

Οσφυαλγία: Διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση

Στυλιανός Πανόπουλος

Ρευματολόγος

Ά Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

Γ.Ν.Α ΛΑΙΚΟ

Περίπτωση 1

- Άνδρας 55 ετών
- Χαμηλή οσφυαλγία-ισχιαλγία από 2-ετίας
- Βελτίωση με την ανάπαυση
- Επιδείνωση με την άσκηση

Περίπτωση 2

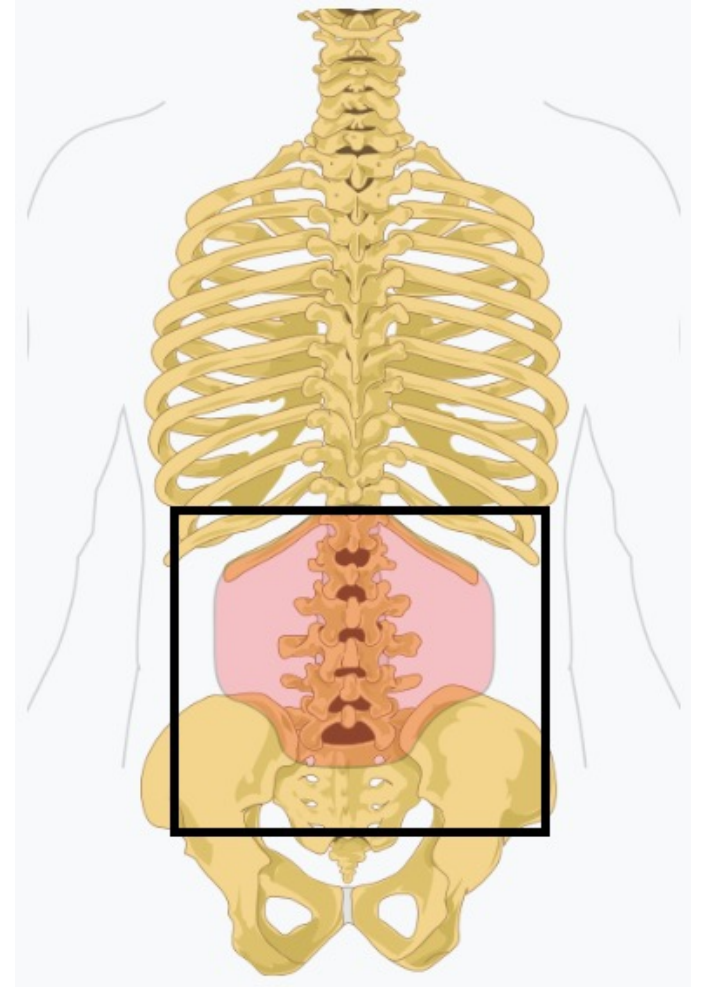
- Άνδρας 30 ετών
- Οξεία οσφυαλγία-Ραχιαλγία
- Πρωινή δυσκαμψία
- Νυχτερινή επίταση
- Βελτίωση με άσκηση

Περίπτωση 3

- Γυναίκα 65 ετών
- Οσφυαλγία από 3μήνου
- Εμπύρετο εως 38.5
πρό 4 μήνου
κυφοπλαστική

Οσφυαλγία

- πόνος ή δυσφορία που εντοπίζεται στην περιοχή μεταξύ των κάτω ορίων του θωρακικού κλωβού και των γλουτιαίων πτυχών, που μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ισχιαλγία



Επιδημιολογικά δεδομένα

- Ετήσια επίπτωση 5%
- Επιπολασμός 85 %

Η οξεία οσφυαλγία (<4 εβδομάδες) είναι η 2^η συχνότερη και η χρόνια οσφυαλγία (>12 εβδομάδες) η 8^η συχνότερη αιτία ιατρικής επίσκεψης

1/4 των ασθενών με οξεία οσφυαλγία θα μεταπέσουν σε χρόνια οσφυαλγία

Η οσφυαλγία είναι η συχνότερη αιτία απουσίας από την εργασία στην ηλικία <45 ετών

0.3-0.5% των περιπτώσεων θα διαγνωσθούν με AxSpA. Πολυ σημαντική έγκαιρη διάγνωση

Σημασία έγκαιρης διάγνωσης της οροαρνητικής Σπονδυλοαρθριτιδας

Μονο το 20-35 % ασθενών με οξεία οσφυαλγία θα πάνε σε ρευματολόγο μετά την 1^η εκδήλωση ενώ 30-40% δεν θα πάει ποτέ.

- Μέσος χρόνος διάγνωσης 2.7-6.7 έτη από την έναρξη των συμπτωμάτων
- Καθυστερημένη διάγνωση → μη αναστρεψίμες ακτινολογικές βλάβες, ήδη απο το 1^ο χρόνο, ακτινολογική εξέλιξη γραμμική σε σχέση με το χρόνο
- επίπτωση λειτουργικότητας και παραγωγικότητας (80% απώλεια κινητικότητας της ΣΣ στα πρώτα 10 έτη της νόσου, 1/3 των ασθενών πρόωρη συνταξιοδότηση

ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (AxSpA)



IBD

4–10%



Peripheral arthritis

20-25 %



Enthesitis

25-30%



Uveitis

25–50%



Dactylitis

5-7%



Psoriasis^a

10–25%

AS, ankylosing spondylitis; IBD, inflammatory bowel disease; PsA, psoriatic arthritis; SpA, spondyloarthritis

1. Baraliakos X, et al. Clin Exp Rheumatol 2015;33(Suppl. 93):S31–5; 2. Gladman DD, et al. Q J Med. 1987;62:127–41; 3. de Winter JJ, et al. Arthritis Res Ther 2018;18:196; 4. Kaeley GS, et al. Semin Arthritis Rheum 2018;48:263–73; 5. Polachek A, et al. Arthritis Care Res 2017;69:1685–91; 6. Sieper, J. and et al, 2017. Axial spondyloarthritis. The Lancet, 390(10089), pp.73-84

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οσφυαλγίας

➤ **φυσικοί**

- βαριά σωματική καταπόνηση
- άρση μεγάλου βάρους
- ορθοστασία, παρατεταμένη καθιστική εργασία.
- τζόκινγκ, συμμετοχή σε σπορ

➤ **Κοινωνικοί και δημογραφικοί**

- μεγάλη ηλικία
- ύπαρξη προηγούμενου τραυματισμού
- γενετικοί παράγοντες
- παχυσαρκία
- Χαμηλό μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο

➤ **ψυχοκοινωνικοί**

- αγωνία, το άγχος, η κατάθλιψη
- χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία
- γνωστική δυσλειτουργία

Διαγνωστική προσπελάση ασθενους με οσφυαλγία

- Ιστορικό
- Κλινική εξέταση
- Εργαστηριακός έλεγχος
- Απεικονιστικός έλεγχος

Ιστορικό / Φυσική εξέταση

- Διάκριση ανάμεσα σε μηχανικό, νευροπαθητικό, φλεγμονώδη ή σπλαγχνικό πόνο
- Red flags (ενδείξεις για άμεσο παρακλινικό έλεγχο και παραπομπή)
- Yellow flags (ψυχοσωματική διαταραχή-ινομυαλγία)

Κριτήρια φλεγμονώδους οσφυαλγίας

Κριτήρια Berlin 2006

- πρωινή οσφυική δυσκαμψία > 30 λεπτά
- βελτίωση της οσφυαλγίας με την άσκηση και όχι με την ανάπαυση
- αφύπνιση λόγω άλγους στο δεύτερο ήμισυ της νύχτας
- εναλασσόμενο άλγος γλουτών.

>2 κριτήρια, ευαισθησία 0,70 και ειδικότητα 0,81.

Κριτήρια Ειδικών για ΑΣ 2009

- Εμφανίζεται πριν από το 40^ο έτος της ηλικίας
- Αρχίζει αθόρυβα
- Βελτιώνεται με τις ασκήσεις
- Δεν βελτιώνεται με την ανάπαυση
- Παρουσιάζεται στη διάρκεια της νύχτας (και βελτιώνεται μετά το πρωινό ξύπνημα)

4 κριτήρια, ευαισθησία 0,77 και ειδικότητα 0,91.

Low back pain red flags

Ενδείξεις σοβαρής
υποκείμενης διαταραχής
(RED FLAGS)

History	Concerning diagnosis
Symptoms for >6 weeks	Malignancy, spinal infection, ankylosing spondylitis
Age <18 years	Malignancy, spinal infection, congenital anomalies, spondylolysis, spondylolisthesis
Age >50 years	Malignancy, fracture, AAA
Neurologic complaints, bowel or bladder incontinence	Cauda equina syndrome, spinal cord compression
Sciatica	Disc herniation, malignancy, spinal infection, spondylolysis, spondylolisthesis
Syncope; acute back, flank or testicular pain	AAA rupture/expansion
Trauma, osteoporosis, chronic corticosteroid use	Fracture
History of cancer	Spinal metastases
Fevers, chills, night sweats, weight loss	Malignancy, spinal infection
Anticoagulation or coagulopathy	Cauda equina syndrome, spinal cord compression
Injection drug use, immune compromise	Infection
Night pain or unrelenting pain despite rest	Malignancy, spinal infection, ankylosing spondylitis
Examination finding	Concerning diagnosis
Fever	Malignancy, spinal infection
Pulsatile abdominal mass, diminished lower extremity pulses	AAA rupture/expansion
Anal sphincter laxity, saddle anesthesia	Cauda equina syndrome
Motor weakness	Cauda equina syndrome, spinal cord compression, herniated disc
Abnormal reflexes	Cauda equina syndrome, spinal cord compression, herniated disc
Positive SLR or CLSR	Disc herniation with radiculopathy
Percussion bone tenderness	Fracture, infection
Babinski sign present	Upper motor neuron disease (spinal cord compression)
Bilateral neurologic deficits	Cauda equina syndrome, spinal cord compression
Unilateral neurologic deficit	Disc herniation with radiculopathy

AAA: abdominal aortic aneurysm; CSLR: crossed straight leg raise; SLR: straight leg raise. Adapted from Della-Giustina, Kilcline BA, Denny M. Back pain: Cost-effective strategies for distinguishing between benign and life-threatening causes. *EM Practice* 2000;2(2).

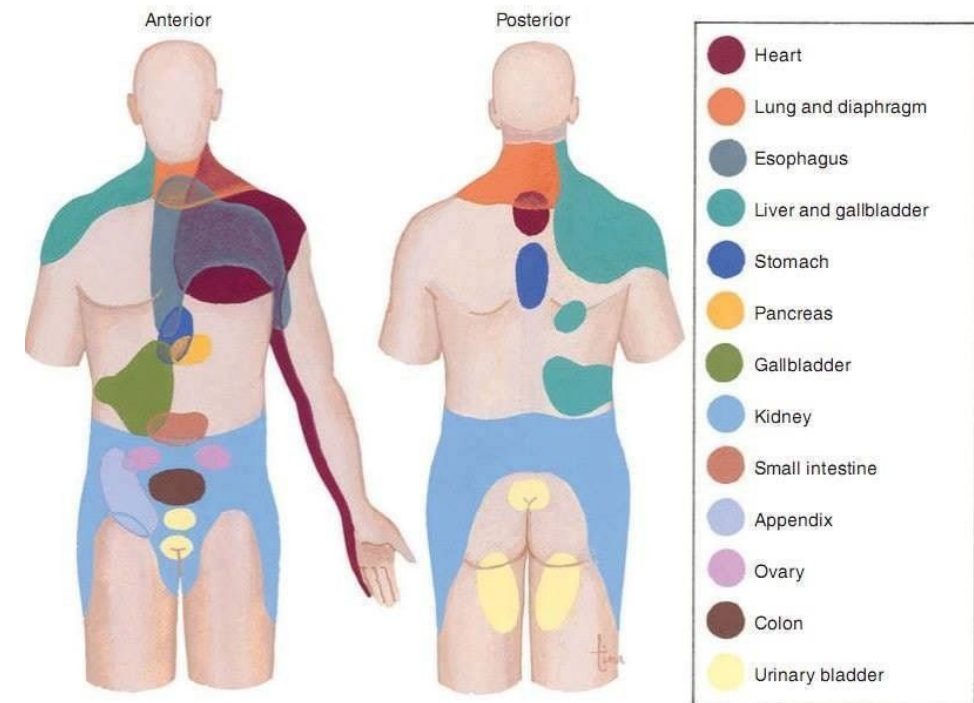
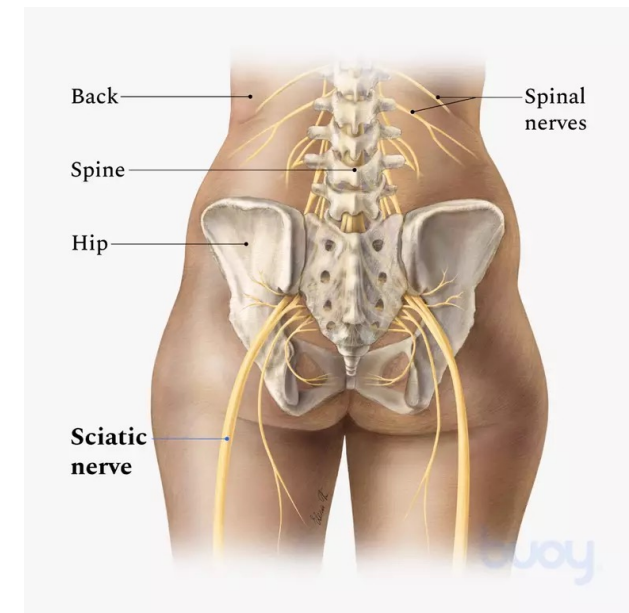
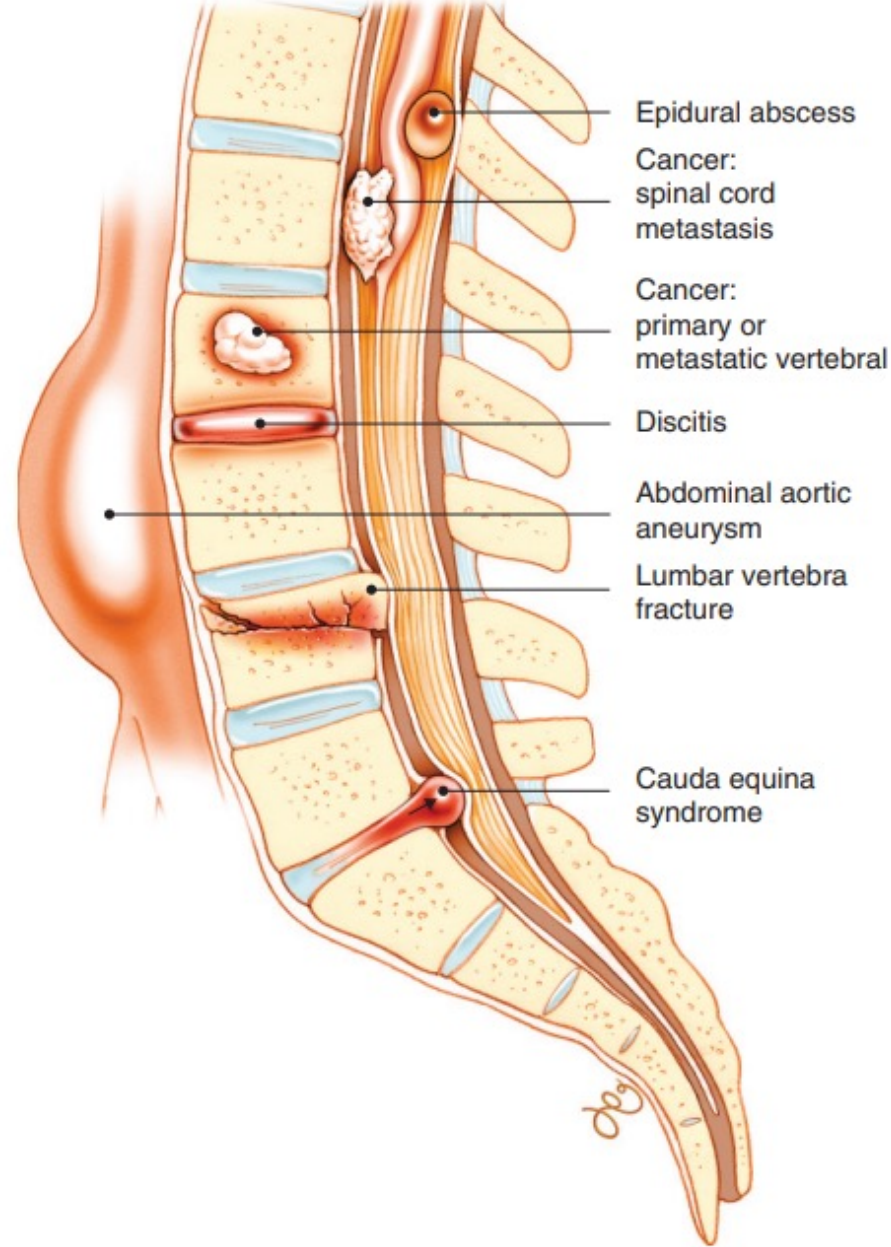


