



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

«Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Κωδικός MIS: 464637

Νόσημα: Οσφυαλγία

Ομάδα εργασίας: Δρ. Μαρία Αντωνοπούλου (Συντονίστρια)
Δρ. Στέλιος Παπαλεξανδρής (Αναπληρωτής συντονιστής)
κ. Γιώργος Ιγγλεζάκης (Επιστημονικός συνεργάτης)

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Καθηγητής Χρήστος Λιονής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής
Ιατρικής
Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη

UNIVERSITY OF CRETE
FACULTY OF MEDICINE

Clinic of Social and Family Medicine
P.O Box 2208, Heraklion 71003,
Crete, Greece





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύνθεση της ομάδας ανασκόπησης:

ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονικός Υπεύθυνος έργου
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ	Ιατρός, Συντονίστρια της ομάδας ανασκόπησης
ΠΑΠΑΛΕΞΑΝΔΡΗΣ ΣΤΕΛΙΟΣ	Ιατρός, Αναπληρωτής συντονιστής της ομάδας ανασκόπησης
ΙΓΓΛΕΖΑΚΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ	Καθηγητής Φυσικής Αγωγής, Επιστημονικός συνεργάτης

Σύνθεση της ομάδας ομοφωνίας (κατ' αλφαβητική σειρά):

ΒΑΡΥΤΙΜΙΔΗΣ ΣΩΚΡΑΤΗΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας
ΔΟΥΝΗ ΜΑΡΙΑ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Αντιρευματικού Αγώνα
ΔΡΑΚΟΥ ΕΛΕΝΗ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας
ΚΑΡΑΠΟΥΛΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΚΑΤΑΞΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας
ΠΑΓΑΝΑΣ ΑΡΙΣΤΟΦΑΝΗΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής
ΛΥΡΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγητής, Πρόεδρος Ελληνικού Ιδρύματος Οστεοπόρωσης
ΡΙΖΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ	Εκπρόσωπος Ελληνικού Ιδρύματος Οστεοπόρωσης
ΣΑΛΑΜΑΛΙΚΗ ΑΝΔΡΟΜΑΧΗ	Εκπρόσωπος Ελληνικής Εταιρείας Αντιρευματικού Αγώνα
ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Εκπρόσωπος Ελληνικού Ιδρύματος Οστεοπόρωσης
ΤΑΝΗ ΣΟΦΙΑ	Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας
ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ	Εκπρόσωπος Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΕΛΥΒΔΑΩΜΕΝΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Περιεχόμενα

	Πρόλογος	4
1.	Εισαγωγή	5
2.	Ορισμός Οσφυαλγίας	6
3.	Κλινικά ερωτήματα	9
4.	Μεθοδολογία	12
5.	Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο	16
6.	Πρακτικός Αλγόριθμος	71
7.	Επίλογος	72
8.	Βιβλιογραφία	73



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Πρόλογος

Είναι μεγάλη χαρά στο πλαίσιο του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013» να προλογίζω ως Επιστημονικός Υπεύθυνος την παρούσα Κατευθυντήρια Οδηγία.

Είναι σημαντικό που για πρώτη φορά στη χώρα μας συντάχθηκαν Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Γενική Ιατρική ως αποτέλεσμα συστηματικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας και συμφωνίας με εκπρόσωπους Επιστημονικών Εταιρειών (Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία), ιατρών (Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής) και νοσηλευτών (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας), ασθενών και εκπροσώπων της κεντρικής/περιφερειακής διοίκησης, καθώς του Ελληνικού Ιδρύματος Οστεοπόρωσης. Στο έργο αυτό χρησιμοποιήθηκε μεθοδολογία που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του συγκεκριμένου έργου και αποτελεί σύνθεση δοκιμασμένων εμπειριών και τεχνολογιών από Αμερική, Ευρώπη και Αυστραλία.

Η παρούσα έκδοση παρουσιάζει τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης που ολοκλήρωσε η ομάδα εργασίας για την Οσφυαλγία. Σε αυτήν ο ιατρός γενικής ιατρικής και επαγγελματίας υγείας στην Π.Φ.Υ. μπορεί να αναζητήσει απαντήσεις σε κλινικά ερωτήματα που τίθενται συχνά στην καθ' ημέρα πράξη και να λάβει αποφάσεις που είναι σύμφωνες με τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και τη γνώμη των ασθενών.

Θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτού του έργου και ιδιαίτερα τα μέλη της ομάδας έργου (κ. Μαρία Αντωνοπούλου που συντόνισε την ομάδα εργασίας, κ. Στέλιο Παπαλεξανδρή, κ. Γεώργιο Ιγγλεζάκη) που διάβασε συστηματικά τη βιβλιογραφία και συνέταξε μεγάλο μέρος του παρόντος κειμένου, καθώς και την κ. Ειρήνη Βασιλάκη για τον ουσιαστικό της ρόλο στο συντονισμό του έργου.

Θα είναι τιμή και χαρά για όλους μας, εάν αυτές οι οδηγίες χρησιμοποιηθούν επ' ωφελεία των ασθενών και των υπηρεσιών υγείας, των ιατρών και των νοσηλευτών στην Π.Φ.Υ.

Με εκτίμηση,

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του έργου

Χρήστος Λιονής

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής

Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

1. Εισαγωγή

Η οσφυαλγία αποτελεί συχνό πρόβλημα υγείας στο γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα στους ασθενείς που επισκέπτονται τις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Στις ΗΠΑ αποτελούν την 5η πιο συχνή αιτία ιατρικών επισκέψεων (1). Ανάλογα με την ακολουθούμενη μεθοδολογία, η υπολογιζόμενη συχνότητα της οσφυαλγίας στις αναπτυγμένες χώρες διαφέρει αρκετά. Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της παρουσιάζεται υψηλότερος στις γυναίκες παρά στους άνδρες, αυξάνεται σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας και παραμένει σε σταθερό επίπεδο μετά την ηλικία των 68 ετών (2). Ειδικότερα σε μονάδες Π.Φ.Υ. στην Κρήτη υπολογίστηκε ότι αγγίζει το 57% του πληθυσμού που τις επισκέφτηκαν (3) καταδεικνύοντάς την ως μία από τις υψηλότερες των νοσημάτων. Παρόλο που στη πλειονότητα των ασθενών με οξεία οσφυαλγία αυτή υποχωρεί σε διάστημα περίπου ενός μήνα, ωστόσο σε αρκετές περιπτώσεις επιμένει και παίρνει ένα χαρακτήρα χρόνιο και επιβαρυντικό που οδηγεί σε προσωρινή (συχνές αναρρωτικές άδειες), αλλά και μόνιμη κινητική αναπηρία με σημαντικό οικονομικό και κοινωνικό κόστος (4) (5) (6). Για τη διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και συνολικότερα τη διαχείριση της οσφυαλγίας στην Π.Φ.Υ. υπάρχει μια εκτεταμένη και αναλυτική διεθνής βιβλιογραφία με τη μορφή αλγόριθμων και κατευθυντήριων οδηγιών που βοηθούν στον σχεδιασμό και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας προς την κατεύθυνση της αποτελεσματικότερης και καθολικά ορθότερης διαχείρισης της οσφυαλγίας από τους επαγγελματίες υγείας. Προσπαθώντας να καλύψει το κενό αυτό στην ελληνική κλινική πρακτική, η ομάδα μας ανέλαβε το σημαντικό έργο της ανάπτυξης κλινικών συστάσεων, που θα απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

2. Ορισμός Οσφυαλγίας

Ορισμός

Οσφυαλγία είναι ο πόνος ή η δυσφορία που εντοπίζεται στην περιοχή μεταξύ των κάτω ορίων του θωρακικού κλωβού και των γλουτιαίων πτυχών, που μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ισχιαλγία, δηλαδή επέκταση του πόνου κατά μήκος του μηρού και της κνήμης, φθάνοντας σε ορισμένες περιπτώσεις μέχρι τα δάκτυλα του ποδιού (4).

Ταξινόμηση - Αιτιολογία

Ανάλογα με τη διάρκεια των συμπτωμάτων η οσφυαλγία διακρίνεται σε τρεις μορφές (Οξεία, Υποξεία, Χρόνια). Η οξεία οσφυαλγία έχει διάρκεια μικρότερη από 6 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 85% όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας. Η υποξεία οσφυαλγία έχει διάρκεια από 6 μέχρι 12 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 10% όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας, ενώ η χρόνια οσφυαλγία διαρκεί περισσότερο από 12 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 5% όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας (16). Σύμφωνα με το National Institute of Clinical Excellence (NICE) υπάρχει και η εμμένουσα ή υποτροπιάζουσα οσφυαλγία που διαρκεί περισσότερο από 6 εβδομάδες αλλά λιγότερο από 12 μήνες (17).

Ανάλογα με την αιτιολογία των συμπτωμάτων η οσφυαλγία μπορεί να ταξινομηθεί ως εξής:

Μη ειδική οσφυαλγία (85-95%) των περιπτώσεων. Για την πλειοψηφία των ασθενών που αναζητούν φροντίδα για χαμηλή οσφυαλγία σε δομές Π.Φ.Υ. δεν είναι εφικτή η απόδοση της κλινικής εικόνας σε συγκεκριμένη πάθηση ή σπονδυλική βλάβη και αποδίδεται συνήθως σε «μηχανικά» αίτια.

Ριζιτικός πόνος – ισχιαλγία. Η οσφυοϊσχιαλγία οφείλεται συνήθως σε κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου ή σπονδυλική στένωση (περίπου 5% των περιπτώσεων). Με την κλινική εξέταση μπορεί να τεκμηριωθεί πιθανή προσβολή των ριζών των νεύρων. Η στένωση του σπονδυλικού σωλήνα επιβεβαιώνεται κυρίως με απεικονιστικές μεθόδους. Το ιστορικό, τα κλινικά σημεία και συμπτώματα δίνουν ενδείξεις και για τις δύο κλινικές οντότητες, καθορίζουν τη βαρύτητα της κατάστασης και το επίπεδο της νευρολογικής βλάβης.

Οσφυαλγία δυνητικά σχετιζόμενη με παθολογία της σπονδυλικής στήλης (περίπου 1-2% των περιπτώσεων). Υπάρχουν συμπτώματα ή σημεία (τα λεγόμενα “red flags”) που υποδηλώνουν σπονδυλικό κάταγμα, όγκο, λοίμωξη, νοσήματα που δεν σχετίζονται με το μυοσκελετικό (π.χ. ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής), παθήσεις του παγκρέατος, νεφρολιθίαση ή σύνδρομο ιππουρίδος. Απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας από τον



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

κλινικό γιατρό, ενδεδειγμένη κλινική εξέταση και στοχευμένος παρακλινικός έλεγχος. Επίσης δεν θα πρέπει να παραβλέπονται οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση των παραπάνω παθήσεων (18).

Με βάση την παθοφυσιολογία της οσφυαλγίας, τα ποικίλα αίτια της μπορούν να καταταγούν στις παρακάτω 7 κατηγορίες (19):

1. «Μηχανικά» αίτια
 - Μυοσυνδεσμική βλάβη
 - Οστεοαρθρίτιδα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης
 - Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου
 - Σπονδυλολίσθηση
 - Στένωση του σπονδυλικού σωλήνα
2. Οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες
 - Αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα
 - Ψωριασική αρθρίτιδα
 - Αντιδραστική αρθρίτιδα
 - Εντεροπαθητική αρθρίτιδα
 - Μη διαφοροποιημένη οροαρνητική σπονδυλαρθρίτιδα
3. Οστεοπόρωση (οστεοπορωτικά σπονδυλικά κατάγματα)
4. Μικροβιακοί παράγοντες
5. Νεοπλασματικά νοσήματα
 - Καλοήγη (οστεοειδές οστέωμα)
 - Κακοήγη (πολλαπλούν μυέλωμα, οστικές μεταστάσεις)
6. Αιματολογικά νοσήματα
 - Αιμοσφαιρινοπάθειες
7. Διάφορες άλλες παθήσεις
 - Ινομυαλγία
 - Οστική νόσος Paget
 - Ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής
 - Ψυχιατρικές παθήσεις

Παράγοντες κινδύνου

Διαχρονικά πολλές επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες αποκάλυψαν την ύπαρξη πλήθους καθοριστικών παραγόντων οσφυαλγίας, οι οποίοι δείχνουν συνεπή και θετική συσχέτιση με την εμφάνιση παθήσεων της σπονδυλικής στήλης και μπορούν να ταξινομηθούν σε 3 κατηγορίες.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ
ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ
ΤΗΣ
ΔΡΑΣΗΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Την πρώτη κατηγορία, τους φυσικούς παράγοντες, αποτελούν η βαριά σωματική καταπόνηση, τα επαγγέλματα που επιβάλλουν άρση μεγάλου βάρους, το σήκωμα βάρους με λάθος στάση σώματος, (20) η ορθοστασία και η δόνηση (21), το τζόκινγκ και η συμμετοχή σε σπορ (4) (22), αλλά και το τρέξιμο στους τιμεντένιους δρόμους και η παρατεταμένη καθιστική εργασία (23). Στη δεύτερη κατηγορία, στα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, ανήκουν ο τρόπος ζωής και η φυσική κατάσταση (20), η μεγάλη ηλικία, η ύπαρξη προηγούμενου τραυματισμού (24), γενετικοί παράγοντες (25), η παχυσαρκία (26) (27), αλλά και συνήθειες, όπως η κατανάλωση αλκοόλ (28) και το κάπνισμα (29). Την τρίτη κατηγορία αποτελούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και οι επαγγελματικές συνθήκες, όπως η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία (30), η κακή σχέση με τους προϊστάμενους, η έλλειψη ελέγχου της εργασίας, η αντίληψη ανεπάρκειας του εισοδήματος (31). Λοιποί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι η αγωνία, το άγχος, η κατάθλιψη, η γνωστική δυσλειτουργία (32).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

3. Κλινικά ερωτήματα

Τα κλινικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν από τις επιμέρους ομάδες ανασκόπησης ομαδοποιήθηκαν βάσει ενός κοινού πλαισίου αναφοράς. Για το λόγο αυτό σχηματίστηκαν ενιαίες κατηγορίες. Η ταξινόμηση των κλινικών ερωτημάτων έγινε σε πέντε ομάδες αναφορικά με: τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία, τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη), την πρόληψη, την παραπομπή, τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας. Βασική προϋπόθεση της προσπάθειας αυτής ήταν τα ερωτήματα να προέρχονταν από την κλινική εμπειρία σε δομές Π.Φ.Υ. και να διατυπώνονταν με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονταν στην ελληνική πραγματικότητα.

Τα μείζονα κλινικά ερωτήματα που εν τέλει διατυπώθηκαν από την ομάδα ανασκόπησης της Οσφυαλγίας στην αρχή του έργου (Παραδοτέο 1.1) και κατεύθυναν τη διατύπωση των συστάσεων ήταν τα ακόλουθα:

Αναφορικά με τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία:

1. Ποιες πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα στην αξιολόγηση της σοβαρότητας και τη διαφορική διάγνωση της οσφυαλγίας στην Π.Φ.Υ.;
2. Ποια σημεία (κλινικές δοκιμασίες) και συμπτώματα έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα στην εντόπιση των ασθενών με σοβαρή υποκείμενη νόσο (red flags), ή εκείνων με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας εμμένουσας οσφυαλγίας και επακόλουθης δυσλειτουργίας (yellow flags);
3. Υπάρχει βελτίωση της ακρίβειας της διάγνωσης και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με τη χρήση των σταθμισμένων, στα ελληνικά, ερωτηματολογίων για την οσφυαλγία (π.χ. Keele STarT Back Screening Tool, Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire);
4. Υπάρχει βελτίωση της ακρίβειας της διάγνωσης και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με τη διενέργεια εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων στους ασθενείς με οσφυαλγία στα πλαίσια της Π.Φ.Υ.;

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη):



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

5. Ποια είναι η αποτελεσματικότητα των παρακάτω ουσιών ή κατηγοριών φαρμάκων στην αντιμετώπιση της μη ειδικής οσφυαλγίας στα πλαίσια της Π.Φ.Υ. (ως προς την ανακούφιση του πόνου, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την πρόληψη αναπηρίας);
 - i. Παρακεταμόλη
 - ii. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη
 - iii. Οπιοειδή
 - iv. Μυοχαλαρωτικά
 - v. Βενζοδιαζεπίνες
 - vi. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά
 - vii. Γκαμπαπεντίνη
 - viii. Κορτικοστεροειδή
6. Ποια είναι η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης των ασθενών με οσφυαλγία σε θέματα αυτοφροντίδας (π.χ. σχολείο οσφυαλγίας) ως προς τη συμμόρφωση στις παρεχόμενες οδηγίες και ως προς τη μείωση των συμπτωμάτων;
7. Πόσο αποτελεσματικός είναι ο κλινοστατισμός και η αποφυγή φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς με μη ειδική οσφυαλγία και για ποιο διάστημα ενδείκνυται;
8. Ποιες είναι οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι φυσικοθεραπείας στην αντιμετώπιση της μη ειδικής οσφυαλγίας στην Π.Φ.Υ., ως προς την ανακούφιση του πόνου και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης;
9. Ποια είναι η αποτελεσματικότητα και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των εναλλακτικών, μη φαρμακευτικών μέτρων στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας σε σχέση με τα συνήθη, συμβατικά προτεινόμενα μέτρα;

Αναφορικά με την πρόληψη:

10. Ποια είναι τα αποτελεσματικότερα μέτρα, συμπεριλαμβανομένων των συμπληρωμάτων διατροφής και των προγραμμάτων ελέγχου του σωματικού βάρους, πρόληψης της οσφυαλγίας;

Αναφορικά με την παραπομπή:

11. Βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η πρόγνωση από την παραπομπή ασθενών με μη ειδική οσφυαλγία σε δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας ή ειδικό γιατρό (π.χ. ορθοπαιδικό, ρευματολόγο);



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας:

12. Ποια είναι η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διεπιστημονικής αντιμετώπισης ασθενών με μη ειδική οσφυαλγία;



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

4. Μεθοδολογία

Σκοπός της Κ.Ο. για την Οσφυαλγία

Στην Ελλάδα παρουσιάζεται μεγάλη διακύμανση στην εφαρμογή των ιατρικών πρακτικών. Η υιοθέτηση από τους παρόχους της Π.Φ.Υ. κοινών κατευθυντήριων οδηγιών υψηλής τεκμηρίωσης ως οδηγού για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων για την αντιμετώπιση της Οσφυαλγίας κρίθηκε μείζονος σημασίας δεδομένου ότι ενισχύουν την υπευθυνότητα, μειώνουν τις αποκλίσεις στις ιατρικές πράξεις, εξοικονομούν πόρους και παρέχουν ως ένα βαθμό διαφάνεια (7) (8).

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, ως κύριος σκοπός της προσπάθειας σύνταξης των πρώτων Κατευθυντήριων Οδηγιών (ΚΟ), όσον αφορά την διαχείριση της Οσφυαλγίας στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, τέθηκε η διατύπωση συστάσεων αναφορικά με τη διαχείριση της Οσφυαλγίας στοχεύοντας αφενός στην ανάπτυξη παρεμβάσεων προαγωγής υγείας και αφετέρου στην πρώιμη διάγνωση της νόσου και στην πρόληψη της επιδείνωσης της.

Σε ποιους απευθύνεται

Οι συστάσεις που διατυπώνονται στην παρούσα Κατευθυντήρια Οδηγία για την Οσφυαλγία απευθύνονται στους παρόχους υγείας που εργάζονται σε δομές Π.Φ.Υ. στην ελληνική επικράτεια. Πρωταρχικοί αποδέκτες είναι οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην Π.Φ.Υ., ωστόσο η ΚΟ απευθύνεται και στους άλλους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. (νοσηλεύτές/ριες, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, διαιτολόγοι, γυμναστές, κ.ά.), ώστε να τους βοηθήσει να αναγνωρίζουν έγκαιρα και συνεπώς να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τους ασθενείς με Οσφυαλγία στα πλαίσια της Π.Φ.Υ..

Μεθοδολογία ανάπτυξης της Κ.Ο.

Στο πλαίσιο των εργασιών για τις ανάγκες του παρόντος έργου, δημιουργήθηκε ένα εγχειρίδιο της μεθοδολογίας για την Ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σε αυτό, περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία και τα επιστημονικά εργαλεία που ακολούθησε η κάθε επιστημονική ομάδα. Στη συνέχεια επιχειρείται μια σύντομη περιγραφή των υιοθετηθέντων βημάτων.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η ομάδα εργασίας, στην προσπάθεια της σύνταξης των συστάσεων αναφορικά με τη διαχείριση της Οσφυαλγίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, προέβη σε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας: α) σε επιλεγμένους ιστοτόπους οι οποίοι αποτελούν αξιόπιστες πηγές αναζήτησης κατευθυντήριων οδηγιών και β) σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων υψηλής ποιότητας. Προηγουμένως, είχε πραγματοποιηθεί η διατύπωση του ορισμού της νόσου, καθώς και τα κλινικά ερωτήματα τα οποία κατεύθυναν την αναζήτηση.

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου, η ομάδα ανασκόπησης αναζήτησε Κατευθυντήριες Οδηγίες από δικτυακούς τόπους σε δημοσιευμένο άρθρο¹³⁹ του Επιστημονικά Υπεύθυνου του έργου, κ. Χ. Λιονή, όπου έχει διαμορφωθεί ένας κατάλογος Επιστημονικών Εταιριών ή Κολεγίων Γενικών Ιατρών με εμπειρία στην ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών. Επιπρόσθετα, η ομάδα ανασκόπησης επέκτεινε την αναζήτηση αυτή και σε άλλους ευρωπαϊκούς και διεθνείς γνωστούς ιστοτόπους παραγωγής και διανομής Κ.Ο. για την οσφυαλγία. Προς αξιολόγηση επιλέχθηκαν οι Κατευθυντήριες Οδηγίες που ήταν προϊόν συμφωνίας ειδικών (consensus), ήταν επιστημονικά τεκμηριωμένες (evidence based), είχαν δημοσιευτεί την τελευταία δεκαετία (2013-2013) στην αγγλική γλώσσα και αναφέρονταν σε ενήλικο πληθυσμό. Εν συνεχεία, οι εντοπισθείσες κατευθυντήριες οδηγίες αξιολογήθηκαν από τα μέλη της ομάδας. Απώτερος σκοπός ήταν να επιλεγθούν προς αξιολόγηση οι Κατευθυντήριες Οδηγίες που παρουσίαζαν μεγαλύτερη συνάφεια με το σκοπό του παρόντος εγχειρήματος και μπορούσαν να εφαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα (19 αρχικές Κ.Ο.). Η ποιότητά τους αξιολογήθηκε με το εργαλείο AGREE (έκδοση Ι). Έξι Κατευθυντήριες Οδηγίες (Κ.Ο.) κρίθηκαν ως αποδεκτής ποιότητας και χρησιμοποιήθηκαν για την διατύπωση των συστάσεων (9) (10) (11) (12) (13) (14).

Αναφορικά με την ανασκόπηση των άρθρων, εξετάσαμε όλες τις δημοσιευμένες εργασίες που εντοπίσαμε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων υψηλής ποιότητας PUBMED (<http://www.pubmed.com/>) και Cochrane Library (<http://www.cochrane.org/>), με σκοπό να απαντήσουμε στα κλινικά ερωτήματα αναφορικά με τη νόσο.

Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν ξεχωριστοί αλγόριθμοι αναζήτησης για κάθε κλινικό ερώτημα συνδυάζοντας τις λέξεις-κλειδιά (key-words) και χρησιμοποιώντας ως επί το πλείστον ιατρικές θεματικές επικεφαλίδες (Mesh terms) συνδυαστικά με άλλες τεχνικές αναζήτησης (Boolean προσέγγιση, φίλτρα αναζήτησης). Τα κριτήρια εισαγωγής, που τέθηκαν κατά τη συστηματική ανασκόπηση των εργασιών, ήταν ο τύπος μελέτης



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

(συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές), το χρονικό διάστημα δημοσίευσης (πενταετία 2008-2013) και η γλώσσα του κειμένου (αγγλικά).

Στη συνέχεια, ανασκοπήθηκαν από τα μέλη της ομάδας τα επιλεγμένα βάσει των κριτηρίων άρθρα. Η ανασκόπηση περιελάμβανε την ανάγνωση του τίτλου, καθώς και της περίληψης των άρθρων που προέκυπταν από τον αλγόριθμο αναζήτησης ανά κλινικό ερώτημα και στις δύο βάσεις δεδομένων. Εντοπίστηκαν τα άρθρα που ήταν κοινά και στις δύο βάσεις, ώστε να αποφευχθούν διπλο-εγγραφές.

Η συνάφεια των μελετών με το εκάστοτε κλινικό ερώτημα, την Π.Φ.Υ. και τη γενική ιατρική διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των εργασιών, των οποίων η ποιότητα εκτιμήθηκε με τα αντίστοιχα εργαλεία αξιολόγησης. Μετά την εφαρμογή του εργαλείου AMSTAR επιλέχθηκαν συνολικά 5 Μετα-αναλύσεις και 43 Συστηματικές Ανασκοπήσεις (από 93 αρχικά μελέτες). Στη συνέχεια, με τη χρήση του δελτίου κριτικής αποτίμησης για Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Κριτικές Δοκιμές (RCTs' Critical Appraisal Sheet) και του δελτίου αποτίμησης Διαγνωστικών Μελετών (Diagnostic Study Appraisal Work Sheet) του Centre of Evidence Based Medicine του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης επιλέχθηκαν 89 Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Κλινικές Δοκιμές και 1 Διαγνωστική Μελέτη (από 255 αρχικά μελέτες).

Μετά την ολοκλήρωση των προαναφερθέντων βημάτων τα αποτελέσματα της επιλεγμένης βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν για τη διατύπωση των συστάσεων. Στο στάδιο αυτό πραγματοποιήθηκε και η εκτίμηση του επιπέδου τεκμηρίωσης της κάθε σύστασης σύμφωνα με το σύστημα που προτείνεται από το National Health and Medical Research Council (15).

Οι διαμορφωθείσες συστάσεις απεστάλησαν ηλεκτρονικά μαζί με μια επτάβαθμη βαθμολογημένη κλίμακα (Α' κύκλος DELPHI) στα μέλη του consensus panel, προκειμένου να γίνει μια πρώτη εκτίμηση και διατύπωση σχολίων, που θα συνέβαλαν καθοριστικά στην τελική συνάντηση ομοφωνίας στην Κρήτη. Τα σχόλια που διατυπώθηκαν συνέβαλαν στην αναδιαμόρφωση ορισμένων συστάσεων, ενώ πραγματοποιήθηκε και μια πρώτη εκτίμηση του βαθμού σύγκλισης των απόψεων των μελών του consensus panel.

Στην συνέχεια, οι επαναδιατυπωμένες συστάσεις παρουσιάστηκαν στα μέλη του consensus panel στη συνάντηση ομοφωνίας που πραγματοποιήθηκε για την οσφουαλγία.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Την πρώτη μέρα στη συνάντηση ομοφωνίας πραγματοποιήθηκε εκτενής συζήτηση αναφορικά με το περιεχόμενο και τη διατύπωση κάθε σύστασης. Τη δεύτερη μέρα, τα μέλη της συνάντησης ομοφωνίας κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τις διαμορφωθείσες συστάσεις βάσει του Δελτίου Αξιολόγησης των συστάσεων του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (National Health and Medical Research Council) (15) της Αυστραλίας. Κάθε σύσταση αξιολογήθηκε αναφορικά με την τεκμηρίωση της, τη συνοχή της, την κλινική της επίδραση, τη δυνατότητα γενίκευσής της και τη δυνατότητα εφαρμογής της. Από το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους αυτών στοιχείων προέκυψε το επίπεδο τεκμηρίωσης κάθε σύστασης (Α= Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη, Β= Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, C=Το σύνολο των τεκμηρίων ενισχύει μερικώς τις συστάσεις, αλλά πρέπει να δίνεται προσοχή στην εφαρμογή του, D= Το σύνολο των τεκμηρίων δεν έχει μεγάλη ισχύ και πρέπει να εφαρμόζεται με προσοχή).

Δήλωση συμφερόντων

Όλοι οι συνεργάτες που συνέβαλαν στη συγγραφή της παρούσας ΚΟ δηλώνουν ότι δεν υπόκεινται σε σύγκρουση συμφερόντων και βεβαιώνουν ότι δεν απασχολούνται στη φαρμακευτική βιομηχανία.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

5. Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο

Συμπτώματα και διάγνωση

Σύσταση 1: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οσφυαλγία, να αναζητούν και να εκτιμούν συμπτώματα ή πληροφορίες από το ιστορικό που υποδεικνύουν νεοπλασματική, λοιμώδη ή φλεγμονώδη αιτιολογία, ιππουριδική συνδρομή, κάταγμα σπονδυλικής στήλης και να συνεκτιμούν τυχόν ψυχολογικές συνιστώσες.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: I-III

Βαθμός σύστασης: A

Το ιστορικό και η φυσική εξέταση συμβάλλουν στην αναζήτηση ή στον αποκλεισμό ειδικών αιτιών οσφυαλγίας, καθώς και στην κατάταξη των ασθενών με οσφυαλγία σε μία από τις κατηγορίες (9):

- Μη ειδική οσφυαλγία
- Οσφυαλγία με ριζοπάθεια ή σπονδυλική στένωση
- Δευτερογενής οσφυαλγία

Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητη η ακριβής παθολογοανατομική διάγνωση για την επιτυχή αντιμετώπιση της μη ειδικής οσφυαλγίας (10).

