

**UNIVERSITETI MJEKËSISË TIRANË**  
**FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE**  
**DEPARTAMENTI I LËNDËVE PARAKLINIKE**

**LUMBAGO- KORRELACIONE KLINIKE DHE**  
**IMAZHERIKE**

**Disertacion**  
**Për Marrjen e Gradës Shkencore**

**DOKTOR**

**Disertanti: Leonard MOLLA**  
**Udhëheqës Shkencor: Prof. Asc. Dr. Ilirjana ZEKJA**

**TIRANË 2022**

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË**  
**UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË**  
**FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE**



**UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË**

## **DISERTACION**

*I PARAQITUR NGA*

**Z. Leonard MOLLA**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE**

## **DOKTOR**

**TEMA: “LUMBAGO- KORRELACIONE KLINIKE DHE IMAZHERIKE”**

**MBROHET NË DATË: ...../..... PARA JURISË:**

1. ....KRYETAR
2. ....ANËTAR (OPONENT)
3. ....ANËTAR (OPONENT)
4. ....ANËTAR
5. ....ANËTAR

***Parathënie***

*Dhimbja e mesit (lumbago) është ankesa më e zakonshme muskuloskeletike që prek popullatën adulte, me një prevalencë deri në 84% dhe përfaqëson një problem të madh social dhe ekonomik.*

*Incidenca e saj është gjithnjë e në rritje dhe barra e saj ekonomike përfaqësohet drejtpërdrejt nga kostot e larta të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor dhe indirekt nga ulja e produktivitetit. Këto kosto priten të rriten edhe më shumë në vitet e ardhshme.*

*Për këtë arsye diagnostikimi i saktë dhe trajtimi adekuat janë shumë të rëndësishëm.*

## **Falenderim**

Falenderoj udhëheqësin shkencor Prof. Asc. Dr. Ilirjana ZEKJA për ndihmën në të gjitha etapat e studimit duke më ofruar eksperiencën e saj.

Falenderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon për të përfunduar me sukses këtë projekt shkencor.

**Shkurtesa**

BMI	Body mass index
LBP	Low Back Pain
IVD	Disqet Intervertebrale
MRI	Rezonanca Magnetike
CT	Computed Tomography
SIJ	Artikulacioni Sakroiliak
DD	Degjenerim i Diskut
CI	Confidence Interval
OR	Odds Ratio

## **Përmbajtja**

<i>PARATHËNIE</i> .....	III
SHKURTESA .....	V
ABSTRAKT .....	IX
I HYRJE.....	X
1.1 Përkufizimet e dhimbjes së shpinës .....	xi
1.2 Historia e dhimbjes lumbare .....	xi
1.3 Tendencat laike në dhimbjen e shpinës .....	xii
2.0 Epidemiologjia e lumbagos.....	xiii
2.1 Prevalenca e dhimbjes së shpinës.....	xiv
3.0 Anatomia e zonës lumbare.....	xv
4.0 Fizpatologjia e dhimbjes së shpinës .....	xviii
5.0 Faktorët e rrezikut për dhimbjen e shpinës .....	xviii
6.0 Lloji i dhimbjes spinale sipas gjeneratorit të dhimbjes .....	xix
6.1 Dhimbja radikulare .....	xx
6.2 Sindroma e Fascetave artikulare.....	xxi
6.3 Dhimbjet e artikulacioneve sakroiliake .....	xxi
6.4 Stenoza e kanalit lumbar .....	xxii
6.5 Dhimbja diskogjenike .....	xxiii
7.0 Pasojat e dhimbjes lumbare.....	xxv
8.0 Diagnostikimi i lumbagos .....	xxvii
8.1 Radiografia .....	xxviii
8.2 Si diagnostikohet ?.....	xxviii
8.3 Imazhet Radiologjike .....	xxxi
8.4 Radiografia e thjeshtë .....	xxxi
8.5 Tomografia e kompjuterizuar (CT) .....	xxxi
8.6 Rezonanca Magnetike (MRI) .....	xxxii
II METODOLOGJIA .....	35
2.1 Qëllimi .....	35
2.2 Objektivat.....	35

2.3 Materiali dhe metoda .....	36
2.4 Metodologjia e analizës statistikore .....	37
III REZULTATE.....	38
IV DISKUTIM .....	52
V PERFUNDIME .....	64
VI REKOMANDIME .....	66
VII BIBLIOGRAFIA .....	67

### Lista e tabelave

Tabela 3. 1 Karakteristikat sociodemografike të pacientëve .....	38
Tabela 3. 2 Karakteristikat klinike të pacientëve .....	42
Tabela 3. 3 Faktorët e riskut për dhimbje-lumbago .....	45
Tabela 3. 4 Stili i jetesës dhe sëmundjet shoqëruese.....	47
Tabela 3. 5 Simptomat dhe frekuenca e dhimbjes .....	49
Tabela 3. 6 Lloji dhe frekuenca e gjetjeve imazherike.....	50
Tabela 3. 7 Lokalizimi i degjenerimit të diskut .....	51
Tabela 3. 8 Lokalizimi i degjenerimit të diskut sipas grupmoshës .....	52
Tabela 3. 9 Krahasimi i BMI me gjetjet imazherike .....	52
Tabela 3. 10 Shoqërimi i gjetjeve imazherike me dhimbjen. Regresioni logjistik. ....	54

### Lista e figurave

Figura 3. 1 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë.....	39
Figura 3. 2 Histogrami i moshës së pacientëve.....	39
Figura 3. 3 Shpërndarja e pacientëve sipas grupmoshës .....	40
Figura 3. 4 Shpërndarja e pacientëve sipas BMI.....	40
Figura 3. 5 Korrelacioni i moshës me BMI .....	41
Figura 3. 6 Shpërndarja e pacientëve sipas statusit civil, nivelit arsimor, profesioni .....	41
Figura 3. 7 Tipi i dhimbjes.....	43
Figura 3. 8 Kohëzgjatja e dhimbjes.....	43
Figura 3. 9 Ashpërsia e dhimbjes .....	44
Figura 3. 10 Lokalizimi anatomik i dhimbjes .....	44
Figura 3. 11 Kufizimi i aktivitetit normal.....	45
Figura 3. 12 Mungesë në punë.....	45
Figura 3. 13 Faktorët e riskut për dhimbje .....	46
Figura 3. 14 Stili i jetesës dhe sëmundjet shoqëruese .....	48
Figura 3. 15 Simptomat dhe frekuenca e dhimbjes .....	49
Figura 3. 16 Gjetjet imazherike.....	50
Figura 3. 17 Lokalizimi i degjenerimit të diskut në vertebrat lumbare .....	51
Figura 3. 18 Lokalizimi i degjenerimit të diskut sipas grupmoshës .....	52
Figura 3. 19 Krahasimi i BMI me gjetjet imazherike, (nr. raste).....	53
Figura 3. 20 Shoqërimi i gjetjeve imazherike me dhimbjen. Regresioni logjistik.....	55



## Abstrakt

**Hyrje:** Dhimbja e mesit (lumbago) është ankesa më e zakonshme muskuloskeletike që prek popullatën adulte, me një prevalencë deri në 84%.

**Qëllimi i studimit** është të përshkruajë karakteristikat, gjetjet imazherike dhe diagnozën specifike klinike, në pacientët me lumbago.

**Materiali dhe metodat:** Ky është një studim prospektiv i kryer në repartin e Urgjencës së Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” gjatë periudhës 2010-2014 dhe përfshin 247 pacientë me lumbago. Për të gjithë pacientët u mbodhen të dhënat sociodemografike, klinike dhe imazherike.

**Rezulate:** 95 (38.5%) janë femra dhe 152 (61.5%) janë meshkuj ( $p < 0.01$ ). Moshë mesatare e pacientëve është 41.2 (13.1) vjeç me rang nga 18 vjeç deri në 76 vjeç. Mbizotëron grupmosha 51-60 vjeç me 31.6% të totalit të pacientëve, me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera, ( $p < 0.01$ ). Mbizotëron dhimbja akute (76.1%) ndjekur nga dhimbja subakute (16.2%) dhe kronike (8.1%) ( $p < 0.01$ ).

Mbizotëron dhimbje në regionin lumbar (49%), ndjekur nga dhimbje lumbare dhe spinale (38%), dhimbje lumbare dhe koksofemorale (8%) dhe dhimbje lumbare dhe sakroiliake (5%), ( $p < 0.01$ ). Gjetjet imazherike ishin normale në 13% të pacientëve. Nga gjetjet patologjike mbizotërojnë: degjenerim diskal 71%, hernie diskale 63%, spondiloze 58%, stenozë e kanalit spinal 21%, discit 15%, zonë me intensitet të lartë 14%, kompresion i kordes/nervave 13%, ngushtim i foramina intervertebrale 13%, Spondilolistezë 6, metastazë 4%. Degjenerimi i diskut mbizotëron në L4/L5 (52.6%), ndjekur nga L5/S1 (24%). ( $p < 0.01$ ). Me pak të prekura janë L1/L2 (2.9%), L2/L3 (9.1%), L3/L4 (11.4%). Gjetjet imazherike mbizotërojnë tek pacientët me mbipeshë dhe obezë, me ndryshim sinjifikant me pacientët me BMI normale, ( $p < 0.05$ ).

**Konkluzion:** Lumbago duhet të trajtohet gjithmonë si një sëmundje komplekse në të cilën është e detyrueshme që të përcaktohet një diagnozë e saktë e gjeneratorëve të dhimbjes para fillimit të çdo trajtimi. Evidencat aktuale sugjerojnë që stërvitja vetëm ose në kombinim me edukimin është efektive për parandalimin e Lumbagos.

**Fjalë kyç:** lumbago, faktorë risku, imazheri

## I HYRJE

Dhimbja e mesit (lumbago) është ankesa më e zakonshme muskuloskeletike që prek popullatën adulte, me një prevalencë deri në 84%. Lumbago kronike (CLBP) është një sindrom i dhimbjes kronike në regjionin e poshtëm lumbar, që zgjat më shumë se 12 javë. Mjaft autorë sugjerojnë që dhimbja kronike të përcaktohet si dhimbje që zgjat përtej kohës së parashikuar të shërimit, duke e shmangur kriterin e saktë kohor. Ky përkufizim është mjaft i rëndësishëm, pasi thekson konceptin që CLBP ka shkaqe patologjike të mirëpërcaktuara dhe është një sëmundje, jo një simptomë. Lumbago kronike përfaqëson shkakun kryesor të aftësisë së kufizuar në të gjithë botën dhe është një problem madhor i mirëqënies dhe ekonomisë (1). Duke marrë parasysh këtë kompleksitet, vlerësimi diagnostik i lumbagos mund të jetë sfidues dhe kërkon vendimmarrje klinike komplekse. Duke iu përgjigjur pyetjes: Çfarë e gjeneron këtë dhimbje? Ndër të gjitha strukturat potencialisht të përfshira në CLBP, është faktori kyç në menaxhimin e këtyre pacientëve, pasi diagnoza e pabazuar në gjeneratorin specifik të dhimbjes mund të çojë në gabime terapeutike.



Figura 1. Lumbago akute

## 1.1 Përkufizimet e dhimbjes së shpinës

Dhimbja e mesit është e zakonshme dhe termi lumbago (LBP) është termi i zakonshëm shkencor për këtë sëmundje. Dhimbja e mesit, sindroma e shpinës si dhe dhimbja e shpinës përdoren gjithashtu por më rrallë. Megjithëse disa autorë përdorin termin dëmtim i mesit në mjediset e punës, dhimbja më e madhe ka të ngjarë të jetë me origjinë jo-traumatike edhe në këtë term, dhe dëmtimi i mesit mund të konsiderohet si sinonim i lumbagos (2). Grupi më i madh i pacientëve të prekur nga lumbago kanë të ashtuquajturën LBP jospecifik. Jo-specifike përdoret në kuptimin që dhimbja nuk është ose nuk mund t'i atribuohet një strukture specifike anatomike ose mekanizmit fiziologjik. Lumbago e thjeshtë dhe lumbago mekanike janë përdorur për të përshkruar të njëjtin grup pacientësh. Në studimet e popullatës termi 'dhimbje shpine' shpesh përdoret në vend të lumbagos. Ajo përfshin një pjesë më të madhe të shpinës dhe dallohet lehtë nga dhimbja e qafës, ndërsa ndryshimi nga lumbago është më pak i qartë. Mënyra më e lehtë për të përcaktuar zonën që përshkruhet është të përdorni një fotografi me zonën e shënuar. Përkufizimet e zakonshme të lumbagos përdorin një kufi të sipërm në skajin e poshtëm të shpatullës ose brinjën e fundit dhe një kufi të poshtëm në regjionin gluteal. Dhimbja që irradohet në këmbë ose lokalizohet ekskluzivisht nën kolonën lumbare përfshihet gjithashtu në konceptin e dhimbjes së shpinës. Kjo është e lehtë për t'u përcaktuar në ishiatik, në kuptimin e sindromave të galgioneve nervore të shkaktuara kryesisht nga disqet e hernuar. Megjithatë, dhimbja e irraduar është më e zakonshme se sindromat e komprimit të nervave dhe dhimbja që irradohet vetëm në kofshë shpesh përcaktohet si dhimbje shpine pa irradim. Dhimbja akute e shpinës zakonisht përcaktohet si kohëzgjatje më pak se gjashtë javë dhe dhimbja kronike e shpinës si kohëzgjatja më shumë se tre muaj. Termi dhimbje subakute shpesh përdoret për intervalin e ndërmjetëm (3). Dhimbja e shpinës me një dekurs të përsëritur është e vështirë të futet në këto përkufizime.

## 1.2 Historia e dhimbjes lumbare

Historia natyrore e lumbagos është studiuar gjerësisht, por ende citohet si e panjohur plotësisht, kryesisht për shkak të natyrës së saj heterogjene. Për shembull, sipas pikëpamjes aktuale, pjesa më e madhe e episodeve të dhimbjes së shpinës kanë kohëzgjatje të shkurtër, me kthim në punë brenda disa ditësh ose javësh, ku shkalla e ulët të dhimbjes dhe paaftësisë vazhdojnë më gjatë. Në disa aspekte në kundërshtim me këtë pikëpamje, dhe më pak e njohur nga mjekët e kujdesit shëndetësor parësor, lumbago zakonisht ka një dekurs përsëritës. Në një përmbledhje të lumbagos akute u zbulua se shumica e pacientëve kishin të paktën një rekurencë brenda një viti dhe megjithëse shumica e njerëzve kthehen në punë brenda një muaji, shumë prej tyre kanë dhimbje dhe paaftësi të mbetur (4). Për më tepër, një pjesë e konsiderueshme e subjekteve me dhimbje shpine zhvillojnë probleme afatgjata të shpinës (5). Individët që kanë dhimbje shpine me

dhimbje irradiuese, shiatike, ka të ngjarë të kenë simptoma më të zgjatura sesa ata pa irradim të dhimbjes. Ata gjithashtu mund të kenë një prognozë tjetër (5).

### 1.3 Tendencat laike në dhimbjen e shpinës

Është pohuar se nuk ka asnjë arsye për të dyshuar ndryshime në prevalencën e dhimbjes së shpinës vitet e fundit. Nga ana tjetër, literatura shkencore është e mbushur me pretendime për një epidemi në rritje të dhimbjes së shpinës. Ndërsa ka pasur një rritje të qartë të aftësisë së kufizuar të rimbursuar për dhimbjen e shpinës, nuk është e qartë nëse prevalenca e dhimbjes së shpinës në vetvete, domethënë simptoma e dhimbjes së shpinës, ka ndryshuar në dekadat e fundit (6).

Studimet e mëparshme tregojnë rezultate kontradiktore në lidhje me tendencat laike në dhimbjet e raportuara të shpinës. Në studimet britanike u zbulua një prevalencë e shtuar, ndërsa në studimet finlandeze dhe gjermane nuk u raportua ndonjë ndryshim apo edhe ulje e prevalencës së dhimbjes së shpinës me kalimin e kohës. Përveç kësaj, ka botime në të cilat janë përmbledhur rezultatet e studimeve të ndryshme dhe janë nxjerrë përfundime mbi tendencat e mundshme laike (7). Pas këtyre studimeve, u diskutua rëndësia dhe shkaqet e mundshme për prirjet laike. Provat për një epidemi të lumbagos në Mbretërinë e Bashkuar mbështeten në rritjen e pagesave të sigurimeve shoqërore që nga vitet 1950 dhe rritjen e konsultimeve nga mjekët e përgjithshëm gjatë së njëjtës periudhë. Me supozimin se shfaqja aktuale e dhimbjes së shpinës nuk ka ndryshuar ndjeshëm, diskutimi u përqëndrua në shkaqet e mundshme të ndryshimit gjatë raportimit. Ndryshimet në modelin e sëmundshmërisë muskuloskeletike në praktikën e përgjithshme dhe ndryshimet dramatike në shkallën e konsultimeve midis grupeve të ndryshme etnike në Mbretërinë e Bashkuar u panë si tregues të efekteve nga faktorët kulturorë (8).

Një tjetër shkak i mundshëm i raportimit të shtuar të dhimbjeve të shpinës mund të jetë fokusi në këtë nozologji dytësore për shkak të rritjes së paaftësisë së punës për shkak të dhimbjeve jo specifike. Disponueshmëria e shtuar e kujdesit shëndetësor mund të ketë kontribuar dhe në vetvete mund të ketë shkaktuar ndryshime të qëndrimit. Termi lumbago jo-specifike përcjell pak më shumë informacion sesa simptoma e raportuar e dhimbjes së shpinës. Prandaj koncepti i lumbagos jo-specifike si një diagnozë e pranuar, gjithashtu mund ta bëjë dhimbjen e shpinës më të ndjeshme ndaj ndryshimeve në raportim sesa diagnozat objektivist më të identifikueshme. Nga ana tjetër, ndryshimet në prevalencën e faktorëve të rrezikut mund të kenë nxitur rritjen e aftësive të kufizuara në punë që nuk ndërmjetësohen nga ndryshimet qëndrimit. Shembuj të faktorëve të tillë janë puna monotone sedentare, pakënaqësia me vendin e punës dhe ulja e niveleve të ushtrimeve fizike (9). Sidoqoftë, ndryshime të tilla mund të kompensoheshin nga ulja e faktorëve të tjerë të rrezikut, siç është puna e rëndë manuale. Vetëm ndryshimet në faktorët e rrezikut janë konsideruar si një shkak i pamundur i rritjes, duke pasur parasysh madhësinë, shpejtësinë dhe qëndrueshmërinë e ndryshimit në të gjitha grupmoshat e gjetura (10).

Pasojat e këtyre tendencave varen nga vëmendja që i kushtohet simptomës së dhimbjes së shpinës. Duke aplikuar modelin biomjekësor, nëse një rritje në raportimin e dhimbjes së shpinës ndiqet nga konsultime më të shpeshta me mjekët, mund të ketë një rrezik në rritje të ndërhyrjeve të papërshtatshme mjekësore, pasi dhimbja e shpinës konsiderohet si një simptomë e sëmundjeve të shpinës. Një shembull është përdorimi i imazherisë diagnostike, që në mënyrë të përsëritur është treguar të jetë më i lartë se rekomandimet në udhërrëfyesit e trajtimit (11). Rreziqetë ngjashme mund të vijnë nga modelet e tjera të kujdesit shëndetësor.

## 2.0 Epidemiologjia e lumbagos

LBP përfaqëson një problem të madh social dhe ekonomik. Prevalenca e lumbagos kronike vlerësohet të shkojë nga 15 në 45% në punonjësit e kujdesit shëndetësor francez (12); prevalenca e lumbagos kronike në të rriturit amerikanë të moshës 20-69 vjeç ishte 13.1%. Prevalenca e përgjithshme e lumbagos kronike në popullsi vlerësohet të jetë 5.91% në Itali. Prevalenca e lumbagos akute dhe kronike në të rriturit u dyfishua në dekadën e fundit dhe vazhdon të rritet në mënyrë dramatike në popullsinë në plakje, duke prekur si burrat ashtu edhe gratë në të gjitha grupet etnike 6. Lumbago ka një ndikim të rëndësishëm në kapacitetin funksional, pasi dhimbja kufizon aktivitetet profesionale dhe është një shkak kryesor i mungesave në punë 7–9. Barra e saj ekonomike përfaqësohet drejtpërdrejt nga kostot e larta të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor dhe indirekt nga ulja e produktivitetit. Këto kosto pritet të rriten edhe më shumë në vitet e ardhshme. Sipas një rishikimi të vitit 2006, kostot totale të lidhura me lumbago në Shtetet e Bashkuara tejkalojnë 100 miliardë dollarë në vit, dy të tretat e të cilave janë rezultat i humbjes së pagave dhe uljes së produktivitetit (13).

Duke kërkuar për gjeneratorin e dhimbjes simptomat e lumbagos mund të rrjedhin nga shumë burime anatomike të mundshme, të tilla si rrënjët nervore, muskujt, strukturat fasciale, kockat, artikulacionet, disqet intervertebrale (IVD) dhe organe intraabdominale. Për më tepër, simptomat mund të lindin nga një dhimbje neurologjike në proces duke shkaktuar lumbago neuropatike. Vlerësimi diagnostik i pacientëve me lumbago mund të jetë shumë sfidues dhe kërkon vendimmarrje klinike komplekse. Sidoqoftë, identifikimi i burimit të dhimbjes është i një rëndësie themelore në përcaktimin e qasjes terapeutike<sup>13</sup>. Për më tepër, gjatë vlerësimit klinik, një klinikist duhet të marrë parasysh që lumbago gjithashtu mund të ndikohet nga faktorë psikologjikë, të tillë si stresi, depresioni dhe/ose ankthi (14,15). Historia gjithashtu duhet të përfshijë ekspozimin ndaj përdorimit të substancave, anamneza e detajuar, punën, zakonet dhe faktorët psikosociale (16). Informacioni klinik është elementi kryesor që nxit impaktin fillestar, ndërsa imazhet e rezonancës magnetike (MRI) duhet të merren parasysh vetëm në prani të elementeve klinike që nuk janë plotësisht të qartë ose në prani të deficiteve neurologjike ose situatave të tjera mjekësore (17). Rekomandimi i Kolegjit Amerikan të Radiologjisë është të mos

bëhet ekzaminim imazherik për lumbago brenda 6 javëve të para nëse nuk janë të pranishme shenjat alarmante. Ato përfshijnë trauma të rëndësishme të kohëve të fundit ose trauma më të buta tek individë mbi 50 vjeç, humbje në peshë ose ethe pa shkak të njohur, imunosupresion, sëmundje malinje e diagnostikuar më parë, përdorim i drogave intravenoze, përdorimi i vazhdueshëm i kortikosteroideve ose osteoporozë, mosha mbi 70 vjeç, dhe deficitet fokal neurologjike me simptoma progresive ose invalidizuese (18-20). Gjetjet imazherike nuk janë të lidhura ngushtë me simptomat. Në një studim ndër - sektorial të personave asimptomatikë të moshës mbi 60 vjeç, 36% kishin hernie diskale, 21% kishin stenoze spinale dhe më shumë se 90% kishin një disk të degjeneruar ose të fryrë (21).

Megjithëse nuk është e mundur të vlerësohet me saktësi, duhet të besohet se këto gjendje mund të kenë një kosto vjetore, drejtpërdrejt dhe tërthorazi, prej më shumë se 50 miliardë dollarësh dhe me sa duket deri në 100 miliardë dollarë (22). Një studim i kohëve të fundit vlerësoi se radiografia lumbare ishte realizuar 66 milion herë në Shtetet e Bashkuara në 2004, me një kosto prej 54 dollarë për çdo ekzaminim (23). Edhe pse vlerësimet ndryshojnë shumë në varësi të vendndodhjes gjeografike, statusit të sigurimit dhe faktorëve të tjerë, kostot e MRI duket të jenë 10 deri në 15 herë më të larta (23,24).

Udhëzimet më të fundit për mjekët sugjerojnë që kur përballen me pacientët me lumbago, klinikistët duhet të bëjnë një diagnozë të kujdesshme të mekanizmave që justifikojnë dhimbjen akute dhe/ose kronike. Trajtimi duhet t'i drejtohet veçanërisht këtyre mekanizmave. Në këtë mënyrë, ne mund të shmangim gabimin e zakonshëm në diagnozën e "lumbagos së thjeshtë", që mund të rezultojë në trajtim jo adekuat të një përkufizimi dhe jo një sëmundje komplekse. Meqenëse lumbago kronike mund të ketë gjeneratorë të njëkohshëm të dhimbjes, është e nevojshme një diagnozë multidisiplinare dhe trajtim multimodal (25).

## 2.1 Prevalenca e dhimbjes së shpinës

Si pasojë e një dekursi fluktuant, me vështirësitë tradicionale të llogaritjes së incidencës, shpesh përdoren më shumë matjet e prevalencës sesa incidenca. Dhimbja, duke qenë një përvojë subjektive, zakonisht matet me vetë -raportim. Prevalenca ndikohet jo vetëm nga përvoja e dhimbjes në vetvete, por edhe nga tendenca për të raportuar simptomën. Kjo e bën më të vështirë për të vlerësuar nëse prevalenca e simptomave ka ndryshuar me kalimin e kohës, meqë të dy këta përbërës mund të ndryshojnë.

