



Opłaczalne metody leczenia bólu pleców

1. Ból dolnej części pleców stanowi znaczące obciążenie socjoekonomiczne na całym świecie

Stosunek pacjentów do podejmowania aktywności fizycznej w czasie trwania dolegliwości bólowych jest bardzo zróżnicowany. Najczęściej obserwowane zachowania to: 1) unikanie lub ucieczka od aktywności, nawet przy bólu o niewielkim nasileniu, 2) kontynuowanie aktywności i znoszenie bólu o niewielkim lub umiarkowanym nasileniu, 3) podtrzymywanie aktywności do momentu, w którym ból ulega znacznemu nasileniu (np. silne napady bólu) oraz 4) podtrzymywanie aktywności do momentu, w którym silny napad bólu zmusza pacjenta do jej przerwania lub całkowitego zaprzestania – to zachowanie określa się również mianem nadmiernej aktywności [7, 18, 26]. Powyższe zachowania nie muszą się wzajemnie wykluczać; niektórzy pacjenci mogą unikać niektórych rodzajów aktywności lub ruchów, podczas gdy będą kontynuować wykonywanie innych czynności aż do wystąpienia silnego napadu bólu [3, 4, 27].

2. W krajach o niskich i średnich dochodach obserwuje się wzrost wskaźników chorobowości dla bólu dolnej części pleców. Istnieje pilna potrzeba stworzenia skutecznych i niedrogich strategii, które będą jednocześnie dostosowane kulturowo

Uważa się, że chorobowość bólu dolnej części pleców w krajach o wysokich dochodach jest wyższa w porównaniu z krajami o niskich i średnich dochodach [6]. Niestety, chorobowość tego schorzenia stale rośnie, a najnowsze doniesienia naukowe wskazują, że punktowa chorobowość bólu dolnej części pleców w Afryce jest porównywalna (39%) z szacowanymi wartościami w krajach o wysokich dochodach [17]. Wpływ lat przeżytych z niepełnosprawnością (*years lived with disability*, YLD) na niepewne sytuacje ekonomiczne w krajach o niskim i średnim dochodzie podkreśla pilną potrzebę znalezienia skutecznych, niedrogich i kulturowo dostosowanych strategii rozwiązania tego problemu oraz zwalczania głównej przyczyny niepełnosprawności.

3. Najczęstszą postacią bólu dolnej części pleców jest ból niespecyficzny

Obciążenie spowodowane bólem dolnej części pleców zostało dobrze udokumentowane [9, 12, 24], ale w większości przypadków nie udaje się zidentyfikować patoanatomicznej przyczyny dolegliwości, i wówczas określa się je mianem nieswoistego bólu dolnej części pleców (*non-specific low back pain*, NSLBP) [16]. Rodzi to pewne wątpliwości etyczne – dlaczego pacjenci muszą być poddawani różnym badaniom diagnostycznym, które pociągają za sobą nieodzwonne konsekwencje finansowe, skoro znalezienie strukturalnej przyczyny bólu jest mało prawdopodobne? W ocenie bólu dolnej części pleców przydatne może okazać się wykorzystanie podejścia biopsychospołecznego, które zakłada identyfikację lub wykluczenie „czerwonych flag” (dane z wywiadu lub badania klinicznego przemawiające za poważną chorobą jako przyczyną bólu) [10] oraz wskazanie „żółtych flag” (przyczyn psychologicznych) [19]. Takie postępowanie pomoże



zapobiec konieczności przeprowadzania dodatkowych badań, których wyniki mogłyby okazać się bez znaczenia dla dalszej diagnostyki i leczenia.

4. Strategie leczenia przewlekłego bólu pleców, które wykazały skuteczność w krajach o wysokich dochodach, mogą okazać się niemożliwe do zastosowania w krajach o niskich i średnich dochodach

Międzynarodowe wytyczne, dotyczące postępowania w bólach pleców, są w dużej mierze tożsame, a większość z nich opiera się na danych zgromadzonych w krajach o wysokich dochodach [13]. W zależności od postawionego rozpoznania, wyróżnia się: farmakologiczne, niefarmakologiczne, interwencyjne i chirurgiczne metody postępowania. Obecne oparte na dowodach naukowych zalecenia dotyczące postępowania w nieswoistym bólu dolnej części pleców (NSLBP) rekomendują stosowanie terapii niefarmakologicznych jako leczenia pierwszego wyboru. Niestety, przyjęcie tych zaleceń w krajach o niskich dochodach może powodować wiele trudności ze względu na koszty ponoszone indywidualnie przez pacjentów oraz ograniczoną zdolność systemów opieki zdrowotnej do zapewnienia terapii niefarmakologicznych [8].