Παρά το ότι το λεπτομερές ιατρικό ιστορικό, σε συνδυασμό με ακριβή κλινική εξέταση βοηθά στην ανίχνευση σοβαρών υποκείμενων νοσημάτων ή καταστάσεων, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των επιμέρους στοιχείων του έχουν χαμηλή διαγνωστική αξία (επίπεδο τεκμηρίωσης III-2) (10). Επιπλέον, συχνά ευρήματα σε ασθενείς με οσφυαλγία (π.χ. οστεοαρθρίτιδα, στένωση του σπονδυλικού σωλήνα, οσφυϊκή σπονδύλωση) απαντούν και σε υγιή, ασυμπτωματικά άτομα. Επομένως, οι καταστάσεις αυτές μπορεί να μην συνιστούν την πραγματική αιτία του πόνου (επίπεδο τεκμηρίωσης I, III) (10).

Για τη διάγνωση καρκίνου σε ασθενείς με οσφυαλγία στα πλαίσια της Π.Φ.Υ., το προηγούμενο ιστορικό μη δερματικού καρκίνου (θετικός λόγος πιθανοφάνειας 14,7), η ανεξήγητη απώλεια βάρους (θετικός λόγος πιθανοφάνειας 2,7) και η μη ανταπόκριση στην ενδεδειγμένη θεραπεία για περισσότερο από ένα μήνα (θετικός λόγος πιθανοφάνειας 3,0) έχουν ειδικότητα μεγαλύτερη από 0,9 (11). Στο ίδιο πλαίσιο, ηλικία μεγαλύτερη από 50 έτη



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

θεωρείται παράγοντας με υψηλή ευαισθησία αλλά μέτρια ειδικότητα (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Όσον αφορά τον εντοπισμό υποκείμενης λοίμωξης σε ασθενείς με οσφυαλγία, το ιστορικό χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών ή η συνυπάρχουσα λοίμωξη του δέρματος ή του ουροποιητικού έχουν μέτρια ευαισθησία (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11).

Η μεγάλη ηλικία και η λήψη κορτικοστεροειδών θεωρούνται οι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες συμπίεστικού σπονδυλικού κατάγματος (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Η μικρή ηλικία εμφάνισης της οσφυαλγίας είναι ευαίσθητος αλλά όχι ειδικός δείκτης για τη διάγνωση της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας (11). Παρουσία τουλάχιστον δύο των ακόλουθων συμπτωμάτων: πρωινή δυσκαμψία με διάρκεια μεγαλύτερη από 30 λεπτά, βελτίωση της οσφυαλγίας με άσκηση αλλά όχι με την ανάπαυση, εναλλασσόμενος πόνος στους γλουτούς, αφύπνιση κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού της νύχτας (11) έχει λόγο πιθανοφάνειας 3,7. Ο λόγος πιθανοφάνειας αυξάνει σε 12,3 όταν συνυπάρχουν τρία από τα αναφερθέντα συμπτώματα (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Η περιγραφή τυπικής κατανομής ισχιαλγίας έχει σχετικά υψηλή ευαισθησία αλλά ασυνεπή ειδικότητα στη διάγνωση ριζοπάθειας (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Στοιχεία από το ιστορικό και την κλινική εξέταση που έχουν υψηλή ευαισθησία στη διάγνωση της σπονδυλικής στένωσης έχουν συνήθως χαμηλή ειδικότητα, και το αντίστροφο, έχοντας έτσι μέτρια ή πτωχή προγνωστική αξία (11). Η αλλαγή των συμπτωμάτων σε βάδιση σε κατωφέρεια είχε τον υψηλότερο λόγο πιθανοφάνειας (3,1), ενώ ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών είχε θετικό λόγο πιθανοφάνειας 2,5 και αρνητικό λόγο πιθανοφάνειας 0,33 (11). Η βάδιση με ευρεία βάση συνηγορούσε ισχυρότερα υπέρ της σπονδυλικής στένωσης όταν συνδυαζόταν με θετικά ευρήματα στη δοκιμασία βάδισης σε διάδρομο (11). Μεγάλη διακύμανση παρουσιάζει η προγνωστική αξία της ύφεσης των συμπτωμάτων στην καθιστική θέση (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Η ύπαρξη ψυχολογικού στρες ή κατάθλιψης, οι λειτουργικές διαταραχές και η έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης, οι ισχυρές πεποιοθήσεις τύπου «φόβου-αποφυγής», οι αμφισβητούμενες αιτήσεις ευεργετημάτων ή αποζημιώσεων και η σωματοποίηση



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

σχετίζονται σταθερά με χειρότερα θεραπευτικά αποτελέσματα αντιμετώπισης της οσφυαλγίας (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11). Πόνος μεγάλης διάρκειας ή ισχυρής έντασης και παρουσία ισχιαλγίας εμφανίζουν μέτρια συσχέτιση με χειρότερα θεραπευτικά αποτελέσματα (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11). Είναι σημαντικό λοιπόν οι παράγοντες αυτοί να εντοπίζονται και να ερευνώνται, ώστε να μην οδηγούν σε ψευδείς διαγνωστικές διαπιστώσεις, αδιέξοδα σχήματα αντιμετώπισης και αμφισβητήσιμα αποτελέσματα της θεραπείας.

Σε μία μετα-ανάλυση 40 μελετών για τη συσχέτιση του καπνίσματος με την εμφάνιση οσφυαλγίας, διαπιστώθηκε ότι οι δείκτες συχνότητας (επίπτωση και επιπολασμός) ήταν μεγαλύτεροι στους εν ενεργεία αλλά και στους πρώην καπνιστές σε σχέση με άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ (33). Η συσχέτιση ήταν ισχυρότερη για εφήβους ασθενείς και για περιπτώσεις χρόνιου πόνου (33). Ωστόσο, το κάπνισμα δεν θεωρείται προγνωστικός παράγοντας της έκβασης των επεισοδίων οσφυαλγίας αναφορικά με τον πόνο και το ενδεχόμενο λειτουργικό έλλειμμα (34).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση που συμπεριέλαβε 39 μελέτες, προσδιορίστηκαν συνολικά 117 προγνωστικοί παράγοντες επιστροφής στην εργασία ασθενών με οξεία οσφυαλγία, από τους οποίους 56 ήταν ιατροβιολογικοί (35 τροποποιήσιμοι, 21 μη τροποποιήσιμοι) και 61 ψυχοκοινωνικοί (51 τροποποιήσιμοι και 10 μη τροποποιήσιμοι) (35). Αντίστοιχα, για τη χρόνια οσφυαλγία προσδιορίστηκαν 105 παράγοντες, από τους οποίους οι 44 ήταν ιατροβιολογικοί (27 τροποποιήσιμοι και 17 μη τροποποιήσιμοι) και οι 61 ψυχοκοινωνικοί (40 τροποποιήσιμοι και 21 μη τροποποιήσιμοι) (35). Η μελέτη συμπεραίνει ότι οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται, κατά προτίμηση στα πλαίσια διεπιστημονικής προσέγγισης, στην οξεία ή υποξεία φάση, διότι τότε είναι υψηλότερη η αναλογία των τροποποιήσιμων παραγόντων.

Κλινικά σημεία και δοκιμασίες

Σύσταση 2: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οσφυαλγία, να αναζητούν στην κλινική εξέταση ευαισθησία στην ψηλάφηση των ακανθωδών αποφύσεων των οσφυϊκών σπονδύλων και των ιερολαγονίων αρθρώσεων, να καταγράφουν την τυχόν υπάρχουσα νευρολογική σημειολογία και να διενεργούν τη δοκιμασία ανύψωσης του κάτω άκρου (σύστοιχη και διασταυρούμενη) και παραλλαγές αυτής.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-IV

Βαθμός σύστασης: B

Η κλινική εξέταση δε θα πρέπει να περιορίζεται στην αναζήτηση φυσικών σημείων, αλλά να επεκτείνεται στον εντοπισμό συμπεριφορικών και χαρακτηρολογικών γνωρισμάτων που σχετίζονται με τη μετάπτωση της οσφυαλγίας σε χρόνια (9). Η ερμηνεία τους δε, θα πρέπει να γίνεται με περίσκεψη, αφού πολλές δοκιμασίες στερούνται αξιοπιστίας και εγκυρότητας. (10) Επιπλέον, η συσχέτιση των ευρημάτων της φυσικής εξέτασης με την έκβαση της θεραπείας δεν είναι σταθερή, ενώ συνιστούν ασθενέστερους προγνωστικούς παράγοντες δυσμενών αποτελεσμάτων σε σύγκριση με τους ψυχολογικούς παράγοντες (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Οι δοκιμασίες ψηλάφησης της σπονδυλικής στήλης, καθώς και οι δοκιμασίες ελέγχου της ιερολαγονίου άρθρωσης έχουν πτωχή ή ανακόλουθη επαναληψιμότητα και αβέβαιη εγκυρότητα (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Πλήρης νευρολογική εξέταση ενδείκνυται επί πόνου που επεκτείνεται στο κάτω άκρο ή όταν υπάρχουν συμπτώματα νευρολογικής φύσης (επίπεδο τεκμηρίωσης: IV) (10).

Τόσο η ευαισθησία στην ψηλάφηση, όσο και τα νευρολογικά ελλείμματα έχουν γενικά πτωχή ή ανακόλουθη ευαισθησία, αλλά υψηλή ειδικότητα στη διάγνωση υποκείμενης νεοπλασίας (11). Αντίστοιχα χαρακτηριστικά (χαμηλή ευαισθησία και σχετικά υψηλή ειδικότητα) εμφανίζουν οι δοκιμασίες για την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (11).

Η ευαισθησία της δοκιμασίας ανύψωσης του κάτω άκρου είναι 0,91 και η ειδικότητά της 0,26, ενώ η ευαισθησία και η ειδικότητα της διασταυρούμενης δοκιμασίας ανύψωσης του κάτω άκρου είναι 0,29 και 0,88 αντίστοιχα (11). Οι δοκιμασίες αυτές θεωρούνται αξιόλογες στη διαγνωστική διερεύνηση ασθενών με οσφυαλγία (36). Η ειδικότητα των νευρολογικών ελλειμμάτων που είναι συμβατά με πίεση νευρικής ρίζας είναι μέτρια έως υψηλή (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Ο Haskins και συν. διεξήγαν συστηματική ανασκόπηση με αντικείμενο «κλινικούς προγνωστικούς κανόνες» (clinical prediction rules) στην οσφυαλγία (37). Οι 23 περιληφθείσες μελέτες δεν ήταν ομοιογενείς και συγκρίσιμες ως προς τη μεθοδολογία τους, αφορούσαν δε προγνωστικούς κανόνες εφαρμόσιμους στη διάγνωση, τον καθορισμό του είδους και την πρόκριση του αποτελέσματος των φυσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

(κυρίως χειρισμούς της ΣΣ) (37). Από τη μελέτη δεν προκύπτει τεκμηρίωση ότι οι κλινικοί προγνωστικοί κανόνες μπορούν με αξιοπιστία να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη, διότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα πριν τη γενίκευσή τους στο σύνολο του πληθυσμού ή σε διάφορες συνθήκες υγειονομικών υπηρεσιών (37).

Ερωτηματολόγια

Σύσταση 3: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οσφυαλγία, να χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια για την οσφυαλγία ως επικουρικά διαγνωστικά και προγνωστικά εργαλεία.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: III

Βαθμός σύστασης: B

Στους ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οσφυαλγία, ΔΕ συστήνεται ο γενικός ιατρός και οι άλλοι ιατροί να χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια για την οσφυαλγία (Roland-Morris Disability Questionnaire, Oswestry Disability Index, Oswestry Low Back Pain Scale), προκειμένου να επιτυγχάνεται ακριβέστερη διάγνωση ή να επιλέγεται η αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Η τεκμηρίωση της συμβολής των σταθμισμένων ερωτηματολογίων και κλιμάκων για την οσφυαλγία στην ανίχνευση των ασθενών που είναι πιθανόν να έχουν φτωχή έκβαση είναι περιορισμένη (11). Εργαλείο για τον εντοπισμό των ασθενών που έχουν περισσότερες πιθανότητες να ωφεληθούν από ασκήσεις σταθεροποίησης δεν έχει ακόμη σταθμιστεί (11). Αντίστοιχα, δεν είναι διαθέσιμη η τεκμηρίωση της χρήσης εργαλείου για τη διάκριση των ασθενών που ωφελούνται από κινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης (spinal manipulation), το οποίο επίσης μπορεί να μην είναι πρακτικό στην εφαρμογή του στα πλαίσια της Π.Φ.Υ. (11).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση από τον Cleland και συν., σχετικά με την αναφερόμενη από τους ασθενείς έκβαση της οσφυαλγίας με χρήση ερωτηματολογίων ή κλιμάκων αξιολόγησης, εκτιμάται ότι στην επιλογή του κατάλληλου εργαλείου θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο σκοπός και οι συνθήκες υπό τις οποίες παρέχεται η θεραπεία, η ευκολία χορήγησης και συμπλήρωσής του, η αξιοπιστία του ως προς το ελεγχόμενο αποτέλεσμα και τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται (38). Από τα 31 συνολικά επικυρωμένα για χρήση σε ασθενείς με οσφυαλγία ερωτηματολόγια τα 13 ήταν επαρκώς



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

δομημένα και εντόπιζαν αλλαγές στην πορεία του χρόνου. Το Roland-Morris Disability Questionnaire και το Oswestry Disability Index ήταν τα πληρέστερα αξιολογημένα (38).

Οι ψυχολογικές και επαγγελματικές παράμετροι διαπιστώθηκε ότι είναι οι πλέον αξιόπιστοι προγνωστικοί παράγοντες σε ασθενείς με οσφυαλγία και επομένως τα ερωτηματολόγια που επιλέγονται ως διαγνωστικά βοηθήματα ή εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) θα πρέπει να περιλαμβάνουν σχετικά ερωτήματα (39).

Επίσης, με τη χρήση συγκεκριμένων ερωτηματολογίων (Credibility/Expectancy Questionnaire) είναι εφικτός ο συσχετισμός του είδους και της έντασης των συμπτωμάτων και των πεποιθήσεων των ασθενών με τις προσδοκίες τους και την αντιλαμβανόμενη αξιοπιστία της προτεινόμενης ή χορηγούμενης θεραπείας (40).

Απεικονιστικές και εργαστηριακές εξετάσεις

Σύσταση 4: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες ΠΦΥ με οξεία οσφυαλγία, να αποφεύγουν, ως πρακτική ρουτίνας, να τους παραπέμπουν για απλές ακτινογραφίες ΟΜΣΣ και ιερολαγονίων, CT ή MRI ΟΜΣΣ, σπινθηρογράφημα οστών ή ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο. Ο απεικονιστικός έλεγχος με απλές ακτινογραφίες ΟΜΣΣ και ιερολαγονίων συστήνεται όταν υπάρχουν ενδείξεις φλεγμονώδους, λοιμώδους ή νεοπλασματικής αιτιολογίας της οσφυαλγίας ή υπόνοια σπονδυλικού κατάγματος.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: I-III

Βαθμός σύστασης: B

Σύσταση 5: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οξεία οσφυαλγία, να παραγγέλλουν εξετάσεις αίματος (γενική αίματος, ΤΚΕ, CRP) στο πλαίσιο διερεύνησης της οσφυαλγίας, όταν υπάρχουν υπόνοιες κακοήθειας, λοίμωξης ή οσφυαλγία φλεγμονώδους αιτιολογίας.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Παθολογικά ευρήματα σε απλές ακτινογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες και άλλες διαγνωστικές απεικονιστικές εξετάσεις της ΟΜΣΣ είναι τόσο συχνές μετά την ηλικία των 40 ετών, ώστε να θεωρούνται «φυσιολογικά» (12). Οι απεικονιζόμενες εκφυλιστικές αλλοιώσεις της ΟΜΣΣ στη MRI δεν αποτελούν απαραίτητα το γενεσιουργό αίτιο της οσφυαλγίας και δεν συσχετίζονται πάντα με την κλινική εικόνα (41) (42). Επιπρόσθετα, ούτε



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

η MRI υπό φόρτιση προσφέρει επιπλέον στοιχεία, ώστε να ενισχύεται η διαγνωστική ακρίβεια ή η συσχέτιση των ευρημάτων της εξέτασης με τα συμπτώματα (43). Η συχνότητα πρόπτωσης των μεσοσπονδυλίων δίσκων αυξάνει σταθερά μετά την ηλικία των 40 και φτάνει το 80% στην ηλικία των 60 (12). Είναι απαραίτητη η λήψη πλήρους ιστορικού και η διενέργεια ενδεδειγμένης κλινικής εξέτασης πριν τα κλινικά σημεία και συμπτώματα αποδοθούν στα ευρήματα του απεικονιστικού ελέγχου (12).

Σε γενικές γραμμές η παραπομπή ασθενών με χαμηλή οσφυαλγία για απεικονιστικές και εργαστηριακές εξετάσεις συνιστάται όταν υπάρχει σημαντικό ή εξελισσόμενο νευρολογικό έλλειμμα ή όταν τίθεται η υπόνοια σοβαρού υποκείμενου νοσήματος επί τη βάση του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης (red flags) (επίπεδο τεκμηρίωσης III-2) (9) (10). Οι εξετάσεις αυτές δεν συνιστώνται ως πάγια πρακτική (ρουτίνα) σε όλους τους ασθενείς με μη ειδική χαμηλή οσφυαλγία (9). Μία μετα-ανάλυση έξι τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων μελετών, που συνέκριναν την άμεση με την σε απώτερο χρόνο και βάσει ενδείξεων διενέργεια απεικονιστικών εξετάσεων (ακτινογραφίες, CT ή MRI) δεν εντόπισε σημαντικές διαφορές ως προς την ανακούφιση του πόνου, την ανάκτηση λειτουργικότητας, την συνολική ποιότητα ζωής και την αναφερόμενη από τους ασθενείς βελτίωση της κλινικής τους κατάστασης (44).

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ ΟΜΣΣ

Οι απλές ακτινογραφίες ΟΜΣΣ δεν συνιστώνται ως πρακτική ρουτίνας στην οξεία μη ειδική οσφυαλγία, λόγω της περιορισμένης διαγνωστικής τους αξίας ή της χρησιμότητάς τους να συμβάλλουν στην ανακούφιση από τον πόνο και το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (10) (36) (13) (14). Επιπλέον, στις περισσότερες περιπτώσεις, ο απεικονιστικός έλεγχος δεν αλλάζει το θεραπευτικό πρόγραμμα, ενώ μπορεί και να οδηγήσει σε μη απαραίτητη χειρουργική παρέμβαση (13). Δεν θα πρέπει να παραβλέπεται το κόστος και κυρίως η πιθανότητα καρκινογένεσης από την αλόγιστη διενέργεια ακτινογραφιών και αξονικών τομογραφιών ΟΜΣΣ (13).

Ο συνδυασμός επιλεκτικού απεικονιστικού ελέγχου σε απώτερο χρόνο με μία σύντομη ενημερωτική-εκπαιδευτική παρέμβαση για την οσφυαλγία δεν έχει διαφορά ως προς την έκβαση, από τη διενέργεια ακτινογραφιών της ΟΜΣΣ σε επίπεδο ρουτίνας, αν και μπορεί να έχει μικρή θετική επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης και την ψυχολογία των ασθενών (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Άμεσος ακτινογραφικός έλεγχος πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας, και εξέταση της ΤΚΕ (ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων) συστήνεται σε ασθενείς με μείζονες παράγοντες κινδύνου για νεοπλασία (π.χ. πρωτοεμφανιζόμενη οσφυαλγία με ιστορικό καρκίνου, πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου για νεοπλασία ή ισχυρή κλινική υπόνοια (13).

Ακτινογραφικός έλεγχος με ή χωρίς εξέταση της ΤΚΕ, συστήνεται μετά από θεραπευτική παρέμβαση που δεν απέδωσε σε (13):

- Ασθενείς με σχετικούς παράγοντες κινδύνου για νεοπλασία (ανεξήγητη απώλεια βάρους και ηλικία άνω των 50 ετών)
- Ασθενείς με παράγοντες κινδύνου ή σημεία αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας (πρωινή δυσκαμψία που βελτιώνεται με άσκηση ή σωματική δραστηριότητα, εναλλασσόμενος πόνος στους γλουτούς, αφύπνιση από τον πόνο στο δεύτερο μισό της νύχτας, ηλικία 20-40 ετών)
- Ασθενείς με πιθανότητα συμπίεστικού σπονδυλικού κατάγματος (ιστορικό οστεοπόρωσης, λήψη κορτικοστεροειδών, σημαντικό ιστορικό τραύματος και ηλικία >65 για άνδρες ή >75 για γυναίκες).

Ειδικά για τη διάγνωση των συμπίεστικών σπονδυλικών καταγμάτων, οι ακτινογραφίες της ΟΜΣΣ έχουν ευαισθησία αλλά δεν χαρακτηρίζονται από υψηλή ακρίβεια (11).

Ο αριθμός των μελετών σχετικά με τη διαγνωστική ακρίβεια των διαφόρων απεικονιστικών μεθόδων (συμπεριλαμβανομένης και της μαγνητικής τομογραφίας) στη διάγνωση της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας είναι περιορισμένος (11). Οι απλές ακτινογραφίες μπορεί να έχουν υψηλή ειδικότητα αλλά χρειάζεται περαιτέρω τεκμηρίωση από υψηλής ποιότητας μελέτες (11).

ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (MRI)

Σύμφωνα με μία συστηματική ανασκόπηση σχετικά με τη διαγνωστική ακρίβεια της MRI σε ασθενείς με οσφυαλγία, η ευαισθησία της μεθόδου για περιπτώσεις πρόπτωσης ή κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου κυμαίνεται μεταξύ 64 και 92%, ενώ η ειδικότητά της μεταξύ 55 και 100% (45). Η συνολική ευαισθησία και ειδικότητα υπολογίστηκαν σε 75% (95% CI 65–83%) και 77% (95% CI 61–88%), αντίστοιχα (45). Η διαγνωστική ευαισθησία της εξέτασης για πίεση νευρικών ριζών κυμαίνεται μεταξύ 81 και 92% με ειδικότητα μεταξύ 52 και 100%



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

(45). Στη διάγνωση της σπονδυλικής στένωσης η MRI έχει σχετικά υψηλή ευαισθησία (87-96%) αλλά χαμηλή ειδικότητα (68-75%) (45). Τα ευρήματα δείχνουν ότι όχι ευκαταφρόνητη μερίδα ασθενών μπορεί να ταξινομηθεί λανθασμένα και ως εκ τούτου, να μην αντιμετωπιστεί επαρκώς (45).

Η παραπομπή ασθενών με οξεία οσφυαλγία για MRI ενδείκνυται πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας εάν υπάρχει (13):

- Επιδεινούμενο νευρολογικό έλλειμμα (εξελισσόμενη μυϊκή αδυναμία ή μυϊκή αδυναμία αντιστοιχούσα σε πολλαπλά μυελοτόμια)
- Κλινική εικόνα ή παράγοντες κινδύνου για ιππουριδική συνδρομή (αναισθησία τύπου σέλας, ακράτεια κοπράνων ή κατακράτηση ούρων)
- Υπόνοια λοίμωξης της ΣΣ (πρωτοεμφανιζόμενη οσφυαλγία με πυρετό και ιστορικό πρόσφατης λοίμωξης ή χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών)

Ο οξύς ριζιτικός πόνος, με διάρκεια μικρότερη από έξι εβδομάδες δεν συνιστά ένδειξη για διενέργεια MRI, εκτός εάν είναι ιδιαίτερα ισχυρός, χωρίς τάσεις υποχώρησης και η χειρουργική επέμβαση είναι πιθανή επιλογή τόσο για τον ασθενή όσο και για το γιατρό, με την προϋπόθεση ότι η MRI θα επιβεβαιώσει ως αιτία της κλινικής εικόνας πίεση νευρικής ρίζας ή σπονδυλική στένωση (9) (12) (36) (13) (14). Μάλιστα θεωρείται ότι οι απλές ακτινογραφίες σε συνδυασμό με εργαστηριακές εξετάσεις είναι διαγνωστικές υποκείμενων συστηματικών παθήσεων στις περισσότερες περιπτώσεις και η MRI (ή η CT) θα πρέπει να διενεργείται σε ασθενείς υποψήφιους για χειρουργική επέμβαση (36). Μέσα στις πρώτες έξι εβδομάδες θα πρέπει να διερευνώνται με MRI περιπτώσεις σημαντικού τραυματισμού με άτυπα συμπτώματα, τα οποία δεν υποχωρούν, ή ασθενείς με ιστορικό νεοπλασίας και αλλαγή της κλινικής εικόνας (13). Θεωρείται αποδεκτή πρακτική η διενέργεια MRI εντός τριών ή τεσσάρων εβδομάδων σε ασθενείς με οξεία ή υποξεία οσφυαλγία με ριζοπάθεια, εφόσον πρόκειται να προγραμματιστεί επισκληρίδια έγχυση κορτικοστεροειδών (12). Σε ασθενείς με ενδείξεις διερεύνησης της οσφυαλγίας με απεικονιστικές μεθόδους, η άμεση διενέργεια MRI δεν σχετίζεται με επιπλέον οφέλη σε σύγκριση με τις απλές ακτινογραφίες, ενώ παρατηρείται αυξημένη τάση για χειρουργική αντιμετώπιση ή αντίστοιχες παραπομπές (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11). Αντίστοιχα, παρατηρείται μόνο μικρό όφελος ως προς το λειτουργικό επίπεδο ή τον πόνο όταν η MRI γίνεται ως εξέταση ρουτίνας και όχι επιλεκτικά (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Μαγνητική τομογραφία μετά από ανεπιτυχή θεραπευτική παρέμβαση συστήνεται σε (13):

- Ασθενείς με σημεία και συμπτώματα ριζοπάθειας (οσφυοϊσχιαλγία στην κατανομή των O_4 , O_5 ή I_1 ριζών ή θετικό σύστοιχο ή διασταυρούμενο σημείο ανύψωσης του κάτω άκρου)
- Ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση ή επισκληρίδια έγχυση κορτικοστεροειδών
- Ασθενείς με παράγοντες κινδύνου ή συμπτώματα σπονδυλικής στένωσης (νευρογενής διαλείπουσα χωλότητα, μεγάλη ηλικία, πόνος που επεκτείνεται στο σκέλος)

Η επανάληψη της μαγνητικής τομογραφίας ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχει σημαντική κλινική επιδείνωση ή εμφάνιση νέων συμπτωμάτων (12) (13).

Η MRI και το σπινθηρογράφημα οστών έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία από τις απλές ακτινογραφίες στη διάγνωση του σπονδυλικού καρκίνου αν και οι απλές ακτινογραφίες έχουν μεγαλύτερη ειδικότητα (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11).

Η MRI είναι η εξέταση εκλογής για τη διάγνωση λοίμωξης της ΣΣ, ούσα ακριβέστερη και από τις απλές ακτινογραφίες και από το σπινθηρογράφημα των οστών (11).

Για τη διάγνωση της πρόπτωσης ή της κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου ή της σπονδυλικής στένωσης η MRI έχει παρόμοια διαγνωστική ακρίβεια με την αξονική τομογραφία, αλλά πλεονεκτεί στο ότι δεν υποβάλλει τον ασθενή σε ιονίζουσα ακτινοβολία, προσφέροντας καλύτερη απεικόνιση του μυελού των οστών, του σπονδυλικού σωλήνα και των μαλακών μορίων (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11).

Η διενέργεια της MRI ενδείκνυται έως και επιβάλλεται όταν υπάρχει υπόνοια κακοήθειας, λοίμωξης, κατάγματος, υπουριδικής συνδρομής, αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας ή άλλης φλεγμονώδους πάθησης της ΣΣ (14).

ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (CT)

Η CT ενδείκνυται σε ασθενείς με οξεία ή υποξεία οσφυοϊσχιαλγία που δεν βελτιώθηκαν με θεραπεία 4-6 εβδομάδων και θεωρούνται υποψήφιοι για χειρουργική δισκεκτομή ή επισκληρίδια έγχυση κορτικοστεροειδών (9) (12).

Η διαγνωστική ακρίβεια της CT είναι παρόμοια με αυτή της MRI για περιπτώσεις πρόπτωσης ή κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου ή σπονδυλικής στένωσης (11). Η απεικόνιση



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

των μαλακών μορίων, του σπονδυλικού σωλήνα και του μυελού των οστών δεν είναι το ίδιο ευκρινές με τη MRI, ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής εκτίθεται σε ιονίζουσα ακτινοβολία (11). Η ευαισθησία και η ειδικότητα της CT στη διάγνωση πρόπτωσης ή κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου, στις 7 σχετικές μελέτες που συμπεριλήφθηκαν σε μία μετα-ανάλυση, κυμάνθηκαν από 59 έως 92% και από 45 έως 87%, αντίστοιχα (46). Συνολικά, η ευαισθησία της μεθόδου υπολογίστηκε σε 77,4% (95% CI 66,2-85,7%) και η ειδικότητα σε 73.7% (95% CI 61,8–82,9%) (46).

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΣΤΩΝ

Το σπινθηρογράφημα των οστών έχει υψηλή διαγνωστική ευαισθησία (παρόμοια με αυτή της MRI και υψηλότερη των απλών ακτινογραφιών) στη διάγνωση των νεοπλασιών της ΣΣ (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11).

ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Αν και δεν υπάρχει εκτίμηση της διαγνωστικής ακρίβειας του ηλεκτροφυσιολογικού ελέγχου για τη διάγνωση της ριζοπάθειας ή της σπονδυλικής στένωσης, οι μελέτες αυτές – που πρέπει να περιλαμβάνουν ηλεκτρομυογράφημα με βελόνη- ενδείκνυνται όταν τα ευρήματα της MRI ή/και της CT είναι αμφιλεγόμενα, τα συμπτώματα είναι συνεχή και εγείρουν υπόνοιες για νευρολογική συμμετοχή (11) (12).

Ειδικότερα, δεν υπάρχει τεκμηρίωση για τη χρησιμοποίηση του ηλεκτρομυογραφήματος επιφανείας στη διαγνωστική διερεύνηση της χαμηλής οσφυαλγίας (11).

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Από τις εξετάσεις αίματος, η αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων έχει μέτρια ευαισθησία και ειδικότητα στη διάγνωση νεοπλασιών της ΣΣ και αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας (11). Σε άτομα δυτικοευρωπαϊκής καταγωγής, το αντιγόνο HLA-B27 έχει ευαισθησία που φτάνει το 90% στη διάγνωση της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Φαρμακευτική αγωγή

Σύσταση 6: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οξεία ή χρόνια οσφυαλγία, να ξεκινούν τη φαρμακευτική αγωγή με παρακεταμόλη.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: A

Σύσταση 7: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οξεία ή χρόνια οσφυαλγία, να συνταγογραφούν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, επί μη ανταπόκρισης στην παρακεταμόλη, εξατομικεύοντας στον ίδιο τον ασθενή.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: B

Σύσταση 8: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με ισχυρή οξεία ή χρόνια οσφυαλγία που δεν έχουν ανταποκριθεί στη χορήγηση παρακεταμόλης και ΜΣΑΦ, να εξετάζουν τη συνταγογράφηση οπιοειδών (σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα και για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα).

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: B

Σύσταση 9: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οξεία ή χρόνια οσφυαλγία που δεν έχουν ανταποκριθεί στη χορήγηση παρακεταμόλης και ΜΣΑΦ, να εξετάζουν τη συνταγογράφηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων (σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα και για το μικρό χρονικό διάστημα).

Επίπεδο τεκμηρίωσης: I-III

Βαθμός σύστασης: B

Σύσταση 10: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οσφυαλγία και νευροπαθητικό πόνο, να εξετάζουν τη συνταγογράφηση νευροτροποποιητικών φαρμάκων (όπως γκαμπαπεντίνη ή τοπιραμάτη).

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: B



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 11: Δεν συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οξεία ή χρόνια οσφυαλγία να συνταγογραφούν βενζοδιαζεπίνες.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: B

Σύσταση 12: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με χρόνια οσφυαλγία να εξετάζουν τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, όταν η οσφυαλγία δεν έχει ανταποκριθεί στην παρακεταμόλη και στα ΜΣΑΦ.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: III

Βαθμός σύστασης: B

Για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας οι κλινικοί γιατροί συνιστάται να χορηγούν φαρμακευτικές ουσίες με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με πληροφόρηση για την πάθηση και οδηγίες αυτοφροντίδας (9) (10). Θα πρέπει να εκτιμάται η ένταση του πόνου και τυχόν λειτουργικό έλλειμμα, να συνυπολογίζονται τα οφέλη και οι πιθανοί κίνδυνοι από τη χορηγούμενη αγωγή και να εξασφαλίζεται ότι τα δεδομένα για την ασφάλεια των σκευασμάτων είναι επαρκή (9).

Για τους περισσότερους ασθενείς επιλογές πρώτης γραμμής είναι η παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) (9).

Σε γενικές γραμμές, για την οξεία οσφυαλγία, η χορήγηση παρακεταμόλης (ιδιαίτερα για τους ασθενείς με αντενδείξεις για λήψη ΜΣΑΦ) ως θεραπεία πρώτης γραμμής θεωρείται ασφαλέστερη, ενώ η χορήγηση ασπιρίνης ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων προτιμάται εφόσον η παρακεταμόλη δεν είναι αποτελεσματική (12) (10). Μυοχαλαρωτικά φάρμακα προστίθενται σε περιπτώσεις μέτριας ή σοβαρής οσφυαλγίας που δεν έχει ελεγχθεί με ΜΣΑΦ (12). Συστήνεται επίσης η περιορισμένη χρήση οπιοειδών σε περιπτώσεις ισχυρής οσφυαλγίας χωρίς ριζιτικό πόνο (12). Νευροτροποποιητικά ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν ενδείκνυνται στην αντιμετώπιση του οξέος μυοσκελετικού πόνου (10).

Για την αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας, επιλογές πρώτης γραμμής συνιστούν η παρακεταμόλη και τα ΜΣΑΦ τα τελευταία συγχρησιμοποιούμενα με αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, μισοπροστόλη, σουκραλφάτη ή Η₂-ανταγωνιστές, εφόσον υπάρχει ιστορικό ή



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

παράγοντες κινδύνου αιμορραγίας του πεπτικού (12). Τα οπιοειδή, συμπεριλαμβανομένης της τραμαδόλης, και οι βενζοδιαζεπίνες έχουν μέτρια επίδραση στον χρόνιο πόνο (9). Αν και δεν υπάρχει ισχυρή τεκμηρίωση, μπορεί επίσης να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά της κατηγορίας των αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRI– Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor) (π.χ. αμιτρυπτίνη, ιμιπραμίνη, νορτριπτίνη, μαπροτίνη, δοξεπίνη) ή νευροτροποποιητικά φάρμακα (π.χ. τοπιραμάτη) για περιορισμένη χρήση, ως τέταρτης ή πέμπτης γραμμής επιλογή (12). Η γκαμπαπεντίνη ενδείκνυται κυρίως στην αντιμετώπιση του περιεγχειρητικού πόνου, ώστε να μειωθεί η ανάγκη λήψης οπιοειδών (12). Η καψαϊκίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε εξάρσεις χρόνιας οσφυαλγίας (12).

ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗ

Η προτίμηση της παρακεταμόλης ως φαρμάκου πρώτης επιλογής για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας βασίζεται στην αποτελεσματικότητά της, στο μικρότερο ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών από το πεπτικό σύστημα και στο ότι είναι περισσότερο ανεκτή σε σχέση με τα ΜΣΑΦ (11). Οι περισσότερες μελέτες σύγκρισης της αποτελεσματικότητας της παρακεταμόλης με αυτή των ΜΣΑΦ δεν καταλήγουν σε σημαντικές διαφορές, αν και ορισμένες δείχνουν ότι υπολείπεται ελάχιστα στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας ή της οστεοαρθρίτιδας (11) (47). Υπερτερεί σαφώς έναντι των εικονικών φαρμάκων, αλλά δεν υπάρχει επαρκής και ομόφωνη τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα της παρακεταμόλης σε σχέση με άλλα φαρμακευτικά σχήματα, φυσικοθεραπεία, επιφανειακή εφαρμογή θερμότητας, χειρισμών της ΣΣ ή χρήση οσφυϊκής ζώνης (11) (47) (48).

Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για τον προσδιορισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου που συνεπάγεται η λήψη υψηλών δόσεων παρακεταμόλης (11). Χορήγηση 4 gr παρακεταμόλης ημερησίως σχετίζεται με αύξηση κατά 31-44% των τιμών των ηπατικών ενζύμων σε υγιή άτομα, αν και η κλινική σημασία αυτού του ευρήματος δεν είναι γνωστή (11). Η εκτίμηση του κινδύνου από τη λήψη παρακεταμόλης (όπως και κάθε άλλου σκευάσματος) πρέπει να εξατομικεύεται (14). Όταν η μεμονωμένη χρήση παρακεταμόλης δεν είναι αποτελεσματική, συστήνεται η συγχορήγηση ΜΣΑΦ ή/και ήπιων οπιοειδών (14).

ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ (ΜΣΑΦ)

Αν και η χρήση ΜΣΑΦ προτείνεται ως επιλογή δεύτερης γραμμής ή σε συνδυασμό με την παρακεταμόλη, δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση ότι υπερέχουν των μυοχαλαρωτικών και



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

των αγχολυτικών φαρμάκων στην αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας, ενώ έχουν το ίδιο αποτέλεσμα με τα οπιοειδή ή τα σύμπλοκα παρακεταμόλης-οπιοειδών (10) (11).

Επιπλέον, φαίνεται πως είναι λιγότερο αποτελεσματικά από την εφαρμογή θερμότητας στην οσφύ (π.χ. θερμοφόρες) τις πρώτες 3-4 ημέρες οξείας οσφυαλγίας (10). Συγκριτικές μελέτες μεταξύ εκλεκτικών ΜΣΑΦ και εικονικών φαρμάκων δείχνουν ότι τα ΜΣΑΦ προκαλούν μικρή έως μέτρια, βραχυπρόθεσμη ανακούφιση από τον πόνο και συνολική βελτίωση (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11) (48) (49) (50). Μελέτες σε ασθενείς με ισχιαλγία έδειξαν ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ μη εκλεκτικών ΜΣΑΦ και εικονικών φαρμάκων (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11). Επίσης, δεν έχει αποδειχθεί ότι κάποιο από τα εκλεκτικά ΜΣΑΦ υπερτερεί έναντι των υπόλοιπων φαρμάκων της ίδιας κατηγορίας (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11). Διπλή τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη για την άμεση αποτελεσματικότητα της λορνοξικάμης σε ασθενείς με οξεία οσφυαλγία/οσφυοϊσχιαλγία έδειξε την υπεροχή της έναντι του εικονικού φαρμάκου (51). Στην ίδια μελέτη, λορνοξικάμη και δικλοφαινάκη είχαν την ίδια αποτελεσματικότητα, όπως αυτή αποτυπώθηκε στη μείωση της έντασης του πόνου 6 ώρες από την έναρξη της θεραπείας, στη συνολική μείωση της έντασης του πόνου, στη μέγιστη μείωση του πόνου και στο χρόνο που απαιτήθηκε για την επίτευξη της μέγιστης μείωσης της έντασης του πόνου.

Οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες των ΜΣΑΦ αφορούν κυρίως στο πεπτικό σύστημα (π.χ. αιμορραγία, διάτρηση) (10) (11). Η συσχέτιση των μη εκλεκτικών ΜΣΑΦ με συμβάματα από το καρδιαγγειακό σύστημα είναι περιοχή τρέχουσας έρευνας. Τα μη εκλεκτικά ΜΣΑΦ, με εξαίρεση τη ναπροξένη, βρέθηκε ότι προκαλούν μέτρια αύξηση του κινδύνου καρδιαγγειακών επιπλοκών (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11). Σε μία RCT, 129 ασθενείς με οσφυαλγία για περισσότερο από 6 εβδομάδες, έλαβαν ναπροξένη, θεραμίνη ή συνδυασμό τους για 28 ημέρες (52). Εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητά τους ως προς την ανακούφιση του πόνου, το επίπεδο λειτουργικότητας -εκφρασμένο με τα ερωτηματολόγια Roland-Morris Disability Questionnaire και Oswestry Low Back Pain Scale- και η επίδρασή τους στους δείκτες φλεγμονής και τα ηπατοκυτταρικά ένζυμα. Η μονοθεραπεία με ναπροξένη ήταν λιγότερο αποτελεσματική συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες και προκάλεσε σημαντική αύξηση της CRP, της αλκαλικής φωσφατάσης, της ασπαρτικής τρανσαμινάσης (AST) και της αλανινικής αμινοτρανσφεράσης (ALP), χωρίς όμως κλινικές επιπτώσεις (52).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Συστηματικές ανασκοπήσεις εκλεκτικών COX-2 ΜΣΑΦ, που χορηγήθηκαν με διάφορες ενδείξεις δεν έδειξαν διαφορετική αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα μη εκλεκτικά ΜΣΑΦ (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11). Η σελεκοξίμπη εμφανίζει χαμηλότερο κίνδυνο διακοπής λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών από το πεπτικό σύστημα σε σύγκριση με μη εκλεκτικά ΜΣΑΦ, αλλά μεγαλύτερο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου σε σύγκριση με εικονικά φάρμακα (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11). Τα περισσότερα συμβάματα διαπιστώθηκαν σε μελέτες μεγαλύτερης διάρκειας με ασθενείς που λάμβαναν υψηλές δόσεις (11). Σε δύο τυφλές, τυχαιοποιημένες μελέτες σύγκρισης της σελεκοξίμπης (200 mg δύο φορές την ημέρα) με την τραμαδόλη (50 mg τέσσερις φορές ημερησίως) σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, φάνηκε ότι η σελεκοξίμπη ήταν αποτελεσματικότερη στον έλεγχο των εξάρσεων του πόνου, ενώ προκάλεσε μικρότερο αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών (53).

Σε οποιαδήποτε περίπτωση, ο κλινικός γιατρός πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών πριν τη χορήγηση ΜΣΑΦ, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ή ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών (14). Η πρώτη επιλογή για θεραπεία από το στόμα συνιστάται να είναι είτε ένα κοινό ΜΣΑΦ ή ένας αναστολέας της COX-2 (14). Σε ασθενείς μεγαλύτερους των 45 ετών συνιστάται η συγχορήγηση ενός αναστολέα της αντλίας πρωτονίων (PPI – Proton Pump Inhibitor) αυτού με το χαμηλότερο κόστος (14).

ΑΣΠΙΡΙΝΗ

Η ασπιρίνη σε αντίθεση με τα ΜΣΑΦ μπορεί να μην αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων, χρησιμοποιούμενη μάλιστα στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψή τους, αλλά σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας του πεπτικού, ακόμη και σε χαμηλές δόσεις (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11). Επιπλέον, δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11).

ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ

Η συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών στην οξεία οσφυοϊσχιαλγία δεν προσφέρει πρόσθετα οφέλη είτε πρόκειται για μία παρεντερική δόση είτε για μικρής διάρκειας θεραπεία από το στόμα ή ενδομυϊκά (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11). Το ίδιο ισχύει και για τη χορήγηση μίας δόσης μεθυλπρεδνιζολόνης (160 mg) ενδομυϊκά για ασθενείς με ριζική κατανομή πόνου (54). Δεν έχουν αναφερθεί σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες μετά από μία δόση κορτικοστεροειδών, όμως η συστηματική χορήγησή τους σε υψηλές



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

δόσεις για μεγάλα χρονικά διαστήματα έχει συσχετιστεί με υπεργλυκαιμία, συστηματικές λοιμώξεις, αιμορραγίες, οστεοπόρωση, αγγειακή οστική νέκρωση και ψύχωση (11).

ΜΥΟΧΑΛΑΡΩΤΙΚΑ

Δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα των χαλαρωτικών των σκελετικών μυών έναντι των εικονικών φαρμάκων στην αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας, αν και αρκετές μελέτες τεκμηριώνουν τη μέτρια υπεροχή τους στη βραχυπρόθεσμη (λιγότερο από μία εβδομάδα) ανακούφιση από τον πόνο και τη συνολική ανταπόκριση των ασθενών στη θεραπεία (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (10) (11) (48). Η αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου ή της ισχιαλγίας δεν είναι τεκμηριωμένη (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11).

Επίσης, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τον καθορισμό της αποτελεσματικότητάς τους έναντι των ΜΣΑΦ στην αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας (επίπεδο τεκμηρίωσης Ι) (10).

Τα οποιαδήποτε οφέλη που μπορεί να προσφέρουν τα μυοχαλαρωτικά μπορεί να αντισταθμίζονται από τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους, οι συχνότερες από τις οποίες είναι η ζάλη, η καταστολή και η εξάρτηση (10). Βέβαια, οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες είναι στις περισσότερες περιπτώσεις ήπιες και αυτοπεριοριζόμενες (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Αν και δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν την υπεροχή του ενός μυοχαλαρωτικού έναντι των άλλων, ο αριθμός των σχετικών μελετών για κάθε ουσία ποικίλλει, με το μεγαλύτερο αριθμό των δημοσιευμένων μελετών να αφορά στην κυκλοβενζαπρίνη (11).

Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα δύο διπλών τυφλών τυχαιοποιημένων μελετών σε ασθενείς με οξεία αυχεναλγία ή οσφυαλγία επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα των σκευασμάτων βραδείας αποδέσμευσης κυκλοβενζαπρίνης (55). Οι ασθενείς που συμμετείχαν στις δύο μελέτες τυχαιοποιήθηκαν συνολικά σε τέσσερις ομάδες, που έλαβαν εικονικό φάρμακο, κυκλοβενζαπρίνη άμεσης αποδέσμευσης (10 mg, 3 φορές ημερησίως) και κυκλοβενζαπρίνη βραδείας αποδέσμευσης σε δόσεις 15 ή 30 mg ημερησίως. Οι ασθενείς που έλαβαν κυκλοβενζαπρίνη εκτίμησαν ότι βοηθήθηκαν από την αγωγή πολύ



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

περισσότερο από αυτούς που έλαβαν το εικονικό φάρμακο. Η συνολική εκτίμηση της κλινικής βελτίωσης από τους θεράποντες ιατρούς όμως δεν κατέγραψε σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Ασθενείς που έλαβαν τα σκευάσματα βραδείας αποδέσμευσης εμφάνισαν ανεπιθύμητες ενέργειες σε ποσοστό 0,8% και 1,6% για τις δόσεις των 15 και 30 mg αντίστοιχα, ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς που έλαβαν τα σκευάσματα άμεσης αποδέσμευσης έφτασαν το 7,3%. Η συχνότερη ανεπιθύμητη ενέργεια ήταν η υπνηλία, ακολουθούμενη από κεφαλαλγία, ξηροστομία, ζάλη και δυσκοιλιότητα.

Σε μία διπλή τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη σε ασθενείς με οσφυαλγία, η υδροχλωρική επερισόνη, σε δοσολογία 100 mg τρεις φορές ημερησίως, ήταν εξίσου αποτελεσματική με λήψη 8 mg θειοκολχικοσίδης, δύο φορές ημερησίως (56). Οι δύο ομάδες ασθενών ακολούθησαν την αγωγή για συνολικά 12 ημέρες και είχαν παρόμοια μείωση στο επίπεδο του πόνου (VAS) και συγκρίσιμο μυοχαλαρωτικό αποτέλεσμα, εκφρασμένο με τη βελτίωση στη δοκιμασία Lasague και την μείωση της απόστασης των χεριών από το δάπεδο στην πρόσθια κάμψη του κορμού. Στην ομάδα της θειοκολχικοσίδης, όμως, εμφανίστηκαν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (21,25%) σε σχέση με την ομάδα της επερισόνης (5%). Άλλη μελέτη επιβεβαίωσε την υπεροχή της επερισόνης έναντι των εικονικών φαρμάκων, ακόμη και σε δοσολογία 150 mg ημερησίως, διαιρεμένων σε 3 ισόποσες δόσεις (57). Το αναλγητικό αποτέλεσμα, η μείωση της ευαισθησίας στην ψηλάφηση και η ελάττωση της μυϊκής σύσπασης επιτυγχάνονται σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό με δοσολογικό σχήμα 300 αντί 150 mg επερισόνης ημερησίως (58). Παρόμοια υπεροχή παρατηρήθηκε και στη δυνατότητα για επιστροφή στην εργασία, την πλάγια κάμψη του κορμού και την απόσταση των χεριών από το δάπεδο (58). Οι ασθενείς, όμως, που λάμβαναν 300 mg επερισόνης ημερησίως εμφάνισαν ανεπιθύμητες ενέργειες σε ποσοστό 23%, έναντι 17% αυτών που λάμβαναν 150 mg ημερησίως (58). Η δράση της επερισόνης θεωρείται ότι επάγεται μέσω της βελτίωσης της αιματικής ροής στους παρασπονδυλικούς μυς και την αύξηση του ποσοστού της τοπικά κυκλοφορούσας οξυαιμοσφαιρίνης (59). Σε μία τυχαιοποιημένη μελέτη σε τρεις ομάδες ασθενών με χρόνια οσφυαλγία, η ομάδα που έλαβε επερισόνη (50 mg, 3 φορές ημερησίως) είχε σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση της συγκέντρωσης οξυαιμοσφαιρίνης στους παρασπονδυλικούς μυς κατά την έκταση της ΟΜΣΣ και μείωση της δεοξυαιμοσφαιρίνης κατά την κάμψη της ΟΜΣΣ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και στην ομάδα ασθενών που αντιμετωπίστηκε με τη μέθοδο McKenzie, χωρίς όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ικανοποιητικός έλεγχος του πόνου επιτεύχθηκε και στις



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

δύο ομάδες, επερισόνης και McKenzie, μετά από θεραπεία 4 εβδομάδων, όμως μόνο στην ομάδα McKenzie ήταν στατιστικώς σημαντική σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Ζητήματα ασφάλειας στη χορήγηση σχετίζονται με την καρδιοπροδόλη (μεταβολισμός σε μεπροβαμάτη), την δαντρολένη (δυσνητικά θανατηφόρα ηπατοτοξικότητα), τη χλωρζοξαζόνη και την τιζανιδίνη (συνήθως ήπια και αναστρέψιμη ηπατοτοξικότητα) (11). Σε διπλή –τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη, η καρδιοπροδόλη σε δόση 250 mg τρεις φορές ημερησίως ήταν σημαντικά αποτελεσματικότερη από το εικονικό φάρμακο ως προς την ανακούφιση από τον πόνο και τη συνολική βελτίωση της κλινικής εικόνας, όπως αυτή εκτιμήθηκε από τους ασθενείς (60). Κανείς από τους ασθενείς δεν εγκατέλειψε τη μελέτη λόγω υπνηλίας, ούτε παρατηρήθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες και αλλαγές στις εργαστηριακές εξετάσεις με κλινικές επιπτώσεις.

ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των οπιοειδών σε σύγκριση με τα εικονικά φάρμακα στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας είναι περιορισμένη (11).

Πολλές μελέτες σε ασθενείς με διάφορες μη καρκινικές επώδυνες νόσους βρήκαν μέτρια υπεροχή των οπιοειδών σε σχέση με τα εικονικά φάρμακα στη βραχυπρόθεσμη ανακούφιση του πόνου, αν και η επίδραση στο μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα ή τη λειτουργικότητα είναι σποραδική και περιορισμένη (11) (49) (50) (61). Δεν υπάρχει επίσης επαρκής τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας ή της υπεροχής των οπιοειδών σε σχέση με την παρακεταμόλη ή τα ΜΣΑΦ (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11) (49) (50). Η συνταγογράφηση οπιοειδών για την αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας δεν προσφέρει πρόσθετα οφέλη ή αυξημένη αποτελεσματικότητα έναντι άλλων κατηγοριών φαρμάκων, ενώ υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν ισχυρά οπιοειδή με την έναρξη της θεραπείας ή για μεγάλο χρονικό διάστημα έχουν χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας και εμφανίζουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (62). Συστήνεται, λοιπόν, η χορήγησή τους σε περιπτώσεις ισχυρού πόνου, μη ελεγχόμενου από άλλες κατηγορίες φαρμάκων και θεραπευτικά μέσα (36). Η χορήγησή τους θα πρέπει να γίνεται στις χαμηλότερες δυνατές δόσεις και όχι για μεγάλο χρονικό διάστημα (62). Προτείνεται επίσης, η αξιολόγηση της πιθανότητας κατάχρησης των οπιοειδών από τους ασθενείς, με τη χρήση «εργαλείων αξιολόγησης», όπως το Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP), το Opioid Risk Tool (ORT) και το Diagnosis Intractability Risk and Efficacy



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

(DIRE), παρά τους περιορισμούς και τις εγγενείς αδυναμίες των ερωτηματολογίων αυτών (62).

Οπιοειδή άμεσης ή παρατεταμένης αποδέσμευσης δεν εμφάνισαν διαφορές μεταξύ τους ως προς την αποτελεσματικότητα, χορηγούμενα σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (11). Η ισοδυναμία των συνολικών ημερήσιων δόσεων άμεσης και βραδείας αποδέσμευσης ταπενταδόλης επιβεβαιώθηκε με τυχαιοποιημένη μελέτη, στην οποία το αναλγητικό αποτέλεσμα διατηρήθηκε, όταν οι ασθενείς μετά από λήψη της μίας μορφής για δύο εβδομάδες, έλαβαν την άλλη μορφή για το ίδιο χρονικό διάστημα (63). Δεν υπήρχαν επίσης διαφορές στην αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια μεταξύ διαφόρων οπιοειδών παρατεταμένης αποδέσμευσης (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Αν και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών είναι συχνές, μόνο λίγα σοβαρά συμβάματα έχουν δημοσιευθεί. Αξιόπιστες μελέτες επί των μακροπρόθεσμων κινδύνων και βλαβών που προκαλούν, του βαθμού κατάχρησης ή εθισμού και της υπερδοσολογίας τους δεν είναι διαθέσιμες (11). Δεν θα πρέπει να παραβλέπεται η πιθανότητα ανάπτυξης ανοχής ή η εμφάνιση υπεραλγησίας επαγόμενης από τα οπιοειδή. Σε μία τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη (RCT), 42% των ασθενών με χρόνια, μη ριζιτικό πόνο εμφάνισε ανοχή και συνακόλουθα μείωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, μετά από ένα μήνα θεραπείας με μορφίνη από του στόματος (64).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, και κυρίως τον κίνδυνο ανάπτυξης εξάρτησης ή άλλων ανεπιθύμητων ενεργειών, συστήνεται η χορήγηση οπιοειδών για μικρό χρονικό διάστημα σε ασθενείς με ισχυρό πόνο (14). Η απόφαση για τη διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς (14).

Ιδιαίτερα για την τραμαδόλη δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες για την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με εικονικά φάρμακα, την παρακεταμόλη, τα ΜΣΑΦ και άλλα οπιοειδή (11). Στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας η τραμαδόλη αποδείχθηκε μετρίως αποτελεσματικότερη από τα εικονικά φάρμακα ως προς τη βραχυπρόθεσμη ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση του επιπέδου δραστηριότητας των ασθενών, αλλά δεν επέφερε καλύτερα αποτελέσματα από ότι ο συνδυασμός παρακεταμόλης-κωδεΐνης (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11) (49). Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς τα οφέλη ή τους κινδύνους μεταξύ της άμεσης και της παρατεταμένης αποδέσμευσης τραμαδόλης (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η διαδερμική χορήγηση βουπρενορφίνης αποδείχθηκε σαφώς αποτελεσματικότερη από τα εικονικά φάρμακα σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και αποτελεί εναλλακτική λύση, όταν η από του στόματος θεραπεία με άλλες κατηγορίες φαρμάκων δεν επιτυγχάνει ικανοποιητική αναλγησία (65) (66). Η Steiner και συν. πραγματοποίησαν μία διπλή τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη σύγκρισης της αποτελεσματικότητας της διαδερμικής χορήγησης βουπρενορφίνης, (BTDS) 5 ή 20 mcg/ώρα, με την από του στόματος χορήγηση 40 mg οξυκωδόνης ημερησίως σε ασθενείς με μέτρια ή ισχυρή χρόνια οσφυαλγία (67). Στη μελέτη, που διήρκεσε 84 ημέρες, συμμετείχαν 660 ασθενείς μετά από μία δοκιμαστική περίοδο χορήγησης των οπιοειδών, προκειμένου να αποκλεισθούν εκείνοι που δεν ανέχονταν τη θεραπεία. Η βουπρενορφίνη σε δόση 20 mcg/ώρα υπερείχε ως προς τον έλεγχο του πόνου και τη βαθμολογία στο Oswestry Disability Index σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες της μελέτης (βουπρενορφίνη 5 mcg/ώρα και οξυκωδόνη 40 mg ημερησίως). Ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίστηκαν στο 73% των ασθενών που ανήκαν στην ομάδα της οξυκωδόνης, στο 59% και 77% των ασθενών που έλαβαν βουπρενορφίνη 5 και 20 mcg/ώρα αντίστοιχα. Συχνότερα καταγράφηκαν ναυτία, κεφαλαλγία και τοπικές αντιδράσεις στο σημείο χορήγησης. Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίστηκαν στο 4% των ασθενών που πήραν οξυκωδόνη, στο 2% και 3% των ασθενών που έλαβαν βουπρενορφίνη 20 και 5 mcg/ώρα αντίστοιχα. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν από άλλη διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη σύγκρισης της διαδερμικής βουπρενορφίνης με εικονικό φάρμακο σε ασθενείς με μέτρια ή ισχυρή χρόνια οσφυαλγία, που δεν είχαν λάβει οπιοειδή στο παρελθόν (68).

Η αναλγητική δράση της οξυμορφόνης αποδείχτηκε ότι είναι ανεξάρτητη από την ηλικία, το φύλο και την προηγούμενη λήψη οπιοειδών σε ασθενείς με μέτρια ή ισχυρή χρόνια οσφυαλγία (69). Το ποσοστό εγκατάλειψης της μελέτης λόγω αναποτελεσματικότητας της θεραπείας ήταν τέσσερις φορές υψηλότερο στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου σε σχέση με την ομάδα που λάμβανε οξυμορφόνη. Ασθενείς που είχαν λάβει οπιοειδή στο παρελθόν, εγκατέλειπαν τη μελέτη λόγω έλλειψης θεραπευτικού αποτελέσματος, συχνότερα από τους ασθενείς που δεν είχαν αντίστοιχη εμπειρία. Η διαφορά αυτή φάνηκε μόνο στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Η ηλικία και το φύλο δεν συσχετίστηκαν με την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών ή την εγκατάλειψη της μελέτης.

