

**Δρ Κυριακή Γ. ΣΤΑΘΗ**  
**Ιατρός Αποκατάστασης**  
**Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών**  
Ιατρείο Ζωσιμάδων 15 - 185 31 ΠΕΙΡΑΙΑΣ  
Τηλ / Fax : 210 41 73 272  
e-mail: [statkon@otenet.gr](mailto:statkon@otenet.gr)

## **ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ : κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπισή της**

### **Δρ Κυριακή Στάθη**

*Ιατρός Αποκατάστασης, μέλος της Επιτροπής Εκπαίδευσης της Ε.Ε.Φ.Ι.Απ.  
Senior Fellowship of European Board of Physical Medicine & Rehabilitation*

Είναι γεγονός ότι ενώ αποδεχόμαστε τα αποτελέσματα της τεκμηριωμένης ιατρικής δεν τα εφαρμόζουμε στην καθημερινή πρακτική. Έτσι και η αντιμετώπιση της οσφυαλγίας από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων παρουσιάζει μεγάλες αποκλείσεις.

Ενδεικτικό είναι ότι η συχνότητα των χειρουργικών παρεμβάσεων σε παγκόσμιο αλλά και σε διακρατικό επίπεδο εμφανίζει σημαντικές διαφοροποιήσεις : στις Η.Π.Α. οι ασθενείς με οσφυαλγία χειρουργούνται 5 φορές πιο συχνά από ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο, η πολιτεία της Washington κυριαρχεί επί των άλλων πολιτειών σε συχνότητα εφαρμογής χειρουργικής λύσης στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας.

Η ποικιλία πρακτικών αντιμετώπισης μιας κατάστασης συνήθως σημαίνει ότι δεν είναι ξεκάθαρο το ποια είναι η καλύτερη. Ο γιατρός μπορεί να μην γνωρίζει ή να μην έχει στη διάθεσή του την καλύτερη.

Ενδεικτικά αναφέρονται : φαρμακευτικές παρεμβάσεις, μη φαρμακευτικές θεραπείες, επεμβατικές, παρεμβατικές και επιθετικές παρεμβάσεις (όπως ενδοδισκική ηλεκτροθερμική θεραπεία, απονεύρωση με τη χρήση ραδιοσυχνοτήτων, επισκληρίδια έγχυση στεροειδών). Υπάρχουν το λιγότερο 40 – 50 είδη παρεμβάσεων που κάθε μια έχει τις ενδείξεις της. Γιατροί και ασθενείς βομβαρδίζονται από τη διαφήμιση, υποστηρίζουν την καλύτερη κατά τη γνώμη τους, προάγοντας έτσι τη σύγχυση στο ευρύ κοινό.

Αν ο ασθενής μετά την χειρουργική επέμβαση νοιώθει καλύτερα, αυτό δικαιώνει την επέμβαση, αλλά δεν σημαίνει οπωσδήποτε ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση ήταν και απαραίτητη, όμως αυτό δεν μπορεί να τεκμηριωθεί.

Οι αναδρομικές μελέτες παρουσιάζουν μεθοδολογικά προβλήματα :