5. w celu obniżenia kosztów oraz zapobiegania niepotrzebnym badaniom i terapiom, należy zachęcać pacjentów do udziału w programach samo leczenia bólu pleców

zalecenia kliniczne oparte na badaniach naukowych rekomendują wykorzystanie kampanii reklamowych w celu promowania samo leczenia i poprawy czynnościowej w bólu pleców [2, 8, 11, 21]. Kampanie te są skoncentrowane na zwalczaniu nieprawdziwych przekonań na temat bólu pleców i sposobów radzenia sobie z dolegliwościami, a wykorzystują do tego celu proste komunikaty oparte na najlepszych dostępnych dowodach naukowych. Ostatecznym celem kampanii jest zachęcanie do zmiany niekorzystnych zachowań zdrowotnych [20]. Dodatkową zaletą wdrożenia programów samokontroli jest ich potencjał obniżania kosztów w opiece zdrowotnej oraz ograniczania niepotrzebnych badań i terapii, które mogłyby okazać się szkodliwe dla pacjentów.

6. Wczesny powrót do aktywności fizycznej oraz promocja zdrowego stylu życia zmniejszają ryzyko niepełnosprawności i obniżają koszty leczenia bólu dolnej części pleców

Obecne zalecenia postępowania w bólu dolnej części pleców obejmują przekonanie pacjentów do unikania pozostawania w łóżku przez dłuższy czas, zachęcanie do podejmowania aktywności fizycznych oraz do kontynuowania wykonywania codziennych obowiązków, w tym również do powrotu do pracy [1, 8]. Ponieważ nie dysponujemy dowodami na przewagę jednego rodzaju ćwiczeń nad innymi, obecnie nie rekomenduje się pacjentom wykonywania konkretnych ćwiczeń – zamiast tego zaleca się korzystanie ze skoncentrowanych na pacjencie i zindywidualizowanych programów ćwiczeń, które uwzględniają przy tym możliwości fizyczne poszczególnych osób [8].

7. Ćwiczenia przynoszą efekty i stanowią oszczędną formę leczenia przewlekłego bólu dolnej części pleców

Określenie „zachowanie podtrzymujące ból”, które odnosi się jedynie do częstotliwości występowania czy stopnia zaawansowania tego zjawiska, nie wykazuje wcale lub wykazuje bardzo niską liniową korelację z nasileniem bólu oraz daje niejednoznaczne wyniki w odniesieniu do pozytywnego lub negatywnego związku z niepełnosprawnością związaną z bólem [1, 14, 25, 33]. Istnienie ujemnych korelacji o niskiej i umiarkowanej wielkości efektu udowodniono pomiędzy przetrwałością bólu a stresorami psychicznymi takimi jak .: depresja, lęk, katastrofizowanie bólowe lub strach przed ruchem [1, 25, 33, 39]. Przeciwnie, pomiary oceniające nadmierną aktywność, po której następuje przerwanie wysiłku z powodu bólu niemożliwego do zniesienia, wykazały pozytywne korelacje z występowaniem niepełnosprawności czy stresu psychologicznego [7, 10, 31, 46].

8. Regularne przypominanie lekarzom pierwszego kontaktu o odpowiednich wskazaniach do wykonywania badań obrazowych skutecznie zmniejsza koszty leczenia bólu pleców

Większość pacjentów z bólem dolnej części pleców nie wymaga diagnostyki obrazowej, z czego jeszcze mniejszy odsetek chorych wymaga obrazowania specjalistycznego, np. za pomocą MRI [7]. W przetomowym badaniu analizującym pierwszorazowe badania obrazowe dolnego odcinka kręgosłupa aż u 90% bezobjawowych pacjentów rozpoznano zmiany w badaniu obrazowym [3], co zrodziło wątpliwości dotyczące związku między wystąpieniem objawów a obecnością zmian w badaniach obrazowych. Diagnostyka obrazowa w istotny sposób wpływa na koszty leczenia LBP – jest to tym istotniejsze w krajach o niskich i średnich dochodach (*low and middle income countries*, LMICs), gdzie koszty takich badań mogą być dość wygórowane. Dlatego też skuteczna strategia niskobudżetowa powinna obejmować regularne przypominanie lekarzom pierwszego kontaktu, że diagnostyka obrazowa przy jednoczesnym braku poważnej choroby może doprowadzić do wykonania dodatkowych badań i inwazyjnych zabiegów, które mogą być szkodliwe i nie przynoszą dodatkowych korzyści pacjentom [25]. Opłacalność włączania lekarzy pierwszego kontaktu w leczenie bólu dolnej części pleców została również opisana w niedawno opublikowanym przeglądzie [15].