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των αντικαταθλιπτικών στην αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας δεν είναι επαρκής (11). Στη χρόνια οσφυαλγία, τα τρικυκλικά



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

αντικαταθλιπτικά είναι ελαφρώς έως μετρίως αποτελεσματικότερα από τα εικονικά φάρμακα στην ανακούφιση του πόνου, αλλά όχι στο επίπεδο λειτουργικότητας και γι' αυτό συνιστάται να χρησιμοποιούνται εφόσον τα απλά αναλγητικά και τα ΜΣΑΦ έχουν αποτύχει, αν και για την επικύρωση αυτής της σύστασης χρειάζεται περαιτέρω έρευνα (11) (14) (70). Συνιστάται έναρξη με τη χαμηλότερη δυνατή δόση και τιτλοποίηση μέχρι την επίτευξη θεραπευτικού αποτελέσματος ή την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών (14). Αναστολείς επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης (π.χ. amitriptyline, imipramine, nortriptyline, maprotiline, doxerpin) συστήνονται σε χρόνια οσφυαλγία (Βαθμός σύστασης Α) (12). Ωστόσο, συστηματικές ανασκοπήσεις που συνέκριναν την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών με αυτή των εικονικών φαρμάκων δεν κατέδειξαν στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την ανακούφιση του πόνου ή το επίπεδο λειτουργικότητας (49) (50).

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η παροξετίνη και η τραζοδόνη είναι οριακά ή καθόλου αποτελεσματικές σε σύγκριση με τα εικονικά φάρμακα στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας (11). Ο Skljarevski και συν. σε μία διπλή -τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη έδειξαν ότι η δουλοξετίνη είναι αποτελεσματικότερη από τα εικονικά φάρμακα στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας (71). Παρά το ότι οι ασθενείς στην ομάδα της δουλοξετίνης είχαν σημαντικά καλύτερες βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια Brief Pain Inventory, Roland-Morris Disability Questionnaire-24, Patient's Global Impressions of Improvement και Clinical Global Impressions Severity, δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών ως προς τις δραστηριότητες που θα μπορούσαν να επιδεινώσουν την οσφυαλγία. Αντίθετα, οι περισσότερες αποχωρήσεις από τη μελέτη λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών παρατηρήθηκαν στην ομάδα της δουλοξετίνης. Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της βενλαφαξίνης, δεν υπάρχουν μελέτες για τη χορήγησή τους σε ασθενείς με οσφυαλγία (11). Παρομοίως, δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για τη σχετική αποτελεσματικότητα των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας (11). Δε συστήνεται η χορήγηση SSRI για την αντιμετώπιση του πόνου (17). Γενικά, τα αντικαταθλιπτικά ως κατηγορία φαρμάκων δεν θεωρούνται αποτελεσματική θεραπεία για τη χρόνια οσφυαλγία (49).

BENZODIAZEPINES



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των βενζοδιαζεπινών στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας είναι συγκεχυμένη. Η αποτελεσματικότητα της διαζεπάμης στην αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας είναι μικρότερη από την καρισοπροδόλη, αλλά παρόμοια με αυτήν της τιζανιδίνης (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11). Σε διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη σε 60 ασθενείς με οξεία οσφυοϊσχιαλγία, η διαζεπάμη αποδείχθηκε κατώτερη ως προς την αποτελεσματικότητά της στην επικέντρωση του πόνου σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (72). Η διαζεπάμη χορηγήθηκε στη μία ομάδα της μελέτης συμπληρωματικά στα αναλγητικά και τη φυσικοθεραπεία που έλαβαν όλοι οι ασθενείς. Ωστόσο, η ομάδα του εικονικού φαρμάκου είχε βραχύτερη διάρκεια νοσηλείας και περίπου διπλάσια πιθανότητα μείωσης του πόνου κατά 50% ή περισσότερο μετά από επτά ημέρες. Παρόμοια, σχετική υπεροχή του εικονικού φαρμάκου, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα, παρατηρήθηκε και στην αποκατάσταση των διαταραχών αισθητικότητας και μυϊκής ισχύος, στην ικανότητα για επιστροφή στην εργασία, και τη συνολική κινητικότητα των ασθενών.

Για τη χρόνια οσφυαλγία, υπάρχουν μελέτες που αποδίδουν στις βενζοδιαζεπίνες μέτρια βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα, ενώ υπάρχει και μελέτη που δεν το επιβεβαιώνει (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11).

Οι βενζοδιαζεπίνες σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών από το ΚΝΣ (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα), με τον ακριβή κίνδυνο κατάχρησης, εθισμού, ανάπτυξης ανοχής και υπερδοσολογίας ιδιαίτερα για μακροχρόνια χρήση να είναι άγνωστος (11).

ΝΕΥΡΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Συγκριτικές μελέτες μεταξύ γκαμπαπεντίνης και εικονικών φαρμάκων έχουν δείξει ελαφρά υπεροχή της στη θεραπεία ασθενών με ριζιτικό πόνο (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11). Δεν υπάρχουν, όμως, μελέτες για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς της σε ασθενείς με οσφυαλγία χωρίς ριζιτικό πόνο (11). Η γκαμπαπεντίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην περι-εγχειρητική περίοδο, για να μειώσει την ανάγκη του ασθενούς για οπιοειδή (12).

Η τοπιραμάτη υπερτερεί έναντι των εικονικών φαρμάκων στην επίτευξη αναλγησίας και στο λειτουργικό αποτέλεσμα και ελαφρώς έναντι της διφενυδραμίνης στην βραχυπρόθεσμη ανακούφιση του πόνου, αλλά όχι στο λειτουργικό αποτέλεσμα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο σε πολύ επιλεγμένους ασθενείς ως φάρμακο 4^{ης} ή 5^{ης} γραμμής (Βαθμός σύστασης C) (12). Σχετίζεται δε, με περισσότερες διακοπές της θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών, εμφάνιση καταστολής και διάρροια (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα της τοπικής εφαρμογής καψαϊκίνης (επίπεδο τεκμηρίωσης II) (10). Παρομοίως, δεν υπάρχει εκτίμηση για την αποτελεσματικότητα της λιδοκαΐνης στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11).

ΤΟΠΙΚΗ ΕΝΕΣΙΜΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η τοπική θεραπεία με ένεση τοπικού αναισθητικού ή/και κορτικοστεροειδούς στα σημεία πυροδότησης του πόνου (trigger points) είναι πρακτική που μπορεί να εφαρμοστεί στην αντιμετώπιση του οξέως ή υποξέως πόνου, χωρίς όμως να υπάρχει τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου μακροπρόθεσμα (11). Η τοπική έγχυση τοπικού αναισθητικού στην αντιμετώπιση της οξείας ή υποξείας οσφυαλγίας υπερέχει της έγχυσης φυσιολογικού ορού, ενώ δεν υπάρχει σημαντική βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος, αν προστεθεί κορτικοστεροειδές στο εγχεόμενο διάλυμα (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11). Επίσης, μία χαμηλής ποιότητας μελέτη έδειξε ότι σε περιπτώσεις υποξέως ή χρόνιου πόνου δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ έγχυσης τοπικού αναισθητικού (με ή χωρίς στεροειδές) στα σημεία πυροδότησης του πόνου από την ενεργοποίησή τους με βελόνη (dry needlestick) ή την τοπική εφαρμογή αιθυλοχλωριδίου και την τοπική άσκηση πίεσης (acupressure) (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11).

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Αν και δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες για την αποτελεσματικότητα των οπιοειδών και των σύμπλοκων αναλγητικών στην οξεία οσφυαλγία, υπάρχει τεκμηρίωση ότι έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα με τα ΜΣΑΦ (επίπεδο τεκμηρίωσης I) (10).

Η βραχυπρόθεσμη ανακούφιση της οξείας οσφυαλγίας και η ελάττωση του μυϊκού σπασμού είναι υψηλότερη όταν η παρακεταμόλη ή τα ΜΣΑΦ συνδυάζονται με τιζανιδίνη, παρά όταν χορηγούνται χωρίς το μυοχαλαρωτικό (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11). Πιο συγκεκριμένα, η θεραπεία ασθενών με οξεία οσφυαλγία με ασεκλοφενάκη σε συνδυασμό με τιζανιδίνη ήταν αποτελεσματικότερη από τη μονοθεραπεία με ασεκλοφενάκη ως προς την ανακούφιση του πόνου και το εύρος κίνησης της ΟΜΣΣ, χωρίς να προκαλεί περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (73). Αντίθετα, δεν υπάρχει διαφορά, αν στην παρακεταμόλη προστεθεί ορφεναδρίνη, αν και ο συνδυασμός μειώνει τον αριθμό ημερών



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

με λειτουργικό έλλειμμα (επίπεδο τεκμηρίωσης: μέτριο) (11). Η συγχορήγηση, όμως, ενός μυοχαλαρωτικού με παρακεταμόλη ή με ΜΣΑΦ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από το ΚΝΣ (επίπεδο τεκμηρίωσης: καλό) (11).

Η συγχορήγηση δικλοφενάκης με βιταμίνες της ομάδας Β (B_1 , B_6 και B_{12}) φάνηκε πως είναι αποτελεσματικότερη στον άμεσο έλεγχο της οξείας οσφυαλγίας από τη μονοθεραπεία με δικλοφενάκη (74). Η αποτελεσματικότητα της ενδομυϊκής χορήγησης βιταμίνης B_{12} σε ασθενείς με οσφυαλγία έχει ελεγχθεί με τυχαιοποιημένη μελέτη (75). Το δοσολογικό σχήμα συνίστατο σε 500 mcg βιταμίνης B_{12} , 3 φορές εβδομαδιαίως, για δύο εβδομάδες ενώ η ομάδα ελέγχου έλαβε εικονικό φάρμακο. Η μείωση του πόνου (VAS) και η βελτίωση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο Oswestry Disability Index ήταν στατιστικώς σημαντική για τους ασθενείς που έλαβαν τη θεραπεία σε σχέση με αυτούς που έλαβαν το εικονικό φάρμακο.

Σε μία τυχαιοποιημένη μελέτη, με μικρό, όμως, αριθμό συμμετεχόντων και μικρή διάρκεια (28 ημέρες), έγινε σύγκριση της επίδρασης της πιροξικάμης και του συμπλόκου πιροξικάμης-β-κυκλοδεξτρίνης στη χρόνια οσφυαλγία (76). Οι ασθενείς που έλαβαν το σύμπλοκο είχαν καλύτερο έλεγχο του πόνου και υψηλότερο λειτουργικό αποτέλεσμα, δεν υπήρχε, όμως, στατιστικώς σημαντική διαφορά όσον αφορά στη σταθερότητα του κορμού, τόσο στατικά όσο και σε συνθήκες αστάθειας (π.χ. κλίση του κορμού κατά 20°).

Παρόμοια, δεν υπάρχει όφελος αν στη χορήγηση ΜΣΑΦ προστεθεί κυκλοβενζαπρίνη (επίπεδο τεκμηρίωσης: πτωχό) (11).

Επίσης, δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συνδυασμού οπιοειδών με ΜΣΑΦ σε σχέση με τη χορήγηση μόνο ΜΣΑΦ (11).

Εκπαίδευση Ασθενών

Σύσταση 13: Συνιστάται οι γενικοί ιατροί, οι άλλοι ιατροί καθώς και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οξεία ή χρόνια οσφυαλγία, συμπληρωματικά με τη χορηγούμενη θεραπεία, να χορηγούν ενημερωτικά φυλλάδια με οδηγίες αυτοφροντίδας και να προτείνουν την παρακολούθηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: B



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 14: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οξεία οσφυαλγία, να συμβουλεύουν κλινοστατισμό για διάστημα όχι περισσότερο από 2-3 ημέρες και διατήρηση της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας στο μέτρο του δυνατού.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: I-II

Βαθμός σύστασης: A

Ο γιατρός πρέπει να παρέχει στους ασθενείς με οσφυαλγία τεκμηριωμένες πληροφορίες σχετικά με τη φυσική της πορεία και την αποτελεσματικότητα των μέσων αυτοφροντίδας (9). Η διαμόρφωση του θεραπευτικού σχεδίου θα πρέπει να γίνεται με τη συμμετοχή των ασθενών, ώστε να γνωρίζουν τι μπορούν να προσδοκούν, να αντιλαμβάνονται το ρόλο τους και τη συνυπευθυνότητά τους στην αυτοδιαχείριση του προβλήματός τους (10) (14). Ευθύνη του γιατρού είναι να επιβεβαιώσει ότι οι πληροφορίες που παρείχε έγιναν κατανοητές, να αμβλύνει ανεδραφικές προσδοκίες και να διασκεδάσει τους φόβους και τις λανθασμένες αντιλήψεις που μπορεί να έχουν οι ασθενείς σχετικά με την κατάστασή τους και τον τρόπο αντιμετώπισής της (10). Ο τρόπος που θα ενημερώνεται ο ασθενής πρέπει να είναι εξατομικευμένος, προσαρμοσμένος στις ικανότητες και τις ανάγκες του, χωρίς χρήση δυσνόητων ιατρικών όρων ή διαγνωστικών ετικετών, που μπορεί να προκαλέσουν ανησυχία και να επιτείνουν τους φόβους του (10).

Σε γενικές γραμμές, «σχολεία οσφυαλγίας», εκπαίδευση σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών και εκπαίδευση τροποποίησης των πεποιθήσεων φόβου-αποφυγής συνιστώνται σε περιπτώσεις οξείας ή υποξείας οσφυαλγίας (12). Σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία ενδείκνυνται σύντομες, εξατομικευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (12). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να είναι προσαρτήματα των θεραπευτικών επιλογών και να μην συνιστούν αυτοτελείς και μεμονωμένες παρεμβάσεις (14).

Μία συστηματική ανασκόπηση μελετών για την αποτελεσματικότητα των εξατομικευμένων, «πρόσωπο με πρόσωπο» εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, έδειξε ότι ασθενείς με υποξεία οσφυαλγία που παρακολούθησαν μία εκπαιδευτική συνεδρία διάρκειας 2,5 ωρών επέστρεψαν νωρίτερα στην εργασία τους σε σχέση με εκείνους που δεν εκπαιδεύτηκαν, ενώ λιγότερο εντατικές συνεδρίες δεν είχαν την ίδια αποτελεσματικότητα (77). Οι ενημερωτικές-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι πιθανότερο να ωφελήσουν ασθενείς με οξεία παρά με χρόνια οσφυαλγία (77). Η εκπαίδευση των ασθενών δεν φάνηκε να υπερέχει άλλων παρεμβάσεων, όπως η γνωσιακή συμπεριφορική



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

θεραπεία και οι επισκέψεις στο χώρο εργασίας ή θεραπευτικών μέσων, όπως η φυσικοθεραπεία, ο βελονισμός, οι χειρομαλάξεις, η εφαρμογή θερμών επιθεμάτων και η γιόγκα (77). Επίσης, δεν υπάρχει σαφής υπεροχή της μίας εκπαιδευτικής μεθόδου έναντι των άλλων (77).

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΦΥΛΛΑΔΙΑ – ΒΙΒΛΙΑ

Η χορήγηση εντύπων (φυλλάδια ή βιβλία) εστιασμένων στα μέτρα αντιμετώπισης της οσφυαλγίας σε συνδυασμό με προφορικές οδηγίες είναι αποτελεσματικότερη από τη μη χορήγηση φυλλαδίων (10). Ορισμένες μελέτες συμπεραίνουν ότι η χορήγηση εντύπων είναι εξίσου αποτελεσματική με την εξατομικευμένη εκπαίδευση «πρόσωπο με πρόσωπο», αν και καμία από τις δύο παρεμβάσεις δεν είναι αποτελεσματικές μεμονωμένα (77). Έντυπα που διανέμονται ταχυδρομικώς έχουν μικρότερη αποτελεσματικότητα από τις προφορικές οδηγίες που δίνονται αυτοπροσώπως ως προς τον έλεγχο του πόνου, την αποκατάσταση της λειτουργικότητας και τη λήψη αναρρωτικών αδειών (10).

Στην οξεία και υποξεία οσφυαλγία η χρήση βιβλίων αυτοφροντίδας δεν επέφερε διαφορές ως προς τον πόνο ή το βαθμό οχληρότητας των συμπτωμάτων συγκρινόμενη με τη συνήθη πρακτική αντιμετώπισης των ασθενών ή τη συμβουλή να ασκούνται (11). Επίσης, η χρήση βιβλίων αυτοφροντίδας από ασθενείς με οσφυαλγία ποικίλης διάρκειας δεν είχε διαφορά ή παρουσίασε ελαφρώς υποδεέστερα αποτελέσματα ως προς την αξιολόγηση της οχληρότητας των συμπτωμάτων και του λειτουργικού τους επιπέδου συγκρινόμενη με το βελονισμό, τη σωματική άσκηση, τη συμβουλή για σωματική άσκηση ή το χειρισμό της ΣΣ (11). Αντίθετα, τα βιβλία αυτοφροντίδας αποδείχθηκαν λιγότερο αποτελεσματικά από τη γιόγκα και τη χειρομάλαξη (11).

Βιβλία που αποσκοπούν στην αλλαγή των πεποιθήσεων φόβου-αποφυγής είναι αποτελεσματικότερα από τα συμβατικά βιβλία ενημέρωσης για την οσφυαλγία (11). Επίσης, η αποτελεσματικότητα των βιβλίων αυτοφροντίδας αυξάνει σημαντικά όταν η χρήση τους συνδυάζεται με μία σύντομη ενημερωτική-εκπαιδευτική επίσκεψη, αν και υπάρχουν μελέτες που δεν επιβεβαιώνουν τη βελτίωση του κλινικού αποτελέσματος από την προσθήκη «πρόσωπο με πρόσωπο» οδηγιών στη χρήση βιβλίων αυτοφροντίδας (11).

«ΣΧΟΛΕΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ»

Εντατικά προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης για την οσφυαλγία («σχολεία οσφυαλγίας») που βασίζονται στο σουηδικό πρότυπο και «σχολεία οσφυαλγίας» που είναι ενταγμένα στις επαγγελματικές συνθήκες φαίνεται ότι είναι τα πλέον αποτελεσματικά (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση ότι τα «σχολεία οσφυαλγίας» είναι αποτελεσματικότερα από ενεργητικές και παθητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις ή εικονικά φάρμακα (placebo), στη μείωση του οξέος οσφυϊκού πόνου (10) (11).

Τα «σχολεία οσφυαλγίας» δεν είναι καλύτερα από την παροχή οδηγιών, αλλά υπερτερούν των εικονικών φαρμάκων ως προς την βραχυπρόθεσμη ανάρρωση και την επιστροφή στην εργασία, αλλά όχι και ως προς τον πόνο ή την εμφάνιση υποτροπών οξείας ή υποξείας οσφυαλγίας (11). Εργαζόμενοι με υποξεία οσφυαλγία που παρακολούθησαν «σχολείο οσφυαλγίας» παρέμειναν για μικρότερο χρονικό διάστημα σε αναρρωτική άδεια σε σχέση με συναδέλφους τους που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα, ενώ δεν παρατηρήθηκε επίδραση στον πόνο και το επίπεδο λειτουργικότητας (11).

Όσον αφορά ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, αν και δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την αποτελεσματικότητα των «σχολείων οσφυαλγίας» έναντι των εικονικών φαρμάκων, φαίνεται πως είναι ελαφρώς αποτελεσματικότερα της σωματικής άσκησης, των χειρισμών της σπονδυλικής στήλης ή της παροχής οδηγιών ως προς τη βραχυπρόθεσμη υποχώρηση του πόνου και τη λειτουργική αποκατάσταση, όχι όμως και ως προς τη μακροπρόθεσμη έκβαση (11). Η προσθήκη παρακολούθησης «σχολείου οσφυαλγίας» σε θεραπευτικό πρόγραμμα με ασκήσεις και φυσικοθεραπεία για ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του πόνου και τη βελτίωση του λειτουργικού αποτελέσματος (78).

Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των «σχολείων οσφυαλγίας» στην πρόληψη των υποτροπών οσφυαλγίας είναι αμφιλεγόμενη, γεγονός που ερμηνεύεται εν μέρει από την ποικιλότητα των πληθυσμών και τα είδη των παρεμβάσεων που μελετήθηκαν. Τα εντατικά «σχολεία οσφυαλγίας» βρέθηκε ότι μειώνουν τον αριθμό των υποτροπών οσφυαλγίας, κάτι που δεν επιβεβαιώνεται για τις λιγότερο εντατικές παρεμβάσεις (“mini” back schools) (11). Εκπαιδευτική παρέμβαση διάρκειας 15 λεπτών μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με φυσικοθεραπευτική παρέμβαση, οδήγησε σε μικρή βελτίωση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο RMDQ και περιορισμό των συμπτωμάτων χωρίς, όμως, στατιστικές σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (79).

Η εκπαίδευση των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία στη νευροφυσιολογία του πόνου είναι εν δυνάμει ένα χρήσιμο συμπλήρωμα των εκπαιδευτικών-ενημερωτικών παρεμβάσεων (80). Ασθενείς που έλαβαν τέτοιου είδους εκπαίδευση είχαν στατιστικά, αλλά όχι κλινικά, σημαντική μείωση του πόνου τους σε σχέση με ασθενείς που έλαβαν εκπαίδευση για την εμβιομηχανική της οσφυαλγίας (80). Ως προς το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

και λειτουργικότητας (εκφρασμένων με το ερωτηματολόγιο RMDQ) και την ψυχολογική λειτουργία, δεν επιτεύχθηκε ούτε κλινική ούτε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν εκπαίδευση άλλης μορφής (σχολείο οσφυαλγίας) ή σε διαφορετικό πεδίο (εμβιομηχανική της οσφυαλγίας) (80). Μία άλλη τυχαιοποιημένη μελέτη σε μικρό αριθμό ασθενών, έδειξε ότι εκείνοι που έλαβαν εκπαίδευση στη φυσιολογία του πόνου δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι στην μείωση του πόνου σε σχέση με εκείνους που έλαβαν την ίδια εκπαίδευση και επιπλέον συνεδρίες ασκήσεων σταθεροποίησης του κορμού και αερόβια άσκηση (81). Παρόμοια ήταν και η τάση στις άλλες παραμέτρους που ελέγχθηκαν στη μελέτη, όπως το ερωτηματολόγιο RMDQ και το επίπεδο συνολικής λειτουργικότητας και καθημερινών δραστηριοτήτων. Μία τυχαιοποιημένη μελέτη έδειξε ότι ένα εκπαιδευτικό διαδραστικό σεμινάριο διάρκειας 45 λεπτών, εστιασμένο σε ψυχολογικές παραμέτρους σε στρατιωτικό πληθυσμό βελτίωσε σημαντικά τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων για την οσφυαλγία (εκφρασμένων με το Back Beliefs Questionnaire). Οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη ηλικία, αυτοί που δεν ανήκαν στη λευκή φυλή, οι γυναίκες, εκείνοι που είχαν ολοκληρώσει τουλάχιστον τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και όσοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο BBQ κατά την έναρξη της μελέτης ωφελήθηκαν περισσότερο από την «ψυχολογική εκπαίδευση». Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τέτοιου είδους παρεμβάσεις μπορεί να έχουν σημαντική θέση στην πρωτογενή πρόληψη στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (82).

ΚΛΙΝΟΣΤΑΤΙΣΜΟΣ

Η παραμονή στο κρεβάτι δεν συστήνεται σε οξεία (Βαθμός σύστασης Α), υποξεία ή χρόνια οσφυαλγία (Βαθμός σύστασης Β) (12).

Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα ότι η παραμονή στο κρεβάτι (bed rest) είναι πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με την οδηγία για διατήρηση της δραστηριότητας (advice to stay active), των ασκήσεων, των χειρισμών στη σπονδυλική στήλη (spinal manipulation), της αγωγής με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή καμία αγωγή σε ασθενείς με οξεία οσφυαλγία (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10). Αντίθετα, υπάρχουν δεδομένα ότι η παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι είναι επιβλαβής (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10). Αναλυτικότερα η παραμονή στο κρεβάτι για περισσότερο από 2 ημέρες αυξάνει τις αναρρωτικές άδειες συγκρινόμενη με την τακτική της άμεσης επαναδραστηριοποίησης σε ασθενείς με οξεία οσφυαλγία (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10). Η διατήρηση της δραστηριότητας δείχνει να έχει μικρό όφελος στον πόνο, στην αποκατάσταση και τη λειτουργικότητα, συγκρινόμενη με



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

την παραμονή στο κρεβάτι και ένα ειδικό πρόγραμμα ασκήσεων σε ασθενείς με οσφυαλγία, ενώ μειώνει και τις αναρρωτικές άδειες (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10).

Η παραμονή στο κρεβάτι για 7 ημέρες δεν μείωσε τον πόνο σε σύγκριση με την οδηγία παραμονής για 2-3 ημέρες σε δύο υψηλής ποιότητας μελέτες, ενώ αύξησε και τις ημέρες αναρρωτικής άδειας στη μία μελέτη (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Ωστόσο σε δύο υψηλής ποιότητας μελέτες οξείας οσφυαλγίας η παραμονή στο κρεβάτι οδήγησε σε ελαφρώς λιγότερο πόνο συγκρινόμενη με την πρακτική της διατήρησης της συνήθους δραστηριότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11).

Στην οξεία οσφυαλγία η οδηγία για παραμονή στο κρεβάτι είχε παρόμοια αποτελέσματα με πρόγραμμα ασκήσεων σε τρεις μελέτες (οι δύο υψηλής ποιότητας) (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11).

Στην οσφυαλγία που συνοδεύεται από ισχιαλγία από μία υψηλής ποιότητας μελέτη δε βρέθηκε καμία διαφορά ανάμεσα στις δύο πρακτικές, ενώ επιπλέον η παραμονή το κρεβάτι σχετίστηκε με ελαφρώς κατώτερο επίπεδο λειτουργικότητας στις 3 εβδομάδες, συγκρινόμενη με πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, παρόλο που η διαφορά αυτή δεν υφίστατο τις 12 εβδομάδες (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11). Δεν υπάρχουν καθόλου δεδομένα υπέρ της αποτελεσματικότητας της παραμονής στο κρεβάτι σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (11).

Το NICE συστήνει να ενθαρρύνεται ο ασθενής να είναι κινητικά δραστήριος και να διατηρήσει τη συνήθη δραστηριότητα του στο μέτρο του δυνατού (14).

Η οδηγία για παραμονή στο κρεβάτι δεν έχει όφελος (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό, Βαθμός σύστασης D) (9). Η οδηγία για τη διατήρηση της δραστηριότητας έχει μικρό όφελος για τον ασθενή (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό, Βαθμός σύστασης B) (9).

COCHRANE REVIEW: Μέτριας ποιότητας δεδομένα δείχνουν ότι ασθενείς με οξεία οσφυαλγία μπορεί να έχουν μικρό όφελος στην ανακούφιση του πόνου και στη βελτίωση της λειτουργικότητας διατηρώντας τη δραστηριότητα τους σε σύγκριση με την παραμονή στο κρεβάτι. Ασθενείς με ισχιαλγία ωφελούνται λίγο ή καθόλου και με τις δύο πρακτικές. Χαμηλής ποιότητας δεδομένα δείχνουν μικρή ή καμία διαφορά στον πόνο ή τη λειτουργικότητα ασθενών με ή χωρίς συνοδό ισχιαλγία συγκρίνοντας τρεις πρακτικές: την οδηγία να διατηρήσουν τη δραστηριότητα τους, ασκήσεις ή φυσικοθεραπεία. Η οδηγία για παραμονή στο κρεβάτι δεν είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της οξείας οσφυαλγίας (83).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Φυσικοθεραπεία

Σύσταση 15: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες με οξεία οσφυαλγία να τους προτρέπουν να εφαρμόζουν θερμότητα τοπικά στο σημείο του πόνου.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: B

Σύσταση 16: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με υποξεία ή χρόνια οσφυαλγία, να συνεργάζονται με φυσικοθεραπευτή και εξειδικευμένους επαγγελματίες για τον σχεδιασμό και εκπόνηση εξατομικευμένων φυσικοθεραπευτικών προγραμμάτων.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: I-II

Βαθμός σύστασης: A

Σύσταση 17: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οσφυαλγία να μην ενθαρρύνουν τη χρήση της ζώνης οσφύος.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: III

Βαθμός σύστασης: B

ΤΟΠΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΘΕΡΜΟΤΗΤΑΣ (ΘΕΡΜΟΦΟΡΑ)

Συστήνεται η εφαρμογή από τον ίδιο τον ασθενή θερμότητας τοπικά στην οξεία οσφυαλγία (Βαθμός σύστασης C), (12) (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό, Βαθμός σύστασης B) (9).

Η συνεχής εφαρμογή ήπιας θερμότητας (θερμοφόρα) μειώνει τον πόνο, τη δυσκαμψία και την ανικανότητα (αποτέλεσμα που διαρκεί για 3 ως 4 ημέρες) σε σύγκριση με την αγωγή με παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή μόνο placebo κατά τη διάρκεια των πρώτων 48 ωρών του επεισοδίου της οξείας οσφυαλγίας (Επίπεδο τεκμηρίωσης II) (10).

Για την οξεία και υποξεία οσφυαλγία δεδομένα από τρεις υψηλής ποιότητας μελέτες δείχνουν ότι η τοπική εφαρμογή θερμοφόρας ή θερμαινόμενης κουβέρτας υπερέχει μετρίως του placebo ή της εφαρμογής μη θερμαινόμενης κουβέρτας στη βραχύχρονη ανακούφιση του πόνου και της διατήρησης της λειτουργικότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11).

