A hazai kezelési szokások eltérnek a nemzetközi irányelvektől

A nyaki, háti és deréktáji fájdalmak kezelése

A gerincfájdalom talán a leggyakoribb mozgásszervi betegség, a lakosság 84%-a élt át gerincfájós epizódot életében legalább egyszer, és az ülő, inaktív életmóddal a gyakoriság fokozódása várható. A gerincfájdalmakkal kapcsolatos sajátosság, hogy a klinikai tünetek és a képalkotó elváltozások szerint különböző betegségfogalmak használatosak, továbbá a hazai kezelési szokások eltérnek a nemzetközi irányelvektől, és közülük számos nem „evidence based". A közlemény a nem specifikus gerincfájdalommal foglalkozik, felhívja a figyelmet annak lehetséges patomechanizmusaira. A tünetek súlyossága, a betegek kora, kísérő betegségei és egyéb gyógyszerelésének figyelembevételével javasolható hazai kezelési gyakorlatot ismerteti.

Jelen közlemény a hazai szaknyelvben degenerativ eredetűnek nevezett (nem gyulladásos, nem metabolikus) gerincfájdalmakra szorítkozik. A gerincfájdalmak többsége (85%) a nemzetközi szakirodalomban használt kifejezéssel „nem specifikus". Ez azt jelenti, hogy a hátterében nem áll súlyos betegség („piros zászlós tünet"): fertőzés, daganat, gyulladás, csigolyatörés, súlyos idegrendszeri betegség vagy olyan porckorongsérv, amely súlyos gerincvelői vagy perifériás idegi sérüléssel, illetve ezek következményes tüneteivel jár. A nem specifikus gerincfájdalom egy naptól 12 hónapig tart, az egy éven túl tartó fájdalom már a krónikus fájdalom kategóriájába tartozik. Mindez [illegible] sen az akut szakaszban nincs szükség képalkotó vizsgálatokra (röntgen, CT, MRI), mert nem adnak információt a panaszok eredetére, sőt, a számos – tünetmentes egyénekben is megtalálható – elváltozás „zavaró" hatású. Erről a beteget is meg kell győzni. A progrediáló tünetek vagy krónikussá váló, illetve differenciáldiagnosztikai problémát képező tünetek esetén indokolt a képalkotó diagnosztika. Például az utóbbi időben egyre gyakoribb az éjszakai, nyugalmi fájdalom, amelynek hátterében sacroileitis, discitis (steril vagy infekciós, gyakran postdiscectomiás) deríthető ki.

