Farmakoterapie u vertebrogenních onemocnění

MUDr. Marek Hakl, Ph.D.

Oddělení léčby bolesti FN Brno

V rozvinutých zemích můžeme sledovat navyšující se procento pacientů trpících bolestmi pohybového aparátu. Největší měrou se na tomto stavu podílí sedavý styl života a nedostatek vhodných pohybových aktivit. Je třeba si uvědomit, že farmakoterapie bolestí zad je léčbou symptomatickou a první léčebný krok by člověk měl udělat u sebe, zamyslet se nad svým životním stylem a nepodceňovat správnou a zejména pravidelnou pohybovou aktivitu.

Klíčová slova: bolesti zad, neopioidní analgetika, opioidy, myorelaxancia.

Pharmacotherapy in low back pain

Increasing number of patients with low back pain can be seen in developed countries. The greatest impact on this state has a sedentary lifestyle with no or irregular physical activity. It should be noted that the pharmacotherapy of low back pain treatment is a symptomatic therapy and the first treatment step should be done by man himself by reflecting on own lifestyle and not to underestimating right and especially regular physical activity.

Key words: low back pain, non-opioid analgesics, opioids, muscle relaxants.

Vertebrogenní onemocnění je nejčastější příčinou bolestí zad. Roční prevalence výskytu bolestí zad se udává mezi 15–45 %, celoživotní prevalence je 60–90 %. Chronické bolesti bederní páteře se vyskytují u 3–7 % dospělé populace a jsou příčinou 1/3 všech pracovních neschopností. Nejčastěji bývá postižena bederní oblast páteře, dále krční a hrudní v přibližném poměru 4:2:1 (1). Vzrůstající četnost výskytu tohoto onemocnění z nich tvoří významný socioekonomický problém.

Bolesti zad z etiologického hlediska můžeme rozdělit na vertebrogenní onemocnění na podkladě funkčních a nespecifických degenerativních změn páteře (spondylóza, diskopatie, spondylartróza) a onemocnění, při kterých je páteř postižena organickým onemocněním specifické nedegenerativní povahy (zánětlivého, metabolického, nádorového nebo traumatického charakteru).

Podle délky trvání rozdělujeme bolesti páteře na akutní (dny až týdny) a chronické (měsíce až roky). Podle diagnostických kritérií rozlišujeme:

- nespecifické bolesti zad, které jsou obvykle bez jasného organického původu,
- bolesti zad způsobené organickým postižením páteře, jako jsou např. úrazy, nádory, nebo lokální infekce,
- kořenové bolesti způsobené přímým drážděním nervového kořene.

Podle klinické manifestace rozdělujeme vertebrogenní poruchy na:

- segmentové syndromy (funkční vertebrogenní poruchy), kdy dochází k rozvoji reflexních změn na okolních měkkých tkáních s rozvojem bolestivých svalových spasmů,
- pseudoradikulární syndromy. Dochází k vyzařování bolesti do končetin, lokalizace bolesti však neodpovídá dermatomům jednotlivých nervových kořenů,
- kompresivní vertebrogenní syndromy, kam se řadí radikulopatie (bolest vyzařuje do končetin v distribuci příslušných nervů), myelopatie, syndrom caudae equinae a neurogení kaudikace při spinální stenóze.

Léčba bolestí zad se liší podle jejich příčiny a délky.

Akutní bolestivé stavy jsou krátkodobé povahy. Prvotním léčebným opatřením je krátkodobý klidový režim, který by po odeznění akutních příznaků měl být vystřídán vhodnou pohybovou aktivitou. Ve farmakoterapii akutních bolestí vystačíme obvykle s neopioidními analgetiky – paracetamolem v dostatečných dávkách (10–15 mg/kg do 100 kg t. hm. 4x denně) nebo nesteroidními antiflogistiky (NSA), případně kombinací obojího.

Princip účinku nesteroidních antiflogistik spočívá převážně v blokádě cyklooxygenázy (COX), která katalyzuje přeměnu kyseliny arachidonové na prostaglandinů. Existují dva isoenzymy COX-1 a COX-2. Forma COX-1 je syntetizována v řadě orgánů (játra, ledviny, žaludeční sliznice, krevní destičky) a podílí se na jejich fyziologické funkci; navzdory dřívějšímu přesvědčení však bylo zjištěno, že exprese genu pro COX-1 se však rovněž zvyšuje u některých bolestivých stavů – např. u bolesti neuropatické,

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Marek Hakl, Ph.D., marek.hakl@fnbrno.cz

Oddělení léčby bolesti FN Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno

Cit. zkr: Med. praxi 2016; 13(2): 61–62

Článek přijat redakcí: 15. 3. 2016

Článek přijat k publikaci: 29. 3. 2016

pooperační apod. Hladina COX-2 výrazně stoupá při traumatu a zánětu a je spoluzodpovědná za zánětlivé a bolestivé projevy onemocnění. K dispozici máme v současné době řadu NSA, dělících se podle selektivity blokády obou COX. Optimální NSA pro tlumení akutních bolestí zad má razantní nástup efektu, dobrou účinnost a zvýšenou vazbu na COX-2. NSA mají v léčbě akutních bolestí zad NNT (Number Needed to Treat) 2–3, tedy musí být léčeni 2–3 pacienti, aby alespoň u jednoho z nich bylo dosaženo minimálně 50% úlevy od bolesti.

Mezi nejužívanější NSA patří nimesulid (vhodný pro velmi rychlý a silný nástup účinku, jeho délka užívání však omezena na max 15 dnů), aceclofenac (šetrný vůči GIT), z volně prodejných ibuprofen (dostupný i ve formách s velmi rychlým nástupem účinku, přijatelná gastrotoxicita), diclofenac a naproxen (nejvhodnější ve vztahu ke kardiovaskulárnímu riziku, méně však šetrný vůči GIT).

Spiše výjimečně je u akutních bolestí zad indikována slabá opioidní medikace, nejčastěji tramadol, výhodné se v tomto jeví přípravky s obsahem fixní kombinace tramadol/paracetamol.

Podávání myorelaxancií je diskutabilní, pro jejich použití neexistuje jednoznačný konsensus. Většina studií prokazuje při krátkodobém

používání zlepšení bolestí (2, 3). Při jejich podání je však třeba brát v potaz skutečnost, že zejména při dlouhodobější aplikaci může být ovlivněn i tonus normotonických svalů, a může tak paradoxně dojít k narušení rovnováhy celého svalového korzetu a v konečném důsledku i ke zhoršení klinického stavu nemocného. Myorelaxancia by tedy měla být vždy podávána maximálně uvážlivě a vždy s ohledem na poměr přínosu a potenciálního rizika. Pokud se pro ně rozhodneme, délka jejich užívání by neměla přesáhnout 5–7 dnů.

Zajímavou otázkou je klid na lůžku doprovázející farmakoterapii. Studie ukazují, že absolutní klid na lůžku nevede ke zkrácení doby léčby, naopak vede k zvýšení pracovních absencí. Pokud je to tedy možné, pacient by neměl eliminovat veškerou pohybovou aktivitu.

Farmakoterapie může být doplněna reflexními obstrukcemi lokálním anestetikem, případně kortikosteroidem, infuzní terapií, akupunkturou nebo manipulací.

Závažnějšími potížemi jsou chronické bolesti zad, kde je multidisciplinární přístup k jejich léčbě nutností. Farmakoterapii je vhodné kombinovat s rehabilitací, psychoterapií případně invazivní léčbou.

Ve farmakoterapii vycházíme z převažujícího charakteru bolesti. V případě nociceptivní bolesti (převážně lokalizované do oblasti zad) postupujeme dle trojstupňového žebříčku léčby bolesti WHO. U mírných bolestí (VAS 0–4) doporučuje začínat s analgetiky 1. stupně (neopioidní analgetika). Při nedostatečném efektu (středně silná bolest VAS 4–7) se přidávají slabá opioidní analgetika. Pokud i jejich efekt je nedostatečný nebo je bolest příliš intenzivní (silná bolest VAS 7–10), je indikována silná opioidní medikace. V případě převládající neuropatické složky bolesti, patří mezi léky první volby antikonvulziva (gabapentin 900 – 3600 mg, pregabalin 300 – 600 mg denně). Tuto léčbu je vhodné doplňovat o antidepresivní medikaci, psychoterapii a zejména fyzioterapii.

V případě kořenového dráždění je možné farmakoterapii doplnit aplikací kortikosteroidů, ať již přímo k postiženému kořenu (PRT) nebo do epidurálního prostoru. Dle strukturálního nálezu je zvažována i případná operační léčba.

Základním předpokladem úspěšné léčby bolesti je prevence, založená na změně životního stylu, pohybových stereotypů a především v pravidelném cvičení.

LITERATURA

1. Adamová B. Bolesti páteře. In: Hakl M. a kol, Léčba bolesti. Praha: Mladá fronta, 2013: 170–182.
2. Chou R, Peterson K, Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and muscu-

- loskeletal conditions: a systematic review. J Pain Symptom. Manage. 2004; 28: 140–175.
3. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for nonspecific low back pain: a systema-

- tic review within the framework of the cochrane collaboration. Spine 2003; 28: 1978–1992.
4. Slíva J. Myorelaxancia ve světle Evidence Based Mediciny. Practicus 2008; 5: 27–29.