Studimet mbi prevalencën e dhimbjeve të shpinës janë të shumta dhe janë publikuar disa përmbledhje (25-27). Nivelet e prevalencës variojnë nga më pak se 10% në më shumë se 75%. Kjo gamë e gjerë mund t'i atribuohet ndryshimeve në kohëzgjatje, severitetit dhe lokalizimit anatomik të dhimbjes së shpinës të studiuar. Prevalenca prej një muaji deri në një vit zakonisht ka qenë nga 20% në 60% në studimet evropiane (25, 27).

Point Prevalenca, dmth dhimbja në këtë moment, është e pavarur nga paragjykimet e kujtesës, por reflekton në mënyrë joadekuate natyrën rekurrente të dhimbjes së shpinës. Matjet tremujore janë propozuar për shumicën e variablave gjatë ndjekjes së studimeve të grupit për lumbago (28). Janë demonstruar mospërputhje midis shënimeve në kujdesin parësor shëndetësor dhe vetë -raportimeve të pacientëve (29).

Një zbulim i zakonshëm në studimet e prevalencës së dhimbjeve të shpinës është një rritje nga adoleshenca, një kulm në moshën e mesme, dhe më pas një rënie (25, 30-32). Dhimbja e fortë e shpinës, nga ana tjetër, është treguar të rritet me moshën gjatë gjithë jetëgjatësisë (30).

Gratë zakonisht raportojnë simptoma të përgjithshme disi më shpesh sesa burrat. Kjo vlen edhe për dhimbjen e shpinës dhe simptomat e tjera të dhimbjes muskulo-skeletike (31).

### 3.0 Anatomia e zonës lumbare

Kolona lumbare përbëhet nga pesë vertebra (L1 – L5). Anatomia komplekse e kolonës lumbare është një kombinim i këtyre vertebrave të forta, të lidhura me kapsula të përbashkëta artikulare, ligamente, tendina dhe muskuj, me inervim të gjerë.

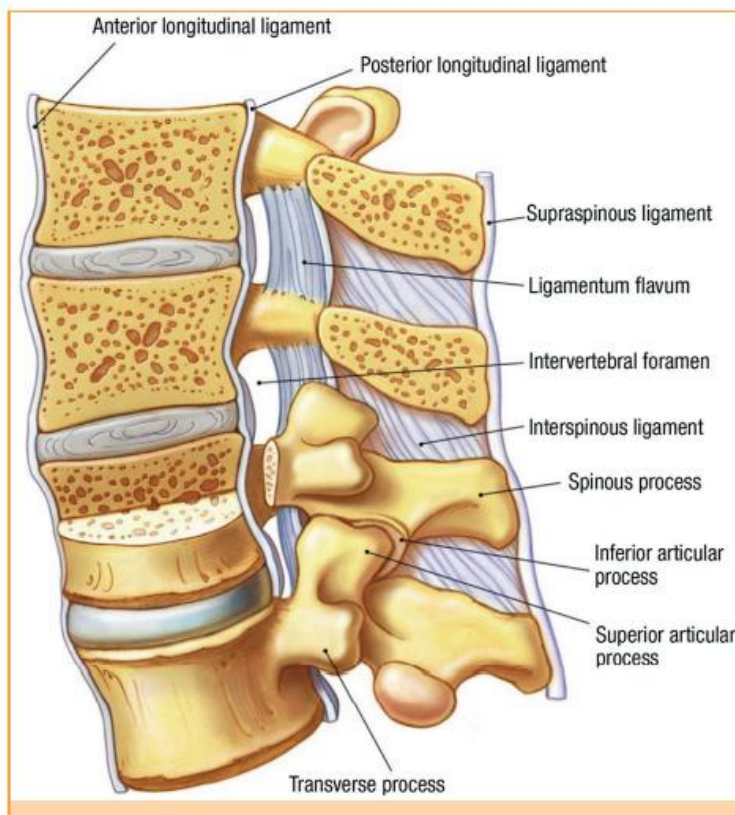


Figura 2. Pamje krosseksionale e kolonës vertebrale

Shpina është projektuar të jetë e fortë, pasi duhet të mbrojë palcën kurrizore dhe mbaresat e nervave spinale. Në të njëjtën kohë, është shumë fleksibël, duke siguruar lëvizshmëri në shumë plane të ndryshme. Lëvizshmëria e kolonës vertebrale sigurohet nga nyjet simfizale midis trupave vertebrale, me një disk intervertebral ndërmjet tyre. Fashetat artikulare janë të vendosura midis dhe pas vertebrave ngjitur, duke kontribuar në stabilitetin e shtyllës kurrizore. Ato gjenden në çdo nivel të shtyllës kurrizore dhe sigurojnë rreth 20% të stabilitetit torsional (rrotullues) në segmentet e qafës dhe të shpinës (32). Ligamentet ndihmojnë në stabilitetin e nyjeve gjatë pushimit dhe lëvizjes, duke parandaluar dëmtimin nga hiperextensioni dhe hiperfleksioni. Tre ligamentet kryesore janë ligamenti anterior gjatësor (ALL), ligamenti posterior gjatësor (PLL) dhe ligamentum flavum (LF). Kanali kufizohet nga trupat dhe disqet vertebrale përpara dhe nga lamina dhe LF në pjesën e pasme. Të dy, ALL dhe PLL shtrihen në të gjithë gjatësinë e shtyllës kurrizore, përkatësisht anteriorisht dhe posteriorisht. Lateralisht, nervat dhe vazat spinale dalin nga foramen intervertebrale. Nën secilën vertebër lumbare, ekziston forameni përkatës, nga i cili dalin rrënjët nervore spinale. Për shembull, foramina nervore L1 ndodhet pak më poshtë vertebrës L1, nga ku del rrënja nervore L1. Disqet intervertebrale janë të vendosura midisvertebrave. Ato janë struktura të komprimueshme në gjendje të shpërndajnë ngarkesën kompresive përmes presionit osmotik. Në diskun intervertebral, anulus fibrosus (AF), një strukturë unazore koncentrike me kolagjen lamellar të organizuar, rrethon bërthamën e brendshme të pasur me proteoglikane (NP). Disqet janë avaskulare në moshë madhore, përveç periferisë. Në lindje, disku njerëzor ka pak furnizim vaskular por këto enë tërhiqen shpejt, duke e lënë diskun me pak furnizim të drejtpërdrejtë me gjak tek i rrituri i shëndetshëm (33).

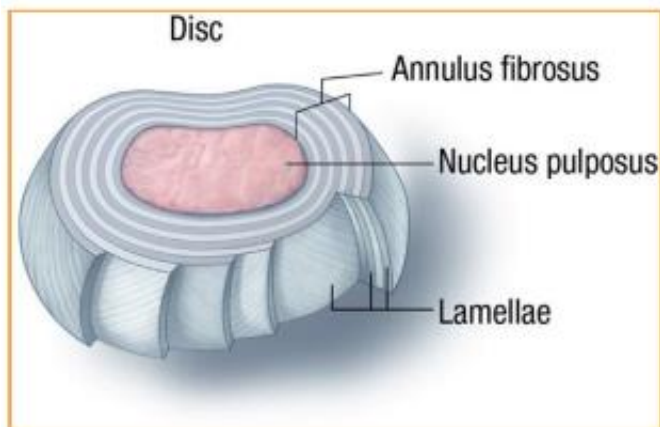


Figura 3. Struktura e diskut intervertebral



Prandaj, mbështetja metabolike e shumicës së disqeve intervertebrale varet nga kartilaget ngjitur me trupin vertebral. Një degë meningeale e nervit spinal, e njohur më mirë si nervi rekurrent sinuvertebral, inervon zonën përreth hapësirës së diskut (33). Kolona lumbare drejtohet nga katër grupe funksionale të muskujve, të ndarë në ekstensorë, flektorë, flektorë lateralë dhe rotatorë. Vertebrat lumbare vaskularizohen nga arteriet lumbare që kanë origjinën në aortë. Degët spinale të arterieve lumbare hyjnë në foramen intervertebrale në secilin nivel, duke u ndarë në degë më të vogla anteriore dhe posteriore. Drenazhi venoz shkon parallel me furnizimin arterial (34). Në mënyrë tipike, fundi i palcës kurrizore formon conus medullaris brenda kanalit lumbar në kufirin e poshtëm të vertebrës L2. Të gjitha rrënjët nervore lumbare spinale rrjedhin nga lidhja midis rrënjës dorsale ose posteriore (somatike senore) nga aspekti posterolateral i palcës kurrizore dhe rrënjës ventrale ose anterior (motor somatike) nga këndi anterolateral i palcës. Rrënjët më pas rrjedhin poshtë përmes kanalit spinal, duke u zhvilluar në kauda ekuina, para se të dalin si një çift i vetëm nervash spinale në foraminën e tyre intervertebrale përkatëse. Trupat qelizorë të fibrave nervore motore mund të gjenden në brirët ventrale ose anteriore të palcës kurrizore, ndërsa ato të fibrave nervore sensore janë në ganglionin e rrënjës dorsale (DRG) në çdo nivel. Një ose më shumë degë meningeale të përsëritura, të njohura si nerva sinuvertebrale, dalin nga nervat lumbare të shtyllës kurrizore. Nervi sinuvertebral, ose nervi i Luscka, është një degë rekurente e krijuar nga bashkimi i ramus gri communicans (GRC) me një degë të vogël që vjen nga skaji proksimal i ramusit primar paraprak të nervit spinal. Ky nerv i përzier polisegmentar hyn drejtpërdrejt në kanal kurrizor dhe lëshon degë anastomozuese ngjithëse dhe zbritëse që përbëhen nga fibra somatike dhe autonome për unazën posterolaterale, trupin vertebral posterior dhe periostiumin, dhe meningjet ventral (35,36). Nervat sinuvertebral lidhen me degë nga nivelet radikulare si mbi dhe nën pikën e hyrjes, përveç anës kontralaterale, që do të thotë se lokalizimi i dhimbjes nga përfshirja e këtyre nervave është sfidues. Gjithashtu, fasetat artikulare marrin inervim me dy nivele që përfshijnë përbërës somatike dhe autonome. Të parët përcjellin një dhimbje lokale të mirë përcaktuar, ndërsa aferentët autonomë transmetojnë dhimbjen e referuar.

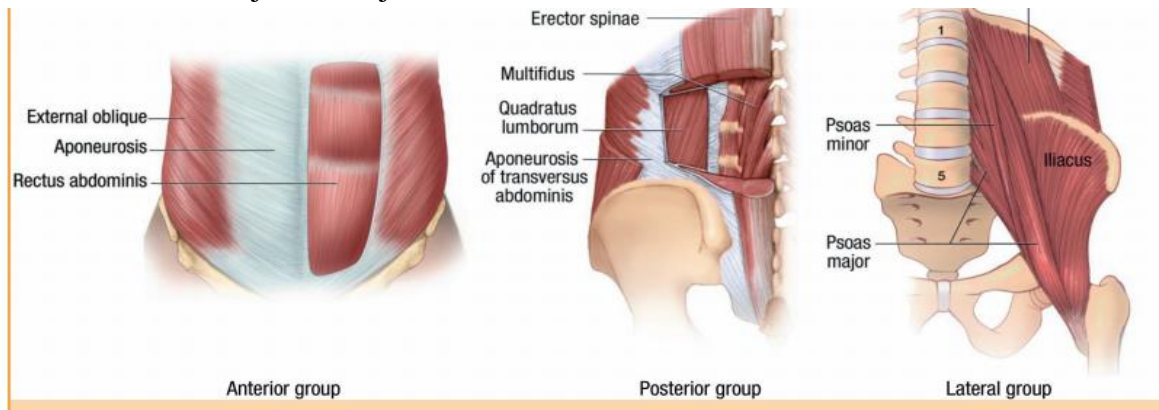


Figura 4. Muskujt që ndikojnë në funksionin e kolonës vertebrale

#### **4.0 Fizpatologjia e dhimbjes së shpinës**

Dhimbja ndërmjetësohet nga nociceptorët, neuronet sensore periferike të specializuara që na paralajmërojnë për stimujt potencialisht dëmtues në lëkurë duke i shndërruar këto stimuj në sinjale elektrike që transmetohen në qendrat më të larta të trurit (37). Nociceptorët janë neurone primare pseudo-unipolare somatosensore me trupin e tyre neuronal të vendosur në DRG. Ato janë aksone të bifurkuara: dega periferike inervon lëkurën dhe degët qendrore sinapsohen në neuronet e rendit të dytë në bririn dorsal të palcës kurrizore 36. Neuronet e rendit të dytë projektohen në mesencefalun dhe talamus, të cilat nga ana e tyre lidhen me kortekset somatosensore dhe cingulat anterior në mënyrë që të drejtojnë tiparet sensore-diskriminuese dhe afektive-njohëse të dhimbjes, përkatësisht (38). Kornu dorsal spinal është vendi kryesor i integritit të informacionit somatosensor dhe është i përbërë nga disa popullata interneuronesh që formojnë rrugë frenuese zbritëse dhe lehtësuese, të afta të modulojnë transmetimin e sinjaleve nociceptive. Nëse stimuli i dëmshëm vazhdon, mund të ndodhin procese të sensibilizimit periferik dhe qendror, duke e kthyer dhimbjen nga akute në kronike. Sensibilizimi qendror karakterizohet nga rritja e ngacmueshmërisë së neuroneve brenda sistemit nervor qendror, në mënyrë që inputi normal të fillojë të prodhojë përgjigje anormale. Është përgjegjës për alodininë taktile, domethënë dhimbjen e shkaktuar nga pastrimi i lehtë i lëkurës dhe për përhapjen e hiperndjeshmërisë së dhimbjes përtej zonës së dëmtuar indore. Sensibilizimi qendror ndodh në një numër çrregullimesh kronike të dhimbjes, të tilla si çrregullimet temporomandibulare, lumbago, osteoartriti, fibromialgjia, dhimbje koke dhe epikondilagjia laterale (39). Megjithë njohuritë e përmirësuara të proceseve që çojnë në sensibilizimin qendror, është ende e vështirë të trajtohet (40,41). Sensibilizimi periferik dhe qendror kanë një rol kyç në kronicizimin e lumbagos. Në fakt, ndryshimet minimale në posturë mund të nxisin lehtësisht inflamacion afatgjatë në nyje, ligamente dhe muskuj të përfshirë në stabilitetin e kolonës lumbare, duke ndikuar në sensibilizimin periferik dhe qendror. Për më tepër, nyjet, disqet dhe kocka janë shumë të inervuara nga fibrat delta A, stimulimi i vazhdueshëm i të cilave mund të kontribuojë lehtësisht në sensibilizimin qendror.

#### **5.0 Faktorët e rrezikut për dhimbjen e shpinës**

Shumë studime kanë identifikuar dhe implikuar një mori karakteristikash dhe ekspozimesh si faktorë rreziku për lumbago (42). Këto përfshijnë faktorë sociodemografikë, individualë dhe profesionalë. Shpesh këta faktorë ndryshojnë nga botimi në botim dhe rishikimet sistematike kanë gjetur se shumë prej këtyre faktorëve u mungon mbështetja, për shkak të dëshmive kontradiktore (43). Faktorët e rrezikut me siguri do të ndryshojnë sipas llojeve të dhimbjeve të shpinës, sipas faktorëve gjeografikë, mjedisit të kujdesit shëndetësor, etj.

Faktorë të ndryshëm rreziku ndikojnë në shfaqjen e dhimbjes sesa në kronicizimin e simptomave. Për shembull, ndërsa testet e performancës fizike nuk i shtojnë ndjeshëm parashikimit të rezultatit, ato diskriminojnë midis subjekteve me dhimbje dhe grupit të kontrollit të shëndetshëm. Obeziteti dhe niveli i ulët arsimor nuk ndikojnë në shfaqjen e dhimbjes, por rrit rrezikun e persistencës tek ata që kanë dhimbje (44). Për më tepër, numri i madh i faktorëve që janë testuar ilustron pikëpamjet e shumta të dhimbjes së shpinës, si dhe ndryshimet në disponueshmërinë e të dhënave. Ndërlidhjet dhe marrëdhëniet ndërmjet faktorëve të riskut janë komplekse dhe zgjedhja e faktorëve të rrezikut mund të përcaktojë rezultatit e një hetimi.

Meqenëse shkaqet kryesore të dhimbjes së shpinës mbeten kryesisht të papërcaktuara, modifikimi i faktorit të rrezikut mund të mos çojë në një ulje të suksesshme të incidencës së dhimbjes së shpinës. Prandaj, në vend të përpjekjeve të tilla, udhërrëfyesit evropiane për parandalimin e lumbagos rekomandojnë që ndërhyrjet parandaluese të drejtohen drejt parandalimit të rekurencave, kërkimit të kujdesit shëndetësor, paaftësisë dhe humbjes së punës (45).

Ata zbuluan se qasjet më premtuese kishin për qëllim rritjen e aktivitetit fizik ose përfshinin komponentë edukues bio-psikosocialë. Sidoqoftë, përmasat e efekteve duket të jenë modeste (46).

## **6.0 Lloji i dhimbjes spinale sipas gjeneratorit të dhimbjes**

Përkundër punës së madhe të bërë nga Shoqata Ndërkombëtare për Studimin e Dhimbjes 41, mbetet një shkallë konfuzioni në komunitetin mjekësor në lidhje me përkufizimet e dhimbjes së shpinës, dhimbjes së referuar, dhimbjes radikulare dhe radikulopatisë. Sidoqoftë, është i nevojshëm një vlerësim i saktë diagnostikues për të indikuar trajtimin e duhur. Një diagnozë dhe terapi e pasaktë që nuk është e përshtatshme mund të lidhet me aftësinë e pamjaftueshme diagnostike të një mjeku jo të specializuar në këtë sindromë, që i atribuohet një analize klinike dhe / ose instrumentale të pamjaftueshme, ose një qasje terapeutike të drejtuar drejt kontrollit të simptomave (dhimbjes) dhe jo mekanizmeve të gjenerimit të dhimbjes. Kryesisht, lumbago konsiderohet të jetë jo specifike, dhe ideja e gabuar që shkaku i 80 deri në 90% të rasteve të lumbagos është i panjohur ka vazhduar për dekada të tëra (47). Tensioni dhe spazmat muskulare janë ndër arsyet më të zakonshme të lumbagos, për shembull, në pacientët me fibromialgji. Në raste të tjera, lumbago mund t'i atribuohet gjeneratorëve të ndryshëm të dhimbjes, me karakteristika specifike, të tilla si dhimbja radikulare, e fascetave artikulare, sakro-iliake, dhe diskogjene, si dhe stenoza spinale.

## 6.1 Dhimbja radikulare

Dhimbja radikulare është dhimbje e evokuar nga shkarkimet ektopike që burojnë nga një rrënjë dorsale e inflamuar ose e dëmtuar ose nga ganglioni i saj; në përgjithësi, dhimbja irradohet nga shpina dhe glutesi në këmbë në një shpërndarje dermatomale (48). Hernia diskale është shkaku më i zakonshëm, dhe inflamacioni i nervit të prekur dhe jo komprimimi i tij është procesi më i zakonshëm patofiziologjik. Dhimbja radikulare është dhimbja e irraduar përgjatë rrënjës nervore pa dëmtime neurologjike. Edhe pse është dhimbje nociceptive, ajo dallohet nga nocicepsioni i zakonshëm sepse në dhimbjen radikulare aksonet nuk stimulohen përgjatë rrugës së tyre ose në terminalet e tyre periferikë por nga perinevriumi (49). Dhimbja radikulare ndryshon nga radikulopatia në disa aspekte. Radikulopatia dëmton përcimin drejt një nervi spinal ose rrënjëve të tij. Dëmtimi i fibrave sensore shkakton mpirje (të shpërndara sipas dermatomit); megjithatë, bllokada e fibrave motore shkakton dobësi (miotomale). Blloku sensor ose motor mund të rezultojë në ulje të reflekseve 46. Megjithëse radikulopatia dhe dhimbja radikulare shpesh shoqërojnë njëra-tjetrën, radikulopatia është vërejtur në mungesë të dhimbjes dhe dhimbja radikulare mund të ndodhë në mungesë të radikulopatisë. Është e rëndësishme të nënvizohet se, në kundërshtim me besimin e popullatës, nuk është e mundur të bëhet dallimi midis niveleve të dhimbjes radikale të L4, L5 dhe S1 (50,51).

Në fakt, vetëm kur radikulopatia shihet së bashku me dhimbjen radikulare, mund të vlerësohen segmentet. Në raste të tilla, shpërndarja dermatomale e mpirjes tregon segmentin e origjinës dhe jo shpërndarjen e dhimbjes. Hernimi i diskut lumbar me radikulopati mund të diagnostikohet gjatë ekzaminimit klinik duke përdorur testimin manual të muskujve, ngritjen e këmbës në nivel supin, shenjën Lasègue dhe shenjën e kryqëzuar Lasègue. Nëse historia e pacientit dhe gjetjet e ekzaminimit fizik tregojnë hernim të diskut lumbar me radikulopati, testi më i përshtatshëm jo -invaziv për të konfirmuar këtë mund të jetë një MRI. Kjo është veçanërisht e rëndësishme nëse nevojitet të vazhdohet me një trajtim invaziv ose të përcaktohet më mirë dëmtimi neurologjik. Testi tjetër më i përshtatshëm për të vlerësuar praninë e hernies së diskut lumbar është tomografia e kompjuterizuar (CT) ose mielografia CT, e cila do të ishte e përshtatshme për ata individë që nuk mund të kenë një MRI sepse është kundërindikuar ose ata për të cilët MRI nuk është përfundimtare. Gjithashtu, diagnoza e komprimimit të rrënjës nervore mund të arrihet me studimet elektrodagnostike, megjithëse ato nuk janë në gjendje të bëjnë dallimin midis hernies së diskut lumbar dhe shkaqeve të tjera të komprimimit nervor. Fatkeqësisht, duhet të vëmë re dukje se radikulopatia mund të jetë e pranishme pa dhimbjen radikulare dhe anasjelltas. Për këto arsye, testet elektrodagnostike nuk rekomandohen si një qasje e linjës së parë, por vetëm si zgjedhje e dytë, në mënyrë që të përcaktohet nëse ekziston neuropati periferike konkomitante ose neuralgji ose për të ndjekur dëmtimin e nervit të lezionuar (52).

## 6.2 Sindroma e Fascetave artikulare

Artikulacionet lumbare zigapofizeale janë proceset artikulare posteriore të kolonës lumbare. Ato formohen nga procesi inferior i vertebrës së sipërme dhe procesi i sipërm artikular i vertebrës së poshtme (53). Ato furnizohen nga degët mediale të rami dorsale (MBN). Këto nyje kanë një sasi të madhe të mbaresave nervore të lira dhe të kapsuluara (54) që aktivizojnë aferentet nociceptive dhe që moduloohen gjithashtu nga fijet eferente simpatike (55). Dhimbja lumbare zygapofizeale ose "fashetet artikulare" është vlerësuar se përbën deri në 30% të rasteve të lumbagos kronike (56), me nocicepsion me origjinë në membranën synoviale, kërcin hialin, kockën ose kapsulën fibroze të fascetës artikulare (57). Diagnostikimi i kësaj sindrome shpesh është i vështirë dhe kërkon një vlerësim të kujdesshëm klinik dhe një analizë të saktë të ekzaminimeve radiologjike. Pacientët zakonisht ankohen për dhimbje mesi me ose pa referim somatik të këmbëve që përfundon deri mbi gju, shpesh irradohet në kofshë. Nuk ekziston asnjë model radikular. Dhimbja e mesit tenton të jetë jashtë qendrës dhe intensiteti i dhimbjes është më i lartë se dhimbja në këmbë; dhimbja rritet me hiperekstensionin, rotacionin, përkuljen anësore dhe ecjen në malore. Përkeqësohet kur zgjoheni nga shtrati ose përpiqeni të qëndroni në këmbë pas uljes së zgjatur. Së fundmi, pacientët shpesh ankohen për ngurtësim të shpinës, e cila zakonisht është më e dukshme në mëngjes (58,59). Jackson ishte në gjendje të lidhte shtatë tipare me dhimbjen e fashetave: mosha e vjetër, episodet e mëparshme të lumbagos, ecja normale, dhimbje maksimale gjatë ekstensionit lumbar, por jo tendencë përkeqësimi të dhimbjes me manovrën Valsalva, dhe mungesë dhimbje në këmbë ose spazma muskulare (59,60). Është e vështirë të diagnostikosh këtë sindromë duke përdorur radiologjinë pasi nuk ka gjetje patognomonike për të kërkuar (61). Me MRI, ne mund të gjejmë shenja jo specifike të artrozës, osteofiteve dhe hipertrofisë së ligamenteve flavae. Sidoqoftë, nëse duam të studiojmë më mirë problemet e artrozës, CT është metoda e preferuar imazherike, edhe pse duhet pasur në konsideratë ekspozimi ndaj rrezatimit (58). Një nga ekzaminimet më të rëndësishme sigurohet nga rrezet X, veçanërisht projeksionet dinamike, të cilat mund të tregojnë paqëndrueshmërinë e kolonës (listezën që mund të rritet me përkuljen dhe shtrirjen e kolonës lumbare) me një ngarkesë të qartë të këtyre artikulacioneve (60). Si përfundim, pavarësisht kontributit të neuroimazherisë, historia dhe ekzaminimi klinik mbeten hapat themelore në diagnostikimin e sindromës së fashetave artikulare.

