



DERÉKFÁJÁS – EVIDENCIÁKTÓL A NAPI GYAKORLATIG

Szekanecz Zoltán dr.

*Debreceni Egyetem OEC,
Belgyógyászati Intézet,
Reumatológiai Tanszék,
Debrecen*



O L O H U

A cikk online változata
megtalálható a
www.olo.hu weboldalon.

A derékfájás a leggyakoribb mozgásszervi 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, ortopéd szakorvosok kezelik, nemzetközi trend, hogy a degeneratív mozgásszervi kórképek nagy részét a családorvos kezelje.

EPIDEMIOLOGIA

A felnőtt populációban a derékfájás prevalenciáját egy adott pillanatban 33%-ra, egyéves időintervallumra vetítve pedig 73%-nak becslik. Bizonyos munkakörökben ez a gyakoriság jóval magasabb lehet. A fizikailag aktív felnőttek 10-15%-ánál évente legalább egy súlyos epizód (akut derékfájás) jelentkezik. Ha nem a tünetek, hanem a sokszor túlzottan gyakran elvégzett MRI-vizsgálat oldaláról közelítjük meg a kérdést, a tünetmentes egyéneknél 14-33%-ban discopathiás eltéréseket, 25-50%-ban valamelyik discus protrúzióját deríthetjük ki. Követéses vizsgálatokkal

azonban a tünetmentes vagy kevésbé tünetes állapotban elvégzett MRI-vizsgálat nem mutatott összefüggést a később bekövetkező súlyosabb derékfájás jelentkezésével.

KIALAKULÁS, OSZTÁLYOZÁS

Anélkül, hogy teljes részletességében felsorolnánk és tárgyalnánk a derékfájás hátterében álló száznál is több okot, a derékfájás lefolyását tekintve lehet akut vagy krónikus, jellegét illetően mechanikus vagy gyulladásos, és eredhet a mozgásszervekből vagy más szervekből. A háziorvosi praxisban leggyakrabban jelentkező, derékfájást okozó kórképeket, gyakorisági sorrendben, az 1. táblázat szemlélteti (Temesvári fejezet).

A továbbiakban inkább a családorvos számára legfontosabb gyakorlati kérdéseket tárgyaljuk.

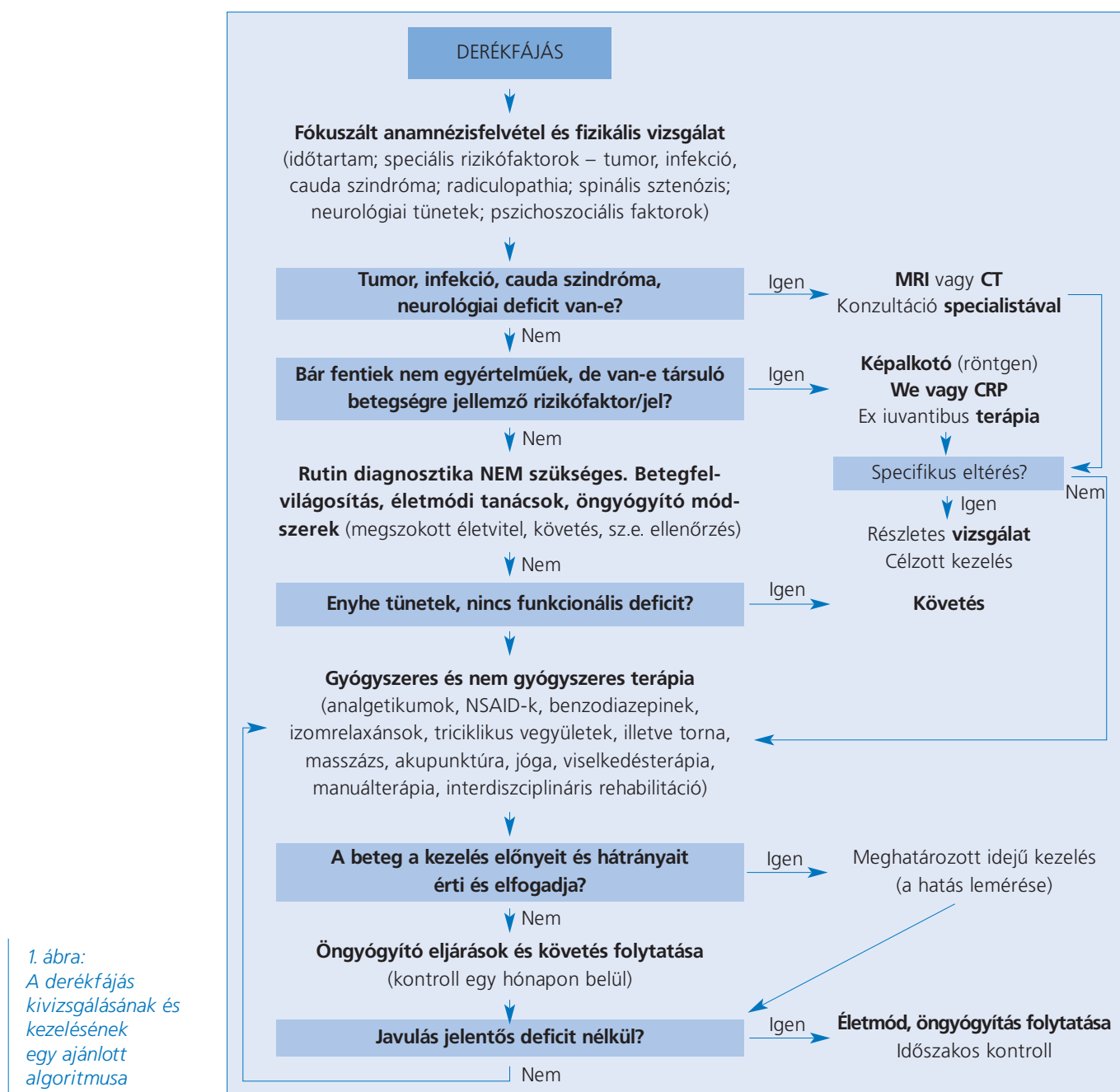
A DERÉKFÁJÁS DIAGNOSZTIKÁJA ÉS DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA

Derékfájás esetén az első jelentkezés és ellátás általában az alapellátásban történik. Alap-

1. táblázat:
A derékfájás főbb okai a háziorvosi gyakorlatban (gyakorisági sorrendben) (2)

KIVÁLTÓ OK	GYAKORISÁG
Túleröltetés	70%
Discus és kisizületek korfüggő kopása	10%
Discushernia	4%
Osteoporosisos fraktúra	4%
Canalis spinalis sztenózis	3%
Spondylolisthesis	2%
Spondylolysis és instabilitás	1-2%
Traumás törés	<1%
Veleszületett (scoliosis, átmeneti csigolya stb.)	<1%
Egyéb	3-4%





1. ábra:
A derékfájás
kivizsgálásának és
kezelésének
egy ajánlott
algoritmus

2. táblázat:
Alarmírozó
(„red flag”) tünetek
a derékfájás
diagnosztikájában

TÜNET	POTENCIÁLIS OKOK
Éjjeli fájdalom	Tumor, infekció
Súlyvesztés	Tumor
Képkalkotókkal litikus területek	Tumor, infekció
Széket/vizelet inkontinencia	Cauda equina szindróma
Progresszív, nem csökkenő fájdalom	Tumor, infekció
Nyugalomra nem szűnő fájdalom	Tumor

szabály, 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 *anamnézis felvétele* során két alapvető kérdést kell mérlegelnie:

- fennáll-e valamilyen súlyos vagy életveszélyes társuló betegség rizikója? (alarmírozó tünetek: 2. táblázat),
- az „egyszerű” derékfájáson túl vannak-e gyöki érintettségre utaló neurológiai tünetek (kisugárzó fájdalom, érzéskiesés vagy parézis)?

Ezt követően érdemes egy gyakorlati szempontból jól használható diagnosztikus és kezelési algoritmust követni (1. ábra). Az algoritmus lényege hogy a derékfájással jelentkező betegek többségénél semmilyen speciális vizsgálat vagy konzultáció nem szükséges. Mindez egybevág az 1. táblázattal, hiszen a derékfájások többsége túlerőltetésből és ko-





pásból adódik (összesen 80%), vagyis társuló betegség, egyéb alarmírozó állapot nem áll fenn. Részletes diagnosztika tehát ezen esetekben nem szükséges, hanem egyéni, „ön-gyógyító” program szerint nyugalom, majd torna, kímélet elegendő, és csak a középsúlyos-súlyos esetekben kell egyáltalán gyógyszer adni. Ezzel szemben az alarmírozó tényezők (2. táblázat) bármelyikének, vagy egyéb rizikófaktoroknak fennállása, elsősorban tumor, infekció és cauda equina szindróma 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 anamnézisben, éjjeli vagy nyugalmi fájdalom, fogyás, láz, kóros laboreltérések (We, vérkép, paraprotein), korábbi tartós kortikoszteroid kezelés (osteoporotikus 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 anamnézis-felvétel és a fizikális vizsgálat során semmilyen a három „red flag”-re utaló jellet 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, infekciót és daganatot nagyjából ki-

