A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve
a derékfájás diagnosztikájáról és kezeléséről

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002170
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 év

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Reumatológia Tagozat**

Prof. Dr. Poór Gyula, belgyógyászat, reumatológia és fiziotherápia szakorvosa, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Prof. Dr. Szántó Sándor, reumatológia, belgyógyászat, klinikai farmakológia, sportorvostan szakorvosa, társszerző

Dr. Bálint Géza, reumatológus, társszerző

Dr. Vereckei Edit, allergológia és klinikai immunológia, reumatológia és fiziotherápia, klinikai farmakológia szakorvosa, társszerző

Dr. Somos Éva, reumatológia és fiziotherápia, belgyógyászat, háziorvostan, allergológia és klinikai immunológia szakorvosa, társszerző

Dr. Ferenc Mária, mozgásszervi rehabilitáció, reumatológia és fiziotherápia szakorvosa, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Foglalkozás orvostan Tagozat**

Dr. Nagy Imre, foglalkozás-orvostan, háziorvostan, munkahigiéné, közegészségtan-járványtan szakorvos, elnök, véleményező

2. **Háziorvostan Tagozat**

Dr. Szabó János, háziorvostan, foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakorvosa, elnök, véleményező

3. **Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat**

Dr. Hock Márta, gyógytornász, elnök, véleményező

4. **Neurológia Tagozat**

Dr. Óváry Csaba, neurológia, vascularis neurológia szakorvosa, elnök, véleményező

5. **Ortopédia Tagozat**

Prof. Dr. Szendrői Miklós, ortopédia, kórbonctan-kórszövettan szakorvosa, elnök, véleményező

6. **Sportegészségügy Tagozat**

Dr. Soós Ágnes, sportorvostan, radiológia, egészségbiztosítás szakorvosa, elnök, véleményező

7. **Idegsebészeti Tagozat**

Dr. Fedorcsák Imre, klinikai onkológia, idegsebészet szakorvosa, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült."
„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek."

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői
Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.
Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.
Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.
Független szakértő(k):
Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	derékfájás
Az ellátási folyamat szakasza(i):	diagnosztika, terápia
Az érintett ellátottak köre:	a felnőtt lakosságban előforduló derékfájásban szenvedő betegek
Az érintett ellátók köre	
Szakterület:	0204 idegsebészet 0900 neurológia 1000 ortopédia 1400 reumatológia 1402 fizioterápia 2501 foglalkozás-egészségügyi ellátás 2602 sportszakorvosi ellátás 5700 fizioterápia-gyógytorna 6301 háziorvosi ellátás
Ellátási forma:	A1 alapellátás, alapellátás A1 alapellátás, ügyeleti ellátás J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás
Progresszivitási szint:	I–II. szint
Egyéb specifikáció:	nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Derék: A derék az emberi test dorsalis részén a XII. csigolyától, illetve bordáktól az alsó farredőig terjedő terület.

Derékfájás: A törzs háti oldalán a bordaívek és az alsó gluteális redők között jelentkező fájdalom, mely a keresztcsontból, medencecsontból, lumbalis gerincből, sacroiliacalis ízületből, a régió nyáktömlőiből, szalagjaiból, inaiból, izmaiból, enthesiseiből, a gerincburkokból, ideg- és érképletekből egyaránt kiindulhat, de kisugározhat belső szervekből, vagy a háti régióból, illetve a csípőtájról is.

Akut derékfájás: Akut a derékfájás, ha akutan kezdődik és három hónapnál rövidebb ideje tart.

Krónikus derékfájás: Legalább 3 hónapja tartó derékfájás.

Recidiv derékfájás: A recidiv derékfájásnak az egy éven belül újra fellángoló derékfájást nevezzük.

Specifikus derékfájás: Specifikusnak tartjuk azt a derékfájást, mely mögött gyors és pontos diagnózist és/vagy speciális ellátást igénylő, jól körülírt kórkép gyanítható.

A speciális derékfájásra, illetve a fenti kórképekre az úgynevezett „piros zászlók" hívják fel a figyelmet:

- trauma,
- rossz közérzet, fogyás, láz,
- fertőzés vagy daganatos betegség gyanúja, vagy szereplése az anamnézisben,
- magas vérsejtsüllyedés,
- 45 év alatti személy, hajnali derékfájása, mely mozgásra szűnik.

További specifikus derékfájás, ahol biztosan ismert a tünetek mögött álló gerincbetegség:

- radicularis tüneteket okozó discus hernia (különösen, ha paresissel jár),
- tüneteket okozó osteoporotikus csigolyakompresszió,
- neurogén spinalis claudikációval járó spinalis stenosis,
- FBSS („failed back surgery syndrome").

Nem-specifikus derékfájás: Ha specifikus derékfájás gyanúja nem merül fel. Ez esetben gyors és pontos diagnózisra nem törekszünk, képalkotó- és laborvizsgálatok általában nem indokoltak. A derékfájdalmat túlterhelés, rosszul adaptált mozgásminták, kisízületi szindróma, porckorong lelapulás okozta instabilitás mellett bio-pszicho-szociális problémák tartják fenn.

Figyelmeztető „zászlók":

Figyelmeztető zászló: tünet, vizsgálati lelet, jellegzetesség munkához, munkahelyhez való viszony, mely a diagnózist, kórlefolyást, munkába való visszatérést jelentősen befolyásolhatja	Jellegzetességek, melyek figyelmeztető zászlóra utalnak
Piros zászló: olyan mögöttes, patológiás folyamatra hívja fel a figyelmet, mely speciális és/vagy sürgős kezelést igényel	Súlyos gyöki kompresszióra utal: újabban kialakuló alsó végtagi paresis radicularis szindrómával, cauda equina szindróma: egyik vagy mindkét alsóvégtagba sugárzó radicularis fájdalom, érzés, zavar a nyereg zónában perianálisan, a vizelet és/ vagy széklet tartásának vagy ürítésének zavara, az érintett gyököknek megfelelő neurológiai deficit tünetek Szűk lumbalis gerinccsatornára utal: időskor, neurogén claudicatio, mindkét alsóvégtagba sugárzó fájdalom, mely előre hajláskor csökken, egy-két perces megállással, leülésre megszűnik, paraesthesia, esetleg neurológiai deficit tünet Infekcióra, szeptikus spondylitisre utal: láz, hőemelkedés, jelenleg zajló fertőzés, iv. droghasználat, immundeficiencia, előzetes helyi szteroid infiltráció, magas CRP Csigolyák vagy a sacrum patológiás törésére utal: osteoporosis, krónikus szteroid szedés, tumor vagy tumormetasztázis, gyakran csak minimális trauma Gyulladásos gerincbetegségre utal: éjszakai-hajnali fájdalom, mely mozgásra csökken, háti és/vagy mellkasi fájdalom. A fájdalom kezdete 45 év alatti életkor. A törzs jelentős szerkezeti deformációja észlelhető esetleg. Malignus elváltozásra utal: daganatos kórtörténet, fogyás, éjszakai fájdalom, magas CRP, monoclonális gammopathia, tumor marker pozitivitás

Sárga zászlók: a krónikusságba való átmenet fokozott kockázatának pszichoszociális mutatói	Érzelmi problémák, például depresszió, szorongás, stressz, depressziós hangulatra való hajlam és elzárkózás a társadalmi tevékenységektől
	Nem megfelelő hozzáállás és viselkedés a derékfájással kapcsolatban, például az az elképzelés, hogy a fájdalom veszélyes, vagy súlyos fogyatékossághoz vezethet. Passzív viselkedés a kezelésben az aktív személyes részvétel helyett
	Nem megfelelő hozzáállás a fájdalomhoz, különösen az aktivitás elkerülése vagy csökkentése a fájdalomtól való félelem miatt
	Munkával kapcsolatos problémák: elégedetlenség a foglalkozással vagy ellenségesnek tekintett munkakörnyezet vagy a bevétellel kapcsolatos problémák (rokkantsági nyugdíj)
Kék zászlók: prognosztikai tényezők, amelyek a dolgozó munkájával és környezetével kapcsolatos érzésein alapulnak	Nagyfokú fizikai terhelés
	Munkával kapcsolatos fokozott elvárások és alacsony kontroll a munka felett
	A munka módosítására való képesség hiánya
	A szociális támogatás hiánya
	Időzavar érzése
	A munkával való elégedettség hiánya
	Munkahelyi stressz
	Kevés remény a munkába való visszatérésre
	A visszaeséstől való félelem
Fekete zászlók: a munkahelyi eljárásmóddal, ellátási és biztosítási rendszerrel kapcsolatos faktorok	A munkáltatói eljárásmód akadályozza a fokozatos visszatérést a munkába vagy a pozícióváltást
	Pénzügyi bizonytalanság
	A kompenzációs rendszer
	Pénzügyi ösztönzők
	A munkahellyel való kapcsolat hiánya
	A betegszabadság időtartama

2. Rövidítések

ACR: „American College of Rheumatology”
a-p: antero-posterior
ASAS: „Assessment of Spondyloarthritis international Society”
ax-SpA: axiális spondyloarthritis
BNO: Betegségek nemzetközi osztályozása
COX: ciklo-oxigenáz
CRP: C-reaktív protein
CT: computer tomográf
EMMI: Emberi Erőforrások Minisztériuma
EULAR: „European Alliance of Associations for Rheumatology”
FBSS: Failed Back Surgery Syndrome
GI: gastrointestinalis
HLA: Humán leukocita antigén
L: lumbalis
m: musculus
MRI: mágneses rezonancia
NNGYK: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
NSAID: nem-szteroid gyulladáscsökkentő
OGYÉI: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet
PPI: „proton pump-inhibitor”, protonpumpa-gátló
S: sacralis
SNRI: szerotonin, noradrenalin visszavétel gátló
SpA: spondyloarthritis
SZE: szakértői egyetértés
TBC: tuberkulózis

TENS: „Transcutaneous electrical nerve stimulation”
TNF: tumor-nekrózis faktor
VAS: Vizuális Analóg Skála

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok szintje az Oxford Centre for Evidence-Based Medicine alapján történt meghatározásra [1].

Tudományos bizonyíték szintje a szakirodalmi adatok (klinikai vizsgálatok) alapján [1]	Ajánlás foka
1. szint – Erős, jól tervezett és kivitelezett, randomizált, kontrollált, összehasonlító vizsgálatok – Randomizált összehasonlító vizsgálatok metaanalízise – Jól kivitelezett vizsgálatok döntéshozással végződő analízise	A. fokozat Megalapozott tudományos bizonyíték
2. szint – Kevésbé erős és kevésbé jól kivitelezett randomizált összehasonlító vizsgálatok – Jól kivitelezett, de nem randomizált összehasonlító vizsgálatok	B. fokozat Tudományosan feltételezhető bizonyíték
3. szint – Esetkontrollos tanulmányok	C. fokozat Alacsony fokú bizonyíték
4. szint – Összehasonlító vizsgálatok jelentősebb hiányossággal – Retrospektív vizsgálatok – Eset ismertetések	D. fokozat
Tanulmányok hiányában az irányelvek a szakértők közötti konszenzuson alapultak az elemző csoporttal való konzultációt követően	Szakértői egyetértés (Sz. E.)

4. Ajánlások rangsorolása

Az ajánlások rangsorolása a *„3. Bizonyítékok szintje”* pontban került megadásra.
Az ajánlások mindegyikénél megadásra kerültek a bizonyítékok szintjei, az ajánlás fokozata. Az irodalomkutatás alapján előkészített ajánlásokat a szakértői csoport a RAND/UCLA módszer szerint értékelte [2].

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

A derékfájás a fejlett és fejlődő országokban is a rokkantságban töltött életévek leggyakoribb oka. A legtöbb beteg egy meghatározott ideig szenved derékfájásban, de az esetenként krónikussá válik, és jelentősen rontja az érintettek életminőségét. A derékfájás társadalmi költsége magas, ez magában foglalja az egészségügyi ellátás mellett a munkából való kiesés és/vagy a csökkent termelékenység okozta indirekt költségeket is [3].
A derékfájás a leggyakoribb betegség a civilizált országokban. A 18 éven felüli népesség 60–85%-ában okoz életük során legalább egyszer legalább egy hétig tartó, mindennapi tevékenységet befolyásoló fájdalmat. A derékfájás 10%-a válik krónikussá [4]. A derékfájás igen jelentős szociális és egészségügyi terhet jelent az egyénnek és társadalomnak egyaránt. Hazánkban a derékfájás a legtöbb táppénzes napot indokló betegség, melynek megelőzése, krónikussá válásának lehetőség szerinti megakadályozása az egész társadalom ügye, az egészségnevelés és az egészségügyi ellátásban résztvevők közös feladata.
A derékfájásban szenvedők 90%-át kitevő, úgynevezett„nem-specifikus” (ld. Ajánlások) kórképek nagy többsége nem igényel sem sürgősségi ellátást, sem azonnal képalkotó vizsgálatot vagy műtétet. A piros zászlós (lásd Ajánlások) specifikus esetekben a gyors diagnózis és megfelelő kezelés elmaradása vagy késedelme komoly következményekkel

járhat. A specifikus derékfájások 5%-át gyulladásos spondylarthropathia okozza. A korai diagnózis és hatékony kezelés hiánya a betegek funkcionális állapotának és életminőségének romlásához, esetleg korai rokkantsághoz vezet.

A derékfájásos betegek kivizsgálási és kezelési módjai meglehetősen heterogén képet mutatnak a világban. Miközben a képalkotó vizsgálatoknak korlátozott szerepe van a diagnosztikában, alkalmazásuk aránya meglehetősen magas a háziorvosokhoz forduló derékfájós betegeknél. Ez az arány az Egyesült Államokban 54 % [5], Olaszországban 56 % [6]. A terápia kapcsán is szemléletváltásra van szükség a páciensek és a szakemberek részéről is. Ennek egyik példája, hogy krónikus deréktáji fájdalom esetén a rendszeres gyógytorna a leghatékonyabb kezelési mód, mégis a betegek orvosi javaslatra inkább passzív fizioterápiás eljárásokat vesznek igénybe [7]. Ugyancsak megfigyelhető a napi gyakorlatban a gyógyszeres kezelés indokolatlan dominanciája is [8].

Hazánkban a derékfájásban szenvedő betegek többsége azonnal orvoshoz fordul, és helytelen beidegződésből, történelmi-társadalmi okokból mihamarabbi szakellátásra és korszerű képalkotó vizsgálatokra tart igényt, ami feleslegesen terheli az ellátó rendszert. Ennek megoldásában segít a betegoktatás és a megfelelő egészségügyi szakmai irányelv.

A fentiek alapján indokolt olyan diagnosztikus és terápiás ajánlás készítése, mely alkalmazása esetén hozzájárul a kezelés sikerességéhez, s ami magában foglalja nemcsak az akut fájdalom mihamarabbi megszűntét, hanem megakadályozza a krónikus fázisba való átmenetelt is [9]. Az elmúlt években számos irányelvet közöltek, ezek nemzeti szakértői csoportok véleményét tükrözik [10, 11], miközben a nagy reumatológiai társaságoknak nincsenek aktuális ajánlásai a derékfájás diagnosztikájával és kezelésével kapcsolatosan. Ugyancsak nincs Magyarországon érvényes ajánlás ezen a területen. A háziorvos a betegek nagy részét ezért tovább utalja, legtöbbször a reumatológiai szakrendelésre. Gyakorlatban is használható egészségügyi szakmai irányelv képessé tenné a háziorvost a derékfájással jelentkező beteg alapellátására, és így sem a szakellátás, sem a képalkotó diagnosztika nem terhelődne túl. A sürgős vagy speciális ellátásra szoruló úgynevezett „specifikus" derékfájásban szenvedő betegek (lásd Meghatározások) így nem kerülnének hosszú várólistára.

Jelenleg sem az „European Alliance of Associations for Rheumatology"-nak (EULAR) sem az „American College of Rheumatology" (ACR) nincs érvényben lévő ajánlása a derékfájás diagnosztikájára és kezelésére, de több ajánlást és metaanalízist publikáltak a közelmúltban ebben a témában. A legfrissebb és gyakorlati szempontból jól használható közleményeken alapul a jelenlegi diagnosztikus vagy terápiás ajánlás, mely alapot teremt az alapellátásban új szemléletű diagnosztikus eljárásrend és kezelési mód bevezetésére, és a betegek széles körű felvilágosítására.

Ez az egészségügyi szakmai irányelv az alapellátásban és az érintett szakellátásban dolgozók továbbképzésével integrálható a Nemzeti Egészségvédelmi Programba. Az egészségügyi szakmai irányelv alkalmazását segítő applikációk kidolgozása és a telemedicina szélesebb körű alkalmazása hozzájárulhat az egészségügyi szolgáltatások hatékonyabb igénybevételéhez, az ellátás minőségének javításához.

