



ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ “ΜΗ-ΕΙΔΙΚΗΣ” ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ



Η ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΒΕΒΑΙΗ ΣΤΟ 90% ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Παρ' όλα αυτά, η οσφυαλγία στο 90% των ασθενών τουλάχιστον δε μπορεί να αποδοθεί σε μία συγκεκριμένη παθολογία. Συνεπώς, η διάγνωση έχει περιγραφικό χαρακτήρα όπως π.χ. “οσφυαλγία, μη ειδική-μη καθορισμένη” (MEZ.84.2Z, ICD-11). Σε αρκετές έρευνες η περιγραφή είναι επίσης ασαφής, π.χ. “μη ειδική οσφυαλγία”.

Η ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΣΑΦΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Αρκετές σαφώς καθορισμένες παθολογικές οντότητες σχετίζονται με την οσφυαλγία, συμπεριλαμβανομένων των αυτοάνοσων διαταραχών, των λοιμώξεων του νωτιαίου μυελού ή των οστεοπορωτικών καταγμάτων. Αυτές οι παθολογίες έχουν σχετικά σαφή σημεία και συμπτώματα και σαφώς καθορισμένη διαγνωστική προσέγγιση, η οποία ιδανικά θα οδηγήσει σε μία οριστική διάγνωση και στοχευμένη θεραπεία.



ΑΥΤΗ Η ΜΕΓΑΛΗ ΟΜΑΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΙΘΑΝΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΟΜΟΙΟΓΕΝΗΣ

Είναι σχεδόν απίθανο ότι αυτή η μεγάλη ομάδα ασθενών αποτελείται από παρόμοιες και ενοποιημένες κατηγορίες ασθενών, όπως για παράδειγμα η αυτοάνοση διαταραχή γνωστή και ως αγκυλοποιητική σπονδυλιτίδα. Η σημαντική ερώτηση είναι ποιος παθοφυσιολογικός μηχανισμός συνέβαλε σε αυτήν την κατηγορία και πώς αυτοί οι μηχανισμοί μπορούν να αναγνωριστούν κατά την αξιολόγηση του κάθε ασθενή.



Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ ΤΗΝ ΑΔΡΗ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ

Προς το παρόν δεν είναι ξεκάθαροι όλοι οι μηχανισμοί και ούτε είναι δυνατόν να αξιολογηθούν όλοι οι πιθανοί μηχανισμοί της οσφυαλγίας στον ανθρώπινο οργανισμό. Παρ' όλα αυτά, είναι εφικτό να εξαχθούν συμπεράσματα, τουλάχιστον μερικώς, για τις ευρείες παθοφυσιολογικές κατηγορίες της οσφυαλγίας σε αυτό το στάδιο κατά την αξιολόγηση του ασθενή.

Όπως και σε οποιοδήποτε σημείο του ανθρώπινου σώματος, ο πόνος στην οσφυαλγία μπορεί να αποδοθεί-αν και όχι αποκλειστικά-σε μία από τις τρεις βασικές παθοφυσιολογικές κατηγορίες: νευροπαθητικός, αλγαισθητικός ή nociplastic.



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ



αλγαισθητικός



νευροπαθητικός



nociplastic

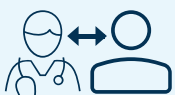
ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΣΥΝΗΘΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ και

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

για τη βέλτιστη (αλλά όχι πλήρη) κατανόηση της παθοφυσιολογίας

Λήψη ιστορικού/
κλινική εξέταση



Καταγραφή
του πόνου



Ερωτηματολόγια



Εργαστηριακές
εξετάσεις



Απεικόνιση, π.χ.
Μαγνητική τομογραφία
(MRI)



Quantitative Sensory Testing
(QST)
[8]



Έστω ότι έχουμε τρεις ασθενείς: τον Άκη (Α), τον Βασίλη (Β) και τον Πέτρο (Π). Η ηλικία τους είναι 45-55 έτη και πάσχουν από οσφυαλγία για έξι μήνες (άρα έχουν εξ'ορισμού χρόνιο πόνο) και έχουν πρόσφατα υποβληθεί σε MRI (αν και αυτό δεν συμβαδίζει με τις υπάρχουσες συστάσεις). Και στους τρεις ασθενείς η MRI αποκάλυψε ήπια εκφύλιση του μεσοσπονδύλιου δίσκου και των μεσοσπονδύλιων αρθρώσεων στα επίπεδα O3/4 και O4/5 χωρίς συμπίεση των νευρικών ριζών ή αλλαγές κατά Modic. Ο οικογενειακός ιατρός παραπέμπει τώρα τους τρεις ασθενείς στο ιατρείο πόνου για επιπλέον αξιολόγηση. Πώς θα διαγνώσετε σε ποια παθοφυσιολογική κατηγορία ανήκει κυρίως ο πόνος των ασθενών;