Figure 33.1. Serious causes of low back pain. 1. Epidural abscess; 2. Cancer: spinal cord metastasis; 3. Cancer: primary or metastatic vertebral; 4. Discitis; 5. Abdominal aortic aneurysm; 6. Lumbar vertebra fracture; 7. Cauda equina syndrome. © Chris Gralapp.

Referred pain. The sites for referred pain from various organs are shown.

Αίτια Οσφυαλγίας

μηχανικής αιτιολογίας
οσφυαλγία >95%

Φλεγμονώδης οσφυαλγία 0.5%-1%

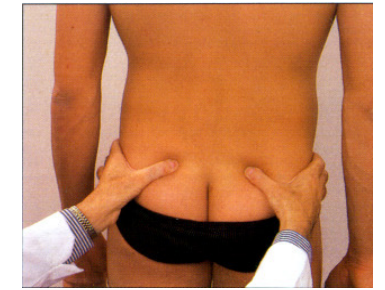
Συστηματική νόσος <2%

TABLE 1. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF LOW BACK PAIN.*

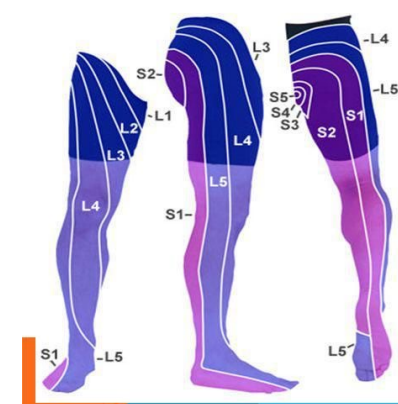
MECHANICAL LOW BACK OR LEG PAIN (97%)†	NONMECHANICAL SPINAL CONDITIONS (ABOUT 1%)‡	VISCERAL DISEASE (2%)
Lumbar strain, sprain (70%)§	Neoplasia (0.7%)	Disease of pelvic organs
Degenerative processes of disks and facets, usually age-related (10%)	Multiple myeloma	Prostatitis
<i>Herniated disk</i> (4%)	Metastatic carcinoma	Endometriosis
<i>Spinal stenosis</i> (3%)	Lymphoma and leukemia	Chronic pelvic inflammatory disease
Osteoporotic compression fracture (4%)	Spinal cord tumors	Renal disease
Spondylolisthesis (2%)	Retroperitoneal tumors	Nephrolithiasis
Traumatic fracture (<1%)	Primary vertebral tumors	Pyelonephritis
Congenital disease (<1%)	Infection (0.01%)	Perinephric abscess
Severe kyphosis	Osteomyelitis	Aortic aneurysm
Severe scoliosis	Septic diskitis	Gastrointestinal disease
Transitional vertebrae	Paraspinal abscess	Pancreatitis
Spondylolysis¶	Epidural abscess	Cholecystitis
Internal disk disruption or diskogenic low back pain	<i>Shingles</i>	Penetrating ulcer
Presumed instability**	Inflammatory arthritis (often associated with HLA-B27) (0.3%)	
	Ankylosing spondylitis	
	Psoriatic spondylitis	
	Reiter's syndrome	
	Inflammatory bowel disease	
	Scheuermann's disease (osteochondrosis)	
	Paget's disease of bone	
	DISH	
	Osteitis Condensans	

Κλινική εξέταση I

- Ψηλάφηση ακανθωδών αποφύσεων και ιερολαγονίων
- Παθογνωμονικά σημεία
π.χ σημείο lasegue (straight leg raise), FABER test
- Νευρολογική εξέταση (μυική ισχύς-τενόντια αντανακλαστικά, αισθητικότητα, βάρδιση)
- Παθολογικά σημεία από άλλα συστήματα (εξάνθημα, ΓΕΣ, ουροποιογεννητικό)



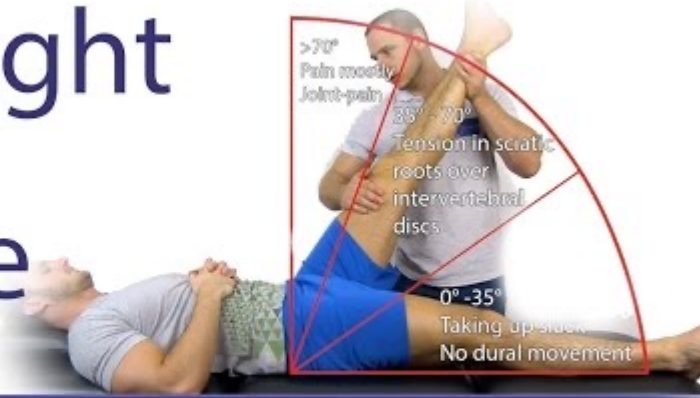
Lower Limb Dermatomes



Lower Limbs Myotomes

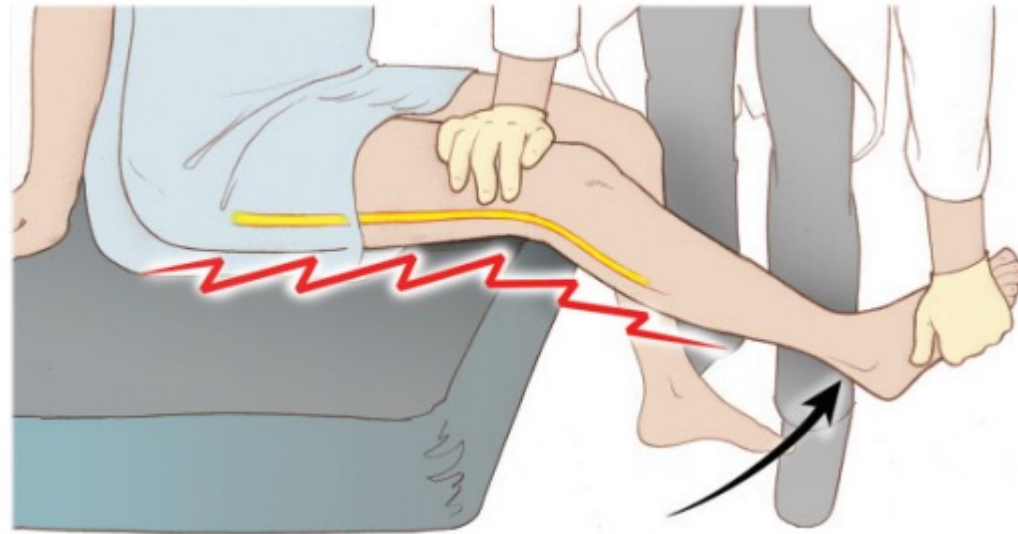
Movement	Nerve Root Segments
Hip flexion	L2/3
Hip extension	L4/5
Hip adduction	L2/3
Hip abduction	L4/5
Knee extension	L3/4
Knee flexion	L5/S1
Ankle Dorsiflexion	L4/5
Great toe extension	L5
Ankle plantarflexion	S1/2

Straight Leg Raise



 Assessment

PATRICK TEST (FABER)



Κλινική εξέταση II

- Σημείο Schober

- Μετρολογία

Στροφική ικανότητα κεφαλής

Απόσταση τράγου αυτιού από τοίχο

Πλάγια κάμψη κορμού

Πρόσθια κάμψη κορμού

Απόσταση σφυρών



- Παρουσία περιφερικής αρθρίτιδος
ενθεσίτιδος (αχίλλειος τένοντας, πελματιαία
απονεύρωση,) δακτυλίτιδος

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- Στην οξεία οσφυαλγία στο 95% των περιπτώσεων δεν χρειάζεται εργαστηριακός ή απεικονιστικός έλεγχος

5% red flags

Εργαστηριακός έλεγχος

- Γενική αίματος, γενική ούρων, μικροβιολογικές εξετάσεις (Καλλιέργειες αίματος, ούρων, υγρών)
- ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων
- Δείκτες φλεγμονής
- Δείκτες οστικού μεταβολισμού (ALP, PTH, 25(OH)D₃)

- HLA B27

θετικό έως 90% των ασθενών με AxSpA

οχι παθογνωμονικό, 8% ασυμπτωματικοί φορείς

- Ειδικές κατά περίπτωση εξετάσεις (Quantiferon, Mantoux, wright, PSA, καλπροτεκτίνη, εξέταση αρθρικού υγρού, μικροβιολογικές εξετάσεις)

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- 1 στους 4 ασθενείς με οσφυαλγία υποβάλλεται σε κάποια απεικόνιση, ωστόσο μόνο το 2-5% έχει πραγματική ένδειξη
συνέπειες: υπερδιάγνωση, ασφαλιστικό κόστος

Ενδείξεις απεικονιστικού ελέγχου:

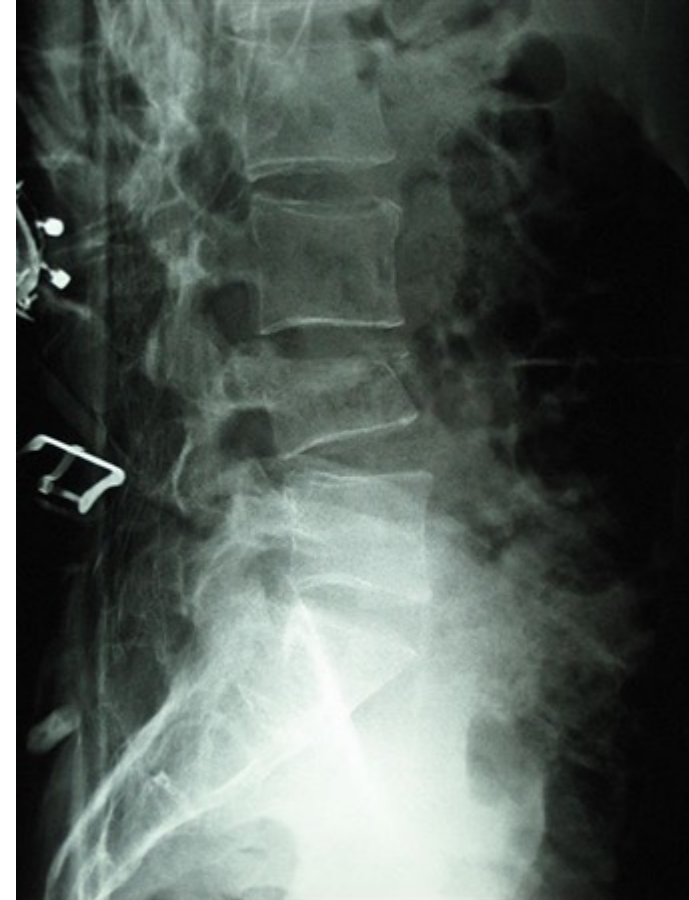
Redflags

Παιδιά ή ηλικία >50 ετών

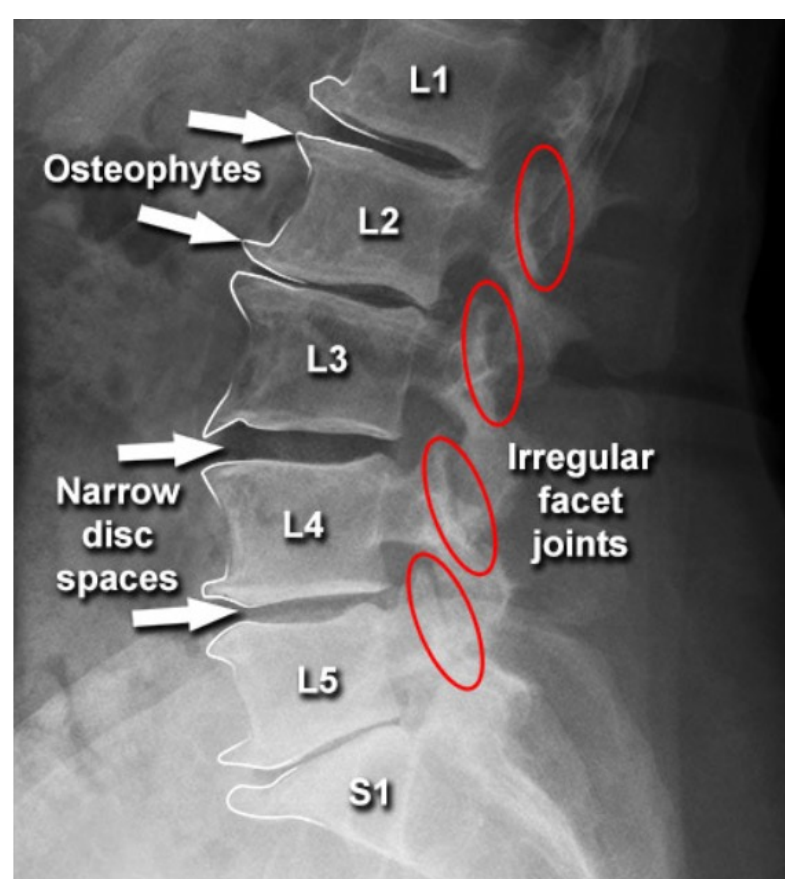
Πρόσφατο ιστορικό τραυματισμού

Μη ανταπόκριση στην χορηγούμενη θεραπεία

- Ακτινογραφίες (σπονδυλικά κατάγματα, οστεόφυτα, συνδεσμοφύτα, ιερολαγονίτιδα, οστεολύσεις)
- Αξονική τομογραφία
- Μαγνητική τομογραφία (οστικό οίδημα, εξέταση εκλογής για τη διάγνωση λοίμωξης της ΣΣ)
- Σπινθηρογράφημα οστών (διάγνωση των νεοπλασιών της ΣΣ, v. Paget)
- ΗΜΓ-ΗΝΓ (επι ενδείξεων ριζιτικής συνδρομής)



Εικ 1. οστεοπορωτικό κάταγμα



Εικόνα 2. εκφυλιστική σπονδυλοαρθρίτιδα

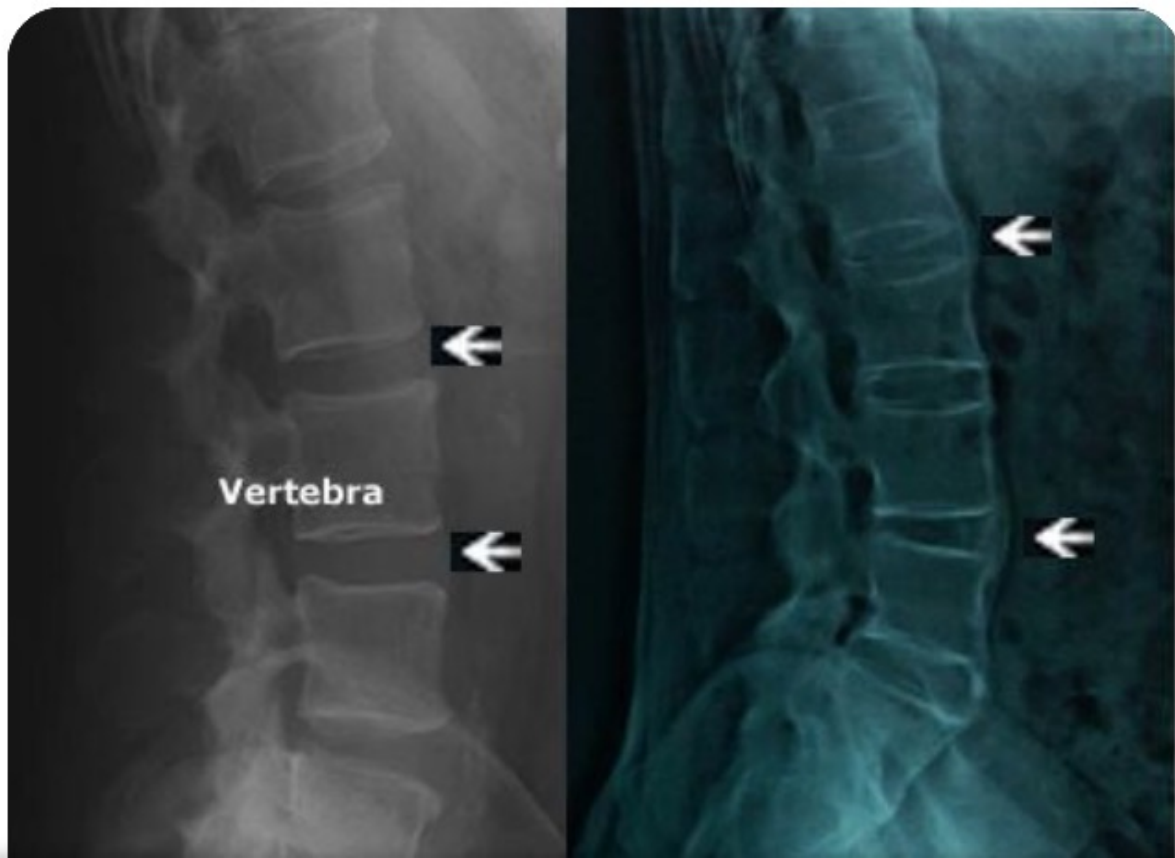


Εικ 3. οστεόλυση

ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ



- Βλάβες Romanus (shiny corner sign)
- Τετραγωνισμός των σπονδυλικών σωμάτων
- Συνδεσμοφύτα (ασβεστοποίηση του πρόσθιου ή οπίσθιου επιμήκους συνδέσμου)
- Γεφύρωση σπονδύλων- "bamboo spine"
- ενθεσόφυτα

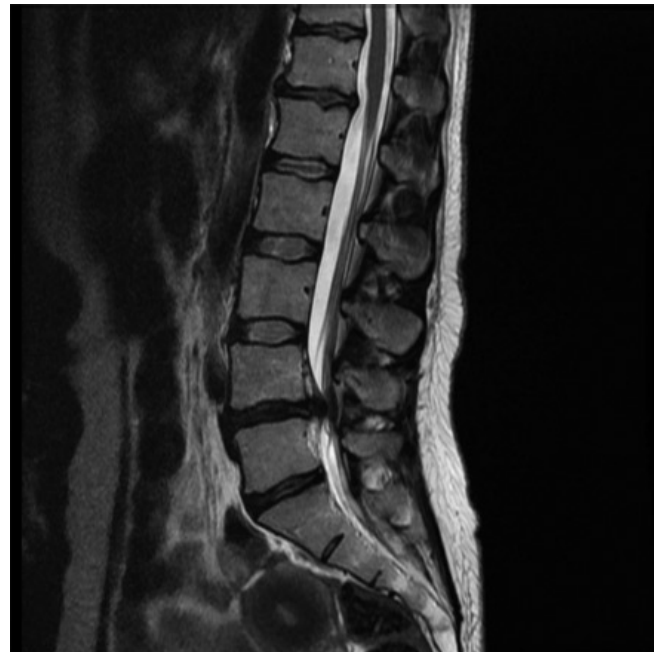




εικ. 5 CT οπισθοπεριτοναίου
Απόστημα λαγονοψώιτη



Εικ 6. MRI. σπονδυλοδισκίτιδα

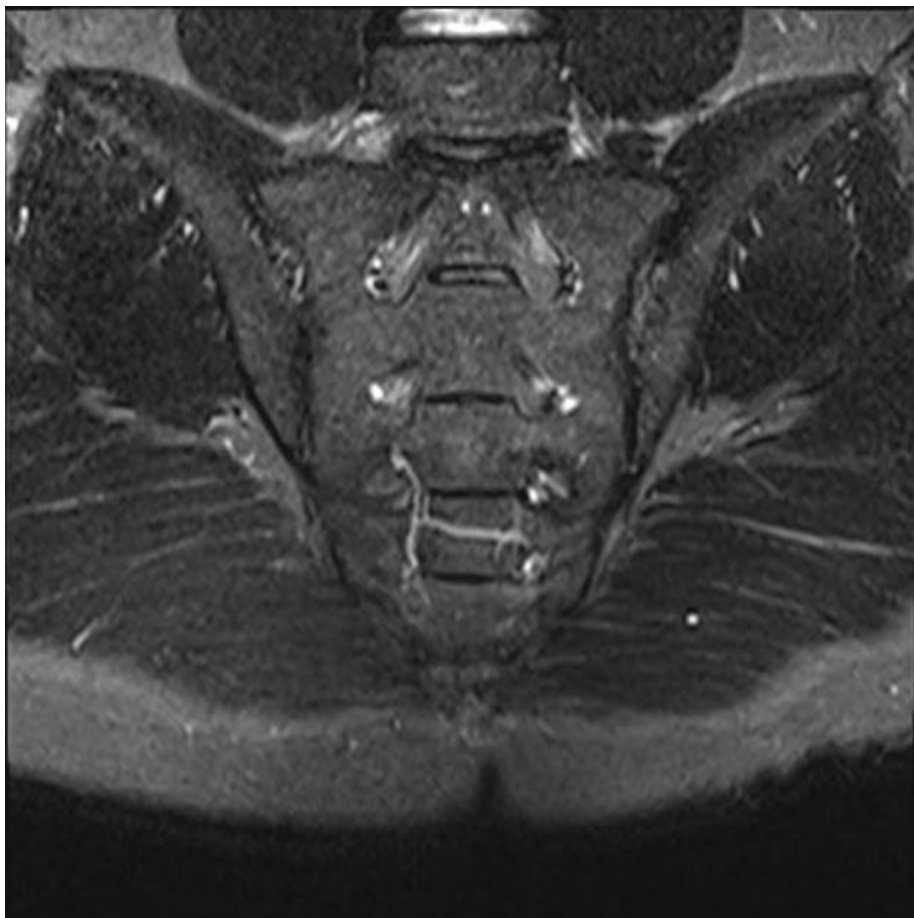


Εικόνα 7. MRI. πρόπτωση
μεσοσπονδυλίου δίσκου- σύνδρομο
ιππουρίδας

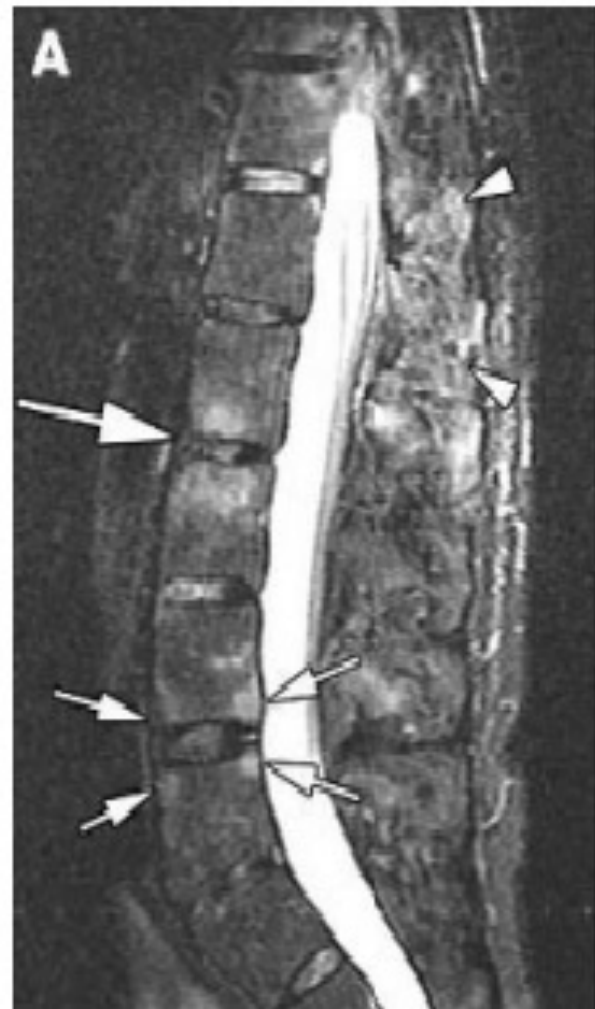


Εικ. 9 Scanning οστών.
οστική μετάσταση σε
Ca προστάτη

Ιερολαγονίτιδα-MRI



Σπονδυλίτιδα-MRI



Διάχυτη Ιδιοπαθής Σκελετική Υπερόστωση (DISH/Forestier's disease)

➤ συχνότερη στους άνδρες (19% vs. 4% >50 ετών)
σπάνια σε άτομα ηλικίας <40 ετών

➤ ασβέστωση και οστεοποίηση των καταφύσεων (ενθέσεων) των επιμήκων συνδέσμων, τενόντων της ΣΣ.
Εικόνα σαν «λυωμένο κερι που ρέει» κατά μήκος της ΣΣ

➤ Εκλυτικοί παράγοντες

- Μηχανικοί παράγοντες

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες και δίαιτα

παρατεταμένη έκθεση σε υπερβολικές δόσεις βιταμίνης A και παράγωγα αυτής (ισοτρετινοΐνη)

- Μεταβολικές καταστάσεις

αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης, ινσουλινόμορφου αυξητικού παράγοντα - 1 και αυξητικής ορμόνης →
αυξημένη οστεοβλαστική δραστηριότητα (σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, μεγαλακρία)

- Μειωμένα επίπεδα Gla protein and Dickkopf-1 (DKK1)/αυξημένα σκλεροστίνης

DISH II (κλινική εικόνα)

- Πόνος στον αυχένα, ΘΜΣΣ, οσφύ
- Δυσκαμψία >80%
- περιορισμός της κινητικότητας της ΣΣ.