2. Felhasználói célcsoport

A felhasználói célcsoportot elsősorban a derékfájásban szenvedő betegeket ellátó egészségügyi szolgáltatók képezik, akik ezen kórkép diagnosztizálásával, kezelésével és gondozásával foglalkoznak. Az egészségügyi szakmai irányelv különösen ajánlott a családorvosoknak, reumatológus szakorvosoknak, de ortopéd-, neurológus és sportszakorvosoknak, a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok orvosainak, fájdalomambulanciákon dolgozóknak is. Továbbá gyógytornászoknak, akik saját kompetenciájuknak megfelelően végzik a betegellátást, melyre jelen egészségügyi szakmai irányelv nem tér ki.

Célok:

A jelen egészségügyi szakmai irányelv célja a tudományos bizonyítékokon alapuló diagnosztikus és terápiás ajánlások készítése és harmonizálása a nemzetközi eljárásrenddel. Az ajánlásokat áttekintve a szerzők esetenként jelentős eltéréseket tapasztaltak a hazai diagnosztikus és terápiás gyakorlattal összevetve, ezért az egyes pontokhoz a hazai sajátosságoknak megfelelő kiegészítésekkel kívánják segíteni az alap- és szakellátásban dolgozókat.

Az egészségügyi szakmai irányelv ajánlássorozata alapot teremthet a derékfájós betegek sikeres gondozásához, beleértve a diagnosztikus módszerek észszerű igénybevételét, illetve a nem-gyógyszeres és gyógyszeres terápiás lehetőségek optimális egyensúlyát.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k):	Bailly F, Trouvin AP, Bercier S, Dadoun S, Deneuville JP, Faguer R, Fassier JB, Koleck ML, Lassalle L, Le Vraux T, Brigitte L, Petitprez K, Ramond-Roquin A, Renard JO, Roren A, Rozenberg S, Sebire C, Vuides G, Rannou FO, Audrey P.
Cím:	Clinical guidelines and care pathway for management of low back pain with or without radicular pain.
Megjelenés adatai:	Joint Bone Spine. 2021 May 26;88(6):105227.
Elérhetőség:	doi: 10.1016/j.jbspin.2021.105227.
Szerző(k):	Kreiner DS, Matz P, Bono CM, Cho CH, Easa JE, Ghiselli G, Ghogawala Z, Reitman CA, Resnick DK, Watters WC 3rd, Annaswamy TM, Baisden J, Bartynski WS, Bess S, Brewer RP, Cassidy RC, Cheng DS, Christie SD, Chutkan NB, Cohen BA, Dagenais S, Enix DE, Dougherty P, Golish SR, Gulur P, Hwang SW, Kilincer C, King JA, Lipson AC, Lisi AJ, Meagher RJ, O'Toole JE, Park P, Pekmezci M, Perry DR, Prasad R, Provenzano DA, Radcliff KE, Rahmathulla G, Reinsel TE, Rich RL Jr, Robbins DS, Rosolowski KA, Sembrano JN, Sharma AK, Stout AA, Taleghani CK, Tauzell RA, Trammell T, Vorobeychik Y, Yahiro AM.
Cím:	Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain.
Megjelenés adatai:	Spine J. 2020 Jul;20(7):998-1024
Elérhetőség:	–
Szerző(k):	Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Denberg TD, Barry MJ, Boyd C, Chow RD, Fitterman N, Harris RP, Humphrey LL, Vijan S.
Cím:	Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians.
Megjelenés adatai:	Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):514-530
Elérhetőség:	–
Szerző(k):	Pangarkar SS, Kang DG, Sandbrink F, Bevevino A, Tillisch K, Konitzer L, Sall J. VA/DoD
Cím:	Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain.
Megjelenés adatai:	J Gen Intern Med. 2019 Nov;34(11):2620-2629
Elérhetőség:	–

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvel.
A kérdést érinti a „Deréktáji gerincbetegséggel és – gerincműtétet követő állapottal élők munkaköri orvosi alkalmasságának meghatározása, illetve munkahelyi rehabilitációjuk és munkaképességük fejlesztése" című szakmai útmutató [40].

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

A derékfájás jelentkezhet akut fellángolás formájában, rekurráló vagy krónikus kórképként. Ezen elnevezések azt a szakmailag közismert, de máig nem kellően hangsúlyozott szemléletet sugallják, mely szerint a derékfájást nem egy izolált epizódként, hanem egy komplex kórkép különböző manifesztációjaként kell értékelni, és az érintetteket eszerint szükséges gondozni. A derékfájást hosszabb-rövidebb ideig tartó relapsusok és remissziók jellemzik, háttérben álló egyértelmű okkal vagy anélkül [12]. A rekurrens jellegű derékfájás gyakori, mivel az érintettek kétharmada tapasztal visszaesést a felépülést követő egy évben [13]. A derékfájás gondozásának globális szemléletének magában kell foglalnia a szekunder prevencióra fordítandó nagyobb figyelmet az alap- és szakellátásban egyaránt, melynek legfontosabb eszköze a betegedukáció. A betegedukáció a legköltséghatékonyabb terápiás eszköz a szekunder prevenció szempontjából.

A derékfájás jellegének tisztázása:

Ajánlás1

A derékfájás specifikus vagy nem-specifikus jellege az alábbiak szerint tisztázandó, mely meghatározza a kezdeti diagnosztikus tevékenységek igényét és az elsődleges ellátás módját. (Sz. E.)

Specifikus derékfájás: Specifikus derékfájásra az úgynevezett „piros zászlók" hívják fel a figyelmet. Specifikusnak tartjuk azt a derékfájást, mely mögött jól körülírt kórkép gyanítható, mely gyors és pontos diagnózist és/vagy speciális ellátást igényel.

Ilyen kórképek lehetnek:

- traumás vagy patológiás törés,
- axiális spondylarthritis,
- infektív spondylitis vagy tályog,
- tumor vagy tumor metasztázis,
- cauda szindróma vagy újonnan kialakult alsó végtagi paresis,
- súlyos radicularis tüneteket okozó discus hernia (különösen, ha paresissel jár),
- tüneteket okozó osteoporotikus csigolyakompresszió,
- neurogén spinalis claudikációval járó spinalis stenosis,
- FBSS („failed back surgery syndrome"),
- extraspinalis okok (belsőszervi, urogenitális, neurológiai vagy vascularis betegségek).

Nem-specifikus derékfájás: „Piros zászlók" hiányában nem-specifikusnak tartjuk a derékfájást. Ez esetben pontos diagnózisra nem törekszünk, képalkotó- és laborvizsgálatok nem indokoltak. Bármely szövetféleségből ered a fájdalom, az a teendőkön nem változtat; a beteget megnyugtatjuk, hogy nincs komoly baj. Maradjon aktív, ha nem végez nehéz fizikai munkát, dolgozhat, ha szükséges, szedjen fájdalomcsillapítót. Életmódbeli tanácsokat adunk: kerülje a hirtelen mozdulatokat, ne hajoljon, inkább guggoljon le valamiért, ágya ne süppedjen be, kerülje a hosszas ülést, óránként legalább egyszer álljon fel, mozogjon egy kicsit. Nem specifikus derékfájás esetén vizsgáljuk a pszichoszociális munkával kapcsolatos, illetve munkahelyi kockázati tényezőket, a„sárga"„kék" és „fekete" zászlókat, melyek megléte a derékfájás krónikussá válásának kockázatát jelzik. Amennyiben a tünetek tartósak, későbbi kontrollvizsgálatok alkalmával képalkotó vizsgálatok szóba jönnek, elsősorban operált gerinc és felmerülő fejlődési rendellenességek esetében.

A gyöki fájdalom éles, hasító, csíkszerű a megfelelő dermatómába lesugárzó fájdalom, esetleg zsibbadással paraesthesiával, melyet hasprés, köhögés, rossz mozdulat is kiválthat, illetve megfelelő gyöknyújtási tünettel (Lasegue tünet, fordított Lasegue tünet, femoralis jel), a gyök kilépésének megfelelő paravertebrális hely megnyomásával (csengő tünet), a lumbális gerinc lateral- vagy retroflexiójával provokálható. E tünetek közül több csak súlyos radiculopathia esetén észlelhető. A gyöki fájdalmat fontos elkülöníteni alagút szindróma okozta neuralgiás fájdalomtól, pl. piriformis vagy fibulafej szindróma okozta neuralgiától. Az erős radicularis fájdalom igényelhet néhány nap ágynyugalmat, erőteljes fájdalomcsillapító és gyulladáscsökkentő kezelést, esetleg lokális injekciót. Ha 3 hét alatt a beteg állapota nem javul, újraértékelés, szakorvosi konzultáció javasolt, pl. ideg- vagy gerincsebész, reumatológus.

A pseudoradicularis fájdalom derékból a fartájra, alsó végtagba sugárzó fájdalom, mely nem éles, nem csíkszerű, hanem tompább, diffúzabb, nem dermatomának megfelelő. A térdből disztálisabbra ritkán sugárzik. Érzészavar, reflexeltérés, izomerő csökkenés nem kíséri. Nyújtási tünetek vizsgálatakor izomhúzódás jelentkezik, nem gyöki fájdalom.

A derékfájás krónikussá válása veszélyének felmérése:

Ajánlás2

A pszichoszociális kockázati tényezők (sárga zászlók) korai azonosítása ajánlott a tartós fájdalom és/vagy fogyatékosság kockázatának felméréséhez és a kockázatalapú kezelés kialakításához. (B. fokozat)

Derékfájós beteg tüneteinek akut fellángolásakor is szükséges a krónikussá válás rizikójának felmérése, mivel ezen páciensek esetén alkalmazandó multidiszciplináris kezelési eljárások megakadályozzák az idült kórformává történő progressziót. Ez fontos szemléletbeli kérdés, mivel korábban csak az elhúzódó szituációkban került sor esetenként ennek felismerésére, így a korai, hatékony kezelés lehetőségét nem lehetett kihasználni. A krónikussá válás rizikójának

felmérését belga és francia irányelvek is hangsúlyozzák, és ennek igazolása esetén a beteg aktív részvételével zajló fizioterápiás kezelések igazoltan csökkenteni képesek a krónikus stádiumba való átmenet valószínűségét [14].

A képalkotó vizsgálatok alkalmazása:

Ajánlás3

Nem specifikus akut derékfájás esetén piros zászló hiányában nem indokolt a gerinc képalkotó vizsgálata. (C. fokozat)

Meg kell magyarázni a betegnek, hogy a képalkotó vizsgálat nem ad magyarázatot panaszaira, eredménye nem befolyásolja kezelését, egyelőre nem javasoljuk elvégzését.

Invazív eljárás (epiduralis injekció, műtét) esetén MRI-vizsgálat – ha ez kontraindikált, CT-vizsgálat indikált. Változatlan tünetek mellett a képalkotó vizsgálatok ismétlése „kontroll"-ja nem indokolt, de nem indokolt klinikai javulás estén sem (Lássuk, visszahúzódott-e az a porckorongsérv?).

A képalkotó vizsgálatok alkalmazása derékfájás akut fellángolásakor fontos szakmai és egészséggazdasági kérdés. Kerry és munkatársai háziorvosi praxisokban vizsgálták meg a páciensek első jelentkezésekor végzett röntgenvizsgálat jelentőségét a betegség kimenetelében. Azt tapasztalták, hogy a piros zászlós figyelmeztető jelek hiányában nem különbözött a röntgenvizsgálaton átesett és anélkül kezelt betegek fizikai funkciójának, fájdalmának és mozgáskorlátozottságának csökkenése [15]. Randomizált kontrollált vizsgálatok szisztematikus áttekintése is igazolta, hogy azoknál az egyéneknél, akik akut vagy szubakut derékfájásban szenvednek és nincs klinikai gyanú súlyos állapotra, a fájdalom intenzitása a 3. vagy a 6–12. hónapban nem különbözött a képalkotó vizsgálatban részesült és azon át nem esett egyének között [16]. Ennek alapján kijelenthető, hogy a páciens első vizsgálatakor piros zászló hiányában a röntgenvizsgálat nem jelent előnyt a kezelés szempontjából, ráadásul a szükségtelen képalkotó vizsgálat felesleges kezelésekhez vezet és elősegítheti a kórkép krónikussá válását [17].

A fenti ajánlás ellenére gyakran előfordul, hogy a páciensek az ágyéki gerincről készült röntgenlelettel érkeznek házi- vagy szakorvosi vizsgálatra, melyeken gyakran kerülnek leírásra degeneratív eltérések. Nemoto és munkatársai 20 éven át tartó longitudinális vizsgálat keretében elemezték az újonnan kialakult vertebralis osteophyták és a lumbalis intervertebralis discusok károsodásából származó résszűkület összefüggését a betegek panaszaival. Álláspontjuk szerint fontos ezen betegek számára annak hangsúlyozása, hogy a röntgenleletek és a panaszok intenzitása, kiújulása között csak gyenge összefüggés van, s röntgeneltérések jelenléte esetén is lehetséges jelentős javulás vagy tartós panaszmentesség elérése megfelelő kezelés mellett [18].

Az MRI-vizsgálatokon észlelt eltérések előfordulási gyakorisága nem-specifikus derékfájásban szenvedő egyéneknél meglehetősen heterogén képet mutat. Egyes szerzők az intervertebralis rés beszűkülésének és az osteophyták jelenlétének korrelációját találták derékfájással [19], mások a Modic eltéréseket tudták gyakrabban kimutatni súlyos derékfájásnál [20], másrészt több vizsgálat is igazolta, hogy gyenge az összefüggés a discusdegeneráció/discus hernia jelenléte és a derékfájás között. Ebben az esetben helyteleníthető a rendszeresen végzett MRI-vizsgálat a discus hernia „nyomonkövetésére".

A derékfájásban szenvedő beteg átfogó gondozása:

Ajánlás4

A kezelésnek betegközpontúnak kell lennie, figyelembe véve a beteg tapasztalatait, fájdalmának fizikai, pszichés, szociális, munkára vonatkozó hatásait. (Sz. E.)

Ezt az átfogó megközelítést„bio-pszicho-szociális" módszernek nevezik, és a beteg, az orvos és a gyógyító team közös döntésén alapul.

Ajánlás5

A diagnózis szakkifejezéseit el kell magyarázni a betegnek, és megnyugtató információkat kell nyújtani a nem-specifikus derékfájás prognózisával kapcsolatban, mely általában kedvező, és a derékfájás néhány héten belüli gyógyulásával jellemezhető. (Sz. E.)

Ajánlás6

A derékfájás krónikussá válása, vagy primeren krónikus derékfájás kezelésére meg kell fontolnunk a multidiszciplináris kezelést, melyben gyógytornász-fizioterapeuta, reumatológus, háziorvos, rehabilitációs, foglalkozás-orvostan szakorvos, szükség esetén fájdalomspecialista és gerincsebész is részt vesz. A kezelésbe

bevonandó szakembereket a beteg kezelését irányító egyén határozza meg, figyelembe véve saját tapasztalatait, kapcsolatait, a helyileg elérhető szakembereket, de a beteg preferenciáit is. (Sz. E.)
A kezelésbe bevont szakemberek terápiás javaslatai alapuljanak konszenzuson, mert az ellentmondó tájékoztatás káros.

Munkában maradás elérése és munkából való kirekesztődés megelőzése:

Ajánlás7
A tartós keresőképtelenség kockázati tényezőit vagy a munkába való visszatérés akadályait (kék és fekete zászlók) ismételt vagy 4 hetet meghaladó táppénzes állomány esetén fel kell tárni. (Sz. E.)
Ehhez olyan foglalkozás-orvostan szakorvos, üzemorvostan szakorvos szakértelmét kell igénybe venni, aki ismeri a munkahelyi kockázati forrásokat, a munkavégzés során a mozgásszervet érő megterheléseket, az adott munkavállaló egészségi állapotát, és ezek összevetésével meg tudja állapítani a munkaköri alkalmasság feltételeit, korlátait, így biztosítva a munkavállaló továbbfoglalkoztatását eredeti munkakörében az egészségromlás kockázatának minimalizálása mellett. (Megjegyzés: kevés munkahelyen biztosított a munkáltató saját foglalkozás-egészségügyi szolgálata által nyújtott ellátás.)

Nem-gyógyszeres kezelés:

Ajánlás8
A nem-gyógyszeres kezelés mérlegelése előtt fel kell állítani a nem specifikus derékfájás diagnózisát. (Sz. E.)

Ajánlás9
A nem specifikus derékfájás kedvező kimenetelének biztosítására az elsődleges kezelés a mozgásterápia. (B. fokozat)
Ehhez a háziorvosi praxisban lehetőség szerint gyógytornász-fizioterapeuta biztosítandó. A lakóhelyhez közeli ezen egészségügyi ellátás biztosítása érdekében a praxisközösségekben vagy a létrehozandó járási egészségközpontokban gyógytornászok alkalmazása lenne kívánatos.
A nem-gyógyszeres kezelés alapja akut, de még inkább krónikus deréktáji fájdalom esetén a mozgásterápia, ezen belül is a legfontosabb a szakember által irányított rendszeres gyógytorna. Randomizált kontrollált vizsgálatok meta-analízise alapján a mozgásterápia javítja a mozgásszervi funkciót és gyorsítja a munkába való visszatérést [21].