## 6.3 Dhimbjet e artikulacioneve sakroiliake

Artikulacionet sakroiliake (SIJs) janë të dedikuara për të siguruar mbështetje të qëndrueshme, por fleksibël për pjesën e sipërme të trupit (62,63). SIJ -të janë të përfshirë në lëvizjen sakrale, e cila gjithashtu ndikon drejtpërdrejt në disqet dhe pothuajse me siguri në artikulacionet më të sipërme lumbare. Inervimi i tij ende nuk është i njohur

mirë, por është raportuar të jetë nga degët te rrenjet lumbopelvike ventral (64); megjithatë, kjo ende nuk është konfirmuar. Nga ana tjetër, disa autorë kanë raportuar inervimin e SIJ nga degët e vogla nga rrënjët posteriore (65,66). Në një studim të vitit 2012 nga Patel et al. (66) , autorët demonstrojnë se dhimbja në SIJ ishte lehtësuar me sukses duke përdorur neurotomini të rrënjës primare dorsale L5 dhe degëve laterale të rrënjës sakrale dorsale nga S1 në S3 (63). Prandaj, ka prova të mjaftueshme që kjo procedurë ka një vlerë të rëndësishme për vendosjen e diagnozës dhe prognozës. SIJ njihet si burim i dhimbjes në shumë pacientë që paraqiten me lumbago kronike (67,68). Mendohet se dhimbja mund të gjenerohet nga tensionimi i ligamenteve osetensioni kapsular, komprimimi i jashtëm ose forcat e prerjes, hiper ose hipo mobiliteti, mekanika e dëmtuar e artikulacioneve dhe disfunksioni i zinxhirit kinetik duke shkaktuar inflamacion (69). Burimet intra-artikulare të dhimbjes SIJ përfshijnë osteoartritin; burimet ekstraartikulare përfshijnë entezinë/ndrydhjen e ligamenteve dhe entesopatinë primare. Përveç kësaj, ligamentet, tendinet, ose lishjet e fascieve dhe dëmtime të tjera kumulative të indeve të buta që mund të ndodhin posteriorisht aspektit dorsal të SIJ mund të jenë një burim diskomforti. Në ekzaminimin fizik, është e rëndësishme të ekzaminoni lëvizjen e artikulacionit, për shembull me një test stresi, i cili konsiston në shtypjen në kreshtën iliake (pelvis) ose pjesën e sipërme të kofshës, e cila mund të riprodhojë dhimbjen e pacientit. Dhimbja e SIJ shpesh nën-diagnostikohet. Duhet të merret parasysh në çdo situatë ku pacienti ankohet për lumbago posturale që përkeqësohet në pozicion ulur dhe me ndryshime posturale. Për më tepër, është e mundur që dhimbja e SIJ shpesh lidhet në mënyrë rigorozë me sindromat e fascetave artikulare pasi të dy lidhen me problemet posturale. Së fundi, është e rëndësishme të merret parasysh se dhimbja në SIJ mund të jetë gjithashtu një shenjë e sëmundjes reumatizmale. Gjetjet e MRI të efuzionit dhe inflamacionit artikular (veçanërisht nëse janë bilaterale) mund të paralajmërojnë mjekun që të ketë në vëmendje këtë gjendje.

#### **6.4 Stenoza e kanalit lumbar**

Stenoza e kanalit lumbar (LSS) mund të jetë e lindur (70) ose e fituar (ose të dyja). Mund të përcaktohet nga indet inflamatorë post operatorë të shtyllës kurrizore ose, edhe në mungesë të operacionit të mëparshëm, nga hernia diskale, trashja e ligamenteve ose hipertrofia e proceseve artikulare (71). Shumica e rasteve të LSS janë degjenerative, të lidhura me ndryshimet në shtyllën kurrizore me plakjen (72). LSS përcaktohet nga një ngushtim progresiv i kanalit qendror spinal dhe receseve laterale dhe komprimimit pasues të strukturave neurovaskulare (73). Zakonisht, diametri i kanalit normal lumbar ndryshon nga 15 në 27 mm. Në mund ta përcaktojmë stenozen lumbarë si një diametër të kanalit lumbar më të vogël se 10 mm, edhe pse një stenozë me diametër 12 mm ose më pak në disa pacientë mund të jetë simptomatike. Lartësia normale e foramenit varion nga 20 në 23 mm, me treguesin e stenozës së mundshme si 15 mm ose më pak (74). LSS

degjenerative është indikacioni më i zakonshëm për kirurgjinë spinale tek njerëzit mbi 65 vjeç (73). Simptomat më të shpeshta të stenozës lumbare janë radikulopatia me klaudikacio neurologjike, dobësim motorik, parestezia dhe dëmtimi i nervave sensorë (75). Simptomat mund të kenë një shpërndarje të ndryshme në varësi të llojit të LSS. Nëse LSS është qendrore, mund të ketë përfshirje të zonës midis fascetave artikulare dhe dhimbja mund të jetë bilaterale me një shpërndarje jo-dermatomale. Në stenozën e recesit lateral simptomat zakonisht gjenden dermatomalisht sepse nervat specifike janë komprimuar, që i ngjajnë radikulopatisë unilaterale (76). Flektimi i trungut, ulja, përkulja ose shtrirja mund të lehtësojnë diskomfortin, ndërsa qëndrimi i zgjatur ose ekstensionin lumbar mund të përkeqësojnë dhimbjen. Ulja ose shtrirja bëhen më pak efektive në zbutjen e dhimbjes ndërsa gjendja përparon, dhe dhimbja në pushim ose vezika neurogjene mund të zhvillohet në raste të rënda (76,77). Dhimbja neurogjene me klaudikacio është simptoma klasike e LSS, e shkaktuar nga kongjestioni venoz dhe hipertensioni rreth rrënjëve nervore. Dhimbja përkeqësohet duke qëndruar në këmbë por lehtësohet me shtrirjen në shpinë krahasuar me pozicionin supin, ulur, ulur në bisht dhe ekstensionin lumbar (78,79). LSS përgjithësisht diagnostikohet bazuar në një kombinim të anamnezës, ekzaminimit fizik dhe imazherisë (75). Gjetjet më të dobishme nga anamneza janë mosha, irradimi i dhimbjes në këmbë që përkeqësohet nga ngritja në këmbë ose ecja, dhe mungesa e dhimbjes kur jeni ulur (80). Ecja dhe qëndrimi pas ecjes mund të zbulojë një "test të përkuljes" pozitiv (79,80), të kryer duke i kërkuar pacientit të ecë me shpejtësi. Ndërsa dhimbja intensifikohet, pacientët mund të ankohen për simptoma sensore të ndjekura nga simptoma motorike, dhe nëse marrin një qëndrim të përkulur, simptomat mund të përmirësohen (80). Nëse pacientët ulen në një karrige të përkulur përpara, ata mund të kenë të njëjtin lehtësim (81). Metoda e rekomanduar për konfirmimin e diagnozës së LSS është MRI, e cila lehtëson vlerësimin e kanalit kurrizor dhe marrëdhënien anatomike midis elementeve spinale dhe nervore (80). Dekursi natyror i LSS të patrajtuar është i paqartë. Udhëzimet klinike të Shoqërisë Amerikane të Shtyllës kurrizore (NASS) arritën në përfundimin se dekursi natyror është i favorshëm në një të tretën e deri në gjysmën e pacientëve me LSS (82) të formës klinike të lehtë- mesatare. Studime të tjera sugjerojnë se gjendja mund të përkeqësohet në disa pacientë dhe të përmirësohet në rreth një të tretën e të tjerëve, ku shumica e pacientëve mbeten në gjendje të pandryshuar deri në 8 vjet ndjekje (83-85).

## 6.5 Dhimbja diskogjenike

Degjenerimi i diskut (DD) është vlerësuar si burim i CLBP në 39% të rasteve (86). Simptomat e tij janë jospecifike, aksiale dhe pa irradim radikular dhe ato ndodhin në mungesë të deformimit ose paqëndrueshmërisë së kolonës. DD është shpesh një diagnozë përjashtuese midis llojeve të tjera të CLBP. Në aspektin patologjik, ajo karakterizohet

nga degradimi, brenda diskut, i matriksit të NP me çarje radiale dhe/ose koncentrike shoqëruese në AF (87).

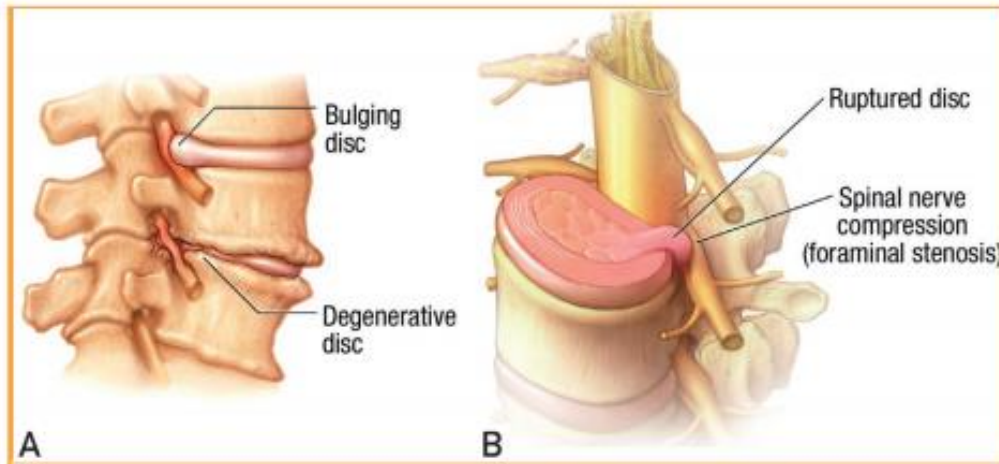


Figura 5. Ndryshime degjenerative të vertebrave

Përpos përparimeve të shumta të kohëve të fundit, çështja kryesore është se si fillon dhe mbahet inflamacioni që çon në CLBP. Një shpjegim i mundshëm mund të përfshijë rritjen e nervave të aftë për të sinjalizuar dhimbje të thellë në strukturat unazore (88). Një hipotezë tjetër përfshin një klasë molekulash, të quajtura modele molekulare të lidhura me dëmtimin (DAMP), duke përfshirë acidin hialuronik dhe fragmentet e fibronektinës, të afta për të stimuluar inflamacionin steril të diskut përmes veprimit të citokinave pro-inflamatore (IL-1beta, IL-6, dhe IL-8) dhe enzimat degraduese të matriksit (MMP-1, MMP-3 dhe MMP-13) (87). Gjithashtu, infeksioni bakterial anaerobik subklinik, i nxitur nga kushtet hipoksike, mund të ketë një rol në zhvillimin e dhimbjeve diskogjenike (88). Imazhet e MRI mund të zbulojnë ndryshimet në pllakat e fundit dhe në palcën e kockave, të tilla si edema e trupave vertebrale (tipi Modik 1). Provat klinike kanë treguar se disa pacientë që vuajnë nga LBP kanë përmirësim pas amoksisilin/klavulanatit (88,89). Për më tepër, diabeti rrit rrezikun e zhvillimit të DD të dhimbshme sepse produktet përfundimtare të glukozilimit (AGE) nxisin katabolizmin dhe inflamacionin (90). MRI nuk mund të evidentojë përfundimisht nëse një disk është i dhimbshëm (91). Diskografia provokuese synon të riprodhojë dhimbjen e pacientëve përmes injektimit të kontrastit gjatë fluoroskopisë së drejtpërdrejtë plus imazherin e CT për të sqaruar anomalitë morfologjike të diskut (92). Sidoqoftë, dobia klinike e diskografisë dhe saktësia e saj diagnostike është një çështje polemike për shkak të specificitetit të ulët. Përtej ndërlikimeve të raportuara si diskiti, dëmtimi neurologjik, dëmtimi i organeve të brendshme dhe reaksionet (93), është demonstruar se punkcioni i diskut lumbar mund të çojë në DD të përshpejtuar të dokumentuar me MRI. Mekanizmi ka të ngjarë të jetë multifaktorial: dëmtimi strukturor i shkaktuar nga gjilpëra, presioni dhe toksiciteti i lëndës së kontrastit (94).



## 7.0 Pasojat e dhimbjes lumbare

Me deklaratën: 'Dhimbja e shpinës në thelb nuk e shkurton jetën' Carey shprehu atë që duket të ketë qenë një pikëpamje e zakonshme e dhimbjes së mesit, si e padëmshme nga ana mjekësore. Sidoqoftë, është e njohur që ankesat muskuloskeletike, dhe dhimbjet e shpinës në veçanti, ndikojnë në cilësinë aktuale të jetës (95).

Dhimbja e fundit të shpinës mund të fillojë si akute për shkak të një dëmtimi, por mund të bëhet kronike. Menaxhimi i dhimbjes në mënyrë të përshtatshme në një fazë të hershme mund të ndihmojë në kufizimin e simptomave në kohë dhe ashpërsi.

Dhimbja e fundit të shpinës zakonisht karakterizohet nga një kombinim i simptomave të mëposhtme:

– Lodhje, dhembje. Dhimbja që mbetet në pjesën e poshtme të shpinës (dhimbje aksetale) zakonisht përshkruhet si e shurdhër dhe e dhimbshme aq sa e djegies, e dhimbjes ose e mprehtësisë. Ky lloj i dhimbjes mund të shoqërohet nga spazma të buta ose të ashpër të muskujve, lëvizje të kufizuara dhe dhimbje në ijë dhe legen.

– Dhimbje që udhëton në vithe, këmbë dhe shputë. Ndonjëherë dhimbja e fundit të shpinës përfshin një ndjesi të mprehtë, të ndjeshme, ndjesi shpimi ose mpirjeje që lëviz poshtë kofshëve, në këmbë dhe shputa, të quajtur gjithashtu irakenë. Ikisha është shkaktuar nga acarimi i nervit shqiatik, dhe zakonisht ndihet vetëm nga njëra anë e trupit.

– Dhimbja që është më e keqe pas uljes së zgjatur. Të ulurit vendos presion mbi disqet, duke shkaktuar dhimbje të fundit të shpinës për t'u përkeqësuar pas të ulurit për periudha të gjata kohore. Ecja dhe shtrirja mund të lehtësojë shpejtë dhimbjen e shpinës, por kthimi në një pozicion ulur mund të shkaktojë simptoma që kthehen.

– Dhimbja që ndihet më mirë kur ndryshon pozicionet. Në varësi të shkakut të dhimbjes, disa pozicione do të jenë më të rehatshme se të tjerët. Për shembull, me stenozen kurrizore që ecin normalisht mund të jetë e vështirë dhe e dhimbshme, por përkulja përpara në diçka, si psh., karroca, mund të zvogëlojë dhimbjen. Si ndryshojnë simptomat me pozicionet që ndryshojnë, mund të ndihmojnë në identifikimin e burimit të dhimbjes.

Në Suedi dhimbja e shpinës është një nga shkaqet më të zakonshme të raporteve shëndetësore dhe humbjes së produktivitetit (96), një shkak kryesor i pensionit për aftësinë e kufizuar por jo një shkak madhor i hospitalizimeve (97). Dhimbja e shpinës është një arsye e shpeshtë e marrjes së shërbimit shëndetësor parësor ambulator me frekuentim më të shpeshtë në pacientët që perceptojnë më shumë dhimbje (98). Shtrimi në spital për lumbagon mund të supozohet se është shkaktuar nga etiologji të tjera të

dhimbjes së shpinës ose nga perceptimi më i shtuar i pacientëve për dhimbjen dhe paaftësinë e tyre, si më të rënda sesa ai i pacientëve që kërkojnë dhe marrin vetëm kujdes ambulator. Dhimbja e shpinës mund të parashikojë shtrimet e ardhshme në spital për LBP (99). Në një rishikim të fokusuar në raportin mjekësor të sëmundjeve, u arrit në përfundimin se nuk kishte dëshmi të efekteve në ditët e pushimeve për variablat e lidhura me dhimbjen e shpinës, të tilla si prania e dhimbjes në këmbë, severiteti i çrregullimit të shpinës, shpërndarja e dhimbjes, intensiteti i dhimbjes ose problemet e mëparshme të shpinës. Nga ana tjetër, dhimbja e shpinës, e poshtme dhe e sipërme, ka treguar se parashikon mungesën e sëmundjes në të ardhmen, për dhimbjen e shpinës dhe çrregullimet e tjera. Dhimbja shiatike, përdorimi i analgjezikeve dhe profesionet me punë të rënda të pakualifikuar fizike është treguar të rrisë mungesën e në punë për shkak të dhimbjes së shpinës. Raportimi i lumbagos gjithashtu është shoqëruar me një rritje në pensionin e invaliditetit të të gjitha shkaqeve. Në disa studime është vlerësuar efekti i dhimbjes së shpinës në mbijetesë. Me përjashtim të zbulimit të Penttinen për rritjen e rrezikut të vdekjes nga sëmundja ishemike e zemrës tek burrat e moshës 30-49 vjeç me dhimbje shpine, nuk janë demonstruar ndryshime në vdekshmëri (100).

Lumbago është një nga simptomat dhe gjendjet më të zakonshme që shtyjnë individët të kërkojnë konsultë mjekësore. Efektet e dhimbjes së shpinës në shoqëri janë të rëndësishme, si epidemiologjikisht ashtu edhe ekonomikisht, dhe kjo ka të ngjarë të rritet akoma më shumë për shkak të një kombinimi të qëndrimeve dhe pritshmërive, teknikave të menaxhimit mjekësor dhe sigurimit social. Prandaj, lumbago duhet të trajtohet gjithmonë si një sëmundje komplekse në të cilën është e detyrueshme që të përcaktohet një diagnozë e saktë e gjeneruesve të dhimbjes para fillimit të çdo trajtimi. Të gjithë udhërrëfyesit e disponueshëm aktualisht theksojnë rëndësinë e një qasjeje multimodale dhe multidisiplinare në mënyrë që të përcaktohet një strategji për të zgjidhur problemin dhe jo thjesht të lehtësojë dhimbjen simptomatike. Së fundi, një ndjekje e kujdesshme është e rëndësishme për të përshtatur strategjitë tona terapeutike ndaj manifestimeve klinike dinamike të lumbagos kronike.

Indikacionet e një gjendje më të komplikuar, të quajtura shpesh si ‘flamujt e kuq’ , përfshijnë si më poshtë:

- 1) Trauma recente sinjifikante ose traumë më e lehtë , mosha <50 vjeç
- 2) Humbje e pashpjeguar në peshë
- 3) Temperaturë e pashpjeguar
- 4) Imunosupresion
- 5) Histori kanceri
- 6) Përdorim i drogave intravenoze
- 7) Përdorim i zgjatur i kortikosteroideve, osteoporozë
- 8) Mosha >70 vjeç
- 9) Deficite fokale neurologjike progresive ose simptoma paaftësie

10) Kohëzgjatje mbi 6 javë

## 8.0 Diagnostikimi i lumbagos

Në udhërrëfyesit për menaxhimin e LBP, triazhi diagnostik përdoret për të grupuar pacientët me qëllim identifikimin e atyre që kanë dhimbje të shkaktuara nga patologji serioze dhe mekanizma të tjerë që kërkojnë trajtim specifik, dhe për të ndihmuar në menaxhimin e dhimbjes në pacientët e tjerë. Kjo është një formë e klasifikimit të pacientëve. Një sistem tjetër i zakonshëm i klasifikimit është Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve (ICD), i cili përdoret në rutinë në shërbimin shëndetësor suedez. Asnjë nga këto sisteme nuk drejtohet ndaj dhe ato janë të papërshtatshme për, klasifikimin e grupit më të madh të pacientëve, atyre të cilët janë diagnostikuar me LBP jospecifike. Për të përmirësuar menaxhimin, është bërë përpjekje për grupimin e pacientëve në grupe më të mirëpërcaktuara. Klasifikimi është ndërmarrë në bazë të strukturës pato-anatomike, gjetjeve klinike, karakteristikave psikologjike, gjendjes shëndetësore dhe statusit të punës dhe kombinimeve të tyre (101). Shumica e këtyre sistemeve kanë për qëllim klasifikimin e pacientëve, jo diagnozave. Vetëm disa sisteme mund të përdoren për të klasifikuar diagnozat e të gjitha dhimbjeve të shpinës pa kufizim. Nuk ka asnjë sistem të klasifikimit të pranuar gjerësisht për dhimbjet e shpinës (99). Mjekët e specialiteteve të ndryshme takojnë pacientë të ndryshëm. Kështu mund të pritet që ata të përdorin terma të ndryshëm diagnostikues (100). Nuk dihet nga studimet klinike nëse ata do të përdorin ose jo të njëjtat terma diagnostikuese nëse hasen me kategori të ngjashme të pacientëve me LBP. Për më tepër, ndikimi i mundshëm i termave diagnostikë në terapi dhe prognozë për LBP nuk ka qenë një fokus në studimet e kontrolluara. Dallimet në ndërtimin e diagnozës së LBP, për shembull përdorimi i ekzaminimeve radiologjike dhe testeve të gjakut, janë demonstruar midis mjekëve dhe kiropraktikuesve, si dhe midis mjekëve të specialiteteve të ndryshme (102). Dallime të mëdha në skemat terapeutike janë gjetur gjithashtu në zona të ngushta gjeografike, duke reflektuar mungesën e konsensusit profesional për trajtimin e dhimbjeve të shpinës (103).

Një pikëpamje e përhapur në literaturën e dhimbjeve të shpinës, si dhe mes njerëzve laikë dhe profesionistëve mjekësorë, është se nevojitet një diagnozë specifike, që tregon pato-morfologjinë ose fizpatologjinë e saktë për të menaxhuar me sukses dhimbjen (104, 105). Në praktikën klinike, si dhe në studime, ky qëllim është shpesh i vështirë për tu arritur (106). Në mënyrë të ngjashme, dikush mund të argumentojë se përpjekjet për të vlerësuar ndikimin e ardhshëm të dhimbjes së shpinës nuk do të jenë të frytshme nëse shkaku i dhimbjes nuk specifikohet. Nga ana tjetër, LBP jo-spezifike është një term i përdorur shpesh dhe jep përshkrimin më të mirë të grupeve të sëmurëve me dhimbje shpine pasi vetëm një pjesë të të prekurve u caktohet një diagnozë specifike (3, 107).

## 8.1 Radiografia

Radiografite rekomandohen kur ndonje nga shenjat alarmante te mesiperme jane te pranishme. 3,4. Radiografite lumbare mund te jene te mjaftueshme per vleresimin fillestar te shenjave alarmante te meposhtme:

- 1) Trauma recente e rendesishme (ne cdo moshë)
- 2) Osteoporoza
- 3) Moshë >70

Vleresimi fillestar i pacientit me LBP mund te kerkoje imazheri te metejshme nese ekziston dyshimi per kancer ose infeksion.

## 8.2 Si diagnostikohet ?

Procesi i diagnostikimit fokusohet kryesisht ne triazhimin e pacientit me dhimbje mesi specifike dhe jospecifike. Dhimbja e mesit (lumbago) specifike perkufizohet si simptoma te shkaktuara nga nje mekanizem fizpatologjik specifik, si hernia e pulpit berthamor, infeksionet, osteoporoza, artriti rheumatoid, fraktura, apo tumor. Gjate marrjes se anamnezës dhe ekzaminimit fizik ne dhimjet e mesit, dhe vecanerisht ne iskiatiket, eshte e rendesishme te hetohet per shkaqet.

Marrja e nje diagnoze te sakte qe identifikon shkakun themelor te dhimbjes dhe qe nuk lidhet vetem me simptomat, eshte e rendesishme ne udhëheqjen e trajtimit.

Si themel i procesit diagnostikues, pacienti jep nje pershkrim te detajuar te simptomave dhe historise mjekësore. Nga ky informacion, nje mjek fizioterapeut zakonisht do te ketë nje ide te pergjithshme te burimit te dhimbjes se pacientit.

Qellimi i nje testi fizik eshte te kufizojë me tej shkaqet e mundshme te dhimbjes. Nje test tipik fizik per dhimbjen e fundit te shpines përfshin disa kombinime te hapave ne vijim:

Prekje- Palpimi. Nje mjek do te ndiejë me dorë (i quajtur edhe palpim) pergjate fundit te shpines per te gjetur ndonje spazme muskulore ose ngushtesi, zona te butesisë ose anomalite e përbashkëta.

Testet neurologjike. Diagnoza ka te ngjarë te përfshijë nje test motorik, i cili përfshin lëvizjen manuale te ijëve, gjurit dhe shtrirjes se shpites se madhe dhe perkuljes (lëvizja përpara dhe prapa), si dhe lëvizjen e kyçit te këmbës. Nje test ndijor ka te ngjarë te përfshijë testimin e reagimit te pacientit ne prekjen e lehtë, nje gjilpërë pin, ose shqisave te tjera ne pjesën e poshtme te trungut dhe këmbët.

Gama e testit te lëvizjes. Pacientit mund t'i kerkohej te perkulem ose te kthehet ne pozicione te caktuara. Keto aktivitete jane bere per te kerkuar pozicione qe perkeqesojne

ose rikrijonë dhimbjen dhe për të parë nëse lëvizjet e caktuara janë të kufizuara nga sikleti.

Testi i refleksit. Reflektimet e pacientit në këmbë do të kontrollohen për të vlerësuar refleksat e dobëta dhe ulur forcën e muskujve. Nëse refleksat zvogëlohen, rrënja e nervit nuk mund të përgjigjet siç duhet.

Testi i ngritjes së këmbës. Pacientit i kërkohet të shtrihet në anën e pasme dhe të ngrejë një këmbë aq të lartë dhe sa më të drejtë të jetë e mundur. Nëse kjo këmbë ngrihet rikrijon dhimbjen e fundit të shpinës, atëherë mund të dyshohet për një disk të herniuar.

