



## DUREREA LOMBARĂ LA ADULT

**Durere lombară** - sindrom clinic caracterizat prin durere localizată în zona cuprinsă între ultimele vertebre dorsale și sacru, asociată sau nu, cu sau fără iradiere în membrele inferioare, limitare a activităților curente și dereglări funcționale.

**Radiculopatie** - disfuncție radiculară cauzată de compresie, fiind asociată de durere, dereglări senzoriale și motorii sau diminuare a reflexelor osteotendinoase segmentare.

Codul bolii (CIM 10): M51; M54

### Clasificarea DL

#### 1. În funcție de durata simptomelor:

- **Acută** - durata simptomelor ≤ 6 săptămâni
- **Subacută** - durata simptomelor 7 – 12 săptămâni
- **Cronică** - durata simptomelor >12 săptămâni

#### 2. După caracterul evoluției bolii:

- **Evoluție recurentă:** Instalarea unui episod nou de dureri lombare după o perioadă asimptomatică timp de 6 luni, dar nu o exacerbare a unei dureri lombare cronice.
- **Evoluție cronică:** puseuri de acutizare ce survin pe fundalul unei evoluții practic continue.

### Profilaxia primară

- Identificarea și reducerea factorilor de risc prin educația primară cu privire la prevenirea și menținerea unui spate sănătos.
- Adaptarea optimă la locul de muncă.

### Profilaxia secundară

#### Consilierea pacienților privind reapariția durerilor lombare cu referire la:

- Postura corectă în timpul mersului, în ortostatism sau în poziție șezândă.
- Practicarea în mod regulat a exercițiilor fizice.
- Purtarea încălțămintei comode, cu toc jos.
- Utilizarea saltelei ortopedice pentru somn.
- Evitarea și igiena ridicării greutăților.
- Monitorizarea greutății corporale.
- Evitarea sedentarismului.
- Responsabilizarea pacientului, auto-îngrijirea durerii lombare acute.

### Factorii de risc

#### Nemodificabili

- Vîrstă mijlocie (riscul scade după 65 de ani).
- Sex – masculin.
- Sarcină.
- Dureri lombare în anamnezic, istoric familial.
- Fracturi compresive ale coloanei vertebrale în anamnezic.
- Intervenție chirurgicală la nivelul coloanei vertebrale.
- Patologii congenitale ale coloanei vertebrale.

#### Modificabili

- Sedentarism.
- Lucru fizic greu, ridicare a obiectelor grele, solicitări bruște ale coloanei; aplecări/răsuciri frecvente, mișcări repetitive/vibrații continue; efort inadapdat.
- Obezitate.
- Imobilizare îndelungată în poziții incomode a corpului.
- Stres, perioade lungi de depresie.
- Utilizare pe termen lung a medicamentelor ce scad densitatea osoasă (corticosteroidii).

### Manifestările clinice

#### Anamnezic „Semne de alarmă”

- Sindrom al cozii de cal.
- Traumatisme importante.
- Pierdere în greutate, fără a ține un regim special de slăbire.
- Neoplazii în antecedente.
- Febră > 38°C, mai mult de 48 de ore.
- Droguri injectate intravenos.
- Tratamente cu steroizi.
- Vîrstă > 50 de ani.
- Durere severă, care nu cedează în timpul nopții.
- Durere care se accentuează în poziție întinsă pe pat.

#### Semne sugestive pentru cancer

- Vîrstă mai mare de 50 ani.
- Istoric de cancer.
- Scădere inexplicabilă în greutate.
- Lipsă a eficacității tratamentului conservator a DL timp de patru – șase săptămâni.

#### Semne sugestive pentru infecție spinală

- Consum de droguri intravenos.
- Imunosupresie.
- Infecție urinară.
- Istoric de tuberculoză în special activă.

#### Localizare a durerii

- Dureri lombare (nu iriază mai jos de genunchi).
- Radiculopatie (DL cu iradiere mai jos de genunchi).

#### Urgență imediată

- Instalare acută a dereglărilor sfincteriene intestinale sau a vezicii urinare (retenție/incontinență).
- Instalare acută inexplicabilă a slăbiciunii în picioare.
- Dureri de spate posttraumatice.
- Amorteală sub formă de „șă”.