Első vonalbeli kezelés:

Ajánlás10
Betegfelvilágosítás, életmódbeli tanácsok, mindennapi tevékenységek és a munka folytatásának ösztönzése, ha ez nem kontraindikált, pl. nehéz fizikai munka esetén. Az önkezeléshez fontos, hogy brosúrát biztosítsunk a betegnek. A beteg preferenciái szerint néhány napos nyugalomba helyezés után egyénre szabott olyan fokozatos, szakaszos és progresszív fizikai aktivitás és mozgásterápia javasolt, melyet a beteg derékfájása nem kontraindikál. (B. fokozat)

Ajánlás11
Krónikus derékfájás, vagy krónikussá válás veszélye esetén gyógytornász tanítsa meg a beteget klinikai állapotának megfelelő gyakorlatokra, melyeket a beteg otthon folytasson. (B. fokozat)

Ajánlás12
A gyógytornász-fizioterapeuta a bio-pszicho-szociális kezelés résztvevőjeként tudatosítja a fizikai aktivitás előnyeit, segít eloszlatni a beteg félelmeit és téves hiedelmeit. (Sz. E.)

Ajánlás13
A fizioterápiában a beteg aktív részvétele elengedhetetlen (B. fokozat), a passzív kezelések (pl. TENS, elektroterápia) önmagukban nem ajánlottak, mert nem javítanak a beteg állapotán. (Sz. E.)
A fizioterápiás eljárások alkalmazásáról akut vagy krónikus deréktáji fájdalomban meglehetősen ellentmondó eredmények vannak, de kijelenthető, hogy ezek a modalitások csak a mozgásterápia kiegészítéseként használhatók

sikeresen [22]. Szóba jövő eljárások, bár klinikai vizsgálatok nem támasztják egyértelműen alá hatékonyságukat, többek között a melegkezelés, manuálterápia, mint manipuláció és a mobilizáció, interferencia kezelés, lézer, mágnesterápia, TENS kezelés és ultrahang terápia.

Második vonalbeli kezelés:

Ajánlás14

Krónikus derékfájás, vagy krónikussá válás kockázata esetén ismertessük a fájdalom, illetve a fájdalom krónikussá válásának neurofiziológiáját, a krónikus fájdalom megelőzését, illetve kezelési lehetőségeit. Manuális technikákat, így manipulációt, mobilizációt csak gyógytornász felügyeletével végzett mozgásprogram és multimodális kezelés keretében alkalmazzunk. (B. fokozat)

Pszichológiai kezelést, például kognitív viselkedésterápiát csak kognitív viselkedésterápiás szakember, vagy fájdalom kezelésében jártas team végezzen, a gyógytornász ellenőrizte mozgásprogram mellett a multimodális kezelés részeként.

Harmadik vonalbeli kezelés:

Ajánlás15

A gyógyulást hátráltató pszichoszociális tényezők, vagy az aktív kezelés eredménytelensége esetén tartós derék- vagy gyöki fájdalomban szenvedő beteget multidiszciplináris, fizikai, pszichikai, szociális és foglalkozási rehabilitációban kell részesíteni, s ehhez a programhoz megfelelő szakembereket kell biztosítani, hogy a programokat a beteg orvosi-pszichoszociális és munkakörnyezetéhez adaptáltan tudják elvégezni. A programok multidiszciplinárisan ellenőrzött aktív tornát, kognitív viselkedésterápiát, szociális gondozást tartalmazzanak. (Sz. E.)

Gyógyszeres kezelés:

Ajánlás16

Fájdalomcsillapítók lépcsőzetesen alkalmazhatók fájdalmas epizódok kezelésére, bár középtávon egyetlen fájdalomcsillapító sem bizonyult önmagában eléggé hatásosnak akut nem-specifikus derékfájás, vagy akut fellángolás okozta fájdalom csökkentésére. (Sz. E.)

Derékfájás akut epizódjaiban a fájdalomcsillapítás a legfontosabb elvárás a betegek részéről, melyre nem-gyógyszeres és gyógyszeres kezelési lehetőségek egyaránt igénybe vehetők. Ezt megelőzően a betegeket lehetőség szerint a szokásos fizikai aktivitásuk folytatására kell biztatni [23]. Nagyfokú fájdalom esetén rövid ideig tartó ágynyugalom szóba jön (hazai gyakorlatban gyakran javasolt), de a nem-specifikus deréktáji fájdalomban a tartós ágynyugalom szisztematikus meta-analízis alapján vagy nem hatásos, vagy lassítja a felépülést és megnyújtja a munkába való visszatérés idejét [24].

A gyógyszeres kezelés célja akut derékfájás esetén a nem-gyógyszeres eljárások hatékonyságának javítása a beteg szokásos napi aktivitásához való visszatérése érdekében. Krónikus derékfájás esetén akkor jön szóba gyógyszeres kezelés, ha az orvos úgy ítéli meg, hogy az segíti az aktivitás visszanyerését célzó egyéb eljárásokat, vagy ha a betegnek a fájdalom következtében nem tolerálható funkcionális károsodása van.

A fájdalomcsillapító kiválasztásakor figyelembe kell venni a korábbi tapasztalatokat, a beteg által szedett egyéb gyógyszereket – különös tekintettel a recept nélkül kapható fájdalomcsillapítókra –, a beteg preferenciáit, és a kockázatokat.

Ajánlás17

Terápia választás a fájdalom nagysága, Vizuális Analóg Skálán (VAS) mért érték szerint (Sz. E.):

Terápia indításakor a kórkép jellege mellett a fájdalom nagysága meghatározó szempont. A fájdalom mértékét VAS-on mérve (0–100 mm) folyamatosan monitorozhatjuk. A vízuális analóg skála 100 mm hosszúságú vonal, melynek egyik végén egyáltalán nincs fájdalom, a másik végén elviselhetetlen fájdalom jelzés van. A páciens ezen a vonalon jelöli be függőleges, a skálát metsző vonallal aktuális fájdalmának szintjét.

Ha a fájdalom nagysága a VAS skálán < 40 mm: minor analgetikumok (paracetamol, metamizol) javasoltak, mely kiegészíthető helyi (tapasz, krém, gél, kenőcs) NSAID alkalmazással. Nem kielégítő hatás esetén oralis

NSAID (gasztroenterológiai, kardiovaszkuláris, renalis szempontok figyelembevételével COX-2 gátló vagy klasszikus NSAID +/- PPI kiegészítéssel) ajánlható.
Amennyiben a fájdalom nagysága VAS skálán 40–60 mm, esetleg 70 mm: minor opioidok, tramadol adása javasolt, esetleg minor analgetikummal kiegészítve. Ineffektivitás esetében dihydrocodein alkalmazása tanácsolható.
Erős fájdalom, VAS skálán > (60)–70 mm, major opioidok adása célszerű.
Ide tartozó készítmények az oxycodone (5/10/20 mg retard tabletta) és a fentanyl 12/25 µg/h tapasz. Fentanyllal vagy oxycodonnal kezelés nem kezdhető, csak ha előtte a beteg legalább két hétig kapta a tramadol 400 mg/ nap dózisát és az nem bizonyult effektívnek. Kivételt képez a tramadol intolerancia.

Első vonalbeli kezelés:

Ajánlás18

Az önkezelés részeként vagy gyógyszerészi/orvosi javallatra helyi kezelés alkalmazható. A lokális készítmények az elsőként választandó szerek helyi jellegű, elsősorban a lágyrész eredetű enyhe és mérsékelt fájdalmak kezelésére (Sz. E.)

A nem-gyógyszeres kezelési eljárások mellett első vonalban a helyi készítmények javasoltak. Lokális készítmények akut gerinc-, de főleg regionális deréktáji lágyrész fájdalom esetén alkalmazhatóak. Ezek többsége vény nélkül beszerezhető NSAID tartalmú krémek és tapaszok, lidocain, menthol, kámfor vagy kapszaicin tartalmú tapaszok, melyek hatékonynak bizonyultak a fájdalom csökkentésében [25, 26]. A betegekben tudatosítani kell, hogy a fájdalomcsillapítók csak rövidtávon és mérsékelt hatékonysággal képesek a panaszokat csökkenteni, és hosszú távú alkalmazásuk nem javítja betegségük kimenetelét.

Ajánlás19

Paracetamol vagy metamizol hasznos lehet a fájdalom tüneti kezelésére. (Sz. E.)

A szisztémásan alkalmazható fájdalomcsillapítók az egyszerű analgetikumok, mint pl. paracetamol és metamizol, NSAID-ok, erős fájdalom esetén az enyhe és erős opioidok. Bár tradicionálisan az egyszerű fájdalomcsillapítók közül a paracetamolt gyakran alkalmazzák, derékfájásban hatásossága kérdéses. Bár hatásossága egyénenként eltérő lehet, placebóval összehasonlítva ennek a gyógyszernek a használata nem vezetett a fájdalom vagy a funkcionális képesség szignifikáns javulásához sem akut, sem krónikus nem-specifikus derékfájásban szenvedő betegeknél [27]. A metamizollal a paracetamol alternatívájaként használható, randomizált, kontrollált vizsgálat jelenleg van folyamatban derékfájásban ezzel a hatóanyaggal [28].

Ajánlás20

A nem-szteroid gyulladáscsökkentő szerek (NSAID-ok) a kórtörténet figyelembevételével végzett haszon/ kockázat arány elemzése után, a lehető legrövidebb ideig, a legalacsonyabb hatásos dózissal alkalmazhatók. (A. fokozat)

Akut fájdalom esetében monoterápiában való adásuk haszon/kockázat (gasztrointesztinális, kardiovaszkuláris, vese) tekintetében mérlegelendő. A nem-szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID) a leggyakrabban alkalmazott fájdalomcsillapítók derékfájásban. Számos klinikai vizsgálat igazolta az orális NSAID rövid távú fájdalomcsillapító hatását és előnyeit a funkciójavulás szempontjából a placebohoz képest akut és krónikus, nem-specifikus derékfájásban szenvedő betegeknél [29, 30]. A mellékhatások veszélyének csökkentése érdekében ezeket a gyógyszereket a lehető legrövidebb ideig és a legalacsonyabb hatásos dózisban javasolt alkalmazni.

Második vonalbeli kezelés:

Ajánlás21

A gyenge opioidokat a paracetamol mellett vagy anélkül is lehet alkalmazni, alacsony dózisban, a lehető legrövidebb ideig, az NSAID-ok sikertelensége vagy ellenjavallata esetén. Gyenge opioidként általában tramadol kerül alkalmazásra. Ennél a készítménynél különösen figyelembe kell venni a nem megfelelő kezelés kockázatát. (B. fokozat)

Az opioid gyógyszerek olyan akut, nem-specifikus derékfájós betegek kezelésére alkalmazhatók elsősorban, akiknél a nem opioid fájdalomcsillapítók ellenjavalltak vagy hatástalannak bizonyultak. Krónikus, nem-specifikus deréktáji fájdalom kezelésében is igazolták kedvező hatásukat, ekkor különös figyelemmel kell lenni a potenciális mellékhatásokra. Az opioid gyógyszerek javallatát rendszeresen, legfeljebb 4 hetes időközönként újra kell értékelni.

Nagy dózisban való adása során a gyakori mellékhatások, szédülés, fejfájás, kábultság hatványozottabban jelentkezhetnek. Kockázatokat leginkább az idősek krónikus fájdalmainak kezelése során hordoz.
Enyhe opioidok közül hazánkban a tramadol terjedt el, az utóbbi években egyre nagyobb teret nyer a tramadol/ paracetamol kombinált készítmények alkalmazása. Utóbbi használatával rövid idő alatt hatékony fájdalomcsillapító hatás érhető el [31]. Ugyancsak jól használható a tramadol/paracetamol kombináció krónikus deréktáji fájdalom kezelésre is, 3 hónapos adás mellett csökkent a betegek fájdalma és javult funkcionális állapotuk [32].

Ajánlás22

Az erős opioidok fenntartandók a megfelelő kezelés (beleértve a multidiszciplináris rehabilitációs programot is) ellenére refrakter derékfájás esetére, és a lehető legrövidebb ideig alkalmazandók. (B. fokozat)

Ide tartozó készítmények az oxycodone (5/10/20 mg retard tabletta) és a fentanyl 12/25 µg/h tapasz. Az oxycodone kezdő adagja azon betegeknél, akik korábban nem szedtek opioidokat, 5 mg 6 óránként. A dózis feltitrálandó, maximum naponta 6-szor adható. A fentanyl 72 órás időtartamra elegendő hatóanyagot tartalmaz.

Ajánlás23

A beteget tájékoztatni kell az opioidok nem megfelelő használatának kockázatáról. Az enyhe vagy erős opioid terápia folytatását rendszeresen felül kell vizsgálni a beteggel korábban megállapított terápiás előnyök szempontjából. (Sz. E.)

Ajánlás24

Bizonyított visszaélés/nem megfelelő használat esetén fájdalomcsillapításra vagy szenvedélybetegségre specializálódott központtal történő együttműködés javasolt. (Sz. E.)

Ajánlás25

Kombinált készítmények (tramadol+paracetamol, illetve tramadol+NSAID) alkalmazása előnyös a multimodális fájdalomcsillapítás mechanizmusából és a dózisspórolásból eredően. (Sz. E.)

Ajánlás26

Az izomrelaxánsok tüneti terápiaként alkalmazhatók. (Sz. E.)

A hazai gyakorlatban gyakran kerülnek felírásra izomrelaxánsok deréktáji fájdalomban. A centrális támadáspontú tizanidin adása a fájdalom okozta kifejezett paravertebralis izomspazmus esetén tünetileg javíthatja a beteg állapotát. A tolperison indikációi között nem szerepel a derékfájás, bár egy 2021-ben publikált fázis-2-es vizsgálat igazolta kedvező hatását ebben az indikációban és a készítménnyel kapcsolatos fázis-3 vizsgálat folyamatban van [33, 34]. A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) jogelődje, az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) 2022-es állásfoglalása szerint ebben az indikációban a készítmény előny/ kockázat aránya nem kedvező, így az indikáción túli alkalmazás veszélyezteti a betegek biztonságát.

Ajánlás27

Radicularis érintettség, társuló kisízületi synovitis vagy a fenti terápiák ineffektivitása esetén steroid lökéstherápia alkalmazása – akár per os, akár parenteralisan – része a hazai klinikai gyakorlatnak. A dózist és az alkalmazási időtartamot a kórkép és a beteg egyéni kockázati tényezői határozzák meg. Hatékonyságát mérsékeltnek és rövid távúnak véleményezik az áttekintő elemzések. (Sz. E.)

Klinikai vizsgálatok nem igazolták a szisztémásan alkalmazott kortikoszteroidok hatékonyságát deréktáji fájdalomban és ennek nem radikuláris formájában [35, 36]. Rutinszerű alkalmazásuk semmiképpen nem javasolt, de radicularis érintettség vagy felmerülő kisízületi synovitis esetén jön szóba elsősorban adásuk egyéb kezelésre refrakter kórformákban.

Ajánlás28

Parenterális terápiaként analgetikus keverék infúziók (metamizol, tramadol, guaifenesin) heveny fájdalommal járó gerincbetegség, valamint gyöki érintettség esetében methylprednisolon, illetve furosemid hozzáadásával részei a hazai klinikai gyakorlatnak. Diclofenac, orphenadrine tartalmú infúziók radiculáris komponens jelenléte vagy hiánya esetében is ajánlottak. (Sz. E.)

Ajánlás29

Akut nem-specifikus derékfájdalom, illetve társuló radicularis érintettség esetében lokális injekcióban lokál anaestheticum és steroid készítmény adása haszon/kockázat mérlegelés mellett alkalmazható. A steroid prednisolon ekvivalens dózisát, hatástartamát a fájdalom mértéke és a beteg kockázati tényezői alapján kell megválasztani. Első választandó kezelésként a szisztémás irodalmi áttekintések nem ajánlják. (Sz. E.)

A steroid lökésterápia, lokálisan injekció formájában alkalmazott anaestheticumok és steroid készítmények részei a hazai terápiás gyakorlatnak. Nem-specifikus derékfájásban, különösen gyöki tünetek nélküli formában megkérdőjelezhető terápiás hasznuk [37].