1. Αρκετοί ασθενείς με οσφυαλγία θα γίνουν καλά απλά με την πάροδο του χρόνου και δεν είναι δυνατόν να απομονωθεί το ποσοστό τους.
2. Είναι πολύ δύσκολο να εντοπιστεί με ανατομική ακρίβεια η διάγνωση της οσφυαλγίας.
3. Δεν υπάρχει διαθέσιμη καλή πρακτική για τη διαγνωστική διάκριση μεταξύ συμπτωματικών και μη συμπτωματικών ακτινολογικών ευρημάτων. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις. **Δεν είναι εφικτό η προσέγγιση της οσφυαλγίας να κυριαρχείται από τη λογική του «αυτό χάλασε να το φτιάξουμε»**
4. Τα αποτελέσματα των χειρουργικών επεμβάσεων είναι κατά μέσο όρο πτωχά έως μέτρια (10 – 20 % βελτίωση) μεταξύ ασθενών με χρόνια οσφυαλγία & λίγο καλύτερα (50 – 90 % βελτίωση) μεταξύ ασθενών με οξεία οσφυαλγία που χειρουργούνται. Φαίνεται ως κάποιοι να επιλέγουν πρακτικές που δεν τους βελτιώνουν ή δεν αποδεικνύονται τόσο αποτελεσματικές όσο τις περίμεναν, κάπου εδώ κρύβονται υπερβολικές ή λανθασμένες προσδοκίες.
5. Ο στόχος των ερευνών είναι να τεκμηριώσουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μεθόδων μετρώντας και συγκρίνοντας τα κέρδη & τις ζημιές, το κόστος & τις παράλληλες επιβαρύνσεις που προκύπτουν από την εφαρμογή της μεθόδου αλλά δεν εξετάζουν την αιτία της επιλογής της.
6. Είναι γεγονός ότι κάθε τι έχει το κόστος του και συνδέεται με κάποια επιβάρυνση. **Δεν υπάρχει άριστη θεραπεία, πάντα εμπλέκεται και λίγη ζημιά.**

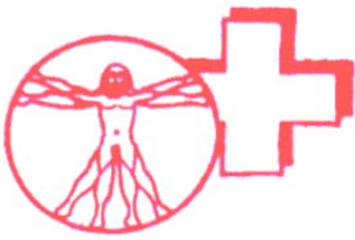
### **ΟΔΗΓΙΕΣ / ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ**

1. Ο γιατρός οφείλει να εστιάζει στο πλήρες ιστορικό και στην κλινική εξέταση ώστε να κατατάξει την οσφυαλγία σε μια από τις ακόλουθες τρεις κατηγορίες :

- Μη ειδική Οσφυαλγία
- Οσφυαλγία σχετιζόμενη με ριζοπάθεια ή σπονδυλική στένωση
- Οσφυαλγία σχετιζόμενη με κάποια ειδική αιτία

Το ιστορικό οφείλει να διερευνά τόσο τους ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου όσο και τον ενδεχόμενο κίνδυνο μετάπτωσης σε χρόνια οσφυαλγία.

**Περισσότεροι από το 85 % των οσφυαλγικών ασθενών που καταφεύγουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν μπορεί να καταταχθεί σε ειδική ή άλλη σπονδυλική παθολογία. Δεν έχει τεκμηριωθεί το ότι η ανακάλυψη ενός εκφυλισμένου μεσοσπονδύλιου δίσκου και η σχετική πληροφόρηση του ασθενή γι' αυτό προσφέρουν στο προσδόκιμο βελτίωσης.**



**Δρ Κυριακή Γ. ΣΤΑΘΗ**

**Ιατρός Αποκατάστασης**

**Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών**

Ιατρείο Ζωσιμάδων 15 - 185 31 ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Τηλ / Fax : 210 41 73 272

e-mail: [statkon@otenet.gr](mailto:statkon@otenet.gr)

Ωστόσο υπάρχουν κάποιοι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες για τον κίνδυνο μετάπτωσης σε χρόνια οσφυαλγία, όπως :

- στον καρκίνο, ισχυρός προγνωστικός παράγοντας είναι το προ-καρκίνου ιστορικό, ενώ φτωχό προγνωστικό στοιχείο αποτελεί η ανεξήγητη απώλεια βάρους που δεν ανακάμπτει μέσα σ' ένα μήνα & η μεγαλύτερη των 50 ετών ηλικία.
- στην κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου προγνωστική αξία έχουν το τυπικό ιστορικό & το θετικό σημείο Laseque.
- στη σπονδυλική στένωση η βάδιση με ευρεία βάση στήριξης και η ύφεση του άλγους σε καθιστή θέση είναι προγνωστικά στοιχεία, εν τούτοις η ηλικία και η νευρογενής διαλείπουσα χωλότητα ανήκουν στα πτωχά προγνωστικά στοιχεία.

