



Gyulladásos és degeneratív eredetű deréktáji fájdalom



Szántó Sándor dr., egyetemi docens

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet,
Reumatológiai Tanszék, Debrecen

Levelezési cím:

Dr. Szántó Sándor, Debreceni Egyetem, Reumatológiai Tanszék, 4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

E-mail: szanto.sandor@med.unideb.hu

A derékfájás egyike a leggyakoribb panaszoknak, amelyek miatt a betegek háziorvoshoz, reumatológiai vagy ortopédiai szakorvosokhoz fordulnak. A panaszok az esetek jelentős részében néhány napos pihenésre mérséklődnek, de gyakran hosszan tartó fájdalom képében mutatkoznak. Utóbbi betegek kivizsgálása jelenti a legnagyobb kihívást a derékfájás diagnosztikájában. Jelen összefoglaló a derékfájás leggyakoribb okait, és az elkülönítésükhöz használt diagnosztikus lehetőségeket kívánja bemutatni.

Kulcsszavak: derékfájás, spondylosis, discushernia, spondyloarthritis, spondylitis ankylopoetica

A derékfájásról

A derékfájás egyike a leggyakoribb panaszoknak, amelyek miatt a betegek házi-orvoshoz, reumatológiai vagy ortopédiai szakorvosokhoz fordulnak. Óvatos becslések szerint is az emberek 80%-a szenved élete folyamán derékfájástól. A deréktáji fájdalom az esetek egy részében hirtelen jelentkezik, rossz mozdulat előzi meg, ennek leggyakoribb oka a gerinc melletti izomzat húzódása, mely lumbágo képében mutatkozik meg. A tartós, fokozatosan kialakuló derékfájás általában degeneratív eredetű, időskori spondylosis okozza leggyakrabban, de esetenként fiatal korban is kialakulhat hullámzó jellegű fájdalom, ahol a gyulladásos jellegnek is fel kell merülnie okként. A panaszok az esetek jelentős részében néhány napos pihenésre mérséklődnek, de fontos azon ritka esetek kiszűrése, melyek gyors diagnosztikus és terápiás továbblépést tesznek szükségessé; ezek közé tartozik a tumor, az infektív vagy steril gyulladás és a csigolyatörés. Utóbbi betegek kiszűrése jelenti a legnagyobb kihívást a derékfájás diagnosztikájában. Jelen ösz-

szefoglaló a derékfájás leggyakoribb okait, valamint az elkülönítésükhöz használt diagnosztikus lehetőségeket kívánja bemutatni.

Az anamnézis és a fizikális vizsgálat szerepe

Az anamnézis felvételekor a fájdalom általános jellemzőin kívül (kezdet, időtartama, jellege, kisugárzása, provokáló tényező) célzott kérdésekkel kell választ keresni arra, hogy a háttérben súlyos betegség állhat-e (pl. tumor, infekció), vagy van-e a panaszok között neurológiai szövődményre utaló tünet (pl. gyöki érintettséget mutató érzés- vagy mozgászavar, illetve lovaglónadrág-szerű érzészavarral vagy hirtelen jelentkező vizelet- vagy székletproblémákkal járó ún. cauda equina szindróma). Ugyancsak lényeges a fiatal korban jelentkező keresztcsonttáji fájdalomnál az esetleges gyulladásos eredetre utaló panaszok tisztázása. Fizikális vizsgálattal tumorra vagy infekcióra utalhat a gerinc felett egy ponton észlelhető erős nyomásérzékenységre, míg gyöki érintettség tisztázásához

kétoldali összehasonlító, érzés-, izomerő- és reflexvizsgálatok szükségesek. Amennyiben az iménti eltérések bármelyike fennáll, képalkotó és laboratóriumi vizsgálattal kell tisztázni a derékfájás okát, egyéb esetekben (szerencsére ezek vannak többségben) további speciális vizsgálatok nem szükségesek. Tartós, 4-6 héten keresztül fennálló, változatlan vagy fokozódó intenzitású fájdalom szintén felveti a háttérben álló egyéb, súlyosabb kórkép lehetőségét (pl. daganat vagy súlyos discushernia). Ezek az esetek szintén diagnosztikus továbblépést tesznek szükségessé.