Ajánlás30

Az antidepresszánsok (triciklusos vagy szerotonin/noradrenalin visszavétel gátlók) nem javallottak derékfájás akut fellángolása esetén, sem gyöki tünetek fennállásakor, sem azok hiányában. (A. fokozat)

Az antidepresszánsok -beleértve a triciklikus antidepresszánsokat- és a serotonin visszavétel gátlók gyakran kerülnek felírásra krónikus derékfájás esetén. Egy közelmúltbeli klinikai vizsgálat nem igazolta ezen készítmény hatásosságát a fájdalomra és a funkcióra, ezért rutinszerű alkalmazásuk nem ajánlott. Régebbi klinikai vizsgálatok triciklikus antidepresszáns hatására mérsékelt javulást tapasztaltak a fájdalomban, de az eredmények ellentmondásosak voltak a funkció, az életminőség és az egészségügyi rendszer igénybevétele szempontjából. Ezen gyógyszercsoport tagjainak alkalmazása a krónikus derékfájáshoz gyakrabban társuló pszichiátriai betegségek egyidejű fennállása esetén indokolt [10].

Ajánlás31

Antidepresszánsok alkalmazását neuropátiás komponenssel járó krónikus gyöki tünetek vagy társuló szorongásos és depressziós rendellenességek esetén kell számításba venni, figyelembe véve az előny/ kockázat egyensúlyt. (B. fokozat)

Ajánlás32

A beteget tájékoztatni kell az antidepresszánsok jellemző késleltetett hatásáról és a mellékhatásokról. (Sz. E.)

Ajánlás33

A gabapentinoidok nem javallottak a derékfájás akut fellángolásában, sem gyöki tünetek fennállásakor, sem azok hiányában. (A. fokozat)

Ajánlás34

A neuropátiás komponenssel járó krónikus gyöki tünetek esetén a gabapentinoidok adása megfontolandó, figyelembe véve az előny/kockázat egyensúlyt. A beteget tájékoztatni kell a gabapentinoidok késleltetett hatásairól és a mellékhatásokról. (B. fokozat)

Ajánlás35

A neurotróp B-vitaminok (B_1 – tiamin, B_6 – piridoxin és B_{12} – cianokobalamin) antinociceptív-, antiallodinikus- és antihiperalgéziás-, valamint az ismert fájdalomcsillapítókkal való szinergikus hatásuk alapján kiegészítő kezelésként szóba jönnek. (Sz. E.)

Egyéb speciális kezelési formák:

Ajánlás36

Az ultrahang használata és a lumbális trakció nem ajánlott. (B. fokozat)

Ajánlás37

Ortopédiai talpbetét nem ajánlott. (B. fokozat)

Ajánlás38

Az akupunktúrát, az akupresszúrát nem találták egyértelműen hatékonynak a derékfájás enyhítésében, bár mind akut, mind krónikus deréktáji fájdalom esetén a fájdalom, mozgáskorlátozottság, életminőség romlás egyes komponenseit javította. Jó minőségű tanulmány hiányában nem lehet dönteni a relaxáció

és a „gondolati meditáció” vagy a hipnózis hatékonyságáról. Ezek azonban a kezelések multimodális kombinációjának részeként, beleértve az aktív betegkezelést, megfontolandók. (Sz. E.)

Ajánlás39

Az ágyéki öv vagy fűző viselése rövid időn keresztül fontolóra vehető a gyógyulás érdekében, még akkor is, ha nem találták hatékonynak derékfájás enyhítésében. Csigolyakompresszió esetén, vagy II–III-as stádiumú spondylolistesisben frakcionáltan javasolt a fűző, spondylodiscitisben pedig a korzett viselése. (Sz. E.)

Ajánlás40

A fájdalom neuropátiás komponense esetében más terápiás alternatívák (beleértve a multidiszciplináris kezelést) sikertelensége után a gerincvelő stimuláció fájdalomközponttal megvitatható. (Sz. E.)

Másodlagos prevenció:

Ajánlás41

A derékfájásos epizódban szenvedő betegeknek rendszeres fizikai aktivitást és/vagy önrehabilitációs gyakorlatokat kell végezniük a kiújulás kockázatának csökkentése érdekében. (B. fokozat)

Ajánlás42

A fizikai aktivitás kiválasztását a beteg preferenciái szerint kell megválasztani. (Sz. E.)

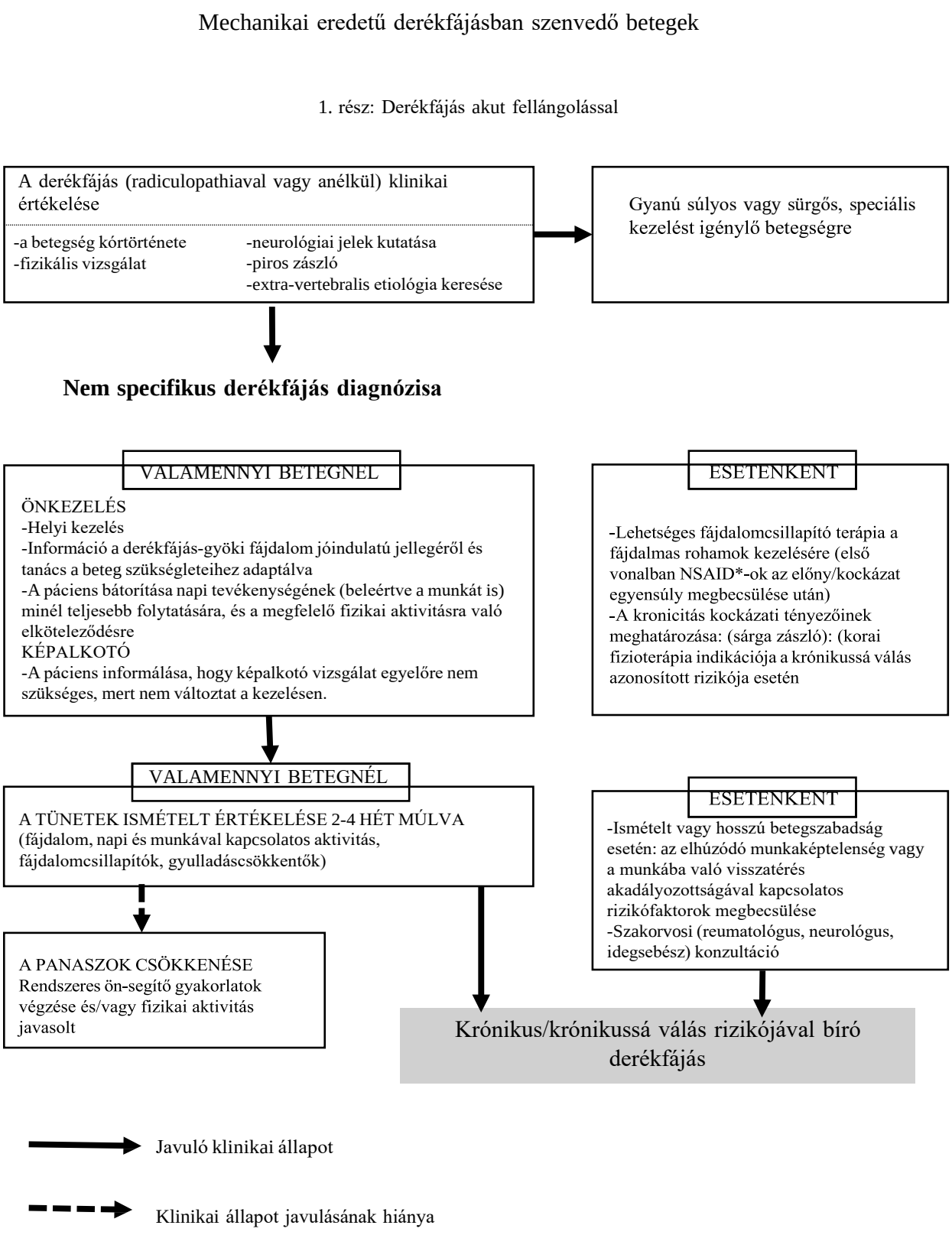
Ajánlás43

A krónikus, nem-specifikus derékfájásban szenvedő betegeket multimodális programok keretében kell kezelni, különösen, ha a kevésbé intenzív, bizonyítékokon alapuló kezelések nem kellőképpen hatékonyak. (Sz. E.)

A többségében alacsony-közepes minőségű klinikai vizsgálatok nagy része igazolta a multimodális programok hatásosságát, bár a javulás mértéke enyhe volt [38]. A különböző tartalmú programok heterogén eredményt adtak [39]. Ezen multimodális programok kialakítása és végrehajtása a fájdalomklinikák és a rehabilitációs klinikák (illetve lehetőség szerint praxisközösségek, mozgásszervi járóbeteg rendelők) feladata.

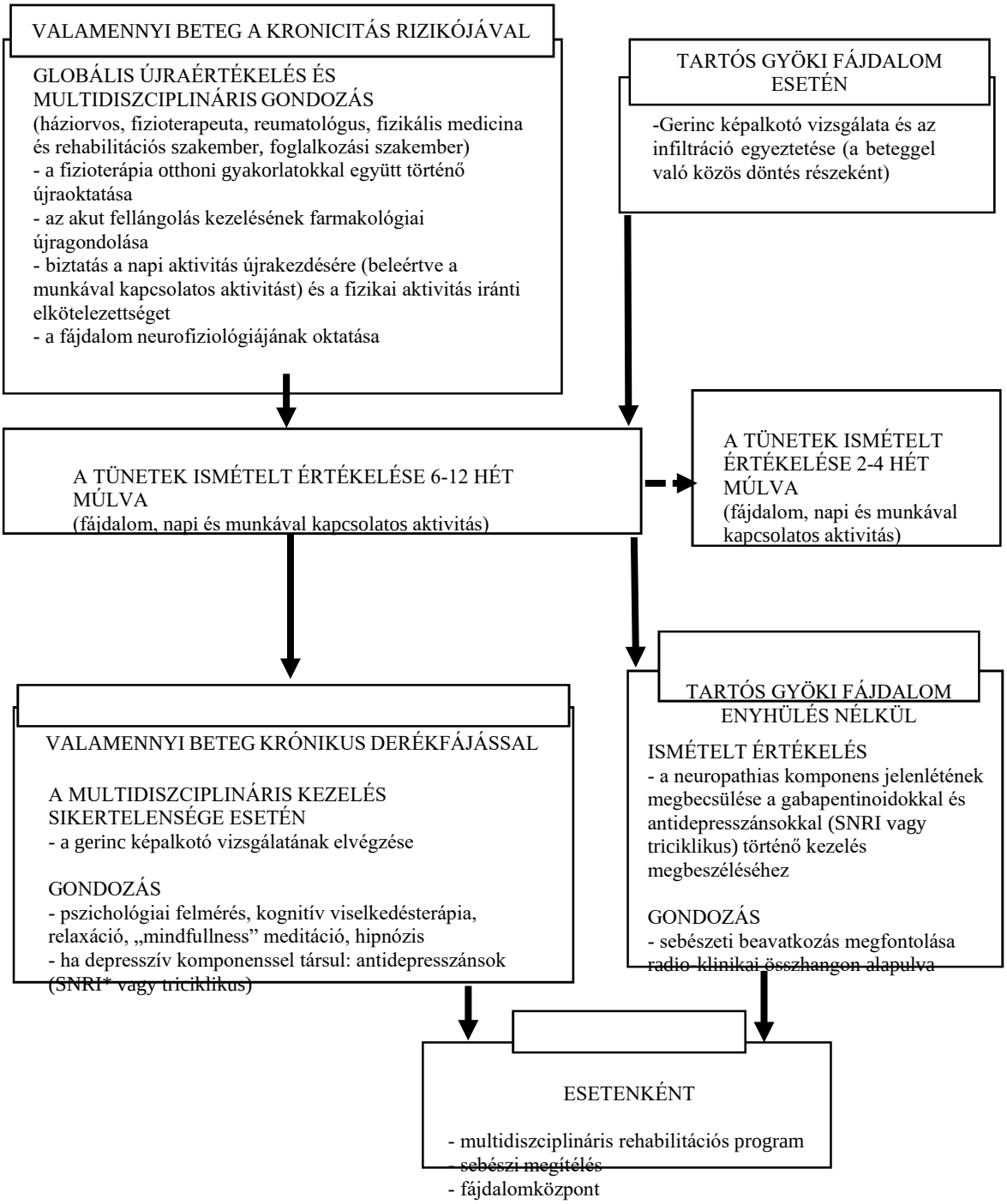
Algoritmusok:
Gondozási útvonal

1. ábra. A derékfájós beteg ellátásának algoritmusa [22]



*NSAID: nem-szteroid gyulladáscsökkentő

2. rész: Krónikus/kronicitás rizikójával bíró derékfájás



*SNRI: szerotonin, noradrenalin visszavétel gátló

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Az akut nem-specifikus derékfájás diagnosztikáját és kezelését a háziorvos végzi. (Jelenleg nem szerepel a háziorvos kompetenciái között, hogy gyógytornászhoz, fizioterápiás szakemberhez küldhesse a beteget. Akinél ilyen szükséglet felmerül, azokat reumatológiai, neurológiai vagy rehabilitációs szakrendelésre kell beutalnia.)

Figyelmeztető jelek („zászlók") fennállása vagy krónikusság/krónikussá válás veszélye esetén a diagnózis és terápia irányítása reumatológus, gerincsebész, idegsebész vagy a betegség jellege szerint egyéb szakellátó (pl. belgyógyász, hematológus, ortopéd sebész, traumatológus, onkológus, psychológus, psychiater stb.) feladata.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők és azok megoldása)

A nem-specifikus derékfájásban szenvedő beteg háziorvosi gondozása során vegye igénybe gyógytornász, fizioterápiás szakember segítségét.

Figyelmeztető jelek („zászlók") vagy krónikus/krónikussá válás veszélyével járó derékfájás esetén reumatológushoz vagy egyéb szakorvosi ellátásra utalandó a beteg.

Krónikus esetekben a multidiszciplináris kezelést irányító szakellátóhely igénybevétele javasolt (lásd XI. Melléklet fejezet 1.5. Egyéb dokumentumok„Beutalási kritériumrendszer háziorvosok és nem reumatológus szakorvosok számára" pontját). Ezek továbbfejlesztése és a gondozási rendszerbe való beépítése javítaná a betegség kimenetelét, a páciensek életminőségét és munkába való visszaállításának hatékonyságát.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A betegek tájékoztatását segítheti a számukra kidolgozott, a nem-specifikus derékfájással kapcsolatos információkat tartalmazó nyomtatott vagy elektronikus anyag, mely magában foglalja a betegség jellegzetességeit, hangsúlyozza annak kedvező kimenetelét és segítséget nyújt az öngyógyítás folyamatához.

1.4. Egyéb feltételek

Nincsenek.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nem készültek.

2.3. Táblázatok

Nem készültek.

2.4. Algoritmusok

1. ábra. A derékfájós beteg ellátásának algoritmusa [22]

2.5. Egyéb dokumentumok

A nem specifikus derékfájás patogenezise

A derékfájás ellátása az alapellátást végző szolgálatok gyakorlatában

Derékfájás és radiculopathia diagnosztikája

Gyulladásos derékfájás/gerincbetegségek jellemzői

„Failed back surgery syndrome" /FBSS/

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Ajánlás1 vonatkozásában

Az anamnesztikus adatok és a fizikális vizsgálat alapján hány esetben került tisztázásra a derékfájás nem-specifikus jellege, a betegdokumentációban a kezelőorvos nyilatkozik-e erről?

Ajánlás2 vonatkozásában

Az anamnesztikus adatok és a fizikális vizsgálat alapján a nem-specifikus derékfájás kezdeti ellátásakor hány esetben kerülnek elemzésre a tartós fájdalomra és/vagy fogyatékosságra hajlamosító tényezők, a betegdokumentációban a kezelőorvos nyilatkozik-e erről?

Ajánlás3 vonatkozásában

Nem-specifikus akut derékfájás esetén hány esetben történt képalkotó vizsgálat és ezek milyen jellegűek?

Ajánlás9 vonatkozásában
A nem specifikus derékfájásban szenvedő betegeknél hány esetben történt elsődleges szempontként a mozgásterápia elrendelése?
Ajánlás11 vonatkozásában
Krónikus derékfájás vagy krónikussá válás veszélye esetén a betegek milyen aránya vett részt gyógytornász által irányított foglalkozáson?
Ajánlás13 vonatkozásában
Hány esetben történt passzív fizioterápia önmagában, mozgásterápia nélkül?
Ajánlás17 vonatkozásában
Hány esetben történik meg a nem-specifikus deréktáji fájdalom esetén a fájdalom erősségének felmérése a Vizuális Analóg Skálán (VAS) mért érték szerint és annak dokumentálása?
Ajánlás20 vonatkozásában
NSAID alkalmazása esetén a kezelést megelőzően hány esetben kerül felmérésre a kockázat/haszon arány és a kezelés a lehető legrövidebb ideig, a legalacsonyabb hatásos dózisban történik-e?
Ajánlás21 vonatkozásában
A gyenge opioidok alkalmazását hány esetben előzi meg NSAID kezelés, dokumentálásra kerül-e az NSAID kezelés esetleges hatástalansága vagy ellenjavallata?
Ajánlás22 vonatkozásában
Erős opioidok alkalmazása előtt hány esetben bizonyult a derékfájás refrakternek egyéb kezelésre (beleértve a multidiszciplináris rehabilitációs programot is)?
Ajánlás25 vonatkozásában
Hány esetben kerültek alkalmazásra kombinált készítmények (tramadol+paracetamol, illetve tramadol+NSAID) a multimodalis fájdalomcsillapítás részeként?
Ajánlás41 vonatkozásában
Hány esetben történt rendszeres fizikai aktivitás és/vagy önrehabilitációs gyakorlatok dokumentált ajánlása a betegek részére a kiújulás kockázatának csökkentése érdekében?

