

2.7.1.2. Bóle pleców o pochodzeniu niekorzeniowym

Występowanie, częstość występowania:

Prawie 90% wszystkich bólów pleców. Dolegliwości te dotyczą w równym stopniu kobiety i mężczyzn.

Objawy

Objawy podstawowe:

Ból podczas porannego ruchu po wstaniu z łóżka (= tzw. sztywny krzyż).

Jakość bólu:

Tępy, sięgający głęboko.

Natężenie bólu:

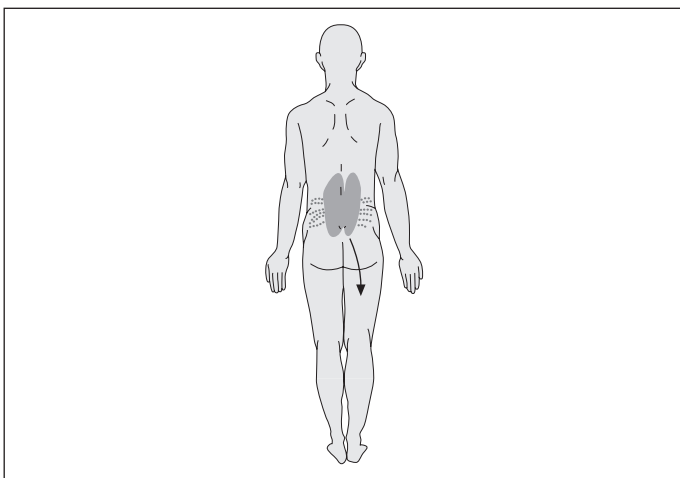
Od średniego aż do silnego.

Przebieg czasowy:

1. Ostre/podostre bóle pleców: pojawiające się jednorazowo bóle pleców, które po zastosowaniu odpowiedniej terapii ustępują całkowicie w ciągu kilku tygodni;
2. Nawracające/przewlekłe bóle pleców: powtarzające się bóle, które przeważnie kilka razy w roku – niekiedy przez kilka lat – wymagają terapii somatycznej z zastosowaniem klasycznych metod (terapii fizykalnej i manualnej, technik blokad);
3. Utrwalone przewlekłe bóle pleców: stale obecne bóle pleców jako niezależny obraz choroby z licznymi wpływami psychospołecznymi, zwłaszcza z przyjmowaniem postawy oszczędzającej i unikania.

Lokalizacja:

Jednostronna lub obustronna przykręgową, ewentualnie z promieniowaniem w kierunku lateralnym lub dystalnym (ryc. 23), maksymalny ból w okolicy pleców.



Ryc. 23. Ból pleców o pochodzeniu niekorzeniowym.

Wywiad chorobowy:

- promieniowanie bólu w kierunku proksymalnym lub dystalnym bez stwierdzenia jednoznacznych zmian patologicznych,
- bóle często trudne do zlokalizowania (brak dermatomu),
- nasilenie się bólu w wyniku dłuższego utrzymywania jednostajnej postawy ciała (np. przebywania dłuższy czas w pozycji siedzącej lub stojącej),
- zmniejszenie się bólu przy poruszaniu się.

Niekorzystne czynniki prognostyczne:

- nieodpowiednia odpowiedź na farmakoterapię,
- zanik zależnej od wysiłku modulacji bólu (ból ciągły),
- wyraźna postawa wycofania się (towarzyskiego, zawodowego),
- wynikająca z badania fizykalnego niezgodność między zachowaniem się pacjenta a oceną kliniczną (rozbieżność między odczuwanym bólem a wynikiem badania fizykalnego),
- zmiany nastroju,
- częste zmiany lekarzy,
- zmiany psychiczne.

Badanie fizykalne:

- oglądanie (postawa, ułożenie miednicy, długość kończyn dolnych, brzuch),
- palpacja (miogelozy, bolesność uciskowa, staw krzyżowo-biodrowy, muskulatura brzucha),
- badanie neurologiczne (często dyzestezja, hiperalgezja, wzmożone napięcie mięśniowe, odruchy własne mięśni zachowane).

