



dr n. med. Robert Rupiński

Centrum Reumatologii
i Osteoporozy – Rheuma
Medicus w Warszawie

Wczesna diagnostyka bólu pleców. Co zrobić, żeby nie przeoczyć ZZSK?

Early diagnosis of back pain. What to do to not to overlook AS?

Dr n. med. Robert Rupiński

Centrum Reumatologii i Osteoporozy – Rheuma Medicus w Warszawie
Dyrektor medyczny: dr n. med. Maria Rell-Bakalarska

PACJENTKA Z BÓLEM PLECÓW PO PRACY NA DZIAŁCE

WYWIAD

Kobieta, lat 48, z zawodu nauczycielka, zgłosiła się z powodu trwającego od tygodnia bólu w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, który wystąpił po pracy na działce. Dolegliwości o podobnym charakterze, ale mniejszym nasileniu pojawiały się okresowo od ok. 2 lat, jednak dotychczas pacjentka nie konsultowała się z tego powodu z lekarzem. Obecnie wystąpiły tępe bóle zlokalizowane w dolnej części kręgosłupa, centralnie, niepromieniujące do kończyn. Dolegliwości nasilały się w godzinach popołudniowo-wieczornych (NRS = 5/10) i dlatego po przyjściu z pracy pacjentka przyjmowała ostatnio paracetamol (1000 mg/24 h). Pacjentka nie zgłaszała innych dolegliwości, w tym objawów ogólnych i neurologicznych. Od kilku lat leczyła się z powodu łagodnego nadciśnienia tętniczego (lizynopryl 5 mg/24 h). Wywiad rodzinny w zakresie przewlekłych schorzeń układu ruchu był negatywny.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

W badaniu klinicznym wykazano niewielkie związane z bólem ograniczenie ruchomości kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej. Objaw Lasègue'a był obustronnie negatywny. Orientacyjne badanie neurologiczne nie wykazało nieprawidłowości. Nie stwierdzono również objawów zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych ani stawów obwodowych.

STRESZCZENIE

Przewlekły ból pleców, szczególnie okolicy lędźwiowo-krzyżowej, stanowi jedną z najczęstszych przyczyn konsultacji lekarskich. Odpowiadają za niego zwykle zmiany zwyrodnieniowo-przeciążeniowe kręgosłupa (niespecyficzne bóle pleców). Wśród innych, rzadszych przyczyn bólów pleców należy wymienić zapalne choroby kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych, czyli tzw. spondyloartropatie (SpA), w tym przede wszystkim zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK). Wczesne rozpoznanie ZZSK (SpA) ma podstawowe znaczenie dla zahamowania postępu choroby, poprawy jakości życia oraz rokowania. Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) odgrywają podstawową rolę w farmakoterapii zarówno niespecyficznego bólu pleców, jak i ZZSK.

SŁOWA KLUCZOWE

choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, spondylartropatia, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, niesteroidowe leki przeciwzapalne

BADANIA DODATKOWE

Pacjentka nie wykonywała żadnych badań radiologicznych ani laboratoryjnych.

ROZPOZNANIE I DALSZE POSTĘPOWANIE

Charakter bólu, okoliczności jego powstania oraz wywiad umożliwiają rozpoznanie niespecyficznego bólu pleców na podłożu zmian zwyrodnieniowo-przeciążeniowych. Nie jest zatem wskazane kierowanie pacjentki na badania dodatkowe, w tym ocenę radiologiczną odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa (badanie rentgenowskie) [1]. W leczeniu zaproponowano zmianę paracetamolu na aceklofenak (100 mg/24 h) przyjmowany w godzinach popołudniowych oraz skierowano pacjentkę do fizjoterapeuty (gimnastyka wzmacniająca mięśnie grzbietu). Pacjentka na tym etapie choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa nie wymagała specjalistycznej opieki reumatologicznej, ortopedycznej bądź neurologicznej.