Akut gerincfájdalom esetén legfontosabb a megfelelő fájdalomcsillapítás, amelyre első lépésként az európai és amerikai irányelvekben is paracetamol (4 g naponta, elosztva), illetve ibuprofen és diclofenac javasolt, annak ellenére, hogy a vesét, májat, vérképző rendszert stb. érintő mellékhatásaik ismeretesek. A probléma a hatásos dózis igénye, mivel azzal a mellékhatások gyakorisága is megnő. Az akut szakban a fájdalomcsillapítás a krónikussá válás megelőzése céljából fontos. A fájdalomcsillapítás stratégiájában a következő a tramadol. Számos mellékhatása mellett mégis sokszor szükséges az adása megfelelő dózisban és formában (csepp, kúp kiszerelésben is), illetve paracetamollal kombinálva (Zaldiar). A hazai gyakorlatban jó hatása miatt elterjedt, vényköteles metamizol (Algopyrin) nemzetközileg többnyire tiltott. Az analgetikumok mellett a nemzetközi irányelvekben (az USA-ban 91%-ban) is javasolt izomrelaxáns adása. A hazai kiváló készítmény (mivel kevéssé jelentkezik központi idegrendszeri mellékhatása) a tolperizon. Hazánkban az opioidok, codeinszármazékok kevésbé használatosak – részben a vényírás komplikáltsága miatt –, mint külföldön, bár a derékfájdalommal kapcsolatos BNO-kódokkal felírhatók. A betegek egyéb betegségeinek, illetve gyógyszereinek (gastrointestinalis, cardialis, antihipertenzív, antikoaguláns kezelés stb.) figyelembevétele elvileg kötelező, de a gyakorlatban nehéz. A gyógyszerismertetőkben szereplő interakciók szinte minden esetben kontraindikációt jelentenek, azonban a beteg fájdalmát feltétlenül csökkenteni kell, így az orvos mérlegelésétől függ a terápiás döntés. A hagyományos NSAID-knél a GI, míg a COX2-gátlóknál a CV (és renalis) mellékhatások említhetők inkább. A per os készítményeket az anamnézisben szereplő GI panasz, érzékenység esetén, illetve időskorban javasolt preventíve kombinálni H2-gátlókkal (figyelni kell az abbahagyásra). Ulcusos anamnézis esetén már eleve ajánlott kúpot vagy injekciós (Voltaren, Movalis) készítményeket választani. Heves, illetve már nemcsak gerinctáji, hanem végtagba sugárzó fájdalom esetén jön szóba szteroidok orális, továbbá lokális adása, illetve analgetikus vagy szteroiddal kombinált „blokádok" alkalmazása különböző technikákkal: subcutan, muscularis mélységben, triggerpontokba, kisízületekbe, gyök köré. A súlyosabb esetekben elterjedt a Neodolpasse vagy a különbözően kombinált szteroid-, izomlazító-, analgetikum- és vízhajtótartalmú „ísiász infúziók" alkalmazása. Egyéntől függő a hideg vagy meleg pakolások alkalmazása, és univerzális az NSAID-tartalmú (vagy rendszerint kapszaicinnal, mentollal kombinált) kenőcsök, oldatok (pl. a közismert Ritex) házilagos bemasszírozása. A lokális hideg-meleg óvatos kipróbálása javasolt, míg a forró fürdő lehet egyénenként jó, de többnyire „begyullasztó", radiculitist kiváltó hatású. E kezelésekre azonban alig van megfelelő bizonyítékon alapuló (EVB) ajánlás.

Fontos a tanácsadás, a beteg megnyugtatása, hogy valószínűleg és várhatóan nem súlyos esetről van szó. Szinte minden külföldi irányelvben szerepel a kórkép, a fájdalom katasztrofizálásának megelőzése. Kétségtelenül fennáll annak a lehetősége, hogy idővel az állapot súlyosbodik, mivel gyakran a vertebrogen tünetek jelentkeznek előbb, és később a radiculitises tünetek, mégis az enyhébb kórlefolyásra kell számítani. Fontosak a beteg számára adott javaslatok a derék kíméletére, például a „fordulással felkelés", az „állandó, szigorú" fekvés helyett a lehetséges napi aktivitás fenntartása, váltakozva az ágyéki gerinc relaxálását biztosító, naponta többszöri, speciális, ún. Z-fektetéssel és a térd behúzásával, illetve a derék oldalra elforgatásával végzett nyújtó gyakorlatokkal. Az akut, heves nyaki fájdalmak esetén habszivacs nyaktartó javasolható átmenetileg (!), alváshoz a nyak megtámasztására a puha kispárna a megfelelő.

A gerincfájdalmak felosztásában akut (szubakut) és krónikus szakaszokat különböztetnek meg, és ennek megfelelőek a kezelési irányelvek. Nem mindegy az sem, hogy először jelentkező vagy visszatérő „akut" esetről van-e szó, vagy az akutból krónikussá váló, illetve krónikusan visszatérő panaszról.