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata lehet tervezett vagy soron kívüli, annak mértékét a felmerülő változás jellege határozza meg. Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik, de indokolt esetben ennél hamarabb elvégezhető.
A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Reumatológia Tagozat vezetője kijelöli a tartalomfejlesztő felelőst, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által delegált szakértőket.
Az aktuális egészségügyi szakmai irányelv kidolgozásában részt vevő, fejlesztő csoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátókörnyezetben bekövetkező változásokat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátókörnyezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

IX. IRODALOM

[1.] OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence 2: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653.
[2.] Fitch K,Bernstein SJ,Aguilar MD et al. TheRAND/UCLAappropriateness method user's manual. Santa Monica CA: Rand Corp; 2001.
[3.] Katz JN: Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. The Journal of bone and joint surgery American volume 2006, 88 Suppl 2:21-24.
[4.] Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, Castel LD, Kalsbeek WD, Carey TS. The rising prevalence of chronic low back pain. Arch Intern Med 2009;169:251–8.
[5.] Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, Li C, DeVries A: Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. JAMA internal medicine 2015, 175(12):1913-1920.

[6.] Rizzardo A, Miceli L, Bednarova R, Guadagnin GM, Sbrojavacca R, Della Rocca G: Low-back pain at the emergency department: still not being managed? Therapeutics and clinical risk management 2016, 12:183-187.
[7.] Carey TS, Freburger JK, Holmes GM, Castel L, Darter J, Agans R, Kalsbeek W, Jackman A: A long way to go: practice patterns and evidence in chronic low back pain care. Spine 2009, 34(7):718-724.
[8.] Michaleff ZA, Harrison C, Britt H, Lin CW, Maher CG: Ten-year survey reveals differences in GP management ofneck and back pain. Eur Spine J 2012, 21(7):1283-1289.
[9.] McGuirk B, King W, Govind J, Lowry J, Bogduk N: Safety, efficacy, and cost effectiveness of evidence-based guidelines for the management of acute low back pain in primary care. Spine 2001, 26(23):2615-2622.
[10.] Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of P, DenbergTD, Barry MJ, Boyd C, Chow RD, Fitterman N et al: Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Annals of internal medicine 2017, 166(7):514-530.
[11.] Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, Andersen MO, Fournier G, Hojgaard B, Jensen MB et al: National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. Eur Spine J 2018, 27(1):60-75.
[12.] Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM: What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? BMC musculoskeletal disorders 2016, 17:220.
[13.] da Silva T, Mills K, Brown BT, Pocovi N, de Campos T, Maher C, Hancock MJ: Recurrence of low back pain is common: a prospective inception cohort study. Journal of physiotherapy 2019, 65(3):159-165.
[14.] Arnold E, La Barrie J, DaSilva L, Patti M, Goode A, Clewley D: The Effect of Timing of Physical Therapy for Acute Low Back Pain on Health Services Utilization: A Systematic Review. Archives of physical medicine and rehabilitation 2019, 100(7):1324-1338.
[15.] Kerry S, Hilton S, Dundas D, Rink E, Oakeshott P: Radiography for low back pain: a randomised controlled trial and observational study in primary care. The British journal of general practice : the journal of the Royal Collegeof General Practitioners 2002, 52(479):469-474.
[16.] Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA: Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009, 373(9662):463-472.
[17.] Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P, Clinical Guidelines Committee of the American College of P: Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Annals of internal medicine 2011, 154(3):181-189.
[18.] Nemoto O, Kitada A, Naitou S, Tsuda Y, Matsukawa K, Ukegawa Y: A longitudinal study for incidence of low back pain and radiological changes of lumbar spine in asymptomatic Japanese military young adults. Eur Spine J 2013, 22(2):453-458.
[19.] Carragee E, Alamin T, Cheng I, Franklin T, van den Haak E, Hurwitz E: Are first-time episodes of serious LBP associated with new MRI findings? The spine journal: official journal of the North American Spine Society 2006, 6(6):624-635.
[20.] Liu C, Cai HX, Zhang JF, Ma JJ, Lu YJ, Fan SW: Quantitative estimation of the high-intensity zone in the lumbar spine: comparison between the symptomatic and asymptomatic population. The spine journal: official journal of the North American Spine Society 2014, 14(3):391-396.
[21.] Oesch P, Kool J, Hagen KB, Bachmann S: Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Journal of rehabilitation medicine 2010, 42(3):193-205.
[22.] Bailly F, Trouvin AP, Bercier S, Dadoun S, Deneuville JP, Faguer R, Fassier JB, Koleck ML, Lassalle L, Le Vraux T et al: Clinical guidelines and care pathway for management of low back pain with or without radicular pain. Joint, bone, spine: revue du rhumatisme 2021, 88(6):105227.
[23.] Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB: Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. The Cochrane database of systematic reviews 2010(6):CD007612.
[24.] 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. The journal of pain 2014, 15(1):2-15.
[25.] Gimbel J, Linn R, Hale M, Nicholson B: Lidocaine patch treatment in patients with low back pain: results of an open-label, nonrandomized pilot study. American journal of therapeutics 2005, 12(4):311-319.
[26.] Frerick H, Keitel W, Kuhn U, Schmidt S, Bredehorst A, Kuhlmann M: Topical treatment of chronic low back pain with a capsicum plaster. Pain 2003, 106(1-2):59-64.

[27.] Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Pinheiro MB, Lin CW, Day RO, McLachlan AJ, Ferreira ML: Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. Bmj 2015, 350:h1225.

[28.] Wertli MM, Flury JS, Streit S, Limacher A, Schuler V, Ferrante AN, Rimensberger C, Haschke M: Efficacy of metamizole versus ibuprofen and a short educational intervention versus standard care in acute and subacute low back pain: a study protocol of a randomised, multicentre, factorial trial (EMISI trial). BMJ open 2021, 11(10):e048531.

[29.] Birbara CA, Puopolo AD, Munoz DR, Sheldon EA, Mangione A, Bohidar NR, Geba GP, Etoricoxib Protocol 042 Study G: Treatment of chronic low back pain with etoricoxib, a new cyclo-oxygenase-2 selective inhibitor: improvement in pain and disability--a randomized, placebo-controlled, 3-month trial. The journal of pain 2003, 4(6):307-315.

[30.] Pallay RM, Seger W, Adler JL, Ettlinger RE, Quaidoo EA, Lipetz R, O'Brien K, Mucciola L, Skalky CS, Petruschke RAet al: Etoricoxib reduced pain and disability and improved quality of life in patients with chronic low back pain: a 3 month, randomized, controlled trial. Scandinavian journal of rheumatology 2004, 33(4):257-266.

[31.] Lasko B, Levitt RJ, Rainsford KD, Bouchard S, Rozova A, Robertson S: Extended-release tramadol/paracetamol in moderate-to-severe pain: a randomized, placebo-controlled study in patients with acute low back pain. Current medical research and opinion 2012, 28(5):847-857.

[32.] Peloso PM, Fortin L, Beaulieu A, Kamin M, Rosenthal N, Protocol TRPCANSG: Analgesic efficacy and safety of tramadol/ acetaminophen combination tablets (Ultracet) in treatment of chronic low back pain: a multicenter, outpatient, randomized, double blind, placebo controlled trial. The Journal of rheumatology 2004, 31(12):2454-2463.

[33.] Nalamachu S, Pergolizzi J, Kaye R: Tolperisone for the Treatment of Acute Muscle Spasm of the Back: Results from the Dose-Ranging Phase 2 STAR Study (NCT03802565). J Pain Res 2020, 13:3059-3069.

[34.] Vaughan SA, Torres K, Kaye R: RESUME-1: a Phase III study of tolperisone in the treatment of painful, acute muscle spasms of the back. Pain Manag 2022, 12(1):25-33.

[35.] Eskin B, Shih RD, Fiesseler FW, Walsh BW, Allegra JR, Silverman ME, Cochrane DG, Stuhlmiller DF, Hung OL, Troncoso A et al: Prednisone for emergency department low back pain: a randomized controlled trial. The Journal of emergency medicine 2014, 47(1):65-70.

[36.] Friedman BW, Holden L, Esses D, Bijur PE, Choi HK, Solorzano C, Paternoster J, Gallagher EJ: Parenteral corticosteroids for Emergency Department patients with non-radicular low back pain. The Journal of emergency medicine 2006, 31(4):365-370.

[37.] Balague F, Piguet V, Dudler J: Steroids for LBP - from rationale to inconvenient truth. Swiss medical weekly 2012, 142:w13566.

[38.] Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. The Cochrane database of systematic reviews 2014(9):CD000963.

[39.] Waterschoot FPC, Dijkstra PU, Hollak N, de Vries HJ, Geertzen JHB, Reneman MF: Dose or content? Effectivenessof pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: a systematic review. Pain 2014, 155(1):179-189.

[40.] Ferenc Mária, Bors István, Nagy László Nóra, Major Gizella, Császár Noémi, Szabó Gyula: Szakmai Útmutató – Deréktáji gerincbetegséggel és gerincműtétet követő állapottal élők munkaköri orvosi alkalmasságának meghatározása, illetve munkahelyi rehabilitációjuk és munkaképességük fejlesztése 2015. május

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozását az Egészségügyi Szakmai Kollégium Reumatológia Tagozata kezdeményezte a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően az irányelvfejlesztői csoport kialakítása történt meg, valamint az összeférhetetlenségi nyilatkozatok kitöltése. Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján történt. Az egészségügyi szakmai irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Kulcsszavak: derékfájás, diagnosztikus és terápiás ajánlás, hazai irányelv.

Az irodalomkutatás (PubMed, PEDRO, Science Direct) alapján történt az ajánlások összeállítása, melyeta szakértőcsoport Delphi módszerrel történő jóváhagyása követett. A vizsgálat a legfontosabb irodalmi hivatkozások vonatkozásában a 2020-ig terjedő időszakot ölelte fel.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlásmátrix"), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az ajánlások mindegyikénél megadásra kerültek a bizonyítékok szintjei, az ajánlás fokozata.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az irodalomkutatás alapján előkészített ajánlásokat a szakértői csoport a RAND/UCLA módszer szerint értékelte [2], és konszenzus alapján döntött.

Tárgy	Konszenzus
1. A derék definíciója	megfelelő, erős elfogadás
2. A derékfájás definíciója	megfelelő, erős elfogadás
3. Akut- vagy krónikus, illetve recidiv derékfájás	megfelelő, erős elfogadás
4. Specifikus derékfájás	megfelelő, erős elfogadás
5. Nem-specifikus derékfájás	megfelelő, erős elfogadás
6. A radiculopathia vagy gyöki jellegű fájdalom	megfelelő, erős elfogadás
7. A radiculopathiás tünetcsoport	megfelelő, erős elfogadás
8. A pseudo-radicularis fájdalom	megfelelő, erős elfogadás
9. A derékfájás krónikussá válása veszélyének felmérése	megfelelő, erős elfogadás
10. A képalkotó vizsgálatok alkalmazása	megfelelő, gyenge elfogadás
11. A derékfájásban szenvedő beteg átfogó gondozása	megfelelő, gyenge elfogadás
12. Munkában maradás és munkából való kirekesztődés megelőzése	megfelelő, gyenge elfogadás
13–21. Nem-gyógyszeres kezelés	megfelelő, erős elfogadás
Első vonalbeli kezelés:	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
Második vonalbeli kezelés:	megfelelő, gyenge elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, gyenge elfogadás
Harmadik vonalbeli kezelés:	megfelelő, gyenge elfogadás
22–33. Gyógyszeres kezelés	megfelelő, erős elfogadás
Első vonalbeli kezelés:	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, gyenge elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
Második vonalbeli kezelés:	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, gyenge elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás

Tárgy	Konszenzus
34–39. Egyéb speciális kezelési formák	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, gyenge elfogadás
	megfelelő, erős elfogadás
	megfelelő, gyenge elfogadás
Másodlagos prevenció	megfelelő, erős elfogadás

5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően megküldésre került a véleményező tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az egészségügyi szakmai irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. A beillesztésről, illetve módosításról szóló döntést a fejlesztők egyhangúlag hozták meg.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

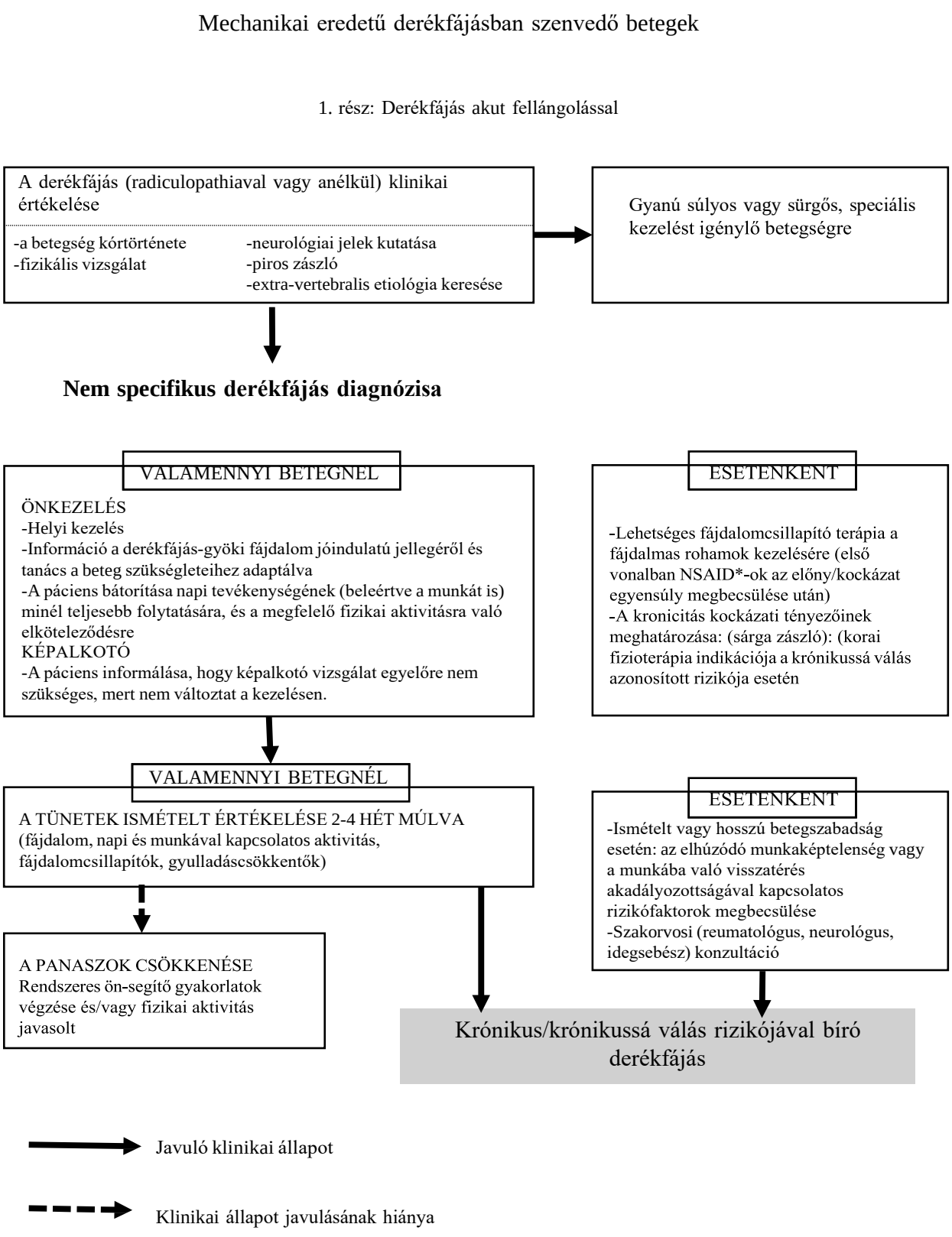
Nem készültek.

