



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ
ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
(ΦΕΚ 505/ΥΟΔΔ/13.10.2017)

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΩΔΥΝΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ**

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ**

ΙΟΥΛΙΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε.	5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ	6
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ	7
ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ICD 10	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	8
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ (TRIAGE)	8
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	10
ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΜΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ (ΧΩΡΙΣ ΡΙΖΙΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ)	10
ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΜΕ ΡΙΖΙΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ	11
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	13

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΠΩΔΥΝΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Βογιατζής Γρηγόρης (Συντονιστής). Ανασθησιολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Ανασθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Ανακούφισης Χρόνιου Πόνου Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Πρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Ανασθησιολογικής Εταιρείας (ΕΑΕ)

Αλεξοπούλου - Βραχνού Ευνομία. Ανασθησιολόγος, Δ/ντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Α.Ν.Α. «ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ», Γεν. Γραμματέας Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α)

Αμμάρι Μιχαήλ. Ανασθησιολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ Ανασθησιολογίας, Επιστ/κός Υπεύθυνος Τμήματος Θεραπείας Πόνου & Ανακουφιστικής Φροντίδας Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

Αναστασίου Εμμανουήλ. Ανασθησιολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Ανασθησιολογικού Τμήματος & Μονάδας Πόνου Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ», Πρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας

Βαγδατλή Κυριακή. Ανασθησιολόγος, Δ/ντρια ΕΣΥ Ανασθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Γεν. Γραμματέας Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας

Καραναστάση Χρυσούλα. Ανασθησιολόγος DEAA., Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Ανασθησιολογικής Εταιρείας (ΕΑΕ)

Κοκκίνης Κυριάκος. Ανασθησιολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Ανασθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Αιγίου, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας

Κουρούκλη Ειρήνη. Ανασθησιολόγος, Δ/ντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Πρόεδρος Μεσογειακού Τμήματος Παγκόσμιου Ινστιτούτου Πόνου (W.I.P.)

Μπατιστάκη Χρυσάνθη. Επίκουρη Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Β' Παν. Κλινική Ανασθησιολογίας Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ», Υπεύθυνη Μονάδας Πόνου, Ανακουφιστικής Αγωγής και Κατ' Οίκον Νοσηλείας, ΠΓΝ "Αττικών"

Ντάνου Φωτεινή. Ανασθησιολόγος DEAA, Δ/ντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος Νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Ανασθησιολογικής Εταιρείας (ΕΑΕ)

Σιαφάκα Ιωάννα. Καθ. Ανασθησιολογίας-Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, Δ/ντρια Α' Ανασθ/κής Κλινικής-Κέντρου Θεραπείας Πόνου Παν/κού Νοσ. Αθηνών «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)

Σταυροπούλου Ευμορφία. Ανασθησιολόγος, Δ/ντρια ΕΣΥ Ανασθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)

Χρονά Ελένη. Ανασθησιολόγος, Επιμελήτρια Α' Ανασθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Νίκαιας- Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Θηραίος Ελευθέριος. Γενικός Ιατρός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ., Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Μήτρου Παναγιώτα, MD, PhD. Ειδικός Παθολόγος. Συνεργάτις Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

Ποδηματάς Ιωάννης. Φαρμακοποιός. Ειδικός Σύμβουλος Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Κακούτη Φωτεινή

Λεγάντη Μαρία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται σε διαδικασία υλοποίησης μιας μεγάλης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας προς όφελος του Πολίτη. Συγκεκριμένα, σε μία προσπάθεια διασφάλισης της ταχύτερης διάγνωσης, της βέλτιστης θεραπείας, της αποτελεσματικότερης παρακολούθησης των ασθενών αλλά και της πλέον αποδοτικής διαχείρισης των πόρων για την υγεία, έχει προχωρήσει από τον Μάιο του 2017 σε ανασύσταση της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την κατάρτιση και επεξεργασία των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τη δημιουργία μητρώων ασθενών.

Η Επιτροπή αυτή είναι υπεύθυνη για την έγκριση και εφαρμογή των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης στην κλινική πράξη, μέσω της ενσωμάτωσής τους στις ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας. Παράλληλα προωθείται η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων τα οποία θα ενσωματωθούν στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και θα διασυνδεθούν με το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, η ανάπτυξη και ενσωμάτωση στη συνταγογράφηση ενός συνοπτικού ιατρικού ιστορικού, η ανάπτυξη του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή και η δημιουργία Μητρώων Χρονίων Παθήσεων.