Zakonisht, mjeku është në gjendje të diagnostikojë dhimbjen e fundit të shpinës bazuar në informacionin e mbledhur nga një histori mjekësore dhe një provim fizik, dhe testimi i mëtejshëm nuk është i nevojshëm.

Alerti duhet të ngrihet kur në historikun e pacientit ka një sëmundje malinje të mëparshme, temperaturë, humbje në peshë të pashpjegueshme, imunosupresion, përdorim i zgjatur i kortikosteroideve, përdorim i drogave intravenoze, simptoma të traktit urinar, trauma, dhe inkontinencë apo retension të vezikës urinare apo intestinit. Të dhënat e ekzaminimit fizik që duhet të shqetësojnë mjekun mund të jenë ulje apo humbje e tonusit të sfinkterit anal, anestezia spinale, dobësi muskulare sinjifikante, ndjeshmëri vertebrale, dhe simptoma neurologjike persistente apo të përkeqësuar (108). Prania apo mungesa e ketyre shenjave alarmuese dikton nëse duhet të ndiqet ndonjë ekzaminim i mëtejshëm. Tre modalitete imazherike mund të përdoren në qartësimin e diagnozës së dhimbjes së mesit: radiografia e thjeshtë (X-ray), tomografia e kompjuterizuar (CT), dhe rezonanca magnetike (MRI). Radiografia e thjeshtë konsiston në pamje të kolonës lumbosakrale anteroposteriore dhe laterale. Grafia e bacinit dhe pelvisit mund të konsiderohet nëse mendohet se dhimbja referohet nga bacini apo pelvisi. Filmi jep të dhëna për fraktura, malinjanca, spondilolistezë, ndryshime degjenerative, ngushtim të hapësirave intervertebrale, infeksione apo kirurgji të mëparshme. Ajo nuk vlerëson dot disqet, ligamentet, mbaresat nervore, dhe infeksionet (109). Përdorimi i filmave zakonisht kufizohet për rastet e traumave recente sinjifikante, trauma mesatare të freskëta në pacientë mbi 50 vjeç, në pacientë me histori të përdorimit të zgjatur të glukokortikoideve apo në osteoporozë, ose në rastet kur pacienti është mbi 70 vjeç. CT dhe MRI të kolonës lumbosakrale janë më të ndjeshme se filmat e grafisë por janë të indikuara vetëm për pacientët me dhimbje mesit akute kur të dhënat klinike sugjerojnë situatë emergjente që ka prekur kolonën, si sindromi i kauda equine, infeksionet, fraktura me komprimim neurologjik, radikulopati akute me deficite neurologjike progressive, dhe tumoret. CT është superior ndaj MRI në evidentimin e anomalive kockore (p.sh sëmundje të artikulacioneve sakroiliake, frakturat) dhe mund të jetë i dobishëm për zbardhjen e mëtejshme të situatës kur ka të dhëna jonormale në radiografi, apo në rastet e traumave recente. Megjithatë, MRI preferohet më shumë se CT pasi siguron pamje më të mirë të

strukturave jokockore (psh, disqet, nervat) dhe nuk e ekspozon të sëmurin ndaj rrezatimit (rrezatimi nga një CT lumbosakral mund të jetë mbi 10 herë më i lartë krahasuar me radiografinë) (110). Zgjedhja e llojit të imazherisë mund të ndikohet edhe nga kundërindikacioni për MRI (p.sh. implantet metalike) dhe nga disponueshmëria e MRI.

Ka arsye për tu menduar dy herë përpara se të zgjidhet lloji i imazherisë në një pacient me dhimbje akute mesi dhe pa shenja alarmuese. Së pari, dhe më e rëndësishmja, në pjesën më të madhe të rasteve lumbago akute është mekanike dhe jopatologjike; më pak se 5% e rasteve me lumbago kanë si shkaktar sëmundjet sistemike serioze (111). Së dyti, mbi 90% e pacientëve me lumbago akute përmirësohen brenda 2 javësh (112).

Duke menduar kohën e shkurtër të zgjidhjes së simptomave në shumicën e pacientëve me lumbago akute, imazheria e hershme mund ta ekspozojë pacientin ndaj një rrezatimi të panevojshëm dhe me risk për malinjitet. Së treti, gjetjet radiologjike jo gjithmonë mund të korrespondojnë me simptomat e pacientit. Trajtimi i pacientëve i bazuar vetëm në të dhënat radiografike mund të çojë në ndërhyrje të panevojshme, shtim të kostove shëndetësore, dhe mund t'i shkaktojë ankth pacientit. Për shembull, studimet kanë treguar se rreth 60% e individëve pa simptoma të shpinës kanë fryrje të diskut dhe protrusion në MRI (113). Së fundmi, imazheria e hershme në lumbagon akute pa shenja të një etiologjie serioze, nuk ka treguar ndikim në përmirësimin e rezultateve përfundimtare apo në satisfaksionin e të sëmurit. Një studim ka treguar se përshkrimi i stenozave, komprimimit të mbaresave nervore, apo i të djave në MRI në 48 orët e para të fillimit të një dhimbje radikulare akute, nuk ka ndikuar në rezultatet pas 6 javëve të trajtimit konservativ (114). Studime të tjera kanë treguar se vlerësimi me MRI për siguri, nuk ka çuar në një prognozë më të mirë (115) dhe ndërgjegjësimi i pacientit për gjetjet nga imazheria nuk ndikon në rezultatet dhe është i lidhur me një situatë diskomforti për pacientin (116). Një rishikim i studimeve parashikuese të lumbagos akute ka treguar se variablat psikosociale (p.sh. sjellja përballuese, komorbiditetet psikiatrike) janë parashikues shumë më të fortë të paaftësisë afatgjatë sesa gjetjet radiografike (117). Përfundimi është se 80% e të rriturve kërkojnë kujdes në një moment të caktuar për dhimbjen akute të mesit (118) dhe, në shumicën e rasteve, dhimbja zakonisht zgjidhet me menaxhim konservativ. Të planifikosh një MRI (ose imazheri të tjera) për çdo pacient që vjen me dhimbje akute të shpinës është një konsumim i tepërt i burimeve dhe burimeve të çmuara të kujdesit shëndetësor. Qasja më e arsyeshme, në mungesë të shenjave alarmante, është menaxhimi konservativ; Imazheria duhet të merret parasysh vetëm nëse pacienti nuk përmirësohet siç pritej ose nëse më vonë shfaqen shenja alarmante. Gjithashtu, është jashtëzakonisht e rëndësishme që të merrni kohë për të shpjeguar diagnozën, trajtimin dhe planin e menaxhimit për pacientin. Studimet kanë treguar se pacientët të cilët mendojnë se u është dhënë një shpjegim i mjaftueshëm për etiologjinë e problemit të tyre, ka më pak të ngjarë të kërkojnë teste diagnostikuese dhe ka më shumë gjasa të jenë të kënaqur me vizitën (119, 120). Sigurimi është çelësi.

### **8.3 Imazhet Radiologjike**

Imazhet radiologjike diagnostikuese të lumbagos nevojiten vetëm në një numër të vogël pacientësh, kryesisht në ata që nuk i përgjigjen mirë mjekimit konservativ përgjatë një periudhe kohore të caktuar (121). Imazheria duhet të përdoret fillimisht për të konfirmuar diagnozën që dyshon mjeku dhe /ose për të përjashtuar ndonjë situatë serioze që mund të fshihet. Studimet e fundit kanë treguar rritje të konsiderueshme të kostos lidhur me këtë diagnozë në dy dekadat e fundit; psh me rritje rreth 300 % në MRI (122). Kjo rritje dramatike në shkallën e imazherisë nuk korrespondon me rritje në shkallën e përmirësimit të pacientit, por me rritje të numrit të kirurgjive. Rishikimet sistematike dhe udhërrëfyesit për lumbagon jospesifike nuk rekomandojnë ekzaminime imazherike në rutinë, dmth nëse nuk ka të dhëna për deficite neurologjike apo sëmundjë të tjera serioze të dyshuara. Është e rëndësishme të mbahet në konsideratë se vlera e imazherisë konfondohet nga prevalence e lartë e ndryshimeve morfologjike edhe në pacientët asimptomatikë (123).

### **8.4 Radiografia e thjeshtë**

Radografia e thjeshtë në LBP përdoret fillimisht për të vlerësuar anatominë dhe jep informacion për strukturat kockore. Ky ekzaminim vlerëson lartësinë e diskut dhe vertebrave, si dhe të dhëna të tjera indirekte që tregojnë degjenerimin si osteofitet dhe osteoartritin FJ. Fuqia e radiografisë në LBP qendron në vlerësimin e imazheve axiale të kolonës që mban peshën trupore. Qendrimi i kolonës lumbare evidentohet nën ngarkesën axiale me aftësinë për të zbuluar paqendrueshmërinë e lidhur me ngarkesën. Radiografia përdoret në LBP kryesisht për të përjashtuar fillimisht anomalitë strukturore që shpjegojnë dhimbjen, si frakturat kompresive, olistezën, dhe anomalitë kongenitale (124).

### **8.5 Tomografia e kompjuterizuar (CT)**

Në vendosjen e diagnozës së LBP, nuk mjafton vetëm CT scan, pasi ka kufizimet e veta ndër ekzaminimet e tjera imazherike. Përpos optimizimit të teknikave të CT si reduktimi i rrezatimit, disavantazhi kryesor i CT ndaj MRI mbetet ekspozimi ndaj rrezatimit (125). MRI për shkak të përsosjeve në vitet e fundit, me rezolucion më të lartë dhe rritje të fuqisë së fushës, ka zëvendësuar thuajse plotësisht CT sa i përket imazherive të kolonës. CT sidoqoftë përdoret post – diskografisë për të shfaqur morfologjinë diskut të brendshëm, por kombinimi i CT me diskografinë mbetet superior si ekzaminim sa i përket morfologjisë së diskut krahasuar me secilin ekzaminim veç e veç. (126).

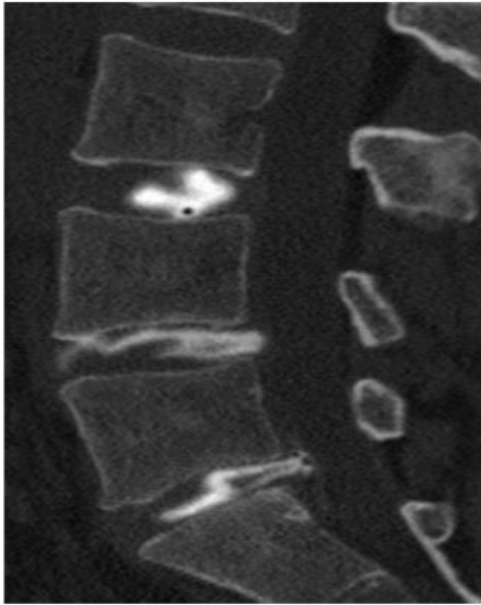


Figura 6. CT-diskografi. L3/L4

### 8.6 Rezonanca Magnetike (MRI)

MRI është ekzaminimi imazherik më i përdorur për sëmundjet degjenerative të diskut, duke qënë mjaft i rëndësishëm, por jo ekskluziv në imazherinë e disqeve degjenerative (127). MRI është një mjet i përsosur për të vlerësuar indet e buta si pamja e diskut, strukturat nervore, ligamentet dhe kanalin spinal. Strukturat kockore gjithashtu vizualizohen mjaft mirë nëpërmjet MRI, ndonëse me disa kufizime. Hidratimi i diskut vlerësohet nëpërmjet MRI. Në imazhet T2-Weighted, një disk i shëndetshëm, i hidratuar, ka sinjal më të shtuar, ndërsa me shtimin e dehidrimit disku fillon të humbasë sinjalin, duke u shndërruar në ngjyrë më të errët, me humbje të përputhjeve mes NP dhe annulusit, në format më severe të disqeve degjenerative. Disqet e degjeneruar klasifikohen në MRI nëpërmjet klasifikimit Pfirrmann. Pavarësisht se është një ekzaminim imazherik i përsosur sa i përket diskut, nuk ka sensitivitet sa diskografia në vizualizimin e xhepave të brendshëm anularë. (128).

Si është prognoza?

Në përgjithësi, dekursi klinik i një episodi lumbago akute është i favorshëm, dhe dhimbja e paaftësia e lidhur me të zakonisht zgjidhen brenda pak javësh (129). Kjo ilustron nga të dhënat ku rreth 90% e pacientëve me dhimbje mesi në shërbimin shëndetësor primar, nuk kanë nevojë më për rikontrolle të mjeku pas një periudhe 3 mujore. Studiuesit sugjerojnë se në mjaft pacientë, simptomat e dhimbjes së mesit zbehen me kalimin e kohës. Shumica e pacientëve me dhimbje mesi kanë pasur një episod të mëparshëm, dhe



ataket akute shpesh ndodhin si përkeqësime të dhimbjes kronike. Pra, rekurenca mund të ndodhin. Gjithashtu, studiuesit kanë vlerësuar riskun kumulativ të të paktën një rekurence brenda një periudhe 12 mujore si 73% (intervali i besimit 59% deri 88%) (130). Severiteti i rekurencave, zakonisht është më i ulët, dhe nuk e detyron pacientin të paraqitet për vizitë mjeku. Vetëm një përqindje e ulët (5%) e këtyre pacientëve me episod akut të dhimbjes së mesit zhvillojnë formë kronike dhe paaftësi të lidhur me dhimbjen.

Sa efektive janë trajtimet për lumbagon akute?

Ekzistojnë të dhëna të forta se antiinflamatorët josteroidë lehtësojnë dhimbjen më mirë krahasuar me placebo. Pacientit i rekomandohet të aktivizohet pasi kjo ndihmon në rehabilitimin më të shpejtë dhe redukton paaftësinë kronike. Miorelaksantët lehtësojnë dhimbjen më mirë se placebo, por mund të shkaktojnë efekte anësore si marrje mendsh. Anasjelltas, disa të dhëna të forta tregojnë se regjimi në shtrat dhe ushtrimet specifike për shpinën (ushtrimet për forcimin, përkuhshmërinë, tendosjen, fleksionin dhe ekstensionin) nuk janë efektive. Këto mënyra të sipërpërmendura ishin po aq efektive sa placebo apo sa pa trajtim fare. Disa të dhëna gjithashtu mbështesin efektivitetin e manipulimeve spinale, terapinë e sjelljes, dhe trajtimet multidisiplinare (për lumbagon subakute) në lehtësimin e dhimbjes. Së fundmi, asnjë e dhënë nuk ka treguar se metoda të tjera si akupuntura, suporti lumbar apo masazhet, të jenë efektive për lumbago akute (131).



Figura 7. MRI lumbare L3/L4

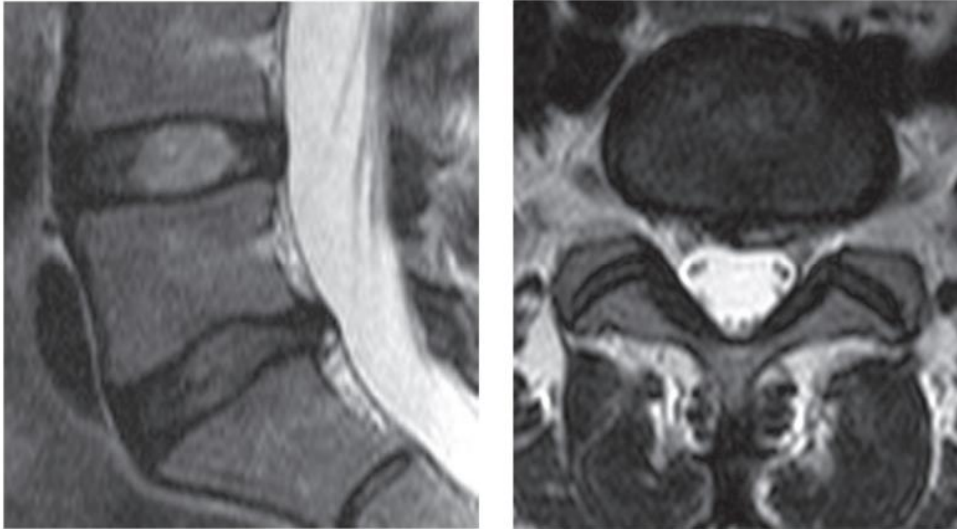


Figura 8. MRI Pamje e L5/S1. Pamje sagitale dhe aksiale

## **II METODOLOGJIA**

### 2.1 Qëllimi

Qëllimi i këtij studimi është të evidentojë korrelacionet imazherike me diagnozën specifike klinike, në pacientët me lumbago.

### 2.2 Objektivat

- Evidentimi i faktorët e riskut për dhimbje
- Vlerësimi i stilit të jetesës dhe sëmundjeve shoqëruese
- Evidentimi i simptomave dhe frekuencës së dhimbjes
- Lloji dhe frekuenca e gjetjeve imazherike
- Lokalizimi i degjenerimit të diskut sipas grupmoshës dhe BMI
- Përcaktimi i faktorëve prediktore të dhimbjes së ashpër

## 2.3 Materiali dhe metoda

### ➤ Tipi i studimit

Ky është një studim prospektiv i kryer në repartin e Urgjencës së Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” gjatë periudhës 2010-2014.

### ➤ Popullata e studimit

Ky studim përfshin 247 pacientë të paraqitur në repartin e Urgjencës së Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” me dhimbje lumbare dhe spinale.

Për të gjithë pacientët u mbodhen të dhënat e mëposhtëme:

#### Sociodemografike:

Gjinia

Mosha

BMI

Statusi civil

Niveli arsimor

Profesioni

#### Karakteristikat klinike të pacientëve

Tipi i dhimbjes

Kohëzgjatja e dhimbjes

Ashpërsia e dhimbjes

Lokalizimi anatomik i dhimbjes

Kufizimi i aktivitetit normal

Mungesat në punë

#### Faktorët e riskut për dhimbje

Stili i jetesës dhe sëmundjet shoqëruese

Simptomat dhe frekuenca e dhimbjes

Lloji dhe frekuenca e gjetjeve imazherike

Lokalizimi i degjenerimit të diskut

Lokalizimi i degjenerimit të diskut sipas grupmoshës

## 2.4 Metodologjia e analizës statistikore

Për analizën e të dhënave është përdorur programi statistikor SPSS 16.0.

Variablat e vazhdueshëm janë përmbledhur si mesatare  $\pm$  deviacionin standard (SD).

Për variablat kategorike është llogaritur përqindja e pacientëve në çdo kategori.

Është përdorur testi  $\chi^2$  dhe Fisher's exact test për krahasimin e përqindjes ndërmjet variablave kategorikë.

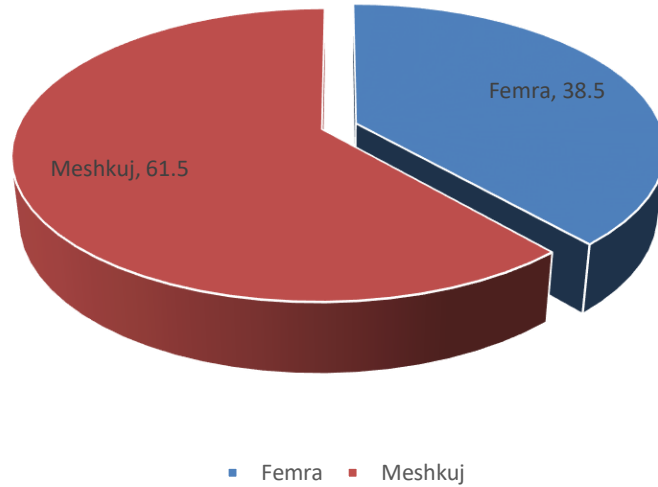
Është përdorur testi i studentit  $t$  për krahasimin e mesatereve të parametrave të variablave të vazhduar. Është përdorur korrelacioni parametrik i Pearson për vlerësimin e mardhënies së moshës me BMI.

Është përdorur analiza e regresionit logjistik multivariat i cili kontrollon për konfonduesit e mundshëm, për vlerësimin e shoqërimit të dhimbjes me gjetjet imazherike. Vlera e  $p \leq 0.05$  u konsiderua statistikisht e rëndësishme.

Të gjitha testet statistikore janë të dyanshme.

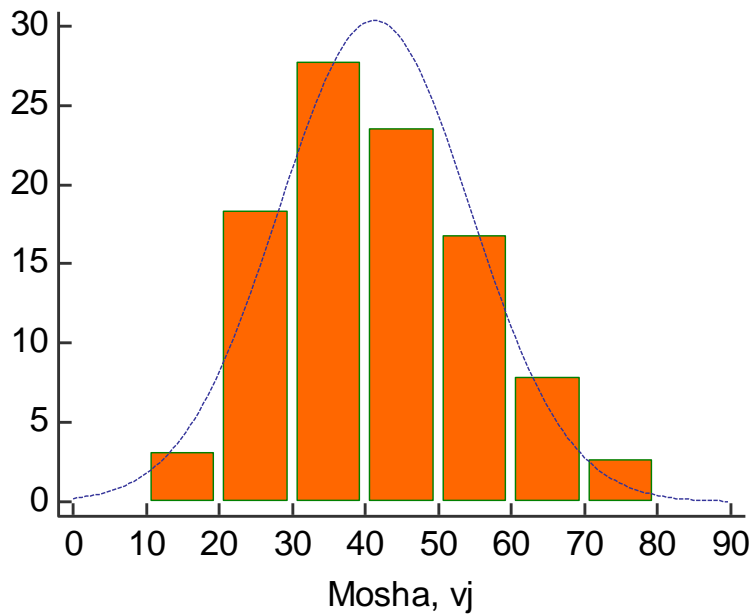
**III REZULTATE****Tabela 3. 1 Karakteristikat sociodemografike të pacientëve**

Variablat	N	%	P
<b>Gjinia</b>			
Femra	95	38.5	<b>&lt;0.01</b>
Meshkuj	152	61.5	
Mosha M (SD)	41.2 (13.1)	18-76	
<b>Grupmosha</b>			
<20	7	2.8	<b>&lt;0.01</b>
21-30	12	4.9	
31-40	28	11.3	
41-50	53	21.5	
51-60	78	31.6	
61-70	51	20.6	
>70	18	7.3	
<b>BMI</b>			
Peshë normale	61	24.7	<b>&lt;0.01</b>
Mbipeshë	78	31.6	
Obezë I	50	20.2	
Obezë II	43	17.4	
Obezë III	15	6.1	
<b>Statusi civil</b>			
Beqarë	22	8.9	<b>&lt;0.01</b>
Martuar	208	84.2	
Divorcuar	11	4.5	
I/e ve	6	2.4	
<b>Nveli arsimor</b>			
9-vjeçar	14	5.7	<b>&lt;0.01</b>
I mesëm	151	61.1	
I lartë	82	33.2	
<b>Profesioni</b>			
Punetorë	106	42.9	<b>&lt;0.01</b>
Fermerë	42	17.0	
Shtëpiake	23	9.3	
Punë zyrë-ulur	76	30.8	



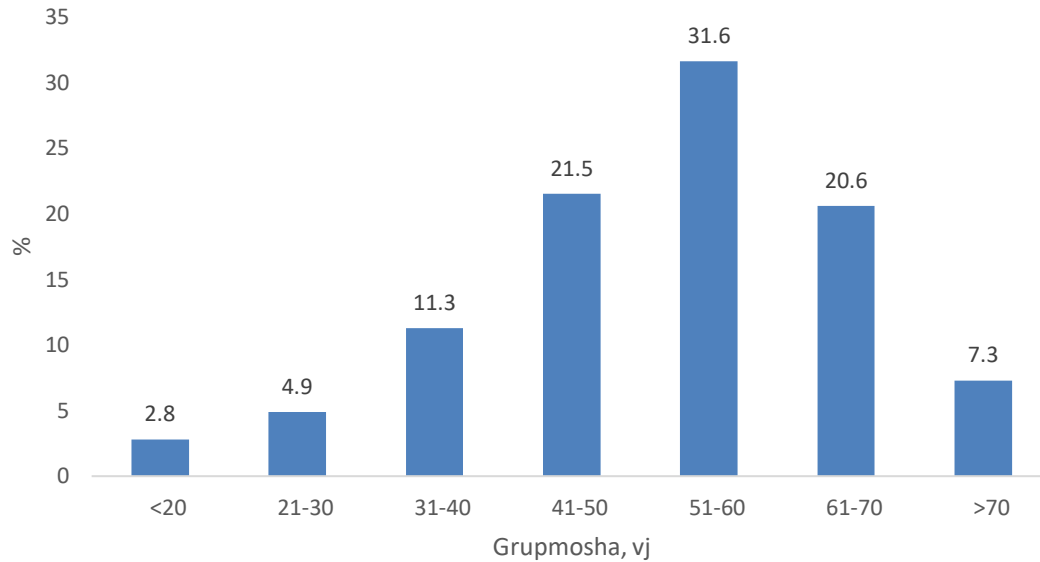
**Figura 3. 1 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë**

Në studim morën pjesë 247 pacientë nga të cilët 95 (38.5%) janë femra dhe 152 (61.5%) janë meshkuj ( $p < 0.01$ ).