PACJENT BUDZĄCY SIĘ OD 5 LAT Z BÓLAMI PLECÓW

WYWIAD

27-letni mężczyzna, informatyk, zgłosił się z powodu nasilonego od ok. 4 tygodni bólu pleców w odcinku lędźwiowym. Bóle były najsilniej odczuwane przez pacjenta w godzinach porannych, jeszcze przed wstaniem z łóżka, promieniowały zwykle do prawego pośladka i towarzyszyło im uczucie sztywności trwające ok. godziny (do momentu „rozruszania się”). Dolegliwości wystąpiły bez związku z przeciążeniem bądź urazem, a sam pacjent łączył je z dużą ilością pracy zawodowej w ostatnim okresie (towarzyszące uczucie ogólnego osłabienia). Jednocześnie stwierdził, że bóle pleców o podobnym, ale mniejszym nasileniu obserwuje od ok. 5 lat. Ze względu na natężenie bólu w ostatnim tygodniu (NRS = 4/10) pacjent regularnie przyjmował ibuprofen (800 mg/24 h). W ciągu ostatniego roku przebył również dwukrotnie zapalenie tęczówki oka prawego. Pacjent negował występowanie chorób współistniejących oraz przyjmowanie innych leków. W wywiadzie rodzinnym uwagę zwracało wrzodziejące zapalenie jelita grubego u ojca.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Badanie kliniczne wykazało istotne ograniczenie ruchomości kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej i czołowej oraz zmniejszenie rozszerzalności klatki piersiowej. Objaw Lasègue'a był obustronnie negatywny. Orientacyjne badanie neurologiczne nie wykazało nieprawidłowości. Testem Patricka potwierdzono obustronne zajęcie (zapalenie) stawów krzyżowo-biodrowych [2]. Nie występowały artralgia ani objawy zapalenia stawów obwodowych.

BADANIA DODATKOWE

W wykonanych przed tygodniem badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie białka C-reaktywnego – 11,2 mg/l (norma <10), pozostałe oznaczenia morfologii i biochemii krwi były prawidłowe. Pacjent dotychczas nie wykonywał żadnych badań obrazowych.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Na podstawie wywiadu oraz przeprowadzonego badania klinicznego powzięto podejrzenie zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK). Pacjent został skierowany na badanie radiologiczne kręgosłupa lędźwiowego oraz stawów krzyżowo-biodrowych (zdjęcie celowane). Przeprowadzone badania obrazowe wykazały zniesienie lordozy lędźwiowej, cechy kwadratowienia trzonów kręgowych oraz obustronne zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych (tzw. *sacroilitis*) w okresie 2 (zmiany wczesne), co jednoznacznie potwierdziło rozpoznanie ZZSK [3]. Stosowany dotychczas ibuprofen zastąpiono aceklofenakiem w pełnej dawce dobowej (2 × 100 mg) w celu zapewnienia maksymalnego efektu przeciwzapalnego. Jednocześnie pacjent został skierowany do poradni reumatologicznej i rehabilitacyjnej (fizjoterapia).

OMÓWIENIE PRZYPADKÓW

Przedstawione przypadki pacjentów z bólem dolnej części pleców (*low back pain* – ból krzyża) ilustrują najczęstsze przyczyny występowania takich dolegliwości między 20. a 50. r.ż. Pierwsza pacjentka z bólem niezapalnym (mechanicznym), prawdopodobnie na podłożu wczesnych zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, prezentuje relatywnie łagodną sytuację kli-

ABSTRACT

Chronic back pain, especially low back pain, is one of the most common reasons for all medical consultations. Non-specific back pain is usually caused by osteoarthritis and overloading changes of the spine. Other, less common causes of back pain include inflammatory diseases of the spine and sacroiliac joints – spondyloarthropathies (SpA), including ankylosing spondylitis (AS). Early diagnosis of AS (SpA) is essential for stopping the progression of the disease, improving the quality of life and prognosis. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) play a most important role in the pharmacotherapy of both non-specific back pain and AS.

KEY WORDS

spine osteoarthritis, spondyloarthropathy, ankylosing spondylitis, non-steroidal anti-inflammatory drugs

niczną niewymagającą dalszej diagnostyki (w tym obrazowej). Taka diagnostyka mogłaby być jednak wymagana w przypadku stwierdzenia niepokojących objawów w badaniu podmiotowym lub przedmiotowym, czyli tzw. czerwonych flag (tab. 1) [4].

TABELA 1

„Czerwone flagi” w bólach kręgosłupa.	
Wywiad	Badanie przedmiotowe
<ul style="list-style-type: none"> • początek objawów przed 20. lub po 55. r.ż. • poprzedzający uraz • choroba nowotworowa w przeszłości • przedłużone użycie glikokortykosteroidów • leczenie immunosupresyjne • ogólne osłabienie 	<ul style="list-style-type: none"> • niewyjaśniony spadek masy ciała • ból (ograniczenie ruchomości) w odcinku piersiowym kręgosłupa • utrzymujące się stany podgorączkowe • odchylenia w badaniu neurologicznym

W przypadku drugiego pacjenta z zaostrzeniem utrzymującego się od dłuższego czasu typowego bólu zapalnego konieczne będzie prowadzenie dalszej diagnostyki i terapii reumatologicznej. Różnicowanie przyczyny bólu kręgosłupa (zapalna – niezapalna) stanowi kluczowy element w pierwszym kontakcie z pacjentem z bólem pleców (tab. 2) [5]. Wczesne zdiagnozo-

