

Centar za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu
Klinički bolnički centar Rijeka ♦ Tome Strižića 3 ♦ 51000 Rijeka

KRIŽOBOLJA - OD DEFINICIJE DO DIJAGNOZE LOW BACK PAIN - FROM DEFINITION TO DIAGNOSIS

Tea Schnurrer-Luke Vrbanić

Sažetak

Križbolja predstavlja bol ili nelagodnost koju bolesnik osjeća u području leđa, između rebranih lukova i donje glutealne brazde. Jedan je od najčešćih uzroka traženja liječničke pomoći, drugi je po redu uzrok izostajanja s posla, te je zbog velikih direktnih i indirektnih troškova vrlo važan socijalno-medicinski i ekonomski teret za pojedinca, obitelj i društvo. Klasificira se kao nespecifična, bez poznatog uzroka i kao specifična križbolja, za koju je poznat patomorfološki uzročni čim-

benik. U postavljanju dijagnoze važna je iscrpna anamneza i klinički pregled. Proširena dijagnostička obrada potrebna je u slučajevima evidentiranja radikulopatije ili specifične ozbiljne patologije, odnosno nakon evidentiranja rizičnih faktora i simptomatologije crvenih zastava. Također, posebnu pozornost treba obratiti na psihosocijalne čimbenike ili tzv žute zastave, kao na najznačajnije prediktore kroniciteta križbolje te prediktore dugotrajne bolesnikove onesposobljenosti.

Ključne riječi

križbolja, definicija, dijagnoza

Summary

Low back pain is defined as pain and discomfort, localised below the costal margin and above the inferior gluteal folds, with or without leg pain. It is one of the most commonest cause of seeking physician office visits, second cause of sick leave, and because of high direct and indirect costs it has great medical, social and economic impact for individual, family and society. Non-specific low back pain is defined as low back pain not attributed to recognisable, known specific pathology and specific low back pain which has known patho-

morphological cause. For most patients with low back pain a thorough history taking and clinical examination are sufficient. Extended diagnostic analysis are needed in the case of nerve root pain/radicular pain and serious spinal pathology, respectively after identification of red flags. Moreover, great attention has to be achieved at psychosocial factors or so called yellow flags which increase the risk of developing chronic low back pain and long term disability (including work loss associated with low back pain).

Keywords

low back pain, definition, diagnosis

Uvod

Križbolja predstavlja bol ili nelagodnost koju bolesnik osjeća u području leđa, između rebranih lukova i donje glutealne brazde, sa ili bez širenja boli u nogu (1).

Nespecifična križbolja predstavlja bol u navedenoj regiji koja nije objašnjiva sa poznatom specifičnom patologijom (fraktura, infekcija, tumor, križbolja u sklopu upalnog reumatizma - npr. AS, osteoporozna, radikularni sindrom, sindrom cauda equine...). Specifični uzroci križbolje nisu česti i iznose manje od 15% svih uzroka križbolje (1).

Dakle, prema definiciji križbolje, križbolja je simptom, a poznato je da simptom ne možemo liječiti bez

dijagnoze. No, oko 85% bolesnika sa križboljom ne dobije specifičnu uzročnu dijagnozu (2). Većina bolesnika ima križbolju uzrokovanu s više čimbenika kao što su loša postura, dekonicioniranje i slabost okolnih mišića, funkcijska nestabilnost, emocionalni stres, te promjene uvjetovane starenjem mišićno-koštanog sustava, kao što su degenerativne promjene intervertebralnog diska, artritis intervertebralnih zglobova i hipertofija ligamena. U želji da se odredi točna uzročna dijagnoza, ovakav tip križbolje opisuje se sa različitim imenima, koja vrlo često zbunjuju bolesnika. Neka od njih su: jednostavna križbolja, nespecifična križbolja, prenaprezanje kri-

ža, degenerativna bolest križa, biomehanička križobolja. Svaki naziv daje drugačiju poruku bolesniku. Npr. jednostavna, obična križobolja u bolesnika izaziva osjećaj da liječnik nije razumio njegove tegobe jer iz perspektive bolesnika bol nije jednostavna i ne nestaje u jednom danu, a možda je i simptom neke ozbiljne bolesti. Naziv nespecifična križobolja može u bolesnika izazvati potrebu da odlazi kod liječnika raznih specijalnosti tražeću specifičnu dijagnozu. Prenaprezanje u području križa sugerira stanje nastalo od prekomjerne aktivnosti, što u većine bolesnika ipak nije slučaj, a bolesnik može shvatiti da će fizička aktivnost uzrokovati recidiv križobolje, što otežava primjenu kineziterapije kao jedne od metoda

Epidemiologija

Nakon obične prehlade, križobolja predstavlja najčešću bolest koja se javlja u ljudskoj populaciji (3). Između 65 % i 85 % svjetske populacije zadobije križobolju barem jednom tijekom života.

U ljudi nakon 65 godina života problemi sa mišićno-koštanim bolestima imaju najveću prevalenciju, od čega 51 % se odnosi na bolesti križa i kralježnice, čija prevalencija raste sa starošću populacije, te je češća u žena (3).

