému se volí další intervenční metody včetně operace. Chronické bolesti zad jsou ovlivněny psychosociálními faktory. U chronické bolesti je častý výskyt deprese a úzkosti, která zabírá na antidepresiva a anxiolytika.

Práce byla podpořena grantem IGA MZČR

NR/7773-3.

doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc.

Neurologické oddělení, Nemocnice Na Homolce

Roentgenova 2, 150 30 Praha 5

e-mail: ivana.stetkarova@homolka.cz

Literatura

1. Barsa P, Hackel M. Systém „červených praporečků“ v diagnostice a terapii bolestí zad. *Bolest* 2004; Suppl. 2: 15–19.
2. Bednařík J, Kadaňka Z. Bolesti v zádech. In: Rokyta R, Kršiak M, Kozák J. *Bolest*. Tigris 2006: 484–507.
3. Bednařík J. Akutní bolesti v lumbosakrální oblasti pro praktické lékaře z pohledu neurologa. Doporučený postup české lékařské společnosti JEP. <http://www.cls.cz/>
4. Ellenberg MG, Honet JC, Treanor WJ. Cervical radiculopathy. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75: 342–352.
5. Koes BW, Van Tunder MW, Ostelo R, Buton A, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care. An international comparison. *Spine* 2001; 26: 2504–2514.
6. Mečíř P. Radikulární a pseudoradikulární bolesti dolních končetin – praktické zkušenosti z diagnostiky a léčby. *Med. Pro Praxi* 2006; 5: 236–240.
7. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti. *Bolest* 2004; Suppl. 1: 1–20.
8. Vrba I. Komentář k článku „Systém „červených praporečků“ v diagnostice a terapii bolestí zad“. *Bolest* 2004; Suppl. 2: 27–31.