➤ Επιπλοκές σπονδυλικής DISH

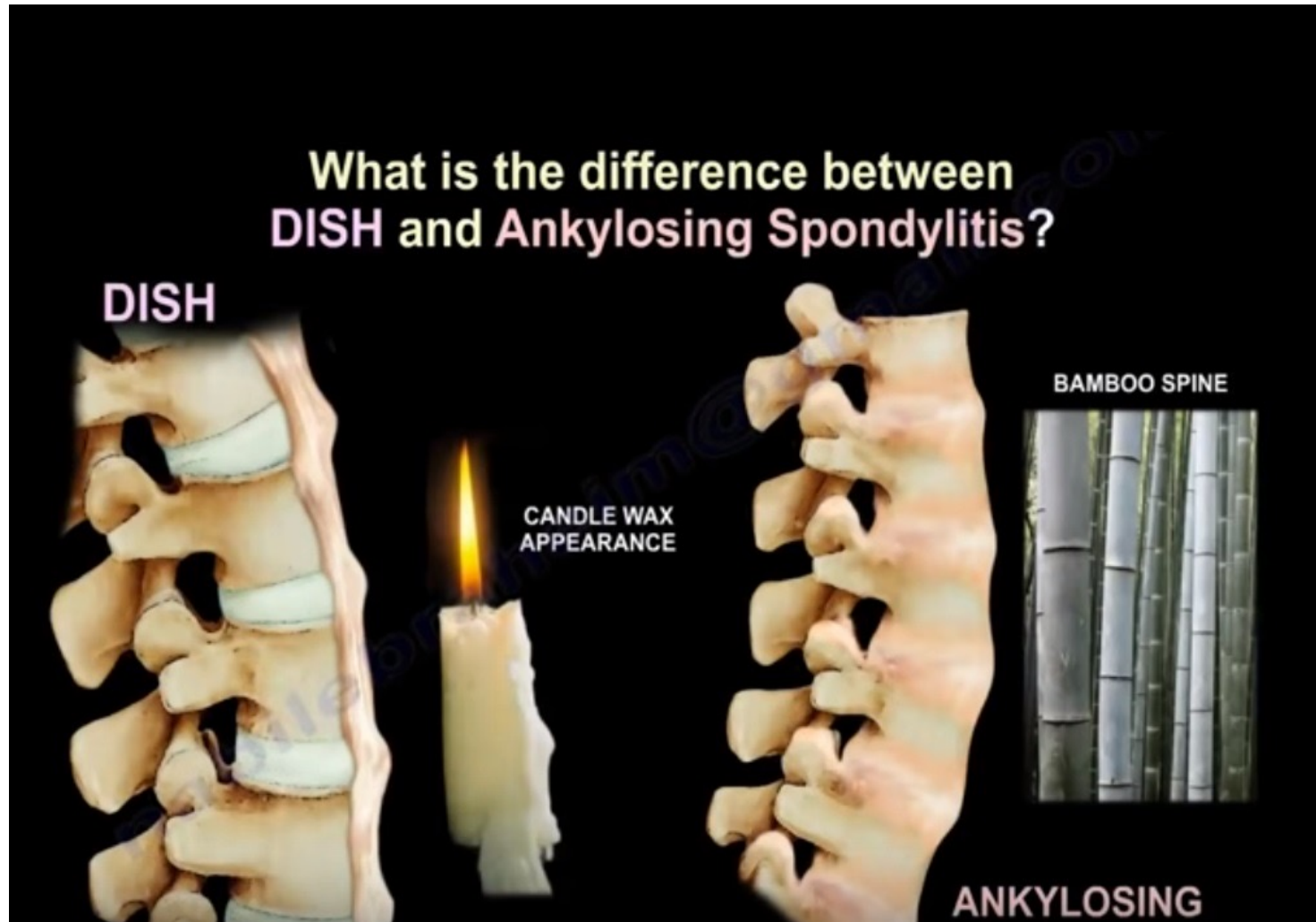
- Ανεπάρκεια σπονδυλικής αρτηρίας
- Άπνοια ύπνου
- Δυσφαγία, Βράγχος της φωνής, Ωταλγία
- Ασβεστοποίηση/οστεοποίηση συνδέσμων – τενόντων - απονευρώσεων – μυών / Ενθεσοπάθεια
- Κατάγματα
- Νευρολογικές διαταραχές λόγω αυχενικής μυελοπάθειας
- Σύνδρομο θωρακικής εξόδου, Συμπίεση κάτω κοίλης φλέβας
- Υπεξάρθρημα ή ψευδάρθρωση της ατλαντοαξονικής
- Εξοστώσεις, οστεοποίηση ηβικής σύμφυσης

Δ/Δ DISH από AS

Table 1. Main differences between SpA and DISH.

	SpA	DISH
Clinical Characteristics	<ul style="list-style-type: none">• Adolescents, young adults• Hx of psoriasis, IBD, uveitis, dactylitis• Family history• Hx of back pain before the age of 45• Inflammatory back pain or stiffness• Postural abnormalities• Response to NSAIDs	<ul style="list-style-type: none">• Elderly, but can be found in patients under 45 yo• Usually asymptomatic• Limitation of spinal mobility• Kyphosis, rarely dorsolumbar pain• dysphagia, hoarseness and stridor in some cases• strong association with DM and obesity
Laboratory	<ul style="list-style-type: none">• High CRP levels• HLA-B27	<ul style="list-style-type: none">• Metabolic syndrome associated features
Radiographic findings	<ul style="list-style-type: none">• Primarily affects the anulus fibrosus of the intervertebral discs• Continuous spine lesions• Shiny corner sign• Bamboo spine• Vertebral body squaring• Syndesmophytes• Sacroiliitis: Joint space stenosis, subchondral sclerosis and ankylosis of the lower one third (synovial) part of the SI joint	<ul style="list-style-type: none">• Continuous bulky calcification of the anterior longitudinal ligament• Osteophytic bridging of at least 4 continuous vertebrae, typically of the thoracic spine• Whiskering enthesopathy of the greater and lesser trochanters, ischial tuberosities and iliac crests• Periarticular hyperostosis of the hands, knees, elbows and quadriceps tendon insertion

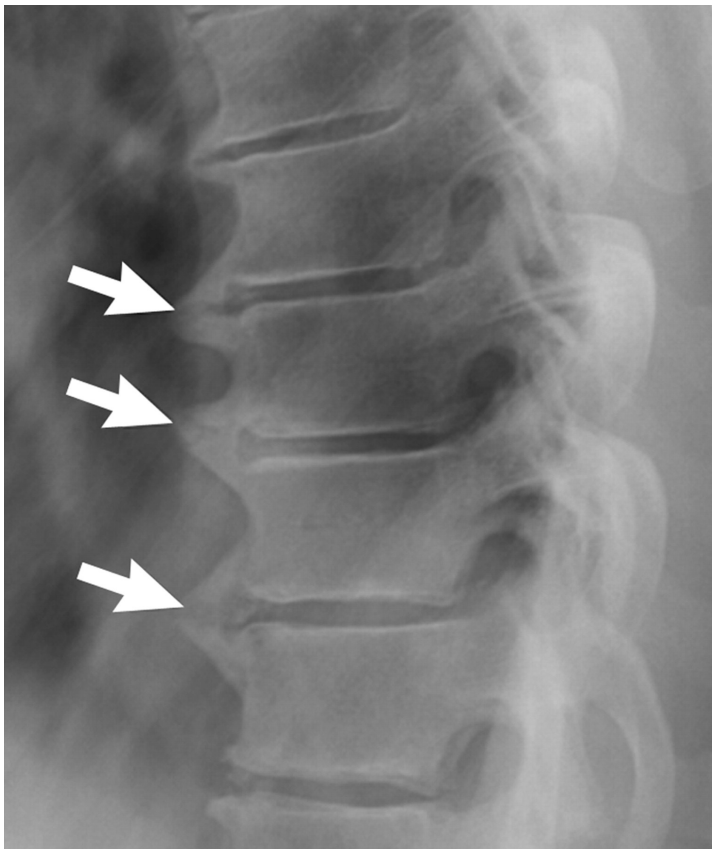
DISH ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ



DISH

vs.

AS



Πυκνωτική οστεΐτις (Osteiitis condensata)

- Επιπολασμός 0.9-2.5%
- κυρίως σε πολύτοκες γυναίκες, σε γυναίκες. Πολύ λιγότερο συχνά (σε αναλογία 9/1) παρατηρείται και στους άνδρες.
- *καλοήθους σκλήρυνση της λαγόνιας πλευράς των ιερολαγονίων, συνήθως συμμετρική και σπάνια ετερόπλευρη (συνήθως τυχαίο εύρημα)*
- 30% των περιπτώσεων μπορεί να προκαλέσει πόνο στην οσφυ

βύθιος και εντοπίζεται στην μία ή την άλλη πλευρά της μέσης γραμμής και, σε μερικές περιπτώσεις, ακτινοβολεί στον γλουτό.

χειροτερεύει στη διάρκεια της εμμηνορυσίας.

Συχνά παρουσιάζεται στη διάρκεια της κύησης ή στη μεταγεννητική περίοδο.

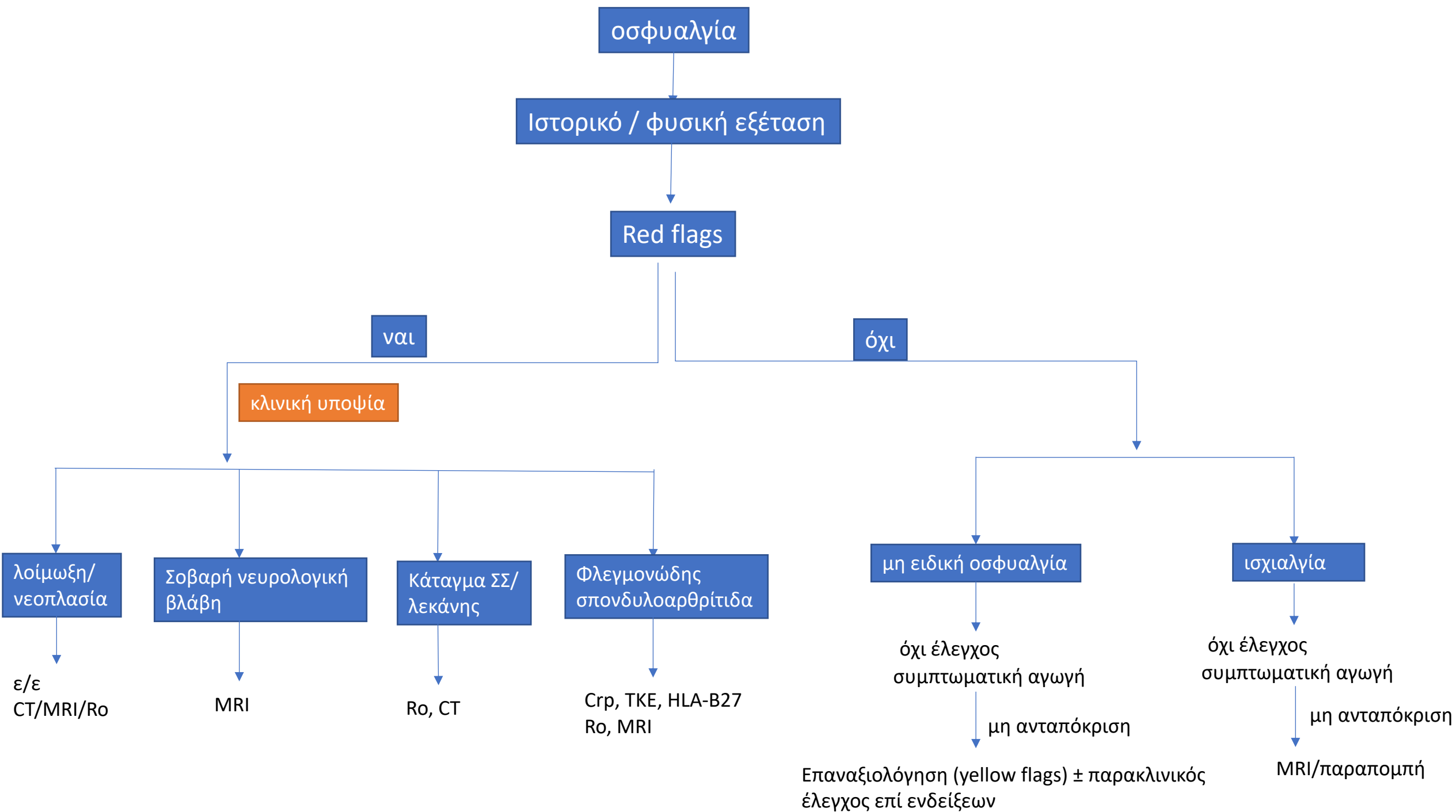
Τα επεισόδια του πόνου μπορεί να διαρκούν εβδομάδες έως μήνες.