2. Ο γιατρός απέναντι σε ασθενή με μη ειδική οσφυαλγία **ΔΕΝ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ** να συστήνει ως ρουτίνα τον ακτινολογικό έλεγχο.

- Οι ακτινογραφίες δεν είναι θεραπευτικές και δεν βελτιώνουν τον ασθενή.
- Η μαγνητική τομογραφία ως ρουτίνα το μόνο που αυξάνει είναι την επίπτωση των χειρουργικών επεμβάσεων χωρίς να επηρεάζει το ποσοστό βελτίωσης των ασθενών.

3. Ο γιατρός **ΕΠΙΒΑΛΛΕΤΑΙ** να ζητά απεικονιστικές και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις σε ασθενή με : σοβαρό ή προοδευτικά επιδεινούμενο νευρολογικό έλλειμμα ή όταν υποκρύπτονται άλλες σοβαρές καταστάσεις, όπως :

- Σε ηλικιωμένο άτομο με υποκείμενη οστεοπόρωση υπάρχει κίνδυνος οστεοπορωτικού κατάγματος.
- Ο «καρκίνος είναι πάντα ένας ύποπτος μετανάστης» σε περιπτώσεις ύποπτης φλεγμονής, σε ιππουριδική συνδρομή ή σε σοβαρό νευρολογικό έλλειμμα.
- Όταν η ηλικία είναι ο μόνος παράγοντας κινδύνου ή ο ασθενής έχει έναν άλλο μικρό παράγοντα κινδύνου θα πρέπει να επιχειρείται μια περιορισμένη σε χρόνο θεραπεία.
- Σύμφωνα με τις οδηγίες του Old Agency for Health Care Policy & Research (AH CPR / 1994) : ασθενής με υπόνοια καρκίνου ή μεγαλύτερος των 50 χρόνων θα πρέπει να υποβάλλεται σε ακτινολογικό έλεγχο, αλλά ακόμα και αυτός – εφόσον δεν έχει άλλα σημεία / συμπτώματα καρκίνου – θα πρέπει ΠΡΙΝ τον έλεγχο να ακολουθεί μια περιορισμένη χρονικά θεραπεία.

4. Ασθενής με σημεία / συμπτώματα ριζοπάθειας ή σπονδυλικής στένωσης θα πρέπει να υποβάλλεται σε μαγνητική / αξονική τομογραφία ΜΟΝΟ όταν είναι υποψήφιος για επισκληρίδια έγχυση ή χειρουργική επέμβαση. Ασθενής με απλή ισχιαλγία ή σπονδυλική στένωση χωρίς σοβαρό (ή προοδευτικά επιδεινούμενο) έλλειμμα ΔΕΝ έχει τίποτε να ωφεληθεί από τον απεικονιστικό έλεγχο.

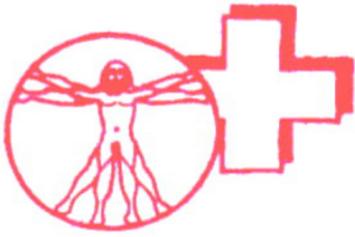
- Ο γιατρός θα πρέπει να παρέχει στον ασθενή με οσφυαλγία τη διαθέσιμη τεκμηριωμένη πληροφόρηση, να τον ενθαρρύνει να παραμείνει ενεργός / δραστήριος & να του παρέχει πληροφόρηση σχετικά με τις αποτελεσματικές επιλογές αυτό-φροντίδας.
- Ο γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή τη σημασία της αυτό-φροντίδας & του να μείνει ενεργός / δραστήριος. Να του ξεκαθαρίσει ποια από τις παρεμβάσεις έχει την καλύτερη ποιοτική τεκμηρίωση. Να του θυμίσει ότι όλα τα φάρμακα έχουν ανεπιθύμητες δράσεις

5. Όλα τα φάρμακα συνδέονται με θετικά αλλά και με αρνητικά αποτελέσματα. Γενικά υπάρχει μικρή τεκμηρίωση για μακρόχρονα οφέλη ή βλάβες, Πάντα λαμβάνεται υπ' όψιν η προτίμηση του ασθενή, το κόστος της θεραπείας, η ασφαλιστική κάλυψη του κόστους και η επαναληψιμότητα της θεραπείας.

