

Szekanecz Zoltán dr., Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Belgyógyászati Intézet, Reumatológiai Tanszék, Debrecen

A derékfájás gyógyszeres terápiája

A DERÉKFÁJÁS A LEGGYAKORIBB MOZGÁSSZERV TüNET ÉS A CSALÁDORVOSOK IS EZZEL TALÁLKOZNAK A LEGGYAKRABBAN. Néhány iránymutató számadat: A DERÉKFÁJÁS 45 ÉVES KOR ALATT A LEGGYAKRABBAN MOZGÁSKORLÁTOZOTTSÁGOT OKOZÓ ÁLLAPOT; AZ ORVOSI VIZITEK MÁSODIK, A SEBÉSZI BEAVATKOZÁSOK HARMADIK ÉS A KÓRHÁZI FELVÉTELEK ÖTÖDIK LEGGYAKORIBB OKA, LEGALÁBBIS AZ EGYESÜLT ÁLLAMOKBAN. A FÁJDALOM SZINDRÓMÁK KÖZÜL IS EZ A TüNET A LEGGYAKORIBB, MEGELŐZI A FEJFÁJÁST ÉS A NYAKI FÁJDALMAT IS. GYAKORISÁGA ÉS FONTOSSÁGA MIATT LÉNYEGES, HOGY A CSALÁDORVOS TISZTÁBAN LEGYEN A DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA, A KEZELÉS ÉS „KARBANTARTÁS” FŐBB ISMÉRVEIVEL. BÁR HAZÁNKBAN A DERÉKFÁJÁSOK TÖBBSÉGÉT A REUMATOLÓGUSOK, ORTOPÉDEK KEZELIK, NEMZETKÖZI TREND, HOGY A DEGENERATÍV MOZGÁSSZERV KÓRKÉPEK NAGY RÉSZÉT A CSALÁDORVOS KEZELJE.

A derékfájás diagnosztikája és differenciáldiagnosztikája

Derékfájás esetén az első jelentkezés és ellátás általában az alapellátásban történik. Alapszabály, hogy az azonnal elindított teljes részletességű és költséges vizsgálatok helyett először elsősorban a gyakori, általában nem súlyos-életveszélyes állapotokra gondolva kell ellátnunk a beteget. Az első jelentkezéskor tehát az orvosnak az anamnézisleltétel során két alapvető kérdést kell mérlegelnie:

1) fennáll-e valamilyen súlyos vagy életveszélyes társuló betegség rizikója? (alarmírozó tünetek: **1. táblázat**).

2) Az „egyszerű” derékfájáson túl vannak-e gyöki érintettségre utaló neurológiai tünetek (kisugárzó fájdalom, érzéki kiesés vagy paresis)?

A derékfájással jelentkező betegek többségénél semmilyen speciális

vizsgálat vagy konzultáció nem szükséges, hiszen a derékfájások többsége túlerőltetésből és kopásból adódik (összesen 80%), vagyis társuló betegség, egyéb alarmírozó állapot nem áll fenn. Részletes diagnosztika tehát ezen esetekben nem szükséges, hanem egyéni, „öngyógyító” program szerint nyugalom, majd torna, kímélet elegendő, és csak a közép- és súlyos esetekben kell egyáltalán gyógyszert adni. Ezzel szemben az alarmírozó tényezők bármelyikének, vagy egyéb rizikófaktoroknak fennállása, elsősorban tumor, infectio és cauda equina syndroma esetén, képalkotó és laborvizsgálatok, illetve reumatológushoz vagy más mozgásszervi szakorvoshoz küldés szükséges. A „veszélyeztetettség” tényezői még a 18 év alatti és 50 év feletti korcsoportok (előbbinél a spondylitis ankylopoetica, utóbbinál a tumor lehet

gyakoribb), trauma az anamnesisben, éjjeli vagy nyugalmi fájdalom, fogyás, láz, kóros laboreltérések (We, vérkép, paraprotein), korábbi tartós kortikoszteroid kezelés (osteoporoticus csigolyakompresszió). A további diagnosztikát a kórlefolyás és a kezelésre adott válasz szabja meg. Összegezve tehát három lényeges állapot van (daganat, fertőzés vagy súlyos neurológiai deficit) amikor alapos diagnosztika szükséges.

Mindezeknek megfelelően a fizikális vizsgálat általában szegényes eredményt ad. Ha az anamnézisleltétel és a fizikális vizsgálat során semmilyen a három „red flag”-re utaló jelet nem találunk, az állapot általában kevésbé súlyos és valószínűleg magától meggyógyul.