kell zárni. Utóbbiak alapos gyanúja esetén szükségesek csupán részletesebb és költségszebb 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! Ráadásul a tüneteket egyébként sokszor nem magyarázó, de mint láttuk, tünetmentes esetben is a betegek 30-50%-ában CT-vel vagy MRI-vel kimutatható discopathia, protrúziók a súlyos betegség érzetét keltik és tévútra vezetik a beteget és orvost egyaránt! A hagyományos röntgenfelvételre is jellemző, hogy a résbeszűkülés, spondylophyták száma és mértéke általában nem áll arányban a tünetek súlyosságával. Mindezt szakmai, szocio-ökonomiai adatok is alátámasztják: a derékfájás korai szakában végzett hagyományos röntgen- és MRI-vizsgálatok nem javították a klinikai kimenetel, a gyógyulási arány megítélését, viszont jelentősen emelik az ellátás költségeit.

Érdekes kérdés az *orvosi kompetencia* problematikája. Míg a fejlettebb országokban a derékfájás, osteoporosis, tehát általában a degeneratív mozgásszervi betegségek felismerése és ellátása döntően az alapellátásban történik, tehát családorvosi kompetencia, addig hazánkban és a környező országokban a betegek többségét szakorvosok látják el. Az egyetemeken történő reumatológia oktatás és a posztgraduális képzés fejlődésével várhatóan hazánkban is megvalósul a nyugat-európai és amerikai tendencia. Ennek megfelelően a derékfájós betegek többségét (1. táblázat) a háziorvosnak kell(ene) ellátnia, és csak az említett komplikált illetve 4-6 hét alatt nem gyógyuló esetekben kérni a megfelelő szakorvos

3. táblázat:
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	+++	Gasztrointesztinális toxicitás, magas dózisban nefrotoxicitás
COX-2-gátló NSAID-ek	A COX-2-izoenzim szelektív gátlása, a prosztaglandintermelés csökkentése	+++	Fokozott kardiovaszkuláris rizikó
Izomrelaxánsok	Poliszinaptikus neuronális mechanizmusok gátlása	–	Szedatív hatás
Opioidok	Opioid receptorok (μ) gátlása	–	Obstipáció, nausea, szomnolencia, szájszárazság
Kortikoszteroidok	Foszfolipáz A ₂ gátlása, leukotrién- és prosztaglandin-mediált gyulladás gátlása	++++	Immunosuppresszió, infekciók, aszeptikus csontnekrózis, osteoporosis, kóros sebgyógyulás, ödéma, hipertenzió, diabétesz
Triciklikus antidepresszánsok	Nem teljesen ismert	–	Szájszárazság, szedáció, kardiális tünetek





(reumatológus, ortopéd, traumatológus, neurológus, idegsebész, rehabilitátor) segítségével.

KONZERVATÍV KEZELÉS

GYÓGYSZERES KEZELÉS

ANALGETIKUMOK ÉS NEMSZTEROID-GYULLADÁSGÁTLÓK (NSAID)

A 3. táblázat áttekinti a derékfájás kezelésében alkalmazott főbb gyógyszercsoportok jellemzőit. A derékfájás első vonalbeli kezelését klasszikusan *analgetikumokkal és nemszteroid-gyulladásgátlókkal* (NSAID) kezdjük. A derékfájás részjelenségeként jelentkező radiculitis az oka annak, hogy a gyulladásgátlással is rendelkező szerek (3. táblázat) általában hatékonyabbak az egyszerű fájdalomcsillapítóknál. A közelmúltban végzett részletes Cochran-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, Algotrin) a NSAID-ekkel szinte azonos hatásúak, ezzel szemben jóval biztonságosabbak és olcsóbbak. A hagyományos NSAID-ek esetében a gasztrointesztinális károsító hatást, a szelektív COX-2-gátlóknál pedig a fokozott kardiovaszkuláris rizikót nagyon fontos figyelembe vennünk, főleg 60 év felettiek derékfájása 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!

