
DIJAGNOSTIČKI POSTUPNIK U BOLESNIKA S KRIŽOBOLJOM

Simeon Grazio¹, Arijana Lovrenčić-Huzjan², Marija Ivica³, Rudolf Vukojević⁴, Alemka Krajač-Čupić⁵

¹Klinika za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju,
Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb

²Klinika za neurologiju, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb

³Poliklinika Aviva, Zagreb

⁴Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju,
Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb

⁵Dom zdravlja Zagreb - Centar, Zagreb

Križobolja vrlo je čest uzrok invaliditeta i jedno od najskupljih zdravstvenih stanja (1).

Razlika između nespecifične/specifične te akutne (do 6 tj.), subakutne (6-12 tj.) i kronične križobolje (više od 12 tj.) najkorisnija je za odabir odgovarajuće strategije za daljnju dijagnostičku obradu i liječenje.

Izraz "nespecifična" križobolja obično se koristi kada točan uzrok boli nije poznat, a često se smatra da su u većini slučajeva najvažniji mehanički uzroci, iako psihosocijalni čimbenici imaju značajan utjecaj u pojedinim fazama bolesti (2). Postoje brojni čimbenici rizika povezani s prvom atakom križobolje sa ili bez ishijalgije, uglavnom s vrlo ograničenim ili ograničenim stupnjem dokazima (3,4).

Cilj dijagnostičke trijaže je isključiti nespinalne uzroke te kategorizirati pacijente u jednu od tri kategorije: specifična spinalna patologija, radikularni sindrom ili nespecifična križobolja (5).

Pertersen i sur. su uspjeli stvoriti klinička dijagnostička pravila (CDR) za najčešće strukturne promjene, uključujući promjene intervertebralnog diska (6).

U evaluaciji bolesnika s križoboljom bitni su različiti znakovi upozorenja koji imaju ulogu u ranoj dijagnozi i liječenju te u prijelazu iz akutne u kroničnu križobolju. Najvažnije su "crvene zastave", kao mogući pokazatelji ozbiljne patologije kralježnice koje zahtijevaju hitnu dijagnostičku obradu i liječenje (7). Postoje ograničeni dokazi ili smjernice o tome kako se „crvene zastave“ trebaju koristiti u praksi (8). U akutnoj, a posebno u subakutnoj fazi (trajanje do 12 tjedana) preporuča se identificirati čimbenike rizika za kronicitet i predložiti odgovarajuću terapiju prema razini rizika. Sukladno tome, liječenje u ovim stadijima bolesti treba biti usmjereno na prevenciju kroniciteta. Postoji više

biomehaničkih, psiholoških i psihosocijalnih prognostičkih čimbenika za kronicitet križobolje (9). Čini se da najvažniju ulogu u tome imaju psihosocijalni čimbenici rizika (tj. "žute zastave") (10). U tom smislu izdvajaju se dva upitnika su STarT Back i Örebro upitnik za probir mišićno-koštane boli (OMPSQ) (11).

Slikovne metode su obično dio dijagnostičke obrade u bolesnika s križoboljom, a zahtjevi za njihovom primjenom sve više rastu. S obzirom na nedostatak sustavne korelacije između native radiografije i križobolje, ono može biti korisno u otkrivanju velikih i važnih oštećenja ili strukturnih promjena. U nedostatku „crvenih zastava“ nema indikacija za radiografsko snimanje kralježnice u slučaju akutnog pogoršanja, dok ono dolazi u obzir u slučaju onesposobljavajuće kronične križobolje (nakon 3 mjeseca). (10) Ako se razmatra invazivni postupak liječenja preporučuje se obrada magnetskom rezonancijom kralježnice (MR), a ako je kontraindicirana kompjuteriziranom tomografijom (CT) (10).

Elektrodijagnostički pregled iglenom elektromioneurografijom (EMNG) najvažniji je način pretrage bolesnika s radikulopatijom, a najbolja je korelacije potvrde kod prisutnih simptoma donjih udova (gubitak refleksa ili mišićna slabost) (12). EMNG ima umjerenu osjetljivost, ali visoku specifičnost i dobro nadopunjuje rezultate slikovnih metoda (13). Lumbosakralna radikulopatija potvrđena EMNG-om povezana je s boljim kliničkim ishodima za osobe koje su podvrgnute agresivnom konzervativnom liječenju. Pozitivan EMNG nalaz povezan je s boljim kliničkim odgovorom na epiduralne injekcije glukokortikoida, kao i na ishode operacije na kralježnici (14).