Η σύνταξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων βασίστηκε στις εισηγήσεις των αντίστοιχων Επιστημονικών Ομάδων Εργασίας αποτελούμενων από ιατρούς με αποδεδειγμένη εκπαίδευση, εξειδίκευση και εμπειρία στο εκάστοτε γνωστικό αντικείμενο.

Απώτερος στόχος είναι να αποτελέσουν τα εργαλεία αυτά ηλεκτρονικής υγείας ένα χρήσιμο βοήθημα για την εφαρμογή κανόνων ορθής κλινικής πρακτική με στόχο την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας, αλλά και ένα εργαλείο συλλογής μεγάλων δεδομένων (big data) για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με πολιτικές υγείας.

Ευχαριστούμε θερμά όσους εργάστηκαν με συνέπεια, υπευθυνότητα και θυσία του προσωπικού τους χρόνου για την ολοκλήρωση του έργου.

Γιώργος Γιαννόπουλος

Γενικός Γραμματέας Υπουργείου Υγείας

Πρόεδρος της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης,
την ολοκλήρωση των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και
τη δημιουργία μητρώων ασθενών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε

Οι ασθενείς με καρκινική νόσο βιώνουν πόνο σε όλα τα στάδια της νόσου, με συχνότητες επιπολασμού: 25% κατά τη διάγνωση, 33% κατά τη διάρκεια της θεραπείας, 75% σε προχωρημένη νόσο. Η επίπτωση της οσφυαλγίας στο γενικό πληθυσμό αγγίζει το 84%, και στην Ελλάδα περίπου ο ένας στους τρεις ενήλικες (32%) αναφέρει οσφυαλγία στην ημερολογιακή διάρκεια ενός μηνός. Η απουσία από την εργασία λόγω οσφυαλγίας, αγγίζει το 19% στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, με μέση διάρκεια απουσίας από την εργασία 4.5 ημέρες ανά έτος. Η οστεοαρθρίτις αφορά συνήθως μία άρθρωση, συνηθέστερα το γόνατο, και παρουσιάζει συχνότητα 15% σε ηλικίες άνω των 45 ετών και 35% σε ηλικίες άνω των 75 ετών. Η αυχεναλγία παρουσιάζει επίπτωση 30% έως 50% και δυσχεραίνει την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων στο 2% έως 11% των περιπτώσεων. Έχει καταγραφεί ότι, ο νευροπαθητικός πόνος ευθύνεται για το 8% του χρόνιου πόνου στο γενικό πληθυσμό, αλλά επειδή ο καρκινικός πόνος, η χρόνια οσφυαλγία και ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος έχουν νευροπαθητική συνιστώσα που συχνά διαφεύγει της διάγνωσης, τελικά φαίνεται ότι είναι απροσδιόριστη η ακριβής συχνότητα του ΝΠ πόνου.

Συστάθηκαν τρεις υπο-ομάδες εργασίας, μία για κάθε συνιστώσα του χρόνιου πόνου (: Καρκινικός, Νευροπαθητικός, Μυοσκελετικός) και συντάχθηκαν 11 συνολικά πρωτόκολλα που αφορούν τα εξής επιμέρους επώδυνα σύνδρομα: (1) Χρόνιος πόνος καρκινοπαθούς, (2) Μεθερπητική νευραλγία, (3) Επώδυνη περιφερική διαβητική νευροπάθεια, (4) Χρόνια οσφυαλγία με νευροπαθητικά στοιχεία, (5) Χρόνιος μετεγχειρητικός νευροπαθητικός πόνος, (6) Νευροπαθητικός πόνος καρκινοπαθούς, (7) Νευροπαθητικός πόνος μετά χημειοθεραπεία, (8) Κεντρικός νευροπαθητικός πόνος, (9) Αυχεναλγία, (10) Οσφυαλγία, (11) Οστεοαρθρίτιδα γόνατος, ισχίου & σπονδυλικής στήλης.

