

---

## KADA POSUMNJATI NA INFEKCIJU KRALJEŽNICE

---

**Dražen Kvesić**

Specijalna bolnica Arithera, Zagreb

Spondilodiscitis je rijetka bolest. Učestalost u Europi krajem prošlog i početkom ovog stoljeća je bila od 2-4/100000 stanovnika godišnje (1,2). U zadnjih dva desetljeća učestalost spondilodiscitisa raste i procjenjuje se u Njemačkoj na 14,4/100 000 stanovnika godišnje, u periodu između 2010 i 2020. godine (3). Neki od uzroka tome su sve veći broj starijih osoba, povećan broj kroničnih i imunodeficientnih bolesnika, povećan broj operacija i intervencija na kralježnici te bolje mogućnosti dijagnostike (4).

U medicini je jedan od glavnih ciljeva otkriti bolest u što ranijoj fazi. U tih prvih nekoliko tjedana bolesti, klinička slika spondilodiscitisa je raznolika i nespecifična: umjereno povišena temperatura, blaža bol u području kralježnice, malaksalost, gubitak na težini. Zbog toga se vrlo često kasni s postavljanjem dijagnoze spondilodiscitisa, od nekoliko tjedana pa do čak nekoliko mjeseci. Šarolikoj kliničkoj slici doprinosi i to što upalom mogu biti zahvaćeni kralješci, međukralježnični diskovi, spinalni kanal i paravertebralne strukture.

Ipak, bol u području kralježnice je najčešći simptom upalne bolesti i ima ga oko 90% bolesnika. Najčešće je zahvaćena lumbalna kralježnica (60%), potom prsna (30%) i vratna kralježnica sa manje od 10%. Temperatura je povišena kod oko 50% bolesnika. Neurološki deficit je rijedak u europskim zemljama, 10-20%. U zemljama loše zdravstvene skrbi, neurološki deficit može biti prvi znak epiduralnog apscesa uslijed spondilodiscitisa i kod 50% bolesnika (5).

Postoji više faktora rizika za nastanak upalne bolesti kralježnice: prethodne infekcije bilo gdje u tijelu, najčešće mokraćne infekcije, infekcije kože i potkožja, oralne šupljine, respiratorne i gastrointestinalne infekcije, potom infekcije intravaskularnih implantata, pacijenti sa imunosupresijom, HIV infekcijom, i.v. ovisnici, pacijenti sa renalnom insuficijencijom ili cirozom jetre, pacijenti starije životne dobi. Kod pacijenata starije životne dobi često se kasni s postavljanjem dijagnoze, zbog veće učestalosti kronične križobolje u toj dobi.

Također, prethodna operacija kralježnice ili minimalno invazivna intervencija na kralježnici predstavljaju značajan rizik za razvoj spondilodiscitisa.

Dakle, kod pacijenata s bolovima u području kralježnice, bilo novonastalim ili pojačanjem kroničnih bolova, kod kojih postoji bilo koji od navedenih faktora rizika a osobito preboljela sepsa, velika opeklina ili endovaskularna intervencija, prvo moramo isključiti upalnu bolest kralježnice. Metoda izbora u slikovnoj dijagnostici je magnetna rezonanca. U laboratorijskim nalazima povišeni su upalni parametri, a hemokulturom ili kulturom bioptata tkiva uzročnik se otkriva kod 67% i 75% pacijenata (6,7). Glavni uzročnik spondylodiscitisa u Europi je *Staphylococcus aureus*. U nekim zemljama Mediterana i Srednjeg istoka prevladavajući uzročnik je *Brucella* (8) dok je na svjetskoj razini to još uvijek *Mycobacterium tuberculosis* (9).

## Literatura

1. Grammatico L, Baron S, Rusch E i sur. Epidemiology of vertebral osteomyelitis (VO) in France: analysis of hospital-discharge dana 2002-2003. *Epidemiol Infect* 2008; 136(5):653-660
2. Beronius M, Bergman B, Andersson R. Vertebral osteomyelitis in Goteborg, Sweden: a retrospective study of patients during 1990-95. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*. 2001;33:527- 532.
3. Lang S, Walter N, Schindler M i sur. The Epidemiology of Spondylodiscitis in Germany: A Descriptive Report of Incidence Rates, Pathogens, In-Hospital Mortality, and Hospital Stays between 2010 and 2020. *J Clin Med* 2023; 12(10): 3373
4. Gouliouris T, Aliyu SH, Brown NM. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother* 2010;65:11-24.
5. Mavrogenis AF i sur. Spondylodiscitis revisited. *EFORT Open Rev* 2017;2:447-461
6. Aagaard T, Roed C, Dragsted C, Skinhøj P. Microbiological and therapeutic challenges in infectious spondylodiscitis: a cohort study of 100 cases, 2006-2011. *Scand J Infect Dis* 2013;45:417-424.
7. Duarte RM, Vaccaro AR. Spinal infection: state of the art and management algorithm. *Eur Spine J* 2013;22:2787-2799.
8. Ulu-Kilic A, Karakas A, Erdem H, et al. Update on treatment options for spinal brucellosis. *Clin Microbiol Infect* 2014;20:75-82.
9. Tuli SM. Tuberculosis of the spine: a historical review, *Clin Orthop Relat Res*, 2007, vol. 460 (pg. 29-38)