

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΠΕΜΥ ΛΕΥΚΑΔΑ 2012
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ, ΑΡΘΡΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΟΣΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Παρασκευή 22 Ιουνίου Ξενοδοχείο PORTO GALINI Ώρα 19.00 - 19.45

Διεταιρική συζήτηση

«Αξονική προσβολή στις σπονδυλαρθρίτιδες: Πρώιμη
αναγνώριση, διαφορική διάγνωση και αντιμετώπιση»

Προεδρείο:

Λάγιος Νικόλαος
Ορθοπαιδικός, Αθήνα

Λιντζέρη Αγγελική
Ρευματολόγος, Αθήνα

Συντονιστής:
Πατρίκος Δήμος
Ρευματολόγος, Αθήνα

Από τη σκοπιά του

Ορθοπαιδικού
Σαρόπουλος Κωνσταντίνος
Ορθοπαιδικός, Αθήνα

Ρευματολόγου
Γεωργούντζος Αθανάσιος
Ρευματολόγος, Αθήνα



Το φάσμα της Αξονικής Σπονδυλαρθρίτιδας (ΑΣΠΑ)

2^{ος} Πληθυσμός
Δυσχερής αναγνώριση
Ευκαιρία Θεραπείας



Προ-ακτινολογικό στάδιο*
(ΑΣΠΑ χωρίς ακτινολογικά ευρήματα)

ASAS Criteria ***

Φλεγμονώδης
Οσφυαλγία

1^{ος} Πληθυσμός
Πολύ εύκολη αναγνώριση
Απώλεια ευκαιρίας Θεραπείας ?



Ακτινολογικά ευρήματα
(Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα)

Modified New York Criteria (1984)**

Φλεγμονώδης
Οσφυαλγία
Ακτινολογική
ιερολαγονίτις

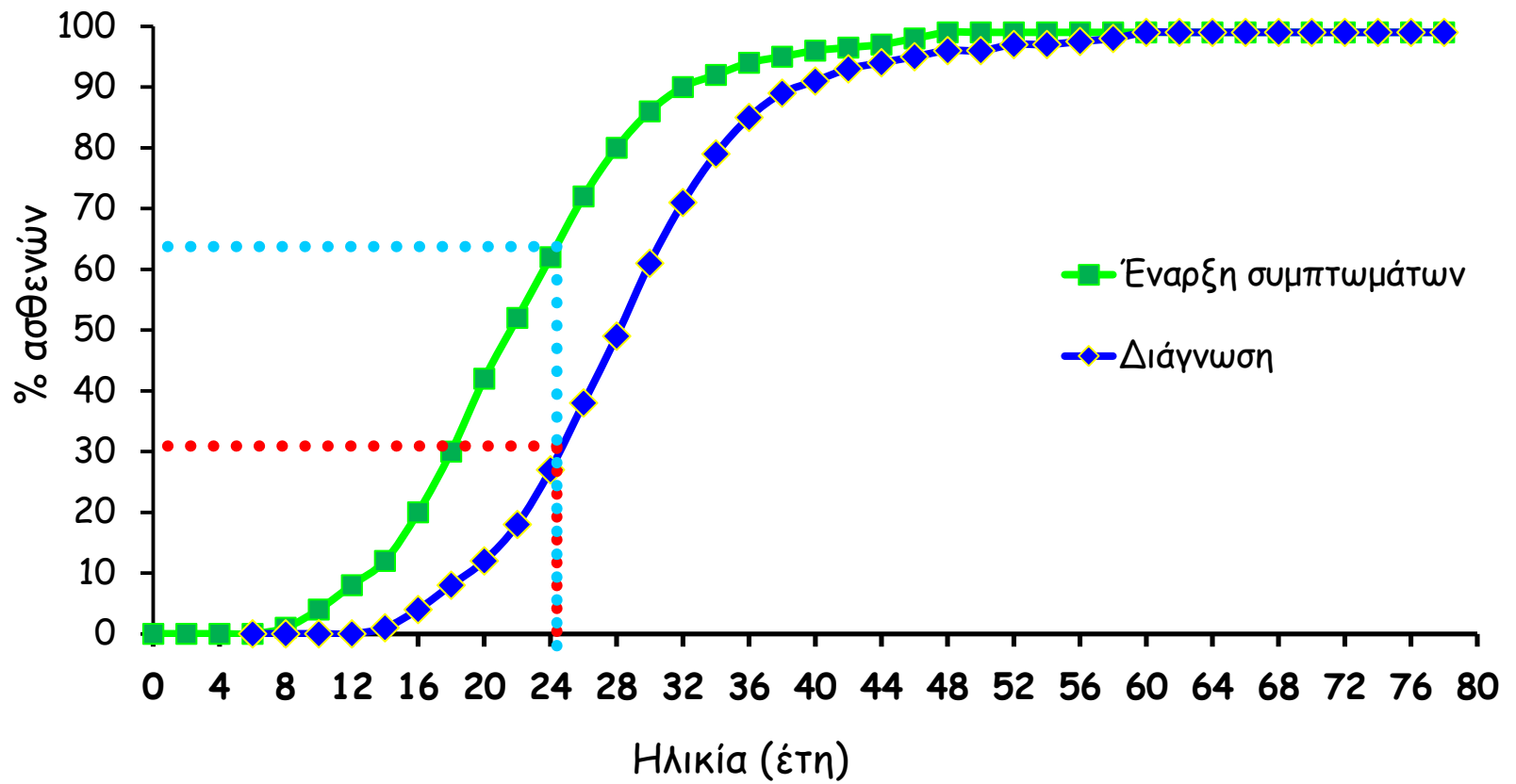
Φλεγμονώδης Οσφυαλγία
Συνδεσμοφύτα

Χρόνος (έτη)

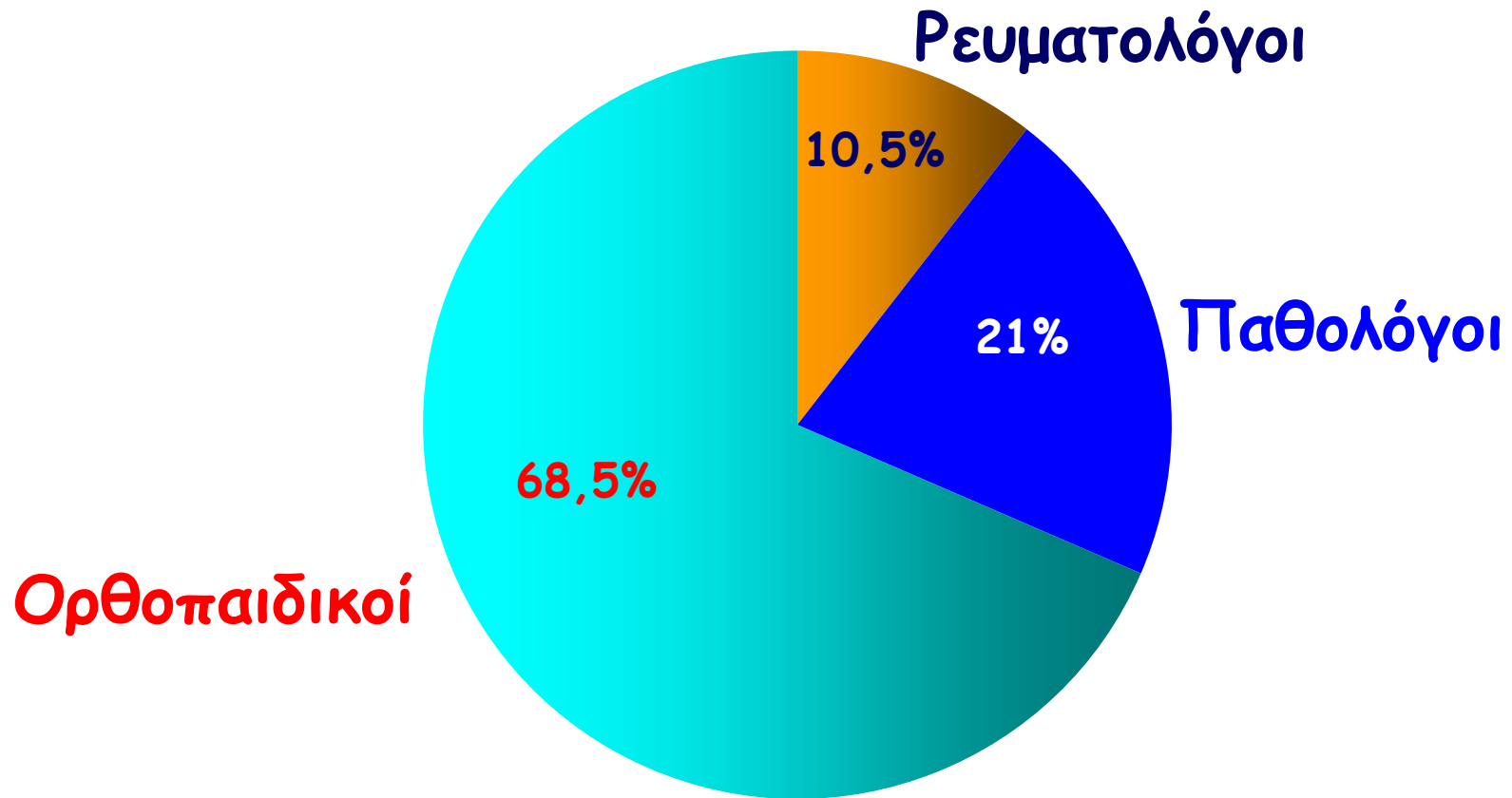
* Rudwaleit M. A&R 2005 *** ARD 2009

** Van der Linden. A&R 1984

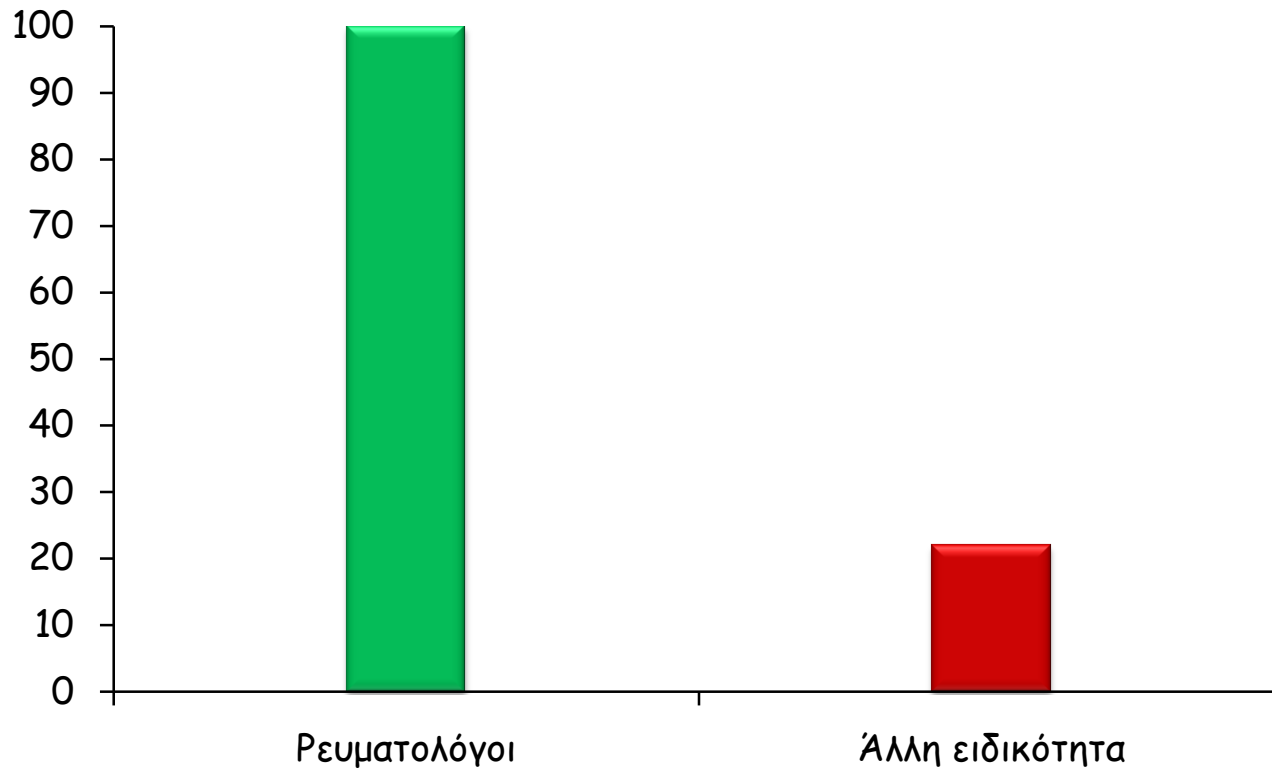
Καθυστέρηση διάγνωσης ΑΣ



Ποιο γιατρό επισκέπτονται πρώτα οι ασθενείς με ΣΠΑ



Ορθή διάγνωση μεταξύ Ρευματολόγων και μη



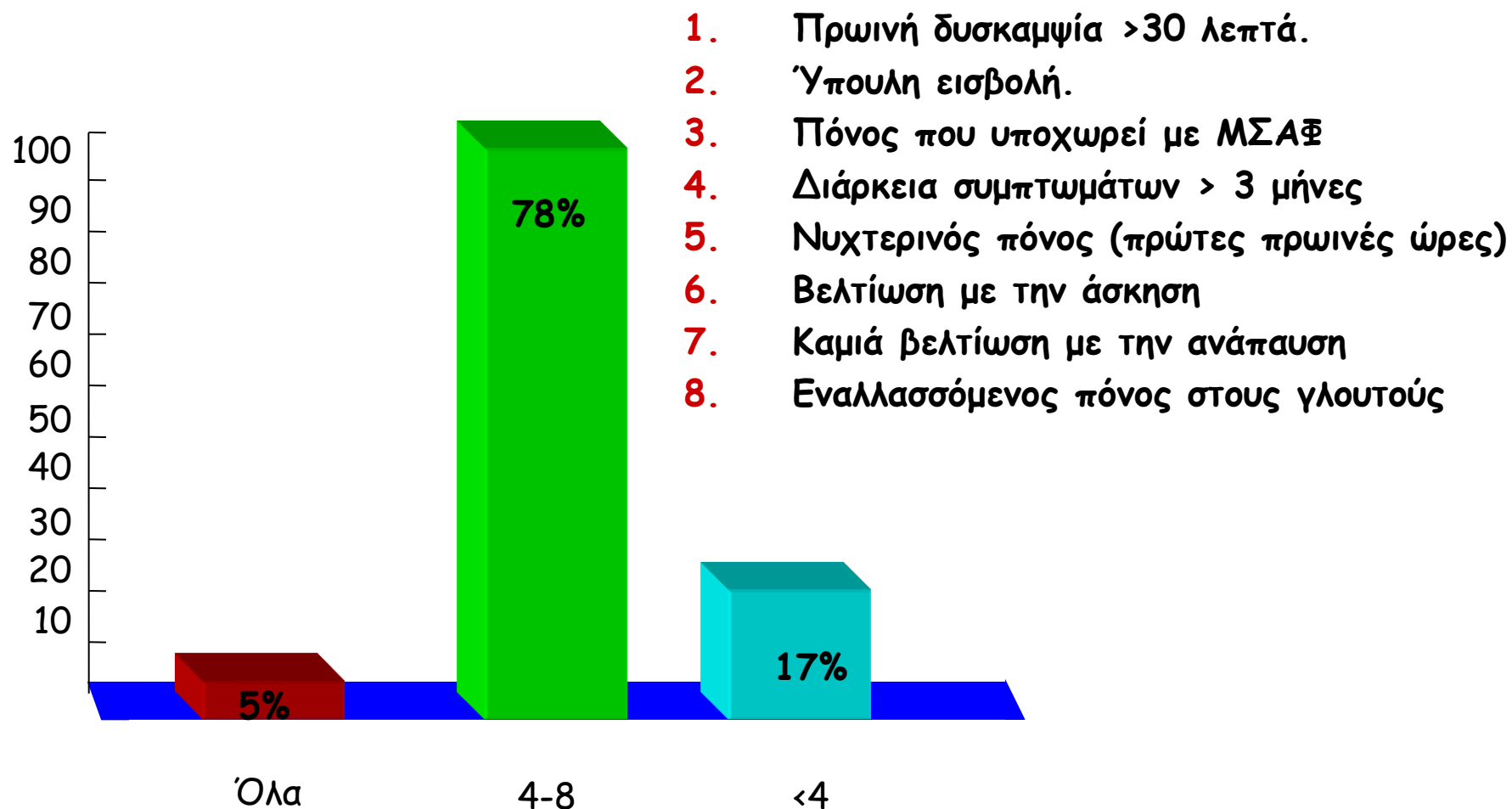
Αίτια καθυστέρησης στη διάγνωση

- Καθυστέρηση ανάπτυξης ακτινολογικής ιερολαγονίτιδας
- Έλλειψη παθογνωμονικής εξέτασης
- Χαμηλός βαθμός “διαγνωστικής ετοιμότητας” μεταξύ των μη ρευματολόγων
- Η οσφυαλγία είναι πολύ συχνή στο γενικό πληθυσμό, αλλά η ΑΣ είναι από τα πιο σπάνια αίτιά της