A degeneratív vagy túlterheléses derékfájások

Lumbágó

A lumbágó rendszerint hirtelen jelentkezik nagyobb fizikai megterhelés vagy rossz mozdulat után. Pontos helyét a beteg legtöbbször nem tudja lokalizálni, mivel a fájdalom az érintett terület izmaiból, fasciáiból, a gerinc kisízületeiből vagy szalagjaiból egyaránt származhat, ideggyöki érintettség nem társul hozzá. A fájdalom egy- vagy két-

oldali is lehet, és általában nem sugárzik ki térd alá, az alsó végtagokba. A panaszok kifejezetten erősek lehetnek, de rendszerint néhány napos ágynyugalom, helyi melegkezelés, fájdalomcsillapítók, nem szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID-ok) alkalmazása mellett néhány nap alatt jelentősen mérséklődnek vagy elmúlnak. A fájdalom csökkenésével párhuzamosan elkezdett gerinctorna csökkenti a panaszok kiújulásának veszélyét. Fontos a betegek számára a helyes emelési technika elmagyarázása.

Gerincserv (discushernia)

A csigolya közti porckorong (intvertebrális discus) kiboltosulva (protrúzió) vagy sérvesedve (az anulus fibrosus átszakadása esetén a nucleus pulposus a gerinccsatornába türemkedhet) nyomhatja az érintett magasságban kilépő idegyököt, ezáltal fájdalmat okoz. A betegség leggyakrabban a középkorúakat érinti, és legtöbbször a L IV-V és LV-SI közötti discus károsodása figyelhető meg. A fájdalom általában hirtelen jelentkezik, az idegyöki érintettség miatt erős, éles jellegű. Az érintett gyököknek megfelelően a fájdalom kisugározhat a comb és a lábszár elülső-oldalsó felszínén a lábhátba és az I-es ujjba (L5 gyöki érintettség), a comb és a lábszár oldalsó felszínén keresztül az V-ös ujjba (S1 gyöki irritáció). A gyöki érintettség igazolására a Laségue-jel meghatározása használható. A kinyújtott alsó végtagot a vizsgáló által emelve, majd a fájdalom jelentkezése esetén a lábat dorzálflektálva a beteg hirtelen erős fájdalmat jelezhet deréktájon és az alsó végtagban a gyöki beidegzésnek megfelelően. A fájdalom az érintett oldalon gyakran provokálható az ellenoldali végtag emelésével is. A discusherniák többsége konzervatív kezeléssel gyógyul, korszerű képalkotó vizsgálat sürgősséggel csak idegsebészeti beavatkozás indikációja esetén szükséges a lokalizáció pontos meghatározására, illetve differenciáldiagnosztikai céllal. Ilyen, ún. „red-flag” tünetnek tekinthető a cauda equina szindróma és az alsó végtagi parézisek. Tartós, hónapokig fennálló nagyfokú fájdalom szintén szükségessé teszi az elváltozás okának pontos tisztázását, és szükség esetén sebészeti beavatkozást. A discushernia nem sebészi kezelési lehetőségei gyakorlatilag megegyeznek a lumbágóéval, ugyanakkor a betegek mobilizációja sokkal lassabban, fokozatosabban történjék.

Spondylosis

A spondylosis a gerinc degeneratív betegsége, amely elsősorban az ágyéki, ritkábban a nyaki szakaszt érinti és okoz tartós fájdalmat, következményes mozgásszervi funkciókárosodást. Szemben a discushernia okozta gyöki tünetekkel, a spondylosis fokozatosan alakul ki, ritkán sugárzik a fájdalom a térd alá. Röntgenvizsgálattal gyakran mutathatók ki degeneratív eltérések a lumbális gerincszakaszon, így csőr- és kapocsképződésként leírt spondylophyták, kisízületi arthrosis, azonban ezek csak laza összefüggést mutatnak a beteg panaszával (1. ábra). Differenciáldiagnosztikai szempontból különösen időskorban fontos, hogy a derékfájás hátterében esetenként daganatos betegség állhat, amely leggyakrabban vertebrális metasztázis, ritkábban primer tumor. A metasztázist okozó folyamatok általában prosztata, tüdő, emlővese, nőgyógyászati vagy limfóma eredetűek. Az anamnézisben szereplő daganatos betegség, az alattomosan kezdődő, ágyynyugalomban is fennálló fájdalom – különösen, ha testsúlycsökkenéssel, étvágytalansággal, gyengeséggel társul – utalhat daganatos eredetre.

