
KLINIČKA SLIKA U BOLESTIMA I STANJIMA KOJA ZAHVAĆAJU SAKROILIJAKALNE ZGLOBOVE

TEA SCHNURRER-LUKE-VRBANIĆ

Zavod za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu, KBC Rijeka, Rijeka

Ključni simptom kliničke slike u bolestima i stanjima koja zahvaćaju sakroilijakalne zglobove je bol po tipičnom bolnom obrascu. Naime, u 94% slučajeva bolesnici navode bol u području jednog ili oba gluteusa, neposredno ispod spine iliace posterior superior (1). Međutim bol se može širiti u križa (72%), područje kuka i stražnju stranu natkoljenice (14%), pa čak i u list potkoljenice (28%), (1). Kvaliteta boli se opisuje u rasponu od tupe do oštre boli, uz širenje u navedene okolne strukture, jednostrano, obostrano ili migrirajuće. Vrlo je važno isključiti križobolju upalnog karaktera (bol koja bolesnika pred jutro budi iz sna, jutarnja zakočenost u križima koja popušta na kretanje i vježbu), a koja je karakteristična za upalne reumatske bolesti. Nadalje, treba obratiti pažnju na postojanje crvenih zastava sistemske bolesti kao što su povišena tjelesna temperatura, gubitak tjelesne mase, noćna bol i noćno znojenje. Mnogi bolesnici navode da bol nastaje spontano, no neki navode i specifični događaj nakon kojeg je bol obično naglo započela a znak je traumatske ozljede (naglo kočenje u automobilu, pad na trticu, dizanje tereta i rotacija trupa, ozljede pri trakciji trupa). Trudnoća je jedino posebno stanje koje se veže uz disfunkciju sakroilijakalnih zglobova. Dakle, smatra se da je bol u području sakroilijakalnog zgloba značajan problem i česti simptom, s prevalencijom od 15% do 30%, u bolesnika sa križoboljom (2,3). Unatoč relativno velikoj prevalenciji, teško je temeljem anamneze i kliničkog pregleda postaviti krajnju dijagnozu s obzirom da su prezentirajući simptomi slični simptomima drugih uzroka križobolje. Dakle, uobičajeni obrazac boli osim što može biti simptom patologije u području sakroilijakalnih zglobova, može biti i simptom raznih bolesti i stanja kao što su promjene na kralješnici (spinalna stenoza, sindrom zglobnih faseta, hernija diska, degenerativna bolest diska i intervertebralnih zglobova...), promjene na zglobu kuka (osteoartritis, avaskularna nekroza vrata femura...), te promjene u sklopu struktura zdjelice (tendinitis gluteusa, sindrom m. piriformisa, disfunkcija mišićnog dna zdjelice). Rutinski radiogrami često nisu od velike pomoći u kliničkom promišljanju. Stoga, da bi se postavila klinička dijagnoza Međunarodno udruženje studije za bol (The International Association for the Study of Pain, IASP) preporučilo je četiri dijagnostička kriterija za mehanički uzrokovanu sakroilijakalnu bol odnosno za "sakroilijakalni bolni sindrom" (4). Prvi ključni IASP

kriterij je prividno normalna morfologija zgloba, bez patognomoničnih radio-loških promjena. Ovaj važni kriterij mora biti udružen sa tri slijedeća kriterija: postojanje sakroilijakalne boli koju bolesnik projicira u anatomskom području sakroilijakalnog zgloba, reprodukcija boli provokacijskim testovima i eliminacija boli nakon infiltracije sakroilijakalnog zgloba s lokalnim anestetikom (4). No, literatura navodi da bol, iako započinje u području sakroilijakalnog zgloba može imati i difuzni karakter i može se širiti u područje stražnjice, u preponu i/ili duž donjeg ekstremiteta (5). Nadalje, brojni provokacijski testovi koji imaju intenciju istegnuti, komprimirati ili kontrahirati strukture oko sakroilijakalnog zgloba sporne su pouzdanosti i valjanosti u kliničkoj praksi (4,6). Naime, u svojim radovima Laslett i suradnici (7) i Szadek i suradnici (6) izdvajaju pet provokativnih testova koji imaju najveću pouzdanost, pogotovo kada je pozitivno više od tri testa, sa osjetljivosti 91% i 85% i specifičnosti 78% i 76%. Ispitivani testovi su: Test distrakcije (Distraction test), Test upiranja natkoljenicom (Thigh thrust), Test kompresije (Compression test), FABER (Fleksija, Abdukcija, Vanjska rotacija) i Gaenslenov hval (Gaenslen's maneuver). Za Mennellov test modificiran po Öttu koji se najviše koristi u našoj kliničkoj praksi podaci o pouzdanosti za sada nisu dostupni u pretraženoj literaturi. Što se tiče posljednjeg IASP kriterija, smatra se da je injekcijska tehnika lokalnog anestetika u sakroilijakalni zglob "zlatni standard" potvrde sakroilijakalne patologije (6), no u literaturi nema podataka o statističkoj osjetljivosti i valjanosti injekcijskog testa. Zaključno, aktualna sakroilijakalna bol može biti mehanički uzrokovana, no može nastati i od dobro diferenciranih stanja i bolesti koji zahtijevaju opsežnije medicinsko liječenje. Dakle, pažljivo uzeta anamneza, prepoznavanje ključnih pritužbi bolesnika i temeljem obrasca prezentacije boli, uz klinički pregled kompleksa lumbalne kralješnice- sakroilijakalnog zgloba-zgloba kuka, te uz korištenje kombinacije pouzdanih provokacijskih testova kliničko promišljanje vodi ka dijagnozi i određivanju liječenja sakroilijakalne boli.

LITERATURA

1. Vanelderen P, Szadek K, Cohen SP, De Witte J, Lataster A, Patijn J i sur. Sacroiliac joint pain. *Pain Pract.* 2010;10(5):470-8.
2. Schwarzer AC, Aprill CN, Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain. *Spine.* 1995;20(1):31-7.
3. Sembrano JN, Polly DW Jr. How often is low back pain not coming from the back? *Spine.* 2009;34(1):27-32.
4. McGrath MC. Composite sacroiliac joint pain provocation tests: A question of clinical significance. *Int J of Osteopathic Med.* 2010;13:24-30.
5. van der Wurff P, Buijs EJ, Groen GJ. Intensity mapping of pain referral areas in sacroiliac joint pain patients. *J Manipulative Physiol Ther.* 2006;29(3):190-5.
6. Szadek KM, van der Wurff P, van Tulder MW, Zuurmond WW, Perez RS. Diagnostic validity of criteria for sacroiliac joint pain: a systematic review. *J Pain.* 2009;10(4):354-68.
7. Laslett M, Aprill CN, McDonald B, Young SB. Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. *Man Ther.* 2005;10(3):207-18.