Ishodi u bolesnika s križoboljom značajno variraju unutar literature. Kako bi se objektivno procijenili i omogućila usporedba predložena je metrika ishoda za standardizirano izvješćivanje o ishodu u liječenju križobolje (15).

Što se tiče zadataka fizičke sposobnosti test Timed-Up-and-Go (TUG) je najčešće primjenjivana objektivna mjera (16). U sustavnom pregledu razine dokaza za pouzdanost, valjanosti i osjetljivosti zadataka fizičkog kapaciteta test 5-ponavljanja sjedi-ustani, 5-minutno hodanje, hodanje 50 stopa (~15,3 m), progresivno izoinerzijsko podizanje i TUGT zadaci su koji pokazali umjerenе do jake dokaze za pozitivne ocjene glede pouzdanosti i konstrukcijske valjanosti (17).

Literatura:

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392:1789-858.

2. Tagliaferri SD, Ng SK, Fitzgibbon BM i sur. Relative contributions of the nervous system, spinal tissue and psychosocial health to non-specific low back pain: Multivariate meta-analysis. *Eur J Pain*. 2022;26(3):578-99.
3. Taylor JB, Goode AP, George SZ, Cook CE. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J*. 2014;14(10):2299-319.
4. Cook CE, Taylor J, Wright A, Milosavljevic S, Goode A, Whitford M. Risk factors for first time incidence sciatica: a systematic review. *Physiother Res Int*. 2014;19(2):65-78.
5. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust*. 2017;206(6):268-73.
6. Petersen T, Laslett M, Juhl C. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):188.
7. Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician*. 2012;85(4):343-50.
8. Knoop J, Rutten G, Lever C i sur. Lack of consensus across clinical guidelines regarding the role of psychosocial factors within low back pain care: a systematic review. *J Pain*. 2021; 22(12):1545–59.
9. Nieminena LK, Pyysaloa LM, Kankaanp MJ. Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: a systematic review. *Pain Rep*. 2021;6(1):e919.
10. Bailly F, Trouvin A-P, Bercier S i sur. Clinical guidelines and care pathway for management of low back pain with or without radicular pain. *Joint Bone Spine* 2021;88(6):105227.
11. Lheureux A, Berquin A. Comparison between the STarT Back Screening Tool and the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire: Which tool for what purpose? A semi-systematic review. *Ann Phys Rehabil Med*. 2019;62(3):178-88.
12. Lauder TD, Dillingham TR, Andary M i sur. Effect of history and exam in predicting electrodiagnostic outcome among patients with suspected lumbosacral radiculopathy. *Am J Phys Med Rehabil*. 2000;79:60-8.
13. Dillingham TR, Annaswamy TM, Plataras CT. Evaluation of persons with suspected lumbosacral and cervical radiculopathy: Electrodiagnostic assessment and implications for treatment and outcomes (Part I). *Muscle Nerve*. 2020;62:462-73.
14. Dillingham TR, Annaswamy TM, Plataras CT. Evaluation of persons with suspected lumbosacral and cervical radiculopathy: Electrodiagnostic assessment and implications for treatment and outcomes (Part II). *Muscle Nerve*. 2020;62:474-84.
15. Clement RC, Welander A, Stowell C i sur. A proposed set of metrics for standardized outcome reporting in the management of low back pain. *Acta Orthop*. 2015;86(5):523-33.
16. Stienen MN, Ho AL, Staartjes VE i sur. Objective measures of functional impairment for degenerative diseases of the lumbar spine: a systematic review of the literature. *Spine J*. 2019;19(7):1276-93.
17. Jakobsson M, Gutke A, Mokkink LB, Smeets R, Lundberg M. Level of evidence for reliability, validity, and responsiveness of physical capacity tasks designed to assess functioning in patients with low back pain: A Systematic review using the COSMIN standards. *Phys Ther*. 2019;99(4):457-77.