1.3. Táblázatok

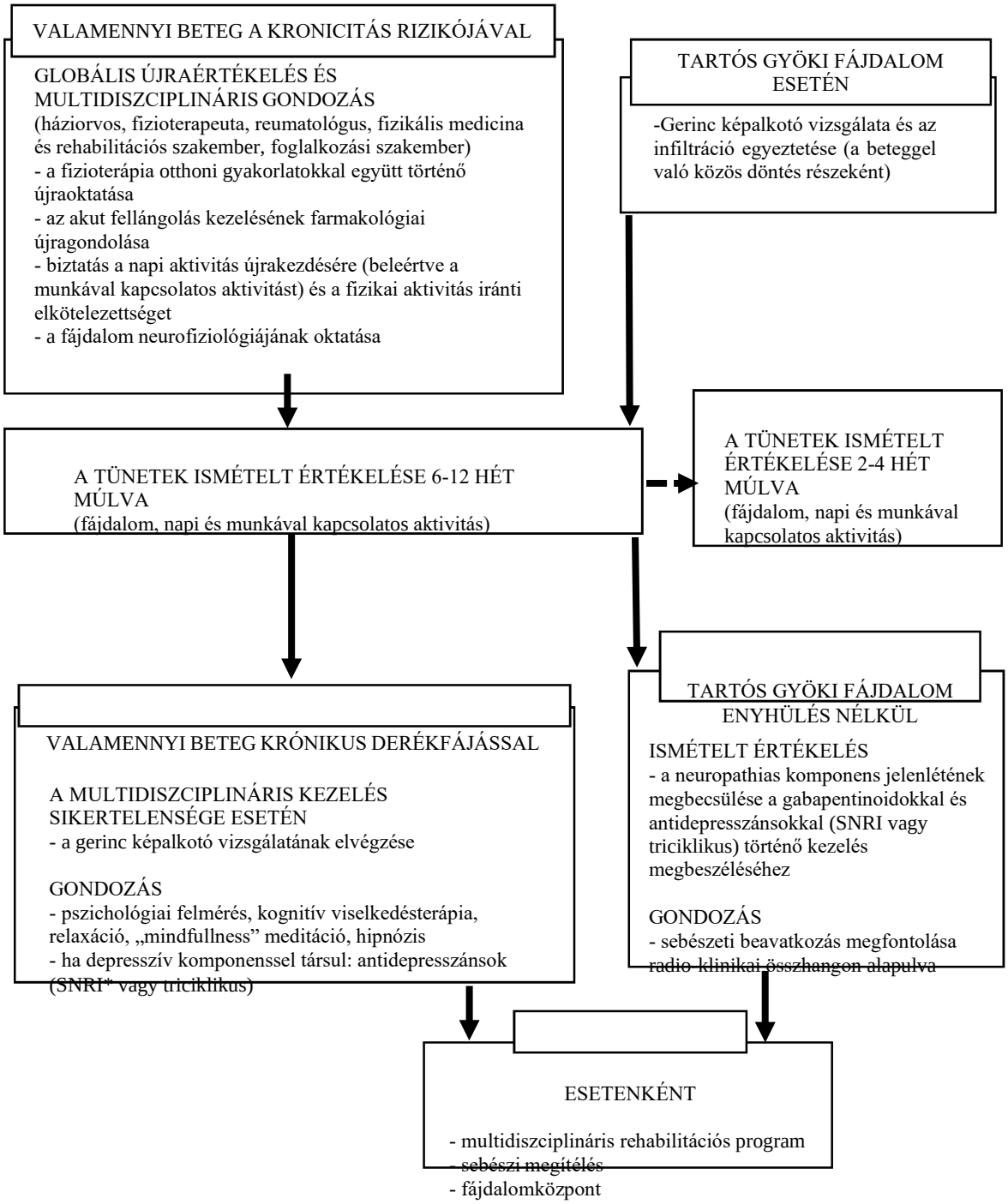
Nem készültek.

1.4. Algoritmusok
Gondozási útvonal

1. ábra. A derékfájós beteg ellátásának algoritmusa [22]



2. rész: Krónikus/kronicitás rizikójával bíró derékfájás



*SNRI: szerotonin, noradrenalin visszavétel gátló

1.4. Egyéb dokumentumok

1. A nem specifikus derékfájás patogenezise

A derékfájás jórészt az ágyéki gerinc különböző struktúráiból származik. Az intervertebrális porckorongok 20 éves kor után vizet vesztenek, degenerálódnak, lelapulnak. A degenerálódó annulus fibrosust részben vagy akár egészen átszakíthatja a nucleus pulposus. Az annulus fibrosus külső részében ép viszonyok között is vannak idegvégződések. A degenerálódó annulusba erek is belenőnek. A lelapuló porckorongsérv a két szomszédos csigolyát összekötő két intervertebrális kisízületet instabillá teszi, s kialakul a szegment instabilitás.

Az instabil kisízületek könnyen vongálódhatnak, rándulnak, sérülnek, és mindezek következtében duzzadnak. Gyulladás alakulhat ki, mely dorsal felől akár a gyököt vagy gyököket is nyomhatja, de gyakrabban okoz kisugárzó, pszeudoradikularis fájdalmat.

A porckorongsérvet, mint az ischias, vagyis az L5 vagy S radiculopathia okát Mixter és Barr írta le 1934-ben. Kiderült azonban, hogy szignifikáns porckorongsérv, sőt gyököt nyomó porckorongsérv sem okoz mindig gyöki fájdalmat, sőt a gyöki fájdalom meg is szűnhet, miközben a porckorongsérv változatlanul fennáll. Kiderült az is, hogy gyöki kompresszió nélkül is jelentkezhet radiculopathia. A nucleus pulposus anyaga degeneráció kapcsán a keringésbe kerülve gyulladásos reakciót válthat ki. A nucleus pulposusban gyulladáskeltő anyagok, TNF-alfa, metalloproteinázok mutathatók ki.

A porckorong degenerációjának üteme és súlyossága nagymértékben függ az életmódtól. A tartós ülés sokszorosan jobban terheli az LV-SI porckorongot, mint a járás vagy az állás. A hasi elhízás mechanikusan is terheli a gerincet, de a hasi zsírszövetben termelődő gyulladáskeltők (adipokinek, TNF) is szerepet játszanak.

A nehéz fizikai munka, emelés, gyakori hajlás és gerinc rotáció, de különösen az alacsony frekvenciájú teljes test vibráció (tehergépkocsi-, kamionvezetés) kimutathatóan emelik a derékfájás kockázatát. Az ilyen terheléssel járó munkakörökben jelentkező derékfájás azonban nem tekinthető foglalkozási betegségnek, hanem csak nem kompenzálandó, foglakozással kapcsolatos (work-related) derékfájásnak.

Az izomzat is nagy szerepet játszik derékfájás patogenezisében. A gyenge, trenírozatlan paravertebralis, gluteális és hasizomzat, valamint a multifidusok – (globális és lokális stabilizáló izmok) – nem tartják és stabilizálják kellőképpen a gerincet, nem óvják megfelelően a mechanikai stressztől, főleg, ha a szegmentum már instabil. A porckorongsérv, de kisízületi instabilitás, patológiás (pl. osteoporosis okozta) vagy traumás törés vagy egyéb patológia esetén is gyakran alakul ki fájdalom elkerülő – antalgiás – tartás, mely megnyilvánulhat antalgiás scoliosisban, a lumbalis lordosis csökkenésében stb. Ilyenkor a paravertebrális izmok tartós összehúzódással igyekeznek a gerincet rögzíteni, óvni attól a mozdulattól, mely fájdalmat válthat ki. Az összehúzódott, spasztikus izom összenyomja a benne futó ereket, ezzel rontja saját vérellátását, és ez ischaemiás izomfájdalmat válthat ki. Előfordul, hogy a kiváltó ok már megszűnt – a porckorongsérvet eltávolították, a kisízületi duzzanat, gyulladás megszűnt, de az izomspazmus továbbra is fennáll, és az tartja fenn a derékfájást. Tartós izomspazmus alagút szindrómákat (pl. piriformis alagút, peroneus alagút stb.) is okozhat.

Myofascialis fájdalom szindrómák igen gyakoriak a medenceöv izmaiban (5–55%) egyébként egészséges fiatalokon. A myofascialis fájdalom szindróma jellemző tünete az izom triggerpontjának nagyfokú nyomásérzékenysége. A myofascialis fájdalom szindrómát egyoldalú mechanikai túlterhelés, neuromuscularis dysfunkció, anxietás okozhatja. Myofascialis fájdalom szindróma gyakori oka krónikus derékfájásnak.

A sacroiliacalis ízület instabilitása, arthrosisa, a sacroiliacalis ízületek vongálása gyakran okoz fájdalmat fiatal korban is.

Spondylolysis gyakori veleszületetten, de a csigolyaívek fáradásos törése is előfordul súlyemelőkön, kajakosokon. Általában tünetmentes, addig, míg a csigolyatest előre nem csúszik és spondylolysthesis alakul ki. Sokszor ez is tünetmentes marad, esetenként azonban radicularis tünetet is okozhat.

Csípőízületi kórfolyamatok, sacrum és medencetörés, fáradásos combnyaktörés utánozhat lumboischialgiát. A csípőízület és a medence fizikális vizsgálata lumboischialgiás beteg vizsgálatakor elengedhetetlen.

Csigolyákat összekötő, illetve sacroiliacalis szalagok húzódása, enthesopathiája, gyulladása is szerepelhet derékfájás okaként. Porckorongsérv nyomhatja a gerinc lig. longitudinale posteriusát. Gyakori az interspinosus szalag enthesopathiája is.

Csigolyatestek, ívek, zárólemezek, nyúlványok kórfolyamatai is lehetnek okai derékfájásnak, elég, ha traumás, vagy patológiás törésekre spondylolysisre -listhesisre, primer csonttumorra, metastasisra, spondylitis ankylopoeticara, bakteriális spondylitisre, TBC-re gondolunk.

Pszichoszociális tényezők főleg az akut derékfájás krónikussá válásában, illetve krónikus derékfájás genezisében játszanak fontos szerepet.

2. A derékfájás ellátása az alapellátást végző szolgálatok gyakorlatában

Háziorvosi praxisban mindennapi feladat a derékfájás ellátása.

Derékfájásról beszélünk, ha fájdalom vagy diszkomfort érzés lép fel az alsó bordaív és az alsó glutealis redő közötti területen, amely együtt járhat a lábba kisugárzó fájdalommal is.

Klasszikusan a derékfájdalom klinikai lefolyása lehet akut, szubakut, kiújuló vagy krónikus.

Az alapellátásban a háziorvos feladatai a derékfájás ellátásával kapcsolatban a következőek:

1. primer prevenció,
2. a derékfájdalommal jelentkező beteg vizsgálata, a mozgásszervi eredetű derékfájdalom és a nem mozgásszervi eredetű derékfájdalom elkülönítése,
3. a specifikus derékfájás felismerése, szakellátásba irányítása,
4. a nem specifikus derékfájás ellátása,
5. a derékfájós betegek gondozása, a specifikus derékfájással a szakellátásban kezelt betegek esetében a szakellátással együttműködésben,
6. a derékfájós betegek szekunder prevenciós kezelése.

Primer prevenció a derékfájás megelőzése érdekében:

A törzsizomzat megerősítése a saját testet mozgató gyakorlatokkal már egészen fiatalkorban javasolt, mely a derékfájás prevenciója érdekében kiemelten fontos, sportoló trekintetében pedig hozzájárul a jobb teljesítményhez.

Az alapellátásban (háziorvosi és foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban) dolgozó orvosok számára a nagy kihívás mellett, komoly felelősséggel jár a krónikus betegségek közül a mozgásszervi betegségek vonatkozásában az igen gyakori derékfájás megelőzése. Egészséges, illetve még panaszmentes páciensel találkozni gyakorlatilag az alapellátásban (háziorvosi és foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban) dolgozó orvosnak van lehetősége. A praxisokban hatékony prevenció érdekében az asszisztens-háziorvos, illetve a foglalkozás-egészségügyi ápoló-foglalkozás-orvostan szakorvos team szoros együttműködésére van szükség. A mozgásszervi anamnézis felvételére betanítható az ápoló/foglalkozás-egészségügyi ápoló, bár az orvosnak az anamnézist saját magának célszerű felvenni.

A hajlamosító tényezők alapján, a várható betegségek kialakulásának megelőzésére, illetve késleltetésére javasolt preventív kezeléseket az orvos indikálja (pl. életmódváltás, optimális testsúly elérése, tartási rendellenességek és egyéb ízületi deformitások konzervatív vagy műtéti kezelése, preventív gyógytorna és gyógyszeres terápia bevezetése (pl. D-vitamin és kalciumpótlás), munkahelyi ergonómiai kockázatok, kézi anyagmozgatásból eredő kockázatok csökkentése).

A derékfájdalom differenciál diagnózisa:

A részletes anamnézis és a fizikális vizsgálat alapján történik. A nem mozgásszervi eredetű derékfájdalom általában nem provokálható mozgással, rendszerint nem jár a gerincmozgások beszűkülésével.

Nem mozgásszervi eredetű derékfájdalom hátterében leggyakrabban a következő folyamatok állnak:

1. vesekő, urogenitalis infekció,
2. hasnyálmirigy-betegség (gyulladás, daganat),
3. kismedencei gyulladás, térszűkítő folyamat (petefészek, méh),
4. bélbetegségek (diverticulosis, gyulladás, tumor),
5. retroperitonealis térszűkítő folyamat,
6. hasi érbetegség (aorta dissectió, aneurysma, a. renalis szűkület, mesenteriális trombosis),
7. herpes zooster,
8. pszicho-szociális háttér.

A specifikus derékfájdalom felismerése:

A háziorvosnak el kell különítenie a banális, nem specifikus derékfájást a súlyos prognózisú, specifikus derékfájástól (trauma, infekció, gyulladás, metabolikus csontbetegség vagy tumor, illetve komoly neurológiai kiesési tünetek, cauda szindróma jelenléte).

A specifikus derékfájdalom aránya az összes derékfájós esetre vonatkoztatva mintegy 15%, ezek egy része nagy biztonsággal kapcsolható valamilyen pathoanatómiai spinalis abnormalitáshoz: primer vagy metasztatikus tumor, spinalis infekció, cauda equina szindróma, osteoporotikus csigolyakompresszió, spondylitis ankylopoetika, szimptomatikus spinalis stenosis.

A specifikus esetek kivizsgálása, ellátása szakorvosi kompetencia.
Cauda tünetek esetében azonnali idegsebészeti/gerincsebészeti konzílium szükséges:
- progresszív alsó végtagi motoros deficit, mely hirtelen alakul ki,
- széklet-, vizeletindítási és/vagy -visszatartási nehézség (inkontinencia),
- végbélnyílás körüli szenzoros deficit,
- lovaglónadrág típusú érzéscsökkenés.

A háziorvos feladata a specifikus derékfájás felismerése, ellátásuk azonban nem tartozik a háziorvosi kompetenciába, szakorvosi konzultációt igényel. A fájdalomcsillapítást minden esetben azonnal meg kell kezdeni az ajánlásoknak megfelelően.

A nem specifikus derékfájdalom ellátása a háziorvosi gyakorlatban:

Háziorvosi szinten kell ellátni a nem specifikus derékfájást, mely járhat radiculopathiaval is. A derékfájások 85%-a ebbe a csoportba tartozik. Néhány napos pihenésre, fájdalomcsillapításra az esetek jelentős részében gyógyulás várható.
Visszatérő panaszok esetén a háziorvos röntgen vizsgálatot indikálhat.
Állapotrosszabbodás esetében indokolt 2 irányú lumbo-sacralis és a-p medence felvétel készítése, de osteoporosis, trauma esetében 2 irányú dorso-lumbalis felvétel is javasolt.
A radiológiai lelet, a klinikai kép és a fizikális vizsgálat alapján újra kell értékelni az esetet, specifikus háttér gyanúja, illetve a terápiás sikertelenség miatt szakorvosi konzultáció szükséges. A konzultáció eredményességét segíti, ha a beteg már előkészített leletekkel érkezik a nehezen elérhető szakvizsgálatra.

Akut fájdalmak csökkentésére az alábbi algoritmus alkalmazása célszerű:

1. Mérsékelt és közepes akut fájdalom esetén – amennyiben lokális kezelés nem jön szóba, vagy nem kellően hatásos – acetaminophen (=paracetamol) vagy metamizol az első választandó per os fájdalomcsillapító. Hepatotoxikus hatása miatt kerülni kell a kumulálódást, már rövid időtávon is. Ezt elkerülendő, az egyes adagok közt hosszabb időtartamok szükségesek (legfeljebb 4 óránként adandó).
2. A COX-1 és a COX-2 gátlók hatásos és biztonságos fájdalomcsillapító gyógyszerek. A COX-2 bénító monoterápia és a COX-1 gátlók gasztroprotektív gyógyszerekkel (PPI) kombinálva azonos valószínűséggel okoznak GI mellékhatásokat kockázati betegekben, ezért gyógyszerválasztás előtt tájékozódni kell a beteg társbetegségeiről és egyéb gyógyszereléséről, különös tekintettel a recept nélkül kapható gyógyszerekre.
3. Gyenge opiátok, ha NSAID hatástalan.
4. Erős fájdalom esetén, a fenti terápia eredménytelensége esetében erős opiátok.