- Πρωινή δυσκαμψία συνήθως ήπια και διαρκεί λιγότερο από 1 ώρα

Πυκνωτική οστείτις – Ακτινολογική εικόνα

- τριγωνική σκληρυντική περιοχή στο κάτω τμήμα της λαγόνιας πλευράς της ιερολαγόνιας άρθρωσης. Τυπικά αμφοτερόπλευρη και συμμετρική και συνδέεται με καλώς αφορισμένα αρθρικά χείλη και φυσιολογικό μεσάρθριο διάστημα.
- Οι ακτινολογικές αλλοιώσεις μπορεί να υποχωρήσουν με την πάροδο του χρόνου.





οσφυαλγία

Ιστορικό / φυσική εξέταση

Red flags

ναι

όχι

κλινική υποψία

λοίμωξη/
νεοπλασία

ε/ε
CT/MRI/Ro

Σοβαρή νευρολογική
βλάβη

MRI

Κάταγμα ΣΣ/
λεκάνης

Ro, CT

Φλεγμονώδης
σπονδυλοαρθρίτιδα

Crp, TKE, HLA-B27
Ro, MRI

μη ειδική οσφυαλγία

όχι έλεγχος
συμπτωματική αγωγή

μη ανταπόκριση

Επαναξιολόγηση (yellow flags) ± παρακλινικός
έλεγχος επί ενδείξεων

ισχιαλγία

όχι έλεγχος
συμπτωματική αγωγή

μη ανταπόκριση

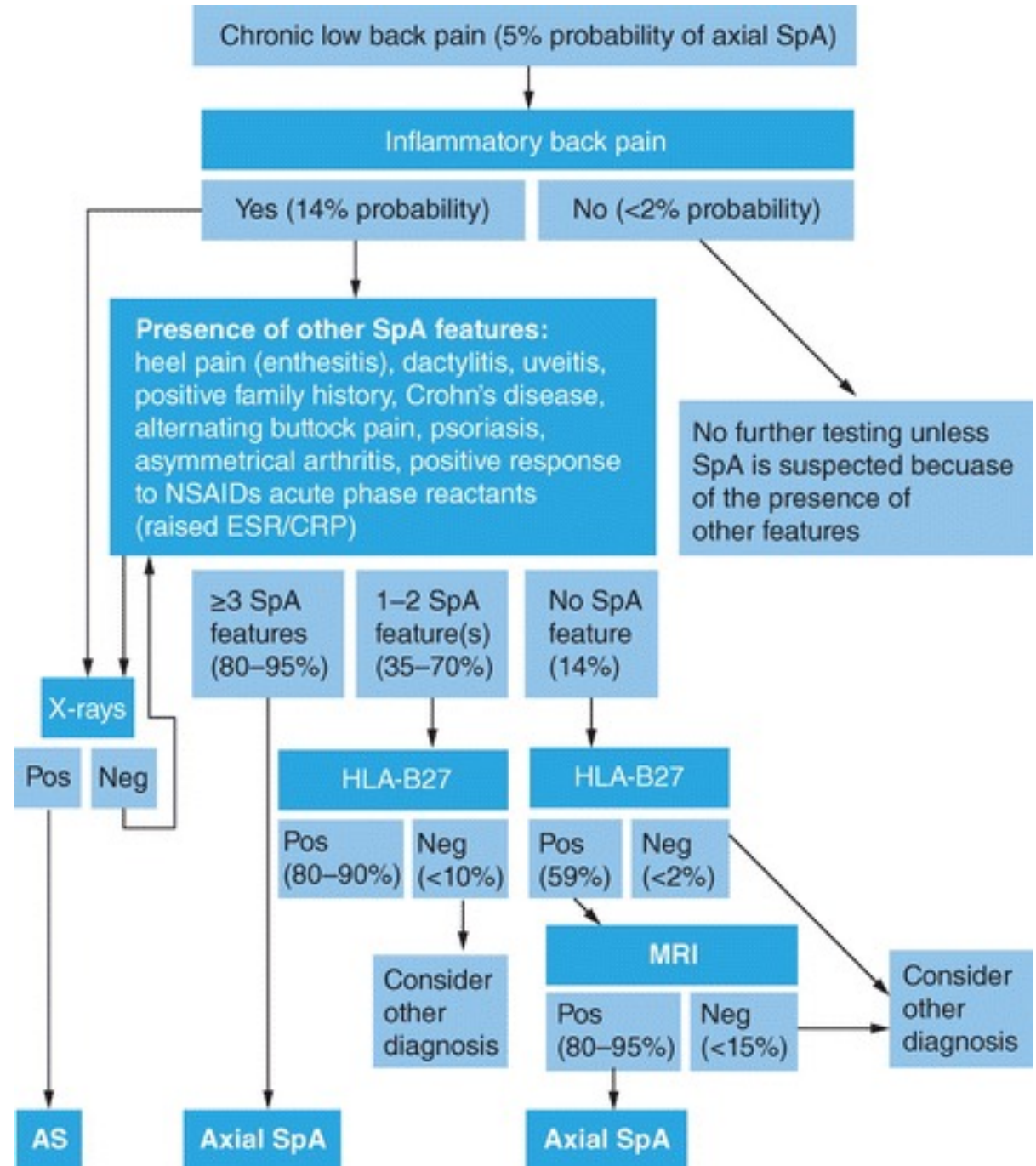
MRI/παραπομπή

Ασθενείς <45 ετων με οσφυαλγία >3 μήνες

Ιερολαγονίτιδα απεικονιστικά και 1 τουλάχιστον ή HLAB-27 και 2 τουλάχιστον από τα παρακατω κριτήρια:

- Φλεγμονώδης οσφυαλγία
- Περιφερική αρθρίτιδα
- Ενθεσίτιδα
- Ραγοειδίτιδα
- Δακτυλίτιδα
- Ψωρίαση
- Κολίτιδα
- Καλή ανταπόκριση στα ΜΣΑΦ
- Οικογενειακό ιστορικό αγκυλωτικής σπονδυλαρθρίτιδας
- Αντιγόνο ιστοσυμβατότητας B27
- Αυξημένη CRP

Ευαισθησία 82.9% ειδικότητα 84.4%



Παράγοντες κινδύνου μετάπτωσης σε χρόνια οσφυαλγία

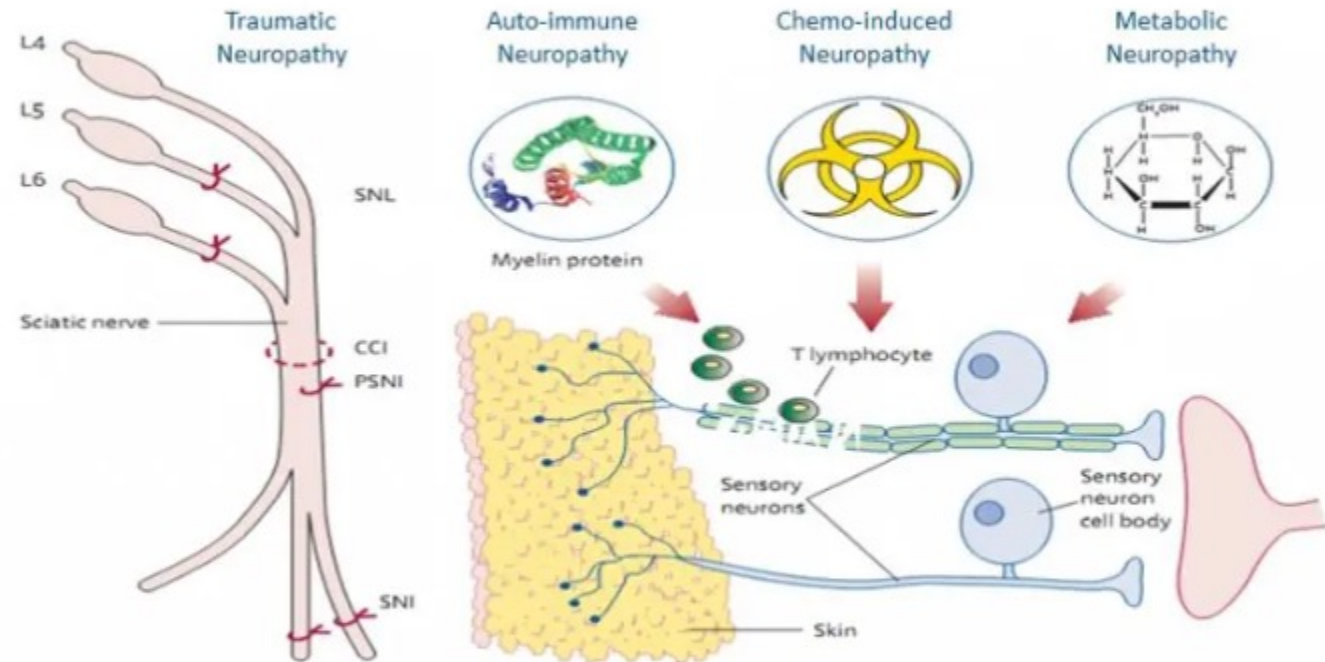
Yellow flags

- High baseline pain and disability
- Sleep problems
- Depression
- Anxiety
- Pain catastrophising
- Work dissatisfaction
- Poor social support

- Low socioeconomic status
- General health-related related (eg, opioid use and sedentary lifestyle)
- Fear-avoidance beliefs
- Irritability
- Toxic relationships
- Reduced perceived control over one's life

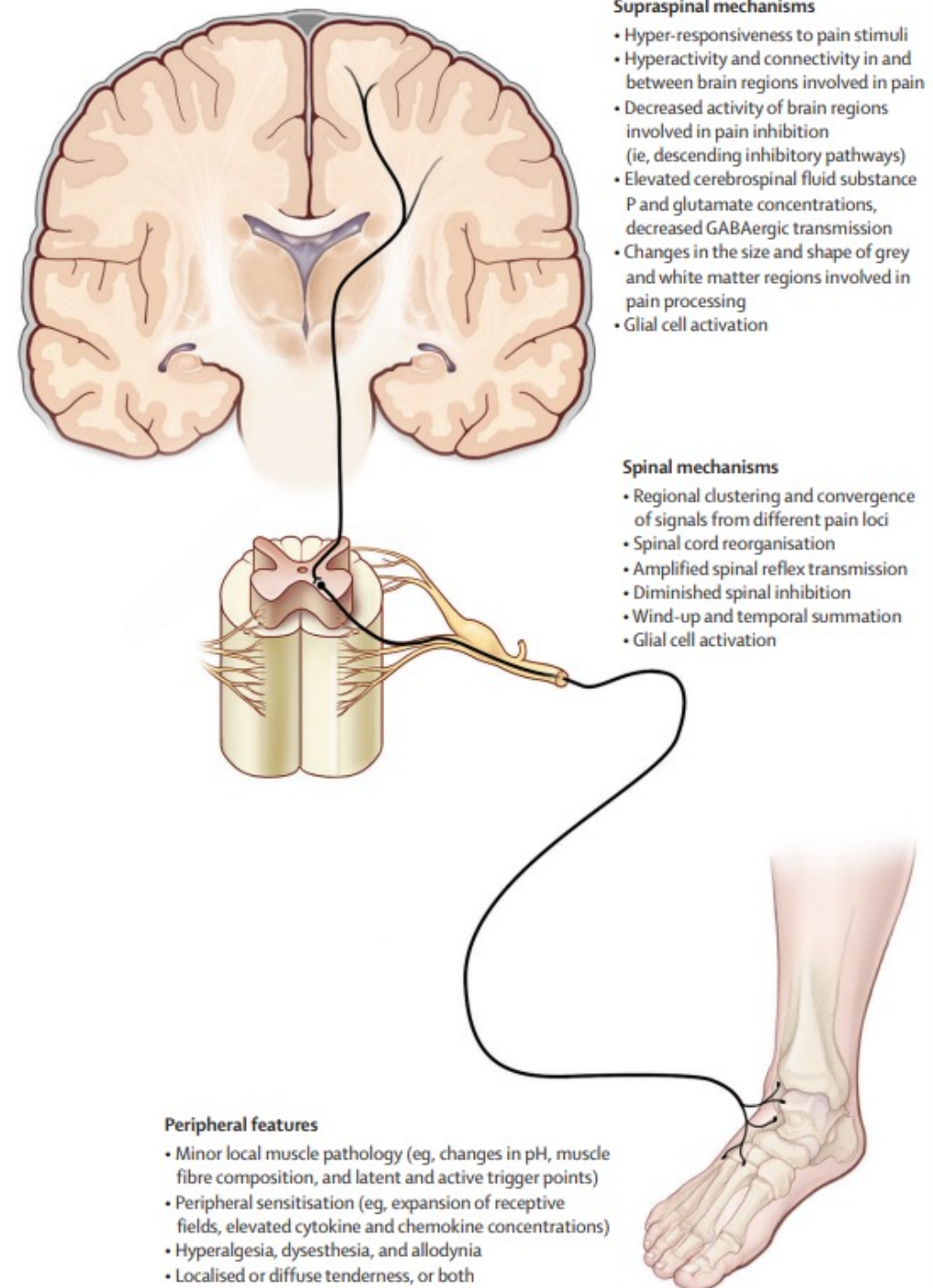
Νευροπαθητικός πόνος

- βλάβη στο σωματοαισθητικό νευρικό σύστημα
(πιεστικές νευροπάθειες, νευροπάθεια μικρών νευρικών ινών)
- Μπορεί να παρουσιάζει πολλαπλούς χαρακτήρες (νυγμώδες, αιμωδία, καυσαλγία)