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Στην οξεία οσφυαλγία στοιχεία από έξι ετερογενείς μελέτες δε δείχνουν να υπάρχει όφελος από την λειτουργική αποκατάσταση (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Στη χρόνια οσφυαλγία η λειτουργική αποκατάσταση φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική από την παραδοσιακή φυσικοθεραπεία ή τις παραδοσιακές ασκήσεις σε συνδυασμό με συμπεριφορική θεραπεία, καθώς μειώνει τις ημέρες αναρρωτικής άδειας (δύο υψηλής ποιότητας μελέτες – Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11). Επίσης δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να αξιολογούν τη λειτουργική αποκατάσταση χωρίς να συνδυάζεται με γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (11).

ΑΣΚΗΣΗ

Η αεροβική άσκηση έχει τα καλύτερα δεδομένα αποτελεσματικότητας τόσο σε οξεία όσο και σε υποξεία και χρόνια οσφυαλγία (Βαθμός σύστασης Β) (12). Επίσης συστήνονται ειδικές ασκήσεις μυϊκών διατάσεων (stretching) και ενδυνάμωσης (Βαθμός σύστασης C) (12).

Στην οξεία οσφυαλγία δε συμφωνούν τα δεδομένα που υπάρχουν για την αποτελεσματικότητα της άσκησης σε σύγκριση με placebo, ενώ στις περισσότερες μελέτες δε βρέθηκε όφελος (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Στην υποξεία και χρόνια οσφυαλγία υπάρχουν πολλά δεδομένα ότι η άσκηση προσφέρει μέτριο όφελος (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό, Βαθμός σύστασης Β), (9) κυρίως στην ανακούφιση του πόνου και σε αποτελέσματα που σχετίζονται με την εργασία, αλλά όχι και με τη βελτίωση της λειτουργικότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11). Συγκρινόμενη δε με άλλες μη επεμβατικές παρεμβάσεις υπάρχουν αντιφατικά δεδομένα για την υπεροχή της άσκησης στην οξεία, αλλά και στη χρόνια οσφυαλγία (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11), (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10).

Η θεραπεία με McKenzie στην οσφυαλγία έχει τα ίδια αποτελέσματα στο πόνο και τη λειτουργικότητα σε σύγκριση με άλλες συνήθεις αγωγές (π.χ. εκπαίδευση ασθενών ή χειρισμοί ΣΣ), ενώ φαίνεται να υπερέχει των ασκήσεων κάμψης (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10). Από την άλλη, σε τέσσερις (οι δύο υψηλής ποιότητας) κλινικές δοκιμές δε βρέθηκε σαφής διαφορά ανάμεσα στη μέθοδο McKenzie και σε ασκήσεις κάμψης ή ενδυνάμωσης (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Σε μία μετα-ανάλυση τα καλύτερα αποτελέσματα φαίνεται ότι επιτυγχάνονται με προγράμματα ασκήσεων εξατομικευμένα υπό καθοδήγηση, που περιλαμβάνουν διατάσεις και ενδυνάμωση των μυών (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η σύσταση από το NICE είναι: συμβουλευτέτε τους ασθενείς με οσφυαλγία να γυμνάζονται (14). Μάλιστα προτείνει ατομικό πρόγραμμα δομημένης άσκησης (μέγιστο 8 συνεδρίες μέσα σε χρονικό διάστημα 12 εβδομάδων) ή ομαδικό πρόγραμμα μέχρι 10 ατόμων υπό επίβλεψη. Το πρόγραμμα ασκήσεων μπορεί να περιλαμβάνει αερόβια άσκηση, οδηγίες κίνησης, ενδυνάμωση μυών, έλεγχος της στάσης του σώματος και διατάσεις (14).

Στη χρόνια οσφυαλγία η άσκηση υπό επίβλεψη βρέθηκε να είναι σημαντικά καλύτερη από χειροπρακτικούς χειρισμούς της ΣΣ ή τις ασκήσεις στο σπίτι σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση από τη θεραπεία και την ενδυνάμωση των μυών του κορμού (84).

Συγκριτική κλινική δοκιμή δύο μορφών άσκησης: και οι δύο τεχνικές μείωσαν τον πόνο και την ανικανότητα με καλύτερες τις ασκήσεις για τη σταθεροποίηση του κορμού έναντι αυτών για την ενδυνάμωση των επιφανειακών μυών (85). Οι ασκήσεις McKenzie ήταν οριακά πιο αποτελεσματικές από την παροχή μόνο συμβουλών 1 χρόνο μετά την παρέμβαση σε εργαζόμενους με οσφυαλγία, ενώ είχαν τα ίδια αποτελέσματα με τους χειρισμούς της ΣΣ (86).

Σε ασθενείς με οσφυαλγία περισσότερο από 6 εβδομάδες, που παρουσιάζονται με επικέντρωση ή περιφεριοποίηση του πόνου (centralization or peripheralization of pain), βρέθηκε ότι η μέθοδος McKenzie ήταν ελαφρώς πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με τους χειρισμούς της ΣΣ, όταν εφαρμοζόταν ως πρόσθετη αγωγή σε ενημέρωση και συμβουλευτική (87).

Οι θεραπευτικές ασκήσεις βρέθηκε ότι είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση του πόνου και της ανικανότητας ασθενών με σπονδυλική στένωση και ότι η προσθήκη των υπερήχων μειώνει επιπλέον τη χρήση αναλγητικών (88).

Σε άλλη RCT δε βρέθηκε καμία διαφορά από την προσθήκη αεροβικής άσκησης στη συνήθη φυσικοθεραπεία σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (89). Επίσης, μη σημαντικά οφέλη με τις ειδικές ασκήσεις ενδυνάμωσης, σε σύγκριση με τη συνήθη φυσικοθεραπεία και τις γενικές ασκήσεις, διαπιστώθηκαν σε στρατιωτικό πληθυσμό με υποξεία και χρόνια οσφυαλγία (90).

Σε επίμονη οσφυαλγία με διαπιστωμένη μέσω MRI εκφύλιση μεσοσπονδυλίου δίσκου (Modic Change) δε βρέθηκε διαφορά ανάμεσα στις πρακτικές «ανάπαυση και μείωση φορτίων» και «άσκηση και διατήρηση της δραστηριότητας» (91). Ο συνδυασμός φυσικοθεραπείας και ασκήσεων στο σπίτι ήταν πιο αποτελεσματική παρέμβαση από ό,τι μόνο ασκήσεις ή αεροβική και ασκήσεις στο σπίτι σε ό,τι αφορά στην ανικανότητα και την ψυχολογική επιβάρυνση σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (92).

Η προσθήκη ενός σύντομου φυσικοθεραπευτικού προγράμματος, που αποτελείται από εκπαίδευση στη σωστή στάση του σώματος και ασκήσεις για το σπίτι, στη συνήθη φροντίδα



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ
ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

που παρέχεται στην Π.Φ.Υ. βελτιώνει τόσο την ανικανότητα όσο και τον πόνο αλλά και την ποιότητα ζωής (79).

Στη θεραπεία της χρόνιας οσφυαλγίας ήταν εξίσου αποτελεσματικά ένα πρόγραμμα διεπιστημονικής βιο-ψυχολογικής αποκατάστασης με ένα εντατικό ατομικό και υπό επίβλεψη πρόγραμμα ασκήσεων ενδυνάμωσης (93).

Σε άλλη RCT δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα της εντατικής ομαδικής άσκησης σε σύγκριση με τη συνήθη φυσικοθεραπεία σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (94).

ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Σε ασθενείς που δεν βελτιώνονται με άλλα μέτρα ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να προτείνει την προσθήκη μη φαρμακευτικών μέτρων με αποδεδειγμένο όφελος, όπως είναι οι χειρισμοί της ΣΣ. Στην οξεία οσφυαλγία υπάρχουν αρκετά δεδομένα που δείχνουν από μικρό ως μέτριο όφελος (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο, Βαθμός σύστασης B/C) (9). Παρόμοια συστήνονται χειρισμοί ή κινητοποίηση της ΣΣ σε επιλεγμένες περιπτώσεις, με βάση κλινικούς προγνωστικούς δείκτες, οξείας οσφυαλγίας (Βαθμός σύστασης B), αλλά και σε μη επιλεγμένους ασθενείς (Βαθμός σύστασης C) (12). Το NICE προτείνει να προσφέρεται ένα πρόγραμμα κινησιοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των χειρισμών της ΣΣ (μέγιστο 9 συνεδρίες σε μία περίοδο 12 εβδομάδων) (14).

Στην οξεία οσφυαλγία οι χειρισμοί της ΣΣ ήταν στατιστικά πιο αποτελεσματική πρακτική στη βραχύχρονη ανακούφιση του πόνου σε σχέση με placebo, χωρίς όμως οι διαφορές να έχουν κλινική σημασία. Μη στατιστικά σημαντική ήταν και η μέτρια υπεροχή των χειρισμών της ΣΣ στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11). Επίσης, σε συγκριτικές κλινικές δοκιμές των χειρισμών τη ΣΣ με την αγωγή με αναλγητικά/συνήθη θεραπεία (3 μελέτες), ασκήσεις (6 μελέτες) ή πρόγραμμα εκπαίδευσης ασθενών (back school- 2 μελέτες) σε ασθενείς με οξεία οσφυαλγία δε βρέθηκαν σαφείς διαφορές (11).

Αντίθετα, υπάρχουν συγκρουόμενα δεδομένα ότι οι χειρισμοί της ΣΣ ανακουφίζουν από τον πόνο σε σύγκριση με placebo στις πρώτες 2-4 εβδομάδες της οξείας οσφυαλγίας, ενώ δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν ότι είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματική μέθοδος συγκρινόμενη με άλλες συντηρητικές θεραπείες στην αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10). Πρέπει επίσης να σημειωθεί πως οι παρενέργειες από τους χειρισμούς της ΣΣ παρόλο που είναι σπάνιες είναι δυνητικά σοβαρές (Επίπεδο τεκμηρίωσης IV) (10).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Στη χρόνια ή υποξεία οσφυαλγία μέτριας ποιότητας δεδομένα συστήνουν την προσθήκη συνεδριών χειρισμών ΣΣ (Βαθμός σύστασης Β) (9). Αποτελέσματα από 11 κλινικές δοκιμές υποστηρίζουν πως οι χειρισμοί της ΣΣ υπερέχουν ελάχιστα στην ανακούφιση του πόνου και στη διατήρηση της λειτουργικότητας έναντι της μίμησης θεραπείας, μη θεραπείας ή αγωγών που είναι μη αποτελεσματικές ή επιβλαβείς (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό). (11) Επίσης, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα για στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε χειρισμούς της ΣΣ και άλλων μη επεμβατικών παρεμβάσεων (11).

Ανασκόπηση από την Cochrane 2011: Διάφορες χειροπρακτικές επεμβάσεις προσφέρουν μια ελαφρά βελτίωση στον πόνο και στην ανικανότητα σε οξεία ή υποξεία οσφυαλγία, αλλά δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν ή να αναιρούν ότι οι παρεμβάσεις αυτές έχουν κλινικά σημαντικό αποτέλεσμα στον πόνο ή την ανικανότητα, συγκρινόμενες με άλλες μεθόδους (95). Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και άλλη ανασκόπηση σε υπο-ομάδες ασθενών με οσφυαλγία (96). Επίσης και τρίτη ανασκόπηση αναφέρει ότι οι χειρισμοί στη ΣΣ έχουν μικρό αλλά σταθερό όφελος, τουλάχιστον τόσο, όσο και άλλες συντηρητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η ετερογένεια των σχετικών κλινικών μελετών δυσχεραίνει την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων (97).

Ειδικά μόνο για τους χειρισμούς της ΣΣ η Cochrane συμπεραίνει ότι υπάρχει καλή τεκμηρίωση, ότι δεν υφίσταται κλινικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην τεχνική αυτή και σε άλλες παρεμβάσεις σε ό,τι αφορά τον πόνο και τη βελτίωση της λειτουργικότητας. Προτεραιότητα πρέπει να δοθεί σε εκπόνηση μελετών που θα περιλαμβάνουν ανάλυση της σχέσης κόστους/αποτελεσματικότητας (98).

Συστηματική ανασκόπηση: Η έλλειψη μελετών με χαμηλό κίνδυνο συστηματικού σφάλματος δε δίνει τη δυνατότητα για ισχυρές συστάσεις για τη θεραπεία με χειρισμούς στη ΣΣ (99).

Συγκριτική δοκιμή θεραπείας με χειρισμούς στη ΣΣ έναντι σχολείου οσφυαλγίας ή ατομικής φυσικοθεραπείας έδειξε καλύτερα αποτελέσματα για τους χειρισμούς σε ό,τι αφορά τη λειτουργικότητα και την ανακούφιση του πόνου σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (100).

Οι χειρισμοί στη ΣΣ από φυσικοθεραπευτές σε ασθενείς με οξεία ή υποξεία οσφυαλγία μείωσαν τις αναρρωτικές άδειες και αύξησαν την επάνοδο στην εργασία σε σύγκριση με ένα πρόγραμμα κινητοποίησης και άσκησης (101), ενώ είναι απίθανο να μειώνουν τον πόνο της οξείας οσφυαλγίας (102).

Οι χειρισμοί της ΣΣ από ορθοπεδικούς ήταν οριακά πιο αποτελεσματικοί από την παροχή μόνο συμβουλών, 1 χρόνο μετά την παρέμβαση σε ασθενείς με μη οξεία οσφυαλγία (86).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η θεραπεία συντήρησης με χειρισμούς στη ΣΣ μέχρι 9 μήνες μπορεί να διατηρήσει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σε ασθενείς με χρόνια μη ειδική οσφυαλγία (103).

Η συγκριτική μελέτη της συνήθους φροντίδας από οικογενειακό ιατρό με την θεραπεία με βάση κατευθυντήριες οδηγίες, συμπεριλαμβανομένων των χειρισμών στη ΣΣ από χειροπράκτες, έδειξε υπεροχή της δεύτερης προσέγγισης στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και την αποκατάσταση ασθενών με οξεία οσφυαλγία (104). Ως επιπρόσθετη θεραπεία σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία που ακολουθούν πρόγραμμα με ασκήσεις έκτασης δεν ανέδειξε ανάλογο όφελος στον πόνο στην οσφύ ή το κάτω άκρο (105).

ΜΑΣΑΖ

Στην οξεία οσφυαλγία δε συστήνεται η χρήση μηχανημάτων για μασάζ (Βαθμός σύστασης C) (12), ενώ δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αποτελεσματικότητά του (11). Το μασάζ υπερέχει του βελονισμού ή του placebo στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας, ενώ έχει παρόμοια επίδραση με την εκπαίδευση ασθενών, τη χρήση ζώνης ή τη θεραπεία με TENS (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10). Σε σύγκριση με τους χειρισμούς της ΣΣ υπάρχουν αντιφατικά δεδομένα (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10).

Στη χρόνια οσφυαλγία συστήνεται το μασάζ ως επιπρόσθετη αγωγή πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων κυρίως μαζί με αεροβική άσκηση και προγράμματα ενδυνάμωσης των μυών (Βαθμός σύστασης C). (12). Επίσης, στους ασθενείς που δε βελτιώνονται με άλλα μέσα αυτό-φροντίδας ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να σκεφτεί να προσθέσει τη θεραπεία με μασάζ (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο, Βαθμός σύστασης B) (9).

Σε μία υψηλής ποιότητας μελέτη χρόνιας οσφυαλγίας, η θεραπεία με μασάζ ήταν μετρίως ανώτερη της απομίμησης laser για την ανακούφιση του πόνου και οριακά καλύτερη σε ό,τι αφορά τη βελτίωση της λειτουργικότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο), ενώ και το είδος του μασάζ φαίνεται πως παίζει ρόλο, όπως φάνηκε σε μία μελέτη σύγκρισης του κλασικού (σουηδικού) μασάζ και του μασάζ με βάση το βελονισμό, με το δεύτερο να έχει καλύτερα αποτελέσματα (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Αντίθετα, σε άλλη υψηλής ποιότητας μελέτη δε βρέθηκε κλινικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο χαλαρωτικό μασάζ και το μασάζ δομικής ανασυγκρότησης (structural) σε ό,τι αφορά την ανακούφιση των συμπτωμάτων, παρόλο που και οι δύο τεχνικές είχαν οφέλη ακόμη και 6 μήνες μετά την εφαρμογή τους (106). Σοβαρές παρενέργειες από το μασάζ δεν έχουν παρατηρηθεί (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Στην υποξεία οσφυαλγία, η προσθήκη μασάζ στην άσκηση και την εκπαίδευση των ασθενών ήταν μετρίως καλύτερη στην αντιμετώπιση του πόνου από ό,τι μόνο άσκηση ή εκπαίδευση (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο. (11).

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση η ομάδα «Ottawa Panel» συμπεραίνει ότι η θεραπεία με μασάζ είναι αποτελεσματική στον πόνο και την ανικανότητα σε χρόνια ή υποξεία οσφυαλγία, όταν συνδυάζεται με άσκηση και εκπαίδευση των ασθενών και, επομένως, θα πρέπει να προτείνεται ως θεραπευτική αγωγή σε ασθενείς με οσφυαλγία (107).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ SPA-ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχουν καθόλου δεδομένα για τη θεραπεία με spa στην οξεία οσφυαλγία. (11). Στη χρόνια οσφυαλγία η θεραπεία με spa υπερέχει στοιχειωδώς της θεραπείας χωρίς spa σε 3 ευρωπαϊκές μελέτες από το ίδιο κέντρο (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Σε υποξεία ή χρόνια οσφυαλγία η λουτροθεραπεία δεν είχε καλύτερα αποτελέσματα στην ανακούφιση του πόνου ένα μήνα μετά σε σύγκριση με μασάζ στο νερό, έλξη στο νερό ή άσκηση (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11). Όταν συνδυάστηκε με άσκηση, δεν έδειξε πρόσθετα οφέλη στον πόνο ένα χρόνο μετά, παρόλο που βραχυπρόθεσμα είχε μετρίως καλύτερα αποτελέσματα (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Η λουτροθεραπεία σε σύγκριση με τη θεραπεία με νερό βρύσης έδειξε στατιστικά σημαντικά πιο γρήγορη βελτίωση, η οποία διήρκεσε και περισσότερο σε μια υψηλής ποιότητας τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή ασθενών με χρόνια οσφυαλγία (108).

Δεν υπάρχουν καθόλου δεδομένα για τα αποτελέσματα της υδροθεραπείας στην οξεία οσφυαλγία (11).

Στη χρόνια οσφυαλγία υπάρχουν ανεπαρκή δεδομένα από μία χαμηλής ποιότητας μελέτη για την αποτελεσματικότητα της άμεσης υδροθεραπείας σε σχέση με την καθυστερημένη υδροθεραπεία (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό), ενώ από δύο άλλες χαμηλής ποιότητας μελέτες φαίνεται πως υδροθεραπεία και άσκηση έχουν παρόμοια αποτελέσματα (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Επίσης, η προσθήκη της άσκησης για 20-60 λεπτά μέσα σε βαθύ νερό (deep-water running program) σε ένα ατομικό πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, που περιλαμβάνει άσκηση, κινησιοθεραπεία και εκπαίδευση των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία, παρόλο που έδειξε σημαντικά οφέλη στον πόνο, την ανικανότητα και την ενδυνάμωση των μυών δε φαίνεται να υπερτερεί του προγράμματος φυσικοθεραπείας (109).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΛΞΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Η έλξη της ΣΣ δε συστήνεται για τη θεραπεία της οξείας οσφυαλγίας (Βαθμός σύστασης C) (12) (14) (10). Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν τη αποτελεσματικότητα της έλξης σε σχέση με placebo ή άλλες θεραπείες στην οσφυαλγία, ενώ έχουν αναφερθεί σημαντικές παρενέργειες (μειωμένος μυϊκός τόνος, απομετάλλωση των οστών, θρομβοφλεβίτιδα) (Επίπεδο τεκμηρίωσης Ι). (10) Άλλες επίσης σοβαρές παρενέργειες, όπως επιδείνωση των συμπτωμάτων ή μεταγενέστερη χειρουργική επέμβαση, αναφέρονται λιγότερο (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Αντίθετα, δεδομένα από δύο υψηλής ποιότητας μελέτες δε δείχνουν υπεροχή της έλξης έναντι του placebo ή άλλων παρεμβάσεων (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11). Στην οσφυαλγία που συνοδεύεται από ισχιαλγία τα αποτελέσματα από οχτώ κλινικές δοκιμές δε δείχνουν καμία διαφορά ανάμεσα στην εφαρμογή συνεχούς ή διακεκομμένης έλξης και του placebo ή άλλων αγωγών (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11), ενώ τρεις λιγότερο ποιοτικές μελέτες δείχνουν υπεροχή της έλξης που εφαρμόζεται από τον ίδιο τον ασθενή σε σχέση με το placebo ή την έλξη από μηχανήμα (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Σε χρόνια οσφυαλγία η εφαρμογή έλξης δεν είχε καλύτερο αποτέλεσμα από τις ισομετρικές ασκήσεις και ήταν κατώτερη της TENS, ενώ ούτε και ως επιπρόσθετη αγωγή στη φυσικοθεραπεία δεν έδειξε καλύτερα αποτελέσματα (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΠΑΡΕΜΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΡΕΥΜΑΤΑ

Στην υποξεία οσφυαλγία, μία υψηλής ποιότητας μελέτη δε βρήκε καμία διαφορά μεταξύ της θεραπείας με παρεμβαλλόμενα ρεύματα και των χειρισμών της ΣΣ, ενώ μία ανάλογη μελέτη βρήκε ότι η θεραπεία αυτή σε συνδυασμό με οδηγίες αυτο-φροντίδας έχει πρόσθετα οφέλη σε σχέση με την παροχή μόνο των οδηγιών (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Καμία διαφορά δεν έχει διαπιστωθεί σε μία χαμηλής ποιότητας μελέτη ανάμεσα στη θεραπεία με παρεμβαλλόμενα ρεύματα και στην εφαρμογή έλξης στη χρόνια οσφυαλγία (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό). (11).

Το ινστιτούτο NICE δε συστήνει να γίνεται θεραπεία με παρεμβαλλόμενα ρεύματα στην οσφυαλγία (14).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τα οφέλη ή τις βλάβες από τη θεραπεία με υπερήχους σε οσφυαλγία που συνοδεύεται από ισχιαλγία (μία μη-τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, φτωχό επίπεδο τεκμηρίωσης) (11), καθώς και στη χρόνια οσφυαλγία και σε οσφυαλγία απροσδιόριστου χρόνου (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Το NICE δε συστήνει τη θεραπεία με υπερήχους για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας (14).

Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση υποστηρίζει ότι τα διαθέσιμα δεδομένα δεν στοιχειοθετούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με υπερήχους στην οσφυαλγία και απαιτούνται υψηλής ποιότητας τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που θα αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα τους έναντι placebo ή άλλων παρεμβάσεων. Επομένως, καταλήγει πως η χρήση των υπερήχων στη κλινική πράξη δε δικαιολογείται και πρέπει να αποθαρρύνεται (110).

Οι θεραπευτικές ασκήσεις είναι αποτελεσματικές στον πόνο και την ανικανότητα ασθενών με σπονδυλική στένωση και η προσθήκη των υπερήχων μειώνει επιπλέον τη χρήση αναλγητικών (89).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ TENS-PENS (Transcutaneous Electrical Nerve stimulation- Percutaneous Electrical Nerve stimulation)

Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για την επίδραση της TENS στην οξεία οσφυαλγία (10). Σε μία χαμηλής ποιότητας μελέτη η θεραπεία με TENS στην οξεία οσφυαλγία ήταν λιγότερο αποτελεσματική του βελονισμού (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Υπάρχουν ανεπαρκή δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της TENS συγκρινόμενη με άσκηση, σχολείο οσφυαλγίας, μασάζ, χρήση ζώνης οσφύος ή απλής αναλγησίας στην οσφυαλγία (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10).

Στην υποξεία οσφυαλγία η TENS ήταν λιγότερο αποτελεσματική των χειρισμών στη ΣΣ σε μία υψηλής ποιότητας μελέτη (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Στη χρόνια οσφυαλγία η TENS συστήνεται ως συνοδός θεραπεία περισσότερο αποτελεσματικών αγωγών (Βαθμός σύστασης C) (12). Στη χρόνια οσφυαλγία, στη μόνη υψηλής ποιότητας μελέτη δε βρέθηκε καμία διαφορά στην αποτελεσματικότητα ανάμεσα στη θεραπεία με TENS και στην απομίμηση TENS (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Επιπλέον, πέντε- λιγότερο ποιοτικές- μελέτες δεν αναφέρουν διαφορές ανάμεσα στη TENS και τη θεραπεία με βελονισμό (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Επίσης, τα δεδομένα από συγκρίσεις της TENS με άλλες παρεμβάσεις προέρχονται από απλές μελέτες και είναι φτωχά (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Ως παρενέργεια της TENS αναφέρεται ο περιορισμένος δερματικός ερεθισμός (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

NICE: Δεν συστήνεται η TENS στην οσφυαλγία (14).

Σε πρόσφατη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή δε βρέθηκε όφελος στη βελτίωση της λειτουργικότητας ασθενών με χρόνια οσφυαλγία από τη θεραπεία με TENS (111).

Δεν υπάρχουν καθόλου δεδομένα για την επίδραση του PENS στην οξεία οσφυαλγία (11). Στη χρόνια οσφυαλγία η θεραπεία με PENS ήταν κατά τι ανώτερη της απομίμησης PENS για βραχύχρονη αντιμετώπιση του πόνου σε δύο χαμηλής ποιότητας μελέτες. Στη μόνη μελέτη που αξιολόγησε πιο μακροπρόθεσμα οφέλη στον πόνο, τα οφέλη ήταν παρόντα στους δύο μήνες χωρίς, όμως, αντίστοιχη βελτίωση στη λειτουργικότητα (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Επίσης, υπάρχουν φτωχά δεδομένα για το ότι η θεραπεία με PENS έχει μετρίως καλύτερα οφέλη από ό,τι η θεραπεία με TENS στη χρόνια οσφυαλγία σε ό,τι αφορά τον πόνο και τη λειτουργικότητα, βραχυπρόθεσμα (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Σε ασθενείς με ισχιαλγία παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε μία χαμηλής ποιότητας μελέτη από τη θεραπεία με PENS σε σύγκριση με απομίμηση PENS και TENS (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11). Επίσης, τα δεδομένα για την ασφάλεια της PENS δεν είναι επαρκή (11).

Η θεραπεία με PENS (δισ της εβδομάδας για 6 εβδομάδες συνολικά) σε ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία αξιολογήθηκε ως ασφαλής και καλά ανεκτή, ενώ μείωσε τον πόνο και την ανικανότητα, οφέλη που διατηρήθηκαν 6 μήνες μετά σε μία RCT. Ακόμη και η ελάχιστη νευρική διέγερση (5 λεπτών αντί για 30 λεπτά) είχε παρόμοια αποτελέσματα, ενώ η επιπρόσθετη άσκηση (αεροβική ή φυσικής κατάστασης) δεν είχε πρόσθετα οφέλη (112).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ LASER

Στην οξεία οσφυαλγία δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με χαμηλής έντασης laser (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Στη χρόνια οσφυαλγία υπάρχουν αντιφατικά δεδομένα. Τέσσερις μελέτες (οι 3 υψηλής ποιότητας) βρήκαν τη θεραπεία με laser ανώτερη έναντι απομίμησης laser ή placebo, ενώ μία άλλη- επίσης υψηλής ποιότητας- δε βρήκε στατιστικά σημαντική διαφορά (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα σε ό,τι αφορά την αποτελεσματικότητα ανάλογα με τις δόσεις, τον τύπο του laser ή τον αριθμό των συνεδριών (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

NICE: δε συστήνεται αγωγή με laser στην οσφυαλγία (14).

Σε μία κλινική δοκιμή σύγκρισης της θεραπείας με υψηλής έντασης laser και της θεραπείας με υπερήχους (15 συνεδρίες), αναδείχθηκε η πρώτη αγωγή ως πιο αποτελεσματική στην υποξεία ή χρόνια οσφυαλγία (113).

Καμία διαφορά δε βρέθηκε ανάμεσα στη θεραπεία με laser και σε placebo laser συνεδρίες σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση του πόνου και της λειτουργικής ικανότητας ασθενών με οξεία και χρόνια οσφυαλγία οφειλόμενη σε κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου (114).

Μία άλλη μελέτη δείχνει βελτίωση της οξείας οσφυαλγίας με ριζοπάθεια, όταν προστίθεται και το χαμηλής έντασης Laser T στη θεραπεία (115).

ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ

Στην οξεία οσφυαλγία η θεραπεία με διαθερμία δε συστήνεται (Βαθμός σύστασης C) (12). Τα αποτελέσματα μίας μικρής, χαμηλής ποιότητας μελέτης δείχνουν τη θεραπεία με διαθερμία βραχέων κυμάτων κατώτερη από τους χειρισμούς της ΣΣ (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11). Στην υποξεία και χρόνια οσφυαλγία δε βρέθηκαν διαφορές στην αποτελεσματικότητα της διαθερμίας βραχέων κυμάτων και της απομίμησης διαθερμίας ή των οστεοπαθητικών χειρισμών της ΣΣ (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Επίσης δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στη διαθερμία και την άσκηση, την εφαρμογή έλξης ή την απομίμηση διαθερμίας στη θεραπεία οσφυαλγίας ποικίλης διάρκειας (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

ΖΩΝΗ ΟΣΦΥΟΣ

Η χρήση της ζώνης οσφύος δε συστήνεται στην οξεία οσφυαλγία (Βαθμός σύστασης C) (10) (12). Μόνο μία χαμηλής ποιότητας μελέτη βρήκε να υπερέχει η ζώνη οσφύος σε ό,τι αφορά την ανακούφιση του πόνου και της γενικότερης βελτίωσης έναντι της συμβουλευτικής για αλλαγές στο τρόπο ζωής και της ανάπαυσης στο κρεβάτι (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ζώνης οσφύος στην ανακούφιση γενικά της οσφυαλγίας σε σύγκριση με άλλες παρεμβάσεις, όπως χειρισμοί της ΣΣ, άσκηση, μασάζ, TENS και αναλγησία (Επίπεδο τεκμηρίωσης Ι) (10), (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό ως μέτριο) (11)

Στη χρόνια οσφυαλγία μία υψηλής ποιότητας κλινική δοκιμή βρήκε ότι η ζώνη οσφύος με άκαμπτη πρόθεση υπερείχε της ζώνης χωρίς πρόθεση, καθώς σχετίστηκε με καλύτερη συνολικά βελτίωση της οσφυαλγίας (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Δεν υπάρχουν καθόλου μελέτες αξιολόγησης της χρήσης της ζώνης σε υποτροπές της οσφυαλγίας (11).

Το NICE είναι σαφώς εναντίον της χρήσης δομών υποστήριξης της οσφύος (14).

Ψυχολογική παρέμβαση

Σύσταση 18: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με χρόνια οσφυαλγία και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις να προτείνουν, ως πρόσθετη θεραπεία τη ψυχολογική παρέμβαση και ιδιαίτερα τη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση, σε συνεργασία με ψυχολόγο και μετά από κατάλληλη εκπαίδευση.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: I-II

Βαθμός σύστασης: B

Στη χρόνια οσφυαλγία συστήνεται η συμπεριφορική θεραπεία ως μέρος ενός τυπικού διεπιστημονικού προγράμματος μαζί με άλλες ενδεικνυόμενες αγωγές (Βαθμός σύστασης C) (12).

Υπάρχει καλή τεκμηρίωση ότι η συμπεριφορική – γνωσιακή θεραπεία έχει μέτριο όφελος στη χρόνια και υποξεία οσφυαλγία. Λιγότερο τεκμηριωμένη είναι η αγωγή με προοδευτική χαλάρωση (progressive relaxation) Βαθμός σύστασης B, (9) (επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11) και η αγωγή με ΗΜΓ βιοανάδραση (EMG biofeedback) (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Παρεμβάσεις στη συμπεριφορά είναι πιο αποτελεσματικές έναντι γραπτών οδηγιών για την πρόληψη της μακροπρόθεσμης ανικανότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης II). (10) Η συμπεριφορική-γνωσιακή θεραπεία μειώνει γενικά την ανικανότητα, συγκρινόμενη με την παραδοσιακή φροντίδα στην οσφυαλγία (Επίπεδο τεκμηρίωσης I) (10).

Η ομαδική συμπεριφορική-γνωσιακή προσέγγιση μπορεί να μειώσει τις αναρρωτικές άδειες και τη χρήση υπηρεσιών υγείας συγκρινόμενη με τις γενικές οδηγίες για την οσφυαλγία (Επίπεδο τεκμηρίωσης II) (10).

Στην οξεία οσφυαλγία δεν υπάρχουν μελέτες αξιολόγησης, παρά μόνο ως μέρος ειδικών παρεμβάσεων, όπως η άσκηση (10).

Στη χρόνια οσφυαλγία η συμπεριφορική –γνωσιακή θεραπεία ήταν μετρίως πιο αποτελεσματική σε σχέση με την ομάδα ελέγχου σε αναμονή (wait list control) για τη βραχεία ανακούφιση του πόνου, αλλά όχι και για τη βελτίωση της λειτουργικότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η υποστήριξη μέσω τηλεφώνου δεν έδειξε σαφές όφελος σε σχέση με την ομάδα ελέγχου σε αναμονή σε τρεις κλινικές δοκιμές (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11).

Στη χρόνια οσφυαλγία η ψυχολογική θεραπεία δεν έχει βρεθεί να έχει σαφές πλεονέκτημα έναντι άλλων μη-επεμβατικών παρεμβάσεων, ωστόσο μία συστηματική ανασκόπηση καταλήγει πως υπάρχει μέτριο όφελος στην προκαλούμενη ανικανότητα (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Επίσης, δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι κάποια ψυχολογική προσέγγιση υπερέχει έναντι άλλων (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο ως καλό) (11).

Δεν υπάρχει τεκμηρίωση για την επίδραση της ψυχολογικής θεραπείας στις υποτροπές της οσφυαλγίας (11).

Στη χρόνια οσφυαλγία, η λειτουργική αποκατάσταση σε συνδυασμό με συμπεριφορική-γνωσιακή προσέγγιση ήταν μετρίως πιο αποτελεσματική στη μείωση των αναρρωτικών αδειών σε 14 κλινικές δοκιμές (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Σύσταση από το NICE: παραπομπή για συνδυασμένη φυσικοθεραπευτική και ψυχολογική θεραπεία (100 περίπου ωρών σε διάστημα έως 8 εβδομάδων) σε ασθενείς που έχουν ήδη υποβληθεί σε μία τουλάχιστον εντατική αγωγή και έχουν μεγάλη ανικανότητα και/ή σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση (14).

The Back Skills Training (BeST) trial – μία μελέτη συμπεριφορικής –γνωσιακής θεραπείας στην υποξεία και χρόνια οσφυαλγία στην Π.Φ.Υ.- έδειξε μακροπρόθεσμα οφέλη με σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, καθιστώντας την παρέμβαση αυτή ελκυστική τόσο στους ασθενείς όσο και στους γιατρούς (116). Τα θετικά αποτελέσματα δε αυτής της ομαδικής θεραπείας σε ό,τι αφορά την προκαλούμενη ανικανότητα διατηρήθηκαν έως και 34 μήνες μετά κατά μέσο όρο (117).

Ο χρόνιος πόνος- ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς- ενισχύεται ή συνυπάρχει με ψυχολογικά συμπτώματα στο 30-50% των ασθενών. Τυχαιοποιημένη μελέτη σε 250 ασθενείς με χρόνια πόνο στο ισχίο, το γόνατο ή την οσφύ και μέτριας έντασης συμπτωματολογία κατάθλιψης έδειξε ότι οι ασθενείς στους οποίους βελτιστοποιήθηκε η αντικαταθλιπτική αγωγή και ακολούθησαν πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης του πόνου, στα πλαίσια συμπεριφορικής παρέμβασης, είχαν πολύ καλύτερο έλεγχο του πόνου ακόμη και 12 μήνες μετά την παρέμβαση. Οι ασθενείς αυτοί είχαν, επίσης, καλύτερη έκβαση ως προς την κατάθλιψη, ενώ το συνδυασμένο αποτέλεσμα, που συνίστατο σε τουλάχιστον κατά 50% ύφεση της έντασης των συμπτωμάτων κατάθλιψης και κατά 30% μείωση της έντασης του μυοσκελετικού άλγους, ήταν στατιστικά σημαντικότερο στην ομάδα παρέμβασης, στους 6 και 12 μήνες, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (118).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Ο έλεγχος της οξείας οσφυαλγίας, η ικανότητα για επιστροφή στην εργασία, το λειτουργικό επίπεδο, αλλά και η μετάπτωση σε χρονιότητα επηρεάζονται από παρεμβάσεις συμπεριφορικής θεραπείας, που στοχεύουν στην μείωση του φόβου και των πεποιθήσεων σχετικά με την επίδραση του πόνου στη λειτουργικότητα, στην εκπαίδευση αυτοφροντίδας και τη σταδιακή επιστροφή στις επαγγελματικές ή καθημερινές δραστηριότητες. Ο βαθμός ελέγχου του πόνου και το επίπεδο λειτουργικότητας διατηρούνται ακόμη και 12 μήνες μετά την παρέμβαση συμπεριφορικής θεραπείας (119).

Η προσθήκη θεραπείας ενίσχυσης των κινήτρων (motivational enhancement treatment) στη συνήθη φυσικοθεραπεία ενίσχυσε την συμμόρφωση στις ασκήσεις και βελτίωσε τη λειτουργικότητα σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (120).

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Η μετα-ανάλυση 76 τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών διαφόρων θεραπευτικών δοκιμών (φάρμακα, φυσικοθεραπεία, εναλλακτικές μέθοδοι) σε σύγκριση με placebo κατέληξε ότι το αναλγητικό όφελος στη μη ειδική οσφυαλγία είναι μικρό και επιπλέον το αποτέλεσμα της θεραπείας δε διέφερε σε πληθυσμούς με οξεία ή χρόνια οσφυαλγία (48).

Η συστηματική ανασκόπηση συγκριτικής ανάλυσης της αποτελεσματικότητας της δομημένης άσκησης, των χειρισμών στη ΣΣ και του βελονισμού έδειξε ότι άσκηση και χειρισμοί έχουν το ίδιο όφελος στον πόνο και τη λειτουργικότητα σε χρόνια μη-ειδική οσφυαλγία. Αν δεν υπάρχει κλινική βελτίωση μετά από 8 εβδομάδες θεραπείας με άσκηση ή χειρισμούς, τότε θα πρέπει να γίνεται επανεκτίμηση της αγωγής και να τροποποιείται ή να αλλάζει σε εναλλακτικές αγωγές. Υπάρχει ανεπαρκής τεκμηρίωση για τα σχετικά οφέλη από το βελονισμό έναντι της άσκησης ή των χειρισμών στην οξεία οσφυαλγία. Υπάρχει ανεπαρκής τεκμηρίωση σε ό,τι αφορά τη σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων, καθώς και στο ότι διαφέρει η επίδραση των διαφορετικών τεχνικών σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών (121).

Για τη σχέση κόστους/χρησιμότητας διαφόρων επεμβατικών και μη επεμβατικών μεθόδων θεραπείας της οσφυαλγίας δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση (122).

Ο συνδυασμός πολλών παρεμβάσεων – διατάσεις μυών, χειρισμοί στη ΣΣ, ενέσεις στεροειδών και οδηγία για διατήρηση της δραστηριότητας έχει τη μεγαλύτερη βελτίωση στη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με οξεία ή υποξεία οσφυαλγία (123).

Συστήνονται στη χρόνια οσφυαλγία: πάτοι παπουτσιών σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία με παρατεταμένη δυσκολία στο περπάτημα (C) (33).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σε χρόνια οσφυαλγία υπάρχει μέτρια τεκμηρίωση ότι ένα σκληρό στρώμα είναι ελαφρώς κατώτερο ενός μέτρια σκληρότητας στρώματος για τον πόνο (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Για άλλους τύπους στρώματος δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Μη συμβατικές θεραπείες

Σύσταση 19: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με χρόνια οσφυαλγία να λαμβάνουν υπόψη τις απόψεις των ασθενών και να συναποφασίζουν ενδεχόμενη παραπομπή τους για μη συμβατικές θεραπείες (βελονισμό, γιόγκα ή νευρο-ρεφλεξολογία).

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: C

Η συστηματική ανασκόπηση συγκριτικής ανάλυσης της αποτελεσματικότητας της δομημένης άσκησης, των χειρισμών στη ΣΣ και του βελονισμού έδειξε ότι άσκηση και χειρισμοί έχουν το ίδιο όφελος στον πόνο και τη λειτουργικότητα σε χρόνια μη-ειδική οσφυαλγία. Αν δεν υπάρχει κλινική βελτίωση μετά από 8 εβδομάδες θεραπείας με άσκηση ή χειρισμούς τότε θα πρέπει να γίνεται επανεκτίμηση της αγωγής και να τροποποιείται ή να αλλάζει σε εναλλακτικές αγωγές. Υπάρχει ανεπαρκής τεκμηρίωση για τα σχετικά οφέλη από το βελονισμό έναντι της άσκησης ή των χειρισμών στην οξεία οσφυαλγία. Υπάρχει ανεπαρκής τεκμηρίωση σε ότι αφορά τη σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων καθώς και στο ότι διαφέρει η επίδραση των διαφορετικών τεχνικών σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών (121).

Για τη σχέση κόστους/χρησιμότητας διαφόρων επεμβατικών και μη επεμβατικών μεθόδων θεραπείας της οσφυαλγίας δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση (122). Ο συνδυασμός πολλών παρεμβάσεων – διατάσεις μυών, χειρισμοί στη ΣΣ, ενέσεις στεροειδών και οδηγία για διατήρηση της δραστηριότητας έχει την μεγαλύτερη βελτίωση στη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με οξεία ή υποξεία οσφυαλγία (123).

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Ο βελονισμός συστήνεται στη χρόνια μέτρια ως σοβαρή οσφυαλγία σε συνδυασμό με άλλες πιο αποτελεσματικές θεραπείες (Επίπεδο τεκμηρίωσης C) (12).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Στην οξεία οσφυαλγία δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα του βελονισμού έναντι της ενεσοθεραπείας (Επίπεδο τεκμηρίωσης Ι) (10), ενώ και τα δεδομένα σύγκρισης με απομίμηση βελονισμού είναι ανεπαρκή και φτωχά (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11). Οι παρενέργειες από τον βελονισμό, παρόλο που είναι σπάνιες είναι δυνητικά σοβαρές (Επίπεδο τεκμηρίωσης Ι) (10).

Στη χρόνια οσφυαλγία, δεδομένα από πολλές κλινικές δοκιμές αναφέρουν ότι ο βελονισμός είναι μετρίως πιο αποτελεσματικός σε σύγκριση με μη θεραπεία ή απομίμηση βελονισμού για τη βραχεία ανακούφιση του πόνου και ανώτερος σε ό,τι αφορά την αποκατάσταση της λειτουργικότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11). Αντίθετα, αποτελέσματα αναφέρθηκαν σε μία μεγάλη, υψηλής ποιότητας κλινική δοκιμή, όπου δε βρέθηκε καμιά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με απομίμηση βελονισμού σε ό,τι αφορά τη βραχεία ανακούφιση του πόνου (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Σε ό,τι αφορά πιο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα υπάρχουν λίγα δεδομένα που δείχνουν ότι ο βελονισμός είναι πιο αποτελεσματικός από απομίμηση TENS ή μη θεραπεία, ακόμη και μέχρι 24 μήνες μετά, όπως φάνηκε σε μία σχετική μελέτη (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Σε σύγκριση με χειρισμούς στη ΣΣ ο βελονισμός αποδείχθηκε στοιχειωδώς κατώτερος (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Σε σύγκριση με TENS (4 κλινικές δοκιμές), φάρμακα (3 κλινικές δοκιμές) ή μασάζ (1 κλινική δοκιμή) δε βρέθηκαν διαφορές (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από τον βελονισμό είναι σπάνιες, ωστόσο οι λιγότερο σοβαρές ποικίλλουν και δεν καταγράφονται επαρκώς (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Όταν ο βελονισμός προστίθεται σε άλλες μη επεμβατικές θεραπείες, φαίνεται να ωφελεί στον πόνο και τη λειτουργικότητα ακόμη και 3 ως 12 μήνες μετά (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11).

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την επίδραση του βελονισμού στις υποτροπές της οσφυαλγίας (11).

Το NICE συστήνει να προσφέρονται από τον επαγγελματία υγείας συνεδρίες βελονισμού (μέχρι 10 σε διάστημα 12 εβδομάδων) (14).

Μία συστηματική ανασκόπηση του 2009 καταλήγει στο ότι υπάρχει μέτρια τεκμηρίωση ότι ο βελονισμός είναι πιο αποτελεσματικός από τη μη θεραπεία και καλή τεκμηρίωση ότι δεν είναι καλύτερος από απομίμηση βελονισμού για τη βραχεία ανακούφιση του πόνου. Επίσης, υπάρχει καλή τεκμηρίωση ότι ο βελονισμός μπορεί να είναι χρήσιμος ως επιπρόσθετη θεραπεία σε άλλες συμβατικές αγωγές στην αντιμετώπιση της μη ειδικής



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

οσφυαλγίας, αλλά η αποτελεσματικότητά του σε σύγκριση με αυτές χρήζει περαιτέρω έρευνας (124). Ο βελονισμός παρέχει μικρής διάρκειας κλινικά σημαντική ανακούφιση επιπρόσθετα σε άλλες παρεμβάσεις (99).

Ο βελονισμός, ακόμη και ως απομίμηση, βρέθηκε να έχει θεραπευτικά οφέλη στη χρόνια οσφυαλγία και στην οξεία οσφυαλγία, αποτέλεσμα που εγείρει ερωτήματα για τους υποτιθέμενους μηχανισμούς δράσης του (125) (126). Η ανασκόπηση κλινικών μελετών που συγκρίνουν το βελονισμό με τεχνικές που τον μιμούνται δεν μπόρεσε να καταλήξει σε σαφή συμπεράσματα λόγω της μεγάλης ανομοιογένειας και των μεθοδολογικών διαφορών ή σφαλμάτων των μελετών (127).

Η ιδιαίτερη τεχνική του βελονισμού φάνηκε να παίζει ρόλο σε άλλη μελέτη, με την τεχνική Hegu να είναι πιο αποτελεσματική έναντι της συνηθισμένης τεχνικής, αν και οι δύο υπερείχαν της συνήθους αγωγής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (128).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΦΥΤΑ-BOTANA

Στην οξεία οσφυαλγία συστήνονται βότανα, όπως το αρπαγόφυτο (HARPAGOPHYTUM PROC, devil's claw) και ο φλοιός της ιτιάς (καλή τεκμηρίωση) (Επίπεδο σύστασης B) (9).

Στην οξεία φάση των υποτροπών της χρόνιας οσφυαλγίας δύο υψηλής ποιότητας κλινικές δοκιμές βρήκαν ότι το αρπαγόφυτο ήταν ελαφρώς καλύτερο του placebo για τη βραχυπρόθεσμη ανακούφιση του πόνου και μία άλλη υψηλής ποιότητας μελέτη το βρήκε ισοδύναμο με χαμηλή δόση rofecoxib. Ωστόσο, επειδή όλες αυτές οι μελέτες προέρχονται από τον ίδιο ερευνητή, η αναπαραγωγιμότητά τους δε έχει τεκμηριωθεί (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Παρόμοια δεδομένα υπάρχουν και για το φλοιό της ιτιάς σε σύγκριση με placebo και rofecoxib (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Για τη δράση του cayenne στη χρόνια οσφυαλγία ή τις υποτροπές της υπάρχουν αντιφατικά δεδομένα αποτελεσματικότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από τα θεραπευτικά βότανα είναι ασυνήθιστες (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Επίσης, δεν υπάρχουν μελέτες που να αξιολογούν τα αποτελέσματά τους μακροπρόθεσμα (11).

Η γλυκοζαμίνη, που χρησιμοποιείται συχνά από ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, δεν φαίνεται να έχει καμιά αποτελεσματικότητα στην ανακούφιση του πόνου και της προκαλούμενης δυσλειτουργίας (129).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η εφαρμογή δερματικής γέλης που περιείχε 5% εκχύλισμα βραζιλιάνικης άρνικας δις ημερησίως για 15 ημέρες έδειξε σημαντική μείωση στο πόνο και αύξηση στην ευελιξία σε σύγκριση με την ομάδα του placebo (130).

ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ-ΝΕΥΡΟΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ

Η ρεφλεξολογία γενικά δε συστήνεται στη χρόνια οσφυαλγία (Βαθμός σύστασης C) (12), ενώ η νευρο-ρεφλεξολογία προτείνεται στη μέτρια ως σοβαρή χρόνια οσφυαλγία σε ασθενείς που έχουν αποτύχει άλλα μέτρα, όπως είναι η θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, η άσκηση ή οι χειρισμοί της ΣΣ (Βαθμός σύστασης C) (12).

Για την αποτελεσματικότητα της νευρο-ρεφλεξολογίας στην οξεία οσφυαλγία δεν υπάρχουν δεδομένα (11).

Στη χρόνια οσφυαλγία 3 μελέτες (οι δύο υψηλής ποιότητας) βρήκαν τη νευρο-ρεφλεξολογία να υπερέχει της απομίμησής της στην βραχύχρονη ανακούφιση του πόνου. Επειδή όμως όλες οι μελέτες είναι από το ίδιο εξειδικευμένο κέντρο, πιθανόν τα αποτελέσματά τους να μην μπορούν να γενικευτούν (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της νευρο-ρεφλεξολογίας έναντι της απομίμησής της σε ό,τι αφορά την επίδραση στη λειτουργικότητα είναι ανάμεικτα (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Σε μία χαμηλής ποιότητας συγκριτική δοκιμή έναντι της συνήθους φροντίδας αναφέρονται λιγότερες αναρρωτικές άδειες και χρήση υπηρεσιών υγείας σε 1 χρόνο με την εφαρμογή της νευρο-ρεφλεξολογίας (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

ΓΙΟΓΚΑ

Η θεραπεία με γιόγκα συστήνεται σε επιλεγμένους ασθενείς που δείχνουν έντονο ενδιαφέρον και με οσφυαλγία διάρκειας περισσότερο του 1 έτους (Βαθμός σύστασης C) (12).

Στη χρόνια και υποξεία οσφυαλγία συστήνεται η γιόγκα (κυρίως για η τεχνική viniyoga, στην οποία υπάρχει καλή τεκμηρίωση και σε σχέση με τη hatha yoga) (Βαθμός σύστασης B) (9).

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της γιόγκα στην οξεία οσφυαλγία (11).

Στη χρόνια οσφυαλγία η viniyoga υπερείχε ελαφρώς των παραδοσιακών ασκήσεων και της εκπαίδευσης στην αυτο-φροντίδα σε ό,τι αφορά την αποκατάσταση της λειτουργικότητας και τη χρήση φαρμάκων (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Για τις άλλες



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

μορφές γιόγκα π.χ. hatha yoga, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία αποτελεσματικότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση του 2011, πέντε RCTs έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της οσφυαλγίας με γιόγκα σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα, την εκπαίδευση ή τις συμβατικές θεραπευτικές ασκήσεις. Αντίθετα, δύο άλλες μελέτες δε βρήκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες. Έτσι, οι συγγραφείς κατέληξαν ότι η γιόγκα έχει τη δυνατότητα να ανακουφίζει την οσφυαλγία χωρίς, όμως, να παίρνουν οριστικές θέσεις (131).

Σε συγκριτική κλινική δοκιμή της γιόγκα σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία έναντι αυτοφροντίδας με τη βοήθεια βιβλίων βρέθηκε πιο αποτελεσματική όχι, όμως, και σε σύγκριση με διατατικές ασκήσεις (132).

Επίσης, σε χρόνια οσφυαλγία η γιόγκα βοήθησε στην ανακούφιση του πόνου, τη βελτίωση της λειτουργικότητας και στην κατάθλιψη ακόμη και στη χρήση αναλγητικών σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα στην ομάδα ελέγχου (133).

Εντατικά προγράμματα γιόγκα για 7 ημέρες βρέθηκε ότι μειώνουν την ανικανότητα και βελτιώνουν την ελαστικότητα της ΣΣ σε σύγκριση με πρόγραμμα παραδοσιακών ασκήσεων (134) και ότι μειώνουν πόνο, άγχος και κατάθλιψη και βελτιώνουν την κινητικότητα της ΣΣ σε σύγκριση με ασκήσεις φυσικοθεραπείας (135).

ACUPRESSURE

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της acupressure στην οξεία οσφυαλγία (11).

Στη χρόνια οσφυαλγία υπάρχει τεκμηρίωση ότι η acupressure είναι μετρίως ως στοιχειωδώς πιο αποτελεσματική από ό,τι η φυσικοθεραπεία στον πόνο και τη λειτουργικότητα. Ωστόσο, επειδή οι δύο αυτές μελέτες ήταν από τον ίδιο ερευνητή και οι μέθοδοι φυσικοθεραπείας δεν ήταν σταθμισμένες δεν είναι σαφές ότι τα αποτελέσματά τους μπορούν να γενικευτούν (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Σε ό,τι αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες δε φαίνονται να είναι σοβαρές, αν και υπάρχουν αναφορές σε μία μόνο μελέτη (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Πρόληψη

Σύσταση 20: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί της Π.Φ.Υ. σε ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οσφυαλγία να τους προτείνουν ασκήσεις



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ενδυνάμωσης των μυών και να παρέχουν συμβουλές για τον έλεγχο του σωματικού βάρους.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: B

Ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης και όχι διατάσεις συστήνονται ως μέτρο πρόληψης της οσφυαλγίας (Βαθμός σύστασης C) (12). Υπάρχουν αρκετά δεδομένα ότι ένα πρόγραμμα ασκήσεων είναι πιο αποτελεσματικό στη μείωση των υποτροπών, μακροπρόθεσμα συγκρινόμενο με πρόγραμμα εκπαίδευσης ασθενών (επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Από μελέτες ασκήσεων ενδυνάμωσης των παρασπονδυλικών μυών τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά. Σε μία χαμηλής ποιότητας κλινική δοκιμή δε φαίνεται να μειώνονται οι μελλοντικές υποτροπές της οσφυαλγίας (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11), ενώ άλλα δεδομένα δείχνουν να προλαμβάνουν τις υποτροπές σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10).

Τα συμπεράσματα μίας μετα-ανάλυσης του 2010 δείχνουν ότι το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο οσφυαλγίας, για τον οποίο οι ασθενείς αυτοί θα ζητήσουν ιατρική φροντίδα και η οποία θα εξελιχθεί πιο συχνά σε χρόνια οσφυαλγία (136).

Μέτρα που γενικά δε συστήνονται για την πρόληψη της οσφυαλγίας: Πάτοι παπουτσιών, χρήση ανελκυστήρα, ζώνες οσφύος, εκπαίδευση ή σχολείο οσφυαλγίας (Βαθμός σύστασης C) (33).

Παραπομπή για εξειδικευμένη αντιμετώπιση

Σύσταση 21: Συστήνεται οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί Π.Φ.Υ. να παραπέμπουν τους ασθενείς που προσέρχονται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με οξεία μη ειδική οσφυαλγία που δεν βελτιώνεται μετά την πάροδο 3 μηνών σε εξειδικευμένα κέντρα ή ιατρό. Η παραπομπή συστήνεται να γίνεται άμεσα όταν υπάρχουν ενδείξεις για οσφυαλγία νεοπλασματικής, λοιμώδους ή φλεγμονώδους αιτιολογίας, υπουριδική συνδρομή ή κατάγματος σπονδυλικής στήλης.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II-III

Βαθμός σύστασης: B

Τα συμπτώματα στην πλειοψηφία των ασθενών με οξεία οσφυαλγία μικρής διάρκειας συνήθως υποχωρούν μέσα στους 3 πρώτους μήνες, μολονότι πιο ήπια συμπτώματα συχνά επιμένουν (Επίπεδο τεκμηρίωσης III) (10), ενώ και οι υποτροπές δεν είναι σπάνιες (Επίπεδο



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

τεκμηρίωσης III) (10). Εάν ωστόσο τα συμπτώματα επιμένουν χωρίς βελτίωση πέρα των 3 μηνών, συστήνεται περαιτέρω διερεύνηση (12).

Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για το χρόνο και τις ενδείξεις παραπομπής και οι αποφάσεις αυτές θα πρέπει να εξατομικεύονται με βάση τα συμπτώματα τους ασθενούς και την ανταπόκρισή του στη θεραπεία, την εμπειρία και την εκπαίδευση του ιατρού Π.Φ.Υ. και τη διαθεσιμότητα ειδικευμένων στη ΣΣ ιατρών (9).

Στη διάρκεια των 3 πρώτων μηνών μόνο ασθενείς με σοβαρή σπονδυλική νόσο ή σοβαρή επιδεινούμενη συμπτωματολογία και κλινικά σημεία παθολογίας συγκεκριμένης νευρικής ρίζας, επιβεβαιωμένης απεικονιστικά, αναμένεται να ωφεληθούν πιθανά από την χειρουργική επέμβαση. Αντίθετα, υπάρχουν δεδομένα υψηλής ποιότητας που δείχνουν ότι ασθενείς που είτε μένουν σταθεροί ή βελτιώνονται και θέλουν να αποφύγουν την επέμβαση δε θα έχουν αρνητικά αποτελέσματα από την καθυστέρηση της επέμβασης για λίγες εβδομάδες ως μερικούς μήνες και προτείνεται να συνεχιστεί η συντηρητική αντιμετώπιση (12). Εξάλλου, τα δεδομένα που υπάρχουν από κλινικές δοκιμές ασθενών για χειρουργικές επεμβάσεις περιλαμβάνουν αποκλειστικά ασθενείς με συμπτωματολογία διάρκειας τουλάχιστον 1 έτους (9).

Η εκτίμηση ψυχολογικών και επαγγελματικών παραγόντων (yellow flags) πρέπει να γίνεται νωρίς, ώστε να επιταχυνθεί τυχόν παρέμβαση, καθώς σχετίζονται με τη μετάβαση της οξείας σε χρόνια οσφυαλγία (Επίπεδο τεκμηρίωσης III) (10). Συνήθως οι ασθενείς με οξεία ή εμμένουσα οσφυαλγία βελτιώνονται σημαντικά στις πρώτες 6 εβδομάδες. Ωστόσο, μικρός ως μέτριος πόνος και δυσλειτουργία μπορεί να επιμένουν ακόμη και μετά ένα χρόνο, κυρίως σε ασθενείς με επίμονα συμπτώματα (137).

Δεν υπάρχουν άμεσα δεδομένα αποτελεσματικότητας από την παραπομπή του ασθενούς από την Π.Φ.Υ. σε ειδικό ΣΣ (11).