9. Zewnętrzne wstrzyknięcia steroidów nie dają długoterminowej poprawy i mogą nie być opłacalnym sposobem leczenia w przewlekłym bólu dolnej części pleców

W najnowszym badaniu wykazano, że lędźwiowe zewnętrzne wstrzyknięcia steroidów (*lumbar epidural steroid injections*, LESI) nie były opłacalne, ponieważ uzyskana w badaniu Długość Życia Skorygowana o Jakość (*quality adjusted life year*, QALY) była nieznaczna w porównaniu do poniesionych kosztów [4]. Aktualne wytyczne [18, 21, 23] leczenia bólu dolnej części pleców również nie zalecają stosowania zewnętrznych wstrzyknięć steroidów – z wyjątkiem przypadków silnego bólu o pochodzeniu korzeniowym, ponieważ takie postępowanie

zapewnia jedynie krótkotrwałą ulgę (< 4 tygodni) i nie obniża długoterminowego ryzyka operacji [5].

10. Połączenie terapii poznawczo-behawioralnej i fizykoterapii jest optymalnym sposobem leczenia bólu dolnej części pleców

Najnowsze wytyczne Północnoamerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Kręgosłupa (*North American Spine Society, NASS*) wskazują, że istnieją wartościowe dowody przemawiające za stosowaniem terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive behavioural therapy, CBT*) i/lub interwencji psychospołecznych i/lub edukacji neurobiologicznej w celu skutecznego ograniczenia czasu trwania i nasilenia bólu, jak również poprawy sprawności u pacjentów z bólem dolnej części pleców [14]. Optymalność metody CBT została udowodniona w najnowszym przeglądzie metod leczenia bólu dolnej części pleców [22].

PODZIĘKOWANIA

Autor pragnie podziękować Owenowi Williamsonowi oraz Paulowi Cameronowi za ich wsparcie w przeglądzie piśmiennictwa podczas tworzenia tego arkusza informacyjnego.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Buchbinder R, Blyth FM, March LM, Brooks P, Woolf AD, Hoy DG. Placing the global burden of low back pain in context. *Best practice & research Clinical rheumatology* 2013;27(5):575-589.
- [2] Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, Croft P, Hartvigsen J, Cherkin D, Foster NE, Maher CG, Underwood M, Anema JR, Chou R, Cohen SP, Menezes Costa L, Ferreira M, Ferreira PH, Fritz JM, Genevay S, Gross DP, Hancock MJ, Hoy D, Karppinen J, Koes BW, Kongsted A, Louw Q, Peul WC, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Turner JA. Low back pain: a call for action. *The Lancet (British edition)* 2018;391(10137):2384-2388.
- [3] Carragee E, Alamin T, Cheng I, Franklin T, van den Haak E, Hurwitz E. Are first-time episodes of serious LBP associated with new MRI findings? *The spine journal* 2006;6(6):624-635.
- [4] Carreon LYMDM, Bratcher KRRN, Ammous F, Glassman SDMD. Cost-Effectiveness of Lumbar Epidural Steroid Injections. *The spine journal* 2014;14(11):S29-S30.
- [5] Chou R, Hashimoto R, Friedly J, Fu R, Bougatsos C, Dana T, Sullivan SD, Jarvik J. Epidural Corticosteroid Injections for Radiculopathy and Spinal Stenosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of internal medicine* 2015;163(5):373-381.
- [6] Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. *Rheumatology International* 2019;39(4):619-626.
- [7] Flynn T, Smith B, Chou R. Appropriate Use of Diagnostic Imaging in Low Back Pain: A Reminder That Unnecessary Imaging May Do as Much Harm as Good. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy* 2011;41:838-846.
- [8] Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG, Buchbinder R, Hartvigsen J, Underwood M, van Tulder M, Cohen SP, Menezes Costa L, Croft P, Ferreira M, Genevay S, Hancock MJ, Hoy D, Karppinen J, Kongsted A, Louw Q, Öberg B, Peul WC, Pransky G, Schoene M, Sieper J, Smeets RJ, Woolf A. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet (British edition)* 2018;391(10137):2368-2383.
- [9] Gouda HN, Charlson F, Sorsdahl K, Ahmadzada S, Ferrari AJ, Erskine H, Leung J, Santamauro D, Lund C, Aminde LN, Mayosi BM, Kengne AP, Harris M, Achoki T, Wiysonge CS, Stein DJ, Whiteford H. Burden of non-

communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet global health* 2019;7(10):e1375-e1387.