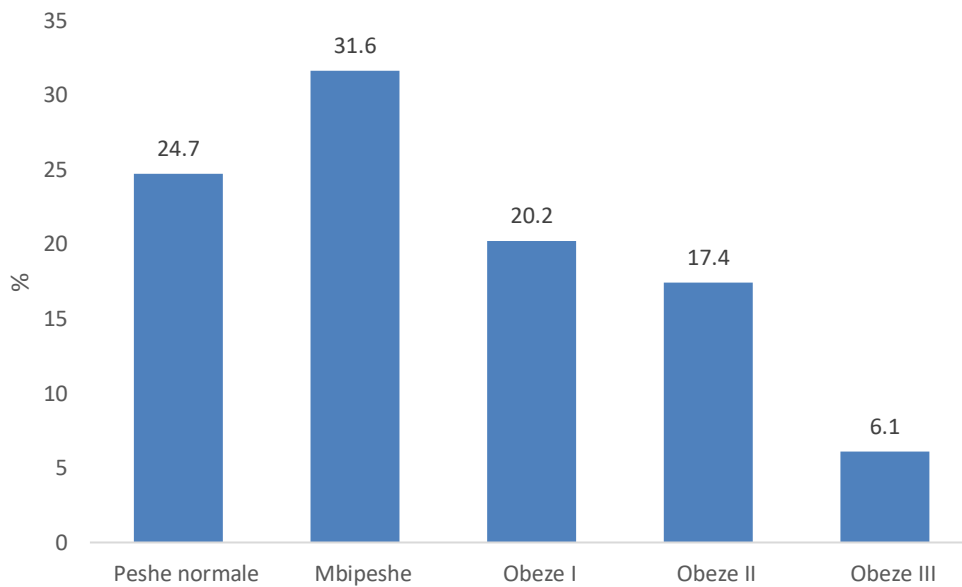
**Figura 3. 2 Histogrami i moshës së pacientëve**

Moshë mesatare e pacientëve është 41.2 (13.1) vj me rang nga 18 vjeç deri në 76 vjeç



**Figura 3. 3 Shpërndarja e pacientëve sipas grupmoshës**

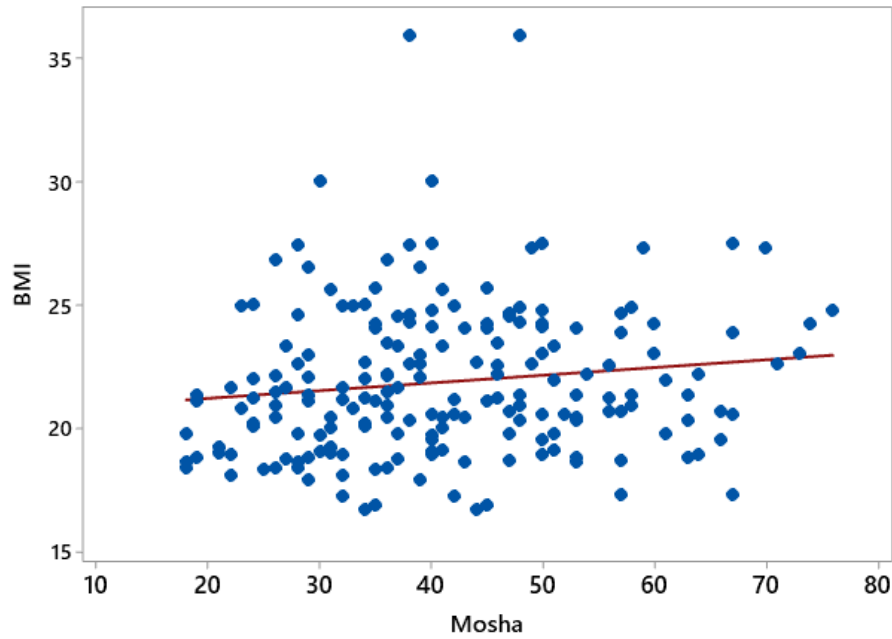
Mbizotëron grupmosha 51-60 vjeç me 31.6% të totalit të pacientëve, me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera, ( $p < 0.01$ ).



**Figura 3. 4 Shpërndarja e pacientëve sipas BMI**

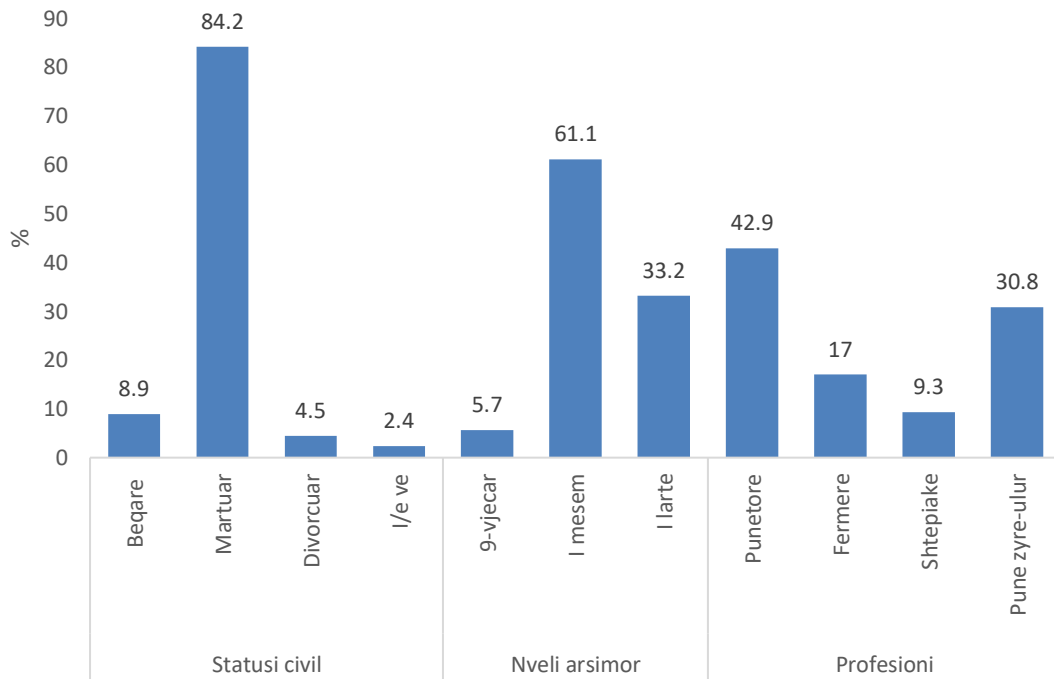
Në shpërndarjen e pacientëve sipas BMI 24.7% e tyre janë me peshë normale, 31.6% janë mbipeshë dhe 43.7% e tyre janë obezë të cilët klasifikohen: Obezë I 20.2%, Obezë II 17.4% dhe Obezë III 6.1%, ( $p < 0.01$ ).





**Figura 3. 5 Korrelacioni i moshës me BMI**

Nuk u gjet korrelacion sinjifikant i BMI me moshën ( $r=0.15$   $p=0.5$ ).

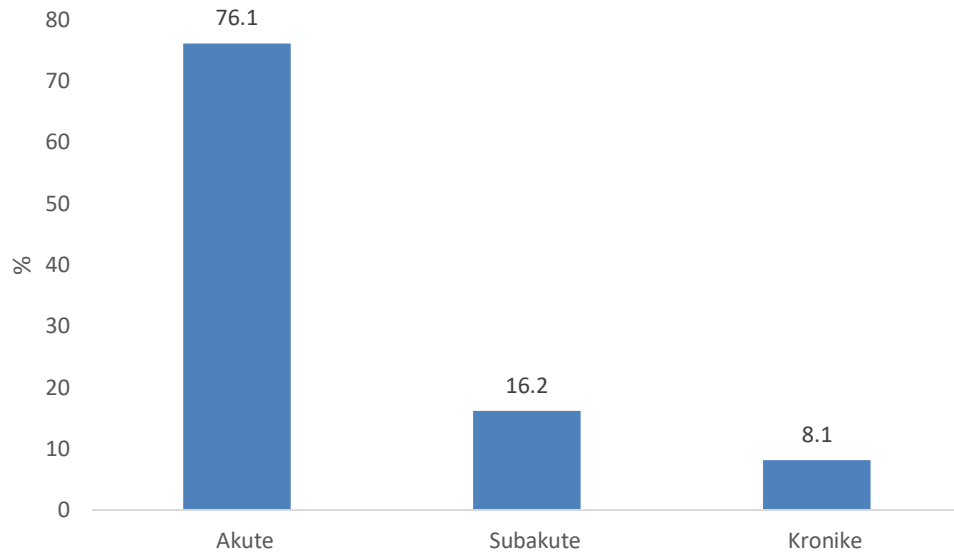


**Figura 3. 6 Shpërndarja e pacientëve sipas statusit civil, nivelit arsimor, profesioni**

Mbizoterojnë pacientët e martuar (84.2%) ( $p<0.01$ ), me arsim të mesëm (61.1%) ndjekur nga arsimi i lartë (33.2%) ( $p<0.01$ ). Në lidhje me profesionin mbizoterojnë punëtorët, ndjekur nga punonjësit me pune zyre që qëndrojnë ulur (30.8%) ( $p<0.01$ ).

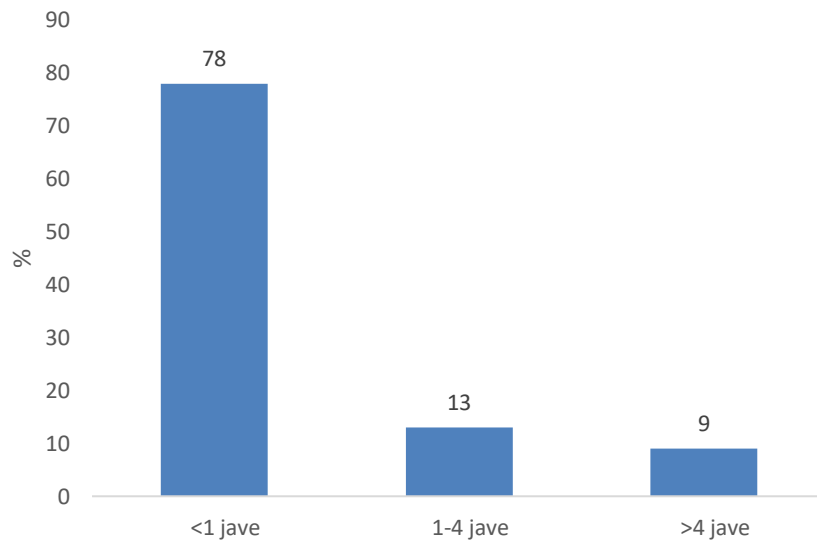
**Tabela 3. 2**Karakteristikat klinike të pacientëve

Variablat	N	%	P
<b>Tipi i dhimbjes</b>			
Akute	188	76.1	<b>&lt;0.01</b>
Subakute	40	16.2	
Kronike	20	8.1	
<b>Kohëzgjatja e dhimbjes</b>			
<1 javë	193	78.0	<b>&lt;0.01</b>
1-4 javë	32	13.0	
>4 javë	22	9.0	
<b>Ashpërsia e dhimbjes</b>			
E lehtë	35	14.0	<b>&lt;0.01</b>
Mesatare	57	23.0	
E ashpër	156	63.0	
<b>Lokalizimi anatomik i dhimbjes</b>			
Dhimbje lumbare	121	49.0	<b>&lt;0.01</b>
Dhimbje lumbare dhe spinale	94	38.0	
Dhimbje lumbare dhe koksofemorale	20	8.0	
Dhimbje lumbare dhe sakroiliake	12	5.0	
<b>Kufizimi i aktivitetit normal</b>			
Jo	93	37.7	<b>&lt;0.01</b>
Po	154	62.3	
<b>Mungesë në punë</b>			
Jo	144	58.3	<b>&lt;0.01</b>
Po	103	41.7	



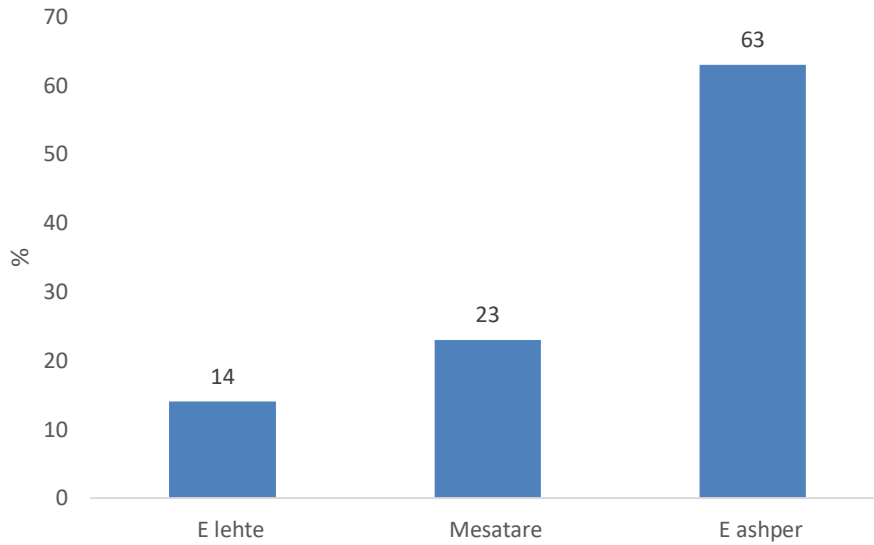
**Figura 3. 7 Tipi i dhimbjes**

Mbizotëron dhimbja akute (76.1%) ndjekur nga dhimbja subacute (16.2%) dhe kronike (8.1%) ( $p < 0.01$ ).



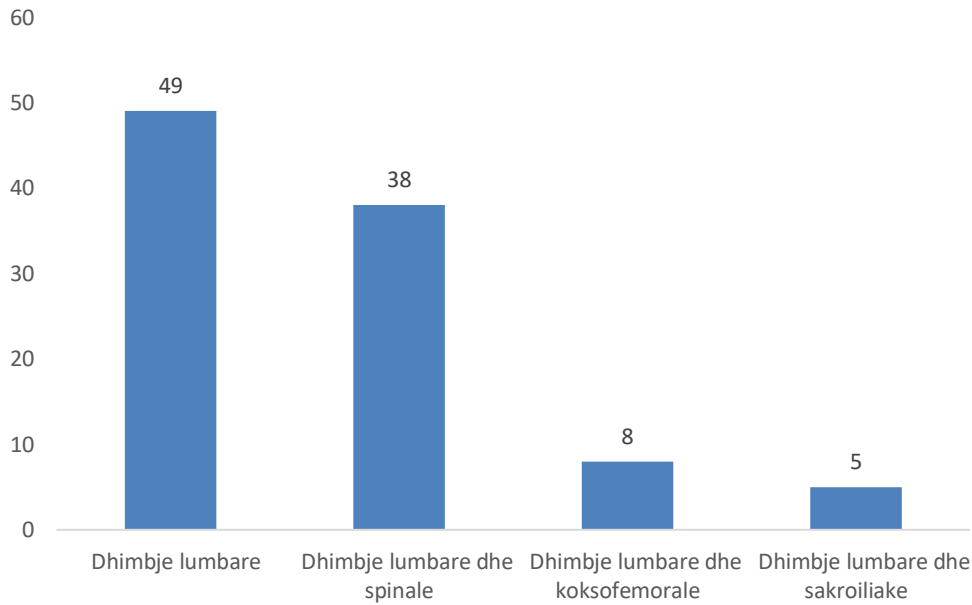
**Figura 3. 8 Kohëzgjatja e dhimbjes**

Kohëzgjatja e dhimbjes është <1 javë në 78% të pacientëve, 1-4 javë në 13% dhe >4 javë në 9% të tyre, ( $p < 0.01$ ).



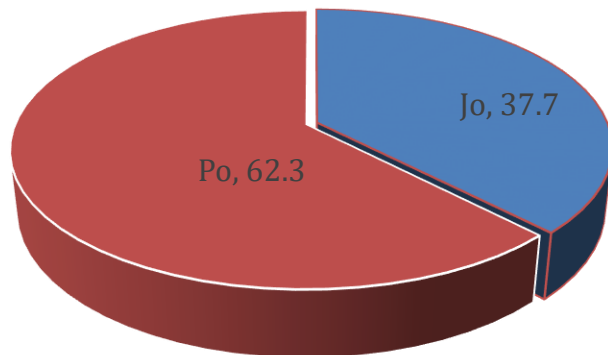
**Figura 3. 9 Ashpërsia e dhimbjes**

Mbizotëron dhimbja e ashpër në 63% të pacientëve ndjekur nga dhimbja mesatare (23%) dhe dhimbja e lehtë (14%), ( $p < 0.01$ ).

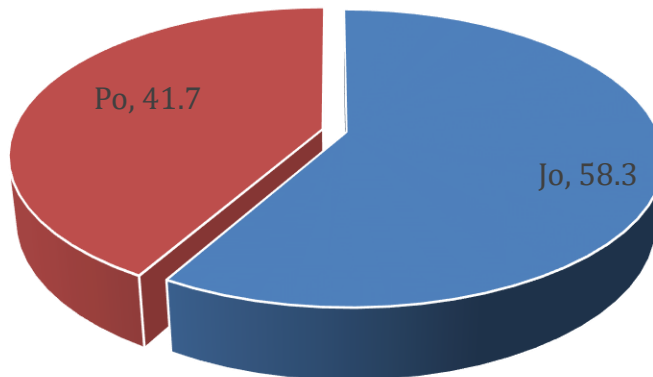


**Figura 3. 10 Lokalizimi anatomik i dhimbjes**

Mbizotëron dhimbje në regionin lumbar (49%), ndjekur nga dhimbje lumbare dhe spinale (38%), dhimbje lumbare dhe koksofemorale (8%) dhe dhimbje lumbare dhe sakroiliake (5%), ( $p < 0.01$ ).



**Figura 3. 11**Kufizimi i aktivitetit normal

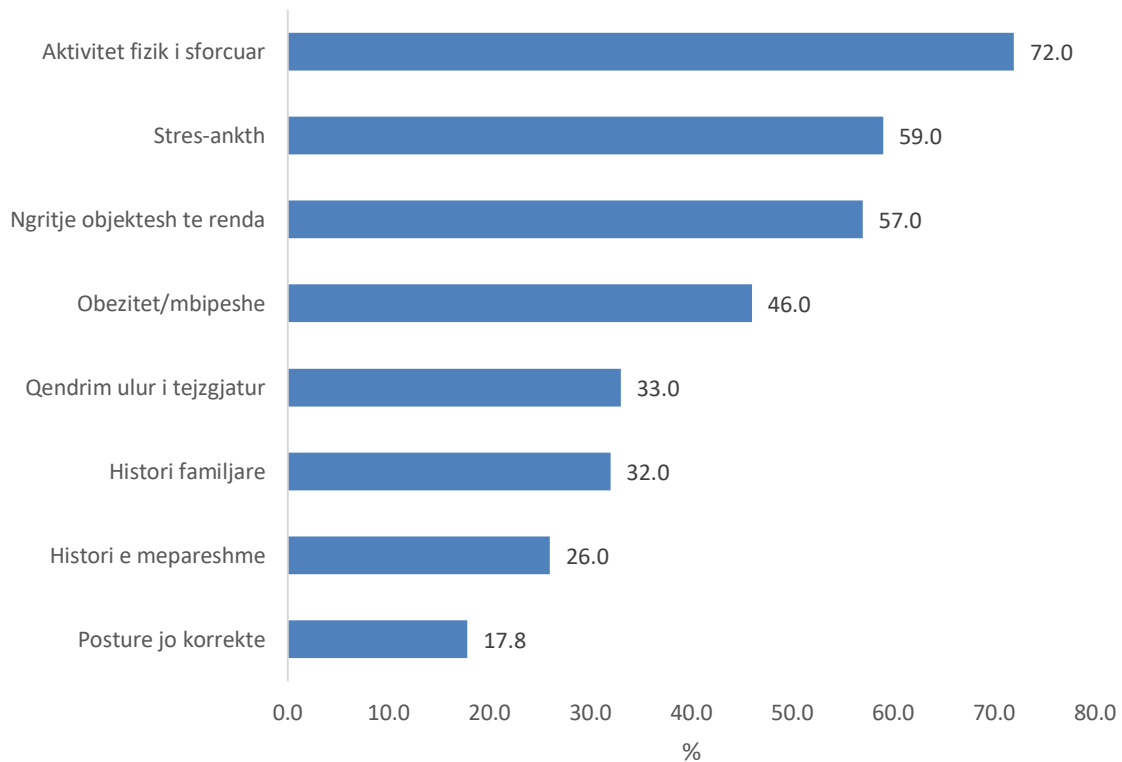


**Figura 3. 12**Mungesë në punë

Kufizim të aktivitetit normal referuan 62.3% e pacientëve ndërsa mungesa në punë 41.7% e tyre.

**Tabela 3. 3** Faktorët e riskut për dhimbje-lumbago

Faktorët e riskut për dhimbje	N	%
Histori e mëparshme	64	26.0
Aktivitet fizik i sforcuar	178	72.0
Ngritje objektësh të rënda	141	57.0
Qëndrim ulur i tejzgjatur	82	33.0
Stres-ankth	146	59.0
Histori familjare	79	32.0
Obezitet/mbipeshë	114	46.0
Posturë jo korrekte	44	17.8

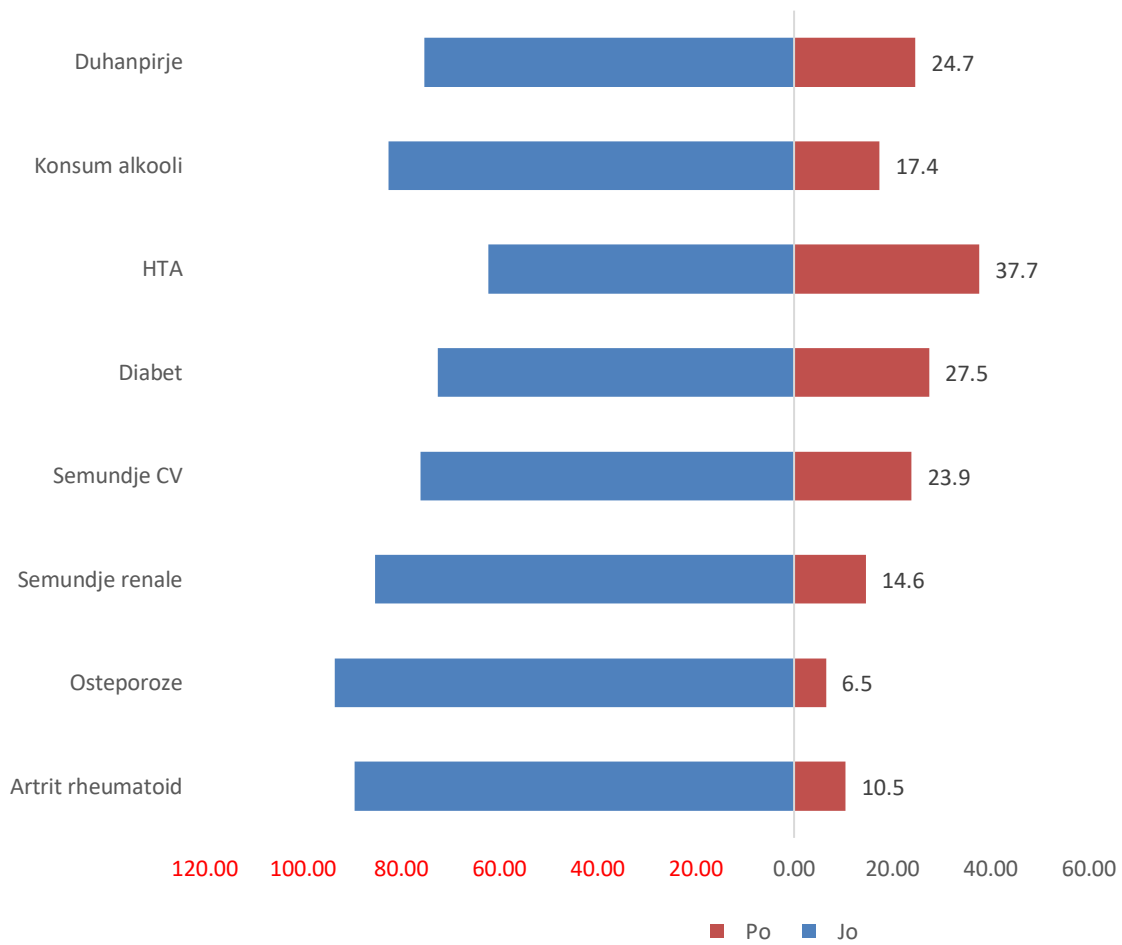


**Figura 3. 13 Faktorët e riskut për dhimbje**

Faktorët e riskut për dhimbje rezultuan: aktivitet fizik i sforcuar 72%, stres-ankth 59%, ngritje objektësh të rënda 57%, obeziteti/mbipeshë 46%, qëndrimi ulur i tejzgjatur 33%, historia familjare 32%, histori e mëparshme 26% dhe posture jo korrekte 17.8%.

**Tabela 3. 4 Stili i jetesës dhe sëmundjet shoqëruese**

Stili i jetesës dhe sëmundjet shoqëruese	N	%
Duhanpirje		
Jo	186	75.3
Po	61	24.7
Konsum alkooli		0.0
Jo	204	82.6
Po	43	17.4
HTA		0.0
Jo	154	62.3
Po	93	37.7
Diabet		0.0
Jo	179	72.5
Po	68	27.5
Sëmundje CV		0.0
Jo	188	76.1
Po	59	23.9
Sëmundje renale		0.0
Jo	211	85.4
Po	36	14.6
Osteporoze		
Jo	231	93.5
Po	16	6.5
Sëmundje reumatizmale		
Jo	221	89.5
Po	26	10.5



**Figura 3. 14 Stili i jetesës dhe sëmundjet shoqëruese**

Duhanpirje referojnë 24.7% e pacientëve, konsum alkooli 17.4%.

