

# **2021 Global Year About Back Pain**

## **Križobolja, od akutnog bola do kroničnog bolnog sindroma**

**Doc.dr. sc. Zoran Lončar, prim.dr. med. spec. subspec.**

**Ambulanta za bol Klinike za traumatologiju KBCSM, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu**

**Hrvatski centar za palijativnu skrb, Zagreb**

**Sekcija za bol u palijativnoj medicini HLZ-a**

Etiološka evaluacija križobolje

Većina bolesnika s akutnim bolom u leđima koji se javljaju primarnoj zdravstvenoj zaštiti imati će nespecifične bolove koji se reduciraju tijekom nekoliko dana do nekoliko tjedana konzervativne terapije. Samo 1 do 2 posto imat će ozbiljnu sistemska etiologiju (npr. malignom ili infekcija) dok će manje od 10 posto imati manje ozbiljnu ali specifične etiologije (napr. kompresijske prijelome kralješka, radikulopatiju ili stenoza kralježnice. Detaljnija anamneza i fizikalni pregled dovoljni su za procjenu stanja bolesnika s bolovima u leđima kraćim od četiri tjedna te većina ne zahtijeva radiološku dijagnostiku. Među ovim bolesnicima manje od 1 posto zahtijevati će trenutnu npr. magnetsku rezonancu [MRI] ili računalnu tomografiju [CT]. Svaki bolesnik sa simptomima kompresije leđne moždine ili kauda ekvine odsono s progresivnim i / ili ozbiljnim neurološkim deficitom trebao bi učiniti magnetsku rezonancu lumbalne kralježnice za daljnju procjenu i hitnan specijalistički i subspecijalistički pregled. Obično se radi o simptomima i znakovima koji uključuju zadržavanje mokraće ili inkontinenciju, fekalnu inkontinenciju, sedlastu anesteziju i značajne motoričke nedostatke koji nisu lokalizirani u jednom korijenu živca. Ostali pacijenti kojima će možda biti potrebna radiološka dijagnostika u početnoj procjeni uključuju one sa sumnjom na infekciju kralježnice, metastatski karcinom ili sa sumnjom na kompresijsku frakturu kralješka. Bolesnike s prolongiranom simptomatologijom dužom od četiri do šest tjedana konzervativne terapije a koji nisu radiološki obrađivani u početnoj procjeni ponovno se reevaluira. Bolesnici s trajnim simptomima lumbosakralne radikulopatije ili stenozе koji su kandidati za invazivne terapije (npr. operacija ili epiduralna analgezija) trebali bi imati MR lumbalne kralježnice za daljnje praćenje tjeka. Bolesnike s čimbenicima rizika za malignom, procjenjujemo pomoću brzine sedimentacije eritrocita (ESR) ili C-

reaktivnog proteina (CRP) te radiološki. Ostali bolesnici za potencijalnu potvrdu dijagnoze kroz radiološku obradu svakako su i ankilozirajući spondilitis i osteoartritis. Bolesnike bez ozbiljnije specifične etiologije obično liječimo konzervativnom terapijom još osam tjedana no ako se bolna simptomatologija zadržava nakon 12 tjedana, obavezno uključujemo radiološku dijagnostiku te se razmatraju daljnje specijalistička i subspecijalistička obrada.

