
EPIDEMIOLOGIJA I ETIOPATOGENEZA BOLI S IZVORIŠTEM U SAKROILIJAKALNIM ZGLOBOVIMA

FRANE GRUBIŠIĆ, HANA SKALA KAVANAGH

Klinika za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagreb
Referentni centar MZRH za spondiloartritis
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Prevalencija disfunkcije sakroilijakalnih zglobova u većini je slučajeva istraživa-
na u populaciji bolesnika s nespecifičnom križoboljom pri čemu su studijske
grupe koristile različite ključne kriterije (npr. injekcijske tehnike, kriteriji za
definiranje pozitivnog terapijskog odgovora..). Stoga ne iznenađuje da je
stopa prevalencije vrlo različita. Disfunkcija sakroilijakalnih zglobova pokazuje
bimodalnu raspodjelu, s većom prevalencijom kod mladih atletičara i u stari-
joj životnoj dobi (1). Jedna od najranijih studija, ona Schwarzera i suradnika iz
1995. god., procijenila je kako je prevalencija boli u kohorti od 43 ispitanika s
bolovima ispod razine L5-S1 oko 30% kada je kao kriterij korišteno smanjenje
boli >75% nakon jednokratne blokade lidokainom. Stroži i specifičniji kriteriji
mogu smanjiti stopu prevalencije. To se i dogodilo kada se uz analgetski
učinak, kao kriterij uključio i nalaz CT a (oštećenje prednjeg dijela kapsule
sakroilijakalnog zgloba), prevalencija se smanjila na 21% (2). Istraživanja Mai-
gnea, Irwina i Manchikantija i njihovih suradnika su pokazala kako prevalencija
disfunkcije sakroilijakalnog zgloba varira u rasponu od 18.5-26.6% (2-4). Iako
postoje varijacije u stopi prevalencije disfunkcije sakroilijakalnog zgloba
(uzorak ispitanika, korišteni kriteriji), njihova je disfunkcija vrlo značajan uzrok
mehaničke boli u donjem dijelu leđa u osoba svih životnih dobi. Primjenom
kvantitativne scintigrafije sakroilijakalnih zglobova, Kacar i suradnici su uočili
razliku u cjelokupnom odnosu sakrum/sakroilijakalni zglob između muška-
raca i žena (nešto je viši kod muškaraca) i da se taj odnos smanjuje kod žena
s porastom životne dobi. Prema tome, taj niži odnos stvara predispoziciju
za manje stabilan zglob čime se kod žena povećava rizik ozljede zgloba s
porastom dobi (5). Brojni su faktori rizika koji pridonose disfunkciji i boli u
sakroilijakalnim zglobovima: npr. diskrepancija u razlici dužine ekstremiteta,
abnormalnosti hoda, perzistirajuće prenaprezanje ili trauma niskog stupnja
(npr. jogging), skolioza kralješnice, trudnoća, kirurški zahvati na kralješnici
(6). Mehanizam ozljede sakroilijakalnog zgloba kombinacija je rotacije i ak-
sijalnog opterećenja. Imunohistokemijska istraživanja pokazala su kako su

nociceptori smješteni u cijeloj kapsuli zgloba, ligamentima, a nešto manje i u subhondralnoj kosti. Primarni mehanizam disfunkcije sakroilijakalnih zglobova uključuje dva moguća mehanizma. S jedne strane, prekomjerni pokret (hipermobilnost ili instabilitet) u sakroilijakalnim zglobovima dovodi do nestabilnosti zdjelice i posljedično boli (koja se osjeća u području križa ili kuka te se može širiti prema preponi). S druge strane, hipomobilnost ili fiksacija, dovodi do mišićne napetosti i bolova i ograničenja pokreta (bol se osjeća jednostrano u području sakroilijakalnog zgloba ili imitira sliku lumboishijalgije). Najčešća intraartikularna patologija (a time i podloga boli) jesu upalne reumatske bolesti (npr. artritis, spondiloartritis) i infekcija. Ozljede ligamenata i mišića, entezopatija, miofascijalna bol, prijelom najčešća su ekstraartikularna patologija. Klinička su istraživanja pokazala značajno smanjenje boli nakon intra i periartikularne injekcije sakroilijakalnog zgloba (7). Trudnoća se dovodi u vezu s disfunkcijom sakroilijakalnih zglobova i posljedičnom boli kao kombinacija nekoliko faktora: porast tjelesne težine, hiperlordoza slabinske kralješnice, mehanička mikrotrauma tijekom poroda, povećana elastičnost ligamenata uslijed hormonalnih promjena (utjecaj relaksina i estrogena) (8).

LITERATURA

1. Cohen SP, Chen Y, Neufeld NJ. Sacroiliac joint pain: a comprehensive review of epidemiology, diagnosis and treatment. *Expert Rev Neurother.* 2013;13(1):99-116.
2. Schwarzer AC, April CN, Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain. *Spine.* 1995;20(1):31-7.
3. Maigne JY, Aivaliklis A, Pfeffer F. Results of sacroiliac joint double block and value of sacroiliac pain provocation tests in 54 patients with low back pain. *Spine.* 1996;21(16):1889-92.
4. Irwin RW, Watson T, Minick RP, Ambrosius WT. Age, body mass indeks and gender differences in sacroiliac joint pathology. *Am J Phys Med Rehabil.* 2007;86(1):37-44.
5. Kacar G, Kacar C, Karayalcin B, Güngör F, Tuncer T, Erkilic M. Quantitative sacroiliac joint scintigraphy in normal subjects and patients with sacroiliitis. *Ann Nucl Med.* 1998;12:169-73.
6. Cohen SP. Sacroiliac joint pain: a comprehensive review of anatomy diagnosis and treatment. *Anesth Analg.* 2005;101(5):1440-53.
7. Luukkainen RK, Wennerstrand PV, Kautiainen HH, Sanila MT, Asikainen EL. Efficacy of periarthritic corticosteroid treatment of the sacroiliac joint in non-spondyloarthropathic patients with chronic low back pain in the region of sacroiliac joint. *Clin Exp Rheumatol.* 2002;20:52-4.
8. Daly JM, Frame PS, Rapoza PA. Sacroiliac subluxation: a common treatable cause of low back pain in pregnancy. *Fam Pract Res J.* 1991;11:149-59.