Krónikus fájdalom csökkentésére ajánlott terápiás algoritmus:

A természetes gyógymódok, a fizikális terápia mérsékelhetik a fájdalmakat, ezért adjuváns alkalmazásuk ajánlott.
Terápiaválasztás a fájdalom nagysága alapján:
Fájdalom < VAS 40 mm: minor analgetikumok.
Paracetamol reguláris, időre való adása kiegészíthető helyi (tapasz, krém, gél, kenőcs) NSAID alkalmazással.
Nem kielégítő hatás esetén per os, vagy orális NSAID, gasztroenterológiai kardiovaszkuláris, renalis szempontok figyelembevételével COX-1/COX-2 gátló, +/- PPI kiegészítéssel.
Fájdalom VAS 40-60 (70): minor opiátok
Tramadol reguláris, időre való adása, kiegészítve minor analgetikummal az a) pont szerint, ha szükséges. Alternatívaként dihydrocodeine reguláris, időre való adása +/- minor analgetikum a) pont szerint.
A székszorulás megelőzése (laxatívum, étrendi tanácsok, mozgás, bő folyadék) kötelező.
Fájdalom > VAS (60)-70: major opiátok

Derékfájós betegek gondozása (szekunder prevenció):

A krónikus derékfájás kialakulása szorosan kapcsolódik a fizikai munkavégzéssel vagy egyoldalú sporttevékenységgel járókockázatitényezőkhözésveszélyekhez. Ahalmozotttraumamindennapiismétlődésefolyamatosigénybevételként hat a lágy szövetekre (izmokra, inakra, szalagokra, idegekre, erekre) valamint a csontokra, ízületi porcra. A megterhelő, kifejezett fizikai erőkifejtést igénylő munkavégzés, sporttevékenység az ismétlődő mikrotraumák, a statikus igénybevétel, ha rossz testhelyzettel, illetve testtartással is párosul, hosszútávon súlyos mozgásszervi károsodásokat, krónikus derékfájást okozhat. A háziorvos és a foglalkozás-orvostan szakorvos (a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosának) feladata ezen hajlamosító tényezők felismerése, és a primer vagy szekunder prevenció részeként a döntően

nem-gyógyszeres beavatkozások indikálása, a foglalkozás-egészségügyi gyakorlatban a munkahelyi ergonómiai és pszichoszociális kockázatok, a kézi anyagmozgatásból eredő kockázatok csökkentése.

3. Derékfájás és radiculopathia diagnosztikája

A diagnosztikában alapvető fontosságú az anamnézis és a részletes és pontos egész testre kiterjedő fizikális vizsgálat, mely során esetleg belső szervi eredetre találhatunk támpontot.

Anamnézis

Akut derékfájás és/vagy radiculopathia esetén fontos kérdések:

- Pontosan mi a panasza?
- Mikor jelentkezett először derékfájása?
- Alsó végtag fájdalma?
- Kiváltotta-e valami? Pl. hajlás, emelés, „rossz mozdulat", megfázás, kényszertartás, hosszabb ideig? Elesett-e? Szenvedett-e sérülést?
- Jellemezze külön derékfájását és az alsó végtagi fájdalmat! Derékfájása állandó, vagy csak hajlásra terhelésre, mozdulatra jelentkezik? Van-e éjszakai vagy hajnali derékfájása? Mozgásra fokozódik vagy csökken? Hasprés, köhögés fokozza-e? Milyen testhelyzetben csökken?
- Ugyanezek a kérdések felteendők a lábfájással kapcsolatosan, fontos a fájdalom jellege, éles, csíkszerű, hasogató-e? Jár-e zsibbadással? Meg tudja mutatni a fájdalom lefutását?
- Érez-e izomgyengeséget a lábában?
- Milyen testhelyzet, gyógyszer beavatkozás csökkenti fájdalmát?
- Mi a foglalkozása?
- Milyen testhelyzetben dolgozik?
- Elégedett-e munkájával?
- Volt-e mostanában hőemelkedése, láza, valamilyen fertőzése?
- Milyen betegségei voltak korábban, illetve milyen betegséggel kezelik jelenleg, vagy kezelték a közelmúltban?
- Átesett-e a közelmúltban műtéten?
- Korábban volt-e derék, illetve alsó végtagi lesugárzó fájdalma? Mikor? Milyen körülmények között?
- Mit kapott (gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelés)? Mennyi idő alatt gyógyult? Teljesen panaszmentessé vált? Gyógyult? Visszatért a fájdalom azóta többször is? Milyen vizsgálat, kezelés történt? (A recidiv fájdalom általában súlyosabb, nehezebben befolyásolható és krónikussá válással fenyeget.)
- Okoz-e derékfájása lehangoltságot, szorongást?
- Aggódik-e amiatt, hogy derékfájása tartós egészségkárosodáshoz, rokkantsághoz vezet?

A fizikális vizsgálat

- Megtekintjük a levetkőzött beteg tartását, mozgását, járását, leülését, felállását.
- Megtekintjük a gerinchajlatokat, nincs-e antalgiás scoliosis, paravertebralis izomspazmus, előrehajló gerinctartás, megtartott-e a lumbalis lordosis?
- Megvizsgáljuk a beteg mozgásait állóhelyzetben: Tud-e lábujjhegyre, sarokra állni? Fiatal ember esetén: tud-e guggolni?
- Megvizsgáljuk a deréktól előre-hátra, jobbra, illetve a balra hajlás mértékét, kivált-e valamelyik hajlás fájdalmat, esetleg kisugárzó fájdalmat?
- SpA, hyperostosis, spondylitis esetén a lateralflexió beszűkülése szimmetrikus. Előrehajláshoz figyeljük meg, nem tartja-e a beteg mereven gerincét, nem csípőből hajol-e előre?
- Megkopogtatjuk a lumbalis csigolyák processus spinosusait, valamelyik nem kiemelkedően ütögetésérzékeny-e? Ez tumormetasztázisra, patológiás törésre, szeptikus vagy TBC-s spondylitisre utalhat. Sarokra zökkenési próbával megerősíthetjük az egyik csigolya kifejezett fájdalmasságát.

A radiculopathiának megfelelő oldalon ki tudunk-e váltani csengő tünetet.

- A vizsgálóasztalon háton fekvő helyzetben megtekintjük az alsó végtagokat: valamelyik alsó végtag, comb-, illetve lábszári izomzata nem atrófiás-e? L gyöktől disztál felé megvizsgáljuk, hogy nem észlelünk-e érintett gyöknek megfelelően hyp- vagy anaesthesiát, esetleg hyper- vagy paraesthesiát. Innerváltatjuk, kezünket az izomra téve mindkét mm. quadriceps femorist. Kezünk ellenállása ellenében innerváltatjuk az iliopsoast (aktív csípőflexió, combra helyezett kezünk ellenállása mellett), illetve mm. quadricepsek izomerejét (aktív térdextensio kezünk ellenállásával szemben). A láb dorsal- és plantarflexióját szintén kezünk ellenállásával szemben vizsgáljuk.

Megtapintjuk az a. dorsalis pedis, illetve az a. femoralis lüktetését, ez utóbbitól laterálisan a n. femoralis nyomásérzékenységét, majd a csípőízület passzív flexióját ab- és addukcióját és rotációját vizsgáljuk meg. Ezt követően kerítünk sort a Lasegue tünet vizsgálatára:

Bal kezünket a vizsgálandó alsó végtag térdízületére helyezzük, hogy ezt teljes extenzióban tartsuk, jobb kezünket a beteg sarka alá helyezve a végtagot lassan emeljük. Pozitív esetben 20–40°-os emelést elérve a beteg igen erős derék, illetve derékból a megfelelő dermatomába sugárzó éles, csíkszerű fájdalmat jelez, és nem engedi végtagját tovább emelni. Ha a végtag tovább emelhető, és a beteg izomhúzódást jelez, de ez nem éles, csíkszerű, nem jár paraesthesiával. Ez pseudo-radicularis szindrómát jelez, melyet nem gyöki kompresszió vagy irritáció okoz.

- A fordított Lasegue tünetet akkor alkalmazzuk, ha az a gyanúnk, hogy a beteg szimulálja a Lasegue pozitivitást. Ez esetben jobb kezünkkel a beteg mindkét térdét extenzióban a vizsgálópadhoz szorítjuk, majd bal kezünkkel a háta alá nyúlva igyekszünk a beteget felültetni. Valódi Lasegue pozitivitás esetén ezt a beteg nem engedi, mert a felülés félútján erős, radicularis fájdalom jelentkezik az érintett gyöknek megfelelően. Még egyszerűbb, ha az ülő beteg behajlított térdét kinyújtjuk, pozitív esetben nyújtáskor radicularis fájdalom jelentkezik.

Ezt követően a beteget hason fekve vizsgáljuk tovább. Megkopogtatjuk a processus spinosusokat, illetve az interspinosus teret, megpróbálunk az érintett gyöknek megfelelően csengő tünetet kiváltani. Mindkét oldalt megtapintjuk a paravertebrális izomzatot, hogy spasztikus-e. Ha a betegnek homlokát a vizsgálóasztalhoz nyomatjuk, a nem reflexesen spasztikus izom ellazul, mert az antagonista hasizmokat is inneváltattuk a homlok vizsgálópadhoz nyomásával. Vizsgáljuk a sacroiliacalis ízületek és farkcsont nyomásérzékenységét, ez utóbbi mozgatási fájdalmát. Egyik kezünket a vizsgálandó sacroiliacalis ízületre helyezve, másik kezünkkel az azonos oldali comb alá téve a combot megemeljük. Ha ez fájdalmat vált ki a sacroiliacalis ízületben, a sacroiliacalis Mennel tünet pozitív. Ugyanezen műfogással tájékozódunk a csípőízület extenzios mozgástartományáról is. Vizsgáljuk az L4 gyök nyújtási tünetét, a femoralis jelet. Ennek kivitelezése: A vizsgálandó végtagot bokánál megfogjuk és a lábszárat térdben behajlítjuk. A térd 90°-os flexióját elérve, vagy még korábban a beteg éles, csíkszerű fájdalmat érez a comb elülső felszínén, az L4 gyöknek megfelelően, s a beteg nem engedi tovább hajlítani térdét. Ha csak húzódik a combizomzat, az nem jelenti gyöki fájdalom kiváltását.

Megtekintjük és megtapintjuk az ellazult és inneváltatott gluteusokat: nem atrófiás-e a radiculopathia oldalán a gluteus izomzat, nem spasztikus a m. piriformis?

A n. ischiadicus, illetve ágai, a n. tibialis és n. peroneus különösen nyomásérzékeny pontjai a Valleix pontok. Ezeket megnyomva az ideglefutásnak megfelelően éles, kisugárzó fájdalom jelentkezhet.

Valleix pontok:

- a glutealis táj közepén, a m. piriformis alsó széle alatt,
- a glutealis hajlatban,
- a fossa poplitea közepén,
- a fibulafej mögött,
- a kül- és belboka mögött.

Oldalfekvésben vizsgáljuk a trochanter maior, a bursa trochanterica, valamint a fascia lata nyomásérzékenységét, a csípőtaréjra rányomva a sacroiliacalis ízület nyomásérzékenységét.

Az anamnézis és a fizikális vizsgálat általában útbaigazít, hogy a derékfájás mozgásszervi eredetű-e. Az alsó végtagba sugárzó fájdalom radikularis vagy pseudoradikularis fájdalom? Megalapozott-e „specifikus" derékfájás gyanúja és milyen irányba végezzünk diagnosztikus vizsgálatokat? Vannak-e jelek arra, hogy krónikus derékfájás veszélye fenyeget: sárga zászlók, hypermobilitás, korábbi recidivák, hasi elhízás, magas, vékony alkat stb.

Az alsó végtagi radiculopathiák tünetei

L4 radicularis szindróma

- A fájdalom a comb elülső felszínén sugárzik le a lábszár mediális oldalára.
- A fájdalom az LIV-V csigolyák közötti résnek megfelelően, illetve a n. femoralis lágyék tájon való megnyomásával provokálható.
- Nyújtási tünete a femoralis jel.
- Érzészavar a comb elülső felszínén, a patella felett, és a lábszár mediális oldalán.
- Reflexe a patella reflex: gyengülhet vagy kieshet.
- Motoros tünet, a m. quadriceps femoris atrofiás, illetve gyengül. A térd időnként megroggyanhat. A m. tibialis anterior is atrofizálhat, illetve gyengülhet. Femoralis neuritis a m. tibialis anteriort nem érinti.

L5 radicularis szindróma

- A fájdalom a deréktájról a fartájon, a comb és lábszár laterális oldalán a láb medialis oldalára és a nagyujjba sugárzik.
- A fájdalom LV-SI csigolya között, az L5 gyök kilépésnek megfelelő hely megnyomásával, a gluteális, térdhajlati és medialis malleolus mögötti Valleix pont megnyomásával provokálható.
- Érzészavart a láb mediális oldalán észlelhetünk.
- Reflexe a tibialis posterior reflex, sok esetben egészségeseken sem váltható ki.
- Motoros eltérés: a láb extensiós ereje csökken, sarokra állás gyengülhet. A láb nagyujjának dorsalflexiója gyengül. A m. extensor hallucis longus kizárólag az L5 gyökből kapja beidegzését, érdemes ezért a nagyujj dorsalflexióját erő ellenében külön is vizsgálni.
- Kifejezett paresis esetén peroneus paresisre jellemző lábat csapó járás jellemzi.

S1. radicularis szindróma

- A gyök fájdalma a deréktájról a fartájon, a comb és lábszár hátsó felszínén fut a láb laterális oldalára és a kisujjba sugárzik.
- Az S1. gyök a sacralis foramenen lép ki, a gyöki fájdalom ezen a helyen, valamint a glutealis fibulafej mögött, illetve külboka mögötti Valleix pont megnyomásával provokálható.
- Reflexe az Achilles reflex, gyengülhet, vagy kieshet.
- Érzészavar a láb lateralis oldalán található.
- Motoros tünet: a láb flexiója gyengül, lábujjhegyre állás, lábujjhegyen járás esetleg nem vihető ki.

A cauda szindróma tünetei

Medialis porckorongsérv vagy más térszűkítő folyamat L II. csigolya magasságában, vagy attól esetleg disztálisabban az egész cauda equina-t, tehát L 2-3-4-5 S, gyököket nyomhatja.

- Mindkét alsó végtagba sugárzó radicularis fájdalmat okoz, m. esetleg mind a patella, mind az Achilles reflex gyengülésével vagy kiesésével.
- Okozhat farokcsontba sugárzó fájdalmat, de a farokcsont nyomás, illetve mozgatás érzékenysége nélkül.
- Jellemző érzészavar a gáttájon, a nyeregzónában.
- Vizelési, esetleg székelési zavar, mely lehet nehezebben indítható vizelés vagy inkontinencia egyaránt.
- Súlyos esetben paraparesis alakulhat ki.

Recidiv derékfájást okozhat porckorongsérv, de gyakrabban okoz szegmentális instabilitást.

A porckorongsérv okozta recidivák crescendo jellegűek, vagyis egyre súlyosabbak, tovább tartanak, egyre több tünetet okoznak – gyarapodó tünetcsoport.

A porckorong lelapuláson (discopathia) alapuló szegmentális instabilitás gyakran jelentkezik:

- rossz mozdulatra, kerti munka során
- a recidivák, néhány napig, egy-két hétig tartanak, nem rosszabbodnak, jól reagálnak helyi melegre, gyulladáscsökkentőkre.

4. Gyulladásos derékfájás/gerincbetegségek jellemzői

Az axiális spondyloarthritis (ax-SpA) elsősorban a gerincet érintő gyulladásos, auto-inflammatorikus kórkép, mely a szalagtapadási helyek környékének gyulladásával kezdődik a sacroiliacalis ízületekben. A betegség később ascendáló jelleggel a gerinc felsőbb szakaszain is megjelenik, a gyulladás helyén hónapok-évek alatt csontosodás jön létre, mely a gerinc teljes elmerevedéséhez, ankylosisához vezet. A kórkép egyéb feszes ízületeket, így a bordák szegycsonttal és csigolyákkal való ízesüléseit is érintheti, további ízületi tünetként az alsó végtag egy-egy nagyízületének fájdalma, duzzanata, illetve az íntapadási helyek gyulladása (enthesitis) is jelentkezhet. A betegség pathomechanizmusával összefüggésben ízületen kívüli tünetek is társulhatnak a gerincgyulladáshoz: anterior uveitis, gyulladásos bélbetegség, bőrtünetek, pl. psoriasis.