Αλγοπλαστικός πόνος (nociceplastic pain)

- πόνος που προκύπτει λόγω διαταραγμένης αλγοαισθητικότητας παρά την απουσία βλαπτικού ερεθίσματος ή νευροπαθητικής βλάβης
- Συχνά πολυεστιακός και δυσανάλογος σε σχέση με το υποκείμενο ερέθισμα
- Κεντρική ευαισθητοποίηση
- Συχνά αποτελεί εκδήλωση ινομυαλγίας



Κεντρική ευαισθητοποίηση

- αποτέλεσμα έντονης, παρατεταμένης και/ή επανειλημμένης εισροής αλγαισθητικών ερεθισμάτων δομικές, λειτουργικές και χημικές μεταβολές που έχουν ως αποτέλεσμα υπερευασθησία του ΚΝΣ σε ήπιας έντασης ή και σε απουσία ερεθίσματος

➤ Νωτίαιος Μυελός

αυξημένη και παρατεταμένη (ακόμη και μετά τη παύση των αρχικών ερεθισμάτων) εκφόρτιση των νευρωνων του ραχιαίου κέρατος

μειώμενος ουδός, διεύρυνση υποδεκτικού πεδίου

Υπολειτουργία κατερχόμενων ανασταλτικών οδών

➤ Εγκέφαλος

μεταβολές του όγκου της φαιας ουσίας σε περιοχές που ευοδώνουν ή αναστέλλουν την επεξεργασία του ερεθίσματος

Αυτόματη νευρωνική δραστηριότητα

Υπερσυνδεσιμότητα και αυξημένη συναπτική δραστηριότητα μεταξύ περιοχών που επεξεργάζονται το πόνο

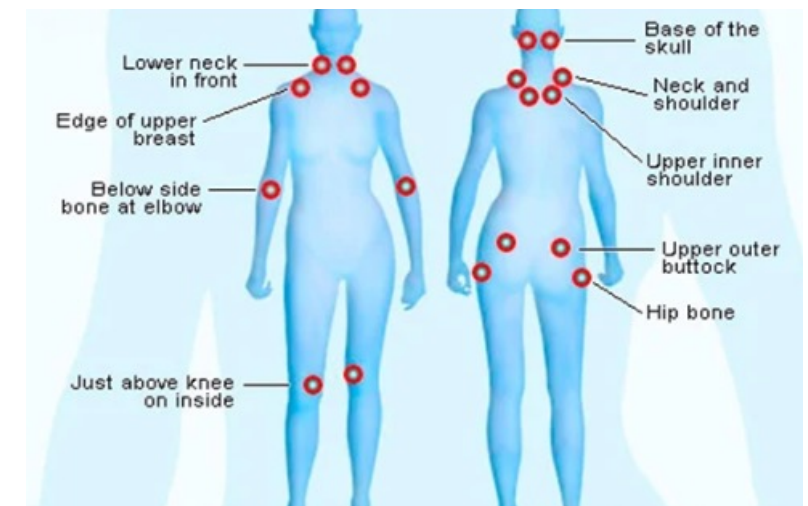
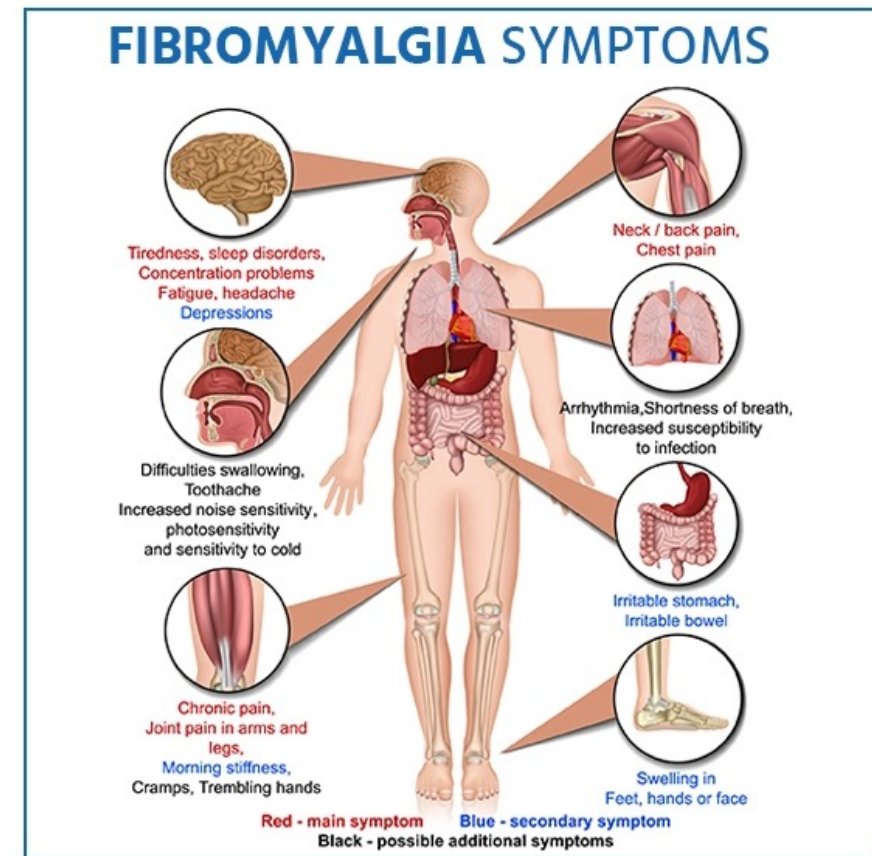
αυξημένα επίπεδα γλουταμινικού και ασπαρτικού οξέος ή νευροδιαβιβαστή P

μειωμένα επίπεδα GABA

ενεργοποίηση των μικρογλοιακών κυττάρων

Ινοµυαλγία

- 5% γενικό πληθυσμό / 13-25% σε ασθενείς με ρευµατικό νόσηµα
- Αλλοδυνία, υπεραλγησία
- διαταραχές ύπνου, χρόνια κόπωση, κεφαλαλγία, σύνδροµο ευερέθιστου εντέρου
- Συνήθως συνυπάρχουν και άλλες ψυχοσωµατικές διαταραχές (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, ιδεοψυχαναγκασµός)



Αντιμετώπιση Οξείας μη ειδικής οσφυαλγίας

- Αποφυγή κλινοστατισμού (max 3-4 ημέρες)
- Διατήρηση καθημερινών δραστηριοτήτων
- ΜΣΑΦ (± μυοχαλαρωτικά ;;;;)
- Σε πολυ έντονα συμπτώματα οποιοειδή (μικροτερο δυνατή δόση για λίγες μόνο μέρες)
- 60-70% ασθενών με οξεία οσφυαλγία αναρρώνουν πλήρως εντός 6 εβδομάδων και 90% εντος 12 εβδομάδων, ωστόσο 2/3 των ασθενών υποτροπιάζουν εντος 12 μηνών
- Καθε θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να διατηρείται για 4-6 εβδομάδες πριν θεωρηθεί ως μη αποτελεσματική

Recommendations of clinical practice guidelines for treatment of low back pain

Recommendations for treatment	AFRI (2015)	AUS (2016)	BRA (2013)	BEL (2017)	CAN (2015)	DEN (2017)	FIN (2011)	GER (2017)	MAL (2012)	MEX (2011)	NETH (2010)	PHI (2011)	SPA (2012)	UK (2016)	USA (2017)	% of agreement
Avoiding bed rest	X	X	-		X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	11 out of 12 (92%)
Acute LBP	X	X	-		X	X			X	X	X			-	-	7 out of 11 (64%)
Any duration of symptoms			-				X	X				X	X			4 out of 11 (36%)
Using patient education - advise to maintain normal activities		X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12 out of 14 (68%)
Acute LBP		X	-		X	X		X	X			X			X	7 out of 12 (58%)
Any symptom duration			-	X			X				X		X	X	-	5 out of 12 (42%)
Using patient education -		X	-	X	X	X	X		X		X		X	X	X	10 out of 14 (71%)
Prescription of NSAIDs for any symptom duration	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	14 out of 15 (93%)
<i>Insufficient data regarding NSAIDs for chronic LBP</i>									X							1 out of 15 (7%)
Prescription of paracetamol	-		X		X		X		X	X	X	X	X			8 out of 14 (57%)
Acute LBP	-				X		X				X	X				4 out of 8 (50%)
Chronic LBP	-		X		X							X				3 out of 8 (37%)
Any symptom duration	-								X	X			X			3 out of 8 (37%)
Against the prescription of paracetamol	-			X		X		X						X	X	5 out of 14 (36%)
Using opioids	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	13 out of 15 (87%)
Acute LBP	X			X	X		X	X		X		X		X		8 out of 13 (61%)
Chronic LBP			X					X			X	X			X	5 out of 13 (38%)
Any duration of symptoms									X				X			2 out of 13 (23%)
Against the prescription of opioids		X												X		3 out of 15 (23%)
Acute LBP		X						X								2 out of 3 (66%)
Chronic LBP														X		1 out of 3

Table 2 (continued)

<i>Using antidepressants</i>	-	-	X	X	-	X	X	-	X	-	X	X	X	8 out of 10 (80%)	
Chronic LBP	-	-	X	X	-	X		-	X	-	X		X	6 out of 8 (75%)	
<i>Against the prescription of antidepressants</i>	-	-		X	-			-		-			X	2 out of 10 (20%)	
<i>Using muscle relaxants</i>				X	-	X		-	X		X	X	-	X	6 out of 11 (54%)
Acute LBP					-	X		-			X		-	X	3 out of 6 (50%)
Chronic LBP				X	-			-			X		-		2 out of 6 (33%)
Any duration of symptoms					-			-	X			X	-		2 out of 6 (33%)
<i>Against the prescription of muscle relaxants</i>	X	-	X	X	-		X	-			X		-		5 out of 11 (45%)
<i>Using herbal medicines</i>	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 out of 2 (50%)
<i>Against the prescription of herbal medicines</i>	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	1 out of 2 (50%)
<i>Referral to specialist in case of suspicion of specific pathologies or radiculopathy</i>				X	X	X	X	X	X		X	X	X	-	9 out of 13 (69%)
<i>Referral to specialist if there is no improvement after four weeks to two years</i>	X	X	-		X	X		X			X		X	-	7 out of 13 (54%)
<i>Against injections</i>	-	X	-		X	-	-	X		-	X		-	X	5 out of 8 (62%)
<i>Using surgery</i>	-								X	-		X	-	-	2 out of 8 (25%)
<i>Against surgery</i>	-	X	-		X	-	-	X		-		-	X	-	4 out of 8 (50%)



Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis

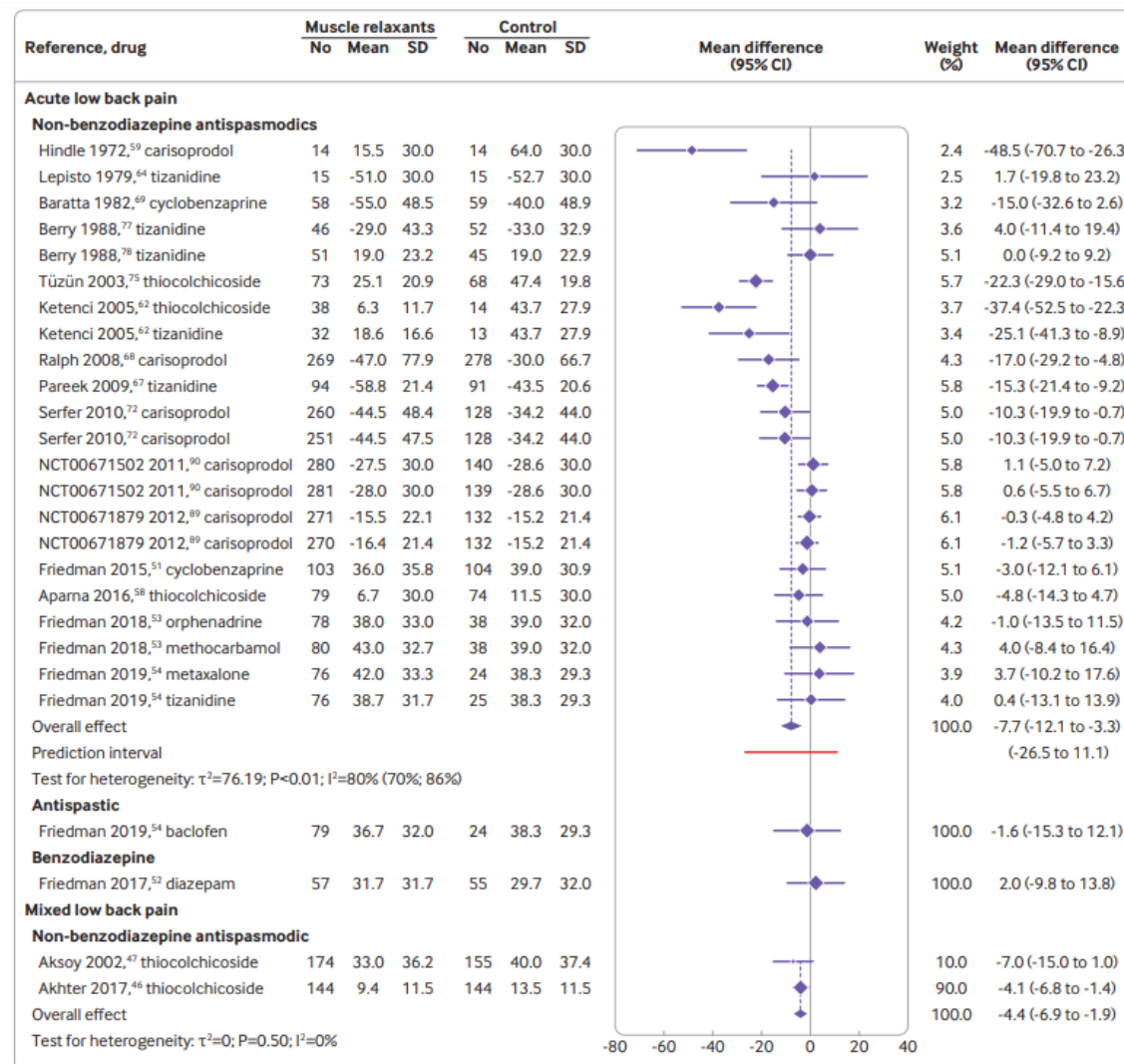


Fig 2 | Effect of muscle relaxants compared with control on pain intensity (0-100 scale) at immediate term (≤ 2 weeks) post-randomisation for adults with low back pain. Negative values for mean differences indicate that effects favour muscle relaxants compared with control, whereas positive values for trial observations indicate change from baseline