Ami az egyéb diagnosztikai eljárásokat illeti, a perzisztáló, 4-6 héten túl is fennálló derékfájás esetében először hagyományos röntgenfelvétellel és alap laborvizsgálatokkal (We, CRP, vérkép) a komolyabb strukturális elváltozásokat, infectiót és daganatot nagyjából ki kell zárni. Utóbbiak alapos gyanúja esetén szükségesek csupán részletesebb és költségesebb vizsgálatok (CT vagy MRI, részletes labor, pl. vesefunkció, szérum kalcium, fehérje elfo). Az egyszerű derékfájás esetén azonnal elvégzett CT/MRI tehát teljességgel felesleges és költség szempontjából pazarlás is!

1. TÁBLÁZAT ALARMÍROZÓ („RED FLAG”) TÜNETEK A DERÉKFÁJÁS DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

TÜNET	POTENCIÁLIS OKOK
Éjjeli fájdalom	Tumor, infectio
Súlyvesztés	Tumor
Képalkotókkal litikus területek	Tumor, infectio
Széklet/vizelet inkontinencia	Cauda equina syndroma
Progresszív, nem csökkenő fájdalom	Tumor, infectio
Nyugalomra nem szűnő fájdalom	Tumor

Konzervatív kezelés

Gyógyszeres kezelés

A 2. táblázat áttekinti a derékfájás kezelésében alkalmazott főbb gyógyszercsoportok jellemzőit. A derékfájás első vonalbeli kezelését klasszikusan analgetikumokkal és nem szteroid gyulladásgátlókkal (NSAID) kezdjük. A derékfájás részjelenségeként jelentkező radiculitis az oka annak, hogy a gyulladásgátlással is rendelkező szerek (2. táblázat) általában hatékonyabbak az egyszerű fájdalomcsillapítóknál. A közelmúltban végzett részletes Cochrane metaanalízis (ez tekinthető ma a leghitelesebb elemzésnek) azonban a NSAID-ek igen mérsékelt hatását igazolta a placebohoz képest. Az esetek többségében tehát vagy nem szükséges gyógyszeres kezelés, vagy valójában a NSAID mellett alkalmazott egyéb eljárások (életmódi, pihentetés, torna) segítenek. Az analgetikumok (paracetamol, Algopyrin) a NSAID-ekkel szinte azonos hatásúak, ezzel szemben jóval biztonságosabbak és olcsóbbak. A hagyományos NSAID-ek esetében a gastrointestinalis károsító hatást, a szelektív COX-2 gátlóknál pedig a fokozott cardiovascularis rizikót nagyon fontos figyelembe ven-

nünk, főleg 60 éve feletti derékfájás esetén. Akut derékfájás kezelésére számos „ischias infúzió”-típus érhető el, közülük egy (Neodolpasse) diclofenacot is tartalmaz. Néhány éve az opiát analgetikumok (tramadol, fentanyl) is felkerültek a palettára. A kábító fájdalomcsillapítót tartalmazó tapasz különösen súlyos esetekre tartogassuk!

Az izomrelaxánsok kapcsán a tudományos adatok ugyancsak nem egyértelműek. Összesen két nagy randomizált vizsgálat született összesen 222 betegen, mely az egyik myorelaxanst (tetratepam) vetette össze placebóval, és csak marginális hatást észleltek. Az itthon kapható, és leggyakrabban alkalmazott tolperisonnal (Mydeton) két kisebb hazai vizsgálat történt, nem meggyőző eredményekkel. A guaifenesin (Relaxil-G) az ischias infúziók gyakori alkotórésze, de önmagában nagy randomizált klinikai vizsgálat nem nagyon történt vele. Egy tanulmányban még a chiropraxist is hatékonyabbnak találták a guaifenesinnél. Az orphenadrin több komponensű infúzióban (Neodolpasse, lásd fent) alkalmazható.

A kortikoszteroidok adása, bár a discopathia, radiculitis kialakulásában a gyulladásnak komoly szerepe van, szisztémásan nem ajánlott (bár a

prednisolont kis adagban, főleg fenilbutazonnal kombinálva, Rheosolon formájában a múltban és ma is sikerrel alkalmazzák a derékfájás kezelésére). A klasszikus „ischias infúzió” az analgetikum és myorelaxans mellett kortikoszteroidot is tartalmaz a radiculitis és a lokális oedema megszüntetése céljából, és régebbi vizsgálatok valóban igazolták, hogy az infúzió csak szteroiddal együtt igazán hatékony. Ez azonban csak súlyos, akut derékfájásban, rövid kúra formájában alkalmazandó. Ami a lokális kezelést illeti, a kortikoszteroidot paravertebrális lokális depot injekcióban, lidocainnal kombinálva, szívesen alkalmazzuk.

A fentiek mellett a triciklikus antidepresszánsok vonatkozásában rendelkezünk elegendő megbízható adattal. Nem depressziós betegeken is számos randomizált tanulmányban igazolódott hatékonyságuk. Hosszabb távon (4-8 hét) alkalmazva 20-40%-kal nagyobb, szignifikáns fájdalomcsökkenést eredményezett a placebo-nál. A funkcionális képesség azonban nem javult, és a betegek 20%-ában valamilyen mellékhatás jelentkezett.