Μία μεγάλη υψηλής ποιότητας μελέτη έδειξε παρόμοια αποτελεσματικότητα της κλασικής ιατρικής φροντίδας και της χειροπρακτικής. Δεδομένα παρατήρησης υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές αποτελεσματικότητας ανάμεσα στους διαφορετικούς παρόχους φροντίδας και τις διαφορετικές πρακτικές (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11).

Το NICE συστήνει πως πρέπει να παραπέμπονται για σπονδυλοδεσία ασθενείς που, ενώ έχουν ολοκληρώσει ένα πακέτο βέλτιστης θεραπευτικής αγωγής, συμπεριλαμβανομένων φυσικοθεραπείας και ψυχολογικών παρεμβάσεων, εξακολουθούν να έχουν σοβαρή μη ειδική οσφυαλγία και θα σκέπτονταν να υποβληθούν σε επέμβαση (14). Όσοι έχουν έντονο



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ
ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ
ΤΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΤΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

άγχος θα πρέπει πρώτα να λαμβάνουν θεραπεία για αυτό, πριν παραπεμφθούν για σπονδυλοδεσία.

Επίσης, ασθενείς που πιθανά θα χρειαστούν για μακρύ χρονικό διάστημα δυνατά οπιοειδή μπορούν να παραπεμφθούν για εκτίμηση από ειδικό (14).

Αντίθετα δε συστήνεται παραπομπή για:

- ενδοδισκική ενδοθερμική θεραπεία (IDET)
- διαδερμική ενδο-δισκική θερμοπηξία με ραδιοσυχνότητες (PIRFT)
- απονεύρωση με ραδιοσυχνότητες στις σπονδυλικές αρθρώσεις (radiofrequency facet joint denervation) (14).

Προγράμματα συλλογικής-διεπιστημονικής αντιμετώπισης

Σύσταση 22: Συστήνεται στην Π.Φ.Υ. η διεπιστημονική αντιμετώπιση της οξείας ή χρόνιας οσφυαλγίας, δηλαδή η συνεργασία των γενικών ιατρών με άλλους ιατρούς και επαγγελματίες υγείας (π.χ. ιατρό κοινωνικής ιατρικής, φυσίατρο, φυσικοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό, εργασιοθεραπευτή) σε ότι αφορά στην ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: II

Βαθμός σύστασης: B

Υπάρχουν πολλά δεδομένα για το ότι η εντατική διεπιστημονική αποκατάσταση έχει μέτριο όφελος στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας (καλή τεκμηρίωση, μέτριο όφελος, βαθμός σύστασης Grade B) (9). Ζητήματα που σχετίζονται με τέτοιες παρεμβάσεις είναι αφενός η διαθεσιμότητα, καθώς κάποιες από αυτές όπως π.χ. η εντατική διεπιστημονική αποκατάσταση δύσκολα είναι διαθέσιμη σε όλες τις δομές φροντίδας και το κόστος, που, επίσης, για παρόμοιες σε αποτελεσματικότητα παρεμβάσεις, ποικίλλει σημαντικά. Αν και τα αρχικά στοιχεία είναι ενθαρρυντικά, δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση που να συστήνει τη χρήση εργαλείων ή άλλων μεθόδων για την προσαρμογή της διεπιστημονικής παρέμβασης στην Π.Φ.Υ. (9).

Ο συνδυασμός της οδηγίας για τη διατήρηση της συνήθους δραστηριότητας με την παροχή εκπαιδευτικού φυλλαδίου και ασκήσεων στην κοινότητα φαίνεται να είναι η πιο αποτελεσματική- με όρους κόστους-οφέλους- πρώτης γραμμής παρέμβαση σε οξεία οσφυαλγία (Επίπεδο τεκμηρίωσης II) (10).

Δεν υπάρχουν κλινικές δοκιμές για τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής αντιμετώπισης στο χώρο εργασίας ασθενών με οξεία οσφυαλγία (10). Γενικά, φαίνεται ότι βελτιώνουν την



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ανικανότητα και την επάνοδο στην εργασία σε σύγκριση με συνήθεις πρακτικές (Επίπεδο τεκμηρίωσης I-II) (10).

Ιδιαίτερα συστήνονται τέτοια προγράμματα σε ασθενείς με υποξεία οσφυαλγία και χαμένο χρόνο λόγω τραυματισμών μαζί με ομαδικά εργονομικά προγράμματα (Βαθμός σύστασης C) (12), καθώς οι ασθενείς επιστρέφουν νωρίτερα στην εργασία τους και μειώνονται οι ημέρες αναρρωτικής άδειας και η προκαλούμενη ανικανότητα (Επίπεδο τεκμηρίωσης μέτριο) (11). Επιπλέον, από μία υψηλής ποιότητας μελέτη σε ασθενείς υψηλού κινδύνου φαίνεται ότι αυτού του είδους τα προγράμματα βελτιώνουν τον πόνο και μειώνουν τη χρήση αναλγητικών και ότι βοηθούν στην επιστροφή στην εργασία (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία που δε τους επιτρέπει να εργαστούν συστήνεται η διεπιστημονική συνεργασία να περιλαμβάνει συμπεριφορική- γνωσιακή και επαγγελματική προσέγγιση μαζί με αεροβική άσκηση και άλλες μορφές λειτουργικών ασκήσεων ή ομαδικά εργονομικά προγράμματα (Βαθμός σύστασης C) (12). Επίσης, μόνο η εντατική διεπιστημονική αποκατάσταση, που στοχεύει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας, είναι μετρίως πιο αποτελεσματική στη μείωση του πόνου και τη βελτίωση της λειτουργικότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11). Αντίθετα, η μη εντατική αποκατάσταση (διάρκειας συνολικά <100 ώρες) δεν ήταν πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα ή μη διεπιστημονικά προγράμματα (επίπεδο τεκμηρίωσης καλό) (11). Επίσης, δεν υπάρχουν δεδομένα για την επίδραση τέτοιων προγραμμάτων στις υποτροπές της οσφυαλγίας (11), ενώ και για την αποτελεσματικότητα τους στην Π.Φ.Υ. τα δεδομένα είναι ανεπαρκή (Επίπεδο τεκμηρίωσης φτωχό) (11).

Στη θεραπεία της χρόνιας οσφυαλγίας ήταν εξίσου αποτελεσματικά ένα πρόγραμμα διεπιστημονικής, βιο-ψυχολογικής αποκατάστασης με ένα εντατικό ατομικό και υπό επίβλεψη πρόγραμμα ασκήσεων ενδυνάμωσης (93).

Η διεπιστημονική προσέγγιση, αντιμετώπιση και εκπαίδευση των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία αυξάνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής και βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους. Από τους 197 ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία που συμμετείχαν σε μία τυχαιοποιημένη μελέτη, οι 97 τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα της διεπιστημονικής αντιμετώπισης, που συμπεριελάμβανε ενημέρωση και εκπαίδευση από φυσικοθεραπευτή για την ανατομία και τη φυσιολογία της ΣΣ, τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οσφυαλγίας, τεχνικές πρόληψης τραυματισμών της ΟΜΣΣ και ασκήσεις διάτασης και ενδυνάμωσης των σπονδυλικών μυών. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν επίσης από ρευματολόγο για την παθοφυσιολογία της οσφυαλγίας, ψυχολόγο και ειδικό



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ
ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ
ΤΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΤΗΣ
Π.Φ.Υ.



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

υγειονομικής εκπαίδευσης για τον έλεγχο και την τροποποίηση των γνωστικών παραγόντων, που μπορεί να παρεμποδίζουν την υιοθέτηση συμπεριφορών ελέγχου και πρόληψης της οσφυαλγίας. Η ομάδα των ασθενών που είχε διεπιστημονική αντιμετώπιση παρουσίασε σημαντικά βελτιωμένες βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια SF-36, Roland-Morris Disability Questionnaire και Quebec Back Pain Disability Scale στους 3 και 6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας σε σχέση με την ομάδα που έλαβε μόνο φαρμακευτική αγωγή. Σημαντικές διαφορές, ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν στους τομείς του SF-36, που αφορούν στην πνευματική υγεία και την επιτέλεση του κοινωνικού και συναισθηματικού ρόλου του ατόμου (138). Η διεπιστημονική παρέμβαση, με ομάδα αποτελούμενη από ιατρό κοινωνικής ιατρικής, φυσίατρο, φυσικοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό και εργασιοθεραπευτή, ήταν πιο αποτελεσματική από τη σύντομη παρέμβαση μόνο με φυσικοθεραπευτή και φυσίατρο και σε ασθενείς με επαγγέλματα χαμηλής ικανοποίησης, χωρίς επιρροή στον προγραμματισμό τους και με αίσθημα ανασφάλειας (ότι κινδυνεύουν, δηλαδή, να χάσουν τη δουλειά τους) εξαιτίας της αναρρωτικής άδειας (139).

Η χρόνια οσφυαλγία δεν είναι μόνο ένα κλινικό πρόβλημα, αλλά και ψυχο-κοινωνικό και εργασιακό ζήτημα. Ολοκληρωμένα προγράμματα αποκατάστασης με παρέμβαση στο χώρο εργασίας μειώνουν τη προκαλούμενη δυσλειτουργία τόσο στην εργασία όσο και στην προσωπική ζωή, όπως φάνηκε σε τυχαioποιημένη δοκιμή, όπου η ομάδα παρέμβασης αποτελούνταν από ιατρό εργασίας, παθολόγο, εργασιοθεραπευτή και φυσιοθεραπευτή (140).

Ιατρικό αρχείο

Σύσταση 23: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους ιατρούς της Π.Φ.Υ. η τήρηση ιατρικού φακέλου του ασθενούς με οσφυαλγία με σκοπό τον έλεγχο και την παρακολούθηση της φροντίδας του.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: A

Κατ' οίκον νοσηλεία

Σύσταση 24: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, στους άλλους ιατρούς, καθώς και στους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. να συνεργάζονται με υπηρεσίες και προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Υπηρεσίες Υγείας και φροντίδας και Τεχνολογία

Σύσταση 25: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, στους άλλους ιατρούς καθώς και στους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. η χρήση της τηλεϊατρικής καθώς και άλλων τεχνολογιών αποκατάστασης για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με οσφυαλγία.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Υπηρεσίες Υγείας και μη κυβερνητικές οργανώσεις

Σύσταση 26: Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς, στους άλλους ιατρούς καθώς και στους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των ατόμων με οσφυαλγία σε προγράμματα και δράσεις φορέων και συλλόγων προκειμένου να κινητοποιηθούν και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Επίπεδο τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

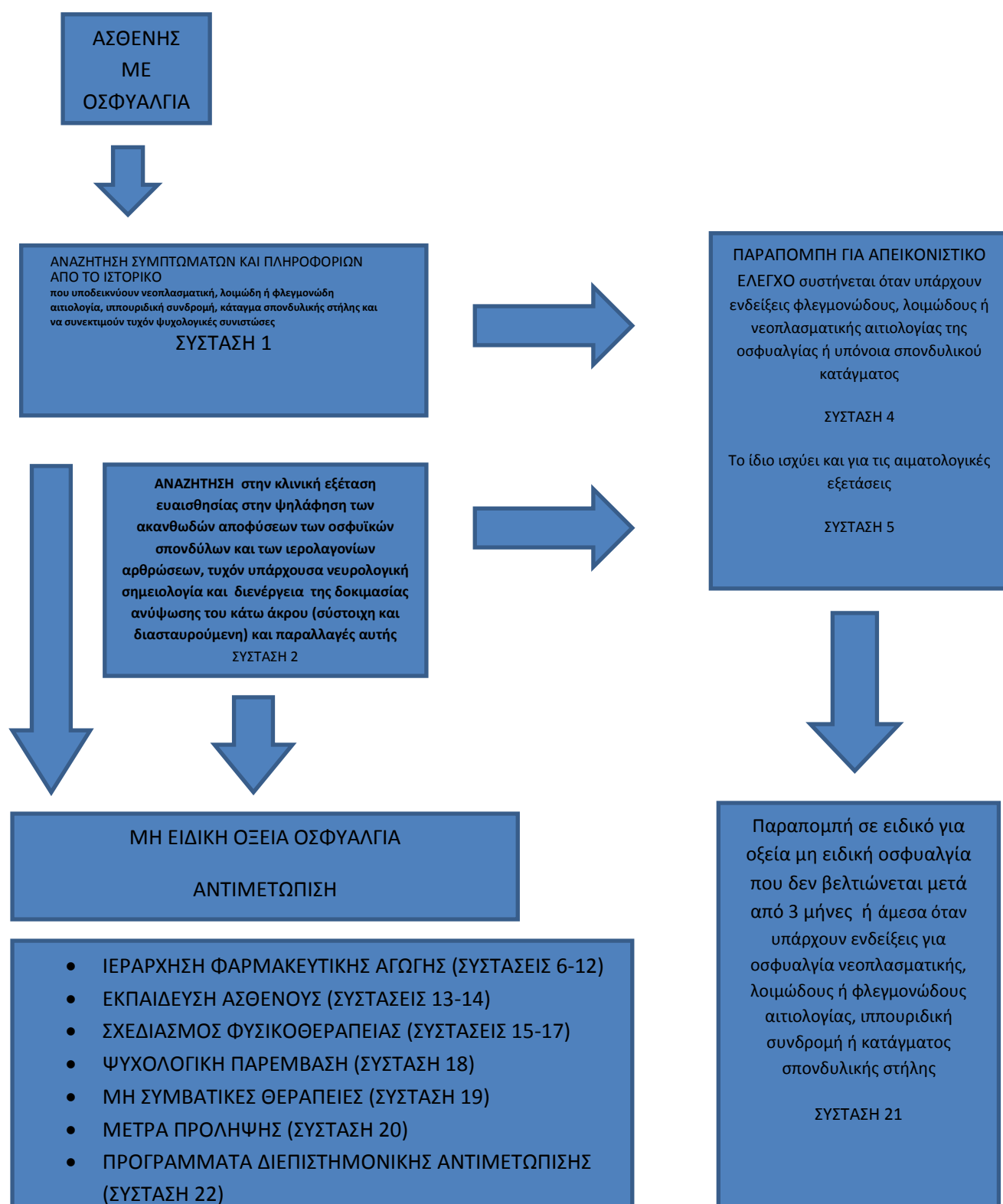


www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

6. Πρακτικός Αλγόριθμος

Σχήμα 1: Διαχείριση ασθενούς με Οσφυαλγία στην Π.Φ.Υ.





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

7. Επίλογος

Η παρούσα Κ.Ο. συνοψίζει και αξιολογεί όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για την οσφυαλγία, με σκοπό να βοηθήσει το γενικό ιατρό, τους άλλους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. στην παροχή φροντίδας, που να βασίζεται στην τεκμηρίωση, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αν και εκδίδονται σε τακτική βάση διεθνείς Κ.Ο. υψηλής τεκμηρίωσης, υπήρχε μεγάλη ανάγκη σύνταξης εθνικών οδηγιών που να είναι προσαρμοσμένες στις συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα, ως προς τους παράγοντες κινδύνου της νόσου, τις αντιλήψεις, τον τρόπο ζωής, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τη δομή του συστήματος υγείας.

Αναμένεται ότι οι ιατροί γενικής ιατρικής και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στη Π.Φ.Υ., κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, θα χρησιμοποιήσουν τις οδηγίες στην καθημερινή πρακτική και ιδιαίτερα στις κλινικές αποφάσεις τους. Αναμφίβολα, αυτές δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τον θεράποντα ιατρό και την επιστημονική του κρίση, όπως επίσης και την ευθύνη στη διαχείριση των ασθενών του, ωστόσο αποτελούν ένα ευέλικτο εργαλείο για την υποστήριξη της κλινικής απόφασης, που βασίζεται στη σύγχρονη επιστημονική γνώση και πληροφορία.

Εκ μέρους της ομάδας του έργου του Πανεπιστημίου Κρήτης, της ομάδας ανασκόπησης και της Ελληνικής Εταιρίας Γενικών Ιατρών θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια να καταστεί αποτελεσματική η εφαρμογή της παρούσας Κ.Ο. από τις δομές Π.Φ.Υ. της χώρας μας, μέσω της διανομής έντυπου υλικού με τις συστάσεις για τη διαχείριση της οσφυαλγίας που θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους πιθανούς αποδέκτες, την ηλεκτρονική διάθεσή της από ειδικό ιστότοπο που θα δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Φυσικά, η διάδοση και χρήση της οδηγίας αυτής εναπόκειται και στις ενέργειες του Υπουργείου Υγείας και ιδιαίτερα της Διεύθυνσης Π.Φ.Υ. που μετά την επιδοκιμασία από το ΚΕ.Σ.Υ. αναλαμβάνει και τη συνολική ευθύνη της επιδοκιμασίας και διανομής. Δέσμευση του Πανεπιστημίου Κρήτης, του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της ομάδας σύνταξης αποτελεί ο εμπλουτισμός και η αναθεώρηση της παρούσας Κ.Ο. με βάση τα νέα ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα στο μέλλον, καθώς και η συμβολή της- σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής στην αξιολόγηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας αυτής της Κ.Ο.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

8. Βιβλιογραφία

1. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys, 2002. Spine. 2006, Τόμ. 31, σσ. 2724-7.
2. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Dantis P, Voudouris C, Georgountzos A, Kaziolas G, Vafiadou E, Pantelidou K, Karamitsos D, Kontelis L, Krachtis P, Nikolia Z, Kaskani E, Tavaniotou E, Antoniadou C, Karanikolas G, Kontoyanni A. ESORDIG Study. Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. J Rheumatol. Jul 2003 , Τόμ. 30, 7, σσ. 1589-601.
3. Antonopoulou M, Antonakis N, Hadjipavlou A, Lionis C. Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece. Fam Pract. Jun 2007, Τόμ. 24, 3, σσ. 209-16.
4. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A. COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J. ; . Chapter 3. European guidelines for the management of a Mar 2006, Τόμ. 15, 2, σσ. 169-91.
5. Cassidy D, Carroll L, Cote P. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey. Spine . 1998, 23, σσ. 1860-1867.
6. C, Speed. Low back pain. BMJ. 8 May 2004 , Τόμ. 328, 7448, σσ. 1119-21.
7. ΘΔ, Μουντουλάκης. Διάγνωση και Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις. . Ημέρες Παθολογίας . 1998, σσ. 226-7.
8. Woolf S, Grol R, Hutchinson A, Eccles E, Grimshaw J. Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. BMJ . 1999, 318, σσ. 527-530 .
9. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians and the American College of Physicians/American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. 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, Τόμ. 147, 7, σσ. 478-491.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

10. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. Evidence based management of acute musculoskeletal pain. Brisbane : Australian Academic Press, 2003.
11. Chou R, Huffman LH. Guideline for the evaluation and management of low back pain. Evidence Review. Glenview, IL : American Pain Society, 2009.
12. Talmage JB, Belcourt R, Galper J, Genovese E, Goertz M, Lessenger J, Mayer T, Morris S, Mueller KL, Richman J, Travis R, Weiss MS. Low back disorders. Occupational medicine practice guidelines. Evaluation and management of common health problems and functional recovery in workers. 3rd ed. Elk Grove Village, IL : ACOEM, 2011.
13. Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P for the 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, Τόμ. 154, 3, σσ. 181-189.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence . Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. [Ηλεκτρονικό] 2009. [Παραπομπή: 20 5 2013.] <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44343/44343.pdf>.
15. Canberra. National Health and Medical Research Council. NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines. [Ηλεκτρονικό] 2009. [Παραπομπή: 23 November 2012.] https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/developers/nhmrc_levels_grade.
16. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Eur Spine J. Dec 2010, Τόμ. 19, 12, σσ. 2075-94. Epub 2010 Jul 3..
17. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G , Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough, C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D. s.l. : London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.
18. G, Waddel. Subgroups within "nonspecific" low back pain. J Rheumatol. 2005, 32, σσ. 395-396.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

19. [Ηλεκτρονικό] www.cks.library.nhs.uk.
20. Sean, Gallagher. Reducing Low Back Pain and Disability in Mining. September 2008.
21. Bernard BP, ed. Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back. Publication No. 97–141, 1997.
22. Ogon M, Riedl-Huter C, Sterzinger W, Krismer M, Spratt KF, Wimmer C. Radiologic abnormalities and low back pain in elite skiers. Clin Orthop. 2001, 390, σσ. 151-162.
23. G., Ehrlich. Low back pain. Bulletin of the World Health Organization. 2003, 81, σσ. 671-676.
24. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C & Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. . Eur Spine J . 2003, 12, σσ. 149–165.
25. G., Ehrlich. Low back pain. Bulletin of the World Health Organization. . 2003, 81, σσ. 671-676.
26. Lake JK, Power C, Cole TJ. Back pain and obesity in the 1985 British birth cohort: cause or effect? J Clin Epidemiol . 2000, 53, σσ. 245-250. .
27. Jones GT, Watson KD, Silman AJ, Symmons DPM, Macfarlane GJ. Predictors of low back pain in British schoolchildren: A population-based prospective cohort study. . Pediatrics . 2003, 111, σσ. 822-828.
28. Kovacs FM, Gestoso M, Gil del Real MT, López J, Mufraggi N, Ignacio Méndez J. Risk factors for non-specific low back pain in schoolchildren and their parents: a population based study. . Pain. 2003, 103, σσ. 259-268.
29. DE., Feldman. Risk factors for the development of low back pain in adolescence. . American Journal of Epidemiology . 2001, 154, σσ. 30-36.
30. Bergenudd H, Nilsson B. Back pain in middle age. Occupational workload and psychologic factors: an epidemiologic survey. . Spine. 1988, 13, σσ. 58–60.
31. Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. . Scand J Work Environ Health . 1993, Τόμ. 19, 5, σσ. 297–312.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

32. SJ., Linton. A review of psychological risk factors in back and neck pain. . Spine. 2000, 25, σσ. 1148-56.
33. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. Am J Med. 2010, Τόμ. 123, 1 , σσ. 7-35.
34. Verkerk K, Luijsterburg PA, Miedema HS, Pool-Goudzwaard A, Koes BW. Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain: a systematic review. Phys Ther. 2012, Τόμ. 92, 9, σσ. 1093-108.
35. Heitz CA, Hilfiker R, Bachmann LM, Joronen H, Lorenz T, Uebelhart D, Klipstein A, Brunner F. Comparison of risk factors predicting return to work between patients with subacute and chronic non-specific low back pain: systematic review. Eur Spine J. 2009, Τόμ. 18, 12, σσ. 1829-35.
36. Rubinstein SM, van Tulder M. A best-evidence review of diagnostic procedures for neck and low-back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2008, Τόμ. 22, 3, σσ. 471-82.
37. Haskins R, Rivett DA, Osmotherly PG. Clinical prediction rules in the physiotherapy management of low back pain: a systematic review. Man Ther. 2012, Τόμ. 17, 1, σσ. 9-21.
38. Cleland J, Gillani R, Bienen EJ, Sadosky A. Assessing dimensionality and responsiveness of outcomes measures for patients with low back pain. Pain Pract. 2011, Τόμ. 11, 1, σσ. 57-69.
39. Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, Roeder C, Barz T, Rolli Salathé C, Tamcan O, Mueller U, Theis JC. Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. Int Orthop. 2009, Τόμ. 33, 2, σσ. 301-13. .
40. Smeets RJ, Beelen S, Goossens ME, Schouten EG, Knottnerus JA, Vlaeyen JW. Treatment expectancy and credibility are associated with the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. Clin J Pain. 2008, Τόμ. 24, 4, σσ. 305-15.
41. Chou D, Samartzis D, Bellabarba C, Patel A, Luk KD, Kissner JM, Skelly AC. Degenerative magnetic resonance imaging changes in patients with chronic low back pain: a systematic review.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

42. 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, Τόμ. 36, 2, σσ. 160-9.
43. Dahabreh IJ, Hadar N, Chung M. Emerging magnetic resonance imaging technologies for musculoskeletal imaging under loading stress: scope of the literature. *Ann Intern Med*. 2011, Τόμ. 155, 9, σσ. 616-24.
44. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009, Τόμ. 373, 9662, σσ. 463-72.
45. Wassenaar M, van Rijn RM, van Tulder MW, Verhagen AP, van der Windt DA, Koes BW, de Boer MR, Ginai AZ, Ostelo RW. Magnetic resonance imaging for diagnosing lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review. *Eur Spine J*. 2012, Τόμ. 21, 2, σσ. 220-7.
46. van Rijn RM, Wassenaar M, Verhagen AP, Ostelo RW, Ginai AZ, de Boer MR, van Tulder MW, Koes BW. Computed tomography for the diagnosis of lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review. *Eur Spine J*. 2012, Τόμ. 21, 2, σσ. 228-39.
47. Davies RA, Maher CG, Hancock MJ. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain. *Eur Spine J*. 2008, Τόμ. 17, 11, σσ. 1423-30.
48. Machado LA, Kamper SJ, Herbert RD, Maher CG, McAuley JH. Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Rheumatology*. 2009, Τόμ. 48, 5, σσ. 520-7.
49. White AP, Arnold PM, Norvell DC, Ecker E, Fehlings MG. Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence. *Spine*. 2011, Τόμ. 36, 21, σσ. 131-43.
50. Kuijpers T, van Middelkoop M, Rubinstein SM, Ostelo R, Verhagen A, Koes BW, van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J*. 2011, Τόμ. 20, 1, σσ. 40-50.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

51. Herrmann WA, Geertsens MS. Efficacy and safety of lornoxicam compared with placebo and diclofenac in acute sciatica/lumbo-sciatica: an analysis from a randomised, double-blind, multicentre, parallel-group study. *Int J Clin Pract.* 2009, Τόμ. 63, 11, σσ. 1613-21.
52. Shell WE, Charuvastra EH, DeWood MA, May LA, Bullias DH, Silver DS. A double-blind controlled trial of a single dose naproxen and an amino acid medical food theramine for the treatment of low back pain. *Am J Ther.* 2012, Τόμ. 19, 2, σσ. 108-14.
53. O'Donnell JB, Ekman EF, Spalding WM, Bhadra P, McCabe D, Berger MF. The effectiveness of a weak opioid medication versus a cyclo-oxygenase-2 (COX-2) selective non-steroidal anti-inflammatory drug in treating flare-up of chronic low-back pain: results from two randomized, double-blind, 6-week studies. *J Int Med Res.* 2009, Τόμ. 37, 6, σσ. 1789-802.
54. Friedman BW, Esses D, Solorzano C, Choi HK, Cole M, Davitt M, Bijur PE, Gallagher EJ. A randomized placebo-controlled trial of single-dose IM corticosteroid for radicular low back pain. *Spine.* 2008, Τόμ. 33, 18, σσ. 624-9.
55. Weil AJ, Ruoff GE, Nalamachu S, Altman CA, Xie F, Taylor DR. Efficacy and tolerability of cyclobenzaprine extended release for acute muscle spasm: a pooled analysis. *Postgrad Med.* 2010, Τόμ. 122, 4, σσ. 158-69.
56. Cabitza P, Randelli P. Efficacy and safety of eperisone in patients with low back pain: a double blind randomized study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2008, Τόμ. 12, 4, σσ. 229-35.
57. Chandanwale AS, Chopra A, Goregaonkar A, Medhi B, Shah V, Gaikwad S, Langade DG, Maroli S, Mehta SC, Naikwadi A, Pawar DR. Evaluation of eperisone hydrochloride in the treatment of acute musculoskeletal spasm associated with low back pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Postgrad Med.* 2011, Τόμ. 57, 4, σσ. 278-85.
58. Rusinyol FC, Perice RV, Boronat ER, Bosch FF. Effects of two different doses of eperisone in the treatment of acute low back pain. *Journal of Applied Research.* 2009, Τόμ. 9, 1, σσ. 23-29.
59. Sakai Y, Matsuyama Y, Nakamura H, Katayama Y, Imagama S, Ito Z, Okamoto A, Ishiguro N. The effect of muscle relaxant on the paraspinal muscle blood flow: a randomized controlled trial in patients with chronic low back pain. *Spine.* 2008, Τόμ. 33, 6, σσ. 581-7.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

60. Ralph L, Look M, Wheeler W, Sacks H. Double-blind, placebo-controlled trial of carisoprodol 250-mg tablets in the treatment of acute lower-back spasm. *Curr Med Res Opin.* 2008, Τόμ. 24, 2, σσ. 551-8.
61. Mayyas F, Fayers P, Kaasa S, Dale O. A systematic review of oxymorphone in the management of chronic pain. *J Pain Symptom Manage.* 2010, Τόμ. 39, 2, σσ. 296-308.
62. Cantrill SV, Brown MD, Carlisle RJ, Delaney KA, Hays DP, Nelson LS, O'Connor RE, Papa A, Sporer KA, Todd KH, Whitson RR. Clinical policy: critical issues in the prescribing of opioids for adult patients in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2012, Τόμ. 60, 4, σσ. 499-525.
63. Etropolski MS, Okamoto A, Shapiro DY, Rauschkolb C. Dose conversion between tapentadol immediate and extended release for low back pain. *Pain Physician.* 2010, Τόμ. 13, 1, σσ. 61-70.
64. Chu LF, D'Arcy N, Brady C, Zamora AK, Young CA, Kim JE, Clemenson AM, Angst MS, Clark JD. Analgesic tolerance without demonstrable opioid-induced hyperalgesia: a double-blinded, randomized, placebo-controlled trial of sustained-release morphine for treatment of chronic nonradicular low-back pain. *Pain.* 2012, Τόμ. 153, 8, σσ. 1583-92.
65. Gordon A, Callaghan D, Spink D, Cloutier C, Dzongowski P, O'Mahony W, Sinclair D, Rashid S, Buckley N, Cohen G, Kim J, Boulanger A, Piraino PS, Eisenhoffer J, Harsanyi Z, Darke AC, Michalko KJ. Buprenorphine transdermal system in adults with chronic low back pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study, followed by an open-label extension phase. *Clin Ther.* 2010, Τόμ. 32, 5, σσ. 844-60.
66. Gordon A, Rashid S, Moulin DE, Clark AJ, Beaulieu AD, Eisenhoffer J, Piraino PS, Quigley P, Harsanyi Z, Darke AC. Buprenorphine transdermal system for opioid therapy in patients with chronic low back pain. *Pain Res Manag.* 2010, Τόμ. 15, 3, σσ. 169-78.
67. Steiner DJ, Sitar S, Wen W, Sawyerr G, Munera C, Ripa SR, Landau C. Efficacy and safety of the seven-day buprenorphine transdermal system in opioid-naïve patients with moderate to severe chronic low back pain: an enriched, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Pain Symptom Manage.* 2011, Τόμ. 42, 6, σσ. 903-17.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

68. Steiner D, Munera C, Hale M, Ripa S, Landau C. Efficacy and safety of buprenorphine transdermal system (BTDS) for chronic moderate to severe low back pain: a randomized, double-blind study. *J Pain*. 2011, Τόμ. 12, 11, σσ. 1163-73.
69. Peniston JH, Gould E. Oxymorphone extended release for the treatment of chronic low back pain: a retrospective pooled analysis of enriched-enrollment clinical trial data stratified according to age, sex, and prior opioid use. *Clin Ther*. 2009, Τόμ. 31, 2, σσ. 347-59.
70. Perrot S, Javier RM, Marty M, Le Jeune C, Laroche F. Is there any evidence to support the use of anti-depressants in painful rheumatological conditions? Systematic review of pharmacological and clinical studies. *Rheumatology*. 2008, Τόμ. 47, 8, σσ. 1117-23.
71. Skljarevski V, Liu P, Zhang S, Ahl J, Martinez JM. Efficacy and Safety of Duloxetine in Patients with Chronic Low Back Pain Who Used versus Did Not Use Concomitant Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs or Acetaminophen: A Post Hoc Pooled Analysis of 2 Randomized, Placebo-Controlled Trials. *Pain Res Treat*. . 2012.
72. Brötz D, Maschke E, Burkard S, Engel C, Mänz C, Ernemann U, Wick W, Weller M. Is there a role for benzodiazepines in the management of lumbar disc prolapse with acute sciatica? *Pain*. 2010, Τόμ. 149, 3, σσ. 470-5.
73. Pareek A, Chandurkar N, Chandanwale AS, Ambade R, Gupta A, Bartakke G. Aceclofenac-tizanidine in the treatment of acute low back pain: a double-blind, double-dummy, randomized, multicentric, comparative study against aceclofenac alone. *Eur Spine J*. 2009, Τόμ. 18, 12, σσ. 1836-42.
74. Mibielli MA, Geller M, Cohen JC, Goldberg SG, Cohen MT, Nunes CP, Oliveira LB, da Fonseca AS. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. *Curr Med Res Opin*. 2009, Τόμ. 25, 11, σσ. 2589-99.
75. Chiu CK, Low TH, Tey YS, Singh VA, Shong HK. The efficacy and safety of intramuscular injections of methylcobalamin in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomised controlled trial. *Singapore Med J*. 2011, Τόμ. 52, 12, σσ. 868-73.
76. Chang ST, Chen LC, Chang CC, Chu HY, Tsai KC. Effects of piroxicam-beta-cyclodextrin sachets on abnormal postural sway in patients with chronic low back pain. *J Clin Pharm Ther*. 2008, Τόμ. 33, 5, σσ. 495-506.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

77. Engers A, Jellema P, Wensing M, van der Windt DA, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2008, Τόμ. 23, 1, σ. CD004057.