(continued)

<i>Using psychosocial therapy</i>	-	X	-	X	X	-	X	X	X	X	X	-	X	X	X	11 out of 11 (100%)
Chronic LBP	-		-	X	X	-	X	X	X		X	-	X	X	X	9 out of 11 (82%)
Acute LBP	-	X	-			-						-				1 out of 11 (9%)
Any duration of symptoms	-		-			-			X			-				1 out of 11 (9%)
<i>Using exercise therapy</i>	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14 out of 15 (93%)
Chronic LBP			X		X		X	X	X	X	X	X	X		X	10 out of 14 (71%)
Acute LBP	X					X				X						3 out of 14 (21%)
Any duration of symptoms				X										X		2 out of 14 (14%)
<i>Using spinal manipulation</i>		-	-	X	X	X		X	X	-	X	X	-	X	X	9 out of 11 (81%)
Acute LBP		-	-		X	X		X		-	X	X	-		X	6 out of 9 (66%)
Chronic LBP							X					X			X	3 out of 9 (33%)
Any duration of symptoms				X				X						X		3 out of 9 (33%)
<i>Against the use of spinal manipulation</i>	X	-	-							-	X		-			2 out of 11 (19%)
Chronic LBP											X					1 out of 2 (50%)
Acute LBP	X															1 out of 2 (50%)
<i>Using acupuncture</i>	X	X	-	-		X	-		-	-	-	-			X	4 out 8 (50%)
<i>Against the use of acupuncture</i>			-	-	X		-	X	-	-	-	X	-	X		4 out 8 (50%)

"-" = The guideline did not provide any recommendation regarding the approach.

"X" = The guideline endorsed the recommendation regarding the approach.

" " = The guideline did not endorse the recommendation regarding the approach.

Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians

Appendix Table 1. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Acute or Subacute Low Back Pain

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)	Data
Pharmacologic treatments vs. placebo (acute only)				
Acetaminophen				
Pain		No effect	Low (1 RCT)	0 to 10 scale: Score differences, ≤ 0.20 point
Function		No effect	Low (1 RCT)	RDQ: Score differences, ≤ 0.60 point
NSAIDs				
Pain		Small (pain intensity)	Moderate (5 RCTs)	0 to 100 scale: WMD, -8.39 (95% CI, -12.68 to -4.10); chi-square, 3.47; $P > 0.10$)
Function		No effect (pain relief) Small	Low (2 RCTs)	0 to 24 RDQ: Score differences, 2.4 to 2.9 points; $P < 0.001$
SMRs				
Pain		Small	Moderate (5 RCTs)	0- to 10-point visual analogue scale 2 to 4 d: RR, 1.25 (CI, 1.12 to 1.41) 5 to 7 d: RR, 1.72 (CI, 1.32 to 2.22)
Systemic corticosteroids				
Pain		No effect	Low (2 RCTs)	No clear difference (single intramuscular injection or a 5-d course of systemic corticosteroids)
Function		No effect	Low (2 RCTs)	
Nonpharmacologic treatments vs. sham, no treatment, or usual care (acute or subacute)				
Exercise vs. usual care				
Pain		No effect	Low (6 RCTs)	0 to 100 scale Acute, intermediate-term: WMD, 0.59 (CI, -11.51 to 12.69) Subacute: WMD, 1.89 (CI, -1.13 to 4.91)
Function		No effect	Low (6 RCTs)	Acute, short-term: WMD, -2.82 (CI, -15.35 to 9.71) Acute, intermediate-term: WMD, 2.47 (CI, -0.26 to 5.21) Subacute: WMD, 1.07 (CI, -3.18 to 5.32)
Acupuncture vs. sham acupuncture				
Pain		Small	Low (2 RCTs)	0 to 100 scale MD, 9.38 (CI, 1.76 to 17.0; $I^2 = 27\%$) 3 other trials reported effects consistent with these findings
Function		No effect	Low (5 RCTs)	No clear effect
Massage vs. sham massage				
Pain		1 wk: Moderate 5 wk: No effect	Low (2 RCTs)	1 wk: SMD, -0.92 (CI, -1.35 to -0.48) There was no significant difference in pain at 5 wk in 1 trial
Function		1 wk: Moderate 5 wk: No effect	Low (2 RCTs)	1 wk: SMD, -1.76 (CI, -3.19 to -0.32) There was no significant difference in function at 5 wk in 1 trial
Spinal manipulation vs. inert treatment				
Pain		No effect	Low (3 RCTs)	0 to 10 scale at 1 wk: WMD, 0.14 (CI, -0.69 to 0.96 ; $I^2 = 27\%$), although 1 trial found spinal manipulation to be associated with better pain relief at 3 mo; MD, -1.20 (CI, 2.11 to -0.29)
Function		No effect	Low (2 RCTs)	1 wk: SMD, -0.08 (CI, -0.37 to 0.21 ; $I^2 = 0\%$) 3 mo: SMD, -0.28 (CI, -0.59 to 0.02)
Spinal manipulation vs. sham treatment				
Function		Small	Low (2 RCTs)	Statistically significant in 1 trial
Heat wrap vs. placebo				
Pain		Moderate	Moderate (4 RCTs)	0 to 5 scale, 5 d: MD, 1.06 (CI, 0.68 to 1.45)
Function		Moderate	Moderate (2 RCTs)	0 to 100 scale, 3 to 4 d: score differences, 16 to 20 points RDQ, 4 d: MD, -2.10 (CI, -3.19 to -1.01)

Ειδικές νοσολογικές οντότητες

- Λοίμωξη

iv αντιβιοτικά (± άλλη παρέμβαση)

- Οστεοπορωτικό κάταγμα

Αντιοστεοπορωτικά (± χειρουργική παρέμβαση π.χ κυφοπλαστική)

- Νευρολογική σημειολογία

Ενδοραχιαίες εγχύσεις κορτικοειδών

Χειρουργική αποσυμπίεση (δισκεκτομή)

- Αορτικό ανεύρυσμα, Νεοπλασία

άμεση παραπομπή σε ειδικό

Initial treatment of serious causes of low back pain

Disease	Initial treatment and consultation
Abdominal aortic aneurysm	Two large bore IVs. Six units of blood for crossmatch. Immediate vascular surgery consultation. Age-appropriate preoperative laboratories, including hematocrit and creatinine.
Cancer	Aggressive analgesia. CBC, CXR (looking for metastases), and CT or MRI to determine extent of disease.
Cauda equina or cord compression syndromes	Immediate neurosurgical consultation. Imaging with MRI or CT myelography. Dexamethasone. Age-appropriate preoperative laboratories.
Epidural abscess or spinal infection	Blood cultures × 3. IV antibiotics, generally a combination of anti-staphylococcal and aminoglycoside agents. Neurosurgical consultation. Age-appropriate preoperative laboratories.
Fractures	Appropriate analgesia. CT to define the extent of injury. Orthopedic or neurosurgical consultation (often institution-specific). Additional work-up needed if fractures are atraumatic.

The 2021 NICE guidelines for assessment and management of chronic pain: A cross-sectional study mapping against a sample of 1,000* in the community

British Journal of Pain
2022, Vol. 16(4) 439–449
© The Author(s) 2022



Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/20494637221083837
journals.sagepub.com/home/bjp



Nonpharmacologic treatments vs. sham, no treatment, or usual care

Exercise vs. no exercise		
Pain	Small	Moderate (19 RCTs)
Function	Small	Moderate (18 RCTs)
Exercise vs. usual care		
Pain	Small	Moderate (3 RCTs)
Function	Small	Moderate (18 RCTs)
MCE vs. minimal intervention		
Pain	Moderate	Low (2 RCTs)
Function	Small	Low (3 RCTs)
Tai chi vs. wait list or no tai chi		
Pain	Moderate	Low (2 RCTs)
Function	Small	Low (1 RCT)

Multidisciplinary rehabilitation vs. usual care		
Pain	Short-term: Moderate Long-term: Small	Moderate (9 RCTs)
Disability	Small	Moderate (9 RCTs)
Return to work	No effect	Moderate (7 RCTs)
Multidisciplinary rehabilitation vs. no multidisciplinary rehabilitation		
Pain	Moderate	Low (3 RCTs)
Disability	Small	Low (3 RCTs)
Acupuncture vs. sham acupuncture		
Pain	Moderate	Low (9 RCTs)
Function	No effect	Low (9 RCTs)
Acupuncture vs. no acupuncture		
Pain	Moderate	Moderate (4 RCTs)
Function	Moderate	Moderate (3 RCTs)

Appendix Table 2—Continued

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Yoga vs. usual care			
Pain		Moderate	Low (1 RCT)
Function		Moderate	Low (1 RCT)
Yoga vs. education			
Pain		Short-term: Small Long-term: No difference	Low (5 RCTs)
Function		Small	Low (5 RCTs)
Mindfulness-based stress reduction vs. usual care			
Pain		Improved	Moderate (3 RCTs)
Function		Improved	Moderate (3 RCTs)

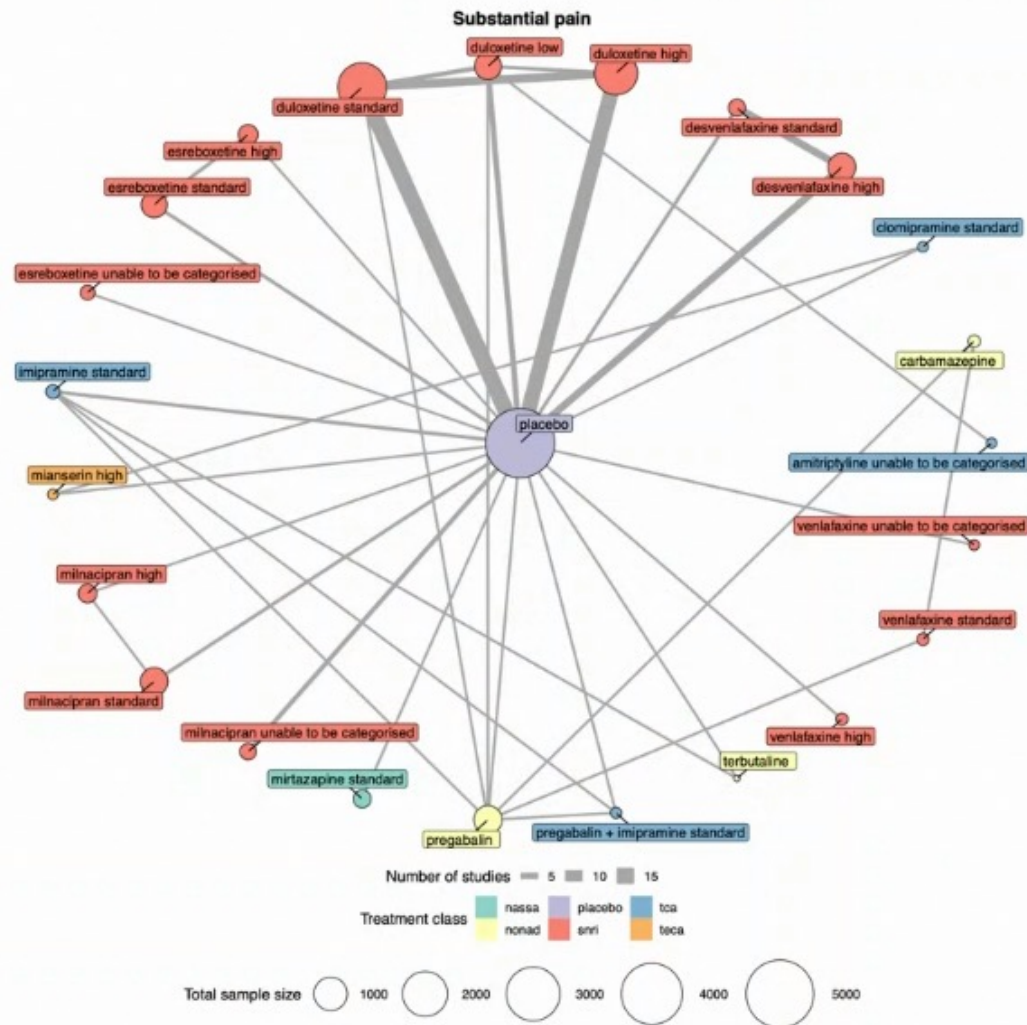
Appendix Table 2—Continued

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Massage vs. usual care			
Pain		No effect	Low (1 RCT)
Spinal manipulation vs. sham treatment			
Pain		No effect	Low (4 RCTs)
Spinal manipulation vs. inert treatment			
Pain		Small	Low (7 RCTs)
Ultrasound vs. sham ultrasound			
Pain		No effect	Low (5 RCTs)
Ultrasound vs. no ultrasound			
Pain		No effect	Low (5 RCTs)
Function		No effect	Low (5 RCTs)
TENS vs. sham treatment			
Pain		No effect	Low (4 RCTs)
Disability		No effect	Low (2 RCTs)
LLLT vs. sham laser			
Pain		Small	Low (3 RCTs)
Function		Small	Low (1 RCT)
Kinesio taping vs. sham taping			
Function		No effect	Low (2 RCTs)