Az arthrosis kezelésében alkalmazott porcpótlók (glucosamin, kondroitinszulfát) egy közelmúltbeli tanulmány alapján hatástalanok.

2. TÁBLAZAT A DERÉKFÁJÁS GYÓGYSZERES KEZELÉSE

GYÓGYSZERCSOPORT	HATÁSMECHANIZMUS	GYULLADÁSGÁTLÁS IS?	FŐBB MELLÉKHATÁSOK
Analgetikumok (paracetamol)	Prostaglandin E-gátlás	±	Magas dózisban hepatotoxicitás
Hagyományos NSAID-ek	COX izoenzimek reverzibilis gátlása, a prosztaglandintermelés csökkentése	+++	Gastrointestinalis toxicitás, magas dózisban nephrotoxicitás
COX-2 gátló NSAID-ek	A COX-2 izoenzim szelektív gátlása, a prosztaglandintermelés csökkentése	+++	Fokozott cardiovascularis rizikó
Izomrelaxánsok	Poliszinaptikus neuronális mechanizmusok gátlása	-	Szedatív hatás
Opioidok	Opioid receptorok (μ) gátlása	-	Obstipatio, nausea, somnolentia, szájszárazság
Kortikoszteroidok	Foszfolipáz A2 gátlása, leukotrién- és prosztaglandin-mediált gyulladás gátlása	++++	Immunosuppresszió, infekciók, aseptikus csontnecrosis, osteoporosis, kóros sebgyógyulás, oedema, hipertensio, diabetes
Triciklikus antidepresszánsok	Nem teljesen ismert	-	Szájszárazság, szedáció, cardialis tünetek

Mozgásterápia, fizioterápia

Az egyik legnehezebb teendő rávenni a gyakran kifejezett fájdalommal jelentkező beteget a fizikai aktivitás folytatására. Amíg évtizedekkel ezelőtt akut derékfájdalom (lumbágó, lumboischialgia) esetén több napos fekvést indikált az orvos, addig a mai gyakorlat szerint a fizikai aktivitás végig szükséges. Több klinikai vizsgálatban igazolták, hogy a kimenetel rosszabb és a krónikussá válás gyakoribb azokban, akik a fájdalomtól való félelem miatt immobilisak mint azokban, akik a fájdalom ellenére fizikailag aktívak maradnak.

A gyógytorna bármely formája segít a mindennapi aktivitás fenntartásá-

ban. Ráadásul a torna során termelő endorfinok fájdalomcsillapító hatása, a mobilitás fenntartása és a pozitív hozzáállás sokat segít a derékfájás leküzdésében. Számos tornaprogram ismert, melyek nagyjából azonos hatékonyságúak. A már említett, elsődlegesen iránymutató Cochrane elemzés során számos randomizált tanulmány eredményeit értékelve az általános nyújtás, a McKenzie-féle passzív végpontig történő nyújtás, a konvencionális fizioterápia egyformán hatékonynak bizonyult. Emellett a massage, aerob, osteopathiás és chiropraxiás manipulációk alkalmazhatók, de minden mozgás-fizioterápiás eljárás között a torna az elsődleges. A gyakran torna helyett (!) alkalmazott fizi-

koterápiás módszerek (TENS, egyéb elektroterápia, ultrahang) csak kiegészítő hatásúak.

Ami a komplex kezelés elvét illeti, nagy vizsgálatokban a gyógyszeres kezelés és a fizioterápia együttes alkalmazása hatékonyabbnak bizonyult, mint önmagában a gyógyszeres kezelés. Mindezen alapulva egy tartósabb, komplex, a funkció helyreállítását célzó program lenne optimális. Ez a kezdeti gyógyszeres kezelést ötvözi a fizio-mozgásterápiával és kognitív viselkedésterápiával, amelynek során konkrét funkcionális célok elérését (pl. egy megadott távolság megtétele, adott számú lépcsőn való felmenetel, egy adott, nem túl nagy súly felemelése meghatározott számban ismételve) tűzik ki.

Irodalom

1. Wildstein MS, Carragee EJ. Low back pain. In: Kelley's Textbook of Rheumatology, 8th Edition (Firestein GS, Budd RC, Harris ED jr, McInnes IB, Ruddy S, Sargent JS, eds), Elsevier Saunders, Philadelphia, 2009, pp617-626
2. Temesvári I.P. Derékfájás, nyaki és háti panaszok. In: A reumatológia tankönyve (Poór Gy, szerk), Medicina, Budapest, 2008, pp 355-378.
3. Apáthy Á. Derékfájás, isiász. SpringMed Kiadó, Budapest, 2005.