#### Akutna križobolja

Većina bolesnika s akutnim bolom u križima poboljšava se bez obzira na specifično liječenje. Od nefarmakoloških metoda predlaže se terapija toplinom, elektroterapija, masaža, akupunktura te manipulacijske tehnike na kralježnici ovisno o preferencijama bolesnika i dostupnosti. Nema podataka koji dokazuju superiornost jednog modaliteta nad drugim. Isključivo mirovanje se ne savjetuje, a modificiranje aktivnosti treba svesti na najmanju moguću mjeru. Većinu bolesnika s akutnom križoboljom ne upućujemo na vježbanje ili fizikalnu terapiju. Međutim, selektivno upućujemo one s čimbenicima rizika za razvoj kroničnog bola u križima (npr. loš funkcionalni ili zdravstveni status, psihijatrijski komorbiditeti) koji bi mogli imati koristi od neposrednog tjelesnog odgoja od strane fizioterapeuta. Za pacijente koji prihvaćaju farmakološku terapiju ili kod kojih su nefarmakološki pristupi neadekvatni, predlažemo kratkotrajno (dva do četiri tjedna) liječenje nesteroidnim protuupalnim lijekom (NSAIL) kao početnu terapiju (stupanj 2C). Acetaminofen je prihvatljiva alternativna opcija u bolesnika s kontraindikacijom za NSAIL. Bolesnicima s križoboljom bez odgovora na početnu monoterapiju predlažemo kombiniranje NSAIL-a i acetaminofena kao mogućnost. Uporabu tramadola ili opioda u akutnoj nekontroliranoj boli visokog intenziteta, treba biti racionalna i vremenski ograničena. Primjenjujemo ju ako nemamo odgovarajuće olakšanje ili je bolesnik s kontraindikacijom (stupanj 1C). Ako se koriste opiodi, trajanje terapije treba biti ograničeno do sedam dana. Tramadol se ne preporučuje propisivati dulje od dva tjedna. Lijekovi s ograničenim ili nikakvim dokazima o učinkovitosti za akutne bolove u križima uključuju antidepresive, sistemske glukokortikoide, antiepileptike, topikalna sredstva i biljne terapije. Edukacija pacijenta važan je aspekt skrbi i treba sadržavati informacije o uzrocima bola, prognozu, vrijednost dijagnostike, aktivnosti i preporuke za rad te kada kontaktirati kliničara. Bolesnici koji se ne poprave nakon četiri tjedna farmakoterapije trebaju se ponovno procijeniti jer će mogli razviti kroničan bol. Prediktori razvoja kronične križobolje uključuju neprilagođena ponašanja u suočavanju s bolom, funkcionalno oštećenje, loše opće zdravstveno stanje te prisutnost psihijatrijskog komorbiditeta.

#### Kronična križobolja

Većina ljudi u nekom trenutku života doživi križobolju. Brzo i učinkovito olakšanje bola i spriječavanje invaliditeta te povratak na posao, cilj su prvih mjesec dana terapije. Subakutna bol u križima obično