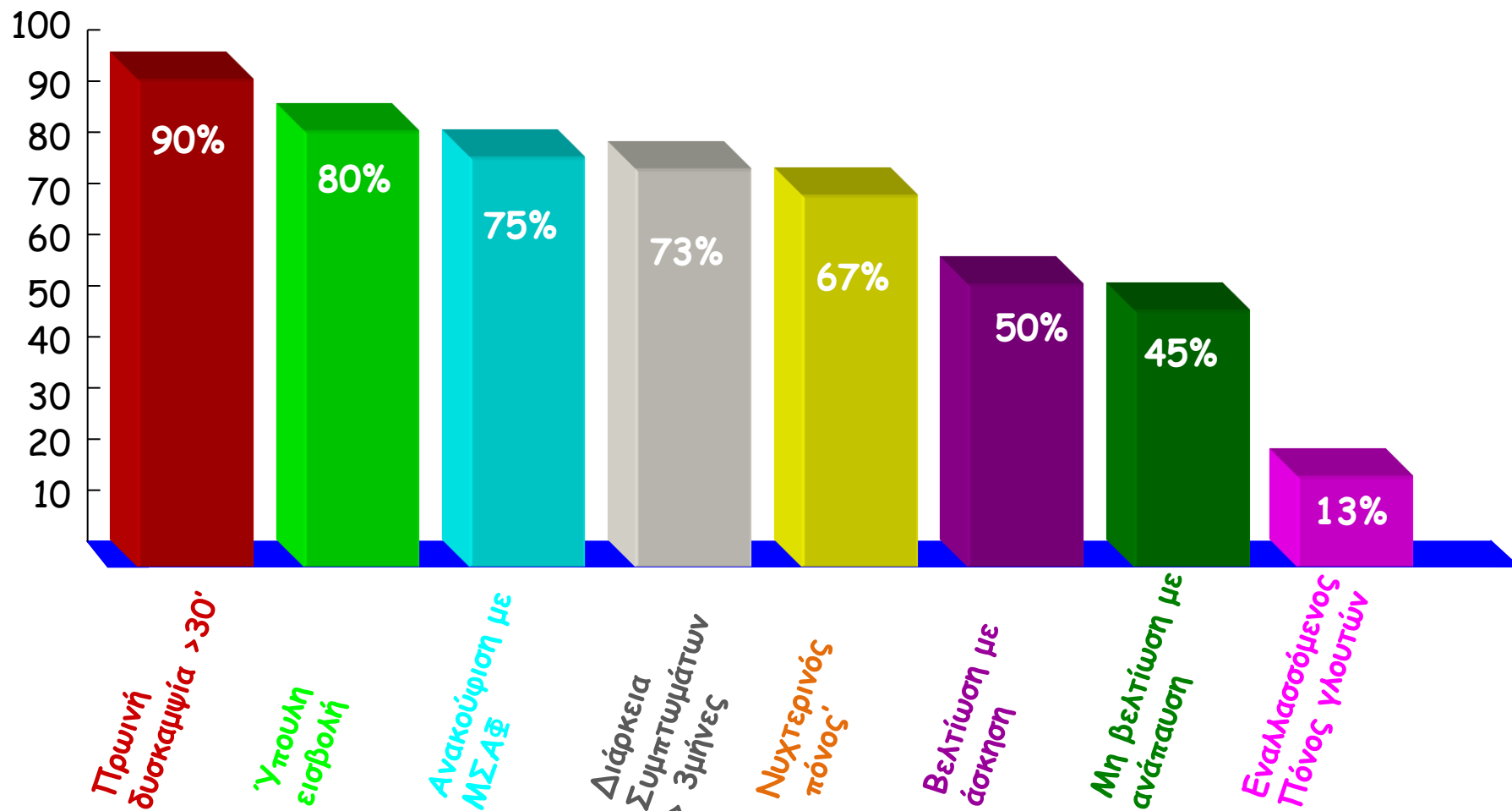
Φ.Ο από την οξεία φλεγμονή στην αγκύλωση



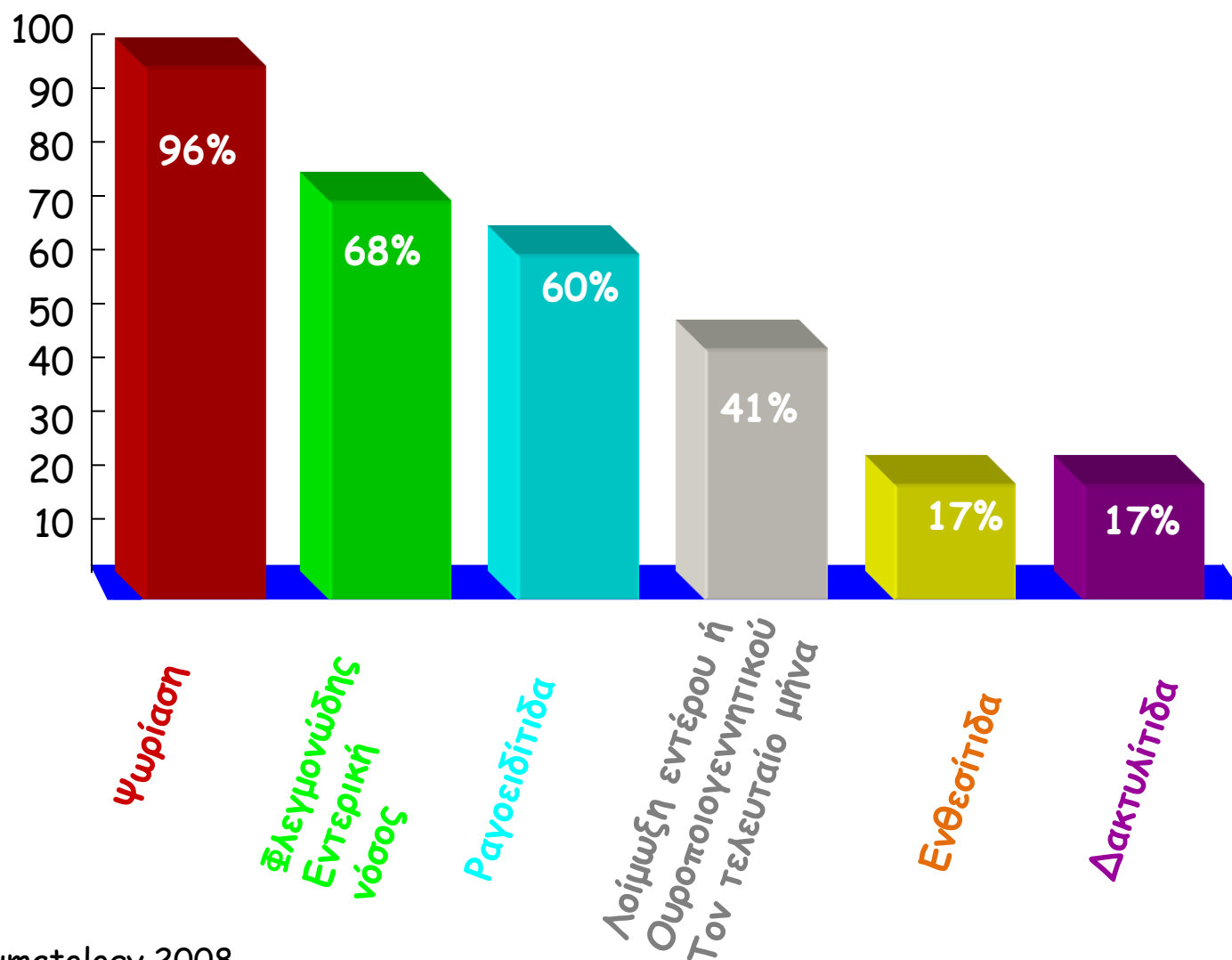
Αναγνώριση ενδεικτών ΦΟ από μη ρευματολόγους



Αναγνώριση ενδεικτών ΦΟ από μη ρευματολόγους



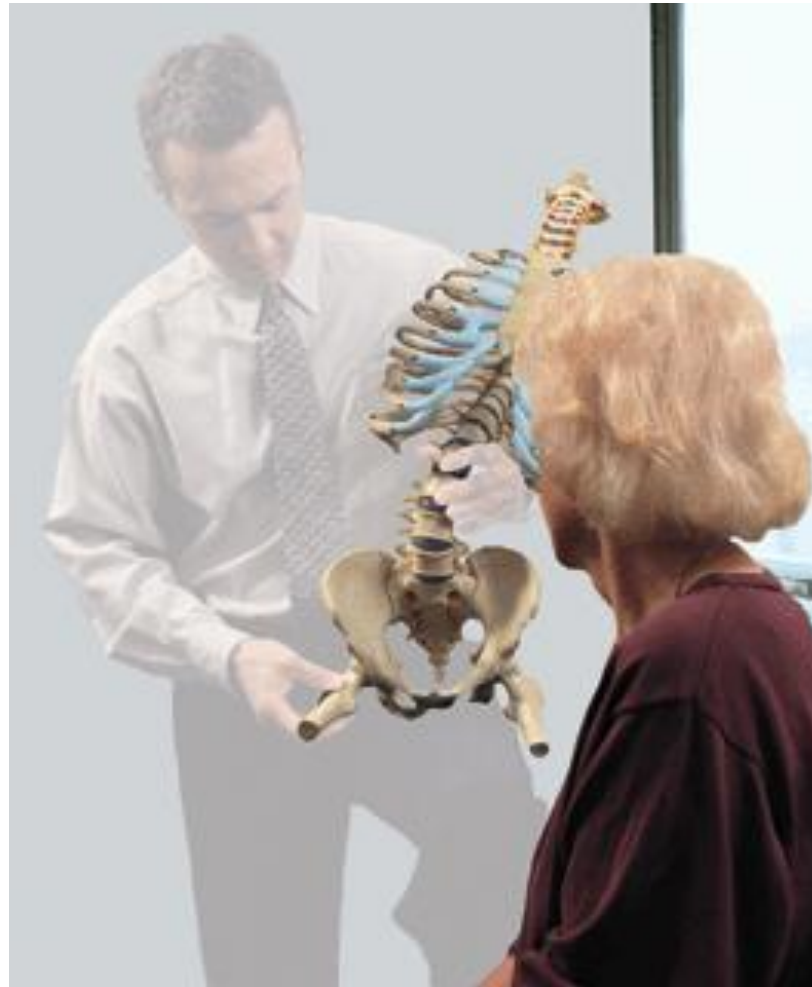
Αναγνώριση ενδεικτών ΦΟ από μη ρευματολόγους



Περίπτωση 1^η

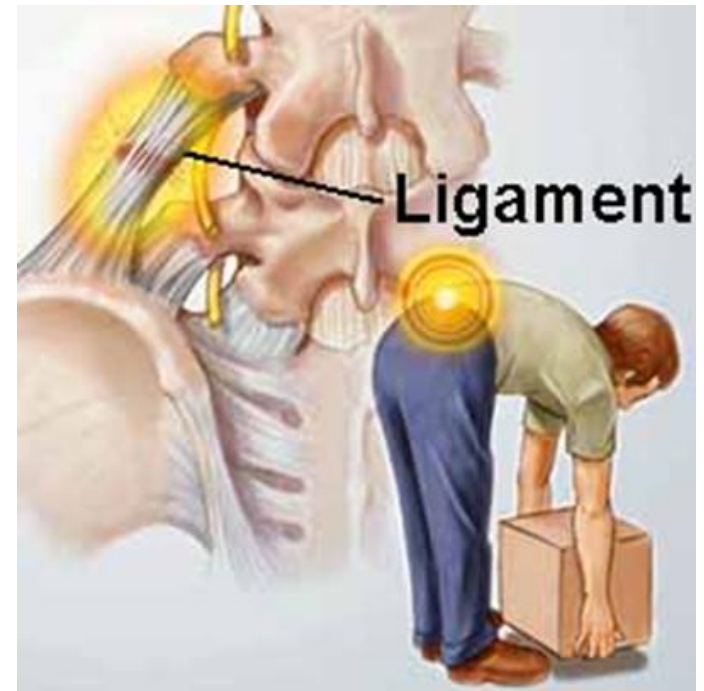
- ✓ Ασθενής ηλικίας 28 ετών προσφεύγει στο Ορθοπαιδικό Ιατρείο του Νοσοκομείου 401 ΓΣΝΑ για εκτίμηση έντονου άλγους στην περιοχή της οσφύος με αντανάκλαση στους γλουτούς και τις οπίσθιες επιφάνειες των μηρών, που ξεκίνησε πριν 20 μέρες.
- ✓ Πρόκειται για υγιή άνδρα υπάλληλο γραφείου, ο οποίος αναφέρει από έτους, ενοχλήσεις στη μέση, που στη συνέχεια άρχισαν να επεκτείνονται στις οπίσθιες επιφάνειες των μηρών.
- ✓ Ατομικό ιστορικό ελεύθερο

Σχόλια Ορθοπαιδικού



Τι θα δικαιολογούσε την εικόνα;

- Μυοσυνδεσμική κάκωση-καταπόνηση.
- Δισκοκήλη.
- Σπονδυλόλυση.
- Σπονδυλολίσθηση.
- Σύνδρομο Απιοειδούς.
- Μυοπεριτοναϊκό Σύνδρομο.
- Μικροβιακοί παράγοντες.
- Νεοπλασματικά νοσήματα (οστεοειδές οστέωμα).
- Πόνος ιερολαγονίων, μετατραυματικής ή αυτοάνοσης αιτιολογίας.



Σχόλια Ρευματολόγου



Τι θα δικαιολογούσε την εικόνα;

- Οροαρνητική σπονδυλαρθρίτιδα
 - ΑΣ
 - Αντιδραστική
 - Αδιαφοροποίητη
 - Reiter
- Μηχανικού τύπου Οσφυαλγία
- Λοιμώδους αιτιολογίας φλεγμονώδης οσφυαλγία
- Εκδήλωση αιματολογικού νοσήματος ή κακοήθειας



Ορθοπαιδική κλινική εξέταση:

Ιστορικό:

Ερώτηση: Πόσο καιρό πονάτε ?

Απάντηση: Περίπου ένα χρόνο αλλά τις τελευταίες 20 μέρες περισσότερο και τώρα κατεβαίνει και προς τα πόδια πίσω, ιδιαίτερα δεξιά

Ερώτηση: Μουδιάζει κανένα πόδι?

Απάντηση: Ίσως λίγο (Δ) στην πίσω πλευρά.

Ερώτηση: Πονάτε τη νύχτα?

Απάντηση: Ναι και ξυπνάω

Κλινική εξέταση:

Lasseque (A) 45° Τενόντια κφ

Διερεύνηση:

A/A ΟΜΣΣ: Στένωση O5-I1

MRI ΟΜΣΣ: Προβολή δίσκου (A + Δ) με ήπια στένωση των μεσοσπονδυλίων τρημάτων.