Az akut és krónikus gerincfájdalmak esetén számos, ún. komplementer/alternatív gyógymód kerül alkalmazásra világszerte és hazánkban is, mint elsősorban a manuálterápia és az akupunktúra. Mindkét módszerről számos bizonyítékon alapuló közlemény jelent meg. Nálunk a manuálterápia, sajnálatos módon, az alapjában illegális, laikus csontkovácsolásban valósul meg, amely túlmegy a hagyományos masszázstechnikákon. Néhány keleti alternatív technika (yumeiho, thai masszázs, kínai tuina) nem optimális a közép-európai alkatra. Viszont a krónikus gerincfájdalmakra számos komplementer mozgás- és masszázstechnika (jóga, tai csi) EVB vizsgálatokkal igazoltan alkalmazható.

A gerincfájdalmak hazai, hagyományos gyógymódjai közül az elektroterápiák – bár az angolszász irányelvekben igen gyenge bizonyítékú javaslatként szerepelnek – a német szakmai szemléletet követve elterjedtek. A hidro-balneoterápia EVB hatásosságát magyar vizsgálatok igazolták. A krónikus vagy visszatérő gerincfájdalmak esetén a gyógytorna képezi (illetve még inkább képezhetné) a hagyományos kezelést. A tornagyakorlatok számos irányzata van jelen hazánkban, amelyek közül a McKenzie-módszer méltánytalanul domináloan kerül javaslatra, illetve alkalmazásra, mivel hatásossága ellentmondásos a nemzetközi szakirodalomban. A részletes életmódi tanácsadás, amely a gerinckímélet mellett már a tartáskorrekcióra, a rendszeres tornagyakorlatokra is kiterjed, különösen a gyakori háti gerincdeformitásoknál szükséges. A krónikus fájdalom szindróma tágabb probléma, megoldása komplex biopszichoszociális témakör.

Az akut és krónikus gerincfájdalmak „nem specifikus" fogalomköre kétségtelenül jól használható meghatározás, amely a hétköznapi hazai gyakorlatban a „spekuláción" (pl. „becsípődés") és a képalkotókon („meszesedés, porckopás") alapuló magyarázatokban valósul meg. Azonban e téren van haladás, a manuális medicina keretében alkalmazott, részletesebb fizikális vizsgálat és a képalkotók funkcionális elemzése alapján a nem specifikus gerincfájdalmak különböző patomechanizmusai (pl. izomzati, csigolyák közti kisízületi tok-, vagy meniscoidbecsípődés, Copemanhernia, degenerativ gyulladás, [illegible] eredet) elkülöníthetők. Ezek ismerete jelentős az adekvát terápia megválasztása szempontjából.

Fontos a nem specifikus gerincfájdalmakkal gyakran együtt járó pseudoradicularis (kivetülő=referred) és a már specifikus radicularis tünetek elkülönítése, de ez a gyakorlatban sokszor nem könnyű. Ezért röviden kitérek a degenerativ eredetű, radicularis tünetekkel járó gerincfájdalmakra, amelyeknek 21 gyógymódját értékelték 90, randomizált, kontrollált vizsgálat alapján. A hatásosság sorrendjében a discectomia (transforaminalis és transsacralis), az epiduralis szteroidinjekciók, az NSAID-k, a manuálterápia és az akupunktúra hatásosabbnak bizonyult, mint a trakciók, a percutan discectomia, a tornagyakorlatok és az ágynyugalom. A TNF-alfa, illetve különböző citokinek szerepét feltételezik a radicularis fájdalmakban, ennek alapján néhány vizsgálat történt TNF-alfa-gátlókkal. Az intravénás és subcutan alkalmazás nem volt konzekvensen sikeres, perspektivikusan az intradiscalis és epiduralis beadástól várnak eredményt. Krónikus, terápiarezisztens derékfájdalmak esetén az epiduralis kanülön beadott szteroidkezelésre, illetve a csigolyaközti ízületek, szalagok szklerotizáló injekciós kezelésére nincs elegendő EVB adat.

A gerincfájdalmak többsége (85%) a nemzetközi szakirodalomban használt kifejezéssel „nem specifikus"

DR. ORMOS GÁBOR
Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest