
Prijedlog smjernica za dijagnostiku i liječenje bolesnika s vratoboljom

Simeon Grazio

Klinika za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju,
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Vratobolja je vrlo prevalentno stanje te je, nakon križobolje, drugi najčešći mišićnokoštani razlog posjeta liječnicima obiteljske medicine. U općoj populaciji može se očekivati da će se vratobolja tijekom života pojaviti u više od polovice ljudi, a procjena trenutne prevalencije 10% do 20% odrasle populacije. Bol i onesposobljenost povezani s vratoboljom imaju veliki utjecaj na pojedince i njihove obitelji, na zdravstveni sustav i društvo u cjelini.

U hodogramu za dijagnostiku i liječenje bolesnika s vratoboljom prvi korak predstavlja identifikacija čimbenika rizika i uzroka. Naime, vratobolja je multifaktorijalna, a uključuje različite individualne, tjelesne i psihosocijalne čimbenike, od kojih su neki modifikabilni, a neki nisu. Patoanatomski najčešće se radi o degenerativnim promjenama. Osim detaljne anamneze, za utvrđivanje prave dijagnoze esencijalan je klinički pregled, te o kojoj fazi bolesti se radi (akutna, subakutna, kronična), jer to utječe na daljnji dijagnostički i terapijski pristup, kao i na prognozu. Uvijek se mora voditi računa da nam ne promaknu "crvene zastave". U multidimenzijskoj procjeni koriste se različiti mjere boli, onesposobljenosti i kvalitete života. Među slikovnim metodama najčešće se koristi nativna radiografija, ali kod sumnje na specifičnu ili težu patologiju, te na kompresiju neuralnih struktura primjenjuju se sofisticirane slikovne metode, CT i napose MR. U cilju potvrde sumnje na neuralna oštećenja korisna metoda je EMNG.

U terapijskom postupniku primjenjuju se različiti lijekovi s primarnim ciljem analgezije, što je preduvjet za postizanje funkcionalnog oporavka. Među njima najčešće se koriste nesteroidni antireumatici, te čisti analgetici, slabi opioidi, rijetko jaki opioidi, a sve više i ko-analgetici, prvenstveno pregabalin. Primjena nefarmakoloških nekirurških/ neinvazivnih metoda ovisi o uzrocima, fazi vratobolje, te o kliničkoj slici (sa ili bez smanjene pokretljivosti, oštećenja koordinacije, pridružene glavobolje ili radikulopatije), a najčešće uključuju: edukaciju, korekciju posture, terapijske vježbe, manualnu terapija, (intermitentnu) trakciju, primjenu (impulsnog) ultrazvuka, lasera, TENS-a (samog i u kombinaciji s infracrvenom lampom ili lokalnom toplinom) te ponekad ortoze.

U cilju smanjenja bolova u području vratne kralježnice mogu se primijeniti minimalno invazivni terapijski intervencijski zahvati, u koje se ubrajaju: epiduralne injekcije steroida (ESI), perkutana radiofrekventna (RF) neuroablacija medijalnih ogranaka stražnje grane spinalnih živaca ili trećeg okcipitalnog živca, i različite metode nukleo-plastike. U slučaju neurološkog deficita, nedostatne analgezije, ili značajne funkcionalne nesposobnosti indicirano je kirurško liječenje. Odabir vrste kirurškog liječenja ovisi o kliničkoj slici i nalazima dijagnostičke obrade. Kirurški pristup može biti prednji ili stražnji, a provodi se po standardiziranim kirurškim principima. Najčešće uključuje prednju discektomiju i umetanje grafta, a uspješnost fuzije se povećava stavljanjem pločice. Kod izabranili bolesnika mlađe dobi s lordotičnom kralježnicom umjesto fuzije se preporuča postavljanje umjetnog iv. diska. Iako brojkom prevladava prednji pristup u slučajevima stenoze spinalnog kanala koja zahvaća tri ili više razine ili kod prevladavajućeg pritiska straga, kao prethodnica ili nadopuna prednjem pristupu, te kod nestabilnosti vratne kralježnice primjenjuje se stražnji pristup. Laminektomija, foraminotomija i stražnja fiksacija vijcima postavljenim u mase lateralis, transpedikularno ili transartikularno uz promociju fuzije, najčešće su korištene operativne tehnike. Komplikacije nakon kirurških zahvata se mogu podijeliti na rane i kasne, povezane s određenim pristupom (prednji ili stražnji), te komplikacije na udaljenim organima. Rehabilitacijski program nakon kirurških zahvata treba biti individualan s krajnjim ciljem maksimiziranja funkcije i minimiziranja rizika ponovne ozljede, a pažnju treba posebno obratiti na biomehaničke, fiziološke i psihosocijalne potrebe pojedinca. Pri ocjeni ishoda konzervativnog ili intervencijskog/kirurškog liječenja, kao i rehabilitacije potrebno je utvrditi jesmo li postigli zadane ciljeve, a među parametrima se posebno ističe bol, čija minimalna klinički značajna razlika je smanjenje za 9 mm na vizualnoj analognoj skali 0—100 mm.

Konačno, ne smijemo zaboraviti da je kronična vratobolji biopsihosocijalni fenomen, te da u dijagnostičkom i terapijskom smislu važno mjesto ima psihosomatski pristup tim bolesnicima