- **Αγωγή:** αρχικά
 - Δικλοφενάκη 75 mg + θειοκολχικοσίδη 4 mg 2 ενέσεις IM μίγμα την ημέρα
 - Κλινοστατισμός
- **Αποτελεσματικότητα:** 95% άμεση βελτίωση
- **Συστάσεις:** Διακοπή της θεραπείας σε 10 ημέρες, έναρξη κολύμβησης
- **Αποτέλεσμα:** Υποτροπή μετά τη διακοπή
- **Συνέχεια:** 2^η επίσκεψη σε Ορθοπαιδικό αντιμετώπιση μόνο με ΜΣΑΦ (Λορνοξικάμη), με ίδια πορεία.
- **Ο ασθενής καταφεύγει σε Ρευματολόγο**

Ρευματολογική εκτίμηση

- Χωρίς μεταβολές από την Ορθοπαιδική
- Επιπλέον Schober (+) 10 $\Rightarrow$ 13
- Έκπτυξη θώρακα 2cm
- Κληρονομικό ιστορικό: Πατέρας με ΣΔ, ψωρίαση
 - **MRI ΟΜΣΣ: υποψία Ιερολαγονίτιδος**
 - MRI Ιερολαγονίων: Ιερολαγονίτιδα αμφω
 - HLA B₂₇ (+)
 - Διάγνωση: ΟΣΤΠΑ
 - BASDAI: 6,4
 - Έναρξη χρόνιας αγωγής με ΜΣΑΦ ετορικοξίμπη

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

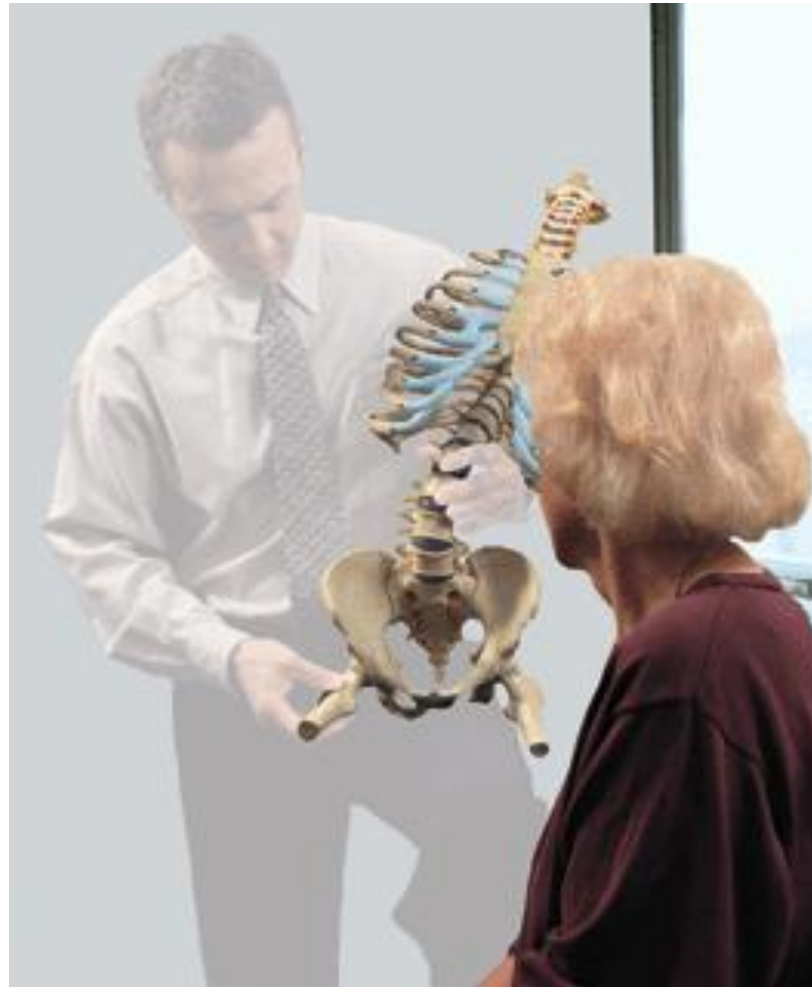
Ιερολαγονίτιδα - Αξονική σπονδυλαρθρίτιδα

Κινητικότητα σπονδυλικής στήλης - Τροποποιημένο Schober τεστ



- Ο ασθενής στέκεται όρθιος
- Σημειώνεται μια **νοητή** γραμμή που ενώνει τις δυο οπίσθιες άνω λαγόνιες άκανθες (**κοντά στα βοθρία της Αφροδίτης στην οσφύ**) (1)
- Ένα επόμενο σημείο **σημειώνεται** 10 εκ. πιο πάνω (2)
- Ο ασθενής σκύβει προς τα εμπρός στο μέγιστο δυνατό. Μετριέται η διαφορά μεταξύ των δύο σημείων (3)
- Αναφέρεται η αύξηση (σε εκατοστά, στο πλησιέστερο 0,1 εκ.)
- Καταγράφεται η καλύτερη από δύο προσπάθειες

Σχόλια Ορθοπαιδικού



Η Οσφυαλγία γενικά είναι δύσκολο να εκτιμηθεί και να αντιμετωπιστεί γιατί:

- Δεν υπάρχει πάντα ειδική παθολογία & πρωτοπαθής βλάβη, κι αν υπάρχει δεν σημαίνει ότι φταίει αυτή.
- Συνήθως κυριαρχεί ο μη ειδικός πόνος.
- Τείνει να υποτροπιάσει.
- Οι ασθενείς δύσκολα ταξινομούνται σε υποκατηγορίες που απαντούν σε συγκεκριμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα, γεγονός που δυσκολεύει, ιδίως τους νεώτερους γιατρούς.



- Στο 85% περίπου των ασθενών με οσφυαλγία δε μπορεί να τεθεί κατηγορηματική διάγνωση.
- Στις περισσότερες περιπτώσεις οι χαρακτήρες του πόνου είναι ασαφείς τις πρώτες ημέρες.



**Η πλειονότητα των περιστατικών (90%)
αφορά μηχανικής αιτιολογίας οσφυαλγία**

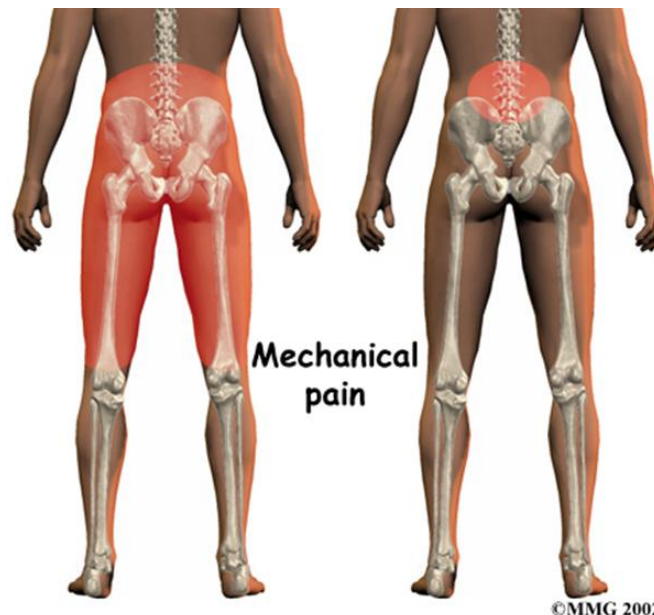




**Τα περισσότερα οξέα επεισόδια βελτιώνονται,
άσχετα από τη θεραπεία που χορηγείται, και οι
ασθενείς επανέρχονται στις δραστηριότητές
τους σε έξη εβδομάδες.**

Ο Ορθοπαιδικός Επειγόντων & Εξωτερικών Ιατρείων

- Πρέπει να αποκλείσει καταρχήν την προϊούσα νευρολογική βλάβη και την ιππουριδική συνδρομή.
- Δεν πρέπει να του διαφύγει η οσφυαλγία λόγω ανευρύσματος ή ρήξης κοιλιακής αορτής.
- Ούτε η συμπτωματολογία της λοιμώδους οσφυαλγίας.



Καθημερινότητα

Υπό την πίεση του προγράμματος της Κλινικής, ο γιατρός των επειγόντων μπορεί πλέον να νοιώθει αρκετά ασφαλής, εάν δώσει τις βασικές οδηγίες για ανάπαυση και αναλγησία, παραπέμποντας σε επανεξέταση μόνο επί επιμονής των ενοχλημάτων.

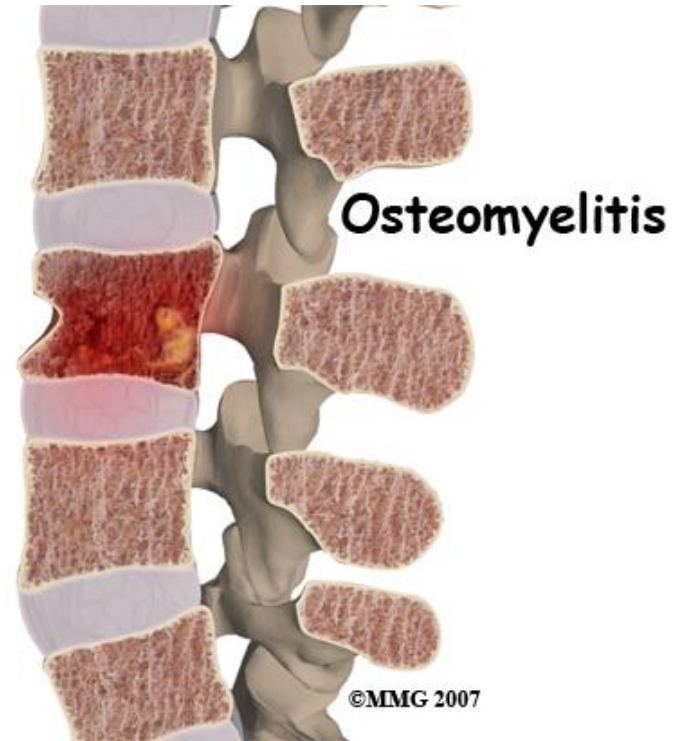


Νοοτροπίες-στερεοτυπίες

- Ένα συστηματικό νόσημα θα υποτροπιάσει σύντομα και μάλιστα με πιο σαφή εικόνα, γεγονός που μειώνει την εγρήγορση του Ορθοπαιδικού ως προς τα αυτοάνοσα νοσήματα.
- Πολλοί Ορθοπαιδικοί πιστεύουν ότι δεν χάνεται πολύτιμος χρόνος, καθόσον οι Ρευματολόγοι συνήθως δεν αρχίζουν άμεσα ειδική θεραπεία.



- Στην καθημερινή κλινική πράξη ο «νυχτερινός πόνος» & ο «πόνος ηρεμίας» εγείρει το Δ/διαγνωστικό συναγερμό του Ορθοπαιδικού μάλλον προς αποκλεισμό όγκων και λοιμωδών καταστάσεων.
- Μόνο οι πιο έμπειροι & ενημερωμένοι Ορθοπαιδικοί θα πάρουν ένα πιο λεπτομερές ιστορικό αποκλεισμού και της αυτοάνοσης οσφυαλγίας.



Ερωτηματολόγιο προσέγγισης φλεγμονώδους οσφυαλγίας

- Ο πόνος κρατάει πάνω από τρεις μήνες;
- Η οσφυαλγία βελτιώνεται με την κίνηση και την άσκηση;
- Περνάει γρήγορα με τα αντιφλεγμονώδη;
- Υπάρχει πρωϊνό «πιάσιμο» που κρατάει πάνω από 30 λεπτά;
- Έχετε κάποιο συγγενή πρώτου βαθμού με χρόνια πόνο στη μέση ή γνωστό αυτοάνοσο νόσημα;
- Υπάρχουν εκδηλώσεις από άλλα όργανα, όπως το δέρμα, το έντερο, τα μάτια ή άλλες αρθρώσεις ή τένοντες;



Σχόλια Ρευματολόγου



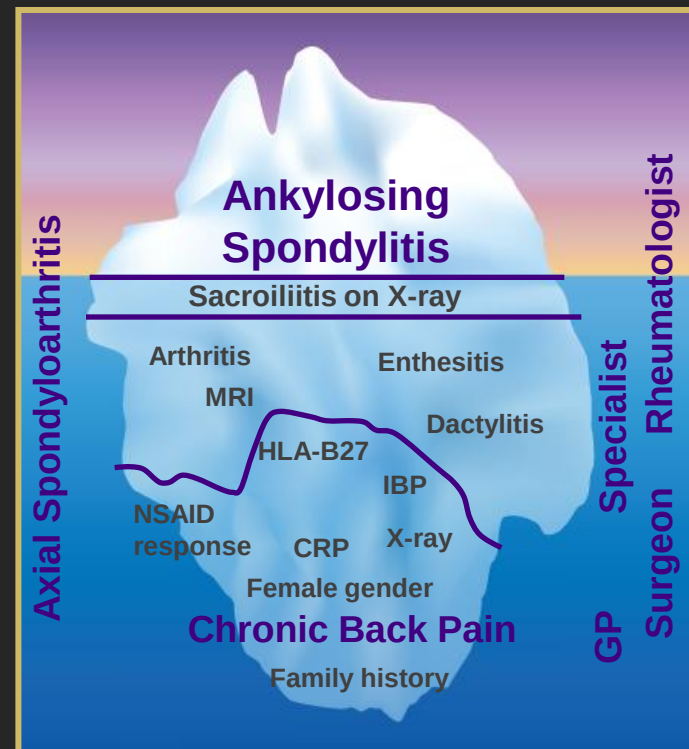
Αξονική προσβολή στις σπονδυλαρθρίτιδες: Πρώιμη αναγνώριση, διαφορική διάγνωση και αντιμετώπιση

Δρ Αθανάσιος Γεωργούντζος
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.

Ρευματολογική Κλινική και Κέντρο Οστεοπόρωσης
Γ.Ν.Α. ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ - ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣΠΑ)

- Επιπολασμός : 0.2%-1% (0.5%)¹⁻³
- Καθυστέρηση διάγνωσης ≈7 έτη^{4,5}
- Δυσμενείς κλινικές συνέπειες που συνδέονται με την καθυστέρηση της διάγνωσης⁵:
 - Συνεχής πόνος, δυσκαμψία, κόπωση
 - Προοδευτική απώλεια της κινητικότητας και λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης
- Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις



1. van der Linden S et al. *Br J Rheumatol*. 1983;22(suppl 2):18-19.
2. Braun J et al. *Arthritis Rheum*. 1998;41:58-67.
3. Gran JT et al. *Ann Rheum Dis*. 1985;44:359-367.
4. Feldtkeller E et al. *Rheumatol Int*. 2003;23:61-66.
5. Sieper J et al. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:659-663.

Η διάγνωση της ΑΣΠΑ μπορεί πολλές φορές να διαφύγει σε ένα μη ειδικό ιατρό

- Μελέτη σε ασθενείς στην Αλάσκα¹:
 - 72% των περιπτώσεων ΑΣΠΑ δεν έλαβε διάγνωση.
 - 94% των γυναικών και 65% ανδρών με Αγκυλωτική Σπονδυλίτιδα (ΑΣ) δεν διαγνώστηκαν.
- Αποτελέσματα ερωτηματολογίων έδειξαν ότι ο προσδιορισμός της Φλεγμονώδους Οσφυαλγίας (ΦΟ) και της ΑΣ ήταν πολύ χαμηλός ανάμεσα στους Γενικούς Ιατρούς.²
 - 55% δεν ρώτησαν σχετικά με τη βελτίωση με την ανάπαυση.
 - 33% δεν ρώτησαν για νυχτερινό πόνο.
 - 5% δεν μπορούσαν να αναγνωρίσουν τα χαρακτηριστικά της ΦΟ
 - 50% σπάνια έκαναν τεστ για HLA-B27.
 - 22% θεώρησαν ότι υπάρχει μία ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση.