A spondylosis kezelése hasonlóan az arthrosishoz, gyógyszeres és nem gyógyszeres formákra osztható. Akutan romló panaszok esetén néhány napos nagyfokú fizikai kímélet, pihentetés javasolt. A hatásos fájdalomcsillapítás elősegíti a minél hamarabbi funkcionális javulást. A rendszeresen végzett gerinctorna, amelyet az érintett korához, általános állapotához és társbetegségeihez kell adaptálni, biztosítja a későbbi panaszok megelőzését is, vagy legalábbis csökkenti azok előfordulási gyakoriságát és súlyosságát.

Spinalis stenosis

A gerinccsatorna csontos szűkülete inkább a férfiakat érinti, általában a 60-70 éves életkorra okoz panaszt. A szűkület leggyakrabban a L III-V csigolyák között alakul ki, amely 7 mm alatti gerinccsatorna-átmérő esetén tekinthető súlyosnak, és okoz rendszerint tartósan fennálló fájdalmat, amelyet a tartós állás és járás provokál; megpihenéskor, leüléskor, előrehajlaskor rendszerint csökken. A betegek általában fokozatosan erősödő deréktáji és alsó végtagokba sugárzó fájdalomra panaszkodnak, ami azonban csak ritkán sugárzik térd



1. ábra. Spondylosisos beteg ágyéki gerincéről készült MRI-képe csőr- és kapocsképződésekkel

alá. A fizikális vizsgálati lelet szegényes, az ágyéki gerinc felett észlelhető nyomásérzékenység mellett a Laségue-jel általában negatív, és jelentős érző-, mozgató- vagy reflexzavar sem mutatható ki. A csontos elváltozás diagnózisára a CT-vizsgálat a legmegfelelőbb. Amennyiben konzervatív kezelés mellett a panaszok nem csökkennek, sebészeti beavatkozás szükséges.

Gyulladásos eredetű derékfájás

Ezen betegségcsoportot összefoglaló néven axiális spondyloarthritiseknek (ax-SpA) nevezzük. Idetartozik a régi némenklatúra szerint a spondylitis ankylopoetica (manapság is gyakran használt elnevezéssel a Bechterew-kór), a még röntgeneltéréssel nem járó gyulladásos gerincbetegség, valamint az arthritis psoriaticát, a gyulladásos bélbetegségeket és reaktív arthritiseket kísérő spondylitiseket is.

A gyulladásos gerincbetegségek a szalagtapadási helyek környékének gyulladással kezdődnek, rendszerint a szakroiliakális ízületekben. A betegség később sorrendben az ágyéki, a háti, majd a nyaki gerincszakaszokat is érinti, és a gyulladás helyén hónapok-évek alatt csontosodás jön létre, amely a gerinc teljes elmerevedéséhez vezethet (2. ábra). A betegségben

időnként a perifériás ízületek (rendszerint a csípők, a térdék, a bokák) fájdalmas duzzanata, illetve az íntapadási helyek gyulladása is jelentkezhet. Utóbbiak közül az Achilles-ín tapadásának helyén jelentkező fájdalom és nyomásérzékenység szokott leginkább panaszt okozni. Fontos anamnesztikus adat lehet a spondyloarthritisek diagnózisakor egy-egy típusos ízületen kívüli tünet jelenléte. Ezek közé tartozik a szem elülső részében jelentkező gyulladás, az anterior uveitis, amely rendszerint fájdalommal, vörösséggel, fényérzékenységgel jár. További extraartikuláris manifesztáció lehet a gyulladással járó bélbetegség, mely Crohn-betegség vagy colitis ulcerosa képeiben jelentkezhet, amely súlyos formában erős hasi fájdalommal, vastagbél- vagy végbélérzékenység esetén nyákos, véres hasmenéssel társul. A típusos kísérő tünetek harmadik jelentős csoportját a bőrelváltozások képezik, amelyek közül a leggyakoribb a psoriasis.

Az ax-SpA diagnózisának felállítása a típusos tünetek ellenére gyakran késik, a betegek sokszor évekkel a kezdeti panaszok jelentkezése után, részben vagy teljesen elmeredett gerinccel jutnak el reumatológiai szakellátásra. Ennek a ténynek azért van nagy egészségügyi, etikai jelentősége, mivel a gyulladással járó