se definira kao bol u leđima koja traje između 4 do 12 tjedana, a kronična bol u križima kao bol koja traje 12 ili više tjedana. Svi bolesnici sa subakutnom ili kroničnom križoboljom trebali bi dobiti savjet o samopomoći i biti poticani na sudjelovanje u nekakvom programu fizikalne terapije i rehabilitacije (pod nadzorom ili neovisno). Početni savjeti naglašavaju važnost održavanja aktivnosti koja se tolerira; bolesnike kojima je potreban period odmora u krevetu zbog ozbiljnih simptoma treba poticati da se što prije vrate normalnim aktivnostima. Svim bolesnicima sa subakutnom ili kroničnom boli u križima preporučujemo sudjelovanje u redovitim vježbama za križa (stupanj 1B). Dokazi koji podupiru ovu sugestiju predstavljeni su drugdje. Terapija vježbanjem je sigurna, dostupna, pomaže u ublažavanju simptoma boli i poboljšava funkciju u većine. Odluka o vrsti vježbi koju preporučamo mora se temeljiti na lokalnoj dostupnosti, sklonosti i sposobnosti bolesnika i prethodnim iskustvima s određenim programom vježbanja. Za bolesnike sa subakutnim bolom i pod većim rizikom za razvoj kronične križobolje, predlažemo psihosocijalne intervencijske metode uz savjete o samopomoći i vježbanje. (stupanj 2B). Takve terapije uključuju kognitivno-bihevioralnu terapiju (CBT) uključujući smanjenje stresa zasnovano na pažnji [MBSR], biofeedback i progresivno opuštanje. Uz pružanje savjeta o samopomoći, upućivanje na terapije vježbanja i CBT ili MBSR, kroz multimodalni pristup često predlažemo intervencije poput manipulacije kralježnicom, akupunkture ili masaže. Ovi pacijenti mogu imati koristi od "pasivnih" tretmana koji mogu pružiti kratkotrajno simptomatsko poboljšanje, omogućavajući im sudjelovanje u aktivnim terapijama. Kod pacijenata s ozbiljnijim simptomima bola, obavezna je farmakološku terapiju za kontrolu simptomima bola. Iako je nefarmakološka terapija poželjnija u odnosu na farmakološku terapiju, ona se obično koristi zajedno u kliničkoj praksi. Cilj lijekova je pružiti simptomatsko ublažavanje simptoma boli i omogućava sudjelovanje u aktivnim terapijama, uključujući vježbanje, psihološke intervencije. Nesteroidni protuupalni lijekovi (NSAID; ili acetaminofen ako se NSAID ne podnosi) kao druge analgetike prvi su izbor kod bola slabog ili umjerenog intenziteta (stupanj 2C). (Pogledajte gore "NSAIL". Mnogi bolesnici s kroničnim bolom u križima možda nemaju onesposobljavajuće simptome ili značajna funkcionalna oštećenja. Za ove je pacijente bitna edukacija o važnosti sudjelovanja u redovnom programu vježbanja. Pacijenti s kroničnim bolom u križima i težim, trajnim, onesposobljavajućim simptomima i značajnim funkcionalnim oštećenjem zahtijevaju multimodalni farmakološki pristup. Ovdje je cilj kontrola bola, povećanje funkcije i maksimiziranje vještina suočavanja. Za pacijente s kroničnim bolom u križima i trajnim, onesposobljavajućim simptomima te značajnim funkcionalnim oštećenjima koje zajedno označavamo kao kronični bolni sindrom, predlažemo upotrebu multimodlanu farmakoterapiju, redovita vježbanja i psihološke intervencije (stupanj 2B). Održavanje naglaska na aktivnoj terapiji kroničnog bola u skladu je s biopsihosocijalnim pristupom što uključuje poboljšanje funkcionalnog stanja, psihosocijalnu potporu a time i njegovo ublažavanje.

Literatura:

- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med 2017; 166:514.
- Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, et al. Massage for low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2015; :CD001929.
- Liu L, Skinner M, McDonough S, et al. Acupuncture for low back pain: an overview of systematic reviews. Evid Based Complement Alternat Med 2015; 2015:328196.
- Paige NM, Miake-Lye IM, Booth MS, et al. Association of Spinal Manipulative Therapy With Clinical Benefit and Harm for Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. JAMA 2017; 317:1451.
- Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. Ann Rheum Dis 2017.
- Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, et al. Paracetamol for low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2016; :CD012230.
- Friedman BW, Irizarry E, Chertoff A, et al. Ibuprofen Plus Acetaminophen Versus Ibuprofen Alone for Acute Low Back Pain: An Emergency Department-based Randomized Study. Acad Emerg Med 2020; 27:229.
- Friedman BW, Irizarry E, Solorzano C, et al. A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Ibuprofen Plus Metaxalone, Tizanidine, or Baclofen for Acute Low Back Pain. Ann Emerg Med 2019; 74:512.
- Beakley BD, Kaye AM, Kaye AD. Tramadol, Pharmacology, Side Effects, and Serotonin Syndrome: A Review. Pain Physician 2015; 18:395.
- Eskin B, Shih RD, Fiessler FW, et al. Prednisone for emergency department low back pain: a randomized controlled trial. J Emerg Med 2014; 47:65.
- Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Interventions available over the counter and advice for acute low back pain: systematic review and meta-analysis. J Pain 2014; 15:2.
- Traeger AC, Hübscher M, Henschke N, et al. Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med 2015;