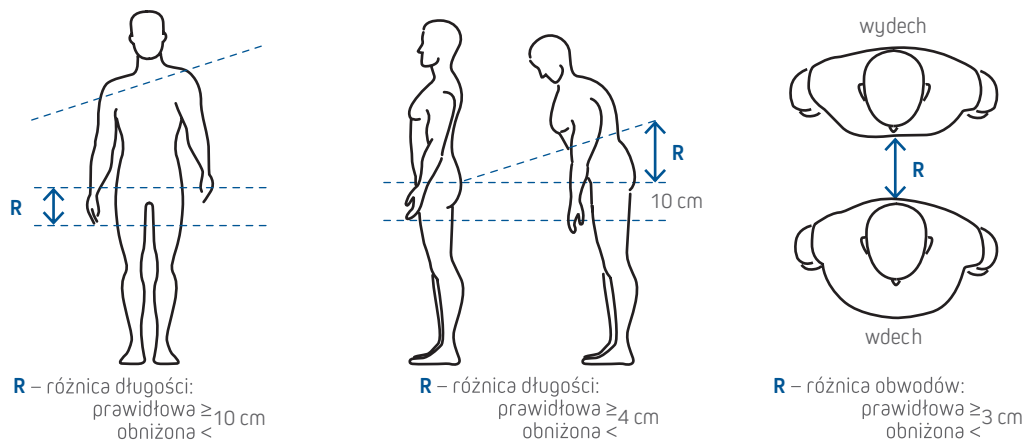
TABELA 2

Różnicowanie zapalnego i niezapalnego bólu pleców.		
Cechy kliniczne*	Ból pleców (najczęściej krzyża)	
	Zapalny	Niezapalny (mechaniczny)
1. Początek objawów	przed 40. r.ż.	zwykle po 40. r.ż.
2. Podstępny początek	(+)	(-)
3. Wpływ ćwiczeń fizycznych	poprawa	zwykle nasilenie
4. Wpływ odpoczynku	nasilenie	poprawa
5. Ból w nocy (poprawa po wstaniu)	(+)	(-)

* Rozpoznanie zapalnego bólu pleców = spełnienie 4 z 5 cech klinicznych.

RYCINA 1

Ocena ruchomości kręgosłupa i klatki piersiowej.



wanie bólu zapalnego umożliwia redukcję opóźnienia w rozpoznaniu choroby z grupy spondyloartropatii (SpA). Takie opóźnienie w codziennej praktyce reumatologicznej szacowane jest nadal na 5–10 lat (!). Należy podkreślić, że jak wykazano chociażby w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), wczesne rozpoczęcie skutecznego leczenia farmakologicznego (w tzw. oknie terapeutycznym) powoduje łagodniejszy przebieg choroby w ciągu całego dalszego życia pacjenta.

Jednym z najistotniejszych elementów w ocenie pacjenta z podejrzeniem SpA jest ocena ruchomości kręgosłupa i klatki piersiowej (ryc. 1). Proste, szybkie i tanie (wykorzystanie centymetra krawieckiego) testy zgięcia kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej, czołowej oraz badanie ruchomości oddechowej klatki piersiowej pozwalają zorientować się co do charakteru samej choroby (SpA), jak również jej zaawansowania i aktywności klinicznej [6]. W praktyce reumatologicznej testy te znalazły swoje miejsce w ocenie skuteczności terapii. Warto też zauważyć, że ocena ruchomości kręgosłupa oraz klatki piersiowej jest zasadniczym elementem kryteriów rozpoznania

TABELA 3

Zmodyfikowane nowojorskie kryteria diagnostyczne ZZSK (1984).

Kryteria kliniczne:

1. Ból w okolicy krzyżowo-łędźwiowej utrzymujący się ponad 3 miesiące, zmniejszający się po ćwiczeniach (charakter zapalny).
2. Ograniczenie ruchomości odcinka lędźwiowego kręgosłupa zarówno w płaszczyźnie strzałkowej, jak i czołowej.
3. Ograniczenie ruchomości klatki piersiowej w porównaniu ze stanem prawidłowym.

Kryteria radiologiczne:

1. Obustronne zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych (*sacroiliitis*) w okresie 2–4.
2. Jednostronne *sacroiliitis* w okresie 3–4.

Rozpoznanie pewne = spełnione przynajmniej 1 kryterium radiologiczne i 1 kryterium kliniczne.

