

presivní fraktury jsou závažným problémem nejen u postmenopauzálních žen, ale i v rámci sekundární osteoporózy. Jejich přítomnost zvyšuje výrazně morbiditu a mortalitu. Trauma je dalším faktorem vzniku poškození nervových struktur či poškození osového skeletu, tíže následků se odvíjí od mechanismu vzniku poranění páteře. Degenerativní onemocnění vedoucí k osteoproduktivním změnám na obratlových tělech či diskopatie může vést k útlaku neurologických struktur a být zdrojem chronické BZ a je rizikovým faktorem pro vznik závažných neurologických deficitů. Infekční původ bolesti zad může být potenciálně život ohrožující stavem. Septická spondylodiscitida je infekce postihující meziobratlový disk a může vést k osteomyelitidě sousedních obratlových těl. Nejčastější lokalizace bývá v oblasti bederní páteře. Terapeuticky lze stav řešit konzervativně dlouhodobou antibiotickou terapií, v případě selhání konzervativního postupu, rozvoje neurologického deficitu je indikována neurochirurgická intervence. Difuzní idiopatická skeletální hyperostóza je systémové zánětlivé onemocnění postihující pohybový aparát. Dochází k osifikaci a kalcifikaci entezí a ligament, často bývá spojena s přítomností metabolického syndromu (12). Primární tumory a metastatické postižení páteře jsou dalším závažným původcem BZ. Diferenciální diagnostika a terapie BZ s organickým původem vyžaduje často multidisciplinární přístup k rychlému objasnění zdroje obtíží a následné terapii, která má zabránit rozvoji nebo alespoň vést k zmírnění neurologických obtíží, které mohou být i nevratné, pokud není včas odstraněna příčina útlaku nervových struktur. U některých pacientů nález na zobrazovacích metodách, ať už rentgenu (RTG), magnetické rezonanci (MR) nebo dalších, neodpovídají tíži subjektivních obtíží pacienta, v těchto případech je důležité posoudit i další možnosti, mezi které patří psychosomatizace (stres, osobnostní ladění, komorbidita, rentiérské tendence). Systém červených praporků představuje soubor příznaků vztažených k věku, charakteru bolesti a dalším příznakům, které mají za úkol identifikovat nemocné se závažnou příčinou BZ (Tab. 5). Systém žlutých praporků byl vytvořen k identifikaci psychosociálních vlivů (4, 7, 10, 11, 13) (Tab. 6).

2. Přenesená BZ

Přenesené BZ z jiných orgánových systémů – tyto BZ nemají původ ve strukturách osového skeletu a jsou nezávislé na pohybové aktivitě či postavení páteře. Bolest je přenesená z místa svého vzniku s projekcí do páteře. Fyzikální vyšetření páteře, poklep, pohmat a specifické manévry většinou bolest nevyvolají nebo ji nezhoršují. Chybí bolestivé svalové spazmy para a intervertebrálních svalů. V oblasti krční páteře může být zdrojem BZ tonzilitida, postižení štítnice či horní části trávicího traktu včetně struktur dutiny ústní, bolesti hlavy různé etiologie. BZ s propagací do hrudní páteře může signalizovat závažné život ohrožující stavy, například infarkt myokardu, disekce aorty, plicní embolie a náhlé příhody bříšní – vředová choroba gastroduodena, hiátová hernie, choroby žlučníku a pankreatu, divertikulóza střev, Meckelův divertikl, ileózní stavy, tumorózní procesy, gynekologická problematika včetně těhotenství a další. BZ v bederní krajině mohou být přenesené v rámci pyelonefritidy, prostatitidy a dalších onemocnění urogenitálního traktu (Tab. 2) (4, 7, 10, 11).

3. Ostatní příčiny BZ

Mezi závažné příčiny BZ patří onkologická onemocnění postihující páteř a přilehlé struktury, může se jednat o primární tumory páteře či vycházející z nervových struktur, nebo o sekundární postižení při metastatickém procesu. Nádorová BZ se typicky zhoršuje zpočátku v noci. Přítomnost příznaků a anamnestických dat, tzv. červených praporků, by měla být podnětem k pečlivému vyšetření pacienta se zdánlivě prostou BZ. Tabulka uvádí 46 varovných příznaků spojených s potenciálně závažnými stavy spojenými s BZ (10, 11) (Tab. 5). BZ spojené s přítomností vysokých hodnot sedimentace erytrocytů, elevace sérových hladin vápníku jsou typické pro přítomnost mnohočetného myelomu. Další příčinou BZ mohou být revmatologická onemocnění nejčastěji ze skupin SpA, této problematice spojené s přítomností zánětlivé bolesti zad bude věnována samostatná podkapitola (14, 15).

Zánětlivá bolest zad v revmatologii

Zánětlivá BZ je jedním z hlavních projevů SpA. SpA je skupina chronických zánětlivých revmatických onemocnění s celou řadou manifestací jak muskuloskeletálních, tak i orgánových. Prevalence SpA v populaci je odhadována mezi 0,5 až 1,5 % (3, 8). Mezi SpA se řadí ankylozující spondyloartritida (AS), psoriatická artritida (PsA), enteropatická artritida a nediferencovaná SpA. Symptomy SpA se mohou vzájemně překrývat mezi jednotlivými subtypy. SpA lze rozdělit dle dominantního postižení pohybového aparátu, a to axiální SpA (axSpA) a periferní SpA, u obou forem mohou být variabilně přítomny i extramuskulární projevy, např. psoriáza, ulcerózní kolitida, Crohnova nemoc, akutní přední uveitida. Zánětlivá BZ je významným klinickým projevem axSpA, jedná se často o první plíživě nastupující projev tohoto onemocnění ještě před rozvojem nevratného postižení páteře. Je nutné odlišit zánětlivou BZ od prosté BZ či mechanické BZ a tím včasného odeslání pacienta se zánětlivou BZ k revmatologickému vyšetření (Tab. 3 a 4). Zánětlivá BZ je chronická BZ, která typicky vzniká u lidí mladších 45 let. Jedná se o plíživě nastupující BZ s postupnou progresí. Na rozdíl od mechanické BZ je zánětlivá BZ zhoršena v klidu a typicky se nemocný probouzí v druhé polovině noci pro BZ a pocity ztuhlosti. Zánětlivá BZ se zlepšuje pohybem a podáním NSA. Jiný typ analgetik nemá tak dobrý efekt na zánětlivou BZ. Bolest je nejčastěji lokalizována do křížokyčelní krajiny a může se propagovat do kyčlí. Dalším projevem BZ je ranní ztuhlost trvající více než 30 minut. Pro diagnostiku zánětlivé BZ lze využít několik kritérií jednak dle ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society) a Berlínských kritérií. Pacienti s BZ by měli být tázáni na příznaky BZ (Tab. 1). Zánětlivá BZ je dominantním projevem axSpA, u kterého zánětlivý proces postihuje struktury axiálního skeletu (klouby, enteze). AS (dříve nazývaná Bechtěrevova choroba) je typickým zástupcem axSpA, nicméně dle aktuálních poznatků není AS jedinou formou axSpA. Klasifikační kritéria ASAS z roku 2009 rozdělují axSpA na radiografickou (s jasnými zánětlivými změnami sakroileitidy a spondylitidy detekovatelnými na prostém rentgenovém snímku) a neradiografickou formu nr-axSpA (není detekovatelná na rentgenovém snímku, změny jsou patrné až na MR v podobě kostního edému, lokalizovaného periartikulárně na STIR sekvenci minimálně ve dvou po sobě následujících řezech jsou