Nga smundjet shoqeruese u gjeten: HTA (37.7%), diabet (27.5%), semundje CV (23.9%), sëmundje renale (14.6%), osteoporozë (6.5%) dhe artrit reumatoid (10.5%).

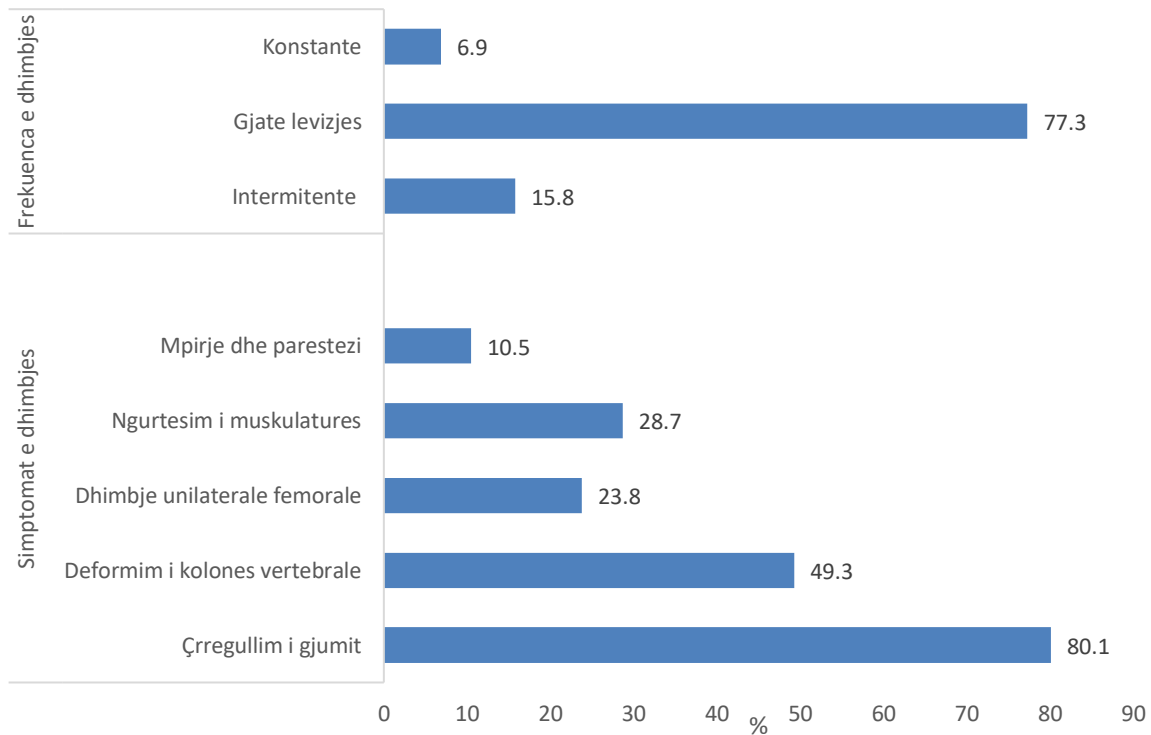
-Simptomat e dhimbjes janë: Çrregullim i gjumit 80.1%, Deformim i kolonës vertebrale 49.3%, Dhimbje unilaterale femorale 23.8%, Ngurtësim i muskulaturës 28.7% dhe Mpirje dhe parestezi 10.5% ( $p < 0.01$ )

Frekuenca e dhimbjes është intermitente 15.8%, gjatë lëvizjes 77.3%), dhe konstante në 6.9% të rasteve, ( $p < 0.01$ ).



**Tabela 3. 5 Simptomat dhe frekuenca e dhimbjes**

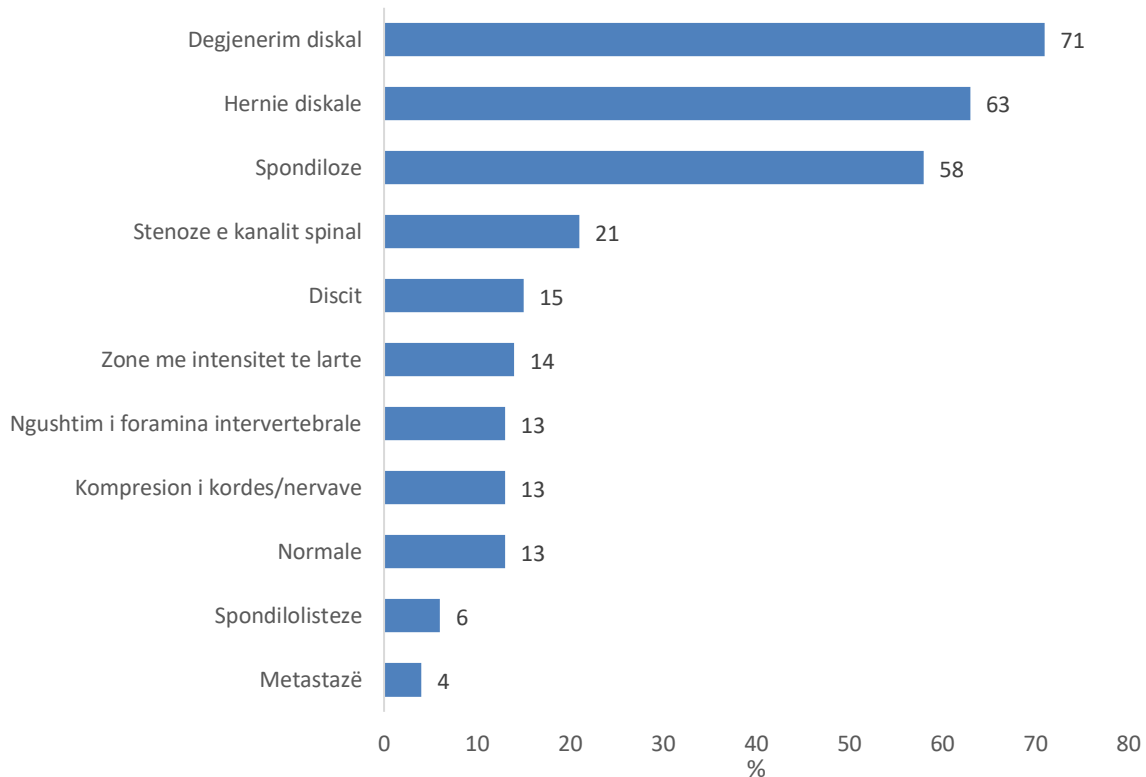
Variablat	N	%	P
<b>Simptomat e dhimbjes</b>			
Çrregullim i gjumit	198	80.1	<b>&lt;0.01</b>
Deformim i kolonës vertebrale	122	49.3	
Dhimbje unilaterale femorale	59	23.8	
Ngurtësim i muskulaturës	71	28.7	
Mpirje dhe parestezi	26	10.5	
<b>Frekuenca e dhimbjes</b>			
Intermitente	39	15.8	<b>&lt;0.01</b>
Gjatë lëvizjes	191	77.3	
Konstante	17	6.9	



**Figura 3. 15 Simptomat dhe frekuenca e dhimbjes**

**Tabela 3. 6 Lloji dhe frekuenca e gjetjeve imazherike**

Gjetjet imazherike	N	%
Normale	32	13
Hernie diskale	156	63
Degjenerim diskal	175	71
Zonë me intensitet të lartë	35	14
Spondilolisteze	15	6
Spondiloze	143	58
Kompresion i kordes/nervave	32	13
Discit	37	15
Metastazë	10	4
Stenozë e kanalit spinal	52	21
Ngushtim i foramina intervertebrale	32	13

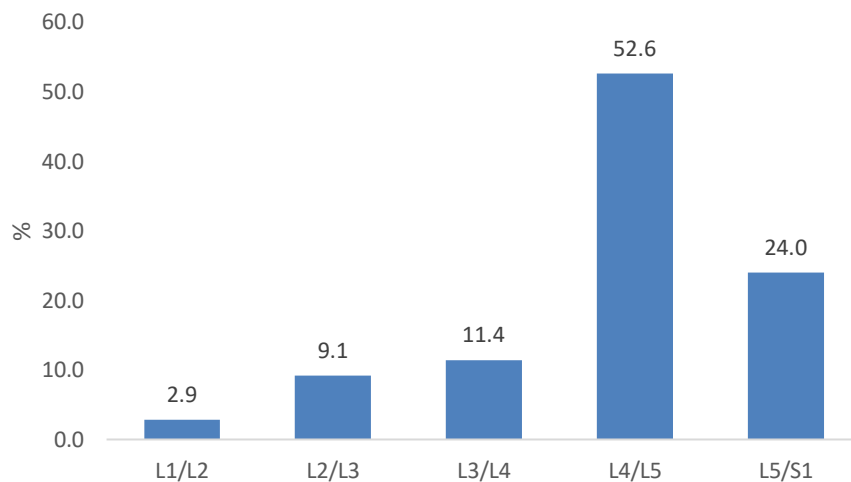


**Figura 3. 16 Gjetjet imazherike**

Gjetjet imazherike ishin normale ne 13% të pacientëve. Nga gjetjet patologjike mbizotërojnë: degjenerim diskal 71%, hernie diskale 63%, spondiloze 58%, stenoze e kanalit spinal 21%, discit 15%, zonë me intensitet të lartë 14%, kompresion i kordes/nervave 13%, ngushtim i foramina intervertebrale 13%, Spondilolisteze 6, metastaze 4%.

**Tabela 3. 7 Lokalizimi i degjenerimit të diskut**

Lokalizimi	N	%
<b>L1/L2</b>	5	2.9
<b>L2/L3</b>	16	9.1
<b>L3/L4</b>	20	11.4
<b>L4/L5</b>	92	52.6
<b>L5/S1</b>	42	24.0

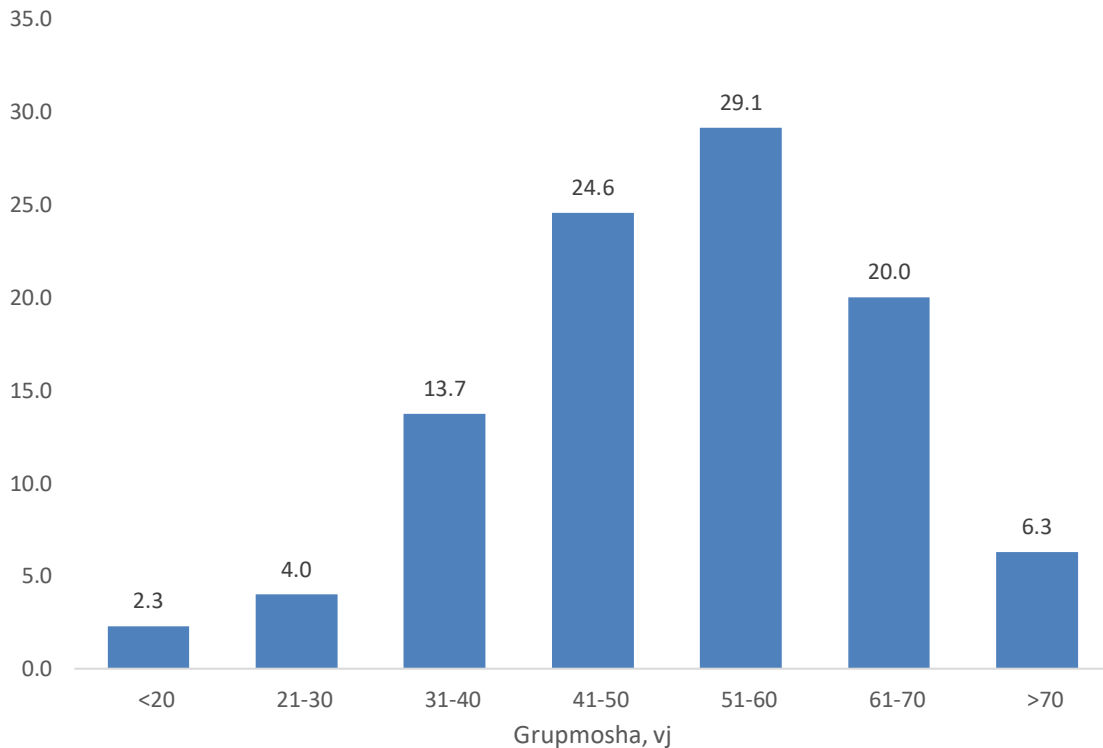


**Figura 3. 17 Lokalizimi i degjenerimit të diskut në vertebrat lumbare**

Degjenerimi i diskut mbizotëron në L4/L5 (52.6%), ndjekur nga L5/S1 (24%). (p<0.01). Më pak të prekura janë L1/L2 (2.9%), L2/L3 (9.1%), L3/L4 (11.4%).

**Tabela 3. 8 Lokalizimi i degjenerimit të diskut sipas grupmoshës**

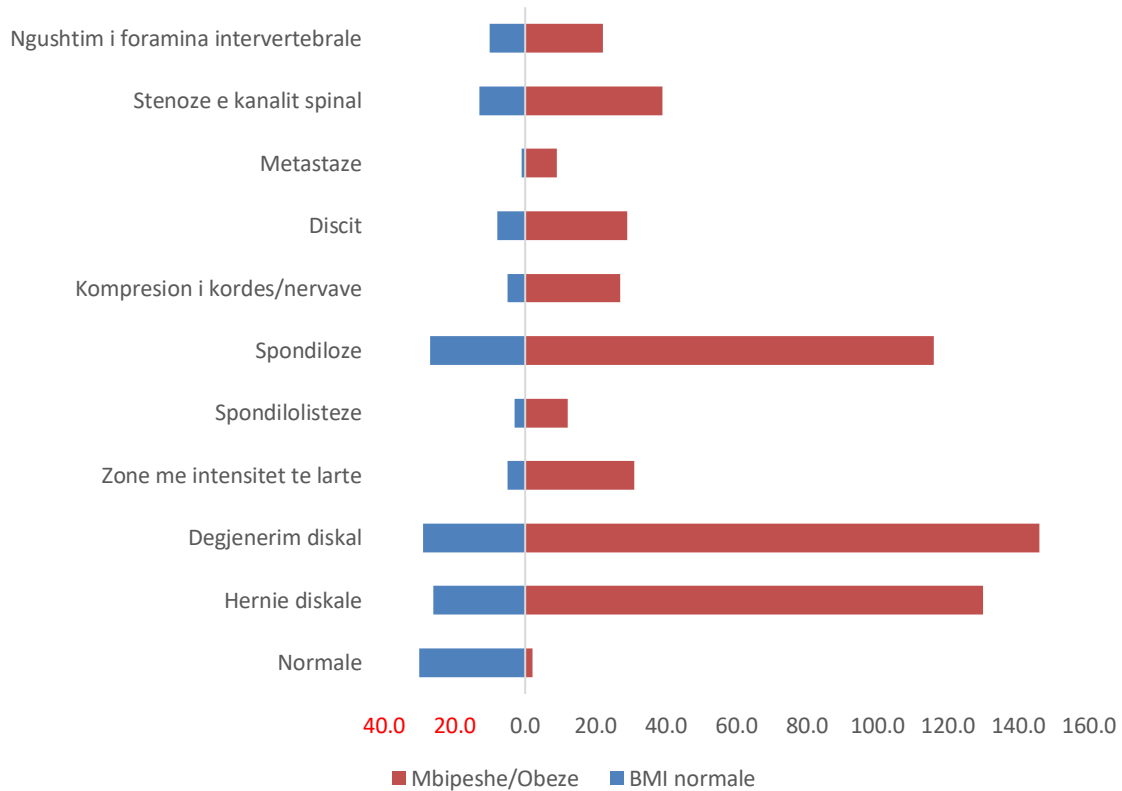
Grupmosha	L1/L2	L2/L3	L3/L4	L4/L5	L5/S1	Total	
						n	%
<20			1	2	1	4	2.3
21-30		1	1	3	2	7	4.0
31-40	1	2	2	11	8	24	13.7
41-50	1	3	4	23	12	43	24.6
51-60	2	5	5	29	10	51	29.1
61-70	1	3	5	18	8	35	20.0
>70		2	2	6	1	11	6.3
Total	5	16	20	92	42	175	100.0

**Figura 3. 18 Lokalizimi i degjenerimit të diskut sipas grupmoshës**

Frekuenca më e lartë e degjenerimit të diskut është në grupmoshën 41-70 vjeç me 73.7% të totalit të pacientëve, me mbizotërim në grupmoshën 51-60 vjeç (29.1%), ( $p < 0.01$ ).

**Tabela 3. 9 Krahasimi i BMI me gjetjet imazherike**

Gjetjet imazherike	Total	BMI normale n (%)	Mbipeshe/Obeze n (%)
Normale	32	30 (93.8)	2 (6.3)
Hernie diskale	156	26 (16.7)	130 (83.3)
Degjenerim diskal	175	29 (16.6)	146 (83.4)
Zonë me intensitet të lartë	35	5 (14.3)	30 (85.7)
Spondilolisteze	15	3 (20.0)	12 (80.0)
Spondiloze	143	27 (18.9)	116 (81.1)
Kompresion i kordes/nervave	32	5 (15.6)	27 (84.4)
Discit	37	8 (21.6)	29 (78.4)
Metastaze	10	1 (10.0)	9 (90.0)
Stenoze e kanalit spinal	52	13 (25.0)	39 (75.0)
Ngushtim i foramina intervertebrale	32	10 (31.3)	22 (68.8)



**Figura 3.19** Krahasimi i BMI me gjetjet imazherike, (nr. raste)

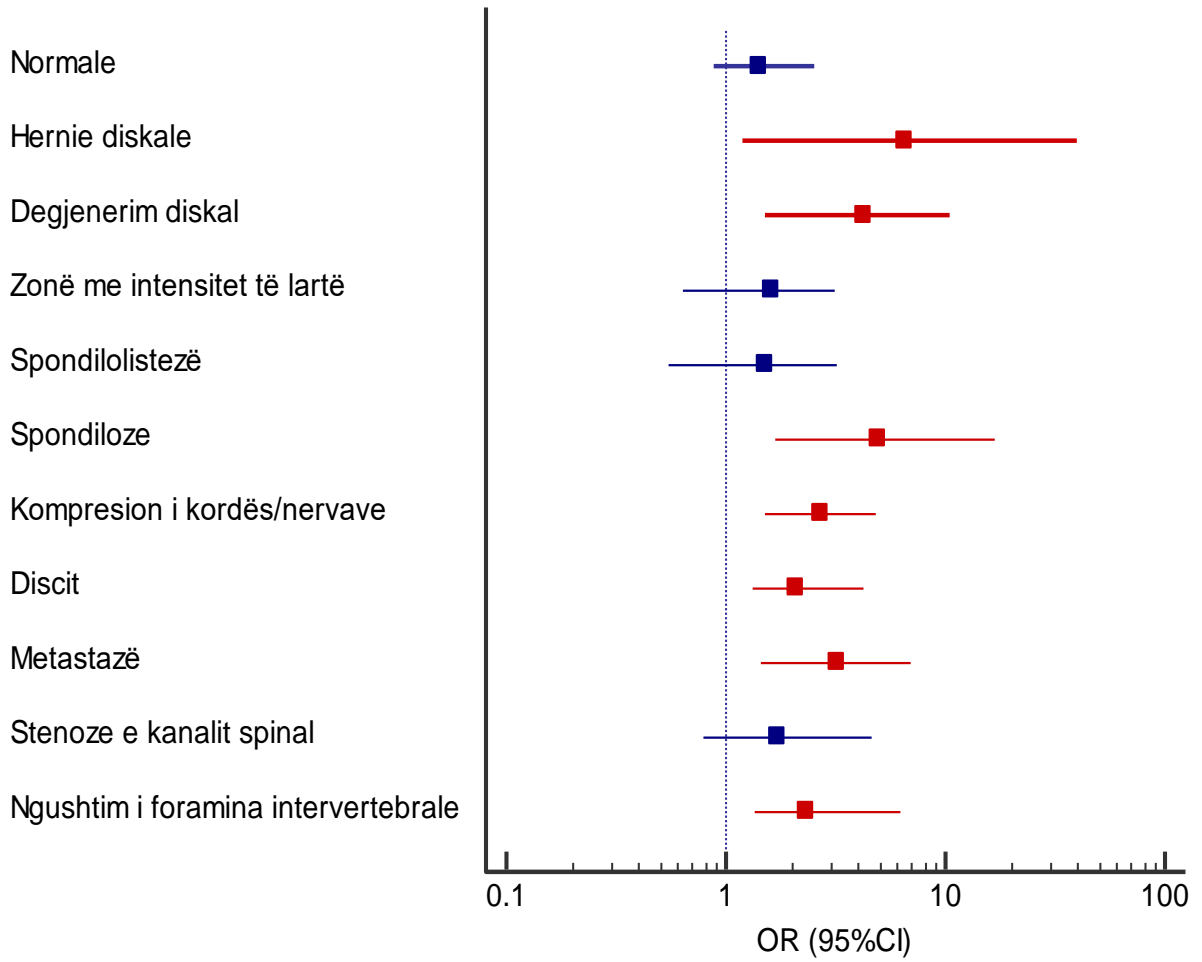
Gjetjet imazherike mbizotërojnë tek pacientët me mbipeshë dhe obezë, me ndryshim sinjifikant me pacientët me BMI normale, ( $p < 0.05$ ).

**Tabela 3. 10 Shoqërimi i gjetjeve imazherike me dhimbjen. Regresioni logjistik.**

Gjetjet imazherike	OR	95%CI	P
Normale	1.4	0.87 – 2.52	0.2
Hernie diskale	6.5	1.18 -39.22	<b>&lt;0.01</b>
Degjenerim diskal	4.24	1.52 – 10.33	<b>&lt;0.01</b>
Zonë me intensitet të lartë	1.6	0.64 – 3.15	0.1
Spondilolistezë	1.5	0.55 – 3.19	0.2
Spondiloze	4.9	1.69 – 16.72	<b>&lt;0.01</b>
Kompresion i kordës/nervave	2.7	1.51 – 4.78	<b>0.01</b>
Discit	2.1	1.32 – 4.25	<b>0.01</b>
Metastazë	3.2	1.44 – 6.89	<b>&lt;0.01</b>
Stenoze e kanalit spinal	1.7	0.79 – 4.56	0.2
Ngushtim i foramina intervertebrale	2.3	1.35 – 6.18	<b>0.01</b>

Në analizën e regresionit logjistik për vlerësimin e shoqërimit të dhimbjes me gjetjet imazherike, shoqërim sinjifikant u gjet për:

Hernie diskale	OR=6.5	95%CI 1.18 -39.22	p<0.01
Degjenerim diskal	OR=4.24	95%CI 1.52 – 10.33	p <0.01
Spondiloze	OR=4.9	95%CI 1.69 – 16.72	p <0.01
Kompresion i kordës/nervave	OR=2.7	95%CI 1.51 – 4.78	p =0.01
Discit	OR=2.1	95%CI 1.32 – 4.25	p =0.01
Metastazë	OR=3.2	95%CI 1.44 – 6.89	p <0.01
Ngushtim i foramina intervertebrale	OR=2.3	95%CI 1.35 – 6.18	p =0.01



**Figura 3. 20** Shoqërimi i gjetjeve imazherike me dhimbjen. Regresioni logjistik

#### IV DISKUTIM

Dhimbja e mesit (lumbago) është ankesa më e zakonshme muskuloskeletike që prek popullatën adulte, me një prevalencë deri në 84% dhe përfaqëson një problem të madh social dhe ekonomik (132).

Barra e saj ekonomike përfaqësohet drejtpërdrejt nga kostot e larta të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor dhe indirekt nga ulja e produktivitetit. Këto kosto pritet të rriten edhe më shumë në vitet e ardhshme (133).

Për këtë arsye diagnostikimi i saktë dhe trajtimi adekuat janë shumë të rëndësishëm.

Dhimbja e mesit është një nga shkaqet kryesore të kujdesit parësor dhe vizitave të dhomave të urgjencës dhe paaftësisë së lidhur me punën në shumë vende. Dhimbja e shpinës renditet në tre kategori, të diferencuara nga kohëzgjatja e simptomave. Dhimbja akute e shpinës, e cila është fokusi i këtij neni, klasifikohet si dhimbje që zgjat 6 javë ose më pak, dhimbja subakute e shpinës është dhimbja që ka qenë e pranishme midis 6 dhe 12 javëve, dhe dhimbja kronike e shpinës është dhimbja që vazhdon më shumë se 12 javë. Etiologjitë e dhimbjes së mesit përfshijnë (por sigurisht nuk kufizohen në) dëmtime mekanike (p.sh., ndrydhje muskulore ose spazmë, tendosje e ligamenteve, këputje e tendineve të artikulacioneve), artrit, ishiatik (radikulopatia e mesit), frakturë të shtyllës kurrizore, malinjitet, sëmundje të indit lidhor, infeksion (p.sh., osteomieliti vertebral, abscesi epidural), sindroma cauda equina, shkaqet metabolike (p.sh. hiperparatiroidizmi), proceset e organeve të brendshme abdominale ose retroperitoneale, dhimbjet psikogjene dhe proceset malinje. Marrja me kujdes të historisë dhe ekzaminimi fizik janë thelbësore për diagnostikimin e etiologjisë së dhimbjes së shpinës (134).