Diagnostyka:

Ważne: diagnostyka psychologiczna.

Diagnostyka aparaturowa powinna być przeprowadzona jedynie w celu wykluczenia podejrzewanych chorób:

- badania laboratoryjne (wykluczenie przewlekłych chorób zapalnych),
- rentgen w projekcji przednio-tylnej i bocznej,
- scyntygram kości (wykluczenie zapalenia stawu krzyżowo-biodrowego, zapalenia tarczy międzykręgowej),
- diagnostyczne blokady nerwów (korzeni, powięzi).

Objawy towarzyszące

Postawa oszczędzająca i unikania, współistnienie zaburzeń psychicznych, spadek wydajności, często postawa bierna, a także nadwaga.

Rozpoznanie różnicowe

- przewlekłe zapalne choroby kręgosłupa (np. choroba Bechterewa),
- zespół podrażnienia i ucisku korzeni lędźwiowo-krzyżowych (= ból o pochodzeniu korzeniowym),
- choroby złośliwe (np. przerzuty, szpiczak mnogi),
- metaboliczne choroby kości (np. osteomalacja, hiperparatyreoidyzm),
- bóle pleców występujące pod postacią somatyczną,
- zapalenie stawu krzyżowo-biodrowego, zapalenie tarczy międzykręgowej.

Leczenie**1. Ostre bóle pleców o pochodzeniu niekorzeniowym**

Leczenie z wyboru	Inne możliwości
<p>leżenie w łóżku maks. 2 dni</p> <p>↓</p> <p>uzupełniająco</p> <p>↓</p> <p>ibuprofen retard 2 x 800 mg na dobę</p> <p>↓</p> <p>po upływie maks. 1 tygodnia</p> <p>↓</p>	<p>celekoksyb 2 x 100–200 mg na dobę diklofenak 1–2 x 25–100 mg na dobę etorikoksyb 1 x 60–90 mg na dobę lumirakoksyb 1 x 100 mg na dobę metamizol 4 x 1000 mg na dobę naproksen 2 x 500 mg na dobę paracetamol 4 x 1000 mg na dobę</p>
<p>mobilizacja rehabilitacja terapia fizykalna</p> <p>Ważne: możliwie jak najszybszy powrót do codziennej aktywności</p>	

2. Nawracające, przewlekłe bóle pleców o pochodzeniu niekorzeniowym

Leczenie z wyboru	Inne możliwości
<p>leżenie w łóżku maks. 2 dni</p> <p>↓</p> <p>uzupełniająco</p> <p>↓</p> <p>ibuprofen retard 3 x 800 mg na dobę</p> <p>↓</p> <p>po upływie maks. 1 tygodnia</p> <p>↓</p> <p>mobilizacja rehabilitacja terapia fizykalna psychoterapia</p>	<p>celekoksyb 2 x 100–200 mg na dobę diklofenak 1–2 x 25–100 mg na dobę etorikoksyb 1 x 60–90 mg na dobę lumirakoksyb 1 x 100 mg na dobę metamizol 4 x 1000 mg na dobę naproksen 2 x 500 mg na dobę paracetamol 4 x 1000 mg na dobę</p>

Leczenie uzupełniające

- techniki edukacyjne, dokładne poinformowanie pacjentów w celu ich uspokojenia,
- trening wykorzystujący strategie pokonywania bólu,
- zapobieganie skłonności do utrwalania przewlekłości bólu (np. pomoc przy wykonywaniu zadań w miejscu pracy).

Cel:

➔ zapobieganie przejściu choroby bólowej w stan przewlekły.