1. Boyer GS et al. *Arch Intern Med.* 1997;157:2111-2117.

2. Jois RN et al. *Rheumatology (Oxford).* 2008;47:1364-1366.

The RADAR Study

Recognising And Diagnosing Ankylosing spondylitis Reliably



Ασθενείς και στρατηγικές παραπομπής

- Πόνος στη μέση αγνώστου αιτιολογίας για >3 μήνες
- Ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων <45
- Όχι διάγνωση αξονικής ΣπΑ ή ΑΣ

Strategy 1

(τουλάχιστον 1 από 3 κριτήρια)

- Φλεγμονώδης Οσφυαλγία
- HLA-B27
- Ιερολαγονίτιδα ^a

Strategy 2

(τουλάχιστον 2 από 6 κριτήρια)

- Φλεγμονώδης οσφυαλγία
- HLA-B27
- Ιερολαγονίτιδα ^a
- Οικογενειακό ιστορικό ΑΣπΑ
- Καλή ανταπόκριση στα ΜΣΑΦ
- Εξωαρθρικές εκδηλώσεις ^b

^a ακτινογραφία, MRI, σπινθηρογράφημα, CT scan

^b Ραγοειδίτιδα, ιριδοκυκλίτιδα, ψωρίαση, φλεγμονώδης νόσος εντέρου

Γιατί έγινε η μελέτη αυτή;

Γιατί υπάρχει
μεγάλη
καθυστέρηση
στην διάγνωση;

- Η ακτινολογική εικόνα της Ίερολαγονίτιδας χρειάζεται χρόνια για να αναπτυχθεί^{1,2}
- Δεν υπάρχει οριστικό ατομικό κλινικό σύμπτωμα ή εργαστηριακό test που εύκολα προσδιορίζει την ΑΣ σε πρώιμο στάδιο^{1,2}

Ποιές οι
επιπτώσεις του
πρώιμου
προσδιορισμού
των ασθενών;

- Άμεση παραπομπή και διάγνωση³
- Πρωιμότερη επαρκής αγωγή³
- Βελτιωμένη πορεία νοσήματος³
- Βελτιωμένη κατάσταση και έκβαση των ασθενών^{2,3}

1. Sieper J et al. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:659-663.

2. van der Linden S et al. *Arthritis Rheum*. 1984;27:361-368.

3. Rudwaleit M et al. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:777-783.

Σκοποί της μελέτης

Πρωταρχικό τελικό σημείο

- Προσδιορισμός ποιά εκ των 2 στρατηγικών, όταν χρησιμοποιηθεί από τους γενικούς ιατρούς, είναι πιο κοντά στην διάγνωση της ΑΣΠΑ όταν γίνεται από Ρευματολόγους

Δευτερεύον τελικό σημείο

- Προσδιορισμός του κριτηρίου ή του συνδυασμού κριτηρίων παραπομπής, που είναι περισσότερο επιτυχή και εφαρμόσιμα στην διάγνωση της ΑΣΠΑ όταν χρησιμοποιούνται από τους παραπέμποντες ιατρούς

Διάγνωση ΑΣΠΑ

Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις στρατηγικές παραπομπής στη διάγνωση της ΑΣΠΑ σε ασθενείς με χρόνιο πόνο στη μέση και έναρξη πριν την ηλικία των 45

Διάγνωση	1 ^η Στρατηγική παραπομπής (n=494)	2 ^η Στρατηγική παραπομπής (n=555)	P Value	% Difference (95% CI)
ΑΣΠΑ	176 (35.6)	221 (39.8)	0.4470	4.40 (-7.09, 15.89)
Ακτινολογική ΣΠΑ (Αγκυλωτική Σπον/δα)	135 (27.3)	172 (31.0)	0.4300	4.46 (-6.77, 15.69)
Μη ακτινολογική ΣΠΑ	41 (8.3)	49 (8.8)	0.6760	1.56 (-5.86, 8.98)
Πιθανή ΑΣΠΑ	39 (7.9)	42 (7.6)	0.9281	0.31 (-6.55, 7.17)
Μη ΑΣΠΑ	279 (56.5)	292 (52.6)	—	—

Χρήση και συμφωνία των επιλεγμένων κριτηρίων παραπομπής

*IBP Χρησιμοποιήθηκε συχνά ως κριτήριο παραπομπής,
σημαντική συμφωνία με τη διάγνωση του ρευματολόγου*

Κριτήριο παραπομπής	Χρήση κριτηρίου από παραπέμποντα			Συμφωνία με διάγνωση από ρευματολόγο		
	Strategy 1 (n=504)	Strategy 2 (n=568)	Combined (N=1,072)	Strategy 1	Strategy 2	Combined
Ιερολαγονίτιδα	137 (27.2)	204 (35.9)	341 (31.8)	90 (68.2)	120 (61.5)	210 (64.2)
HLA-B27	87 (17.3)	97 (17.1)	184 (17.2)	82 (97.6)	87 (96.7)	169 (97.1)
Φλεγμονώδης οσφυαλγία	469 (93.1)	546 (96.1)	1,015 (94.7)	376 (84.5)	425 (86.2)	801 (85.4)
Εξωαρθρικές εκδηλώσεις	–	112 (19.7)	–	–	85 (76.6)	–
Οικογενειακό Ιστορικό	–	66 (6.2)	–	–	44 (69.8)	–
Απάντηση στα ΜΣΑΦ	–	428 (75.4)	–	–	252 (64.1)	–

Χρήση και συμφωνία των επιλεγμένων κριτηρίων παραπομπής

Ανταπόκριση στα NSAID χρησιμοποιήθηκε συχνά ως κριτήριο παραπομπής, μικρή συμφωνία με τη διάγνωση του ρευματολόγου

Κριτήριο παραπομπής	Χρήση κριτηρίου από παραπέμποντα			Συμφωνία με διάγνωση από ρευματολόγο		
	Strategy 1 (n=504)	Strategy 2 (n=568)	Combined (N=1,072)	Strategy 1	Strategy 2	Combined
Ιερολαγονίτιδα	137 (27.2)	204 (35.9)	341 (31.8)	90 (68.2)	120 (61.5)	210 (64.2)
HLA-B27	87 (17.3)	97 (17.1)	184 (17.2)	82 (97.6)	87 (96.7)	169 (97.1)
Φλεγμονώδης οσφυαλγία	469 (93.1)	546 (96.1)	1,015 (94.7)	376 (84.5)	425 (86.2)	801 (85.4)
Εξωαρθρικές εκδηλώσεις	–	112 (19.7)	–	–	85 (76.6)	–
Οικογενειακό Ιστορικό	–	66 (6.2)	–	–	44 (69.8)	–
Απάντηση στα ΜΣΑΦ	–	428 (75.4)	–	–	252 (64.1)	–

Χρήση και συμφωνία των επιλεγμένων κριτηρίων παραπομπής

Το HLA-B27 χρησιμοποιήθηκε σπάνια ως κριτήριο παραπομπής, υψηλή συμφωνία με τη διάγνωση του ρευματολόγου

Κριτήριο παραπομπής	Χρήση κριτηρίου από παραπέμποντα			Συμφωνία με διάγνωση από ρευματολόγο		
	Strategy 1 (n=504)	Strategy 2 (n=568)	Combined (N=1,072)	Strategy 1	Strategy 2	Combined
Ιερολαγονίτιδα	137 (27.2)	204 (35.9)	341 (31.8)	90 (68.2)	120 (61.5)	210 (64.2)
HLA-B27	87 (17.3)	97 (17.1)	184 (17.2)	82 (97.6)	87 (96.7)	169 (97.1)
Φλεγμονώδης οσφυαλγία	469 (93.1)	546 (96.1)	1,015 (94.7)	376 (84.5)	425 (86.2)	801 (85.4)
Εξωαρθρικές εκδηλώσεις	–	112 (19.7)	–	–	85 (76.6)	–
Οικογενειακό Ιστορικό	–	66 (6.2)	–	–	44 (69.8)	–
Απάντηση στα ΜΣΑΦ	–	428 (75.4)	–	–	252 (64.1)	–

Χρήση και συμφωνία των επιλεγμένων κριτηρίων παραπομπής

Οι απεικονιστικές μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν σπάνια ως κριτήριο παραπομπής, μικρή συμφωνία με τη διάγνωση του ρευματολόγου

Κριτήριο παραπομπής	Χρήση κριτηρίου από παραπέμποντα			Συμφωνία με διάγνωση από ρευματολόγο		
	Strategy 1 (n=504)	Strategy 2 (n=568)	Combined (N=1.072)	Strategy 1	Strategy 2	Combined
Ιερολαγονίτιδα	137 (27.2)	204 (35.9)	341 (31.8)	90 (68.2)	120 (61.5)	210 (64.2)
HLA-B27	87 (17.3)	97 (17.1)	184 (17.2)	82 (97.6)	87 (96.7)	169 (97.1)
Φλεγμονώδης οσφυαλγία	469 (93.1)	546 (96.1)	1,015 (94.7)	376 (84.5)	425 (86.2)	801 (85.4)
Εξωαρθρικές εκδηλώσεις	–	112 (19.7)	–	–	85 (76.6)	–
Οικογενειακό Ιστορικό	–	66 (6.2)	–	–	44 (69.8)	–
Απάντηση στα ΜΣΑΦ	–	428 (75.4)	–	–	252 (64.1)	–

Χρήση και συμφωνία των επιλεγμένων κριτηρίων παραπομπής

Οι εξω-αρθρικές εκδηλώσεις χρησιμοποιήθηκαν σπάνια ως κριτήριο παραπομπής, μεγάλη συμφωνία με τη διάγνωση του ρευματολόγου

Κριτήριο παραπομπής	Χρήση κριτηρίου από παραπέμποντα			Συμφωνία με διάγνωση από ρευματολόγο		
	Strategy 1 (n=504)	Strategy 2 (n=568)	Combined (N=1,072)	Strategy 1	Strategy 2	Combined
Ιερολαγονίτιδα	137 (27.2)	204 (35.9)	341 (31.8)	90 (68.2)	120 (61.5)	210 (64.2)
HLA-B27	87 (17.3)	97 (17.1)	184 (17.2)	82 (97.6)	87 (96.7)	169 (97.1)
Φλεγμονώδης οσφυαλγία	469 (93.1)	546 (96.1)	1,015 (94.7)	376 (84.5)	425 (86.2)	801 (85.4)
Εξωαρθρικές εκδηλώσεις	–	112 (19.7)	–	–	85 (76.6)	–
Οικογενειακό Ιστορικό	–	66 (6.2)	–	–	44 (69.8)	–
Απάντηση στα ΜΣΑΦ	–	428 (75.4)	–	–	252 (64.1)	–

Βασική γνώση

- Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 2 στρατηγικές παραπομπής στη διάγνωση της ΑΣΠΑ¹
- Ιερολαγονίτιδα στην ακτινογραφία και HLA-B27 καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες για ΑΣΠΑ¹
 - 50% των GPs χρησιμοποίησαν σπάνια ή καθόλου τεστ HLA-B27.²
 - Μικρή συμφωνία της ιερολαγονίτιδας στην ακτινογραφία, μπορεί να δείχνει μία μεγαλύτερη ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση .¹
 - Improved musculoskeletal education needed for GPs.²
- Φλεγμονώδης πόνος στη μέση χρησιμοποιήθηκε πολύ συχνά ως κριτήριο παραπομπής και είχε μεγάλη συμφωνία με τη διάγνωση του ρευματολόγου¹

1. Data on file. MSD Clinical Study Report. Protocol P05320. January 2011.

2. 2. Jois RN et al. *Rheumatology* (Oxford). 2008;47:1364–1366.

Συμπεράσματα της μελέτης

- Στρατηγικές παραπομπής βασισμένες σε 3 χαρακτηριστικά δουλεύουν το ίδιο καλά με πιο σύνθετες στρατηγικές.
- Τα χαρακτηριστικά παραπομπής στην πρωτοβάθμια φροντίδα και η συμφωνία τους με τα test που πραγματοποιούνται στη δευτεροβάθμια φροντίδα είναι αυτό που θα οδηγήσει στην επιλογή των κατάλληλων κριτηρίων παραπομπής.
 - Φλεγμονώδης πόνος: χρήση σχεδόν πάντα, καλή συμφωνία
 - Απεικόνιση και γενετικά τεστ: χρήση σπάνια
- Γνωρίζοντας ότι 3 κριτήρια είναι αρκετά για την παραπομπή, μπορεί ένας συνδυασμός τους να είναι ο καλύτερος.

Βασισμένοι στην μελέτη RADAR ...

Πως θα προσδιορισθούν
επιτυχή και εφαρμόσιμα
κριτήρια παραπομπής για
την διάγνωση ΑΣπΑ;



Φλεγμονώδης οσφυαλγία (Φ.Ο.) ανάλογα με διάφορα κριτήρια

Calin et al.¹

- Ηλικία έναρξης <40 χρ.
- Διάρκεια οσφυαλγίας > 3 μήνες
- Ξαφνική εμφάνιση
- Πρωινή δυσκαμψία
- Βελτίωση με άσκηση

Rudwaleit et al.²

- Πρωινή δυσκαμψία > 30 λ.
- Βελτίωση με άσκηση, όχι με ανάπαυση
- Ξύπνημα στο 2^ο μισό της νύχτας λόγω οσφυαλγίας
- Εναλλασσόμενος πόνος στους γλουτούς

Ορισμός ειδικών (ASAS)³

- Ηλικία έναρξης < 40 χρ.
- Ξαφνική εμφάνιση
- Ανακούφιση με άσκηση
- Καμία βελτίωση με ανάπαυση
- Νυκτερινή οσφυαλγία
(με ανακούφιση μετά το σήκωμα από το κρεβάτι)

**Φ.Ο. όταν
συνυπάρχουν 4 / 5
παράγοντες**

**Φ.Ο. όταν
συνυπάρχουν 2 / 4
παράγοντες**

**Φ.Ο. όταν
συνυπάρχουν 4 / 5
παράγοντες**

1 Calin A et al. JAMA 1977;237:261; 2 Rudwaleit M et al. Arthritis Rheum 2006;54:678-8;
3 Sieper J et al. Ann Rheum Dis. 2009;68:784-788

Κριτήρια ταξινόμησης ASAS για αξονική ΣΠΑ

Για ασθενείς με οσφυαλγία ≥ 3 μήνες και ηλικία έναρξης συμπτωμάτων < 45 ετών

**Ιερολαγονίτιδα
(απεικονιστικά*)**

και

≥ 1 εκδήλωση ΣΠΑ[#]

ή

HLA-B27

και

**≥ 2 άλλες εκδηλώσεις
ΣΠΑ[#]**

[#] Εκδηλώσεις ΣΠΑ

- Φλεγμονώδης οσφυαλγία
- Αρθρίτιδα
- Ενθεσίτιδα (πτέρνα)
- Ραγοειδίτιδα
- Δακτυλίτιδα
- Ψωρίαση
- Νόσος Crohn/Κολίτιδα
- Καλή ανταπόκριση σε ΜΣΑΦ
- Οικογενειακό ιστορικό ΣΠΑ
- HLA-B27
- Υψηλή CRP