[10] Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M, Buchbinder R, Cherkin D, Foster NE, Maher CG, van Tulder M, Anema JR, Chou R, Cohen SP, Menezes Costa L, Croft P, Ferreira M, Ferreira PH, Fritz JM, Gross DP, Koes BW, Öberg B, Peul WC, Schoene M, Turner JA, Woolf A. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet (British edition)* 2018;391(10137):2356-2367.

[11] Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best practice & research Clinical rheumatology* 2010;24(6):769-781.

[12] James SL, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, Abdelalim A, Abdollahpour I, Abebe Z, Abera SF, Abil OZ, Abu-Raddad LJ, Acharya D, Acharya P, Adamu AA, Adetokunboh OO, Adib MG, Adsuar JC, Afshin A, Agarwal G, Aggarwal R, Agrawal S, Ahmadi M, Ahmadi H, Ahmed MB, Aichour MTE, Al-Mekhlafi HM, Alahdab F, Alam K, Alavian SM, Alene KA, Alkerwi Aa, Alla F, Allebeck P, Altirkawi K, Aminde LN, Ammar W, Amoako YA, Anber NH, Androudi S, Animut MD, Ansha MG, Antonio CAT, Arauz A, Aremu O, Armoon B, Ärnlöv J, Arora A, Awasthi A, Ayala Quintanilla BP, Ayer R, Badali H, Ballew SH, Barac A, Bärnighausen TW, Baune BT, Bedi N, Behzadifar M, Béjot Y, Belay YA, Bell ML, Bello AK, Bhattarai S, Bhutta ZA, Bikbov B, Bililign N, Bisanzio D, Blyth FM, Briant PS, Briko AN, Busse R, Butt ZA, Carrero JJ, Carvalho F, Castañeda-Orjuela CA, Castro F, Catalá-López F, Cercy KM, Chaiah Y, Chang H-Y, Chang J-C, Charlson FJ, Chattopadhyay A, Chin KL, Choi J-YJ, Chowdhury R, Christensen H, Christopher DJ, Ciobanu LG, Cirillo M, Coresh J, Cortesi PA, Cousin E, Criqui MH, Cross M, Dadi AF, Dandona L, Dandona R, Dargan PI, Davitoiu DV, De Courten B. 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. *The Lancet (British edition)* 2018;392(10159):1789-1858.

[13] Koes BW, van Tulder M, Lin C-WC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European spine journal* 2010;19(12):2075-2094.

[14] Kreiner DS, Matz P, Bono CM, Cho CH, Easa JE, Ghiselli G, Ghogawala Z, Reitman CA, Resnick DK, Watters WC, Annaswamy TM, Baisden J, Bartynski WS, Bess S, Brewer RP, Cassidy RC, Cheng DS, Christie SD, Chutkan NB, Cohen BA, Dagenais S, Enix DE, Dougherty P, Golish SR, Gulur P, Hwang SW, Kilincer C, King JA, Lipson AC, Lisi AJ, Meagher RJ, O'Toole JE, Park P, Pekmezci M, Perry DR, Prasad R, Provenzano DA, Radcliff KE, Rahmathulla G, Reinsel TE, Rich RL, Robbins DS, Rosolowski KA, Sembrano JN, Sharma AK, Stout AA, Taleghani CK, Tauzell RA, Trammell T, Vorobeychik Y, Yahiro AM. Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. *The spine journal* 2020;20(7):998-1024.

[15] Lin C, Haas M, Maher CG, Machado LAC, van Tulder MW. Cost-effectiveness of general practice care for low back pain: a systematic review. 2011.

[16] Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *The Lancet (British edition)* 2017;389(10070):736-747.

[17] Morris LD, Daniels KJ, Ganguli B, Louw QA. An update on the prevalence of low back pain in Africa: a systematic review and meta-analyses. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2018;19(1):196.

[18] National Guideline C. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK) Copyright © NICE, 2016., 2016.

[19] Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Physical therapy* 2011;91(5):737-753.

[20] Nkhata LA, Brink Y, Ernstzen D, Louw QA. A systematic review on self-management education campaigns for back pain. *The South African journal of physiotherapy* 2019;75(1):1314-1314.