Ο Άκης πάσχει από συνεχόμενο πόνο, συνοδευόμενο από καυσαλγία στην κατώτερη οσφύ, ο οποίος επεκτείνεται διάχυτα παρασπονδυλικά και στην γλουτιαία χώρα, χωρίς να αντανακλά στα κάτω άκρα. Η κίνηση δεν επιδεινώνει τον πόνο αλλά κάποιες φορές ο Άκης αισθάνεται κνησμό όταν φορά στενή ζώνη ή παντελόνι.

Κλινική εξέταση:

- Χωρίς αισθητικό ή κινητικό έλλειμα
- Το εύρος κίνησης είναι λίγο μειωμένο στην οσφυϊκή έκταση και κάμψη
- Δεν υπάρχει ξεκάθαρο μηχανικό μοτίβο επιδείνωσης του πόνου με την κίνηση
- Τοπική ευαισθησία στην ψηλάφηση στη μέση γραμμή στο επίπεδο O4/5.

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Δεν παρατηρείται μηχανικό μοτίβο αλλά καυσαλγία και κνησμός...νευροπαθητικός πόνος;



Ερωτηματολόγια αξιολόγησης νευροπαθητικού πόνου, π.χ. Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI):

- Η βαθμολογία του Άκη είναι 63 στο σταθμισμένο NPSI

QST

- QST στην οσφύ: αυξημένη ουδός στο μηχανικό ερέθισμα, μειωμένη ουδός στην πίεση, μηχανική αλλοδυνία και υπεραλγησία. Χωρίς μεταβολές στην ευαισθησία στην θερμότητα ή στην ουδό του επώδυνου θερμικού ερεθίσματος σε σχέση με τις ισχύουσες νόρμες

- QST στο χέρι (θέση ελέγχου): όλες οι δοκιμασίες είναι φυσιολογικές.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ



Αποδείξεις για νευροπαθητικό στοιχείο

Κλασικά σημεία κεντρικής ευαισθητοποίησης (μηχανική αλλοδυνία και υπεραλγησία σε δευτερεύουσες ζώνες, π.χ. στο δέρμα) και νευρικής βλάβης (αυξημένη ουδός στο μηχανικό ερέθισμα). Παρ'όλα αυτά, ο νευροπαθητικός πόνος δεν μπορεί να διαγνωστεί με απόλυτη βεβαιότητα γιατί στον Άκη δεν έχει επιβεβαιωθεί κάποια βλάβη ή ασθένεια του σώματο-αισθητικού συστήματος. Επίσης, τα σημεία και τα συμπτώματα δεν είναι δυνατόν να αποδοθούν σε κάποιο συγκεκριμένο νεύρο ή δερμοτόμιο.



Ο Βασίλης υποφέρει από παροξυσμικό πόνο, παρασπονδυλικά δεξιά και στη γλουτιαία χώρα ο οποίος επιδεινώνεται από την κίνηση και την ορθοστασία και υποχωρεί με τον κλινοστατισμό και τη βάδιση. Ο Βασίλης δεν αναφέρει πόνο στην ηρεμία αλλά το επόμενο πρωί μετά από έντονη φυσική δραστηριότητα αισθάνεται δυσκαμψία για 20-30 λεπτά.

Κλινική εξέταση:

- Τα συμπτώματα προκαλούνται με την έκταση και την κάμψη της οσφύς
- Τοπική ευαισθησία στο επίπεδο O4/5 στις ζυγοσπονδυλικές αρθρώσεις και στους σύστοιχους μυς.

Τα συμπτώματα προκαλούνται από συγκεκριμένες κινήσεις...αλγαισθητικός πόνος;



Λεπτομερής κλινική αξιολόγηση όπως προτείνεται από τους Vining και τους συνεργάτες για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και την αναγνώριση της πιθανής αιτίας του αλγαισθητικού πόνου:

- Λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση (3 ή περισσότερα από: ηλικία >50 έτη, υποχώρηση με τον κλινοστατισμό, έναρξη παρασπονδυλικά, θετική δοκιμασία έκτασης-στροφής), υποδεικνύουν τις ζυγοσπονδυλικές αρθρώσεις και τους σύστοιχους μυς ως την πιο πιθανή πηγή του πόνου.