betegség kezelésében alkalmazott korszerű készítmények, így a biológiai terápiák közé tartozó tumor-nekrózis-faktor- α és interleukin-17-blokkolók alkalmazásával a betegség okozta panaszok jelentősen csökkenthetők, az érintettek funkcionális állapota és életminősége javítható, a gerinc elcsontosodási folyamata pedig lelassítható vagy megállítható. A sikeres kezelés alapja természetesen a megfelelő időben felállított diagnózis, amelyhez ismerni kell az ax-SpA-ekre jellemző gyulladással járó deréktáji fájdalom jellegzetességeit. A gyulladással járó gerincpanaszok általában a keresztcsont területén a szakroiliakális ízületek mentén a legkifejezettebbek. Kiemelendő, hogy a panaszok minden esetben a 45. életév előtt kezdődnek, leggyakrabban a páciensek 20-as és 30-as éveiben. Mivel a gyulladással járó fennáll, így a fájdalom legalább 3 hónapon keresztül panaszt okoz, ennek megfelelően néhány napos, 1-2 hetes deréktáji fájdalom esetén nem érdemes ax-SpA irányába vizsgálni. Azoknál az egyéneknél merül fel leginkább a gyanú ax-SpA-re, akiknél a keresztcsonttáji fájdalom általában fokozatosan (nem rossz mozdulatot követően hirtelen) jelentkezik, tartósan fennáll, és a hajnali órákban, ágyynyugalomban a legerősebb. Az érintett egyének reggeli de-

1. táblázat. A gyulladással járó deréktáji fájdalom kritériumai az ASAS („Assessment of Spondyloarthritis International Society”) szakértői szerint

- kezdeti életkor < 40 év,
- alattomos kezdet,
- mozgásra enyhül,
- nem javul pihenésre,
- éjszakai fájdalom (felkelésre enyhül).

Gyulladással járó gerincfájdalom akkor áll fenn, ha az 5 feltételből 4 teljesül (szenszitivitás: 79,6%, specificitás 72,4%)

rektáji merevségre panaszok, amely mozgásra mérséklődik (1. táblázat). Mivel az ax-SpA-s fájdalom gyulladással járó eredetű, a gyakran alkalmazott NSAID-okra a fájdalom 1-2 nap alatt a betegek többségénél látványosan csökken.

A HLA-B27 sejtfelszíni antigén jelenléte szoros kapcsolatot mutat a betegséggel; a gyulladással járó gerincbetegségben szenvedők kb. 90-95%-ában kimutatható. Ugyanakkor hangsúlyozandó, hogy a közép-európai egészséges populáció 6-9%-ában is jelen van, s mivel az ax-SpA előfordulási gyakorisága mintegy 0,5%-ra tehető, így a HLA-B27 jelenléte korántsem jelent biztos betegséget. A HLA-B27 meghatározása nem tekinthető a rutinszerű szűrővizsgálat részének, csak tartósan fennálló deréktáji fájdalom esetén javasolt a vizsgálat elvégzése.

A szakroiliakális MRI-vizsgálat – szemben a hagyományos röntgenvizsgálattal – a sacroileitis korai kimutatását teszi lehetővé. A képalkotó eljárások: így a röntgen- vagy az MRI-vizsgálat nem képezik a szűrővizsgálat részét, a rendelkezésre álló felvételek elemzése viszont hozzájárulhat a betegség gyanújának pontosításához (3., 4. ábra). Megemlítendő még, hogy a képalkotó eljárások közé tartozó csontszkontigráfia kizorult az ax-SpA diagnózisából. Ennek oka részben az álpozitív esetek igen nagy aránya, másrészt pedig a pontosabb MRI jobb hozzáférhetősége.

A véresejtszám (Westergren) és a C-reaktív protein szintje ax-SpA-ban nem mutat olyan szoros összefüggést a betegség fennállásával és annak aktivitásával, mint más gyulladással járó reumatológiai körképekben. Időnként ezek normál értékek mellett is észlelhető kifejezett gerincgyulladás. Mivel ezek a paraméterek a gyulla-



2. ábra. Ankilotizált gerincű spondylitis ankylopoeticás beteg képe és ágyéki gerincröntgen felvétele a csigolyákat összekapcsoló csontos hidakkal

2. táblázat. Az ASAS („Assessment of Spondyloarthritis international Society”) ajánlása axiális-spondyloarthritisre (ax-SpA) gyanús betegek reumatológiai szakrendelésre utalására alap- és nem reumatológiai szakellátásban dolgozó orvosok számára

Azok a betegek, akik krónikus deréktáji fájdalomban szenvednek (időtartama ≥ 3 hónap) és a fájdalom kezdete a 45. életév elé tehető, reumatológushoz javasolt utalni, ha legalább egy jelen van a következő paraméterek közül:

– gyulladásos deréktáji fájdalom¹

– HLA-B27 pozitivitása

– sacroileitis képkalkotó vizsgálattal (röntgenen vagy MRI-n)²

– perifériás manifesztáció (arthritis, enthesitis és/vagy dactylitis)

– extraartikuláris manifesztáció (psoriasis, gyulladásos bélbetegség és/vagy uveitis)

– pozitív családi anamnézis spondyloarthritis vonatkozásában³

– jó terápiás válasz nem szteroid gyulladáscsökkentő szerekre

– emelkedett akutfázis-reaktánsok⁴

¹ A gyulladásos deréktáji fájdalom bármely kritériumrendszere alapján, de az ASAS-kritériumrendszer használata ajánlott.