[21] Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine* 2017;166(7):514-530.

[22] Sapienza MA, Miyamoto GC, Lin C-WC, Kharitonov SA, Horvath I, Cabral CMN, Chung KF, van Dongen JM, van Tulder MW, Barnes PJ. Cost-effectiveness of exercise therapy in the treatment of non-specific neck pain and low back pain: a systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine* 2019;53(3):172-181.

©Prawa autorskie 2021 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. Wszystkie prawa zastrzeżone. IASP zrzecza naukowców, klinicystów, personel medyczny oraz organy ustawodawcze, aby stymulować i wspierać badania nad bólem oraz wdrażać zdobytą wiedzę w celu poprawy skuteczności leczenia bólu na świecie.



- [23] Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, Andersen MØ, Fournier G, Højgaard B, Jensen MB, Jensen LD, Karbo T, Kirkeskov L, Melbye M, Morsel-Carlsen L, Nordsteen J, Palsson TS, Rasti Z, Silbye PF, Steiness MZ, Tarp S, Vaagholt M. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European spine journal* 2018;27(1):60-75.
- [24] Vos T, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abdulkader RS, Abdulle AM, Abera SF, Abu-Raddad LJ, Adetokunboh O, Afshin A, Agarwal SK, Aggarwal R, Agrawal A, Agrawal S, Ahmadieh H, Ahmed MB, Aichour AN, Aichour I, Aiyar S, Akseer N, Al Lami FH, Alahdab F, Al-Aly Z, Alam K, Alam T, Alasfoor D, Ali R, Alizadeh-Navaei R, Alla F, Allebeck P, Allen C, Al-Maskari F, Alsowaidi S, Amare AT, Amini E, Ammar W, Antonio CAT, Artaman A, Assadi R, Atnafu NT, Atre SR, Avila-Burgos L, Bacha U, Banerjee A, Barac A, Barker-Collo SL, Bärnighausen T, Barrero LH, Basu S, Battista B, Battle KE, Baune BT, Bazargan-Hejazi S, Beardsley J, Bedi N, Beghi E, Bell ML, Bensenor IM, Benson J, Berhane A, Berhe DF, Bernabé E, Betsu BD, Beuran M, Beyene AS, Bhala N, Bhansali A, Bhatt S, Bhutta ZA, Biadgilign S, Bikbov B, Bisanzio D, Bizuayehu HM, Boneya DJ, Boufous S, Bourne RRA, Brazinova A, Bumgarner BR, Cahuana-Hurtado L, Cameron E, Car M, Carabin H, Cárdenas R, Carrero JJ, Carvalho F, Casey DC, Caso V, Castle CD, Chang H-Y, Charlson FJ, Chen H, Chisumpa VH, Chittheer AA, Christopher DJ, Ciobanu LG, Cirillo M, Colombara D, Cortesi PA, Criqui MH. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet (British edition)* 2017;390(10100):1211-1259.
- [25] Wáng YXJ, Wu A-M, Ruiz Santiago F, Nogueira-Barbosa MH. Informed appropriate imaging for low back pain management: A narrative review. *J Orthop Translat* 2018;15:21-34.

AUTORZY

Kobina Gyakye deGraft-Johnson, Licencjat w dziedzinie Medycyny, Członek Szkoły Chirurgów w Ghanie (Anestezjologia), Studia podyplomowe w dziedzinie interdyscyplinarnego leczenia bólu, Konsultant ds. anestezjologii i leczenia bólu, Szpital Kliniczny Korle Bu, Accra, Ghana; p.degraft-johnson@kbth.gov.gh

RECENZENCI

Robert Djagblety, Licencjat w dziedzinie medycyny, Członek Południowoafrykańskiej Szkoły Chirurgów
Wykładowca
Zakład Anestezjologii
Szkoła Medyczna Uniwersytetu w Ghanie
Ghana

prof. dr Maurits van Tulder
Dziekan, prof. nadzorujący technologie medyczne
Wydział Nauki o Zachowaniu i Ruchu
Wolny Uniwersytet w Amsterdamie
Holandia

©Prawa autorskie 2021 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. Wszystkie prawa zastrzeżone. IASP zrzesza naukowców, klinicystów, personel medyczny oraz organy ustawodawcze, aby stymulować i wspierać badania nad bólem oraz wdrażać zdobytą wiedzę w celu poprawy skuteczności leczenia bólu na świecie.