Αποδείξεις για αλγαισθητικό στοιχείο

Δεν απαιτείται επιπλέον αξιολόγηση γιατί το πιο πιθανό είναι ότι ο Βασίλης υποφέρει από αλγαισθητικό πόνο. Είναι πιθανόν ότι υπάρχει ένα φλεγμονώδες στοιχείο το οποίο σχετίζεται με εκφυλιστικές αλλαγές που καταλήγουν στην σχετιζόμενη με την κίνηση αλλοδυνία. Ωστόσο, δεν υπάρχουν ενδείξεις που να ενισχύουν την υποψία για ύπαρξη συστηματικής φλεγμονής.



Ο Πέτρος αναφέρει πόνο μεταβαλλόμενη έντασης και εντόπισης, ο οποίος μερικές φορές επεκτείνεται στους γλουτούς και στον αριστερό ή δεξιό οπίσθιο μηρό. Ο πόνος επιδεινώνεται με την κίνηση, αλλά ο Πέτρος βιώνει πόνο και στην ανάπαυση περιστασιακά, ενώ κάποιες φορές ο πόνος τον αφυπνίζει.

Κλινική εξέταση:

- Διάχυτη ευαισθησία στις αποφύσεις της οσφύς και στους παρασπονδυλικούς μυς
- Η κίνηση της οσφύς είναι επώδυνη στο τελικό εύρος κίνησης σε όλες τις κατευθύνσεις και το εύρος κίνησης είναι περιορισμένο
- Χωρίς σημεία αισθητικής ή κινητικής βλάβης.

Πόνος στην ανάπαυση, ο οποίος αφυπνίζει τον ασθενή...φλεγμονώδες στοιχείο;



Εργαστηριακές εξετάσεις
- αρνητικές για φλεγμονώδεις δείκτες.

Ο πόνος επεκτείνεται στους γλουτούς και τα κάτω άκρα...νευροπαθητικό στοιχείο;



- Η βαθμολογία στο σταθμισμένο NPSI είναι 48, δηλαδή ασαφής.

QST

- QST στα επώδυνα σημεία (οσφύ και κάτω άκρα): μειωμένη ουδός πόνου συνολικά, αυξημένη ευαισθησία πόνου και φυσιολογική ουδός αντίληψης ερεθισμάτων. Χωρίς δυναμική μηχανική αλλοδυνία.

- QST στο χέρι: παρόμοιο πρότυπο με την υπερευαισθησία, αλλά σε μικρότερο βαθμό.



