

LUMBALNI SINDROM

Lumbalni bol doživi 80% ljudi.
Podjednako je čest kod osoba oba pola.
Ima osobinu da recidivira.

U 85% slučajeva uzrok bola je nepoznat i nakon kompletne dijagnostike.

Po dužini trajanja simptoma se deli na:

- ◆ akutni lumbalni bol (< 6 nedelja)
- ◆ subakutni lumbalni bol (6-12 nedelja)
- ◆ hronični lumbalni bol (> 12 nedelja)

Po težini/toku bolesti na:

- ◆ **nespecifični lumbalni bol (više od 95%)** - bol u krstima
- ◆ **sindrom išijasa (ispod 5%)** - bol se širi najčešće duž jedne noge. Obično je kompresija nervnih korenova izazvana protruzijom diskusa
- ◆ **ozbiljna spinalna patologija (<2%)**

Bolesnik očekuje odgovor na pitanja:

- ◆ Šta prouzrokuje lumbalni bol i da li je to ozbiljna bolest?
- ◆ Kakav je prirodni tok bolesti?
- ◆ Koja terapija može da ublaži simptome bolesti?

A Mirovanje se NE savetuje bolesnicima sa običnim lumbalnim bolom (bez neuroloških poremećaja). **I**

B Mirovanje nije efikasno lečenje za bolesnike sa diskus hernijom i ne treba ga preporučivati. **IIb**

B Savetovati bolesnika sa lumbalnim bolom/išijasom da ostane aktivan. **IIa**

A NSAIL su efikasni u simptomatskom lečenju nespecifičnog akutnog lumbalnog sindroma. **I**

A COX-2 inhibitori nisu efikasniji od tradicionalnih NSAIL. **I**

A Paracetamol je efikasan. Gastrična podnošljivost je bolja. Preporučuje se kao alternativa u slučaju nepodnošljivosti NSAIL. **I**

B Nema podataka o efikasnosti potpunih pojaseva na bol u akutnom lumbalnom sindromu. **III**

A Intenzivne i dugotrajne terapijske vežbe se preporučuju u subakutnom i hroničnom, ali ne i u akutnom lumbalnom sindromu. **I**

B Škola leđa pomaže u smanjenju bolova i poboljšanju pokretljivosti. **II**

Nivo dokaza

A - dokazi iz meta analiza, dobro dizajniranih kontrolisanih studija

B - dokazi iz najmanje jedne dobro dizajnirane studije

C - konsenzus eksperata

Stepen preporuke

I - postoje dokazi da je određena procedura ili terapija upotrebljiva ili korisna

II - stanja gde su mišljenja ili dokazi suprotstavljeni

IIa - procena stavova/dokaza je u korist upotrebljivosti

IIb - primenljivost je manje dokumentovana na osnovu dokaza

III - stanja za koje postoje dokazi da procedura nije primenljiva

Dijagnoza lumbalnog sindroma se postavlja detaljnom anamnezom i pažljivim pregledom bolesnika.

Laboratorijska i radiografska ispitivanja se rutinski ne savetuju ukoliko nema sumnje na neko ozbiljno oboljenje.

C Povišena vrednost SE može biti od koristi u dijagnozi vertebralnih metastaza i ankilozirajućeg spondilitisa. **IIa**

Radiografija LS kičme u dva pravca se radi ako lumbalni bol/radikulopatija traju > **6 nedelja**.

Radiografija LS kičme (koja otkriva degenerativne promene) daje vrlo malo klinički korisnih informacija.

Nema čvrstih dokaza za prisustvo ili odsustvo uzročne veze između radiografskog nalaza i nespecifičnog lumbalnog bola.

Normalan radiografski nalaz ne isključuje prisustvo vertebralnih metastaza.

EMNG ispitivanje je nepotrebno ako je dijagnoza radikulopatije klinički jasna.

CT je indikovana za otkrivanje koštanih, a **NMR** mekotkivnih promena.



SINDROM CAUDAE EQUINAE

Apsolutna indikacija za hitnu operaciju unutar 6 sati je razvoj sindroma *cauda equine*:

- ◆ poremećaj sfinktera: urinarna retencija/inkontinencija ili analna inkontinencija
- ◆ perinealna anestezija
- ◆ parapareza

PARAPAREZA (oslabljena mišićna snaga obe noge), pojačani tetivni refleksi, fascikulacije i pozitivni znak Babinskog zahtevaju **hitnu neurološku i neurohiruršku procenu.**

Relativne indikacije za operaciju

- ◆ indikacije za ranom operacijom su pareza i neizdrživi bol
- ◆ ako jak bol traje duže od 6 nedelja uprkos konzervativnog lečenja razmotriti mogućnost hirurškog lečenja. Rezultati su najbolji ako se intervencija obavi u prva tri meseca od pojave simptoma

Progredijentni neurološki deficit zahteva upućivanje **neurologu**. Upućivanje **fizijatru** po smirivanju akutnog bola.

UPOZORENJE NA OPREZ:

Jedan od 200 bolesnika sa lumbalnim bolom spada u grupu koja zehteva mere opreza, neodložnu dopunsku dijagnostiku (laboratorijsku, radiografsku, druge metode vizualizacije) i hitno **upućivanje lekaru specijalisti** radi pravovremenog lečenja. Ovi bolesnici se mogu izdvojiti detaljno uzetim anamnestičkim podacima i pažljivim fizikalnim pregledom.

- ◆ **Lumbalni bol pre 20-te god.:** potrebna etiološka dijagnostika
- ◆ **Prvi lumbalni bol posle 50-te god.:** isključiti maligne bolesti
- ◆ **Stariji od 70 god.:** isključiti osteoporozu
- ◆ **Anamneza o malignom oboljenju:** isključiti metastaze
- ◆ **Trauma (saobraćajna, pad):** isključiti pršljenske frakture
- ◆ **Duže lečenje kortikosteroidima:** isključiti osteoporotične frakture
- ◆ **Inflamacijski bol (jači u miru):** isključiti spondilitis, sakroiliitis
- ◆ **Povišena temperatura duži period:** isključiti spondilitis
- ◆ **Podatak o intravenskim narkoticima:** isključiti AIDS

Većina bolesnika sa akutnim lumbalnim bolom i išijasom se može lečiti kod lekara primarne zdravstvene zaštite.

- ◆ Traje najčešće nekoliko dana do nekoliko nedelja. U 9 od 10 slučajeva tegobe prestaju za 6 nedelja.
- ◆ Bolesnika treba informisati o benignoj prirodi bolesti i njenoj dobroj prognozi.

TERAPIJA

- ◆ **izbegavanje mirovanja**, nastavak što pre normalnih dnevnih aktivnosti
- ◆ **aplikacija leda** na bolno mesto
- ◆ **medikamentno lečenje:**

1. NSAIL

Različiti NSAIL su ekvivalentni.

Dužina lečenja NSAIL je od nekoliko dana najčešće do 4 nedelje. Lekovi su efikasniji ako se uzimaju redovno u propisanom režimu. Savetuje se oralna terapija.

Napr.: Ibuprofen 400-600mg na 8 sati.

Oprez kod ulcusa i starijih od 65 god. ili

- 2. **Paracetamol** 1000mg na 6 sati
Oprez kod oštećenja jetre.

- 3. **Kortikosteroidi** se ne preporučuju za lečenje akutnog lumbalnog bola.

- ◆ **terapijske vežbe** - smanjuju bol i poboljšavaju funkcionalni kapacitet u subakutnom i hroničnom lumbalnom bolu