#### Urgență relativă - consultație în termen de 24 de ore

- Febră 38°C cu durata mai mult de 48 de ore.
- Durere severă nocturnă sau durere în repaos.
- Durere severă necontrolabilă de spate sau în picior.
- Durere progresivă cu amorteală sau slăbiciune în picior/picioare distal (mai jos de genunchi).
- Deficit neurologic progresiv.

#### Semne/simptome ale sindromului cozii de cal

- Incontinență urinară acută.
- Retenție urinară (dacă nu este retenție urinară, probabilitatea sindromului „cauda equina” este mai mică decît 1 din 10.000).
- Anestezie sub formă de „șă”, sciatică unilaterală sau bilaterală, deficite senzoriale și motorii, prezența a semnelor de elongație (Lasegue).

#### Scala vizual analogă (VAS) (OMS):

Instrucțiuni: se marchează pe linia de mai jos cît de puternică este durerea

fără durere **1** ————— **10** durere extremă

#### Scala ratei numerice (NRS – numerical rating scale).

Instrucțiuni: pe o scală de la 0 la 10 se marchează cît de puternică este durerea

fără durere **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** durere insuportabilă

#### Scala descrierii verbale.

Instrucțiuni: care este cuvîntul care descrie cel mai bine durerea: Fără (0) Ușoară (1-3) Moderată (4-6) Severă (7-9) Insuportabilă (10)

## Manifestările clinice

### Examenul fizic

- **Inspekția generală a pacientului** - postura, expresia, modul cum suportă durerea, prezența formațiunilor tumorale decelabile sugestive pentru patologia neoplazică.
- **Examinarea regiunii spatelui** - modificările de consistență ale coloanei (contractura), spasmul muscular, volumul mișcărilor, ținuta în timpul mersului.
- ⚠ **Notă:** Sensibilitatea dureroasă la palparea șanțului sciatic, cu iradiere spre picior, indică frecvent iritarea sciaticului sau a rădăcinilor nervoase.
- **Examinarea semnelor neurologice** - evidențierea deficitelor senzitive și motori.
- **Testele de elongație** (Lasegue, Wassermann, Mateskevich) - se efectuează bilateral, pot justifica afectarea radiculară/patologia discală.

### Referirea la specialist

- Lipsă a îmbunătățirii în caz de auto-îngrijire timp de două săptămâni.
- Durere severă și incapacitantă lombară și în membrul inferior.
- Limitare semnificativă a activităților funcționale sau de muncă.
- Risc crescut de recuperare întârziată.
- Persistență a deficitului neuromotor după patru până la șase săptămâni de tratament de bază (aceasta nu include modificări senzoriale minore sau modificări de reflexe).

### Criteriile de spitalizare

- Prezență a indicațiilor pentru tratament prin infiltrații cu corticosteroizi.
- Deficit neurologic acut sau progresiv.
- Sindrom algic sever ce nu permite gestionarea activităților cotidiene.
- ✓ Slăbiciune sau amorțeală progresivă într-un picior (ocasional, în ambele picioare).
- Durere radiculară incapacitantă, rezistentă la tratamentul medicamentos.
- ✓ Pierdere a controlului funcțiilor sfincteriene intestinale sau ale vezicii urinare.
- ✓ Amorțeală progresivă în regiunea perineului.

### Tratamentul

- **Principii**
- Consiliere a pacientului privind menținerea activității și depășirea fricii de declanșare a durerii. Repaos la pat nu este recomandat.
- Tratament cu acetaminofen și AINS.
- Opioid se vor utiliza rar, la necesitate.
- Aplicare a agentului termic.