Rozpoznanie prawdopodobne = spełnione 3 kryteria kliniczne lub 1 kryterium radiologiczne.

ZZSK (tab. 3). Obowiązujące od 1984 r. nowojorskie kryteria diagnostyczne pozwalają ustalić prawdopodobnie rozpoznanie po stwierdzeniu uogólnionego ograniczenia ruchomości kręgosłupa, nawet przy braku oceny radiologicznej (jak w przypadku opisywanego pacjenta).

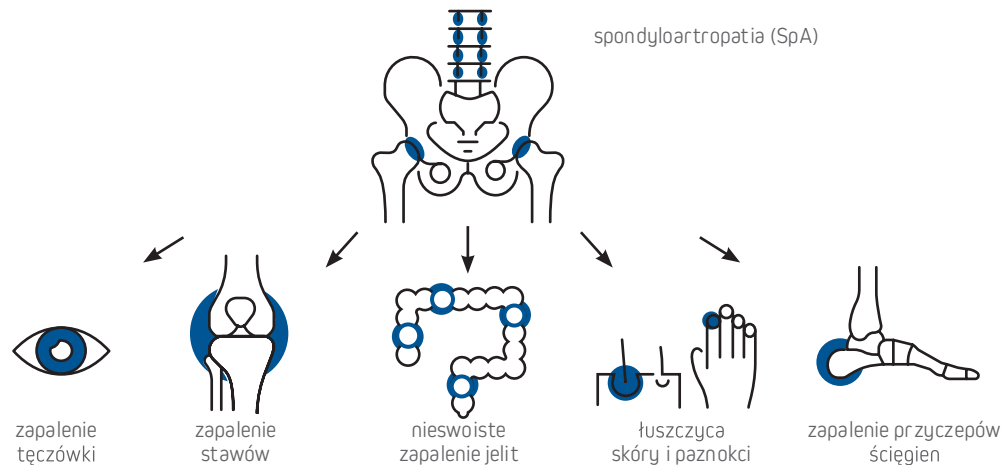
W przypadku pacjenta z ZZSK zwracają również uwagę niezwiązane z układem ruchu kliniczne cechy wspólne dla choroób z grupy SpA – nawracające zapalenie tęczówki oka oraz obecność nieswoistego zapalenia jelit u ojca. Aktywny wywiad w tym zakresie wraz ze współistnieniem zapalnego bólu pleców pozwala na wykrycie choroby jeszcze przed wystąpieniem typowych zmian w klasycznym badaniu radiologicznym (ryc. 2). Prowadzący reumatolog zaleci u takiego pacjenta wy-

konanie rezonansu magnetycznego stawów krzyżowo-biodrowych oraz oznaczenie antygenu HLA-B27, które pozwolą na rozpoznanie najwcześniejszego okresu SpA (tzw. postać nieradiologiczna) [7].

Zaproponowana w obu przypadkach terapia kładzie nacisk na fizjoterapię (gimnastyka, ćwiczenia pod okiem terapeuty) oraz zastosowanie NLPZ. W przypadku zmian zwyrodnieniowo-przeciążeniowych kręgosłupa (ból niezapalny) są one stosowane w niższych dawkach i przez krótszy okres (dni, tygodnie). U pacjentów ze SpA, a szczególnie w przypadku ZZSK, preferowane jest użycie wyższych dawek (np. aceklofenak 200 mg/24 h) i długotrwałych terapii (tygodnie, miesiące) dla pełnego rozwoju przeciwzapalnego potencjału tej grupy leków.

RYCINA 2

Pozaosiowe (kręgosłup, stawy krzyżowo-biodrowe) objawy SpA.

**Adres do korespondencji**

dr n. med. Robert Rupiński
Centrum Reumatologii i Osteoporozy – Rheuma Medicus
02-118 Warszawa, ul. Pruszkowska 6
e-mail: rupinski@mp.pl

Piśmiennictwo

1. Chou R, Qaseem A, Snow V et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007; 147(7): 478-91.
2. Sokalska-Jurkiewicz M, Morgiel E. Badanie fizykalne układu ruchu. *Przegląd Reumatologiczny.* 2007; 1(12): 6-7.
3. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum.* 1984; 27(4): 361-8.
4. Verhagen A, Downie A, Popal N et al. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *Eur Spine J.* 2016; 25(9): 2788-802.
5. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis.* 2009; 68(6): 784-8.
6. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009; 68: ii1-ii44.
7. McCrum C. Appraisal of Clinical Practice Guideline: NICE Guidance on Spondyloarthritis in over 16s: diagnosis and management. *J Physiother.* 2019; 65(4): 242.