^{*}Ιερολαγονίτιδα, απεικονιστικά

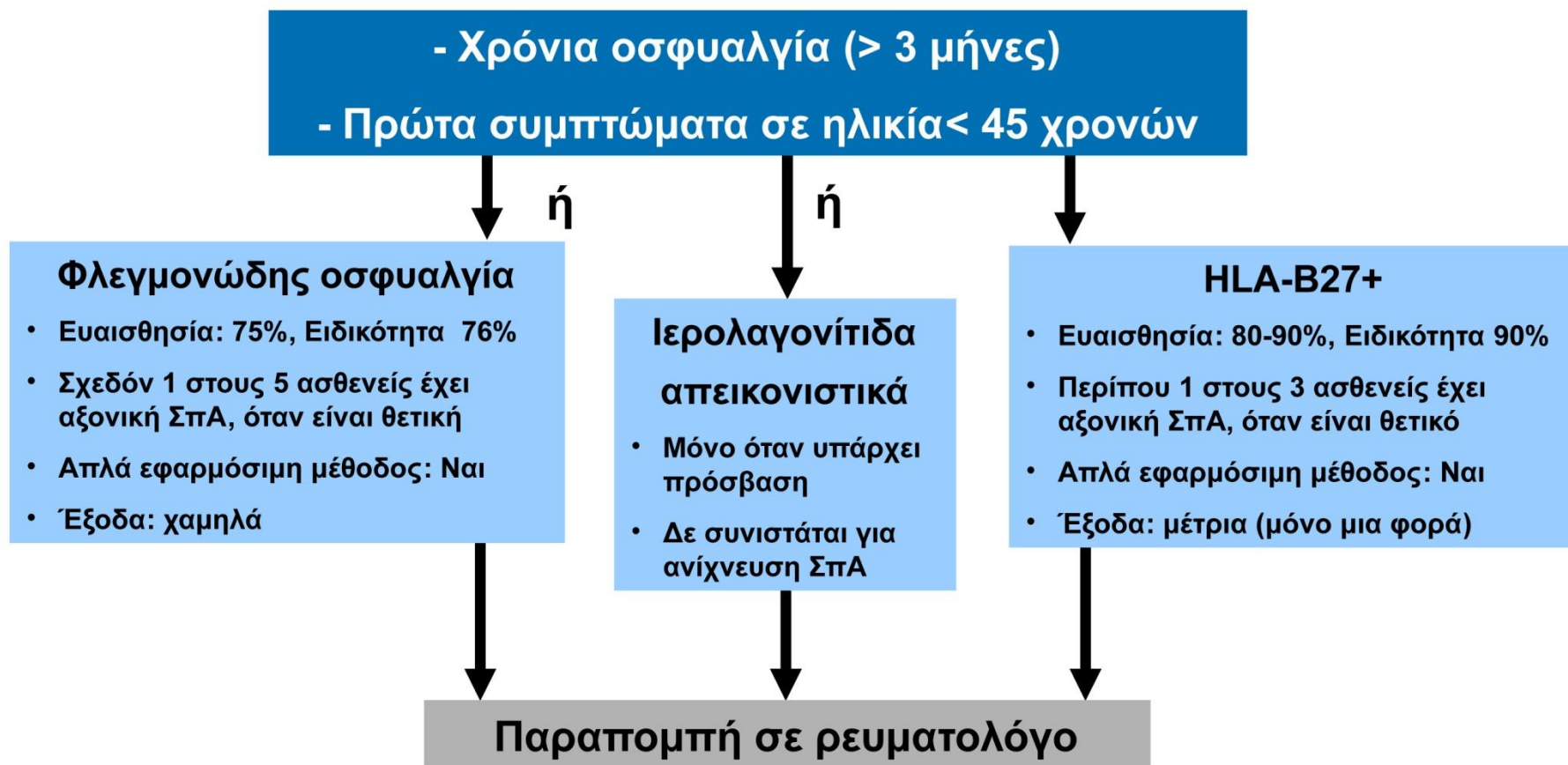
- Ενεργός (οξεία) φλεγμονή σε MRI με υψηλή υποψία ιερολαγονίτιδας συσχετιζόμενη με ΣΠΑ
- Ακτινολογικά σίγουρη ιερολαγονίτιδα κατά τα τροποποιημένα κριτήρια της Νέας Υόρκης

n=649 ασθενείς με οσφυαλγία;

Ευαισθησία : 82.9%, Ειδικότητα: 84.4%

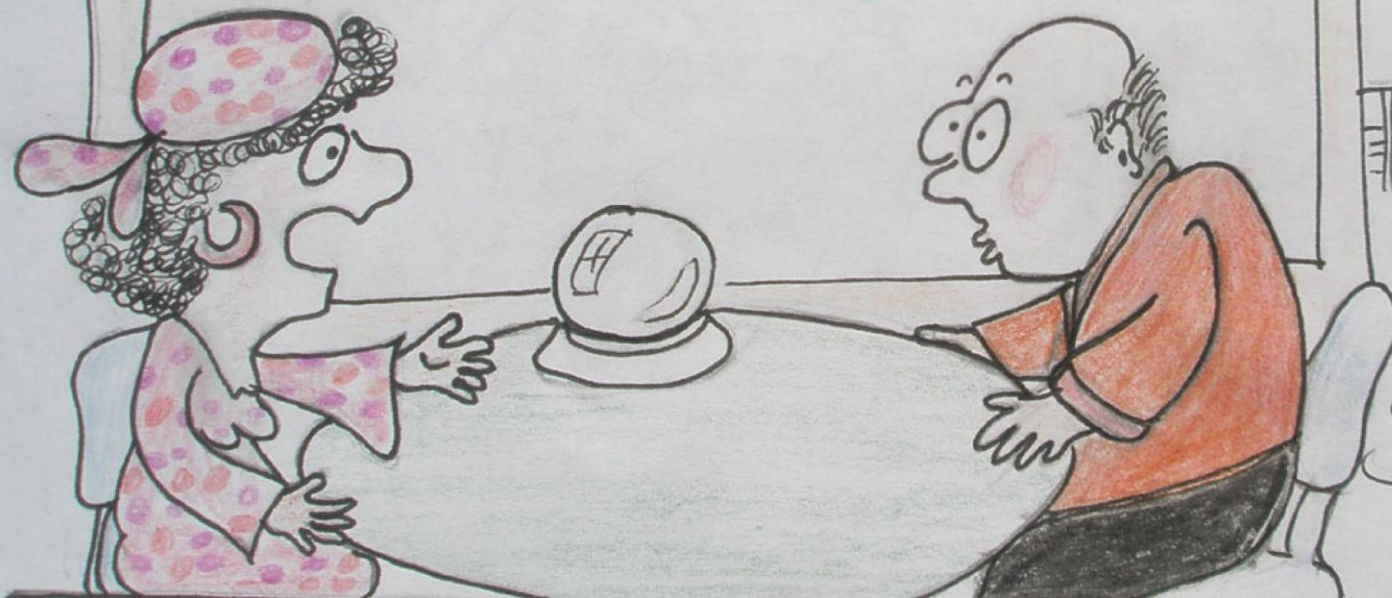
Μόνο απεικονιστικά: Ευαισθησία: 66.2%, Ειδικότητα: 97.3%

Πιθανή αρχική διερευνητική προσέγγιση για αξονική ΣΠΑ σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία



Μαγικό MRI...

Ξέχνα τη μαγική σφαίρα!
Στην πραγματικότητα δεν λέει τίποτα...
Αν θες να μάθεις το μέλλον σου,
Φέρε μου μια MRI της μέσης σου...



Σοζόπου

Συστάσεις της ASAS/EULAR για την αντιμετώπιση της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας



Συστάσεις ASAS για τη θεραπεία ασθενών με ΑΣ με αντι-TNFα

Διάγνωση: τροπ. Κριτήρια Νέας Υόρκης για ΑΣ ή κριτήρια ASAS για αξονική ΣΠΑ

Κυρίως αξονική
προσβολή



- τουλάχιστον 2 ΜΣΑΦ σε 4 εβδομάδες (συνολικά)
- ένα τοπικό στεροειδές εάν υπάρχει ένδειξη
- κανονική θεραπευτική προσπάθεια με ένα DMARD, προτιμητέα η σουλφασαλαζίνη (δεν είναι υποχρεωτικό)

Κυρίως
περιφερική
προσβολή



Υψηλή ενεργότητα νόσου: BASDAI ≥ 4

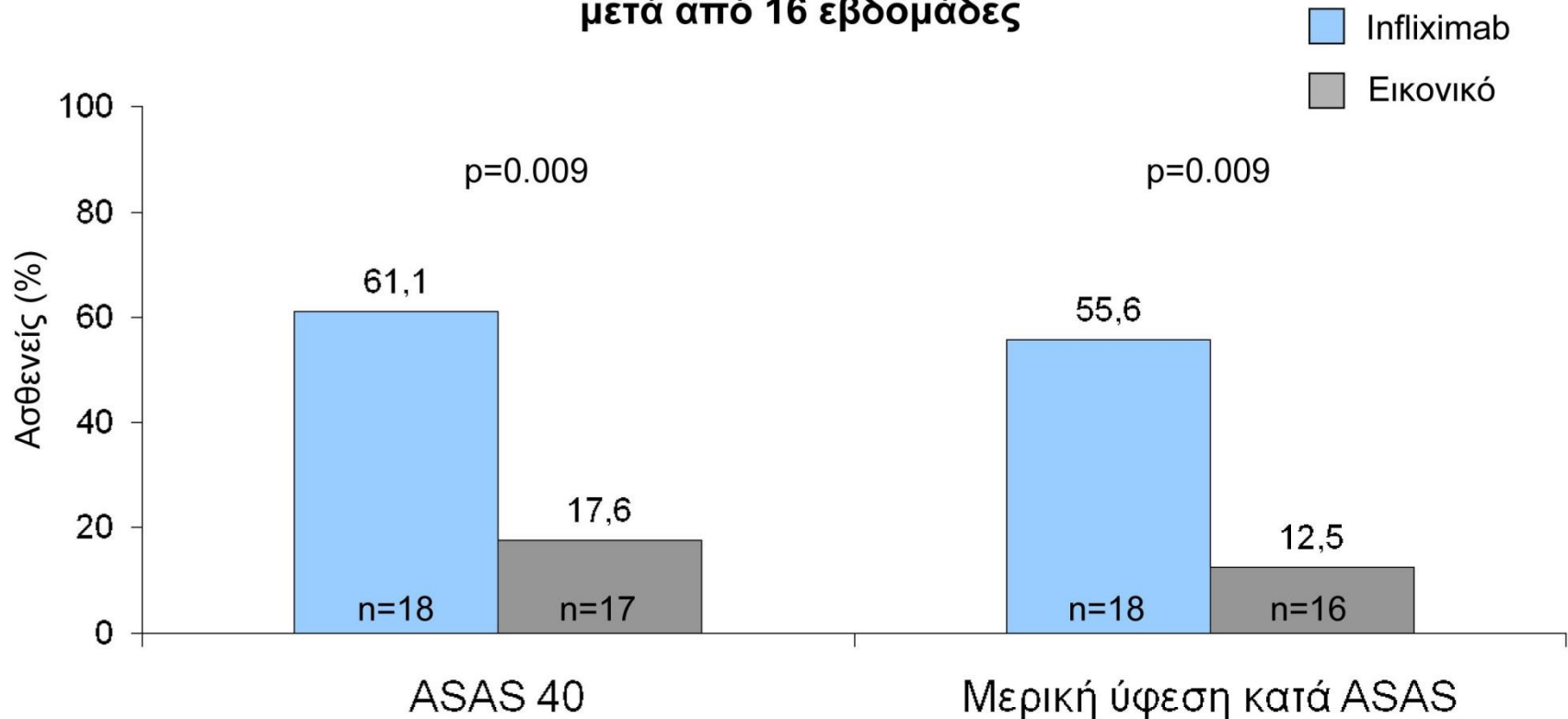
και

Σύμφωνη γνώμη ειδικού βασισμένη σε παράμετρους όπως:

- Θετική CRP/TKE
- Θετική MRI
- Ακτινολογική επιδείνωση
- Κλινική εξέταση

Αποτελεσματικότητα του Infliximab σε πολύ πρώιμη ΑΣ (διάρκεια συμπτωμάτων <3 χρόνια)

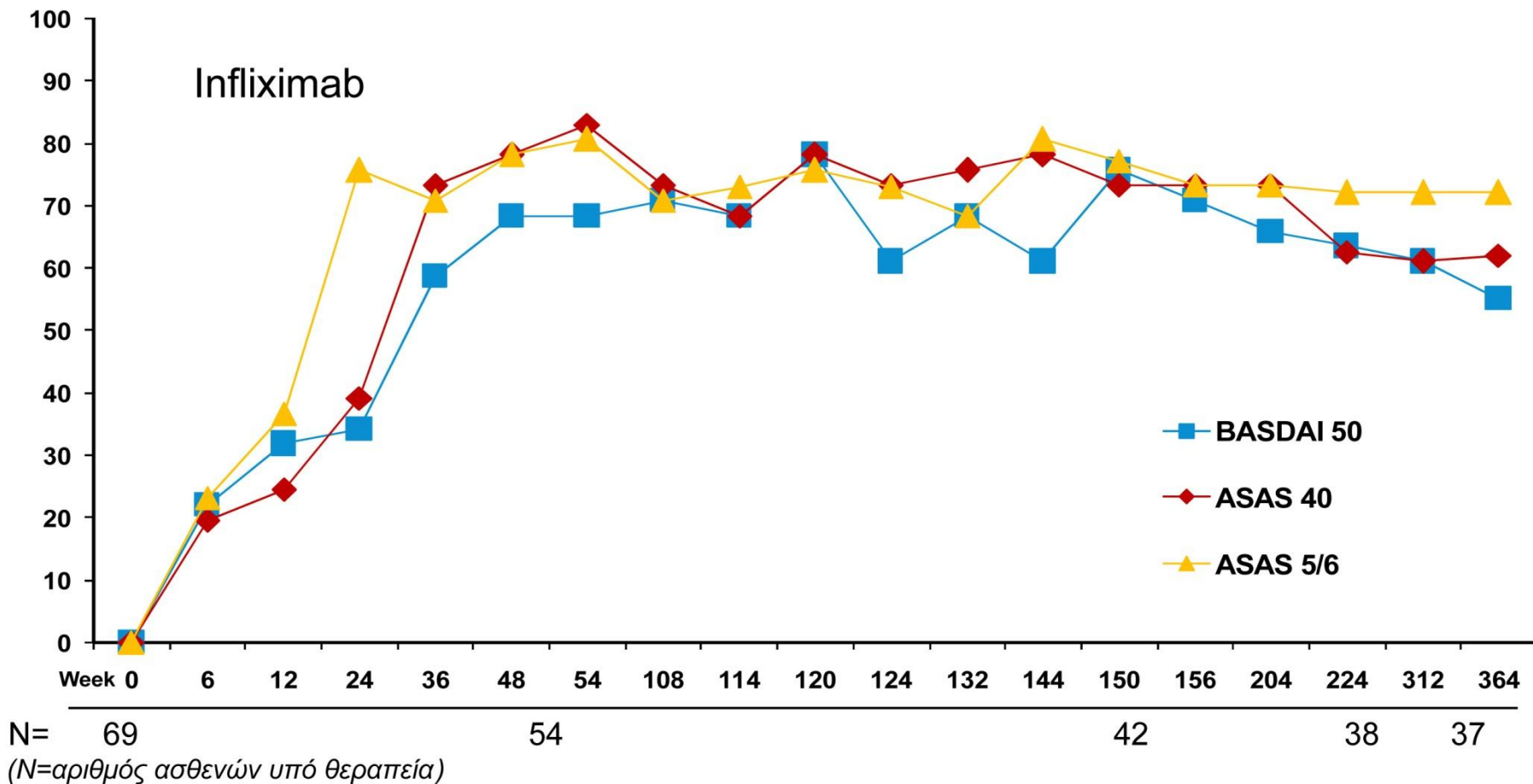
Σημαντική βελτίωση σε κλινικά τελικά σημεία σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο
μετά από 16 εβδομάδες



Διαγνωστικά κριτήρια: Φλεγμ. πόνος στην μέση, HLA-B27 θετικό ΚΑΙ οστικό οίδημα στην MRI.
Μέση διάρκεια συμπτωμάτων = 15,3 μήνες

Μακροχρόνια κλινική δράση των αντι-TNF α στην ΑΣ

Αποτελέσματα 7 χρόνων



Braun J et al. Lancet 2002;359:1187-93

Braun J et al. Ann Rheum Dis 2008;67:340-5

Baraliakos X et al. EULAR 2008, Paris, FRI0290



Αποτελεσματικότητα αντι-TNF α μετά από 24 εβδομάδες θεραπείας στο δείκτη παραγωγικότητας

	Εικονικό	Infliximab	Τιμή p
Μέση τιμή μεταβολής στο δείκτη παραγωγικότητας	0.72	2.2	< 0.05
Μέση % τιμή μεταβολής στο δείκτη παραγωγικότητας	11%	62%	< 0.05
Μέση τιμή ημερών απουσίας από την εργασία κατά την διάρκεια της μελέτης	7	3	0.07

