

## Ból pleców – nieunikniony element starzenia? Przedstawienie faktów

- 1. W grupie starszych pacjentów odnotowujemy wyższą chorobowość bólu dolnej części pleców**  
Chorobowość waha się między 21 a 75%. Prowadzi to do znacznego obciążenia niepełnosprawnością funkcjonalną nawet 60% pacjentów z tej grupy wiekowej, co skutkuje obniżeniem jakości życia [1, 2]. Mimo wysokiej chorobowości, ból dolnej części pleców nie jest wcale nieodłącznym elementem procesu starzenia. Jest on jednak związany z większym obciążeniem zmianami patologicznymi w podeszłym wieku, a także konsekwencjami stylu życia, uwarunkowaniami genetycznymi oraz czynnikami fizjologicznymi, co dodatkowo podkreśla konieczność wykorzystywania wieku fenotypowego jako bardziej wiarygodnego markera prognostycznego [3].
- 2. W większości przypadków ból pleców wynika z powszechnie znanych przyczyn**  
Wśród najczęstszych przyczyn bólu dolnej części pleców wyróżniamy: zmiany strukturalne i deformacje spowodowane zwyrodnieniem kości i stawów, zmiany w obrębie krążków międzykręgowych czy trzonów kręgów, sarkopenię i wtórny ucisk struktur nerwowych – bardzo ważne jest jednak wykluczenie obecności czerwonych flag, szczególnie jeśli pojawia się nowy ból, a także gdy nasilenie lub lokalizacja dotychczasowego bólu uległa zmianie [4].
- 3. Czerwone flagi w bólu pleców**  
Należy ocenić obecność czerwonych flag w celu wykluczenia złamań (0,7–4%), zmian złośliwych (0,3–3,8%), infekcji (0,1–0,8%) oraz w mniejszym stopniu również zapalnych chorób autoimmunologicznych, tj. spondyloartropatii lub polimialgii reumatycznej. Złamania osteoporotyczne są często błędnie diagnozowane jako ostry ból dolnej części pleców, a ich wystąpienie nie musi wiązać się z upadkiem lub urazem w wywiadzie [5]. Większość schorzeń związanych z czerwonymi flagami może zostać wykluczona podczas dobrze zebranego wywiadu i dokładnego badania pacjenta. Badania obrazowe powinny być wykonywane w przypadku stwierdzenia obecności czerwonych flag oraz w sytuacjach, gdy wyniki tych badań mogą wpłynąć na dalsze postępowanie terapeutyczne.
- 4. Nie tylko badanie pleców**  
Bardzo ważna jest Kompleksowa Ocena Geriatryczna połączona z wykorzystaniem narzędzi do wielowymiarowej oceny bólu oraz narzędzi niewerbalnych, jak również badanie wpływu bólu na: codzienne funkcjonowanie, sen, nastrój, sposoby radzenia sobie, przekonania i system wsparcia [6, 7, 8]. Wielodyscyplinarny zespół może być pomocny we wszystkich aspektach opieki skoncentrowanej na pacjencie/pacjentce [9].

## 5. Rozważ choroby związane z wiekiem

Problematyka i postępowanie w powszechnych chorobach związanych z wiekiem może również przyczyniać się do bólu pleców – kruchość, polifarmakoterapia, zaburzenia funkcji poznawczych, upadki oraz inne choroby współistniejące to przykłady okoliczności wartych rozważenia [10].

## 6. Weryfikacja przyjmowanych leków

U starszych pacjentów przyjmowanie leków musi być dostosowane do farmakokinetycznych i farmakodynamicznych zmian zachodzących w starzejącym się organizmie, takich jak np. zmniejszona biodostępność, zmiany w funkcjonowaniu nerek i wątroby mogące wpływać na klirens leku, zmiany w dystrybucji leku w organizmie oraz zwiększona wrażliwość na analgezję [11, 12].

## 7. Opioidy – uważaj na działania niepożądane

Istnieją ograniczone dowody przemawiające za skutecznością długotrwałego stosowania opioidów, jednak leki te wiążą się z ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych, tj. nudności, zaparc, zaburzeń poznawczych, zwiększonej częstotliwości upadków. Dokładnie przeanalizuj korzyści leczenia i możliwe zagrożenia wynikające z bólu przed włączeniem opioidów. Ostrożnie rozpoczynaj leczenie, miareczkuj dawkę do ustalenia najmniejszej dawki wywołującej efekt terapeutyczny i przerwij podawanie leku, jeśli nie udało się osiągnąć celu leczenia [13].

## 8. Aktywne metody fizykoterapii są kluczowym elementem leczenia bez względu na wiek pacjentów

Fizykoterapia dostosowana indywidualnie do potrzeb pacjenta w celu zwiększenia codziennej aktywności, ćwiczenia wzmacniające siłę mięśniową i pozwalające zachować zakres ruchomości i tolerancję na wysiłek, spacer, hydroterapia, joga i Tai-Chi stanowią przykłady form aktywności pomocnych w leczeniu bólu przewlekłego. Ponadto metody fizykoterapii mają korzystny wpływ na ogólny stan zdrowia, samopoczucie oraz inne choroby współistniejące, jak np. cukrzyca, choroby sercowo-oddechowe, osteoporoza. Ćwiczenia powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów oraz ich stanu zdrowia [14, 15].