Također, križobolja predstavlja treći uobičajeni uzrok funkcijske onesposobljenosti u radno sposobnih ljudi u dobi od 35 (1) do 65 godina (3).

Rizični čimbenici

Mnoge studije su pokušale identificirati i evaluirati rizične čimbenike vezane uz pojavu križobolje. No, rezultati su često slabo razumljivi i nepouzdana dokumentirani. Najjači rizični čimbenik za novu epizodu križobolje je anamneza o prethodnoj ataci. Tijekom godine dana dvostruk je rizik za nastanak slijedeće križobolje (1). Nada-

Dijagnostički probir

Jednostavan, međunarodno priznati dijagnostički probir, o kojem ovisi daljnja dijagnostika i liječenje boli u križima, je osnovna klasifikacija, da li se radi o nespecifičnoj križobolji, radikulopatiji ili o ozbiljnoj spinalnoj patologiji (1).

Također, pristupi križobolji se mijenjaju ovisno o njenom trajanju. Poznato je da se bol u križima se dijeli

Akutna križobolja

Unatoč postojanju brojnih radiografskih i drugih dijagnostičkih metoda, temeljita anamneza i klinički pregled su najučinkovitiji i najosjetljiviji elementi u evaluaciji bolesnika s akutnom križoboljom. Naime, anamnezom i klinič-

Kronična križobolja

Većina bolesnika su već tijekom obrade akutne i subakutne križobolje prošli anamnezu i klinički pregled.

aktivnog liječenja. Naziv degenerativna bolest križa šalje poruku bolesniku da ima trajne promjene na kralježnici koje se samo mogu još pogoršati, a naziv mehanička križobolja naglašava multifaktorijski uzrok križobolje i pretpostavlja da se aktivnim pristupom, dakle promjenom biomehanike, može očekivati poboljšanje (2). Gledano iz bolesnikove perspektive, bez obzira kako bol u križima nazvali, problem je riješen ako bol prođe i ako je siguran da bol u križima nije simptom neke ozbiljne bolesti. Dakle, nespecifična križobolja ne zahtijeva preciznu uzročnu dijagnozu jer je to samolimitirajuća bolest koja najčešće završava nestankom simptoma u relativno kratkom vremenskom periodu.

Akutna križobolja je najčešće samolimitirajuća bolest, te se 90 % bolesnika oporavi u 6 (1) do 8 tjedana (3). U preostalih 10 % bolesnika križobolja traje duže od 6 mjeseci te prelazi u kroničnu križobolju (3).

U 75 % bolesnika koji su već imali akutnu križobolju, postoji veći rizik da će unutar godine dana ponovno razviti simptome akutne križobolje (3).

Stalni recidivi i kronicitet križobolje predstavljaju veliki problem za pojedinca, te su zbog velikih direktnih i indirektnih troškova vrlo važan socijalno-medicinski i ekonomski teret za društvo (4), a u 75-85 % su razlog odsustva s radnog mjesta u radno aktivnom stanovništvu (1).

lje, najčešće opisivani rizični čimbenici su vezani uz dob, spol, fizičku aktivnost i preopterećenje (česta sagibanja, okretanja, nošenje i guranje tereta, statična postura i vibracije), debljinu, pušenje, socioekonomski status i stupanj naobrazbe, monotonost posla i nezadovoljstvo poslom, depresiju, anatomske varijacije kralježnice (1,5).

na akutnu, subakutnu i kroničnu križobolju. Akutna križobolja predstavlja bol u križima u trajanju do 6 tjedana. Subakutna križobolja traje od 6-12 tjedana. Kronična križobolja traje više od 12 tjedana (1). Ponavljajuća križobolja je definirana novom epizodom boli u križima, nakon perioda bez simptoma, koji je duži od 6 mjeseci. To nije egzacerbacija postojeće kronične križobolje (1).

kim pregledom često se ne može doći do precizne uzročne dijagnoze, ali se može isključiti ozbiljnu specifičnu patologiju ili takozvane crvene zastave, koje zahtijevaju daljnju dijagnostičku obradu i promptno liječenje (1,5).

Zbog kroniciteta tegoba i anamneza i klinički pregled se ponavljaju, te se još jednom evaluiraju i crvene zastave.

Također, treba imati na umu da svaka kronična križobolja ima više ili manje izraženu psihološku komponentu,

te treba identificirati psihosocijalne stresogene čimbenike ili takozvane žute zastave (1,5).

Crvene i žute zastave

Crvene zastave predstavljaju rizične čimbenike i simptomatologiju koja je detektirana kroz anamnezu i klinički pregled u bolesnika s križoboljom, a kod kojih postoji povećani rizik da je uzrok križobolje neka ozbiljna bolest. U crvene zastave ubrajamo: pojavu križobolje u bolesnika u dobi manjoj od 20 godina ili većoj od 55 godina; traumatski događaj opisan u anamnezi; stalna, progresivna bol koja ne popušta na odmaranje; bol u torakalnoj kralježnici; maligni tumor opisan u anamnezi; dugotrajno uzimanje kortikosteroida; imunološka supresija, HIV; opća slabost; gubitak na težini; prošireni neurološki simptomi (uključujući sindrom caude equine); strukturni deformitet; povišena tjelesna temperatura (1).