6. Ο γιατρός θα πρέπει να συνυπολογίζει τη χρήση των φαρμάκων με αποδεδειγμένα οφέλη σε συνδυασμό με την πληροφόρηση και την «αυτό-φροντίδα». Ο γιατρός θα πρέπει να εκτιμά τη σοβαρότητα του βασικού επίπεδου του πόνου, των λειτουργικών ελλειμμάτων, των δυνητικών ωφελειών, των κινδύνων της σχετικής έλλειψης μακροχρόνιας αποτελεσματικότητας και την ασφάλεια των πληροφοριών πριν από την έναρξη της θεραπείας.

Οι περισσότεροι ασθενείς στην αρχή λαμβάνουν ακεταμινοφαίνη (acetaminophen) ή/και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

- ακεταμινοφαίνη (acetaminophen) ή/και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη : δεν είναι ισχυρά αναλγητικά, αλλά είναι ασφαλή σε σωστά επιλεγμένους ασθενείς.
- μυοχαλαρωτικά των σκελετικών μυών : έχουν κάποιο αποτέλεσμα στην οξεία οσφυαλγία αλλά συνοδεύονται από κόπωση και υπνηλία.



**Δρ Κυριακή Γ. ΣΤΑΘΗ**

**Ιατρός Αποκατάστασης**

**Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών**

Ιατρείο Ζωσιμάδων 15 - 185 31 ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Τηλ / Fax : 210 41 73 272

e-mail: [statkon@otenet.gr](mailto:statkon@otenet.gr)

- τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά : έχουν μικρή ή μέτρια ένδειξη χορήγησης, δεν είναι η 1<sup>η</sup> επιλογή αλλά αν ο ασθενής εμφανίζει και σημεία κατάθλιψης μπορεί κανείς να τα σκεφτεί.
- οπιοειδή & βενζοδιαζεπίνες : δεν υπάρχει σημαντική ομοφωνία ως προς την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά τους στην οσφυαλγία & τα οφέλη τους ταξινομούνται από φτωχά ως μέτρια.
- Αντιεπιληπτικά φάρμακα (όπως το gabapentin) μοιάζουν να είναι αποτελεσματικά σε ριζοπάθεια (αλλά αυτό βασίζεται μόνο σε 2 βραχύχρονες μελέτες). Σοβαρές μελέτες δείχνουν ότι δεν υπάρχουν οφέλη από τη συστηματική χρήση των στεροειδών στην οσφυαλγία.

#### 7. Μη-φαρμακολογικές θεραπείες

Στους ασθενείς που δεν βελτιώνονται με την αυτο-φροντίδα ο γιατρός θα πρέπει να προσθέσει και μη-φαρμακολογικές θεραπείες που μπορούν να βελτιώσουν την οσφυαλγία. Γενικά, η επαναληψιμότητα και το κόστος αυτών των θεραπειών είναι πολύ υψηλότερα απ' ό,τι όταν συνδυάζεται με αυτό-φροντίδα και φαρμακευτική θεραπεία. Απαιτείται περισσότερη συζήτηση με τους ασθενείς ώστε να γίνει η καλύτερη - για το καλό τους - επιλογή.

Σε ασθενή με οξεία οσφυαλγία μπορεί να συστηθεί χειρισμός σπονδυλικής στήλης, αλλά τα οφέλη από το σπονδυλικό χειρισμό είναι φτωχά ως μέτρια επίσης δεν υπάρχει όφελος από την θεραπευτική άσκηση μέσα στις πρώτες 4 εβδομάδες.