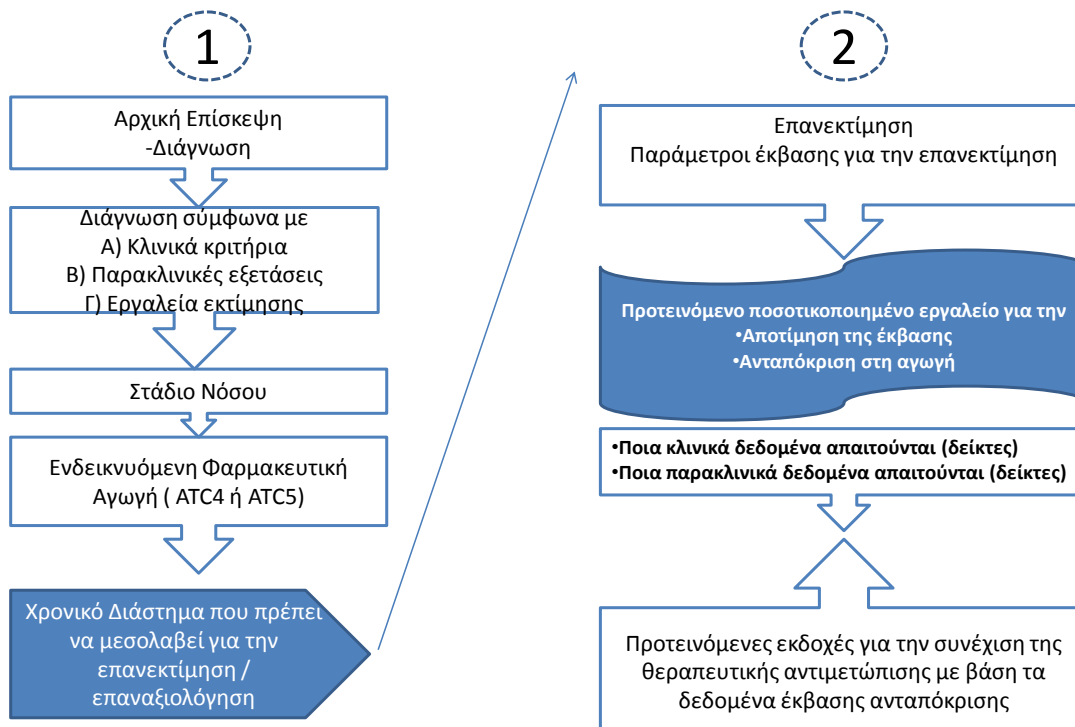
Η σύνταξη των πρωτοκόλλων αυτών στηρίχθηκε στις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες των εξής επιστημονικών εταιρειών: World Health Organization, National Institute for Health and Care Excellence, American Society of Clinical Oncology, European Association for Palliative Care, European Federation of Neurological Societies, International Association for the Study of Pain, German Society for Neurology, Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, American Pain Society, American Physical Therapy Association, British Pain Society.

Η Ομάδα Εργασίας επεξεργάσθηκε όλες τις παραμέτρους οι οποίες αφορούν την διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των συχνότερων επώδυνων συνδρόμων στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων, σύμφωνα με το σύνολο των χαρακτηριστικών που απαρτίζουν την έννοια της «Ποιότητας» στις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδων υγείας, δηλαδή με «Ασφάλεια» να προσφέρεται «Ασθενοκεντρική», «Αποτελεσματική», «Έγκαιρη» και –πάνω από όλα– «Δίκαιη» (χωρίς γεωγραφικές ή κοινωνικο-οικονομικές εξαιρέσεις) Αναλγησία, που ταυτόχρονα να είναι «Αποδοτική» (ως προς το κόστος) για το Σύστημα Υγείας.

Γρηγόριος Σ. Βογιατζής
Συντονιστής της Ομάδας Εργασίας

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ICD 10

M54.4 Οσφυαλγία με ισχιαλγία

M54.5 Οσφυαλγία

Οσφυαλγία

Καταπόνηση της οσφύος

Οσφυαλγία ΜΚΑ

Εξαιρούνται οσφυαλγία:

- που οφείλεται σε παρεκτόπιση μεσοσπονδύλιου δίσκου (M51.2)
- με ισχιαλγία (M54.4)

M54.1 Παθήσεις νευρικών ριζών

Νευρίτιδα ή ριζίτιδα:

- οσφυϊκή ΜΚΑ
- οσφυοϊερή ΜΚΑ
- θωρακική ΜΚΑ

Ριζίτιδα ΜΚΑ

Εξαιρούνται νευραλγία και νευρίτιδα (M79.2) ριζίτιδα με:

- διαταραχή οσφυϊκού και άλλου μεσοσπονδύλιου δίσκου (M51.1)
- σπονδύλωση (M47.2)

Άλλες παθήσεις μεσοσπονδύλιου δίσκου

Περιλαμβάνονται παθήσεις θωρακικού, θωρακοοσφυϊκού και οσφυϊκού δίσκου

M51.0 Παθήσεις οσφυϊκού και άλλου μεσοσπονδύλιου δίσκου με μυελοπάθεια (G99.2*)