Beutalási kritériumrendszer háziorvosok és nem reumatológus szakorvosok számára

Az ax-SpA-ban a derékfájás néhány olyan jellegzetességgel bír, mely elősegítheti a betegek kiszűrését a – többségében túlterheléses, degeneratív eredetű – derékfájások nagy csoportjából. A gyulladásos gerincpanaszok általában a keresztcsont területén a sacroiliacalis ízületek mentén a legkifejezettebbek. Fontos hangsúlyozni, hogy a panaszok szinte minden esetben a 45. életév előtt kezdődnek, leggyakrabban a páciensek 20-as és 30-as életéveiben. Mivel a gyulladás tartósan fennáll, így a fájdalom, bár intenzitásában hullámozhat, legalább 3 hónapon keresztül panaszt okoz. Azoknál az egyéneknél merül fel leginkább a gyanú, akiknél a keresztcsonttáji fájdalom általában fokozatosan

jelentkezik, hónapokig fennáll, a hajnali órákban, ágynyugalomban a legerősebb, reggeli deréktáji merevséggel társul, és napközben, mozgásra mérséklődik. A gyulladásos derékfájás ASAS kritériumrendszere az alábbiakban látható.

A gyulladásos derékfájdalom 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.

Gyulladásos gerincfájdalom akkor áll fenn, ha az 5 feltételből 4 teljesül (szenzitivitás: 79,6%, specificitás 72,4%).

A háziorvosi praxisban gyakran javasolt nem-szteroid gyulladáscsökkentőkre (NSAID-okra) a SPA-s fájdalom 1–2 nap alatt a betegek többségében látványosan csökken, míg a degeneratív eredetű gerincpanaszok esetén ezeknek a gyógyszereknek a hatása jóval kisebb.

A HLA-B27 meghatározás rendszerint szakrendeléseken történik. Az ax-SpA-s betegek 90–95%-ában jelen van ez a sejtfelszíni antigén. Ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy HLA-B27 pozitivitás korántsem jelent biztos betegséget, mivel az egészséges egyének 6–9%-ában kimutatható a kaukázusi, közép-európai populációban, miközben ugyanitt az ax-SpA előfordulási gyakorisága mintegy 0,5–1,5%-ra tehető. A HLA-B27 meghatározás nem tekinthető a rutinszerű szűrővizsgálat részének, csak indokolt esetben javasolt elvégzése.

A medence röntgenfelvétele igazolhatja a sacroiliacalis ízület gyulladás következtében kialakult strukturális eltéréseit: porcfelszín alatti sclerosis, ízületi felszín egyenetlenség, részleges, vagy teljes elcsontosodás, de ez csak a kórfolyamat kezdete után hónapokkal, évekkel később alakul ki, amely periódus kulcsfontosságú a korai, hatékony kezelés szempontjából. Az MRI-vizsgálat – szemben a hagyományos röntgen vizsgálattal – a sacroileitis korai kimutatását teszi lehetővé. Mindmáig helytelen gyakorlat, hogy reumatológiai szakrendelések egy része tartós derékfájás esetén lumbalis gerinc MRI-vizsgálatot kér az esetleges gerincsérv tisztázására. Ezen vizsgálatok túlnyomó többsége felesleges, mivel csak műtéti indikáció esetén, a lokalizáció pontosítására javasolt MRI végzése. Ez a helytelen gyakorlat eredményezi az igen hosszú előjegyzési időt sacroileitis gyanúja esetén, pedig a korai, pontos diagnózis felállításában nagy segítséget nyújthat. Mint az ajánlásban is látható, a képalkotó eljárások nem képezik a szűrővizsgálat részét, rendelkezésre álló felvételek elemzése viszont hozzájárulhat a betegség gyanújának pontosításához.

A perifériás ízületi tünetek (arthritis, enthesitis és dactylitis), valamint az extra-artikuláris manifesztációk (psoriasis, gyulladásos bélbetegség és uveitis) esetén vagy a jelenlevő tünetekre, vagy pedig az orvosi dokumentációban rögzített adatokra támaszkodhatunk leginkább. Mivel a beteg elmondásán alapuló anamnesztikus adat sokszor nem releváns, így ez nem tekinthető kritériumrendszer biztos elemének.

Az akut fázis reaktánsok, ezen belül is a vérsejtsüllyedés és a C reaktív protein szintje ax-SpA-ban nem mutat olyan szoros összefüggést a betegség fennállásával és annak aktivitásával, mint más gyulladásos reumatológiai kórképekben. Esetenként ezen paraméterek normál értéke mellett is észlelhető kifejezett gerincgyulladás. Mivel mind a vérsejtsüllyedés, mind a C-reaktív protein (CRP) a gyulladás aspecifikus markerének tekinthető – az ajánlásnak megfelelően – ki kell zárni emelkedésük egyéb okait, pl.: a banális infekciókat, szeptikus vagy TBC-s spondylitist.

Az ax-SpA betegség fennállásának gyanúja esetén a páciens reumatológiai szakrendelésre utalandó.

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 derékfájásban 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 derékfájás*,
- HLA-B27 pozitivitás,
- sacroileitis képalkotó vizsgálattal, röntgenen vagy MRI-n †,
- perifériás manifesztáció: arthritis, enthesitis és/vagy dactylitis,
- extra-artikuláris manifesztáció: psoriasis, gyulladásos bélbetegség és/vagy uveitis,
- pozitív családi anamnézis spondyloarthritis vonatkozásában‡,
- jó terápiás válasz nem-szteroid gyulladáscsökkentő szerekre,
- emelkedett akut fázis reaktánsok†.

* A gyulladásos derékfájás bármely kritériumrendszere alapján, de az ASAS kritériumrendszer használata ajánlott.

† Csak ha a felvétel rendelkezésre áll, rutin szűrésre nem ajánlott.
‡ Az axiális spondyloarthritis klasszifikációs kritériumainál használt változók meghatározásának megfelelően: az első- vagy másodfokú rokonok között az alábbiak bármelyikének megléte: spondylitis ankylopoetica, psoriasis, uveitis, reaktív arthritis, gyulladásos bélbetegség.
+ C-reaktív protein koncentráció vagy vérsejtsüllyedés, mely a normál tartomány felső értékét meghaladja, az emelkedés egyéb okának kizárása után.

A beutalási kritériumrendszer hatékonysága
Egy közelmúltban közölt tanulmány elemezte az ASAS szűrőkritériumok használhatóságát. Azt tapasztalták közel 1000 kiszűrt egyén vizsgálata alapján, hogy legalább 2 feltétel megléte esetén a módszer érzékenysége 100%, specificitása 60%. Természetesen az egyes kritériumok nem tekinthetők azonos súlyúnak, annak ellenére, hogy az ASAS nem tett különbséget közöttük. A derékfájás egyértelmű gyulladásos jellege vagy az extra-artikuláris tünetek közül az uveitis jelenléte sokkal valószínűbbé teszi az ax-SpA fennállását, mint egy mérsékelten emelkedett CRP vagy NSAID-ra adott kedvező hatás.

A beutalási rendszer alkalmazásának egészségügyi haszna
Az axiális spondyloarthritisek kezelését időben elkezdve a gerinc elcsontosodási folyamata megállítható, vagy legalábbis jelentősen lassítható. A sikeres kezelés alapja a megfelelő időben felállított diagnózis. Ennek egyik pillére a betegséggel kapcsolatos ismeretek társadalmi szintű terjesztése, amelynek legfontosabb része annak a tudatosítása, hogy a fokozatosan erősödve jelentkező, tartósan fennálló, hajnali órákban fokozódó deréktáji fájdalom súlyos következményei miatt kiemelkedik a derékfájások közül. Ugyancsak elengedhetetlen az alapellátásban dolgozók körében az ax-SpA beutalási kritériumrendszerének ismerete és napi gyakorlatban történő alkalmazása. A reumatológiai szakrendelések pedig gyulladásos gerincbetegség megalapozott gyanúja esetén rövid előjegyzési idő biztosításával, a HLA-B27 antigén szükség szerinti alkalmazásával, és sacroiliacalis MRI vizsgálatok megfelelő indikációval történő végzésével járulhatnak hozzá e betegség korai felismeréséhez. A fenti gyakorlat alkalmazása esetén remélhetőleg jelentősen csökkenthető a diagnózis egyelőre még jelentős késése, a korszerű kezelési eljárások révén pedig kivédhető lesz betegeinknél a gerinc elcsontosodása.

5. „Failed back surgery syndrome" /FBSS/
FBSS néven említjük azt a klinikai tünetegyüttest, amikor a betegnél a lumbális gerincműtétet követően a műtét előtti panaszok és tünetek változatlan, vagy súlyosabb formában visszatérnek. A panaszok részben állandó, vagy intermittálóan recidiváló fájdalom, részben az ágyéki gerincfunkciók és alsó végtagi funkciók neurológiai deficit okozta inszufficiens voltában nyilvánulnak meg. Műtét után azonnal, vagy hosszabb-rövidebb idővel kialakuló állapotról van szó, ahol a fájdalom és tünetek forrása az operált gerincszegmentum.
Meg kell említenünk, hogy nemcsak sebészeti beavatkozás után alakulhat ki a„failed back syndrome", hanem azokban a nem operált esetekben is, amikor a krónikus fájdalmat diagnosztikus tévút, nem felismert pszichoszociális probléma, vagy az ágyéki gerinc funkcionális elégtelenségét rosszul vezetett konzervatív kezelés tartja fenn, de az orvosi gyakorlatban a kifejezés elsősorban a sikertelen gerincműtét utáni panasz- és tünetegyüttesre használatos. Gyakran egy sikeres, illetve a legkíméletesebb műtét és megfelelő rehabilitáció után is kifejlődhet az operált szegmentumbana longitudinális instabilitás, majd sztenózis, amelyet nem tekintünk FBSS-nek, hisz a szegmentumban zajló természetes degeneratív patológiai folyamat következménye.
A jelenlegi irodalmi adatok szerint az ágyéki diszkusz hernia műtétek után átlag 15%-ban alakul ki az FBSS, fúziós műtétek után pedig 49%-os az eredménytelenségi ráta. Statisztikai felmérések igazolják, hogy a betegek 85%-a javul az első műtét után, de a második után csak 50%-uk, s minden további beavatkozás során csökken a gyógyulások esélye. Ezen százalékos arány és az előfordulás relatíve magas incidenciája figyelmeztet arra, hogy a tünetegyüttes diagnosztikája mind klinikai, mind képalkotási szempontból kiemelkedő jelentőségű. Az FBSS betegcsoport a hazai ellátási rendszernek egyik neuralgikus problémahalmaza, mind diagnosztikus, mind terápiás szempontból.

Műtéttípusok
Elsősorban a lumbális gerinc degeneratív elváltozásai következtében indikált műtétekről van szó az ismertetett szindróma esetében, amikor a kialakult patológia: diszkusz hernia, mono-, bi-, poliszegmentális instabilitás, degeneratív vagy lytikus spondylolisztézis és a spinális sztenózis különböző megjelenési formái. A végzett műtéttípusok: diszcektómia, rekalibráció, dekompresszió, fúzió, stabililizáció, diszkusz protézis egy vagy több szinten, valamint ezen műtéti beavatkozások kombinációi.

FBSS etiológia – klasszifikáció

Ha a műtét után a fájdalom azonnal megjelenik, téves diagnózisra, vagy műtét közben elkövetett technikai hibára kell gondolnunk a legtöbbször.

Ha a fájdalom a korai posztoperatív időszakban napokkal, hetekkel a műtét után tér vissza, leginkább spinális infekcióra és durasérülésre van gyanú.

Hetek, hónapok után bekövetkező rekurrencia oka a recidív diszkusz hernia, epidurális fibrózis, arachnoiditis, vagy vongált ideggyök lehet.

Hónapokkal, évekkel a műtét után recidiváló panaszok hátterében állhat a szegmentális instabilitás és rekurrens sztenózis. A jelenlegi értelmezésünk szerint azonban az utóbbi két morfológia nem tekinthető FBSS-nek, hiszen a szegmentumban zajló természetes patológiai folyamatról van szó.

FBSS etiológiai klasszifikációja szerint a sikertelenség okai lehetnek: preoperatívak, intraoperatívak, és posztoperatívak.

Preoperatív	Intraoperatív	Posztoperatív		
		Mechanikai lézió	Nem mechanikai lézió	Szövődmény
– Téves diagnózis – Pszichoszociális instabilitás – Szükségtelen sebészeti beavatkozás -„Flabby back”	– Technikai hiba – Szinttévesztés – Inadekvát dekompresszió – Durasérülés – Benthagyott fragmentum	– Recidív discus hernia – Rekurrens sztenózis – Szegment instabilitás – Implantatum probléma	– Arachnoiditis – Epidurális fibrózis	- Spinális infekció

Az FBSS etiológia szerinti beosztása

Preoperatív okok:

A legtöbb FBSS elkerülhető, ha precíz kivizsgálással, a spinális tünettant utánzó extraspinális kórképeket, polyneuropátiákat, érbetegségeket, sacroileitist, tumorokat és a csípőízületi problémákat kizárjuk.

A pszichoszociális instabilitás feltárásának elmulasztása nem megfelelő betegkiválasztáshoz vezethet.

A legnagyobb hiba, amit elkövetünk, ha nem adjuk meg – kivéve természetesen a sürgős műtéti indikációt jelentő eseteket – a konzervatív kezelés számára azt az időtartamot, ami elegendő a terápia eredményességéhez és a szükségtelen műtéti beavatkozás elkerüléséhez.

A spinális izmok dekondicionált inszufficiens volta („Flabby Back Syndrome”) sokszor egyedüli oka a krónikus derékfájdalomnak és megfelelő aktivitási programmal számos esetben a műtét elkerülhető, vagy prolongálható.

Intraoperatív okok:

A műtét közben bekövetkező bármilyen technikai hiba, a szinttévesztés, inadekvát dekompresszió, durasérülés, bennhagyott diszkusz fragmentum, korrigálatlan spinalis balance stb.

Posztoperatív okok:

A posztoperatív kudarcot okozhatja recidív diszkusz hernia, rekurrens sztenózis, szegmentális instabilitás, implantátum probléma, arachnoiditis, epidurális fibrózis és spinális infekció.

A mechanikai lézió esetében a legjobbak a reoperáció esélyei. Ha nem mechanikai eredetű a lézió, tehát arachnoiditis és epidurális fibrózis az FBSS tünetegyüttes oka, a reoperáció sikere csekély, de rehabilitáció szempontjából is egy reménytelen és nehezen irányítható betegcsoporttal állunk szemben.

A spinális infekció jól kezelhető állapot – mind műtétileg, mind konzervatív terápiával –, 0–12%-os előfordulási gyakorisággal.

Failed back szindrómára hajlamosító tényezők – prognosztikai rizikófaktorok

Ismeretesek az individuális hajlamosító tényezők az FBSS-re, mint a szisztémás megbetegedések, diabetes mellitus, autoimmun kórképek, perifériás erek betegsége, dohányzás és az obezitás.

Kulcsfontosságú már az első műtét előtt, – de hatványozottan vonatkozik a reoperáció esetére – a pszichoszociális exploráció az erre alkalmas kérdőívekkel. Az ismételt műtétek miatt a betegekben fokozott a betegségtudat, a fájdalom szomatizációja fejlődik ki és a pszihés alterációk súlyosbítják a kórképet. Ha a beteg pszichológiailag instabil vagy fennállnak kompenzációs tényezők, a műtét kimenetele még a mechanikai léziót jelentő patológia esetében

is kérdéses. A legjelentősebb pszihoszociális dekompenzációra utaló prognosztikai rizikófaktorok: veszteség (halál, munkahely, család), a múltban lezajlott pszichostressz, alacsony intelligenciaszint, kompenzáció, félelem, hiedelmek, fokozott betegségtudat, depressszió, családi problémák, szorongás, munkahelyi konfliktusok. A különböző, de egybehangzó irodalmi adatok szerint ezen faktorok közül 3–4 jelenléte 27%-os, 5–6 pedig 70%-os biztonsággal jelzi potenciálisan az FBSS kialakulását. A fentiekből következően, tehát elsősorban az elektív műtétek előtt ajánlatos figyelembe venni a műtétek tervezésénél mind az FBSS-re hajlamosító tényezőket, mind a pszichoanalízisből adódó rizikófaktorokat.

Az FBSS betegcsoport a bio-pszicho-szociális betegmodell típusos példája, melynek diagnosztizálása, illetve annak eldöntése, hogy adott esetben reoperációra, konzervatív kezelésre, vagy krónikus gondozásra van szükség, rendkívül gondos multidiszciplináris megközelítést igényel.

A széles körű pszichodiagnosztikán kívül a különböző morphológiai modalitások más és más strukturális és funkcionális elváltozásokról adnak információt, melyek indikációja elsősorban gerincbetegségekben jártas szakorvos feladata.