Σε ασθενή με υποξεία ή χρόνια οσφυαλγία ενδείκνυται διεπιστημονική εντατική αποκατάσταση (θεραπευτική άσκηση, βελονισμός, μάλαξη, σπονδυλικός χειρισμός, yoga, γνωσιακή- συμπεριφερειολογική θεραπεία ή προοδευτική χαλάρωση). Απ' αυτές μέτρια αποτελεσματικότητα ή καλό επίπεδο τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας έχουν : η συμπεριφερειολογική θεραπεία, η γνωσιακή θεραπεία, η θεραπευτική άσκηση, η διεπιστημονική αποκατάσταση και ο σπονδυλικός χειρισμός. Βελονισμός, μάλαξη, yoga έχουν πτωχά αποτελέσματα.

Παράλληλα η αποτελεσματικότητα αρκετών φυσικών μέσων κατατάσσεται ως πτωχή ή αστάθμητη (περιλαμβάνονται διασταυρούμενα, διαθερμία βραχέων κυμάτων, υπέρηχα, T.E.N.S., ζώνες υποστήριξης O.M.S.S.). Επίσης χαμηλού επιπέδου laser, spa, δεν έχουν ένδειξη και αυτό οφείλεται τόσο στην έλλειψη σχετικής έρευνας στις Η.Π.Α. όσο και στο ότι πρόσφατες στοχευμένες μελέτες δεν έχουν αποδείξει τη χρησιμότητά τους στην Π.Φ.Υ..

#### 8. Επεμβατικές θεραπείες

Ο Rosenquist στην ετήσια συνάντηση της American Pain Society (A.P.S.) υποστηρίζει ότι η χειρουργική παρέμβαση για τη θεραπεία της οσφυαλγίας είναι ξεκάθαρο ότι έχει πτωχά ή μη σταθμισμένα αποτελέσματα. Το ερώτημα που αναδύεται είναι : **«στοχεύουμε στ' αλήθεια στο να κάνουμε τη διαφορά στο τελικό προσδόκιμο ή απλά να κάνουμε πράξεις μόνο και μόνο επειδή είναι διαθέσιμες ?»**

Η ίδια ερώτηση τίθεται και στο γιατρό που συστήνει μεγάλο όγκο διαγνωστικών πράξεων ώστε να δικαιολογήσει έναν εξ ίσου μεγάλο όγκο θεραπευτικών πράξεων / διαδικασιών. Σύμφωνα με τον Rosenquist αυτή η πρακτική αυξάνει τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων. Σε μελέτη του 2007 αναφέρεται ότι από το 1994 η συχνότητα των επισκληρίδιων εγχύσεων αυξήθηκε κατά 270 % και των διηθήσεων της ιερονωτιαίας κατά 230 % !!

#### 9. Ολιστικές Προσεγγίσεις

Στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας και ιδιαίτερα στην πρόληψη της μετάπτωσης της σε χρόνια, συμβάλλουν θετικά : η καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών αλληλεπίδρασης του stress, των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων με τα σωματικά ενοχλήματα, η διατήρηση της ενεργοποίησης και της συμμετοχής τόσο του πάσχοντα όσο και του στενού του περιβάλλοντος καθώς και η καθοδήγηση από ιατρό αποκατάστασης (φυσίατρο) του εξατομικευμένου προγράμματος αποκατάστασης (υπενθυμίζεται ότι ο ιατρός αποκατάστασης δεν έχει τίποτε να προσφέρει εκεί που δεν του ζητούν ή αρνούνται τη βοήθειά του).

- John SARNO, «Ο πόνος της μέσης : Κατανόηση των αιτιών & θεραπεία», ΠΕΩ, 1991 / 2008
- Steven STANOS, Roger CHOU, Richard ROSENQUIST, John LOESER et all, "New Clinical Practice Guidelines on Low Back Pain" A.P.S., Vol 18, No 2, 2007
- J-R. CHENARD, B. LAVIGNOLLE, J. CHAREST, «Lombalgie : dix etapes sur les chemins de la guerison» MASSON, Paris, 1991