M51.1 Παθήσεις οσφυϊκού και άλλου μεσοσπονδύλιου δίσκου με ριζίτιδα (G55.1*)

Ισχιαλγία οφειλόμενη σε πάθηση μεσοσπονδύλιου δίσκου

Εξαιρούνται οσφυϊκή ριζίτιδα ΜΚΑ (M54.1)

M51.2 Άλλη καθορισμένη μετατόπιση μεσοσπονδύλιου δίσκου

Οσφυαλγία οφειλόμενη σε παρεκτόπιση μεσοσπονδύλιου δίσκου

M51.3 Άλλη καθορισμένη εκφύλιση μεσοσπονδύλιου δίσκου

M51.8 Άλλες καθορισμένες παθήσεις μεσοσπονδύλιου δίσκου

M51.9 Πάθηση μεσοσπονδύλιου δίσκου, μη καθορισμένη

R52 Πόνος, που δεν ταξινομείται αλλού

Περιλαμβάνεται πόνος που δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένο όργανο ή περιοχή του σώματος

R52.1 Χρόνιος επίμονος πόνος

R52.2 Άλλος χρόνιος πόνος

R52.9 Πόνος, μη καθορισμένος

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΡΙΖΙΤΙΔΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οσφυαλγία, με ή χωρίς ριζιτιδική συνδρομή αποτελεί νοσολογική οντότητα με αυξημένη επίπτωση στο γενικό πληθυσμό. Η σωστή διάγνωση αποτελεί το κλειδί στη διαχείριση της νόσου, αποφεύγοντας μη αναγκαίες εργαστηριακές εξετάσεις και παραπομπές ασθενών. Η επίπτωση της οσφυαλγίας στο γενικό πληθυσμό αγγίζει το 84% στους ενήλικες, ενώ στην Ελλάδα περισσότεροι από 32% των ατόμων περιγράφουν οσφυαλγία κατά τη διάρκεια του τελευταίου μηνός. Η απουσία από την εργασία λόγω οσφυαλγίας, αγγίζει το 19% στις ηλικίες <65 ετών, με μέση διάρκεια απουσίας 4.5 ημέρες.

Η οσφυαλγία ορίζεται ως «Πόνος ή δυσφορία στην περιοχή που ορίζεται από το κατώτερο τμήμα του θωρακικού κλωβού έως τις γλουτιαίες πτυχές, με ή χωρίς συνοδό πόνο στο κάτω άκρο». Η οσφυαλγία μπορεί αδρά να διαχωριστεί σε οξεία (με διάρκεια <6 εβδομάδες), εμμένουσα ή υποξεία (με διάρκεια >6 εβδομάδες αλλά <3 μήνες) και χρόνια (με διάρκεια >3 μήνες) (1-10).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Ο στόχος αυτού του πρωτοκολλου είναι η διευκόλυνση της θεραπευτικής αντιμετώπισης της οσφυαλγίας με ή χωρίς ισχιαλγία, απευθυνόμενη τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και στους ειδικούς, με βάση τις σύγχρονες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες επί του θέματος.¹⁻¹⁰

Εκτός του αντικειμένου του παρόντος αλγορίθμου αποτελούν τα κάτωθι:

1. σύνδρομο ιππουρίδος
2. κακοήθεια σπονδυλικής στήλης
3. λοίμωξη σπονδυλικής στήλης
4. κάταγμα σπονδυλικής στήλης
5. οσφυαλγία κατά την κύηση
6. οσφυαλγία σε άτομα < 18 ετών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ (TRIAGE)

Η **μη ειδική οσφυαλγία** ορίζεται ως πόνος κάτωθεν του κάτω ορίου του θωρακικού κλωβού έως τις γλουτιαίες πτυχές, που δεν υπερβαίνει σε κατανομή την περιοχή του γόνατος. Η **οσφυαλγία με συνοδό ριζιτιδικό πόνο** (οσφυαλγία με ισχιαλγία) περιλαμβάνει οσφυαλγία με συνοδό πόνο στο κάτω άκρο, ο οποίος προκύπτει από την άσκηση πίεσης σε συγκεκριμένη νευρική ρίζα. Η ισχιαλγία μπορεί να συνυπάρχει με οσφυαλγία, αλλά ο πόνος στο άκρο αποτελεί συνήθως το προεξάρχον σύμπτωμα. Περαιτέρω αίτια οσφυαλγίας με ισχιαλγία, όπως η σπονδυλική στένωση, η ιερολαγονίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου, το σύνδρομο αποϊειδούς κ.λπ. θα πρέπει να αποκλεισθούν με βάση το ιστορικό και την κλινική εξέταση.