## 9. Czynniki psychospołeczne

Warto również rozważyć psychospołeczne aspekty procesu starzenia, jako że mogą one działać dwukierunkowo – zarówno przyczyniać się do powstania bólu, jak i stanowić jego konsekwencję. Wśród tych czynników wyróżniamy zaburzenia nastroju – depresję, lęk, utratę bliskich osób, izolację społeczną (która znacząco wzrosła wskutek pandemii COVID-19) oraz utratę samodzielności, ograniczony dostęp do zasobów i opieki. Podejście oparte na Kompleksowej Ocenie Geriatrycznej koncentruje się na zapewnieniu społecznego i rekreacyjnego zaangażowania pacjentów, utrzymaniu samodzielności funkcjonalnej i tym samym unikaniu niepotrzebnej

instytucjonalizacji. Zarówno nieleczony ból, jak i niepożądane skutki leczenia mogą niekorzystnie wpływać na wszystkie z wyżej wymienionych aktywności [8, 16, 17].

#### 10. Ani wiek, ani zdolności poznawcze nie stanowią nieprzekraczalnych barier w dostępie do terapii psychologicznej

Terapie poznawczo-behawioralne skoncentrowane na oczekiwaniach pacjenta/pacjentki, trening stopniowania aktywności, relaksacja, poprawa higieny snu czy walka z negatywnymi przekonaniami i zachowaniami mogą przynieść znaczne korzyści funkcjonalne, jak również poprawić umiejętności radzenia sobie i jakość życia pacjentów [17]. Udział współmałżonka w terapii i wypracowanie strategii behawioralnych może być pomocne w przypadku znacznego uszkodzenia funkcji poznawczych.

#### PIŚMIENNICTWO

[1] de Souza IMB, Sakaguchi TF, Yuan SLK, et al. Prevalence of low back pain in the elderly population: a systematic review. *Clinics (Sao Paulo)*. 2019;74:e789. Published 2019 Oct 28. doi:10.6061/clinics/2019/e789

[2] Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA*. 2014;312(8):825-836. doi:10.1001/jama.2014.9405

[3] Liu Z, Kuo PL, Horvath S, Crimmins E, Ferrucci L, Levine M. A new aging measure captures morbidity and mortality risk across diverse subpopulations from NHANES IV: A cohort study [published correction appears in *PLoS Med*. 2019 Feb 25;16(2):e1002760]. *PLoS Med*. 2018;15(12):e1002718. Published 2018 Dec 31. doi:10.1371/journal.pmed.1002718

[4] Wong AY, Karppinen J, Samartzis D. Low back pain in older adults: risk factors, management options and future directions. *Scoliosis Spinal Disord*. 2017;12:14. Published 2017 Apr 18. doi:10.1186/s13013-017-0121-3

[5] Pain 2018: Refresher Courses, 17th World Congress on Pain. [Ebooks.iasp-pain.org. https://ebooks.iasp-pain.org/pain\\_2018\\_refresher\\_courses](https://ebooks.iasp-pain.org/pain_2018_refresher_courses). Published 2020. Accessed November 15, 2020. p 85-96

[6] Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342(8878):1032-1036. doi:10.1016/0140-6736(93)92884-v

[7] Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2002;5(1):19-24. doi:10.1097/00075197-200201000-00004

[8] Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD006211. Published 2017 Sep 12. doi:10.1002/14651858.CD006211.pub3

©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.



[9] Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain.* 2007;23(1 Suppl):S1-S43. doi:10.1097/AJP.0b013e31802be869

[10] Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Alcock M, Halliwell R, Mott JF; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2020), *Acute Pain Management: Scientific Evidence* (5th edition), ANZCA & FPM, Melbourne. P 753-767

[11] AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(6 Suppl):S205-S224. doi:10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x

[12] Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ.* 2015;350:h532. Published 2015 Feb 13. doi:10.1136/bmj.h532

[13] Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med.* 2015;162(4):276-286. doi:10.7326/M14-2559

[14] Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4(4):CD011279. Published 2017 Apr 24. doi:10.1002/14651858.CD011279.pub3

[15] Vadalà G, Russo F, De Salvatore S, et al. Physical Activity for the Treatment of Chronic Low Back Pain in Elderly Patients: A Systematic Review. *J Clin Med.* 2020;9(4):1023. Published 2020 Apr 5. doi:10.3390/jcm9041023

[16] Fancourt, D., & Steptoe, A. (2018). Physical and Psychosocial Factors in the Prevention of Chronic Pain in Older Age. *The journal of pain*, 19(12), 1385–1391. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.06.001>

[17] Pain 2018: Refresher Courses, 17th World Congress on Pain. [Ebooks.iasp-pain.org](https://ebooks.iasp-pain.org). [https://ebooks.iasp-pain.org/pain\\_2018\\_refresher\\_courses](https://ebooks.iasp-pain.org/pain_2018_refresher_courses). Published 2020. Accessed November 15, 2020. p 53-65

## AUTORZY

Dr. Raj Anand, licencjat medycyny i chirurgii, specjalista w dziedzinie anestezjologii i leczenia bólu, Członek Królewskiego Australijskiego Kolegium Lekarskiego.

Konsultant w dziedzinie Leczenia Bólu i Reumatologii

Królewski Szpital Rehabilitacyjny, Szpital św. Wincentego i Prywatny Szpital Księcia Walii, Sydney, Australia

[dr.r.v.anand@gmail.com](mailto:dr.r.v.anand@gmail.com)

Prof. nadzw. Benny Katz, specjalista w dziedzinie anestezjologii i leczenia bólu, Członek Królewskiego Australijskiego Kolegium Lekarskiego.

Katedra Geriatrii, Szpital św. Wincentego w Melbourne.

©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.



Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

## RECENZENCI

Dr. David Lussier

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Zakład Geriatrii

Uniwersytet McGilla

Montreal, QC, Kanada

dr n. med. Cary Reid

Szkoła Medyczna Weill Cornell, Geriatria & Medycyna Paliatywna

Uniwersytet Cornella; Nowy Jork - Szpital Prezbiteriański

Nowy Jork, NY, Stany Zjednoczone

©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.



International Association for the Study of Pain

**IASP**

*Working together for pain relief*