

Οξεία Οσφυαλγία

ΛΑΖΑΡΟΣ Ι. ΣΑΚΚΑΣ

Ελληνική Ρευματολογία 2009, 20(1):27-28

Αν και τα περισσότερα επεισόδια οξείας οσφυαλγίας υποχωρούν αυτόματα, η συμβολή του ρευματολόγου είναι τριπλή:

- α) να διαφορο-διαγνώσει εάν πρόκειται για ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία ή για μη ειδική οσφυαλγία,
- β) να διαγνώσει αν υπάρχει ή όχι κινητικό νευρολογικό έλλειμμα στα κάτω άκρα ή σύνδρομο ιππουρίδας ώστε να παραπέμψει τον ασθενή για άμεση χειρουργική αποσυμπίεση και
- γ) να παράσχει αναλγησία.

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η οσφυαλγία ειδικής αιτιολογίας μπορεί να οφείλεται σε συστηματικά νοσήματα, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου ή τοπική ογκόμορφη βλάβη (όγκος ή φλεγμονή). Οι χαρακτηριστικές της οσφυαλγίας που υποδηλώνουν νόσημα που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση είναι:

- Ηλικία άνω των 60 ετών
- Γενικά συμπτώματα όπως καταβολή, απώλεια βάρους ή πυρετός
- Νυχτερινό άλγος που αφυπνίζει τον ασθενή
- Φλεγμονώδης οσφυαλγία με πρωινή δυσκαμψία
- Νευρολογικό έλλειμμα
- Εργαστηριακά ευρήματα φλεγμονής (αυξημένη ΤΚΕ, CRP) ή/και αναιμία.

Φλεγμονώδης οσφυαλγίας διαγιγνώσκεται όταν σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (> 3 μηνών) πληρούνται τουλάχιστον 4 από τις παρακάτω 5 κριτήρια, σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρεία Εκτίμησης της Σπονδυλοαρθρίτιδας (Assessment of SpondyloArthritis International Society, ASAS)¹

- Ηλικία έναρξης < 40 ετών



Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας
Διευθυντής Σύνταξης

e-mail: lsakkas@med.uth.gr

- Υπουλη - υποξεία έναρξη
- Βελτίωση του άλγους με την άσκηση
- Μη βελτίωση του άλγους με την ανάπαυση
- Νυχτερινό άλγος που βελτιώνεται με την έγερση

Μη Ειδική Οσφυαλγία

Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Κλινική Αριστεία της Μεγάλης Βρετανίας (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) έχει δημοσιεύσει οδηγίες για την αντιμετώπιση της μη ειδικής οσφυαλγίας².

- Φαρμακευτική θεραπεία
 - Εναρξη αναλγησίας με παρακεταμόλη
 - Εάν η παρακεταμόλη δεν δίνει αποτελεσματική αναλγησία, χορηγούνται μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Σε άτομα άνω των 45 ετών συχορηγούνται με γαστροπροστασία (αναστολέα αντλίας πρωτονίων)
 - Εάν η αναλγησία δεν είναι επαρκής, χορηγούνται οπιοειδή αναλγητικά για μικρό διάστημα
 - Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν, όταν τα προηγηθέντα φάρμακα δεν πέτυχαν επαρκή αναλγησία
- Χειρονακτική θεραπεία της ΟΜΣΣ ή Βελονισμός μπορεί να βοηθήσουν
- Ομαδικές ασκήσεις αεροβικής γυμναστικής, ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών ή οδηγίες εκμάθησης του τρόπου των κινήσεων, μπορούν να συστηθούν
- Εάν η έντονη οσφυαλγία επιμένει επί μακρόν παρά τη θεραπεία, και εφόσον συναινεί ο ασθενής συστήνεται παραπομπή σε ορθοπεδικό για σύντηξη σπονδύλων (σπονδυλοδεσία, fusion)

Δεν χρειάζεται να γίνει απλή ακτινογραφία ΟΜΣΣ, ή να συστηθεί εφαρμογή ζώνης οσφύος ή έλξης στην ΟΜΣΣ, ή να εφαρμοστούν ενέσεις θεραπευτικής ουσίας στη ΟΜΣΣ ή θεραπείας με υπερήχους ή με διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νεύρου (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS).

Νευρολογικό Έλλειμμα στην Οσφυαλγία

Δεδομένου ότι η νωτιαίος μυελός καταλήγει στον πρώτο οσφυϊκό σπόνδυλο, το νευρολογικό κινητικό έλλειμμα που μπορεί να παρουσιάσει ο ασθενής κατά την οξεία οσφυαλγία προέρχεται από συμπίεση νευρικής ρίζας. Οι νευρικές ρίζες που συμπιέζονται πιο συχνά είναι οι Ο5 και Ι1 ρίζες.

- Η συμπίεση της Ο5 ρίζας προκαλεί μείωση της δύναμης ή και αδυναμία της ραχιαίας κάμψης του άκρου ποδός και ο ασθενής αδυνατεί να στηριχθεί στις φτέρνες των ποδών
- Η συμπίεση της Ι1 ρίζας προκαλεί μείωση της δύναμης ή και αδυναμία της πελματιαίας κάμψης του άκρου ποδός και ο ασθενής αδυνατεί να στηριχθεί στις μύτες των ποδών

Εάν υπάρχει κινητικό έλλειμμα ο ασθενής θα πρέπει να παραπεμφθεί για άμεση χειρουργική αποσυμπίεση, γιατί εάν η πίεση στο νεύρο διατηρηθεί περισσότερο από 36 ώρες συνήθως αφήνει μόνιμο νευρολογικό έλλειμμα.
- Σπανιότερα, το νευρολογικό έλλειμμα μπορεί να εκδηλώνεται ως σύνδρομο ιππουριδας με διαταραχές ούρησης και αφόδευσης και διαταραχές αισθητικότητας του περινέου που επίσης απαιτεί άμεση χειρουργική αποσυμπίεση

ABSTRACT

Acute low-back pain

Lazaros I. Sakkas, Editor

Editor, Associate Professor of Medicine and Rheumatology, Medical School, Thessaly University

Hellenic Rheumatology 2009, 20(1):27-28

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgs-Vargas R, et al. The assessment of spondyloarthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondylarthritis. *Ann Rheum Dis* 2009;68 (Suppl II): ii1-ii44
2. Savingny P, Watson P, Underwood M. Early management of persistent non-specific low back pain: summary of NICE guidance. *BMJ* 2009;338:1441-2.