Medicația		Doze	Contraindicații/ Precauții
<b>DL acută sau acutizarea DL cronice</b>			
<b>I linie - Acetaminofen</b>		≤ 1000 mg x 4 ori/zi (max 4000 mg/zi)	Strategiile se reduc la o perioadă de la câteva zile până la o săptămână, rar până la o lună.  Monitorizare judicioasă.
<b>II linie – AINS</b>	<i>Ibuprofen</i> sau	< 800 mg x 3 ori/zi (max 800 mg x 4 ori/zi)	
	<i>Diclofenac</i>	< 50 mg x 3 ori/zi	
+ Miorelaxant în încordare musculară ↑		10-30 mg/zi; beneficiu max. la o săptămână, terapie până la 2 săptămâni.	
+ Opioid de acțiune scurtă sau creșterea dozei de opioid EC cu 20-25%.		Vezi opioid mai jos	
<b>DL cronică</b>			
<b>I linie - Acetaminofen</b>		≤ 1000 mg x 4 ori/zi (max 4000 mg/zi)	Patologia ficatului. Concomitent, de lungă durată, cu AINS crește riscul ulcerului (recomandat max. 3000 mg/zi). Se recomandă de combinat cu gastroprotectori.
<b>II linie – AINS</b>	<i>Ibuprofen</i> sau	< 800 mg x 3 ori/zi (max 800 mg x 4 ori/zi)	Risc ↑ de complicații GI, modificări de coagulare.
	<i>Diclofenac</i>	< 50 mg x 3 ori/zi	
<b>III linie – opioide slabe</b>	<i>Codeină</i> *	30-60 mg fiecare 3-4 ore	10% din pacienți nu răspund la codeină.
	<i>Codeină</i> * cu EC	50-200 mg, fiecare 8-12 ore	
<b>IV linie</b>	<b>Tramadol</b>	Lent, max. 400 mg/zi, forma cu acțiune scurtă în combinație cu <b>Acetaminofen</b> . ⚠ <b>Notă – Monitorizare de doză combinată zilnică de Acetaminofen</b>	Titrare lentă cu trecerea ulterioară la preparate cu EC. Posibilă pierderea analgeziei la + doze înalte de opioizi. Precauție la + ATC sau IRSN.
<b>Durere neuropată în asociere cu durere musculo-scheletală</b>			
<b>I sau a II linie + Antidepresante triciclice</b>	<i>Amitriptilină</i> sau <i>Nortriptilină</i> * efecte adverse mai puține	10 – 100 mg, (pe noapte)	Inițiere cu doze mici cu creșterea treptată ATC au efect pozitiv asupra arhitecturii somnului.
<b>I sau a II linie + Anticonvulsanți</b>	<i>Gabapentină</i> sau	100 mg pe noapte până la doza max. de 1200 mg x 3 ori/zi.	În afectare renală semnificativă – ajustarea dozei <b>Pregabalină</b> – cu titrare lentă.
	<i>Pregabalină</i>	75 – 300 mg x 2 ori/zi, la pacienți vîrstnici/sensibili - începînd cu 25 mg.	
<b>III linie + opioide sau Tramadol</b>		Vezi opioid sau Tramadol mai sus	Vezi <b>opioide</b> sau <b>Tramadol</b>
<b>DL acută sau acutizarea DL cronice</b>			
<b>Amitriptilină</b>		10 – 100 mg, cu 2 ore înainte de somn.	Doză individualizată, tratament al tulburărilor afective concurente.

### Supravegherea

- Supravegherea pacienților cu DL este orientată spre aprecierea evoluției DL și prevenirea cronicizării sindromului algic.
- Monitorizarea evoluției DL în scopul continuării sau întreruperii tratamentului. De obicei sunt suficiente nu mai mult de 4-6 vizite.
- În cazul lipsei îmbunătățirii, a efectua reevaluarea de către neurolog pentru alte cauze ale DL, inclusiv disfuncția articulației S1. Alte cauze a DL non-neurologice sunt evaluate și de alți specialiști - patologia somatică.
- Reevaluarea cazului între 4 și 6 săptămâni.

#### Abrevieri:

**AINS** – antiinflamatoare nesteroidiene  
**ATC** – antidepresive triciclice

**DL** – durere lombară  
**EC** – eliberare continuă

**GI** - gastrointestinal  
**IRSN** – inhibitori ai recaptării serotoninei și noradrenalinei  
**S1** – segment vertebral sacral 1