3. Przewlekłe bóle pleców o pochodzeniu niekorzeniowym

Leczenie z wyboru	Inne możliwości
<p>Leczenie interdyscyplinarne, wieloczynnikowe: terapia przeciwbólowa psychoterapia fizjoterapia terapia sportowa (trening wytrzymałościowy) ergoterapia poradnictwo społeczne</p>	
<p>↓ uzupełniająco farmakologicznie: ↓ ibuprofen 2 x 800 mg na dobę</p>	<p>celekoksyb 2 x 100–200 mg na dobę diklofenak 1–2 x 25–100 mg na dobę etorikoksyb 1 x 60–90 mg na dobę lumirakoksyb 1 x 100 mg na dobę metamizol 4 x 1000 mg na dobę naproksen 2 x 500 mg na dobę paracetamol 4 x 1000 mg na dobę</p>
<p>↓ w razie niewystarczającej skuteczności: ↓ tylidyna/nalokson retard 3–4 x 100–200 mg na dobę</p>	<p>tramadol retard 1-2 x 100-200 mg na dobę dihydrokodeina retard 2–3 x 60–180 mg na dobę</p>
<p>↓ w razie niewystarczającej skuteczności: ↓ starannie rozważyć wskazania do zastosowania silnie działających opioidów</p>	

Leczenie uzupełniające

- terapia psychologiczna (szczególnie ważna): zmiana postawy oszczędzającej i unikania, metody relaksacji, pokonywanie bólu, pokonywanie stresu,

- trening siłowy i wytrzymałościowy mięśni (także mięśni brzucha),
- trening koordynacji mięśni,
- trening poruszania się przy pracy i codziennych czynnościach (= work hardening),
- program ćwiczeń do wykonywania w domu,
- zmiana miejsca pracy,
- TENS.

Leki przeciwdepresyjne

Leczenie z wyboru	Inne możliwości
amitryptylina 1. tydzień: 10 mg wieczorem 2. tydzień: 3 x 10 mg na dobę alternatywnie: 25 mg wieczorem 3.–4. tydzień: 3 x 25 mg na dobę alternatywnie: 50 mg wieczorem od 5. tygodnia: dawkowanie zależne od skuteczności leczenia i działań niepożądanych	doksepina od 3 x 10 mg do 3 x 50 mg imipramina od 10–10–0 mg do 25–25–0 mg klomipramina od 10–10–0 mg do 25–25–0 mg

Cele leczenia:

- zwiększenie stopnia aktywności pacjenta,
- zmiana nieprawidłowego postępowania spowodowanego chorobą, pokonanie stanów lęku i depresji.

Cel:

- reintegracja psychospołeczna,
- przywrócenie zdolności do pracy.

Rokowanie

- ostre bóle pleców o pochodzeniu niekorzeniowym: dobre przy wczesnej interwencji terapeutycznej,
- przewlekłe bóle pleców o pochodzeniu niekorzeniowym: choroba o bardzo długotrwałym przebiegu, trudno poddająca się leczeniu.

Typowe zagrożenia, błędy, powikłania

Utrwalenie przewlekłości choroby bólowej przez:

- wielokrotne wdrażanie diagnostyki aparaturowej,
- monodyscyplinarne podejście do leczenia,
- bierne metody leczenia.

Metody inwazyjne: przy przewlekłych, niespecyficznym bólach pleców nie istnieją wystarczające dowody zasadności stosowania w terapii metod inwazyjnych (wytyczne europejskie: www.backpain europe.org) takich jak:

- zewnątrzoponowe podawanie kortykosteroidów,
- dostawowe podawanie steroidów,
- blokady więzadeł,
- iniekcje dodyskowe,
- domięśniowe zastrzyki z toksyną botulinową,
- podawanie kortykosteroidów do stawu biodrowo-krzyżowego,
- ostrzykiwanie punktów spustowych,
- termolezja,
- stymulacja rdzenia kręgowego.

Uwaga:

➔ Zasadniczym elementem postępowania jest przywrócenie aktywności fizycznej dzięki wykorzystaniu koncepcji terapii czynnej.

Piśmiennictwo

- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanoli G; On behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain: Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 15 Suppl 2: S192–300 (2006) (siehe auch: www.backpain europe.org)
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie von Kreuzschmerzen. Sonderheft Therapieempfehlungen, 2000
- Basler HD: Zur psychologischen Unterversorgung von Kreuzschmerzpatienten. *Schmerz* 16 (3): 215–220 (2002)
- Basler HD, Quint S, Wolf U: Fear Avoidance Beliefs und Funktion bei älteren Personen mit chronischen Rückenschmerzen. *Schmerz* 20 (3): 189–197 (2006)