IZOMRELAXÁNSOK

Az *izomrelaxánsok* kapcsán a tudományos adatok ugyancsak nem egyértelműek. Összesen két nagy randomizált vizsgálat született összesen 222 betegen, mely az egyik miorelaxáns (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.

KORTIKOSZTEROIDOK

A *kortikoszteroidok* adása, bár a discopathia, radiculitis kialakulásában a gyulladásnak komoly szerepe van, szisztémásan nem ajánlott (bár a prednison kis adagban, főleg fenilbutazonnal kombinálva, Rheosolon formájában, a múltban és ma is sikerrel alkalmazzák a derékfájás kezelésére). A klasszikus „ischias infúzió” az analgetikum és miorelaxáns mellett kortikoszteroidot is tartalmaz a radiculitis és a lokális ödéma 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 depó injekcióban, lidocainnal kombinálva, szívesen alkalmazzuk.

TRICIKLIKUS ANTIDEPRESSZÁNSOK

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 placebónál. A funkcionális képesség azonban nem javult, és a betegek 20%-ában valamilyen mellékhatás jelentkezett.

PORCPÓTLÓK

Az artrózis kezelésében alkalmazott *porcpótlók* (glükózamin, kondroitinszulfát) egy közelmúltbeli tanulmány alapján hatástalanok.

MOZGÁSTERÁPIA, FIZIOTERÁPIA

Az egyik legnehezebb teendő rávenni a gyakran kifejezett fájdalommal jelentkező beteget a *fizikai aktivitás* folytatására. Amíg évtizedekkel ezelőtt akut derékfájdalom (lumbágó, lumboscialgia) 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 fenntartásában. Ráadásul a torna során termelődő endorfinok fájdalomcsillapító hatása, a mobilitás fenntartása és a pozitív hozzáállás sokat segít a derékfájás leküzdésében. Számos tornaprogram ismert, amelyek 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 hatékonyak bizonyult. Emellett a masszázs, aerobic, oszteopátiás és kiropraxiás manipulációk alkalmazhatók, de minden mozgás-fizioterápiás eljárás között a torna az elsődleges. A gyakran torna helyett (!) alkalmazott fizioterápiás 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. A zsúfolt rendeléseken sokszor egyszerűbbnek látszik egy fájdalomcsillapító felírása, de a hosszabb távú sikerhez ez semmiképp sem elegendő! 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. Az ilyen célorientált, funkciómegőrző szemléletű program a leghatékonyabb és a táppénzes órák száma is ekkor a legkisebb.

INJEKCIÓS ÉS SEBÉSZI KEZELÉS

Derékfájás felléptekor, főleg akut esetben, gyakori probléma a sebészi indikáció felállítása. A beteg, a családorvos, a reumatológus, az idegsebész együttes döntése alapján születik meg az elhatározás. Gyakran valóban nehéz azt a határt meghúzni, amelyen túl már feltétlenül operációra van szükség. Számos mód-

szert alkalmaznak az injekcióktól a neuroablatív technikákra át a nyitott műtétekig.

Lokális injekció adható paravertebrálisan, a sacroiliacalis részbe, a lumbális epidurális térbe és a különböző triggerpontok környékére. Az injekciók elsősorban radiculopathiával járó derékfájás esetében hatékonyak, szimpla lumbágó esetében hatásuk kérdéses. Kortikoszteroidot (lásd fent) tartalmazó injekciókból évente legfeljebb 3-4 adható, e felett a szisztémás és lokális mellékhatások gyakorisága megnő. Nagy randomizált vizsgálatokban, enyhe radikuláris tünetek esetén, az epidurális injekciók és triggerpont injekciók nem voltak kellően hatékonyak. Néhány országban elterjedt a szkleroterápia (proloterápia) (dextróz, glicerin vagy fenol fecskendezése a spinális szalagokba vagy lumbodorzális fasciába), amelynek alapja az a hit, hogy a derékfájás elsődlegesen a meggyengült és károsodott spinális ligamentumokból ered, és az ismételt szklerotizáció „megerősíti” a szalagokat. A több mint 200 közlés eredményei nem egyértelműek.

Klinikai vizsgálatokban a *radiofrekvenciás afferens ideggyök abláció* és a *neurotomia* alig volt hatásos. Emellett próbálkoznak a discusok *elektrotermiás* kezelésével, akupunktúrával és az utóbbihoz hasonló *perkután neuro-modulációval*, szerény sikerrel.