Në studim morën pjesë 247 pacientë nga të cilët 95 (38.5%) janë femra dhe 152 (61.5%) janë meshkuj ( $p < 0.01$ ).

Mosha mesatare e pacientëve është 41.2 (13.1) vjeç me rang nga 18 vjeç deri në 76 vjeç.

Mbizotëron grupmosha 51-60 vjeç me 31.6% të totalit të pacientëve, me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera, ( $p < 0.01$ ).

Në shpërndarjen e pacientëve sipas BMI 24.7% e tyre janë me peshë normale, 31.6% janë mbipeshë dhe 43.7% e tyre janë obezë të cilët klasifikohen: Obezë I 20.2%, Obezë II 17.4% dhe Obezë III 6.1%, ( $p < 0.01$ ).

Nuk u gjet korrelacion sinjifikant i BMI me moshën ( $r = 0.15$   $p = 0.5$ ).

Mbizotërojnë pacientët e martuar (84.2%) ( $p < 0.01$ ), me arsim të mesëm (61.1%) ndjekur nga arsimi të lartë (33.2%) ( $p < 0.01$ ). Në lidhje me profesionin mbizotërojnë punëtorët, ndjekur nga punonjësit me punë zyre që qëndrojnë ulur (30.8%) ( $p < 0.01$ ).



Mbizotëron dhimbja akute (76.1%) ndjekur nga dhimbja subakute (16.2%) dhe kronike (8.1%) ( $p<0.01$ ).

Kohëzgjatja e dhimbjes është <1 javë në 78% të pacientëve, 1-4 javë në 13% dhe >4 javë në 9% të tyre, ( $p<0.01$ ).

Mbizotëron dhimbja e ashpër në 63% të pacientëve ndjekur nga dhimbja mesatare (23%) dhe dhimbja e lehtë (14%), ( $p<0.01$ ).

Mbizotëron dhimbje në regionin lumbar (49%), ndjekur nga dhimbje lumbare dhe spinale (38%), dhimbje lumbare dhe koksofemorale (8%) dhe dhimbje lumbare dhe sakroiliake (5%), ( $p<0.01$ ).

Kufizim të aktivitetit normal referuan 62.3% e pacientëve ndërsa mungesa në punë 41.7% e tyre.

Faktorët e riskut për dhimbje rezultuan: aktivitet fizik i sforcuar 72%, stres-ankth 59%, ngritje objektësh të rënda 57%, obeziteti/mbipësja 46%, qëndrimi ulur i tejzgjatur 33%, historia familjare 32%, histori e mëparshme 26% dhe posture jo korrekte 17.8%.

Duhanpirje referojnë 24.7% e pacientëve, konsum alkooli 17.4%.

Nga sëmundjet shoqëruese u gjetën: HTA (37.7%), diabet (27.5%), sëmundje CV (23.9%), sëmundje renale (14.6%), osteoporozë (6.5%) dhe artriti reumatoid (10.5%).

-Simptomat e dhimbjes janë: Çrregullim i gjumit 80.1%, Deformim i kolonës vertebrale 49.3%, Dhimbje unilaterale femorale 23.8%, Ngurtësim i muskulaturës 28.7% dhe Mpirje dhe parestezi 10.5% ( $p<0.01$ ).

Frekuenca e dhimbjes është intermitente 15.8%, gjatë lëvizjes 77.3%), dhe konstante në 6.9% të rasteve, ( $p<0.01$ ).

Gjetjet imazherike ishin normale në 13% të pacientëve. Nga gjetjet patologjike mbizotërojnë: degjenerim diskal 71%, hernie diskale 63%, spondiloze 58%, stenoze e kanalit spinal 21%, discit 15%, zone me intensitet të lartë 14%, kompresion i kordës/nervave 13%, ngushtim i foramina intervertebrale 13%, Spondilolisteze 6, metastaze 4%.

Degjenerimi i diskut mbizotëron në L4/L5 (52.6%), ndjekur nga L5/S1 (24%). ( $p<0.01$ ).

Më pak të prekura janë L1/L2 (2.9%), L2/L3 (9.1%), L3/L4 (11.4%).

Gjetjet imazherike mbizotërojnë tek pacientët me mbipësje dhe obezë, me ndryshim sinjifikant me pacientët me BMI normale.

Në analizën e regresionit logjistik për vlerësimin e shoqërimit të dhimbjes me gjetjet imazherike, shoqërim sinjifikant u gjet për: Hernie diskale, Degjenerim diskal, Spondiloze, Kompresion i kordës/nervave, Discit, Metastazë, Ngushtim i foramina intervertebrale.

Dhimbja e shpinës është një nga indikacionet e zakonshme për MRI në praktikën tonë klinike. Është vlerësuar se 70-80% e të rriturve përjetojnë dhimbje të shpinës në një kohë gjatë jetës së tyre (135). Shkaqet e dhimbjes së mesit përfshijnë ndryshime degjenerative,

stenozë kurrizore, neoplazi, infeksion, trauma dhe procese inflamatore ose artritike. Midis këtyre, degjenerimi i diskut lumbar është anomali më të zakonshme të diagnostikuara që lidhen me dhimbjen e shpinës. Ka shumë llojshmëri faktorësh që kontribuojnë në këtë gjendje. Plakja, ngarkesa aksiale e diskut, vaskulare në rritje dhe anomali në kolagen dhe proteoglikan të gjitha kontribuojnë në degjenerimin e diskut. Hernia diskale me radikulopati dhe dhimbje kronike diskogjene të mesit janë rezultat i këtij procesi degjenerues (136).

Procesi i diagnostikimit fokusohet kryesisht në triazhimin e pacientit me dhimbje mesi specifike dhe jospecifike. Dhimbja e mesit (lumbago) specifike përkufizohet si simptoma të shkaktuara nga një mekanizëm fizpatologjik specifik, si hernia e pulpit berthamor, infeksionet, osteoporoza, artriti reumatoid, fraktura, apo tumor. Gjatë marrjes së anamnezës dhe ekzaminimit fizik në dhimbjet e mesit, dhe veçanërisht në iskiatiket, është e rëndësishme të hetohet për shkaqet (137).

Marrja e një diagnoze të saktë që identifikon shkakun themelor të dhimbjes dhe që nuk lidhet vetëm me simptomat, është e rëndësishme në udhëheqjen e trajtimit.

Si themel i procesit diagnostikues, pacienti jep një përshkrim të detajuar të simptomave dhe historisë mjekësore. Nga ky informacion, një mjek fizioterapeut zakonisht do të ketë një ide të përgjithshme të burimit të dhimbjes së pacientit.

Qëllimi i një testi fizik është të kufizojë më tej shkaqet e mundshme të dhimbjes. Një test tipik fizik për dhimbjen e fundit të shpinës përfshin disa kombinime të hapave në vijim:

Prekje- Palpimi. Një mjek do të ndiejë me dorë (i quajtur edhe palpim) përgjatë fundit të shpinës për të gjetur ndonjë spazmë muskulore ose ngushtësi, zona të butësisë ose anomali të përbashkëta.

Testet neurologjike. Diagnoza ka të ngjarë të përfshijë një test motorik, i cili përfshin lëvizjen manuale të ijëve, gjurit dhe shtrirjes së shputës së madhe dhe përkuljes (lëvizja përpara dhe prapa), si dhe lëvizjen e kyçit të këmbës. Një test ndijor ka të ngjarë të përfshijë testimin e reagimit të pacientit në prekjen e lehtë, një gjilpërë pin, ose shqisave të tjera në pjesën e poshtme të trungut dhe këmbët.

Gama e testit të lëvizjes. Pacientit mund t'i kërkohet të përkulem ose të kthehet në pozicione të caktuara. Këto aktivitete janë bërë për të kërkuar pozicione që përkeqësojnë ose rikrijnë dhimbjen dhe për të parë nëse lëvizjet e caktuara janë të kufizuara nga sikleti.

Testi i refleksit. Reflektimet e pacientit në këmbë do të kontrollohen për të vlerësuar refleksat e dobëta dhe ulur forcën e muskujve. Nëse refleksat zvogëlohen, rënja e nervit nuk mund të përgjigjet siç duhet.

Testi i ngritjes së këmbës. Pacientit i kërkohet të shtrihet në anën e pasme dhe të ngrejë një këmbë aq të lartë dhe sa më të drejtë të jetë e mundur. Nëse kjo këmbë ngrihet rikrijon dhimbjen e fundit të shpinës, atëherë mund të dyshohet për një disk të herniuar.

Zakonisht, mjeku është në gjendje të diagnostikojë dhimbjen e fundit të shpinës bazuar në informacionin e mbledhur nga një histori mjekësore dhe një provim fizik, dhe testimi i mëtejshëm nuk është i nevojshëm (138).

Metodat imazherike mjekësore luajnë një rol të rëndësishëm në vlerësimin e lumbagos. Përgjedhja e një metode të caktuar radiologjike mbi të tjera varet nga shumë faktorë si paraqitja klinike e pacientit, prania e kundërindikacioneve, disponueshmëria, kostoja relative e testit dhe ndikimi i prituri i rezultateve në menaxhimin e sëmundjes. Vlerësimi radiologjik ndihmon mjekun të arrijë shkaktun më të mundshëm të lumbagos, të konfirmojë diagnozën provizore, të japë një alternative ose të ngushtojë diagnozën diferenciale. Radiografia e thjeshtë me rreze X është e dobishme në vlerësimin fillestar të përgjithshëm. Imazheria me rezonancë magnetike (MRI) është modaliteti i imazhit i zgjedhur në vlerësimin e lumbagos për shkak të demonstrimit elegant të detajeve anatomike dhe shumë patologjive. Tomografia e kompjuterizuar (CT) mund të sigurojë imazhe me rezolucion të lartë të strukturave kockore dhe është veçanërisht e vlefshme në traumë. Modalitete të tjera të imazhit përdoren rrallë zakonisht si zgjidhje e problemeve ose në kushte të zgjedhura. Për shembull, sonografia mund të ketë një rol në vlerësimin e lezimeve të indeve të buta dhe artikulationit sakroiliak. Angiografia është e dobishme për vlerësimin vaskular. Imazhi i izotopit mund të përdoret në sqarimin e shkakut të fshehur të dhimbjes (tumoreve ose frakturave). Mielografia dhe diskografia konvencionale janë praktikisht të vjetruara në praktikën aktuale klinike për shkak të pranisë së modaliteteve të reja shumë më të sigurta dhe të sakta. Së fundmi, radiologjia ndërhyrëse ka një rol në rritje në trajtimin e kushteve të caktuara. Imazheria diagnostike në lidhje me lumbagon është e nevojshme vetëm në një pakicë të pacientëve d.m.th. tek ata që nuk i përgjigjen sa duhet trajtimit konservativ për një kohë më të gjatë duke përjashtuar pacientët me dhimbje që shpjegohet nga anomalitë strukturore.

Rezultatet e studimit tonë janë të ngashme me studime të tjera të raportuara në literaturë. Gjetjet e degjenerimit të diskut shpesh interpretohen si shkaqe të dhimbjes së shpinës, duke shkaktuar ndërhyrje mjekësore dhe kirurgjike, të cilat ndonjëherë janë të pasuksesshme në zbutjen e simptomave të pacientit. përqindje e madhe e individëve asimptomatikë (139,140). Prandaj, studimi i mëtejshëm që krahason gjetjet e MRI në pacientët simptomatikë dhe asimptomatikë do të ndriçonte rëndësinë klinike të ndryshimeve degjenerative në MRI.

Mund të jetë e pamundur për të parandaluar dhimbjen e mesit. Ne nuk mund të shmangim 'wear and tear' dëmtimin e shpinës që ka të bëjë me moshën apo mplakjen. Por ka gjëra që mund të bëjmë për të pakësuar ndikimin e problemeve të mesit. Duke pasur një mënyrë jetese të shëndetshme është një fillim i mirë.

Duke pasur parasysh faktorët e riskut mund të marrim dhe masat për parandalim të dhimbjes së mesit

#### Faktorët e riskut

Ngritja e peshave të rënda, pa një pozicion të duhur të shpinës apo mesit. Pra nëse kryeni një punë të vazhdueshme në një pozicion të keq për belin dhe të mbingarkuarit e kësaj zone (sforcimi).

Disa lëvizje të shpejta të mesit në rotacion ose përkulje të shpejtë/lëvizje te extensionit (drejtimit) të shpinës.

Disa aktivitete sportive të tepërta dhe të bëra pa përgatitje adekuate fizike. Një stil jetese sedentare pa aktivitet fizik apo aktivitete sportive gjithashtu rrisin rrezikun për të zhvilluar një discopathy për shkak të mbështetjes (supportit) të pamjaftueshme të muskujve dhe mbrojtjes së shpinës.

Aktivitetet të përsëritura që tendosin shpinën. Shumë punë fizike kërkojnë ngritje peshash konstante, shtyrje, tërheqja, përkujat apo lëvizjet gjarpëruese. Përdorimi i lëvizjeve dhe teknikave të sigurta mund të ndihmojë në mbrojtjen e shpinës.

Pesha. Të jesh mbi peshë shtohet stresi i ushtruar në disqet e mesit si dhe dobësia e muskujve

Ngarje të shpeshta të makinës. Qëndrimi ulur për periudha të gjata kohe, plus dridhjet-vibrimet nga motori i makinës, mund të vënë në presion disqet dhe shpinën tuaj.

Pirja e duhanit. Besohet se pirja e duhanit zvogëlon furnizimin në oksigjen të disqeve dhe shkakton degjenerimin më të shpejtë.

Gjinia. Meshkujt mes moshës 30 dhe 50 kanë më shumë gjasa që të ketë hernie diskale se sa femrat.

Gjatë pleqërisë si pasojë e dobësisë dhe degjenerimit të disqeve. Faktorët gjenetik që lidhen me degjenerimin e hershëm të indeve kanë qenë postulatit edhe si shkak të mundshëm të përkeqësimit të disqeve (studim i kohëve të fundit, për momentin pa konkluzione të qarta).

#### Ngritja e peshave

Sigurohuni për të ngritur sende të rënda me këmbët tuaja, jo me mesin apo shpinën. Mos u përkul për të marr diçka. Mbani shpinën drejt dhe përkuluni në gjunjë.

Mënyra e duhur se si duhen ngritur peshat



Mënyra e gabuar e ngritjes se peshave



Mënyra e gabuar dhe e duhur se si duhen ngritur peshat



Mënyra e gabuar dhe e duhur se si duhen ngritur peshat



### Pesha

Mbajtja e një peshë të shëndetshme. Mbi pesha shton stresin në shpinë.



### Shmangia e duhanpirjes

Si duhani dhe nikotina shkaktojnë mplakje më të shpejtë të shpinës se sa normalisht.



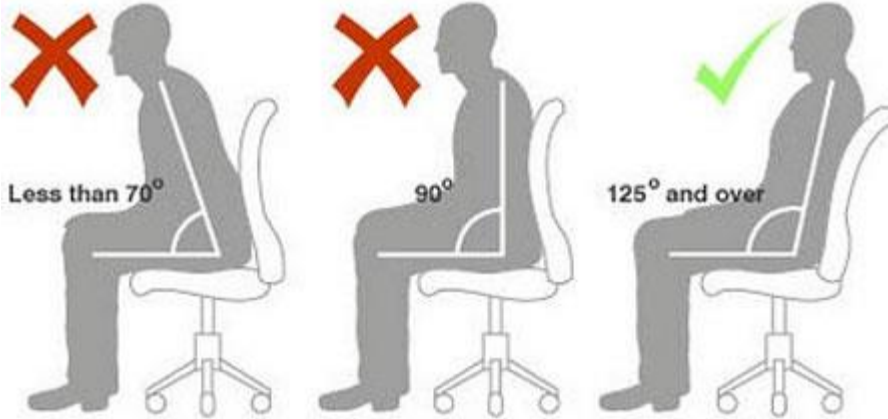
### Postura e Pershtatshme

Postura e mirë është e rëndësishme për të shmangur problemet në të ardhmen. Një terapist mund tju mësojë se si të ngriheni, uluni apo ngritja e peshave në mënyrë të sigurtë.

Qendrimi i gabuar



Pozicioni i të Ulurit



## V PËRFUNDIME

Në shpërndarjen e pacientëve sipas BMI 24.7% e tyre janë me peshë normale, 31.6% janë mbipeshë dhe 43.7% e tyre janë obezë të cilet klasifikohen: Obezë I 20.2%, Obezë II 17.4% dhe Obezë III 6.1%, ( $p < 0.01$ ).

Mbizotëron dhimbja akute (76.1%) ndjekur nga dhimbja subakute (16.2%) dhe kronike (8.1%) ( $p < 0.01$ ).

Kohëzgjatja e dhimbjes është  $< 1$  javë në 78% të pacientëve, 1-4 javë në 13% dhe  $> 4$  javë në 9% të tyre, ( $p < 0.01$ ).

Mbizotëron dhimbja e ashpër në 63% të pacientëve ndjekur nga dhimbja mesatare (23%) dhe dhimbja e lehtë (14%), ( $p < 0.01$ ).

Mbizotëron dhimbje në regionin lumbar (49%), ndjekur nga dhimbje lumbare dhe spinale (38%), dhimbje lumbare dhe koksofemorale (8%) dhe dhimbje lumbare dhe sakroiliake (5%), ( $p < 0.01$ ).

Kufizim të aktivitetit normal referuan 62.3% e pacientëve ndërsa mungesa në punë 41.7% e tyre.

Faktorët e riskut për dhimbje rezultuan: aktivitet fizik i sforcuar 72%, stres-ankth 59%, ngritje objektësh të rënda 57%, obeziteti/mbipesha 46%, qëndrimi ulur i tejzgjatur 33%, historia familjare 32%, histori e mëparshme 26% dhe posture jo korrekte 17.8%.

Duhanpirje referojnë 24.7% e pacientëve, konsum alkooli 17.4%.

Nga sëmundjet shoqëruese u gjetën: HTA (37.7%), diabet (27.5%), sëmundje CV (23.9%), sëmundje renale (14.6%), osteoporozë (6.5%) dhe artrit rheumatoid (10.5%).

-Simptomat e dhimbjes janë: Çrregullim i gjumit 80.1%, Deformim i kolonës vertebrale 49.3%, Dhimbje unilaterale femorale 23.8%, Ngurtësim i muskulaturës 28.7% dhe Mpirje dhe parestezi 10.5%.

Frekuenca e dhimbjes është më e shpeshtë gjate lëvizjes (77.3%), ndjekur nga intermitente 15.8%, dhe konstante në 6.9% të rasteve.

Gjetjet imazherike ishin normale në 13% të pacientëve. Nga gjetjet patologjike mbizotërojnë: degjenerim diskal 71%, hernie diskale 63%, spondilozë 58%, stenoze e kanalit spinal 21%, discit 15%, zonë me intensitet të lartë 14%, kompresion i kordes/nervave 13%, ngushtim i foramina intervertebrale 13%, Spondilolisteze 6%, metastaze 4%.



Degjenerimi i diskut mbizotëron në L4/L5 (52.6%), ndjekur nga L5/S1 (24%). ( $p < 0.01$ ).  
Me pak te prekura jane L1/L2 (2.9%), L2/L3 (9.1%), L3/L4 (11.4%).

Gjetjet imazherike mbizotërojnë tek pacientët me mbipeshë dhe obezë, me ndryshim  
sinjifikant me pacientët me BMI normale.

Në analizën e regresionit logjistik për vlerësimin e shoqërimit të dhimbjes me gjetjet  
imazherike, shoqërim sinjifikant u gjet për: Hernie diskale, Degjenerim diskal,  
Spondiloze, Kompresion i kordës/nervave, Discit, Metastazë, Ngushtim i foramina  
intervertebrale.

## **VI REKOMANDIME**

Lumbago duhet të trajtohet gjithmonë si një sëmundje komplekse në të cilën është e detyrueshme që të përcaktohet një diagnozë e saktë e gjeneratorëve të dhimbjes para fillimit të çdo trajtimi.

Të gjitha udhëzimet aktualisht të disponueshme theksojnë rëndësinë e një qasjeje multimodale dhe multidisiplinare në mënyrë që të përcaktohet një strategji për të zgjidhur problemin dhe jo thjesht për të lehtësuar dhimbjen simptomatike.

Diagnostikim i hershëm nga ana klinike dhe imazherike

Së fundi, një ndjekje e kujdesshme është e rëndësishme për të përshtatur strategjitë tona terapeutike me manifestimet klinike dinamike të lumbagos.

Evidencat aktuale sugjerojnë që stërvitja vetëm ose në kombinim me edukimin është efektive për parandalimin e Lumbagos.

## VII BIBLIOGRAFIA

1. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, *et al.*: Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012; 379(9814): 482–91. PubMed Abstract | Publisher Full Text
2. Mostagi FQ, Dias JM, Pereira LM, *et al.*: Pilates versus general exercise effectiveness on pain and functionality in non-specific chronic low back pain subjects. *J Bodyw Mov Ther*. 2015; 19(4): 636–45. PubMed Abstract | Publisher Full Text | F1000 Recommendation
3. Cougot B, Petit A, Paget C, *et al.*: Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a nonrandomized controlled trial. *J Occup Med Toxicol*. 2015; 10: 40. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text | F1000 Recommendation
4. Shmagel A, Foley R, Ibrahim H: Epidemiology of chronic low back pain in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2009–2010. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016. PubMed Abstract | Publisher Full Text | F1000 Recommendation
5. Juniper M, Le TK, Mladski D: The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert Opin Pharmacother*. 2009; 10(16): 2581–92. PubMed Abstract | Publisher Full Text
6. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, *et al.*: The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2009; 169(3): 251–8. PubMed Abstract | Publisher Full Text
7. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S: Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J*. 2010; 10(6): 514–29. PubMed Abstract | Publisher Full Text
8. Delitto A, George SZ, van Dillen LR, *et al.*: Low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2012; 42(4): A1–57. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text
9. Philadelphia Panel: Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. *PhysTher*. 2001; 81(10): 1641–74. PubMed Abstract
10. Katz JN: Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am*. 2006; 88(Suppl 2): 21–4. PubMed Abstract | Publisher Full Text
11. Smart KM, Blake C, Staines A, *et al.*: Mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain: part 1 of 3: symptoms and signs of central sensitization in patients with low back (+/- leg) pain. *Man Ther*. 2012; 17(4): 336–44. PubMed Abstract | Publisher Full Text
12. Garland EL: Pain processing in the human nervous system: a selective review of nociceptive and biobehavioral pathways. *Prim Care*. 2012; 39(3): 561–71. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text

13. Amirdelfan K, McRoberts P, Deer TR: The differential diagnosis of low back pain: a primer on the evolving paradigm. *Neuromodulation*. 2014; 17(Suppl 2):11–7. PubMed Abstract | Publisher Full Text | F1000 Recommendation
14. Besen E, Young AE, Shaw WS: Returning to work following low back pain: towards a model of individual psychosocial factors. *J Occup Rehabil*. 2015; 25(1): 25–37. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text | F1000 Recommendation
15. Deyo RA, Bryan M, Comstock BA, *et al.*: Trajectories of symptoms and function in older adults with low back disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015; 40(17): 1352–62. PubMed Abstract | Publisher Full Text | F1000 Recommendation
16. Minkalis AL, Vining RD: What is the pain source? A case report of a patient with low back pain and bilateral hip osteonecrosis. *J Can Chiropr Assoc*. 2015; 59(3): 300–10. PubMed Abstract | Free Full Text | F1000 Recommendation
17. Lorenzo A, Schildt P, Lorenzo M, *et al.*: Acute low back pain management in primary care: a simulated patient approach. *Fam Pract*. 2015; 32(4): 436–41. PubMed Abstract | Publisher Full Text
18. Davis PC, Wippold FJ 2nd, Brunberg JA, *et al.*: ACR Appropriateness Criteria on low back pain. *J Am Coll Radiol*. 2009; 6(6): 401–7. PubMed Abstract | Publisher Full Text
19. Chou R, Qaseem A, Snow V, *et al.*: Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007; 147(7): 478–91. PubMed Abstract | Publisher Full Text | F1000 Recommendation
20. Tan A, Zhou J, Kuo YF, *et al.*: Variation among Primary Care Physicians in the Use of Imaging for Older Patients with Acute Low Back Pain. *J Gen Intern Med*. 2016; 31(2): 156–63. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text
21. Boden SD, Davis DO, Dina TS, *et al.*: Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am*. 1990; 72(3): 403–8. PubMed Abstract
22. Frymoyer JW, Cats-Baril WL: An overview of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am*. 1991; 22(2): 263–71. PubMed Abstract
23. Spelic DC, Kaczmarek RV, Hilohi MC, *et al.*: Nationwide surveys of chest, abdomen, lumbosacral spine radiography, and upper gastrointestinal fluoroscopy: a summary of findings. *Health Phys*. 2010; 98(3): 498–514. PubMed Abstract | Publisher Full Text
24. Chou R, Deyo RA, Jarvik JG: Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. *Radiol Clin North Am*. 2012; 50(4): 569–85. PubMed Abstract | Publisher Full Text
25. Monie MP, Fazey PJ, Singer KP, *et al.*: Low back pain misdiagnosis or missed diagnosis: Core principles. *Man Ther*. 2016; 22: 68–71. PubMed Abstract | Publisher Full Text