Περίπτωση 2^η

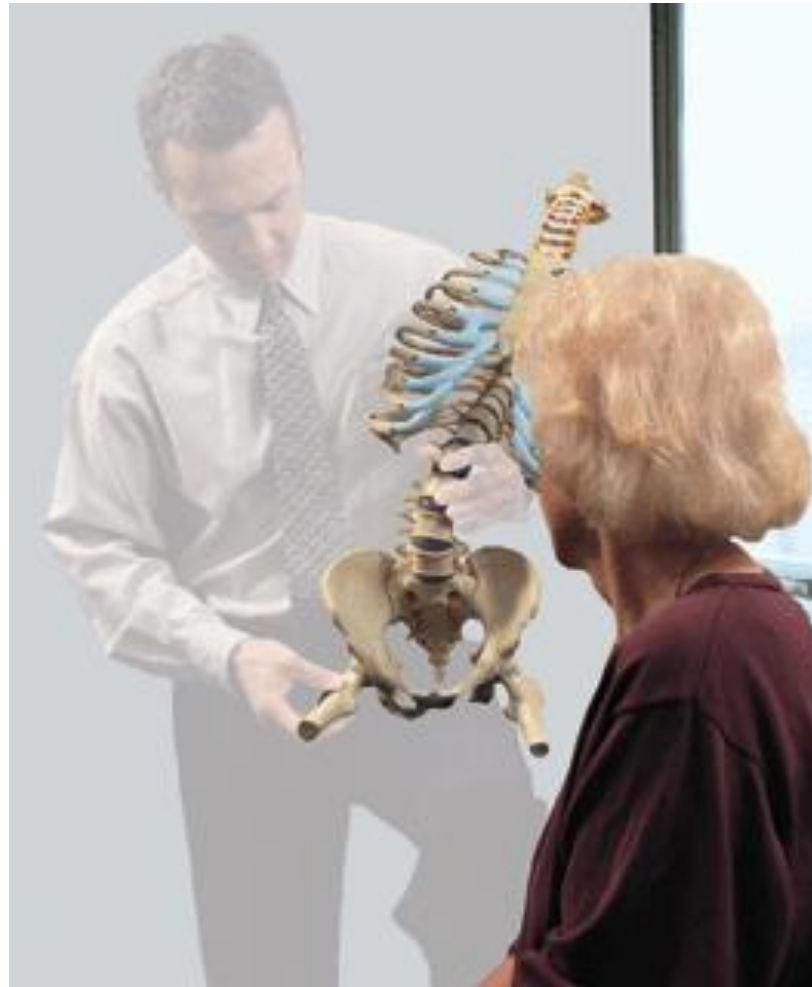
- **12^{ος} 2010:** Ασθενής ηλικίας 32 ετών με διαγνωσμένη **Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα** από 5ετίας υπό αγωγή με **Infliximab** παραπονείται για επανεμφάνιση της οσφυαλγίας με αντανάκλαση του πόνου στις οπίσθιες επιφάνειες των μηρών και καυσαλγία (Α) έξω επιφάνειας μηρού.
- **3^{ος} 2008- 4^{ος} 2009:** Θεραπεία με ADA (κατά τη διάρκεια της θεραπείας BASDAI 0,85 (έναρξη 6,8) Schober 16 (έναρξη 14) **αλλά**..... 2 επεισόδια ιριδοκυκλίτιδας)
- **5^{ος} 2009- 1^{ος} 2011:** Θεραπεία με INF 5mg/kg/8 εβδομάδες (Μέση τιμή BASDAI 0,62 **αλλά** από 12^ο 2010-1^ο 2011 5,8-7) Schober 16

- 1^{ος} 2011: Θεραπεία με INF 5mg/kg/6 εβδομάδες + Ασεκλοφαινάκη 200 mg/24h
- Πλήρη εργαστηριακό έλεγχο (μυελώματα, λοιμώξεις κλπ), Σπινθηρογράφημα οστών ήπια πρόσληψη στις ΙΛ Α/α ΟΜΣΣ μικρή στένωση Ο5-Ι1
- 4^{ος} 2011: Αλλαγή θεραπείας σε Golimumab + Ινδομεθακίνη 150mg/24h
- 6^{ος} 2011: Καμιά ανταπόκριση (BASDAI 5^{ος} 2011 6,3 3^{ος} 2011 6,2, Schober 15) ?????????
- 6^{ος} 2011: Ορθοπαιδική εκτίμηση (αυτοβούλως) :
 - Lasseque 45° (Α)
 - Μειωμένη αισθητικότητα έξω και οπίσθιας επιφάνειας (Α) κνήμης
 - Μειωμένη μυϊκή ισχύς ραχιαίας κάμψης 1^{ου} δακτύλου (Α)
 - MRI ΟΜΣΣ: (Α) και κεντρική προβολή δίσκου στο επίπεδο Ο5

Σχόλια Ρευματολόγου



Σχόλια Ορθοπαιδικού





«Μηχανική Οσφυαλγία»

Κωνσταντίνος Σαρόπουλος
Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

Η οσφυαλγία είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα υγείας στο γενικό πληθυσμό, αφού είναι η δεύτερη σε συχνότητα παθολογική κατάσταση μετά το κοινό κρυολόγημα.

Το 65-80% των ατόμων του γενικού πληθυσμού παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους.



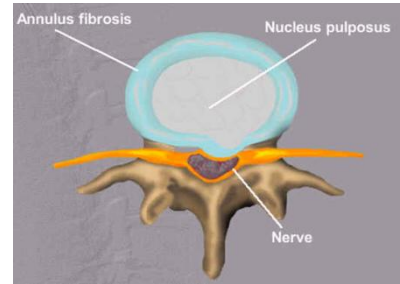
Αίτια Οσφυαλγίας

- 1. Εκφυλιστικές: σπονδυλαρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, εκφυλιστική σπονδυλολίση, στενός σπονδυλικός σωλήνας, σκολίωση ενηλίκων, μυϊκός σπασμός.
- 2. Τραυματικές: διάταση ή ρήξη μυϊκών ινών ή συνδέσμων, υπερεξαρθρήματα των σπονδυλικών αρθρώσεων, παλαιά κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, τραυματική σπονδυλόλυση- σπονδυλολίση.
- 3. Φλεγμονώδεις-μικροβιακές: σπονδυλοδισκίτιδα, οστεομυελίτιδα, φυματιώδης σπονδυλίτιδα, ιερολαγονίτιδα.
- 4. Νεοπλασίες: οστεοειδές οστέωμα, οστεοβλάστωμα, οστεοχόνδρωμα, γιγαντοκυτταρικός όγκος, πολλαπλούν μύελωμα, νευρίνωμα, διάφορες μεταστατικές εστίες από άλλα πρωτοπαθή
• νεοπλάσματα (μαστός, προστάτης κ.α.)
- 5. Συγγενείς ανωμαλίες: ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου
- 6. Ρευματολογικές: αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, σύνδρομο Reiter, ψωριασική αρθρίτιδα, ρευματική πολυμυαλγία.
- 7. Ενδοκρινολογικές: οστεοπόρωση, οστεομαλακία, παθήσεις παραθυρεοειδών αδένων
- Παθήσεις των γειτονικών οργάνων (αντανεκλαστική οσφυαλγία)

Αίτια Οσφυαλγίας

- Θα μιλήσουμε για τα συνηθέστερα αίτια μηχανικής οσφυαλγίας

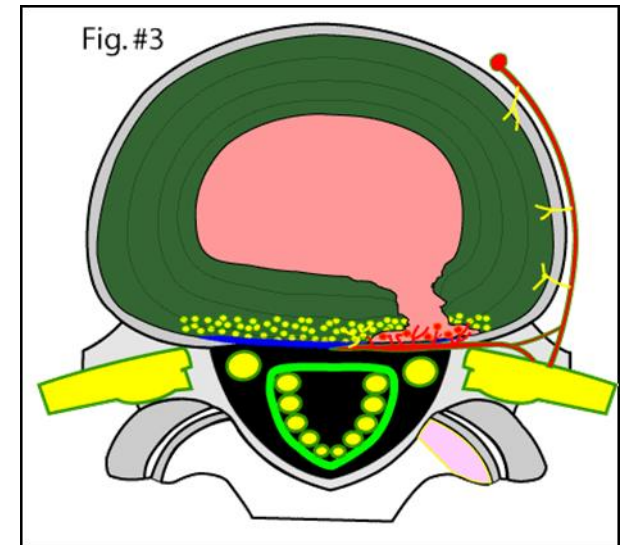
Δισκοκήλη



- Η αρχική αιτία της Δισκοκήλης είναι η εκφύλιση του δίσκου.
- Ο Πηκτοειδής πυρήνας χάνει την υδροφιλική του ιδιότητα, παύει να λειτουργεί ως ασυμπίεστο κολλοειδές, ενώ ο ινώδης δακτύλιος χάνει σταδιακά την ελαστικότητά του και εμφανίζει ρωγμές.
- Η προοδευτική εκφύλιση του ινώδους δακτυλίου και ο τραυματισμός δεν συγκρατούν τον πηκτοειδή πυρήνα με επακόλουθο την παθολογική μετακίνησή του, τον ερεθισμό των νευρικών ινών και τον πόνο.

Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος είναι σχεδόν άνευρος, εκτός της περιφέρειας του δακτυλίου του.

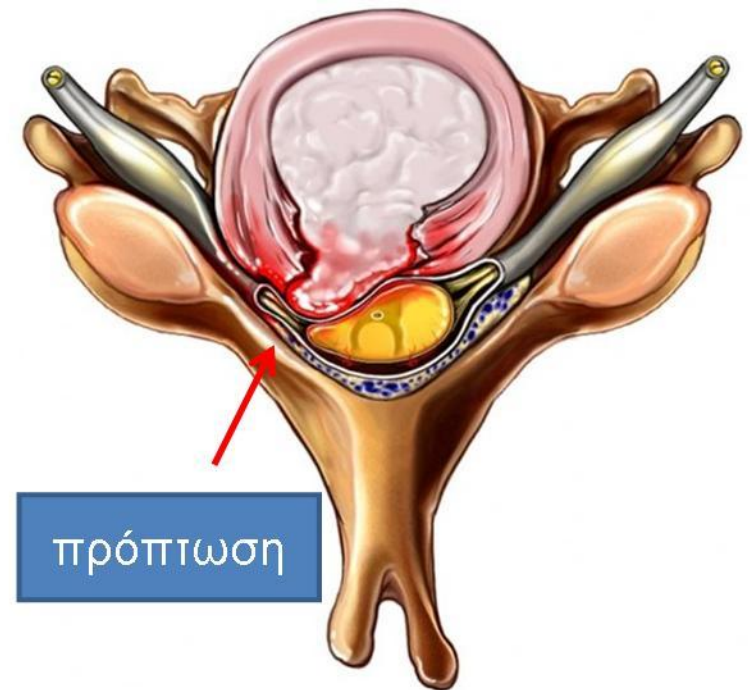
Όταν όμως επισυμβαίνουν εκφυλιστικές ή τραυματικές ρήξεις του δακτυλίου, τότε κατά τη διαδικασία επούλωσης διεισδύουν μέσα από τη ρωγμή σε αυτόν νευρικά ινίδια ανάπτυξης, που καθιστούν τον εκφυλισμένο δίσκο πλέον επώδυνο.



Έτσι εξηγείται γιατί πονούν οι ασθενείς με εκφύλιση δίσκου ακόμα και αν δεν έχουν δισκοκήλη.

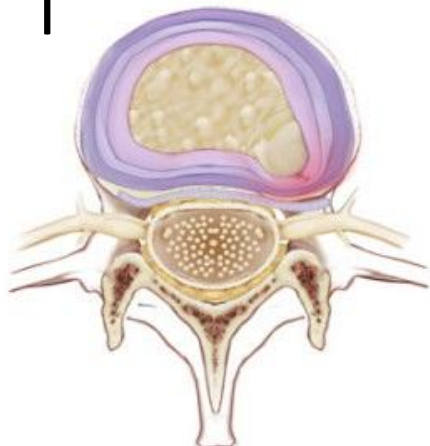
Πρόπτωση Μεσοσπονδύλιου Δίσκου

Από τις ρωγμές
δραπετεύει το πυρηνικό
υλικό που ερεθίζει τους
περινευρικούς ιστούς
προκαλώντας οξύ ή
χρόνιο πόνο



Τα τρία στάδια Δισκοκήλης κατά τον καθηγητή Γεώργιο Χαρτοφυλακίδη (1988) είναι:

I



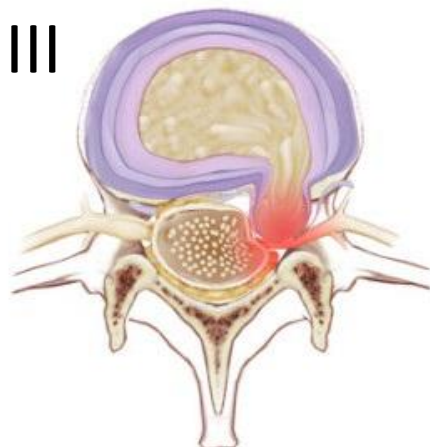
προβολή
Protrusion, Bulging

II



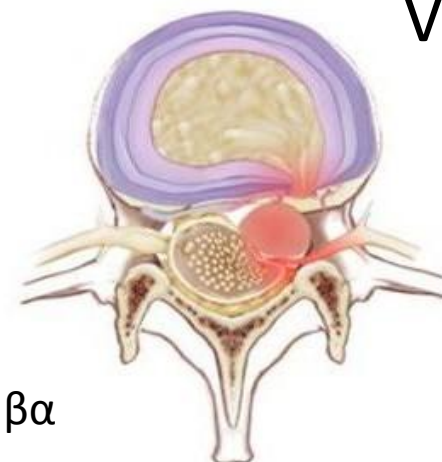
πρόπτωση
Prolapse

III



έκθλιψη
Extrusion

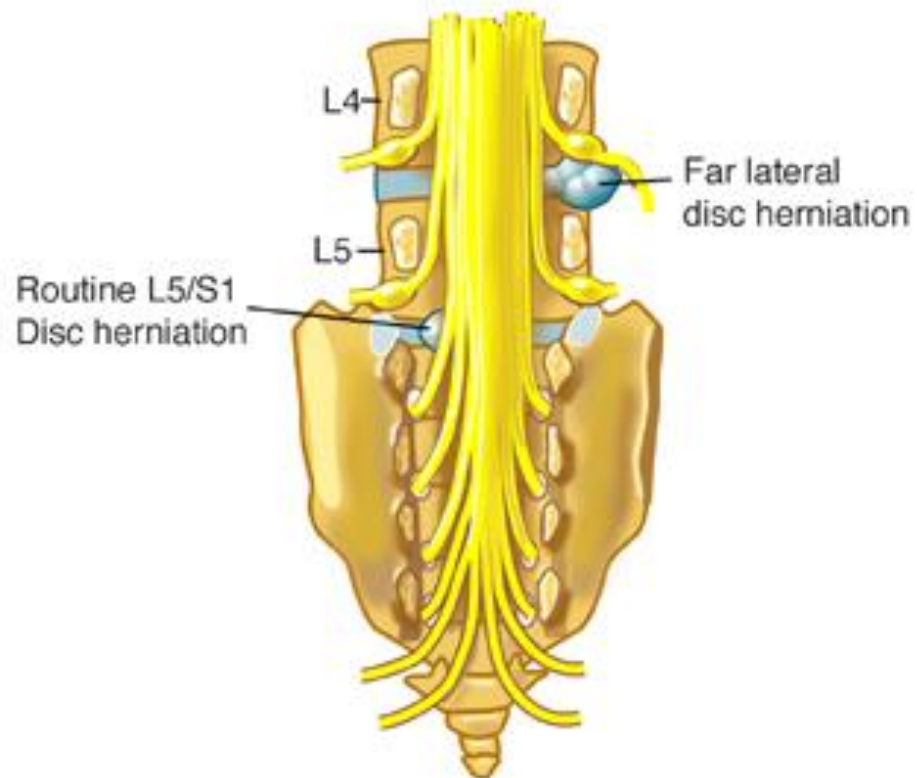
VI



έκθλιψη
με ανάδυση
ή κατάδυση
Sequestration

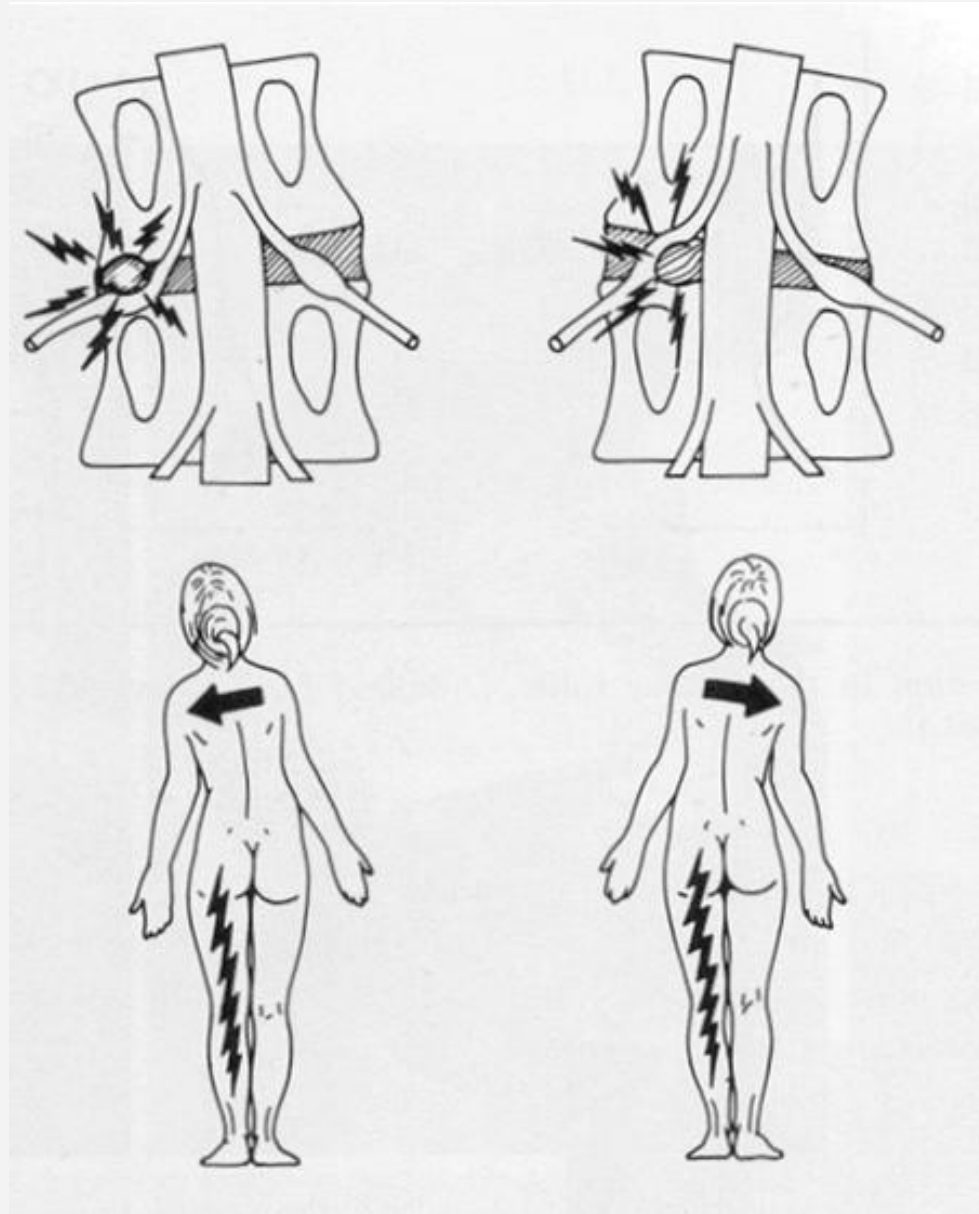
κατά Χaráλαμπο Γκούβα

Οι χημικές ουσίες του πηκτοειδή πυρήνα προκαλούν οίδημα των ριζών και ισχιαλγία



Δισκοκήλη

Ανάλογα το μέγεθος, την κατεύθυνση και το επίπεδο της κήλης προκαλείται οσφυαλγία, ριζαλγία, αντικειμενικά νευρολογικά ευρήματα και ανταλγική στάση.



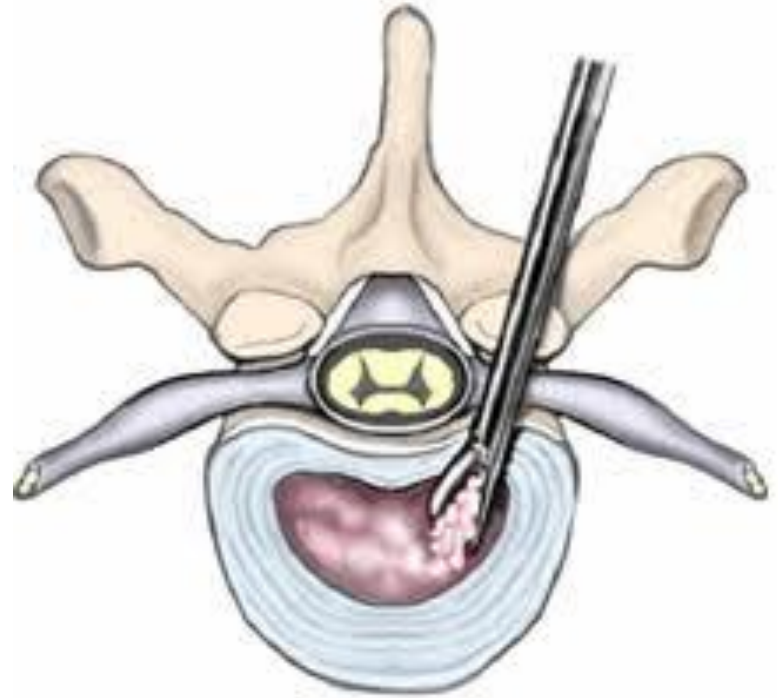
Συντηρητική Αγωγή

- Ολιγοήμερος κλινοστατισμός.
- Αναλγητικά, ΜΣΑΦ & μυοχαλαρωτικά.
- Φυσικοθεραπεία (βάδιση, κινητοποίηση διατηρώντας τη φυσιολογική λόρδωση με ειδικές μη επιβαρυντικές τεχνικές και εκμάθηση τροποποιήσεων για μείωση της καταστροφικής συμπεριφοράς).
- Εγχύσεις στεροειδών επισκληριδίας ή παρασπονδυλικά.



Χειρουργική αφαίρεση του προπίπτοντος τμήματος του δίσκου (πηκτοειδή πυρήνα)

- Επί αποτυχίας της Συντηρητικής Αγωγής (μετά την παρέλευση 6/52).
- Επί επιδεινούμενης νευρολογικής εικόνας.
- Επί ιππουριδικής συνδρομής.



Στάδιο V



- Η διάγνωση της δισκογενούς οσφυαλγίας δεν είναι εύκολη. Υπάρχουν χαρακτηριστικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση, τα οποία μπορεί να βρίσκονται επίσης σε ασθενείς με άλλου τύπου οσφυαλγία.
- Η Μαγνητική Τομογραφία μπορεί να δείχνει παθολογία του δίσκου, καθώς η εκφύλισή του είναι μέρος της φυσιολογικής γήρανσής του.
- Όμως η διαταραχή του δίσκου που απεικονίζεται στην MRI δεν σημαίνει ότι είναι το αίτιο της οσφυαλγίας του ασθενή μας.

στένωση - εκφύλιση (μαύρος δίσκος)

Εκφυλιστική Νόσος του Δίσκου

Στάδιο VI

- Οσφυαλγία και πόνος στους γλουτούς.
- Επί Ισχιαλγίας είναι πιθανό να υπάρχει άλλη δισκοκήλη, στένωση κλπ.



πλήρης εκφύλιση

- Πεταλεκτομή και Σπονδυλοδεσία επί αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής πέραν των 6 εβδομάδων.
- Αφαίρεση του δίσκου και αντικατάστασή του με οστικό μόσχευμα ή ειδικό κλωβό.
- Αντικατάστασή του με αρθρούμενο δίσκο (αρθροπλαστική).



Ιππουριδική Συνδρομή

- Προκαλείται από μεγάλη κεντρική οξεία δισκοκήλη.
- Αιφνίδια αμφοτερόπλευρη ισχιαλγία, πάρεση κάτω άκρων, παράλυση της κύστης, αδυναμία του σφιγκτήρα και απώλεια της περιπρωκτικής αισθητικότητας.



Η Επείγουσα αποσυμπίεση είναι απαραίτητη για τη διάσωση ανεπανόρθωτης νευρικής βλάβης (12 ώρες).

Σπονδυλική στένωση

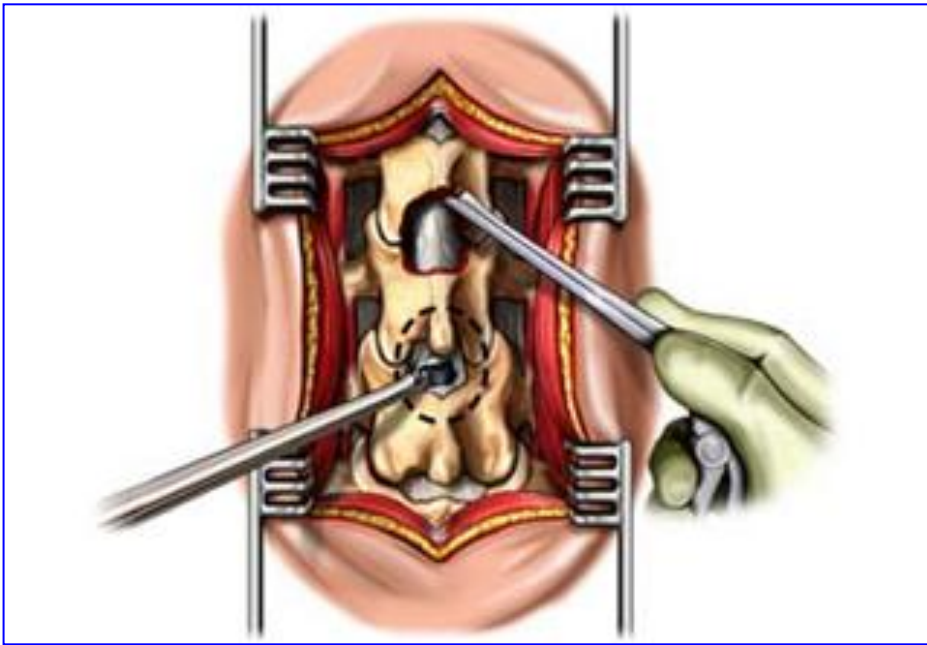


Σπονδυλική Στένωση

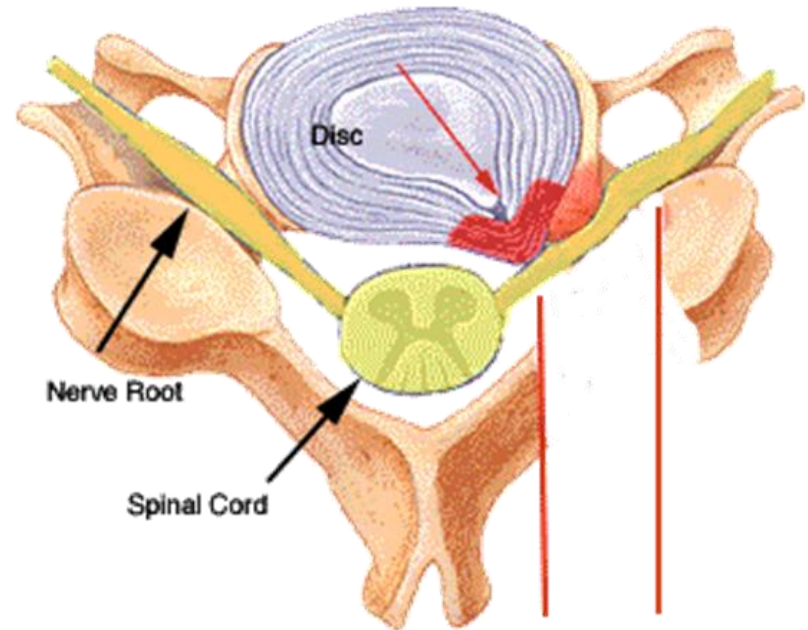
- Οσφυαλγία, Ισχιαλγία με ή χωρίς νευρολογικά ευρήματα άμφω ή μονόπλευρα.
- Ψευδοδιαλείπουσα Χωλότητα



Επί αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής, πέραν των 3 μηνών, χειρουργική αποσυμπίεση.



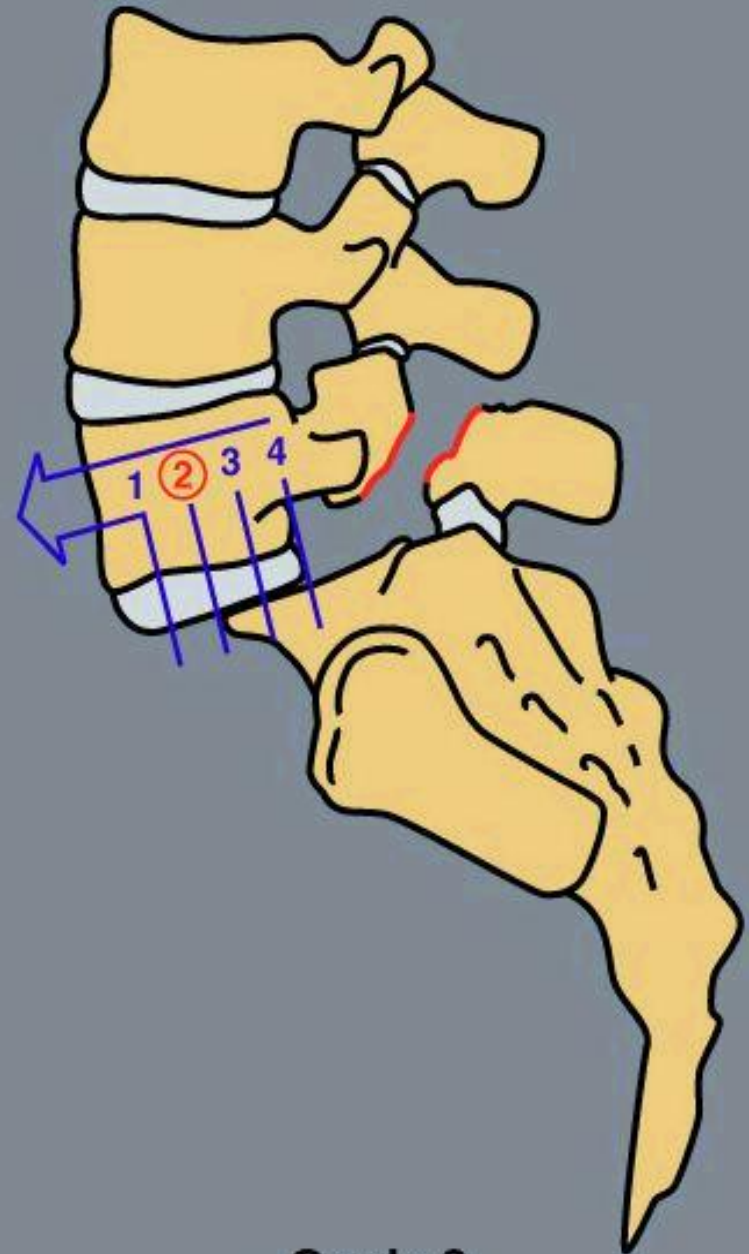
πεταλεκτομή



τρηματεκτομή

Τμηματική Αστάθεια

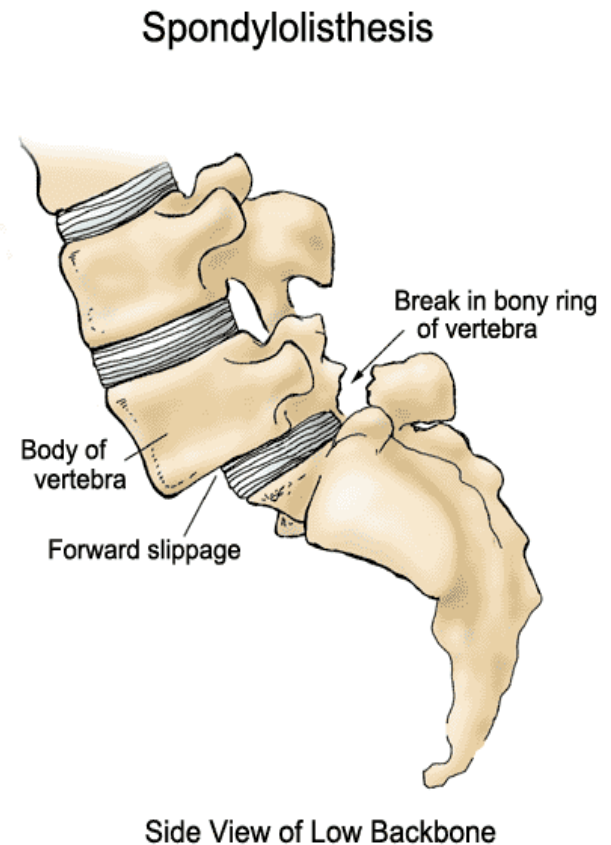
- Σπονδυλολίσθηση, συγγενής, λυτική ή εκφυλιστική.
- Μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να οδηγήσει σε Σπονδύλωση, Εκφυλιστική Δισκική Νόσο ή Ριζίτιδα.