A nyílt gerincműtéteket sok ellentmondás övezi. Indokoltságuk kétségtelen vertebrális törések, infekciók, tumorok, progresszív instabilitás esetében. Gyakori degeneratív eltérések esetében azonban a fúzió és dekompresszió eredményessége gyakran megkérdőjelezhető. Discushernia, radikuláris tünetek esetén a *dekompressziós laminectomia* igen hatékonyak bizonyult, ezért számos sebész kiterjesztette ezen műtéti típust a radikuláris tünetekkel nem járó derékfájás eseteire is. Néhány anekdotikus sikertörténetről eltekintve a neurológiai tünetekkel nem járó derékfájásban ez a műtét alig hozott javulást és ma nem is ajánlott. A *lumbális fúzió* kifejezett strukturális károsodással járó esetekben (bizonyos törések, fertőzések, spondylolisthesis, kifejezett instabilitás) drámaian jó hatású. Ezen egyértelmű esetekben a műtét hatásossága 70-90%. Az egyszerű degeneratív esetekben a fúzió eredményessége is kétséges. A műtéti kezelés vonatkozásában mindössze 2-3 komolyabb klinikai vizsgálatot végeztek, egyes betegpopulációban, és a fúzió alig bizonyult hatékonyabbnak a komplex, konzervatív kezelési protokolloknál. A perifériás ízületek





protetizálásának sikere alapján sokat vártak a *mesterséges discus protézistől*, de a csigolyák közti ízületek komplexitása miatt a discuscse-re kevés eredményt hozott.

Külön ki kell emelnünk a *műtét utáni rehabilitáció* fontosságát, amely sajnos gyakran elmarad. Az említett komplex mozgás-fizioterápiás tornaprogram műtét után is (ha kell, még intenzívebben) folytatandó, ellenkező esetben gyakran visszatérnek a tünetek (hegesedés a műtét helyén, „failed back syndrome”).

ÖSSZEFOGLALÁS

A derékfájás az esetek 80%-ában banális, egyszerű degeneratív eltéréseken alapul. Ezen szimpla esetek ellátása a világ nagy részén az alapellátás kompetenciájába tartozik: nem igényel részletes kivizsgálást és az esetek többségében gyógyszermentesen, életmódi változtatásokkal meggyógyítható. Ez elsősorban az akut esetekre vonatkozik. Az akut derékfájás kezelésének egyik fő célja a krónikussá válás megelőzése is. Krónikus derékfájásban a komplex (gyógyszer+mozgásterá-

pia+kognitív terápia) megközelítés a legeredményesebb. Komplikált esetekben, amikor társuló betegség (infekció, tumor) fennállása vagy súlyos gyöki tünetek (cauda syndroma) állnak fenn, részletesebb kivizsgálás, szakorvosi vizsgálat, szükség esetén hospitalizáció szükséges. Utóbbi esetekben a terápia is összetettebb. A kezelésre adott választ a pszichoszociális állapot nagymértékben befolyásolja, ezért a beteg hozzáállását, akaraterejét időben fel kell térképezni. A nem komplikált esetekre alig van érvényes diagnosztikus és terápiás algoritmus. Röviden az mondható el, hogy gyógyszermentes követés után, nem megfelelő reakció esetén a komplex kezelést kell elindítani. A konzervatív kezelést 2-4 hónapig érdemes folytatni, és csak ennek eredménytelensége esetén indokolt az invazív, sebészi beavatkozás. A sebészi ellátás tekintetében alig vannak klinikai tanulmányok, ezek populáció szinten nem mutattak jelentős hatékonyságot, kizárólag válogatott esetekben. Ezért a háziorvos és a szakorvosok feladata, hogy mindent megtegyenek a konzervatív kezelés sikeréért, és műtetre csak valóban előrehaladott, refrakter esetekben kerüljön sor.

IRODALOM

1. Wildstein MS, Carragee EJ. Low back pain. (In: Kelley's Textbook of Rheumatology, 8th Edition eds. Firestein GS, Budd RC, Harris ED jr, et al.) Elsevier Saunders; Philadelphia: 2009. 617–626.
2. Temesvári IP. Derékfájás, nyaki és háti panaszok. (In: A reumatológia tankönyve szerk: Poór Gy.) Medicina; Budapest: 2008. 355–378.
3. Apáthy Á. Derékfájás, isiász. SpringMed Kiadó; Budapest: 2005.