Ως προς την αξιολόγηση της έντασης του πόνου, η χρήση ενός επικυρωμένου ειδικού εργαλείου για την καταγραφή της έντασης του πόνου (π.χ. Οπτική Αναλογική Κλίμακα, Αριθμητική Αναλογική Κλίμακα, Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου) και της λειτουργικότητας του ασθενούς (π.χ. Κλίμακα Rolland Morris), καθώς και για την πιθανή συνύπαρξη νευροπαθητικού πόνου (DN4, LANSS), υποβοηθούν τη διάγνωση και τη θεραπευτική προσέγγιση (βλ. Παράρτημα).

Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού θα πρέπει να γίνει αρχική προσπάθεια ταξινόμησης του ασθενούς σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες:

- **Μη ειδική οσφυαλγία:** πόνος στην οσφύ, ο οποίος συνήθως δεν επεκτείνεται κάτωθεν του γόνατος.
- **Οσφυαλγία με ριζιτιδική συνδρομή/ριζοπάθεια:** οσφυαλγία με συμπτώματα που υποδεικνύουν προσβολή λόγω πίεσης/ερεθισμού συγκεκριμένης νευρικής ρίζας, με χαρακτηριστικά αιμωδίας, καύσους, νυγμού και πόνου συνήθως κάτωθεν του γόνατος, με ριζιτιδική κατανομή. Η ριζιτιδική συνδρομή μπορεί να συνυπάρχει με μη ειδική οσφυαλγία αλλά τα συμπτώματα της ριζιτιδίας προεξάρχουν. Στην περίπτωση που από το ιστορικό διαφαίνονται χαρακτηριστικά νευροπαθητικού πόνου, η εφαρμογή ενός ειδικού ερωτηματολογίου (π.χ. DN4) μπορεί να υποβοηθήσει την επικύρωση της διάγνωσης και κατ' επέκταση τη θεραπεία.
- **Ειδική αιτία (red flags),** η οποία απαιτεί άμεση διερεύνηση και αντιμετώπιση (κακοήθεια, κάταγμα, λοίμωξη, ιππουριδική συνδρομή).^{6,7}

Επίσης, σημαντικό είναι να αναγνωριστούν:

- **Άλλα αίτια που αφορούν το μυοσκελετικό** (π.χ. ιερολαγονίτιδα, σύνδρομο απιοειδούς μυός, οστεοαρθρίτιδα ισχίου, ειδικές ρευματοπάθειες κτλ).
- **Άλλα αίτια εκτός μυοσκελετικού** (π.χ. παθήσεις νεφρών, παγκρέατος, κατιούσας αορτής κτλ).

Κλινική εξέταση

- Νευρολογική εκτίμηση κάτω άκρων με βάση τα μυοτόμια, νευροτόμια και εν τω βάθει αντανακλαστικά (O3, O4, O5, I1) αμφοτερόπλευρα (κινητικότητα, αισθητικότητα, εξέταση θερμού - ψυχρού)
- Αναζήτηση σημείων ευαισθησίας, θερμότητας, ερυθήματος, πιθανής φλεγμονής
- Έλεγχος εύρους κίνησης σπονδυλικής στήλης
- Έλεγχος επάρκειας ελέγχου σφιγκτήρων και αποκλεισμός ιππουριδικής συνδρομής
- Επιτέλεση όλων των ειδικών δοκιμασιών για την κλινική διαφορική διάγνωση της οσφυαλγίας (σημείο Laseque & ανάστροφο Laseque, ειδικές δοκιμασίες δυσλειτουργίας ιερολαγονίας άρθρωσης, ισχίων αμφοτερόπλευρα, δοκιμασία ελέγχου συνδρόμου απιοειδούς μυός, κτλ)

Απεικονιστικός έλεγχος

- Απεικονιστικός έλεγχος ρουτίνας δεν συνιστάται.
- Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει νευρολογική σημειολογία ή εάν υπάρχει υποψία ύπαρξης «κόκκινων σημαιών» ή εάν η απεικόνιση πρόκειται να μεταβάλλει τη

θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς (π.χ. επεμβατική θεραπεία), συνιστάται απεικονιστικός έλεγχος με MRI / CT οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εκτιμάται η λειτουργικότητα του ασθενούς και η επίδραση της οσφυαλγίας στις καθημερινές δραστηριότητες. Ειδικά διαγνωστικά εργαλεία (π.χ. Rolland Morris Disability Questionnaire, Oswestry Disability Questionnaire) μπορούν να διευκολύνουν την αξιολόγηση (βλ. Παράρτημα). Ομοίως, σημαντική είναι η επίδραση του πόνου, ειδικά στη χρόνια μορφή του, στην ποιότητα ζωής, όπως αυτή εκφράζεται από τον ίδιο τον ασθενή (βλ. ειδικά ερωτηματολόγια αξιολόγησης ποιότητας ζωής, επίδρασης στον ύπνο, τις σχέσεις, την απόλαυση της ζωής, π.χ. Brief Pain Inventory) (βλ. Παράρτημα).

Επιπλέον, σε καταστάσεις εμμένουσας οσφυαλγίας θα πρέπει να αξιολογούνται οι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για χρονιότητα, οι λεγόμενες «κίτρινες σημαίες». Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν:^{4,5}

- συμπεριφορές σωματοποίησης
- καταθλιπτική συμπτωματολογία
- καταστροφολογία
- πρώιμη ανικανότητα και ελαττωμένη λειτουργικότητα
- προχωρημένη ηλικία
- αγχώδη συμπτωματολογία
- αυξημένα αρχικά επίπεδα πόνου
- επέκταση του πόνου
- πτωχή γενική υγεία
- μη οργανική συμπτωματολογία
- κοινωνική απόσυρση
- πεποίθηση ότι η δραστηριοποίηση είναι επιβλαβής
- μη ικανοποίηση από την εργασία
- πολύ επίπονη εργασία, ακατάλληλα ωράρια
- δικαστικές διαμάχες
- υπερπροστασία ή αντίθετα απουσία της οικογένειας
- υπερβολικές απαιτήσεις από τη θεραπευτική διαδικασία και απαίτηση για μη ενεργό συμμετοχή σε αυτήν

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΜΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ (ΧΩΡΙΣ ΡΙΖΙΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ)

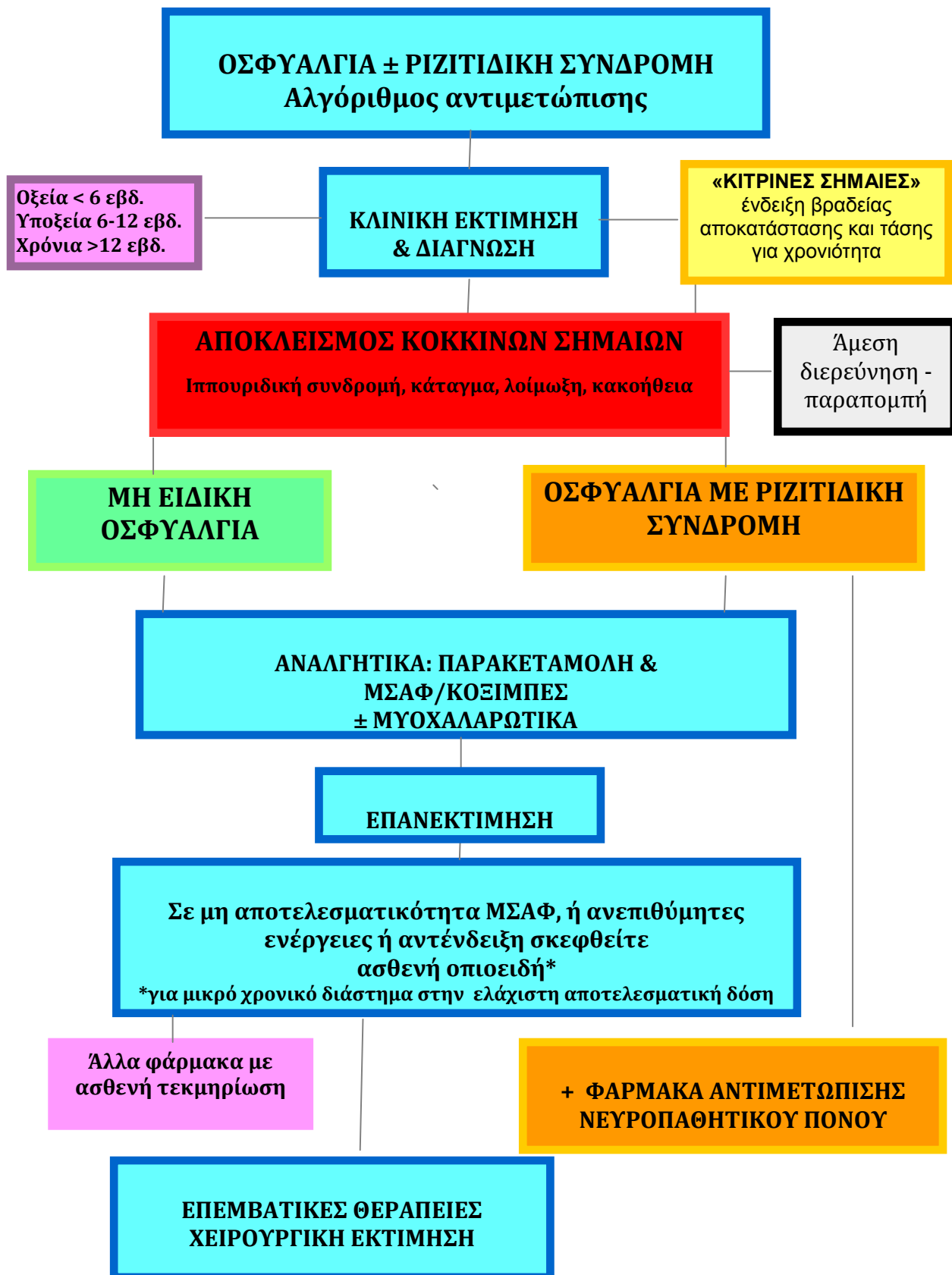
1. Ενημέρωση ασθενούς, συστάσεις και οδηγίες για διατήρηση της λειτουργικότητας. Παροχή πληροφόρησης και συμβουλών προς τον ασθενή για φροντίδα από τον ίδιο ώστε να υιοθετήσει θετική στάση και ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με την πάθηση.
2. Εάν δεν λαμβάνει ήδη θεραπεία, χορήγηση αναλγητικών (παρακεταμόλη).
3. Χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) (συμπεριλαμβάνονται μη εκλεκτικοί αποκλειστές COX-1&2 και οι κοξίμπες), λαμβάνοντας υπόψη τα συνυπάρχοντα νοσήματα του ασθενούς (συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας) και τις

πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειές τους από το γαστρεντερικό, το καρδιαγγειακό και τους νεφρούς. Τα ΜΣΑΦ πρέπει να χορηγούνται στην χαμηλότερη αποτελεσματική δόση για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα (<15 ημέρες). Απαιτείται τακτική επανεκτίμηση της αναγκαιότητας και της αποτελεσματικότητας λήψης τους, κλινική επαναξιολόγηση του ασθενούς, παρακολούθηση των ανεπιθύμητων ενεργειών καθώς και πιθανή χορήγηση γαστροπροστασίας, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.

4. Χορήγηση και μυοχαλαρωτικών όπου κρίνεται απαραίτητο λόγω έντονου συνυπάρχοντος μυϊκού σπασμού (επιπρόσθετα στο βήμα 2 ή και 3)
5. Η χορήγηση ασθενών οπιοειδών (π.χ. τραμαδόλη, κωδεΐνη) με ή χωρίς παρακεταμόλη συνιστάται μόνο σε περιπτώσεις που η χορήγηση των ΜΣΑΦ αντενδείκνυται ή είχε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ή κρίθηκε αναποτελεσματική. Η χορήγηση ασθενών οπιοειδών συνιστάται για μικρό μόνο χρονικό διάστημα και μόνο στην οξεία φάση (επί κρίσεως και κατόπιν επανεκτίμηση). Δεν συνιστώνται οπιοειδή για χρήση σε χρόνια μη ειδική οσφυαλγία. Προσοχή απαιτείται στις μορφές που συνδυάζονται με παρακεταμόλη ώστε να μην υπερβαίνεται η μέγιστη συνολική ημερήσια δόση της παρακεταμόλης (π.χ. κωδεΐνη - παρακεταμόλη, τραμαδόλη - παρακεταμόλη).
6. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα αντιεπιληπτικά δεν έχουν ισχυρή τεκμηρίωση για την αντιμετώπιση της μη ειδικής οσφυαλγίας, εκτός εάν λαμβάνονται για άλλη αιτία. Από τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας, η ντουλοξετίνη υποστηρίζεται από ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες (Αμερικανικές) σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην αρχική φαρμακευτική θεραπεία με ΜΣΑΦ/αναλγητικά.
7. Τα ισχυρά οπιοειδή αντενδείκνυται στην αντιμετώπιση της μη ειδικής οσφυαλγίας, εκτός εάν λαμβάνονται για άλλη αιτία.