78. Sahin N, Albayrak I, Durmus B, Ugurlu H. Effectiveness of back school for treatment of pain and functional disability in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2011, Τόμ. 43, 3, σσ. 224-9.

79. Albaladejo C, Kovacs FM, Royuela A, del Pino R, Zamora J. The efficacy of a short education program and a short physiotherapy program for treating low back pain in primary care: a cluster randomized trial. Spine Mar. 2010, Τόμ. 35, 5, σσ. 483-96.

80. Clarke CL, Ryan CG, Martin DJ. Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back pain: systematic review and meta-analysis. Man Ther. 2011, Τόμ. 16, 6, σσ. 544-9.

81. Ryan CG, Gray HG, Newton M, Granat MH. Pain biology education and exercise classes compared to pain biology education alone for individuals with chronic low back pain: a pilot randomised controlled trial. Man Ther. 2010, Τόμ. 15, 4, σσ. 382-7.

82. George SZ, Teyhen DS, Wu SS, Wright AC, Dugan JL, Yang G, Robinson ME, Childs JD. Psychosocial education improves low back pain beliefs: results from a cluster randomized clinical trial (NCT00373009) in a primary prevention setting. Eur Spine J. 2009, Τόμ. 18, 7, σσ. 1050-8.

83. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev. 2010, Τόμ. 16, 6, σ. CD007612.

84. Bronfort G, Maiers MJ, Evans RL, Schulz CA, Bracha Y, Svendsen KH, Grimm RH Jr, Owens EF Jr, Garvey TA, Transfeldt EE. Supervised exercise, spinal manipulation, and home exercise for chronic low back pain: a randomized clinical trial. Spine J. 2011, Τόμ. 11, 7, σσ. 585-98.

85. França FR, Burke TN, Hanada ES, Marques AP. Segmental stabilization and muscular strengthening in chronic low back pain: a comparative study. Clinics. 2010, Τόμ. 65, 10, σσ. 1013-7.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

86. Paatelma M, Kilpikoski S, Simonen R, Heinonen A, Alen M, Videman T. Orthopaedic manual therapy, McKenzie method or advice only for low back pain in working adults: a randomized controlled trial with one year follow-up. J Rehabil Med. 2008, Τόμ. 40, 10, σσ. 858-63.
87. Petersen T, Larsen K, Nordsteen J, Olsen S, Fournier G, Jacobsen S. The McKenzie method compared with manipulation when used adjunctive to information and advice in low back pain patients presenting with centralization or peripheralization: a randomized controlled trial. Spine. 2011, Τόμ. 36, 24, σσ. 1999-2010.
88. Goren A, Yildiz N, Topuz O, Findikoglu G, Ardic F. Efficacy of exercise and ultrasound in patients with lumbar spinal stenosis: a prospective randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2010, Τόμ. 24, 7, σσ. 623-31.
89. Chan CW, Mok NW, Yeung EW. Aerobic exercise training in addition to conventional physiotherapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2011, Τόμ. 92, 10, σσ. 1681-5.
90. Helmhout PH, Harts CC, Viechtbauer W, Staal JB, de Bie RA. Isolated lumbar extensor strengthening versus regular physical therapy in an army working population with nonacute low back pain: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2008, Τόμ. 89, 9, σσ. 1675-85.
91. Jensen RK, Leboeuf-Yde C, Wedderkopp N, Sorensen JS, Manniche C. Rest versus exercise as treatment for patients with low back pain and Modic changes. A randomized controlled clinical trial. BMC Med. 2012, Τόμ. 10, 22.
92. Koldaş Doğan S, Sonel Tur B, Kurtaiş Y, Atay MB. Comparison of three different approaches in the treatment of chronic low back pain. Clin Rheumatol. 2008, Τόμ. 27, 7, σσ. 873-81.
93. Dufour N, Thamsborg G, Oefeldt A, Lundsgaard C, Stender S. Treatment of chronic low back pain: a randomized, clinical trial comparing group-based multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation and intensive individual therapist-assisted back muscle strengthening exercises. Spine. 2010, Τόμ. 35, 5, σσ. 469-76.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

94. van der Roer N, van Tulder M, Barendse J, Knol D, van Mechelen W, de Vet H. Intensive group training protocol versus guideline physiotherapy for patients with chronic low back pain: a randomised controlled trial. *Eur Spine J*. 2008, Τόμ. 17, 9, σσ. 1193-200.
95. Walker BF, French SD, Grant W, Green S. A Cochrane review of combined chiropractic interventions for low-back pain. *Spine*. 2011, Τόμ. 36, 3, σσ. 230-42.
96. Slater SL, Ford JJ, Richards MC, Taylor NF, Surkitt LD, Hahne AJ. The effectiveness of sub-group specific manual therapy for low back pain: a systematic review. *Man Ther*. 2012, Τόμ. 17, 3, σσ. 201-12.
97. Goertz CM, Pohlman KA, Vining RD, Brantingham JW, Long CR. Patient-centered outcomes of high-velocity, low-amplitude spinal manipulation for low back pain: a systematic review. *J Electromyogr Kinesiol*. 2012, Τόμ. 22, 5, σσ. 670-91.
98. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. *Spine*. 2011, Τόμ. 36, 13, σσ. 825-46.
99. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer MR, Koes BW, van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J*. 2010, Τόμ. 19, 8, σσ. 1213-28.
100. Cecchi F, Molino-Lova R, Chiti M, Pasquini G, Paperini A, Conti AA, Macchi C. Spinal manipulation compared with back school and with individually delivered physiotherapy for the treatment of chronic low back pain: a randomized trial with one-year follow-up. *Clin Rehabil*. 2010, Τόμ. 24, 1, σσ. 26-36.
101. Bogefeldt J, Grunnesjö MI, Svärdsudd K, Blomberg S. Sick leave reductions from a comprehensive manual therapy programme for low back pain: the Gotland Low Back Pain Study. *Clin Rehabil*. 2008, Τόμ. 22, 6, σσ. 529-41.
102. Jüni P, Battaglia M, Nüesch E, Hämmerle G, Eser P, van Beers R, Vils D, Bernhard J, Ziswiler HR, Dähler M, Reichenbach S, Villiger PM. A randomised controlled trial of spinal manipulative therapy in acute low back pain. *Ann Rheum Dis*. 2009, Τόμ. 68, 9, σσ. 1420-7.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

103. Senna MK, Machaly SA. Does maintained spinal manipulation therapy for chronic nonspecific low back pain result in better long-term outcome? *Spine*. 2011, Τόμ. 36, 18, σσ. 1427-37.
104. Bishop PB, Quon JA, Fisher CG, Dvorak MF. The Chiropractic Hospital-based Interventions Research Outcomes (CHIRO) study: a randomized controlled trial on the effectiveness of clinical practice guidelines in the medical and chiropractic management of patients with acute mechanical low back pain. *Spine J*. 2010, Τόμ. 10, 12, σσ. 1055-64.
105. Rasmussen J, Laetgaard J, Lindecrona AL, Qvistgaard E, Bliddal H. Manipulation does not add to the effect of extension exercises in chronic low-back pain (LBP). A randomized, controlled, double blind study. *Joint Bone Spine*. 2008, Τόμ. 75, 6, σσ. 708-13.
106. Cherkin DC, Sherman KJ, Kahn J, Wellman R, Cook AJ, Johnson E, Erro J, Delaney K, Deyo RA. A comparison of the effects of 2 types of massage and usual care on chronic low back pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2011, Τόμ. 155, 1, σσ. 1-9.
107. Brosseau L, Wells GA, Poitras S, Tugwell P, Casimiro L, Novikov M, Loew L, Sredic D, Clément S, Gravelle A, Kresic D, Hua K, Lakic A, Ménard G, Sabourin S, Bolduc MA, Ratté I, McEwan J, Furlan AD, Gross A, Dagenais S, Dryden T, Muckenheim R, Côté R, Paré. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines on therapeutic massage for low back pain. *J Bodyw Mov Ther*. 2012, Τόμ. 16, (4)pp424-55.
108. Kulisch A, Bender T, Németh A, Szekeres L. Effect of thermal water and adjunctive electrotherapy on chronic low back pain: a double-blind, randomized, follow-up study. *J Rehabil Med*. 2009, Τόμ. 41, 1, σσ. 73-9.
109. Cuesta-Vargas AI, García-Romero JC, Arroyo-Morales M, Diego-Acosta AM, Daly DJ. Exercise, manual therapy, and education with or without high-intensity deep-water running for nonspecific chronic low back pain: a pragmatic randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011, Τόμ. 90, 7, σσ. 526-34.
110. Seco J, Kovacs FM, Urrutia G. The efficacy, safety, effectiveness, and cost-effectiveness of ultrasound and shock wave therapies for low back pain: a systematic review. *Spine J*. 2011, Τόμ. 11, 10, σσ. 966-77.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

111. Buchmuller A, Navez M, Milletre-Bernardin M, Pouplin S, Presles E, Lantéri-Minet M, Tardy B, Laurent B,. Value of TENS for relief of chronic low back pain with or without radicular pain. Eur J Pain. 2012, Τόμ. 16, 5, σσ. 656-65.

112. Weiner DK, Perera S, Rudy TE, Glick RM, Shenoy S, Delitto A. Efficacy of percutaneous electrical nerve stimulation and therapeutic exercise for older adults with chronic low back pain: a randomized controlled trial. Pain. 2008, Τόμ. 140, 2, σσ. 344-57.

113. Fiore P, Panza F, Cassatella G, Russo A, Frisardi V, Solfrizzi V, Ranieri M, Di Teo L, Santamato A. Short-term effects of high-intensity laser therapy versus ultrasound therapy in the treatment of low back pain: a randomized controlled trial. Eur J Phys Rehabil Med. 2011, Τόμ. 47, 3, σσ. 367-73.

114. Ay S, Doğan SK, Evcik D. Is low-level laser therapy effective in acute or chronic low back pain? Clin Rheumatol. 2010, Τόμ. 29, 8, σσ. 905-10.

115. Konstantinovic LM, Kanjuh ZM, Milovanovic AN, Cutovic MR, Djurovic AG, Savic VG, Dragin AS, Milovanovic ND. Acute low back pain with radiculopathy: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Photomed Laser Surg. 2010, Τόμ. 28, 4, σσ. 553-60.

116. Lamb SE, Lall R, Hansen Z, Castelnovo E, Withers EJ, Nichols V, Griffiths F, Potter R, Szczepura A, Underwood M. A multicentred randomised controlled trial of a primary care-based cognitive behavioural programme for low back pain. The Back Skills Training (BeST) trial. Health Technol Assess. 2010, Τόμ. 14, 41, σσ. 1-253.

117. Lamb SE, Mistry D, Lall R, Hansen Z, Evans D, Withers EJ, Underwood MR. Group cognitive behavioural interventions for low back pain in primary care: extended follow-up of the Back Skills Training Trial (ISRCTN54717854). Pain. 2012, Τόμ. 153, 2, σσ. 494-501.

118. Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, Tu W. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. JAMA. 2009, Τόμ. 301, 20, σσ. 2099-110.

119. Slater MA, Weickgenant AL, Greenberg MA, Wahlgren DR, Williams RA, Carter C, Patterson TL, Grant I, Garfin SR, Webster JS, Atkinson JH. Preventing progression to



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

chronicity in first onset, subacute low back pain: an exploratory study. Arch Phys Med Rehabil. 2009, Τόμ. 90, 4, σσ. 545-52.

120. Vong SK, Cheing GL, Chan F, So EM, Chan CC. Motivational enhancement therapy in addition to physical therapy improves motivational factors and treatment outcomes in people with low back pain: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2011, Τόμ. 92, 2, σσ. 176-83.

121. Standaert CJ, Friedly J, Erwin MW, Lee MJ, Rehtine G, Henrikson NB, Norvell DC. Comparative effectiveness of exercise, acupuncture, and spinal manipulation for low back pain. Spine. 2011, Τόμ. 36, 21, σσ. 120-30.

122. Indrakanti SS, Weber MH, Takemoto SK, Hu SS, Polly D, Berven SH. Value-based care in the management of spinal disorders: a systematic review of cost-utility analysis. Clin Orthop Relat Res. 2012, Τόμ. 470, 4, σσ. 1106-23.

123. Grunnesjö MI, Bogefeldt JP, Blomberg SI, Strender LE, Svärdsudd KF. A randomized controlled trial of the effects of muscle stretching, manual therapy and steroid injections in addition to 'stay active' care on health-related quality of life in acute or subacute low back pain. Clin Rehabil. 2011, Τόμ. 25, 11, σσ. 999-1010.

124. Yuan J, Purepong N, Kerr DP, Park J, Bradbury I, McDonough S. Effectiveness of acupuncture for low back pain: a systematic review. Spine. 2008, Τόμ. 33, 23, σσ. 887-900.

125. Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, Erro JH, Ichikawa L, Barlow WE, Delaney K, Hawkes R, Hamilton L, Pressman A, Khalsa PS, Deyo RA. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. Arch Intern Med. 2009, Τόμ. 169, 9, σσ. 858-66.

126. Vas J, Aranda JM, Modesto M, Benítez-Parejo N, Herrera A, Martínez-Barquín DM, Aguilar I, Sánchez-Araujo M, Rivas-Ruiz F. Acupuncture in patients with acute low back pain: a multicentre randomised controlled clinical trial. Pain. 2012, Τόμ. 153, (9):1883-9.

127. EY, Mia. Clinical critical qualitative evaluation of the selected randomized controlled trials in current acupuncture researches for low back pain. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao. 2010, Τόμ. 8, 12: 1133-46.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

128. Yun M, Shao Y, Zhang Y, He S, Xiong N, Zhang J, Guo M, Liu D, Luo Y, Guo L, Yan J. Hegu acupuncture for chronic low-back pain: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med.* 2012, Τόμ. 18, 2, σσ. 130-6.
129. Wilkens P, Scheel IB, Grundnes O, Hellum C, Storheim K. Effect of glucosamine on pain-related disability in patients with chronic low back pain and degenerative lumbar osteoarthritis: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2010, Τόμ. 304, 1, σσ. 45-52.
130. da Silva AG, de Sousa CP, Koehler J, Fontana J, Christo AG, Guedes-Bruni RR. Evaluation of an extract of Brazilian arnica (*Solidago chilensis* Meyen, Asteraceae) in treating lumbago. *Phytother Res.* 2010, Τόμ. 24, 2, σσ. 283-7.
131. Posadzki P, Ernst E. Yoga for low back pain: a systematic review of randomized clinical trials. *Clin Rheumatol.* 2011, Τόμ. 30, 9, σσ. 1257-62.
132. Sherman KJ, Cherkin DC, Wellman RD, Cook AJ, Hawkes RJ, Delaney K, Deyo RA. A randomized trial comparing yoga, stretching, and a self-care book for chronic low back pain. *Arch Intern Med.* 2011, Τόμ. 171, 22, σσ. 2019-26.
133. Williams K, Abildso C, Steinberg L, Doyle E, Epstein B, Smith D, Hobbs G, Gross R, Kelley G, Cooper L. Evaluation of the effectiveness and efficacy of Iyengar yoga therapy on chronic low back pain. *Spine.* 2009, Τόμ. 34, 19, σσ. 2066-76.
134. Tekur P, Singphow C, Nagendra HR, Raghuram N. Effect of short-term intensive yoga program on pain, functional disability and spinal flexibility in chronic low back pain: a randomized control study. *J Altern Complement Med.* 2008, Τόμ. 14, 6, σσ. 637-44.
135. Tekur P, Nagarathna R, Chametcha S, Hankey A, Nagendra HR. A comprehensive yoga programs improves pain, anxiety and depression in chronic low back pain patients more than exercise: an RCT. *Complement Ther Med.* 2012, Τόμ. 20, 3, σσ. 107-18.
136. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2010, Τόμ. 171, 2, σσ. 135-54.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

137. da C Menezes Costa L, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa LO. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. CMAJ. 2012, Τόμ. 184, 11, σσ. 613-24.

138. Tavafian SS, Jamshidi AR, Mohammad K. Treatment of chronic low back pain: a randomized clinical trial comparing multidisciplinary group-based rehabilitation program and oral drug treatment with oral drug treatment alone. Clin J Pain. 2011, Τόμ. 27, 9, σσ. 811-8.

139. Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. BMC Musculoskelet Disord. 2011 , Τόμ. 12, 112.

140. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. BMJ. 2010, Τόμ. 340, σ. 1035.

141.

142. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. Am J Med. 2010, Τόμ. 123, 1, σσ. 7-35.

143. Heitz CA, Hilfiker R, Bachmann LM, Joronen H, Lorenz T, Uebelhart D, Klipstein A, Brunner F. Comparison of risk factors predicting return to work between patients with subacute and chronic non-specific low back pain: systematic review. Eur Spine J. 2009, Τόμ. 18, 12, σσ. 1829-35.

144. Ruhe A, Fejer R, Walker B. Center of pressure excursion as a measure of balance performance in patients with non-specific low back pain compared to healthy controls: a systematic review of the literature. Eur Spine J. 2011, Τόμ. 20, 3, σσ. 358-68.

145. van Abbema R, Lakke SE, Reneman MF, van der Schans CP, van Haastert CJ, Geertzen JH, Wittink H. Factors associated with functional capacity test results in patients with non-specific chronic low back pain: a systematic review. J Occup Rehabil. 2011, Τόμ. 21, 4, σσ. 455-73.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

146. Hoffman SL, Johnson MB, Zou D, Harris-Hayes M, Van Dillen LR. Effect of classification-specific treatment on lumbopelvic motion during hip rotation in people with low back pain. *Man Ther.* 2011, Τόμ. 16, 4, σσ. 344-50.

147. Smeets RJ, Beelen S, Goossens ME, Schouten EG, Knottnerus JA, Vlaeyen JW. Treatment expectancy and credibility are associated with the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *Clin J Pain.* 2008, Τόμ. 24, 4, σσ. 305-15. .

148. Chen ZY, Ma L, Li T. Imaging of low back pain: comparative role of high intensity zone in diagnosing the discogenic low back pain with evidence-based radiology. *Chin Med J (Engl).* 2009, Τόμ. 122, 24, σσ. 3062-5.

149. Apeldoorn AT, Ostelo RW, van Helvoirt H, Fritz JM, Knol DL, van Tulder MW, de Vet HC. A randomized controlled trial on the effectiveness of a classification-based system for subacute and chronic low back pain. *Spine* . 2012, Τόμ. 37, 16, σσ. 1347-56.

150. Machado LA, Kamper SJ, Herbert RD, Maher CG, McAuley JH. Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Rheumatology.* 2009, Τόμ. 48, 5, σσ. 520-7.

151. Henschke N, Kuijpers T, Rubinstein SM, van Middelkoop M, Ostelo R, Verhagen A, Koes BW, van Tulder MW. Injection therapy and denervation procedures for chronic low-back pain: a systematic review. *Eur Spine J.* 2010, Τόμ. 19, 9, σσ. 1425-49.

152. Cuesta-Vargas AI, García-Romero JC, Arroyo-Morales M, Diego-Acosta AM, Daly DJ. Exercise, manual therapy, and education with or without high-intensity deep-water running for nonspecific chronic low back pain: a pragmatic randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011, Τόμ. 90, 7, σσ. 526-34.

153. Stuber KJ, Smith DL. Chiropractic treatment of pregnancy-related low back pain: a systematic review of the evidence. *J Manipulative Physiol Ther.* 2008, Τόμ. 31, 6, σσ. 447-54.

154. Kent P, Mjø Sund HL, Petersen DH. Does targeting manual therapy and/or exercise improve patient outcomes in nonspecific low back pain? A systematic review. *BMC Med.* 2010, Τόμ. 8, σ. 22.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

155. Singh V, Manchikanti L, Benyamin RM, Helm S, Hirsch JA. Percutaneous lumbar laser disc decompression: a systematic review of current evidence. *Pain Physician*. 2009, Τόμ. 12, 3, σσ. 573-88.
156. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. *Spine* Jun. 2011, Τόμ. 36, 13, σσ. 825-46.
157. Parkin-Smith GF, Norman IJ, Briggs E, Angier E, Wood TG, Brantingham JW. A structured protocol of evidence-based conservative care compared with usual care for acute nonspecific low back pain: a randomized clinical trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012, Τόμ. 93, 1, σσ. 11-20.
158. Bialosky JE, Bishop MD, Robinson ME, Zeppieri G Jr, George SZ. Spinal manipulative therapy has an immediate effect on thermal pain sensitivity in people with low back pain: a randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2009, Τόμ. 89, 12, σσ. 1292-303.
159. Roy RA, Boucher JP, Comtois AS. Paraspinal cutaneous temperature modification after spinal manipulation at L5. *J Manipulative Physiol Ther*. 2010, Τόμ. 33, 4, σσ. 308-14.
160. Vismara L, Cimolin V, Menegoni F, Zaina F, Galli M, Negrini S, Villa V, Capodaglio P. Osteopathic manipulative treatment in obese patients with chronic low back pain: a pilot study. *Man Ther*. 2012, Τόμ. 17, 5, σσ. 451-5.
161. Glazov G, Schattner P, Lopez D, Shandley K. Laser acupuncture for chronic non-specific low back pain: a controlled clinical trial. *Acupunct Med*. 2009, Τόμ. 27, 3, σσ. 94-100.
162. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Herbert RD, McAuley JH. Independent evaluation of a clinical prediction rule for spinal manipulative therapy: a randomised controlled trial. *Eur Spine J*. 2008, Τόμ. 17, 7, σσ. 936-43.
163. Bicalho E, Setti JA, Macagnan J, Cano JL, Manffra EF. Immediate effects of a high-velocity spine manipulation in paraspinal muscles activity of nonspecific chronic low-back pain subjects. *Man Ther*. 2010, Τόμ. 15, 5, σσ. 469-75.
164. Facci LM, Nowotny JP, Tormem F, Trevisani VF. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) and interferential currents (IFC) in patients with nonspecific



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
2007-2013



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

chronic low back pain: randomized clinical trial. Sao Paulo Med J. 2011, Τόμ. 129, 4, σσ. 206-16.

165. Zaproudina N, Hietikko T, Hänninen OO, Airaksinen O. Effectiveness of traditional bone setting in treating chronic low back pain: a randomised pilot trial. Complement Ther Med. 2009, Τόμ. 17, 1, σσ. 23-8.

166. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. Am J Epidemiol. 2010, Τόμ. 171, 2 pp.135-54.

167. Albaladejo C, Kovacs FM, Royuela A, del Pino R, Zamora J. The efficacy of a short education program and a short physiotherapy program for treating low back pain in primary care: a cluster randomized trial. Spine. 2010, Τόμ. 35, 5, σσ. 483-96.

168. van der Roer N, van Tulder M, van Mechelen W, de Vet H. Economic evaluation of an intensive group training protocol compared with usual care physiotherapy in patients with chronic low back pain. Spine. 2008, Τόμ. 33, 4, σσ. 445-51.

169. Smeets RJ, Beelen S, Goossens ME, Schouten EG, Knottnerus JA, Vlaeyen JW. Treatment expectancy and credibility are associated with the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. Clin J Pain. 2008, Τόμ. 24, 4, σσ. 305-15.

170. EY., Miao. Clinical critical qualitative evaluation of the selected randomized controlled trials in current acupuncture researches for low back pain. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao. 2010, Τόμ. 8, 12, σσ. 1133-46.

171. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer MR, Koes BW, van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. Eur Spine J. 2010, Τόμ. 19, 8, σσ. 1213-28.

172. Brox JI, Storheim K, Grotle M, Tveito TH, Indahl A, Eriksen HR. Systematic review of back schools, brief education, and fear-avoidance training for chronic low back pain. Spine J. 2008, Τόμ. 8, 6, σσ. 948-58.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

173. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer MR, Koes BW, van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J.* 2010, Τόμ. 19, 8, σσ. 1213-28.
174. Underwood M, Mistry D, Lall R, Lamb S. Predicting response to a cognitive-behavioral approach to treating low back pain: Secondary analysis of the BeST data set. *Arthritis Care Res.* 2011, Τόμ. 63, 9, σσ. 1271-9.
175. Glazov G, Schattner P, Lopez D, Shandley K. Laser acupuncture for chronic non-specific low back pain: a controlled clinical trial. *Acupunct Med.* 2009, Τόμ. 27, 3, σσ. 94-100.
176. da Silva AG, de Sousa CP, Koehler J, Fontana J, Christo AG, Guedes-Bruni RR. Evaluation of an extract of Brazilian arnica (*Solidago chilensis* Meyen, Asteraceae) in treating lumbago. *Phytother Res.* 2010, Τόμ. 24, 2, σσ. 283-7.
177. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain.* 2008, Τόμ. 134, 3, σσ. 310-9.
178. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2010, Τόμ. 171, 2, σσ. 135-54.
179. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain.* 2012, Τόμ. 16, 1, σσ. 3-17.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Παράρτημα 1: Γλωσσάριο

Κ.Ο.	Κατευθυντήρια Οδηγία
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΣ	Σπονδυλική στήλη
ΟΜΣΣ	Οσφυϊκή Μοίρα της Σπονδυλικής Στήλης
ΜΣΑΦ	Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα
COX-2	Cyclooxygenase 2
CT	Computed Tomography
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NSAIDs	Non Steroid Anti-Inflammatory Drugs
ODI	Oswestry Disability Index
PPI	Proton Pump Inhibitor
RCT	Randomized Control Trial
RMDQ	Roland-Morris Disability Questionnaire
SNRI	Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
VAS	Visual Analogue Scale
ΗΜΓ	Ηλεκτρομυογράφημα



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΚΑΙ
ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ
ΤΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΤΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

"Αυτό το έγγραφο έχει παραχθεί για τις ανάγκες του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» και αντιπροσωπεύει τις απόψεις των συντακτών του. Οι απόψεις αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί ή εγκριθεί με οποιοδήποτε τρόπο από την Ειδική Υπηρεσία του τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως θέσεις του Υπουργείου ή της Επιτροπής. Η Ειδική Υπηρεσία δεν εγγυάται την ακρίβεια των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο παρόν έγγραφο, ούτε αποδέχεται την ευθύνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών αυτών. "