Αποδείξεις για nociplastic στοιχείο

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την ύπαρξη φλεγμονώδους ή νευροπαθητικού στοιχείου. Ένα αλγαισθητικό στοιχείο δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί (εξαιτίας του σχετιζόμενου με την κίνηση πόνου), ενώ η αξιολόγηση κατά τον Vining δεν επιτρέπει την σαφή κατηγοριοποίηση. Η διάχυτη υπερευαισθησία (στο χέρι σε συνδυασμό με την οσφύ και το κάτω άκρο), η αυξημένη επέκταση κατά διαστήματα του πόνου και ο πιθανά μεταβαλλόμενος χαρακτήρας υποδεικνύουν την ύπαρξη του nociplastic pain.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Άκης, ο Βασίλης και ο Πέτρος αποτελούν σχετικά τυπικά παραδείγματα παθοφυσιολογικών κατηγοριών πόνου. Στην πραγματικότητα ο πόνος κάθε ασθενή προέρχεται από μία μίξη διαφορετικών παθοφυσιολογιών. Επιπλέον, κάθε κατηγορία πόνου θεωρείται ότι προέρχεται από διαφορετικούς μηχανισμούς οι οποίοι με την σειρά τους αποτελούν το προϊόν διαφορετικών υπο-μηχανισμών. Έως τώρα δεν είναι ξεκάθαρο σε ποιο βαθμό η λεπτομερής παθοφυσιολογία πρέπει να γίνει αντιληπτή για να οδηγήσει σε θεραπευτικές επιλογές, ενώ αυτό επίσης εξαρτάται από τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό στον οποίο στοχεύει η θεραπεία. Παρ'όλα αυτά, η συμβολή των διαφορετικών παθοφυσιολογικών μηχανισμών στην "μη ειδική" οσφυαλγία του κάθε ασθενή μπορεί να αναγνωριστεί με τις ήδη διαθέσιμες μεθόδους αξιολόγησης. Ο τελικός στόχος θα πρέπει να είναι η αποφυγή των άστοχων διαγνώσεων στη σκιά της "μη ειδικής" οσφυαλγίας και η βέλτιστη κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών με σκοπό την ανάπτυξη και την προώθηση των περισσότερο στοχευμένων θεραπειών στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- [1] Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, Rostaing S, Lanteri-Minet M, Collin E, Grisart J, Boureau F. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain* 2004;108(3):248-57.
- [2] Bussières AE, Stewart G, Al-Zoubi F, Decina P, Descarreaux M, Haskett D, Hincapie C, Page I, Passmore S, Srbely J, Stupar M, Weisberg J, Ornelas J. Spinal Manipulative Therapy and Other Conservative Treatments for Low Back Pain: A Guideline From the Canadian Chiropractic Guideline Initiative. *J Manipulative Physiol Ther* 2018;41(4):265-93.
- [3] Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DL, Bouhassira D, Cruccu G, Freeman R, Hansson P, Nurmikko T, Raja SN, Rice AS, Serra J, Smith BH, Treede RD, Jensen TS. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016;157(8):1599-606.
- [4] International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy. IASP Terminology Updated from "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214), *Classification of Chronic Pain*, 2nd Edition. Seattle: IASP, 2017. p. IASP
- [5] Jenkins HJ, Downie AS, Maher CG, Moloney NA, Magnussen JS, Hancock MJ. Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-analysis. *Spine J* 2018;18(12):2266-77.
- [6] Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017;389(10070):736-47.
- [7] Pfau DB, Krumova EK, Treede RD, Baron R, Toelle T, Birklein F, Eich W, Geber C, Gerhardt A, Weiss T, Magerl W, Maier C. Quantitative sensory testing in the German Research Network on Neuropathic Pain (DFNS): reference data for the trunk and application in patients with chronic postherpetic neuralgia. *Pain* 2014;155(5):1002-15.
- [8] Rolke R, Baron R, Maier C, Tolle TR, Treede RD, Beyer A, Binder A, Birbaumer N, Birklein F, Botefur IC, Braune S, Flor H, Hüge V, Klug R, Landwehrmeyer GB, Magerl W, Maihofner C, Rolko C, Schaub C, Scherens A, Sprenger T, Valet M, Wasserka B. Quantitative sensory testing in the German Research Network on Neuropathic Pain (DFNS): standardized protocol and reference values. *Pain* 2006;123(3):231-43.
- [9] Sommer C, Richter H, Rogausch JP, Frettlöh J, Lungenhausen M, Maier C. A modified score to identify and discriminate neuropathic pain: a study on the German version of the Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI). *BMC Neurol* 2011;11:104.
- [10] Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JW, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015;156(6):1003-7.
- [11] Vining RD, Minkalis AL, Shannon ZK, Twist EJ. Development of an Evidence-Based Practical Diagnostic Checklist and Corresponding Clinical Exam for Low Back Pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2019.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Petra Schweinhardt, MD, PhD *

Integrative Spinal Research
Department of Chiropractic Medicine
Balgrist University Hospital
University of Zurich
Zurich, Switzerland

University of Zurich
Zurich, Switzerland

Luana Nyiroe, DCM

Integrative Spinal Research
Department of Chiropractic Medicine
Balgrist University Hospital
University of Zurich
Zurich, Switzerland

University of Zurich
Zurich, Switzerland

Mirjam Baechler, DC, MMEd

Integrative Spinal Research
Department of Chiropractic Medicine
Balgrist University Hospital
University of Zurich
Zurich, Switzerland

University of Zurich
Zurich, Switzerland

Laura Sirucek, MSc

Integrative Spinal Research
Department of Chiropractic Medicine
Balgrist University Hospital
University of Zurich
Zurich, Switzerland

University of Zurich
Zurich, Switzerland

Susanne Becker, PhD

Integrative Spinal Research
Department of Chiropractic Medicine
Balgrist University Hospital
University of Zurich
Zurich, Switzerland

University of Zurich
Zurich, Switzerland

Department of Cognitive and Clinical Neuroscience
Medical Faculty Mannheim
Central Institute of Mental Health
Heidelberg University
Mannheim, Germany

*corresponding author: petra.schweinhardt@balgrist.ch

ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΕΣ

Owen D Williamson, FRCSC Pain Medicine

Adjunct Professor
School of Interactive Arts and Technology
Simon Fraser University
Surrey, BC, Canada

Thomas Graven-Nielsen, DMSc, PhD

Center for Neuroplasticity and Pain (CNAP)
Aalborg University, Denmark

ACKNOWLEDGMENTS

This work is supported by a Clinical Research Priority Program of the University of Zurich (CRPP Pain).

Μετάφραση-επιμέλεια: Μαρία Π. Νταλούκα



©Copyright 2021 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.
IASP brings together scientists, clinicians, healthcare providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.



International Association for the Study of Pain

IASP
Working together for pain relief