Appendix Table 2. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Chronic Low Back Pain

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Pharmacologic treatments vs. placebo			
NSAIDs	Pain	Small to moderate	Moderate (6 RCTs)
	Function	Small to no effect	Low (4 RCTs)
Strong opioids	Pain	Small	Moderate (10 RCTs)
	Function	Small	Moderate (8 RCTs)
Tramadol	Pain	Moderate	Moderate (7 RCTs)
	Function	Small	Moderate (7 RCTs)
Opioids: buprenorphine patch or sublingual (subacute or chronic)	Pain	Small	Low (3 RCTs)
Tetrazepam	Pain	Lower likelihood of failure to improve	Low (2 RCTs)
	Overall improvement	Lower likelihood of failure to improve	Low (2 RCTs)
TCA	Pain	No effect	Moderate (4 RCTs)
Antidepressants	Function	No effect	Low (2 RCTs)
SSRI	Pain	No effect	Moderate (3 RCTs)
Duloxetine	Pain	Small	Moderate (3 RCTs)
	Function	Small	Moderate (3 RCTs)

Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis



- Duloxetine was consistently the **highest-ranked** antidepressant with moderate to high certainty evidence
- Milnacipran often next most efficacious, lower certainty evidence
- No reliable evidence for **safety** of antidepressants

176 studies, n=28,664 participants, average duration 10 weeks

Θεραπευτική αντιμετώπιση χρόνιας οσφυαλγίας

➤ **Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι διεπιστημονική (φυσίατρο, φυσικοθεραπευτή, ψυχολόγο, εργασιοθεραπευτή)**

- **Μη φαρμακευτικά μέτρα**

Εκγύμναση (yoga, pilates, tai-chi)

Βελονισμός

Συμπεριφορική-γνωσιακή θεραπεία

- **Φαρμακευτική αγωγή**

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη

Αντικαταθλιπτικά (SSRIs) (duloxetine, amitryptiline)

Τραμαδόλη

Οπιοειδή

Φάρμακα για νευροπαθητικό πόνο (pregabalin) μόνο σε περίπτωση ριζιτικού πόνου

Knezevic et al. Lancet 2021; 398: 78–92

Qaseem et al. Ann Intern Med 2017; 166: 514–30

Traeger et al. CMAJ. 2017;189:E1386-E1395

Bailly et al. Joint bone Spine. 2021;88:105227



Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force

Josef S Smolen,^{1,2} Monika Schöls,³ Jürgen Braun,⁴ Maxime Dougados,⁵
Oliver FitzGerald,⁶ Dafna D Gladman,⁷ Arthur Kavanaugh,⁸ Robert Landewé,⁹

- Ο θεραπευτικός στόχος είναι η επίτευξη ύφεσης ή χαμηλής ενεργότητας νόσου με βάση πιστοποιημένους δείκτες ενεργότητας (ASDAS, BASDAI, ASAS20/40) (TREAT TO TARGET)
- Η επιλογή θεραπείας είναι εξατομικευμένη και σε συνεργασία με τον ασθενή
- Είναι απαραίτητος ο τακτικός επανέλεγχος (ανά 3-6 μήνες) για προσαρμογή θεραπείας ανάλογα με ανταπόκριση και για διατήρηση ασφάλειας
- Είναι εξίσου σημαντική η αντιμετώπιση των συνοσυρροτήτων

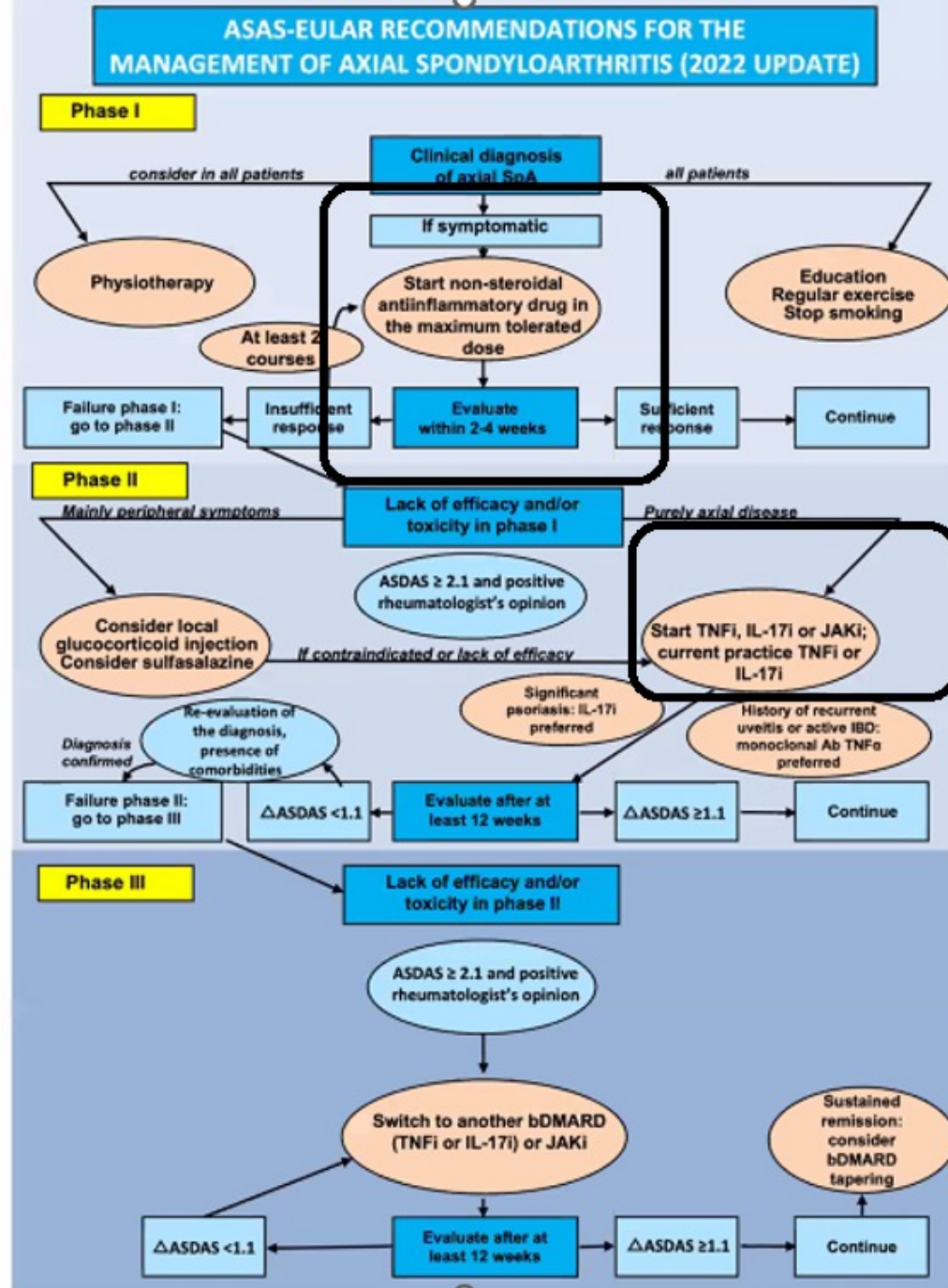
Αξονικές Σπονδυλοαρθρίτιδες

- 1^ο βήμα ΜΣΑΦ
- 2^ο βήμα Βιολογικοί παράγοντες
Anti-TNFα
Anti-IL17
Anti-IL 23
Αναστολείς JAK κινασών

Αν υπάρχει και συμμετοχή περιφερικών αρθρώσεων

± γλυκοκορτικοειδή

± συμβατικά τροποποιητικά της νόσου (cDMARDs) φάρμακα (μεθοτρεξάτη, σουλφασαλαζίνη, λεφλουνομίδα)



Ανεπιθυμητες ενεργειες Bdmards and tsDMARDS

- Λοιμώξεις (συνήθως ανωτέρου αναπνευστικού)

Σοβαρές λοιμώξεις 1.4/100 pt/y Anti-TNFa, 1.2/100 pt/y για Secukinumab

- Τοπικές δερματικές αντιδράσεις (για τα υποδόρια)

IR 1.0-2.0/100 pt/y

- Νεοπλασίες

0.2/100 pt/y Anti-TNFa, 0.5/100 pt/y Secukinumab, 0.3/100 p/t JAKis

- Παράδοξη Ψωρίαση

➤ Anti-TNFa

απομυελινωτικές βλάβες

καρδιακή Ανεπάρκεια

lupus-like σύνδρομο

IR: 0.1/100 pt/y

➤ Anti-IL17

έξαρση φλεγμονώδους νόσου εντέρου (IR 0.5/100 pt/y)

➤ JAKis

ερπητική λοίμωξη (IR: 2/100 pt/y)

ουδετεροπενία/λεμφοπενία (IR: 3/100 pt/y)

τρανσαμινασαιμία / αύξηση CPK

Εν τω βάθει βλεβοθρόμβωση-Πνευμονική εμβολή ????

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ Bdmards and tsDMARDS

- Ενεργή/Υποτροπιάζουσα λοίμωξη
- Φυματίωση
- Ηπατίτιδα
- Νεοπλασία
- Κύηση
- Θηλασμός

➤ Anti-TNFa

Σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA III, IV)

Απομυελινωτική νόσος

➤ Anti-IL17

Φλεγμονώδης νόσος εντέρου

➤ JAKis

Ιστορικό θρόμβωσης/θρομβοεμβολικής νόσου

Προσοχή σε ασθενείς με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο

Πρίν την έναρξη Bdmards ή tsDMARDS

- Έλεγχος για Φυματίωση (PPD test, IGRA test)
- HbsAg, Anti-HBc, Anti-HCV
- Γενικός αιματολογικός/βιοχημικός έλεγχος
- Εμβολιασμός (Γρίπη, Πνευμονιόκοκκος, Έρπης ζωστήρ, SARS-COV-2)

- Άνδρας 55 ετών
- Χαμηλή οσφυαλγία-ισχιαλγία από 2-ετίας
- Βελτίωση με την ανάπαυση
- Επιδείνωση με την άσκηση

α/ε: lasegue+

➤ Πρόπτωση μεσ. δισκου

Όχι παρακλινικός έλεγχος

ΜΣΑΦ, ασκήσεις ενδυνάμωσης

- Άνδρας 30 ετων
- Οσφυαλγία-Ραχιαλγία από 5μήνου
- Πρωινή δυσκαμψία
- Νυχτερινή επίταση
- Βελτίωση με άσκηση

↑CRP, HLA B27+, MRI
ιερολαγονίτιδα

➤ Αγκυλοποιητική
σπονδυλίτιδα

ΜΣΑΦ → Anti-TNFα

- Γυναίκα 65 ετων
- Οσφυαλγία από 3μήνου
- Εμπύρετο εως 38.5
πρό 4 μήνου κυφοπλαστική

↑↑↑crp, κ/α αίματος: staphyl.
Aureus

MRI: υψηλό T₂ σήμα στον O₄ και
μεσοσπονδύλιο δίσκο

➤ Μικροβιακή σπονδυλοδισκίτιδα

➤ iv αντιβιοτικά

Συμπεράσματα

- Η χρόνια οσφυαλγία αποτελεί μια από τις πιο συχνές νοσολογικές οντότητες με σημαντικό αντίκτυπο τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοοικονομικό επίπεδο
- Στη μεγάλη πλειοψηφία (>95%) των περιπτώσεων τα αίτια της οσφυαλγίας είναι μηχανικά.
- Με την τριάδα πρωινή δυσκαμψία-νυχτερινή επίταση-βελτίωση με την άσκηση μπορεί εύκολα και γρήγορα να διακρίθει ο φλεγμονώδης από το μηχανικό πόνο
- Κατά τη διαγνωστική προσπέλαση της οσφυαλγίας είναι απαραίτητη η αναζήτηση ενδείξεων παρουσίας σοβαρής υποκείμενης διαταραχής (red flags)
- Η DISH είναι αρκετά συχνή μετά την ηλικία των 50 ετών και μπορεί λανθασμένα να διαγνωσθεί ως Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα

Συμπεράσματα

- Ένας στους 5 ασθενείς με οξεία οσφυαλγία θα μεταπέσει σε χρόνια οσφυαλγία. Προσοχή στη κατάχρηση απεικονίσεων και φαρμάκων.
- Απο τα φάρμακα, στην οξεία οσφυαλγία, πρώτη επιλογή αποτελούν τα ΜΣΑΦ και σε μη ανταπόκριση/αντένδειξη τραμαδόλη ή οπιοειδή για το συντομότερο χρονικό διάστημα.
- Στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας κεντρικό ρόλο κατέχουν τα μη φαρμακευτικά μέσα, όπως η εκγύμναση και η γνωσιακή θεραπεία.
- Σε ασθενείς με AxSpA, η στοχευμένη θεραπευτική (Treat to Target) προσέγγιση βασίζεται στην έγκαιρη και διαρκώς προσαρμοζόμενη χορήγηση αγωγής (βιολογικά ή συνθετικά DMARDs) με στόχο την ύφεση ή χαμηλή ενεργότητα της νόσου

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΠΡΟΣΟΧΗ