

Personaalne ravi alaseljavalu korral

10 parimat teadmist

1. Kõigil, kellel on seljavalu, on see erinev.
2. Kõik seljavalud pole ühesugused.
3. Ravi peaks leevendama kannatusi ja olema suunatud funktsionaalsete eesmärkide saavutamisele.
4. Erinevad ravimeetodid töötavad erinevate probleemide korral, erinevatel aegadel erinevatel inimestel.
5. Mõnedel inimestel on kõrvaltoimeid sagedamini kui teistel.
6. Mitte kõikidele ravidele pole ligipääsu ja kõik ravid pole kõigile vastuvõetavad.
7. Ennustamine, mis juhtub antud inimesega, on ebatäpne.
8. Personaalne ja riskiprofiilile vastav ravi on erinevad asjad; riskiprofiilile vastav ravi võib olla kulutõhus, personaalne ravi võib suurendada rahulolu.
9. Ravimeetodid toimivad ainult siis, kui neid kasutatakse; ühine otsuste tegemine võib olla motiveeriv.
10. Teadlike ravivalikute tegemine eeldab personaalset teavet, mis käsitleb kasu ja riski individuaalseid vaatenurki.

Alaseljavalu on kompleksne probleem tingituna mitmetest bioloogilistest, psühholoogilistest ja sotsiaalsetest mehhanismidest. Valuga võib seostada paljusid patoloogiaid, kuigi valu täpseid põhjustajaid võib üksikisikul igal ajahetkel olla raske määratleda ning strukturealne patoloogia võib puududa. Lastel võib tuvastada strukturealset patoloogiat nagu näiteks spondüloolüüsi, kuid sageli see puudub. Spondüloosi komplekssetest radioloogilistest muutustest, sealhulgas lülivahemiku kitsenemine või MRT-s signaali vähenemine T2-kaalutud kujutistel, diski kukkumine või prolaps, lõpp-plaadi skleroos ja Modic-muutused, marginaalsed osteofüütid ja fasettliigeste artroos, võib iga muutus viidata valuga seotud patoloogiale. Kuid neid radioloogilisi muutusi leitakse sageli ka inimestel, kellel pole valu olnud alates hilisest lapsepõlvest ning seetõttu on need muutused ainult nõrgalt seotud valu tugevusega. Radioloogilised leiud muutuvad vähe vaatamata väga muutuval valu tugevusele. Suur osa alaseljavaludest võib tuleneda lihasspasmist või perifeersest sensibilisatsioonist. Valu suurenemine neuronaaletate protsesside tulemusena selja- ja peaaug (nt tsentraalse sensibilisatsiooni korral) võib kaasa aidata valu raskusastme muutumisele või laialdasele valu levikule ning muutused aju funktsionaalses ühenduvuses võivad alaseljavalu korral põhjustada emotsionaalseid, kognitiivseid ja motoorseid probleeme. Mehaanilised stiimulid vallandavad seljavalu liikumise ajal ja valu võib ägeneda akuutse vigastuse järgselt või ka ilma nähtava põhjuseta. Valu võib lokaliseeruda alaselga või kiirguda seljaga mitteseotud piirkonda tingituna näiteks närvijuurte ärritusest või kompressioonist või spinaalsete

süvastruktuuride ebatäpsest somatotoopilisest representatsioonist. Valukogemuse komponendid on meeleolu alanemine, ärevus, valu vältiv käitumine, katastrofiseerimine, kognitiivne häire, uskumused ja muud psühholoogilised tegurid. Sümptomid võivad peegeldada valumehhanisme, mis muutuvad päeva jooksul, nädalast nädalasse või pikema aja jooksul. Igal inimesel võivad esineda omakorda kaasuvad haigused ja teatud riskitegurid.

Tõendus põhised ravijuhendid toetavad ravi, mis on efektiivne patsientide jaoks, kes on grupeeritud vastavalt ühisele diagnoosile. Seljavalude korral on saadaval mitmekesine ravi (meditsiiniline, füsioterapeutiline, psühholoogiline jne). Ehkki liikumist ja aktiivsena püsimist tuleks soodustada kõigi alaseljavaludega inimeste puhul, on kvaliteetsetes randomiseeritud kontrollitud uuringutes vähestel konkreetsetel sekkumistel üheselt mõistetav kasu. Tervishoiutöötajateni jõudvad inimesed kujutavad endast ainult seljavalu epideemia jäämäe veepealset osa, kajastades mõnikord eeldust, et tervishoid ei vasta nende individuaalsetele vajadustele. Riskiprofiilile vastavaid ja personaalseid ravikatsed saab paremini kokku sobitada inimesele asjakohase raviga ja seeläbi lõpptulemust parandada.

Katsed jagada alaseljavaluga patsiendid, kes saaksid tõenäoliselt kasu konkreetsetest sekkumistest, homogeensesse alarühmadesse, on laialdaselt kasutusele võetud. Näiteks võib dekompressiivne kirurgia olla näidustatud juhul, kui MRT-s esineb neuropaatilistele sümptomitele ja leiule vastav patoloogia. StarT seljavalu küsimustikuga on populariseeritud patsientide klassifitseerimist vastavalt riskiprofiilile, tuvastades ägeda alaseljavaluga inimeste kehva prognoosi modifitseeritavad riskifaktorid [1]. Seljavalu episoodi esimesel esmatasandi visiidil olevad patsiendid võib küsimustiku vastuste põhjal jagada vastavalt sellele, kas nad vajavad lihtsat nõustamist, juhendatud füsioteraapiat või intensiivsemat (ja kallimat) kombineeritud sekkumist (füsioteraapia + kognitiiv-käitumuslik sekkumine). See võib aidata vältida kulukaid ja intensiivseid raviseid nende puhul, kes tõenäoliselt paranevad spontaanselt [2]. StarT seljavalu küsimustiku laialdasem kasutamine alaägeda või kroonilise alaseljavaluga inimestel teises ravietapis ootab selgeid tõendeid selle kasulikkuse kohta.

Personaalse lähenemise korral tõdetakse, et isegi riskiprofiilile vastavates alarühmades ei ole kaht ühesugust inimest ning see nõuab patsiendi ja arsti ühiste otsuste tegemist. Ravi valik ei sõltu mitte ainult tõenäolisest kasust, vaid ka kõrvaltoimete riskidest ning patsiendi isiklikust vaatenurgast, väärtushinnangutest ja arusaamadest. Alaseljavalu koos oma paljude ravimeetoditega on ideaalne kandidaat personaalseks raviks. Teabe jagamine, et patsiendid saaksid teha teadlikke otsuseid, võib olla aeganõudev. Kirjalik ja veebipõhine teave (nt. <https://www.eurospinepatientline.org/>, <https://www.versusarthritis.org/about-arthritis/conditions/back-pain/>) ning multidistsiplinaarsed meeskonnad toetavad personaalset ravi ja patsientide kaasatust otsuste tegemisel ning võivad hõlbustada eneseravi. Personaalne ravi ja patsiendi valikud peaksid alati sisaldama põhilisi nõuandeid liikumise ja füüsilise aktiivsuse kohta ning ei tohiks keskenduda vähem tõhusatele ravivõimalustele.

Personaalse ravi osutamiseks on vaja informeeritud arsti, kes aitab patsiendil kasutada uskumusi ümber sõnastada ja valida sobiva ravi. Ravide vahel valimisel on oluline kaaluda efektiivsust (kas see töötab, millal ja kui palju?) ning kõrvaltoimete riski või olemust. Organisatsiooniliste tegurite hulka kuuluvad mugavus ja ravi kättesaadavus. Erinevas vanuses, soost, rahvusest ja haridustasemega inimesed tasakaalustavad raviomadusi erinevalt ja teevad erinevaid valikuid. Ravivastused ja kõrvaltoimed võivad erineda sõltuvalt patsiendi geneetilistest omadustest, kaasuvatest haigustest või samaaegsest ravist.

Näiteks võivad mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (NSAID-id) olla randomiseeritud kontrollitud uuringutes efektiivsed, kuid vähem kui pooled uuringus osalejatest said kliiniliselt olulist kasu võrreldes platseeboga. NSAID-id võivad paremini toimida inimestel, kellel puudub tsentraalne sensibilisatsioon[3]. Seedetrakti kõrvaltoimed võivad sagedamini esineda üle 50-aastastel inimestel, kes ei kasuta prootonpumba inhibiitorit ning kardiovaskulaarne risk on kõige suurem neil, kellel on hüpertensioon, hüperlipideemia või varasemad kardiovaskulaarsed sündmused. Alaseljavaluga inimesed on heterogeensed. Valu leevendamist võib pidada meditsiinilise ravi kõige olulisemaks tunnuseks [4], samas on saavutatavad funktsionaalsed eesmärgid võtmetähtsusega nende jaoks, kelle valu ei saa leevendada.

Kroonilise alaseljavalu individuaalsest ravist saadava kasu ja kahju ennustamine ei ole täppisteadus. Diagnoosil, kliinilisel pildil, pildiagnostilistel või laboratoorsetel uuringutel põhinev mehhaaniline jaotus on intuiitselt mõistlik ja loob ravikonteksti, mis võib motiveerida ravi järgima ja hõlbustab nii spetsiifilisi kui ka platseeboreaktsioone ning parandab patsientide rahulolu. Kui üks ravi ebaõnnestub, võib proovida teist ja kui valumehhanismid või patsiendi väljavaated muutuvad, võivad varem ebaõnnestunud ravimeetodid hiljem edukad olla. Siiski võib see lähenemisviis "proovige ja vaadake" ise tekitada kahju, kui see ohustab püsivat ravi või eneseravi, kui ebaõnnestumised soodustavad lootusetust või kui esineb majanduslik ja eraeluline koormus. Vaja on tõhusamaid prognoosimisvahendeid, mis aitavad inimestel usaldusväärselt valida ravimeetodeid, mis kõige paremini õigeaegselt kasu toovad. Randomiseeritud uuringud peaksid kinnitama, et patsient saab riskiprofiilil põhinevast personaalsest ravist kasu võrreldes muude viisidega ravi määramiseks. Praegu võib uuringute ja selgituste sobitamine olemasolevate tõendus põhiste aidata kroonilise alaseljavaluga inimesi.

VIITED

- [1] Keele University. STarTBack: <https://startback.hfac.keele.ac.uk/> Accessed 4th December 2020
- [2] Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378:1560–71.
- [3] Edwards, RR, Dolman, AJ, Martel, MO et al., Variability in conditioned pain modulation predicts response to NSAID treatment in patients with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17:284.
- [4] Turk, DC, Boeri, M, Abraham, et al. Patient Preferences for Osteoarthritis Pain and Chronic Low Back Pain Treatments in the United States: A Discrete-Choice Experiment. *Osteoarthritis Cart.* 2020;28:1202-13.

AUTOR

David Andrew Walsh

PhD, FRCP

Director Pain Centre Versus Arthritis, Academic Rheumatology, University of Nottingham Clinical Sciences Building, City Hospital, Hucknall Road, Nottingham, NG3 5DU, UK

Director UKRI/Versus Arthritis Advanced Pain Discovery Platform

Honorary Consultant Rheumatologist, Sherwood Forest Hospitals NHS Foundation Trust, Mansfield Road, Sutton in Ashfield, NG17 4JL, UK

David.walsh@nottingham.ac.uk

Huvide deklaratsioon: mitte ühtegi

Huvide deklaratsioon väljaspool seda tööd: Alates 2015. aastast on David Andrew Walsh

©Copyright 2021 International Association for the Study of Pain. All rights reserved. IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.



osutanud konsultatsioone järgnevatele: University of Nottingham to AbbVie Ltd, Pfizer Ltd, Eli Lilly and Company, Galapagos, Reckitt Benckiser Health Limited, Love Productions and GSK Consumer Healthcare (mitte-personaalne finantshuvi). Ta sai kogemata kõnelejatasu järgmiselt ühingult: the Irish Society for Rheumatology (personaalne finantshuvi). Õppematerjalide koostamise eest läbi University of Nottingham (mitte-personaalne finantshuvi): EPG Communication Holding Ltd, WebMD Global (Medscape). Uuri ja uurimisgrandid (mitte-personaalne finantshuvi): Pfizer Ltd, Eli Lilly and Company, Versus Arthritis, UKRI.

ÜLEVAATAJAD

Federico Balagué

Associate Director

Department of rheumatology, physical medicine & rehabilitation

HFR-Hôp. Cantonal, Fribourg, Switzerland

Dr. Stéphane Genevay

Attending Physician and Senior Lecturer

Hôpitaux Universitaires de Genève | HUG · Service de rhumatologie

MD, PD, CC

TÕLKIJA

Teele Kaarma-Tõnne, MD

Outpatient rehabilitation, Sports Medicine and Rehabilitation Clinic

Assistant in Physical and Rehabilitation, Department of Sports Medicine and Rehabilitation

Tartu University Hospital/ University of Tartu

Tartu, Estonia