Navedeni simptomi i znakovi nužno ne znače da bolesnik boluje od neke specifične patologije ali postoji veća mogućnost da se neka specifična patologija krije iza simptoma križobolje. Dakle, križobolja udružena sa navedenim simptomima i znakovima zahtijeva daljnju dijagnostičku obradu (1,5).

Žute zastave predstavljaju psihosocijalne stresogene čimbenike ili čimbenike koji povećavaju rizik za razvoj kronične boli i dugotrajnu onesposobljenost, uključujući izostanak s posla povezan s križoboljom. U žute zastave ubrajamo: neprikladne stavove i uvjerenja glede križobolje (npr. uvjerenje da je svaka križobolja opasna i da dovodi do ozbiljne nesposobnosti ili prevelika očekivanja od pasivnih metoda liječenja, vjerovanje da pokret šteti križbolji i odbijanje spoznaje da će aktivna participacija (kineziterapija) pomoći križbolji; neadekvatno ponaša-

nje na bol (npr. strah da će pokret izazvati bol, smanjenje fizičke aktivnosti); problemi vezani uz posao (npr. nezadovoljstvo poslom, uvjetima na radnom mjestu, radnom okolinom, kolegama); psihički i emocionalni problemi (depresija, anksioznost, stres, loše raspoloženje, povlačenje u sebe i odbijanje komunikacije u društvu).

Njihovom identifikacijom prelazi se na multidisciplinarnu programe liječenja kronične križobolje (1,5).

Nadalje, osim žutih zastava postoje prognostički čimbenici odgođenog povratka na posao, te prognostički čimbenici kroniciteta bolesti i onesposobljenosti (1).

Prognostički čimbenici odgođenog povratka na posao su: vrijeme trajanja bolovanja, neučinkovitost metoda liječenja kod kronične križobolje, bolesnikovo očekivanje oporavka i percepcija zdravlja. Naime, što je dulje vrijeme koje bolesnik provede na bolovanju, manja je mogućnost povratka na posao. Nadalje, kada je bolesnik na duže vrijeme odsutan s posla, većina kliničkih intervencija je neefikasna u pokušaju osposobljavanja bolesnika za povratak na radno mjesto. I na kraju, jedan od pozitivnih psihosocijalnih prediktora brzog povratka na posao je pozitivan stav prema oporavku i liječenje križobolje aktivnim angažmanom bolesnika, što uključuje kineziterapiju, te mijenjanje životnog stila vezanog uz zdravlje (1).

Prognostički čimbenici kroniciteta bolesti i onesposobljenosti su: loši uvjeti na radnom mjestu, nezadovoljstvo poslom, psihološki distress, depresija, somatizacija, prijašnja epizoda križobolje i loše opće zdravstveno stanje (1).

Zaključak

Nakon obične prehlade, križobolja predstavlja najčešću bolest koja se javlja u ljudskoj populaciji. Nadalje, malo je bolnih stanja koji imaju toliko uzroka, kao što je to slučaj s križoboljom. Jednostavan, međunarodno priznati dijagnostički probir, o kojem ovisi daljnja dijagnostika i liječenje boli u križima, je osnovna klasifikacija, da li se radi o nespecifičnoj križbolji, radikulopatiji ili o ozbiljnoj spinalnoj patologiji. U po-

stavljanju dijagnoze nespecifične križobolje najvažnije su anamneza i klinički pregled, a daljnja radiološka i ostala dijagnostička obrada nije potrebna. U anamnezi i kliničkom pregledu posebnu pozornost treba obratiti na crvene zastave koje zahtijevaju proširenu dijagnostičku obradu i promptno liječenje, te na žute zastave kao najvažnije prediktore kroniciteta, te prediktore dugotrajne bolesnikove onesposobljenosti.

Literatura

1. Rannou F, Poiraudou S, Henrotin Y. Low back pain including sciatica and DISH. U: Bijlsma JWJ, Burmester GR, Da Silva JAP, Faarvang KL, Hachulla E, Mariette X. *EULAR Compendium on Rheumatic Diseases*. 2009:477-479.

2. Barr KP, Harrast MA. Low back pain. U: Bradom RL. *Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: Elsevier. 2007:883-927.

3. Isaac Z, Katz JN, Borenstein DG. Lumbar spine disorders. U: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS,

Weinblatt ME, Weisman MH. *Rheumatology*. Philadelphia: Elsevier. 2008:593-618.

4. Grazio S, Jelić M, Bašić-Kes V, Borić I, Grubišić F, Nemčić T. i sur. Novosti u patofiziologiji, radiološkoj dijagnostici i konzervativnom liječenju bolnih stanja i deformacija kralježnice. *Liječnički vjesnik* 2011; 133:116-124.

5. Grazio S, Buljan D. *Križobolja*. Jastrebarsko: Naklada Slap. 2009:19-56.