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΜΕ ΡΙΖΙΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ

1. Ακολουθείται ο γενικός αλγόριθμος της οσφυαλγίας.
2. Σε περιπτώσεις συνύπαρξης ριζιτιδικής συνδρομής με υπαρκτό νευροπαθητικό πόνο (κλινική εκτίμηση & επιβεβαίωση με εργαλεία DN4, LANSS) (βλέπε παράρτημα) ενδείκνυται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για νευροπαθητικό πόνο (βλέπε κλινικό πρωτόκολλο νευροπαθητικού πόνου).



ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Διαχωρισμός σε:

- ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ
- ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΜΕ ΡΙΖΙΤΙΔΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ
- ΕΙΔΙΚΑ ΑΙΤΙΑ – ΚΟΚΚΙΝΕΣ ΣΗΜΑΙΕΣ – ΥΠΟΨΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ενημέρωση και παροχή πληροφοριών/συμβουλών προς τους ασθενείς, με στόχο την αυτοδιαχείριση της οσφυαλγίας με ή χωρίς ριζιτιδική συνδρομή, συνιστάται να γίνεται σε όλα τα βήματα του αλγορίθμου. Στην ενημέρωση συμπεριλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με την παθοφυσιολογία της οσφυαλγίας και τη φυσική της εξέλιξη και ενθαρρύνεται ο ασθενής να συνεχίσει τις καθημερινές του δραστηριότητες.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Φαρμακευτικό κλινικό πρωτόκολλο μη ειδικής οσφυαλγίας ή οσφυαλγίας με ριζιτιδική συνδρομή.

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Προτείνονται και μη φαρμακευτικές θεραπείες για αντιμετώπιση της μη ειδικής οσφυαλγίας, όπως: εφαρμογή τοπικής θερμότητας, χειρομάλαξη, βελονισμός, φυσικοθεραπεία κλπ. Οι θεραπείες αυτές θεωρούνται πρώτης γραμμής σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή.

ΑΣΚΗΣΗ

Προτείνεται άσκηση για την αντιμετώπιση της μη ειδικής οσφυαλγίας, ανάλογα με τον εκάστοτε ασθενή, τις ιδιαίτερες ανάγκες και προτιμήσεις του.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προτείνεται συμπληρωματικά συμπεριφορική γνωσιακή θεραπεία για την αντιμετώπιση της χρόνιας μη ειδικής οσφυαλγίας σε συνδυασμό με άσκηση, φυσικοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή.

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ή ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ

Ασθενείς που έχουν χρόνια πόνο διάρκειας >3 μηνών παραπέμπονται σε ειδικό κέντρο θεραπείας παθήσεων της σπονδυλικής στήλης ή σε ιατρείο πόνου.

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Παραπομπή ασθενούς για επεμβατική θεραπεία πόνου ή χειρουργική εκτίμηση αναλόγως ενδείξεων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Εργαλεία υποβοήθησης της διάγνωσης και αξιολόγησης του πόνου**Αριθμητική Αναλογική Κλίμακα Πόνου (0-10)**

Καθόλου πόνος											Αβάσταχτος πόνος
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Συνοπτικό ερωτηματολόγιο πόνου (Brief Pain Inventory):

<https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>

DN4 νευροπαθητικού πόνου: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/neuropathic-pain-4-questions>

LANSS νευροπαθητικού πόνου: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25880345>

Rolland Morris οσφυαλγίας: <http://www.rmdq.org/downloads/Greek.pdf>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). Low back pain and sciatica pathway. London: NICE 2018
2. National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). Low back pain and sciatica in over 16s. Assessment and management. NICE 2016
3. Qaseem A, et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017; 166: 514-30
4. Goertz M, Thorson D, Bonsell J, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Acute and Subacute Low Back Pain. Updated November 2012.
5. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J* 2010; 10: 514-29
6. Stranjalis G, Tsamandouraki K, Sakas DE, et al. Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics. *Spine* 2004; 29: 1355-60
7. Koes BW, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19:2075-94
8. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine* 2007; 147: 478-91
9. Chou R, Huffman L. Clinical guideline for the evaluation and management of low back pain. Evidence review. American Pain Society, 2009
10. NSW Agency for Clinical Innovation. Management of people with acute low back pain: model of care. Chatswood; NSW Health; 2016: 39p
11. Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, de Vet HC, Macaskill P, Irwig L, Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450586>
12. Downie A, Williams CM, Henschke et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ* 2013; 347 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f7095>