26. Cavanaugh JM, Ozaktay AC, Yamashita HT, *et al.*: Lumbar facet pain: biomechanics, neuroanatomy and neurophysiology. *J Biomech.* 1996; 29(9):1117–29. PubMed Abstract | Publisher Full Text
27. Roberts S, Evans H, Trivedi J, *et al.*: Histology and pathology of the human intervertebral disc. *J Bone Joint Surg Am.* 2006; 88(Suppl 2): 10–4. PubMed Abstract | Publisher Full Text
28. Grunhagen T, Wilde G, Soukane DM, *et al.*: Nutrient supply and intervertebral disc metabolism. *J Bone Joint Surg Am.* 2006; 88(Suppl 2): 30–5. PubMed Abstract | Publisher Full Text
29. Arslan M, Comert A, Acar HI, *et al.*: Surgical view of the lumbar arteries and their branches: an anatomical study. *Neurosurgery.* 2011; 68(1 Suppl Operative):16–22; discussion 22. PubMed Abstract | Publisher Full Text
30. Griessenauer CJ, Raborn J, Foreman P, *et al.*: Venous drainage of the spine and spinal cord: a comprehensive review of its history, embryology, anatomy, physiology, and pathology. *Clin Anat.* 2015; 28(1): 75–87. PubMed Abstract | Publisher Full Text
31. Standring S: Gray's Anatomy, The Anatomical Basis of Clinical Practice. 40<sup>th</sup> edn. London. Churchill Livingstone Elsevier. 2008; 749–761. Reference Source
32. Pedersen HE, Blunck CF, Gardner E: The anatomy of lumbosacral posterior rami and meningeal branches of spinal nerve (sinu-vertebral nerves); with an experimental study of their functions. *J Bone Joint Surg Am.* 1956; 38-A(2):377–91. PubMed Abstract
33. Bogduk N: The anatomy of the lumbar intervertebral disc syndrome. *Med J Aust.* 1976; 1(23): 878–81. PubMed Abstract
34. Amir R, Devor M: Electrical excitability of the soma of sensory neurons is required for spike invasion of the soma, but not for through-conduction. *Biophys J.* 2003; 84(4): 2181–91. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text
35. Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G, *et al.*: Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell.* 2009; 139(2): 267–84. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text
36. Hunt SP, Mantyh PW: The molecular dynamics of pain control. *Nat Rev Neurosci.* 2001; 2(2): 83–91. PubMed Abstract | Publisher Full Text
- 37.
38. Dubin AE, Patapoutian A: Nociceptors: the sensors of the pain pathway. *J Clin Invest.* 2010; 120(11): 3760–72. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text
39. Julius D, Basbaum AI: Molecular mechanisms of nociception. *Nature.* 2001; 413(6852): 203–10. PubMed Abstract | Publisher Full Text
40. Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, *et al.*: Treatment of central sensitization in patients with ‘unexplained’ chronic pain: an update. *Expert Opin Pharmacother.* 2014; 15(12): 1671–83. PubMed Abstract | Publisher Full Text | F1000 Recommendation
41. Merskey H, Bogduk N editors: Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994. Reference Source

42. Braun J, Baraliakos X, Regel A, *et al.*: Assessment of spinal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2014; 28(6): 875–87. PubMed Abstract | Publisher Full Text
43. Dillane JB, Fry J, Kalton G: Acute back syndrome-a study from general practice. *Br Med J.* 1966; 2(5505): 82–4. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text
44. Spratt KF, Lehmann TR, Weinstein JN, *et al.*: A new approach to the low-back physical examination. Behavioral assessment of mechanical signs. *Spine (Phila Pa 1976).* 1990; 15(2): 96–102. PubMed Abstract
45. Nachemson AL: The natural course of low back pain. Chapter 5. In: White AA, ed. *American Academy of Orthopedic Surgeons Symposium on Idiopathic Low Back Pain.* St Louis: CV Mosby; 1982; 46–51.
46. Valkenburg HA, Haanen HCM: The epidemiology of low back pain. Chapter 2. In: *American Academy of Orthopedic Surgeons Symposium on Idiopathic Low Back Pain.*
47. Bogduk N: On the definitions and physiology of back pain, referred pain, and radicular pain. *Pain.* 2009; 147(1–3): 17–9. PubMed Abstract | Publisher Full Text
48. Bogduk N: Clinical anatomy of the lumbar spine and sacrum. 4th ed. Amsterdam: Elsevier; 2005; 183–6. Reference Source
49. Norlén G: On the value of the neurological symptoms in sciatica for the localization of a lumbar disc herniation. *Acta Chir Scandinav.* 1944; (Suppl. 95):1–96. Reference Source
50. O'Neill CW, Kurgansky ME, Derby R, *et al.*: Disc stimulation and patterns of referred pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2002; 27(24): 2776–81. PubMed Abstract
51. Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, *et al.*: An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J.* 2014; 14(1): 180–91. PubMed Abstract | Publisher Full Text
52. Hirsch C, Ingelmark BE, Miller M: The anatomical basis for low back pain. Studies on the presence of sensory nerve endings in ligamentous, capsular and intervertebral disc structures in the human lumbar spine. *Acta Orthop Scand.* 1963; 33(1–4): 1–17. PubMed Abstract | Publisher Full Text | F1000 Recommendation
53. Hadley LA: Anatomico-roentgenographic studies of the posterior spinal articulations. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 1961; 86: 270–6. PubMed Abstract
54. Cavanaugh JM, Lu Y, Chen C, *et al.*: Pain generation in lumbar and cervical facet joints. *J Bone Joint Surg Am.* 2006; 88(Suppl 2): 63–7. PubMed Abstract | Publisher Full Text
55. DePalma MJ, Ketchum JM, Saullo T: What is the source of chronic low back pain and does age play a role? *Pain Med.* 2011; 12(2): 224–33. PubMed Abstract | Publisher Full Text
56. van Kleef M, Vanelderen P, Cohen SP, *et al.*: 12. Pain originating from the lumbar facet joints. *Pain Pract.* 2010; 10(5): 459–69. PubMed Abstract | Publisher Full Text
57. Cohen SP, Raja SN: Pathogenesis, diagnosis, and treatment of lumbar zygapophysial (facet) joint pain. *Anesthesiology.* 2007; 106(3): 591–614. PubMed Abstract

58. Filippiadis DK, Kelekis A: A review of percutaneous techniques for low back pain and neuralgia: current trends in epidural infiltrations, intervertebral disk and facet joint therapies. *Br J Radiol.* 2016; 89(1057): 20150357.PubMed Abstract | Publisher Full Text
59. Peh W: Image-guided facet joint injection. *Biomed Imaging Interv J.* 2011; 7(1): e4.PubMed Abstract | Free Full Text
60. Beresford ZM, Kendall RW, Willick SE: Lumbar facet syndromes. *Curr Sports Med Rep.* 2010; 9(1): 50–6.PubMed Abstract | Publisher Full Text
61. Jackson RP, Jacobs RR, Montesano PX: 1988 Volvo award in clinical sciences. Facet joint injection in low-back pain. A prospective statistical study. *Spine(Phila Pa 1976).* 1988; 13(9): 966–71.PubMed Abstract
62. Tessitore E, Molliqaj G, Schatlo B, *et al.*: Clinical evaluation and surgical decision making for patients with lumbar discogenic pain and facet syndrome.*Eur J Radiol.* 2015; 84(5): 765–70.  
PubMed Abstract | Publisher Full Text
63. Cher D, Polly D, Berven S: Sacroiliac joint pain: burden of disease. *Med Devices (Auckl).* 2014; 7: 73–81.PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text
64. Vleeming A, Schuenke MD, Masi AT, *et al.*: The sacroiliac joint: an overview of its anatomy, function and potential clinical implications. *J Anat.* 2012; 221(6):537–67.PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text
65. Bradley KC: The anatomy of backache. *Aust N Z J Surg.* 1974; 44(3): 227–32.PubMed Abstract | Publisher Full Text
66. Grob KR, Neuhuber WL, Kissling RO: [Innervation of the sacroiliac joint of the human]. *Z Rheumatol.* 1995; 54(2): 117–22.PubMed Abstract
67. Patel V: Sacroiliac joint injuries. *Orthopedics.* 2012; 35(5): 398.Publisher Full Text
68. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, *et al.*: An update of comprehensive evidencebased guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part II: guidance and recommendations. *Pain Physician.* 2013; 16(2 suppl):S49–283.PubMed Abstract
69. Dreyfuss P, Dreyer SJ, Cole A, *et al.*: Sacroiliac joint pain. *J Am Acad Orthop Surg.* 2004; 12(4): 255–65.PubMed Abstract
70. Deyo RA: Treatment of lumbar spinal stenosis: a balancing act. *Spine J.* 2010;10(7): 625–7.PubMed Abstract | Publisher Full Text
71. Chad DA: Lumbar spinal stenosis. *Neurol Clin.* 2007; 25(2): 407–18.PubMed Abstract | Publisher Full Text
72. Lurie J, Tomkins-Lane C.: Management of lumbar spinal stenosis. *BMJ.* 2016;352: h6234.PubMed Abstract | Publisher Full Text
73. Daffner SD, Wang JC: The pathophysiology and nonsurgical treatment of lumbar spinal stenosis. *Instr Course Lect.* 2009; 58: 657–68.PubMed Abstract
74. Hasegawa T, An HS, Haughton VM, *et al.*: Lumbar foraminal stenosis: critical heights of the intervertebral discs and foramina. A cryomicrotome study in cadavera. *J Bone Joint Surg Am.* 1995; 77(1): 32–8.PubMed Abstract

75. Ciricillo SF, Weinstein PR: Lumbar spinal stenosis. *West J Med.* 1993; 158(2): 171–7. PubMed Abstract | Free Full Text
76. Lee CK, Rauschnig W, Glenn W: Lateral lumbar spinal canal stenosis: classification, pathologic anatomy and surgical decompression. *Spine (Phila Pa 1976).* 1988; 13(3): 313–20. PubMed Abstract | Publisher Full Text
77. Smith AY, Woodside JR: Urodynamic evaluation of patients with spinal stenosis. *Urology.* 1988; 32(5): 474–7. PubMed Abstract | Publisher Full Text
78. Lee SY, Kim TH, Oh JK, *et al.*: Lumbar Stenosis: A Recent Update by Review of Literature. *Asian Spine J.* 2015; 9(5): 818–28. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text
79. Rauschnig W: Normal and pathologic anatomy of the lumbar root canals. *Spine (Phila Pa 1976).* 1987; 12(10): 1008–19. PubMed Abstract | Publisher Full Text
80. de Schepper EI, Overvest GM, Suri P, *et al.*: Diagnosis of lumbar spinal stenosis: an updated systematic review of the accuracy of diagnostic tests. *Spine (Phila Pa 1976).* 2013; 38(8): E469–81. PubMed Abstract | Publisher Full Text
81. Dyck P: The stoop-test in lumbar entrapment radiculopathy. *Spine (Phila Pa 1976).* 1979; 4(1): 89–92. PubMed Abstract | Publisher Full Text
82. Watters WC 3rd, Baisden J, Gilbert TJ, *et al.*: Degenerative lumbar spinal stenosis: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis. *Spine J.* 2008; 8(2): 305–10. PubMed Abstract | Publisher Full Text
83. Benoist M: The natural history of lumbar degenerative spinal stenosis. *Joint Bone Spine.* 2002; 69(5): 450–7. PubMed Abstract | Publisher Full Text
84. Hurri H, Slätis P, Soini J, *et al.*: Lumbar spinal stenosis: assessment of longterm outcome 12 years after operative and conservative treatment. *J SpinalDisord.* 1998; 11(2): 110–5. PubMed Abstract | Publisher Full Text
85. Johnsson KE, Rosén I, Udén A: The natural course of lumbar spinal stenosis. *Clin Orthop Relat Res.* 1992; (279): 82–6. PubMed Abstract
86. Helm li S, Deer TR, Manchikanti L, *et al.*: Effectiveness of thermal annular procedures in treating discogenic low back pain. *Pain Physician.* 2012; 15(3): E279–304. PubMed Abstract
87. Manchikanti L, Singh V, Pampati V: Evaluation of the relative contributions of various structures in chronic low back pain. *Pain Physician.* 2001; 4(4): 308–16. PubMed Abstract
88. He L, Hu X, Tang Y, *et al.*: Efficacy of coblation annuloplasty in discogenic low back pain: a prospective observational study. *Medicine (Baltimore).* 2015; 94(19): e846. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text | F1000 Recommendation
89. Quero L, Klawitter M, Schmaus A, *et al.*: Hyaluronic acid fragments enhance the inflammatory and catabolic response in human intervertebral disc cell through modulation of toll-like receptor 2 signalling pathways. *Arthritis Res Ther.* 2013; 15(4): R94. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text



90. Albert HB, Sorensen JS, Christensen BS, *et al.*: Antibiotic treatment in patients with chronic low back pain and vertebral bone edema (Modic type 1 changes): a double-blind randomized clinical controlled trial of efficacy. *EurSpine J.* 2013; 22(4): 697–707. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text | F1000 Recommendation
91. Fields AJ, Berg-Johansen B, Metz LN, *et al.*: Alterations in intervertebral disc composition, matrix homeostasis and biomechanical behavior in the UCD-T2DM rat model of type 2 diabetes. *J Orthop Res.* 2015; 33(5): 738–46. PubMed Abstract | Publisher Full Text | Free Full Text | F1000 Recommendation
92. Verrills P, Bogduk N, Vivian D: Diagnostic imaging of lumbosacral internal disc disruption. In DePalma MJ ed. *iSpine Interventional Spine Care.* New York, NY: Demos Publishing; 2011; 36–44. Reference Source
93. Carragee EJ, Tanner CM, Khurana S, *et al.*: The rates of false-positive lumbar discography in select patients without low back symptoms. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000; 25(11): 1373–80; discussion 1381. PubMed Abstract | Publisher Full Text
94. Guyer RD, Ohnmeiss DD: Lumbar discography. Position statement from the North American Spine Society Diagnostic and Therapeutic Committee. *Spine (Phila Pa 1976).* 1995; 20(18): 2048–59. PubMed Abstract | Publisher Full Text
95. Cuellar JM, Stauff MP, Herzog RJ, *et al.*: Does provocative discography cause clinically important injury to the lumbar intervertebral disc? A 10-year matched cohort study. *Spine J.* 2016; 16(3): 273–80. PubMed Abstract | Publisher Full Text | F1000
96. Jensen OK, Nielsen CV, Sørensen JS, *et al.*: Back pain was less explained than leg pain: a cross-sectional study using magnetic resonance imaging in low back pain patients with and without radiculopathy. *BMC Musculoskelet Disord.* 2015; 16: 374.
97. Endean A, Palmer KT, Coggon D. Potential of magnetic resonance imaging findings to refine case definition for mechanical low back pain in epidemiological studies: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976).* 2011; 36(2): 160–169.
98. Chou D, Samartzis D, Bellabarba C, *et al.*: Degenerative magnetic resonance imaging changes in patients with chronic low back pain: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976).* 2011; 36(21 Suppl): S43–S53.
99. Arana E, Martí-Bonmatí L, Vega M, *et al.*: Relationship between low back pain, disability, MR imaging findings and health care provider. *Skeletal Radiol.* 2006; 35(9): 641–647.
100. Berg L, Hellum C, Gjertsen Ø, *et al.*: Norwegian Spine Study Group. Do more MRI findings imply worse disability or more intense low back pain? A cross-sectional study of candidates for lumbar disc prosthesis. *Skeletal Radiol.* 2013; 42(11): 1593–1602.
101. Mariconda M, Galasso O, Imbimbo L, *et al.*: Relationship between alterations of the lumbar spine, visualized with magnetic resonance imaging, and occupational variables. *Eur Spine J.* 2007; 16(2): 255–266.
102. Heuck A, Glaser C. Basic aspects in MR imaging of degenerative lumbar disk disease. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2014; 18(3): 228–239.

103. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to backoff? *J Am Board Fam Med* 2009;22(1):62–68.
104. Weiner DK, Kim YS, Bonino P, Wang T. Low back pain in older adults: are we utilizing healthcare resources wisely? *Pain Med* 2006;7(2):143–150.
105. Gray DT, Deyo RA, Kreuter W, et al. Population- based trends in volumes and rates of ambulatory lumbar spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31(17):1957–1963; discussion 1964.
106. Carrino JA, Morrison WB, Parker L, Schweitzer ME, Levin DC, Sunshine JH. Spinal injection procedures: volume, provider distribution, and reimbursement in the U.S. medicare population from 1993 to 1999. *Radiology* 2002;225(3):723–729.
107. Friedly J, Chan L, Deyo R. Increases in lumbosacral injections in the Medicare population: 1994 to 2001. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007;32(16):1754–1760.
108. Luo X, Pietrobon R, Hey L. Patterns and trends in opioid use among individuals with back pain in the United States. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004;29(8):884–890; discussion 891.
109. Jarvik JG. Imaging of adults with low back pain in the primary care setting. *Neuroimaging Clin N Am* 2003;13(2):293–305.
110. Martin BI, Deyo RA, Mirza SK, et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA* 2008;299(6):656–664.
111. Martin BI, Turner JA, Mirza SK, Lee MJ, Comstock BA, Deyo RA. Trends in health care expenditures, utilization, and health status among US adults with spine problems, 1997-2006. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009;34(19):2077–2084.
112. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects: a prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990;72(3):403–408.
113. Jarvik JJ, Hollingworth W, Heagerty P, Haynor DR, Deyo RA. The Longitudinal Assessment of Imaging and Disability of the Back (LAIDBack) Study: baseline data. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001;26(10):1158– 1166.
114. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994;331(2):69–73.
115. Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, et al. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology* 2005;237(2):597–604.
116. Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. *AJNR Am J Neuroradiol* 2008;29(6):1098–1103.
117. Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2011;154(3):181–189.
118. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147(7):478–491.

119. Shreibati JB, Baker LC. The relationship between low back magnetic resonance imaging, surgery, and spending: impact of physician self-referral status. *Health Serv Res* 2011;46(5):1362–1381.
120. Roland M, van Tulder M. Should radiologists change the way they report plain radiography of the spine? *Lancet* 1998;352(9123):229–230.
121. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322(7283):400–405.
122. Kerry S, Hilton S, Dundas D, Rink E, Oakeshott P. Radiography for low back pain: a randomised controlled trial and observational study in primary care. *Br J Gen Pract* 2002;52(479):469–474.
123. Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. Reducing roentgenography use: can patient expectations be altered? *Arch Intern Med* 1987;147(1):141–145.
124. Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG, et al. Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome-multicenter randomized trial. *Radiology* 2004;231(2):343–351.
125. Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289(21):2810–2818.
126. Deshpande A, Furlan A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk D. Opioids for chronic lowback pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD004959.
127. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. Chapter 4: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15(suppl 2):S192–S300.
128. Deyo RA, Gray DT, Kreuter W, Mirza S, Martin BI. United States trends in lumbar fusion surgery for degenerative conditions. *Spine (Phila Pa 1976)* 2005;30(12):1441–1445; discussion 1446–1447.
129. Mirza SK, Deyo RA. Systematic review of randomized trials comparing lumbar fusion surgery to nonoperative care for treatment of chronic back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007;32(7):816–823.
130. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI, Kreuter W, Goodman DC, Jarvik JG. Trends, major medical complications, and charges associated with surgery for lumbar spinal stenosis in older adults. *JAMA* 2010;303(13):1259–1265.
131. Bartleson JD. Evidence for and against the use of opioid analgesics for chronic nonmalignant low back pain: a review. *Pain Med* 2002;3(3):260–271.
132. Paulozzi LJ, Ryan GW. Opioid analgesics and rates of fatal drug poisoning in the United States. *Am J Prev Med* 2006;31(6):506–511.
133. Schaller A, Dintios CM, Icks A, et al. Promoting physical activity in low back pain patients: six months follow-up of a randomised controlled trial comparing a multicomponent intervention with a low intensity intervention. *Clin Rehabil*. 2016;30(9):865-77.
134. Kuukkanen T, Mälkiä E, Kautiainen H, et al. Effectiveness of a home exercise programme in low back pain: a randomized five-year follow-up study. *Physiother Res Int*. 2007;12(4):213-24.

135. Waxman R, Tennant A, Helliwell P. A prospective follow-up study of low back pain in the community. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:2085-90.
136. Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, et al. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(1):CD006555.
137. Koes BW, van Tulder M, Lin C-WC, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2010;19(12):2075-94.
138. Ishak NA, Zahari Z, Justine M. Effectiveness of Strengthening Exercises for the Elderly with Low Back Pain to Improve Symptoms and Functions: A Systematic Review. *Scientifica.* 2016;2016:10.
139. Massironi F, Mian P, Olivato D and Bacis M, Exposure to the risk of the manual lifting of patients and the results of a clinical study in 4 hospital establishments of northern Italy. *Med Lav* 1999; 330-41.
140. Yves Henchoz and Alexander Kai-Lik So. Exercise and nonspecific low back pain: A literature review *Joint Bone Spine* 2008; 75(5): 533-9.

## Abstrakt

**Hyrje:**Dhimbja e mesit (lumbago) është ankesa më e zakonshme muskuloskeletike që prek popullatën adulte, me një prevalencë deri në 84%.

**Qëllimi i studimit** është të përshkruajë karakteristikat, gjetjet imazherike dhe diagnozën specifike klinike, në pacientët me lumbago.

**Materiali dhe metodat:** Ky është një studim prospektiv i kryer në repartin e Urgjences së Qendres Spitalore Universitare "Nene Tereza" gjatë periudhës 2010-2014 dhe përfshin 247 paciente me lumbago. Për të gjithë pacientët u mbodhen të dhënat sociodemografike, klinike dhe imazherike.

**Rezultate:** 95 (38.5%) janë femra dhe 152 (61.5%) janë meshkuj ( $p < 0.01$ ). Moshë mesatare e pacientëve është 41.2 (13.1) vje me rang nga 18 vje deri në 76 vje. Mbizoterion grupmosha 51-60 vje me 31.6% të totalit të pacientëve, me ndryshim sinjifikant me grupmoshat e tjera, ( $p < 0.01$ ). Mbizoterion dhimbja akute (76.1%) ndjekur nga dhimbja subakute (16.2%) dhe kronike (8.1%) ( $p < 0.01$ ).

Mbizoterion dhimbje në regionin lumbar (49%), ndjekur nga dhimbje lumbar dhe spinale (38%), dhimbje lumbar dhe koksofemorale (8%) dhe dhimbje lumbar dhe sakroiliake (5%), ( $p < 0.01$ ). Gjetjet imazherike ishin normale në 13% të pacientëve. Nga gjetjet patologjike mbizoterionje: degjenerim diskal 71%, hernie diskale 63%, spondiloze 58%, stenoze e kanalit spinal 21%, diskit 15%, zone me intensitet të lartë 14%, kompresion i kordës/nervave 13%, ngushtim i foramina intervertebrale 13%, Spondilolisteze 6, metastaze 4%. Degjenerimi i diskut mbizoterion në L4/L5 (52.6%), ndjekur nga L5/S1 (24%). ( $p < 0.01$ ). Me pak të prekura janë L1/L2 (2.9%), L2/L3 (9.1%), L3/L4 (11.4%). Gjetjet imazherike mbizoterionje tek pacientët me mbipeshe dhe obeze, me ndryshim sinjifikant me pacientët me BMI normale, ( $p < 0.05$ ).

**Konkluzion:** Lumbago duhet të trajtohet gjithmonë si një sëmundje komplekse në të cilën është e detyrueshme që të përcaktohet një diagnozë e saktë e gjeneratorëve të dhimbjes para fillimit të çdo trajtimi. Evidencat aktuale sugjerojnë që stërvitja vetëm ose në kombinim me edukimin është efektive për parandalimin e Lumbagos.

**Fjalë kyçe:** lumbago, faktorë risku, imazheri

## Abstract

**Introduction:** Low back pain (lumbago) is the most common musculoskeletal complaint affecting the adult population, with a prevalence of up to 84%. The aim of the study is to describe the characteristics, imaging findings and specific clinical diagnosis, in patients with lumbago.

**Material and methods:** This is a prospective study conducted in the Emergency Department of the University Hospital Center "Mother Teresa" during the period 2010-2014 and includes 247 patients with lumbago. Sociodemographic, clinical and imaging data were collected for all patients.

**Results:** 95 (38.5%) are female and 152 (61.5%) are male ( $p < 0.01$ ). The average age of patients is 41.2 (13.1) years ranging from 18 years to 76 years. Dominates the age group 51-60 years with 31.6% of the total patients, with significant difference with other age groups ( $p < 0.01$ ). Acute pain predominates (76.1%) followed by subacute pain (16.2%) and chronic pain (8.1%) ( $p < 0.01$ ). Predominates pain in the lumbar region (49%), followed by lumbar and spinal pain (38%), lumbar and coxofemoral pain (8%) and lumbar and sacroiliac pain (5%), ( $p < 0.01$ ). Imaging findings were normal in 13% of patients. Pathological findings are: disc degeneration 71%, disc herniation 63%, spondylosis 58%, spinal canal stenosis 21%, disc 15%, high intensity area 14%, cord / nerve compression 13%, narrowing of the intervertebral foramina 13%, Spondilolisteze 6, metastases 4%. Disc degeneration predominated in L4 / L5 (52.6%), followed by L5 / S1 (24%). ( $p < 0.01$ ). Less affected are L1 / L2 (2.9%), L2 / L3 (9.1%), L3 / L4 (11.4%). Imaging findings predominate in overweight and obese patients. ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Lumbago should always be treated as a complex disease in which it is mandatory to determine an accurate diagnosis of pain generators before starting any treatment. Current evidence suggests that exercise alone or in combination with education is effective in preventing Lumbago.

**Keywords:** lumbago, risk factors, imaging