Anna Kuryliszyn-Moskal

Przychodzi pacjent do lekarza z...

...OSTRYM BÓLEM KRZYŻA

Definicja i klasyfikacja

Ból krzyża definiowany jest jako ból zlokalizowany pomiędzy 12. żebrem a dolnymi fałdami pośladkowymi, któremu może towarzyszyć ból kończyn dolnych. Ostry ból krzyża pojawia się nagle, jest poprzedzony co najmniej 6-miesięcznym okresem bez dolegliwości bólowych i trwa krócej niż 6 tygodni. Stanowi wczesną manifestację choroby, często jednak obserwuje się nawrotowy przebieg dolegliwości. Chociaż jedynie w ok. 10% przypadków można określić konkretną przyczynę bólu, podano jedną z klasyfikacji stosowanych we wstępnej diagnostyce lekarskiej. Obejmuje ona:

- bóle pochodzenia dyskowego – spowodowane mechaniczną niewydolnością krążka międzykręgowego i drażnieniem zakończeń nerwowych przez produkty jego rozpadu oraz uwalniane miejscowo cytokiny prozapalne; charakterystyczna jest sztywność poranna i rozlany ból,
- bóle w przebiegu zmian zwyrodnieniowych stawów i niestabilności – zaczynające się na początku aktywności (bóle „startowe"), a następnie zmniejszające się i ustępujące podczas odciążenia kręgosłupa,
- bóle korzeniowe – będące następstwem ucisku na korzeń nerwu; charakterystyczne jest promieniowanie bólu oraz towarzyszące objawy neurologiczne, jak objaw Lasègue'a, zaburzenia czucia, nierówność lub brak odruchów; ból nasila się podczas ruchu, ale możliwe są też ruchy bezbolesne,
- bóle o typie chromania neurogennego – spowodowane zwężeniem kanału kręgowego i wtórnym niedokrwieniem korzeni rdzeniowych; dolegliwości zmniejszają się podczas ruchów powodujących zniesienie lordozy,
- bóle nowotworowe – nasilające się nocą w pozycji leżącej w wyniku miejscowego przekrwienia i wtórnego pęcznienia krążka międzykręgowego,
- bóle towarzyszące procesowi zapalnemu – pojawiające się w wyniku toksycznego oddziaływania produktów rozpadu tkanek w przebiegu zapalenia; towarzyszy im podwyższona temperatura ciała, nasilają się podczas każdego ruchu, niezależnie od pozycji ciała,
- bóle w przebiegu osteoporozy – pojawiające się miejscowo w wyniku mikrozłamań beleczek kostnych trzonów kręgowych, promieniujące wzdłuż żeber i ustępujące po odciążeniu kręgosłupa,
- bóle naczyniowe – u osób palących, w przebiegu tętniaka aorty,
- bóle spowodowane innymi przyczynami – np. ginekologicznymi, chorobami metabolicznymi, wrodzonymi, psychogennymi.

Epidemiologia

Bóle krzyża stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgłoszeń do lekarza rodzinnego. Przynajmniej jeden epizod bólu krzyża w życiu odnotowano u 65–80% osób w populacji ogólnej, co odpowiada rocznemu występowaniu dolegliwości w granicach 5%. Nawrotowość bólów krzyża rośnie wraz z wiekiem; w wieku produkcyjnym wynosi 20–44%, a w ciągu całego życia wzrasta do 85%.

Patogeneza

Najczęściej, u ponad 90% chorych, jest to ból nieswoisty o nieznanej przyczynie. Przyczyny swoiste to: zakażenia, nowotwory, metaboliczne choroby kości, choroby zwyrodnieniowe, zapalne, wrodzone, urazy, a także tło psychogenne. Patogeneza

bólów krzyża jest złożona i uwarunkowana nie tylko różnorodną etiologią, lecz także czynnikami osobowymi i środowiskowymi. Wspólnym elementem są procesy destrukcyjne i zapalne prowadzące do zmian w tkankach i podrażnienia zakończeń nerwowych włókien unerwiających kręgosłup, tkanki okołokręgosłupowe, korzenie nerwowe, zwoje i nerwy rdzeniowe (ucisk, stan zapalny, niedokrwienie).

Obraz kliniczny

Nieswoisty ból krzyża dotyczy najczęściej osób w wieku 20–55 lat. Obejmuje okolicę lędźwiowo-krzyżową, pośladki i uda, często wiąże się z aktywnością fizyczną, przy dobrym stanie ogólnym pacjenta. Najczęściej nie stwierdza się zmian strukturalnych, ale u ok. 1/3 chorych dolegliwości utrzymują się przez rok od pierwszego incydentu bólowego, co może być przyczyną pogorszenia stanu zdrowia w wyniku ograniczenia aktywności i funkcjonowania w społeczeństwie (1 na 5 chorych). U 80–90% chorych dolegliwości bólowe zmniejszają się samoistnie w ciągu 4–6 tygodni i ustępują po 12 tygodniach.

Diagnostyka różnicowa

Ze względu na dużą różnorodność przebiegu klinicznego diagnostyka różnicowa powinna być przeprowadzona wnikliwie i obejmować przede wszystkim:

- choroby nowotworowe,
- obecność zmian zapalnych i pourazowych,
- choroby ogólnoustrojowe, wymagające leczenia specjalistycznego.

Postępowanie lecznicze

Rozpoczęcie terapii powinny poprzedzać właściwe rozpoznanie, ocena przebiegu choroby, stopnia nasilenia dolegliwości i upośledzenia funkcji, a także poznanie potrzeb i oczekiwań pacjenta. W ostrych zespołach bólowych stosuje się leki przeciwbólowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne i leki zmniejszające napięcie mięśni szkieletowych. Z piśmiennictwa wynika, że pozostawanie w łóżku nie jest korzystne dla pacjentów z ostrym bólem kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Zaleca się, aby było ono możliwie krótkie, nie dłuższe niż kilka dni. Indywidualne i kompleksowe leczenie obejmuje działania z zakresu edukacji zdrowotnej, poradnictwa zawodowego, nauki zasad ergonomii i psychoterapii, które obok farmakoterapii i fizjoterapii stanowią nieodzowny warunek skuteczności postępowania.

Prognoza

W typowym przebiegu choroby aktywność pacjenta i stopień uczestnictwa w życiu społecznym stopniowo zwiększają się do poziomu sprzed pierwszego epizodu bólowego. Nie zawsze oznacza to pełne ustąpienie dolegliwości, lecz powrót do normalnej aktywności. W przebiegu nietypowym niepełnosprawność i ograniczenie uczestnictwa nie zmniejszają się, lecz utrzymują na jednakowym poziomie lub nawet ulegają nasileniu. Nawracające dolegliwości bólowe wiążą się z długotrwałą niepełnosprawnością i problemami z uczestnictwem w życiu społecznym, co pogarsza rokowanie.

Piśmiennictwo

1. Chou R., Huffman L.H.; American Pain Society; American College of Physicians. 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.
2. Chou R., Qaseem A., Snow V. i wsp. 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.
3. Krismer M., van Tulder M.; Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategies for Europe Project. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). Best Pract Res Clin Rheumatol 2007; 21: 77-91.
4. Pengel L.H., Herbert R.D., Maher C.G., Refshauge K.M. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. BMJ 2003; 327: 323.

Przedruk z „Medycyna rodzinna. Podręcznik dla lekarzy i studentów", Termedia, Poznań 2015