² Csak akkor, ha a felvétel rendelkezésre áll, rutinszerűre nem ajánlott.

³ Az axiális spondyloarthritis klasszifikációs kritériumrendszerében alkalmazottnak megfelelően.

⁴ C-reaktív protein koncentrációja vagy vérséjszüllyedés, amely a normál tartomány felső értékét meghaladja, az emelkedés egyéb okának kizárása után.

dás aspecifikus markerének tekinthetők, ki kell zárni emelkedésük egyéb okait, pl. a banális infekciókat.

Az említett betegségjellemzők feltárásával az ASAS („Assessment of Spondyloarthritis international Society”) az alapellátásban dolgozó orvosok és nem reumatológus szakemberek számára ajánlást dolgozott ki azon betegek reumatológiai szakrendelésre küldésével kapcsolatban, akiknél felmerül ax-SpA lehetősége (2. táblázat). Az ajánlásnak igen jó az érzékenysége, ugyanakkor a specificitása mérsékelt. Emiatt viszonylag sok olyan egyén kerül reumatológiai beutalásra, akinél a későbbiekben nem igazolódik ax-SpA. Természetesen minél

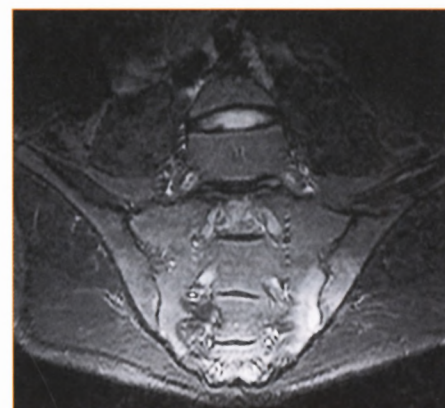
több jellegzetesség mutatható ki egy adott személynél, annál nagyobb valószínűséggel igazolható gyulladásos gerincbetegség.

Összefoglalás

A deréktáji fájdalmak többsége – bár komoly panaszt okoz – az esetek jelentős részében banális kórképek tekinthetők, amely néhány nap alatt pihenésre, fájdalomcsillapító készítményekre megszűnik. Ugyanakkor az alapellátásban és a mozgásszervi szakrendelőkben dolgozó kollégák szakmai felelőssége a nagyszámú derékfájós beteg közül azok kiszűrése, akiknél a korai diagnózis elmaradása, így a megké-



3. ábra. Spondylitis ankylopoeticus beteg medenceröntgen felvétele összezsontosodott sacroiliacalis ízületekkel



4. ábra. Spondylitis ankylopoeticus beteg sacroiliacalis MRI vizsgálata a sacroiliacalis ízületi rés mentén észlelt csontvelő ödémával

sett kezelés súlyos következményekkel járhat. Ez a rövid összefoglaló a leggyakoribb tünetek bemutatásával igyekezett felhívni a figyelmet azokra a panaszokra és fizikális jelekre, amelyek diagnosztikus továbblépést tesznek szükségessé.

Irodalom

1. Poór Gyula (szerk.): A reumatológia tankönyve. Medicina Könyvkiadó, 2008.
2. Szekanez Zoltán (szerk.): Reumatológia (egyetemi jegyzet). Springmed Kiadó, 2011.
3. Szántó Sándor - Géher Pál: Kérdések és válaszok a Bechterew kórról. Springmed Kiadó, 2010.

4. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, Braun J, Chou CT, Collantes-Estevez E, Dougados M, Huang F, Gu J, Khan MA, Kirazli Y, Maksymowych WP, Mielants H, Sørensen IJ, Ozgocmen S, Rousseau E, Valle-Oñate R, Weber U, Wei J, Sieper J. The development of Assessment of SpondyloArthritis interna-

tional Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis. 2009 Jun;68(6):777–83.
5. Rudwaleit M, Sieper J. Referral strategies for early diagnosis of axial spondyloarthritis. Nat Rev Rheumatol. 2012 Apr 10;8(5):262–8