Grade 2

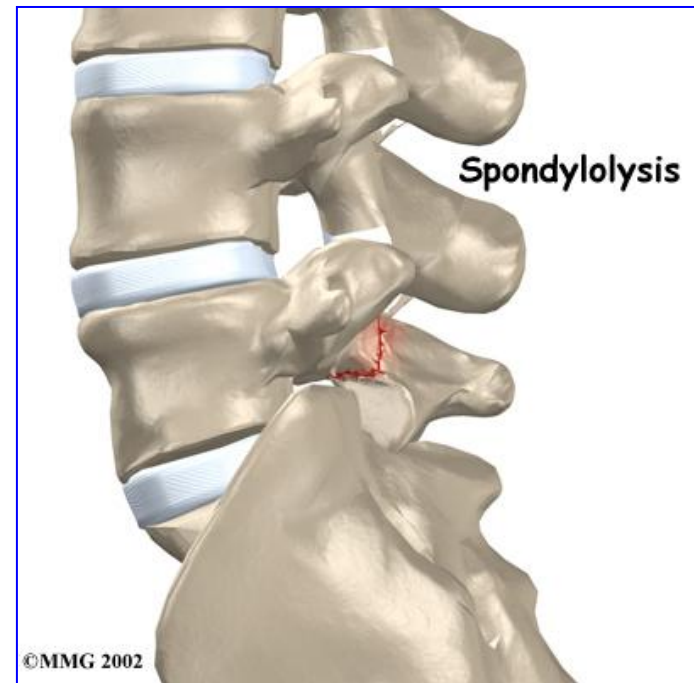
Σπονδυλολίσθηση

- Οσφυαλγία με ή χωρίς πόνο σε γλουτούς και μηρούς.
- Πόνος επιδεινούμενος κατά την ορθοστάτηση και τη βάρδια.
- Υποχώρηση του πόνου με κλिनοστατισμό.
- Συνακόλουθη σπονδυλική στένωση με ανάλογα συμπτώματα.
- Επί αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής, χειρουργική αποσυμπίεση και σπονδυλοδεσία.



Σπονδυλόλυση

- Συγγενής λύση στο πέταλο ή κάταγμα κοπώσεως συνήθως στον Ισθμό (pars interarticularis).
- Μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη που μπορεί να συνοδεύεται από Σπονδυλολίση.

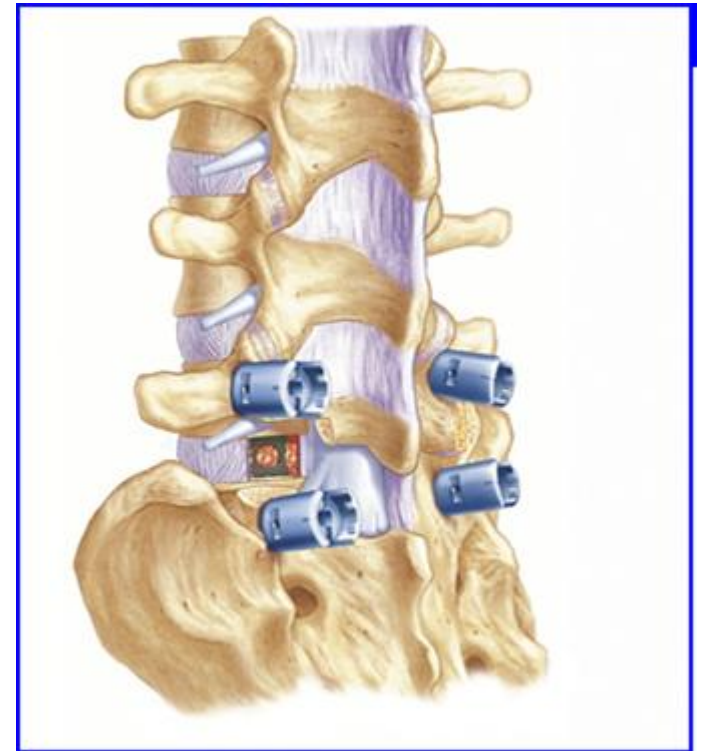


Σπονδυλολύση

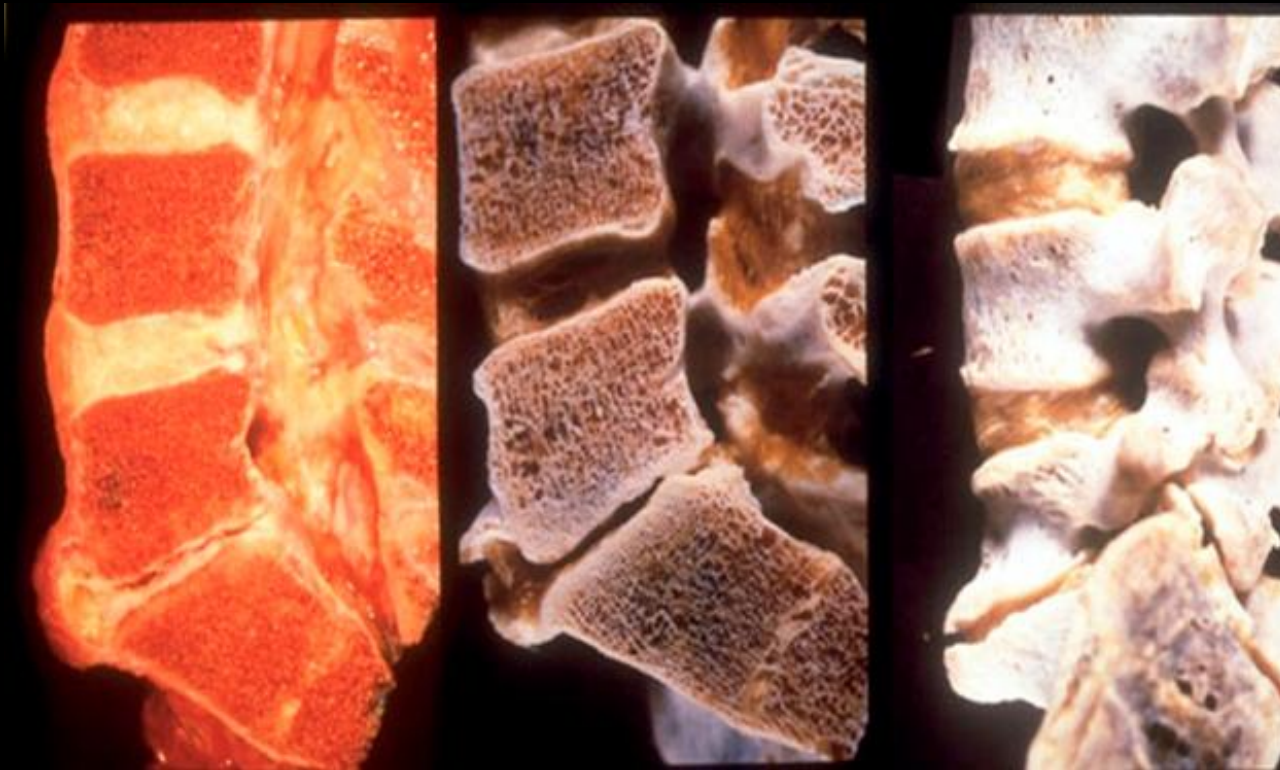


- Οσφυαλγία, δυσκαμψία.
- Τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τη δραστηριότητα.
- Μπορεί να υπάρχει στένωση, επομένως και ριζίτις.
- Συχνότερη σε άτομα με έντονη φυσική δραστηριότητα.

- Συντηρητική Αγωγή:
Περιορισμός αθλητικών δραστηριοτήτων και φυσικοθεραπεία.
- Τα περισσότερα κατάγματα κοπώσεως πωρώνονται χωρίς άλλη ιατρική παρέμβαση.
- Οπίσθια σπονδυλοδεσία επί αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής.

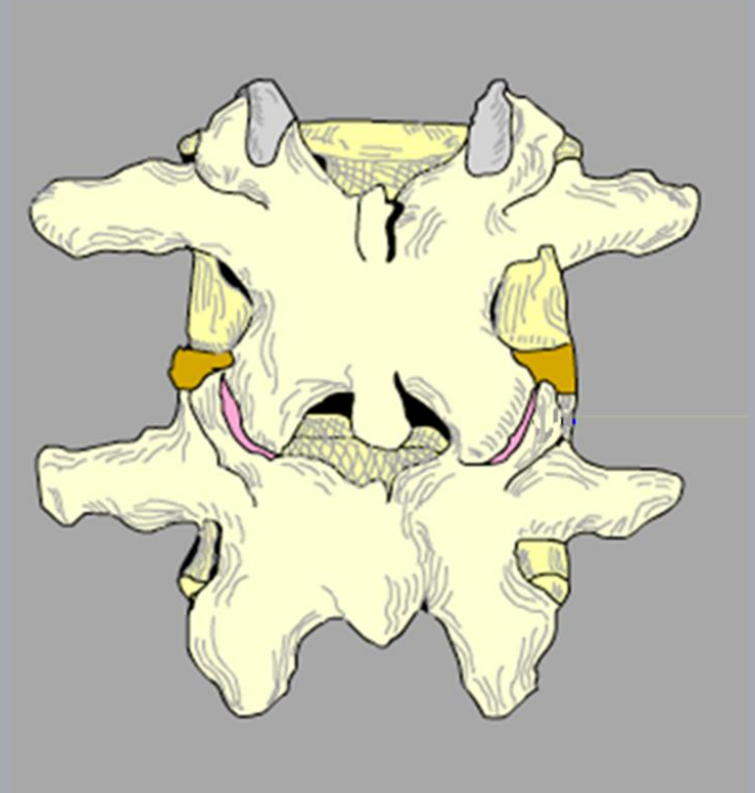


Εκφυλιστικές αλλοιώσεις Σπονδυλικής Στήλης



Η βασική κινητική μονάδα σχηματίζεται από δύο παρακείμενους σπονδύλους που συνδέονται μεταξύ τους με τις δυο ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις και το μεσοσπονδύλιο δίσκο.

Σε όλα τα άτομα με την πάροδο του χρόνου επέρχεται μια προοδευτική εκφύλιση στις κινητικές μονάδες με ανατομικές, βιοχημικές και κλινικές συνέπειες.



Η πλειονότητα των ανθρώπων έχει ασυμπτωματικές εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

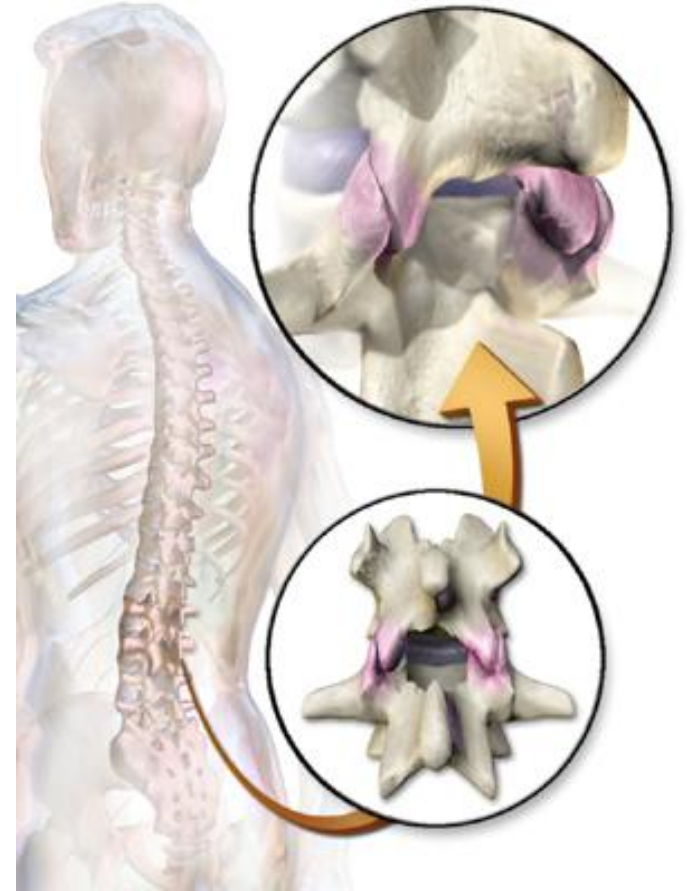
Σπονδυλαρθρίτις

Οι δίσκοι χάνουν ύψος & ελαστικότητα, οι παρακείμενες σπονδυλικές επιφάνειες γίνονται ανώμαλες και σχηματίζουν οστεοφυτικές προεκβολές, οι ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις εκφυλίζονται και εντέλει αναπτύσσονται οστεόφυτα τα οποία προβάλλουν και στενεύουν το νωτιαίο σωλήνα.



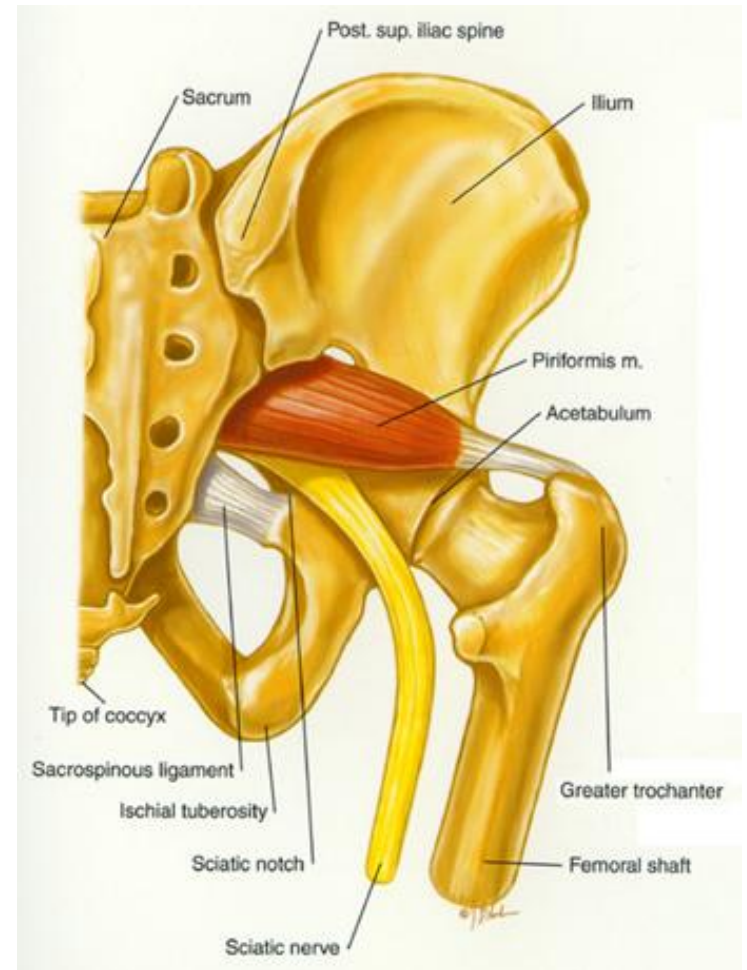
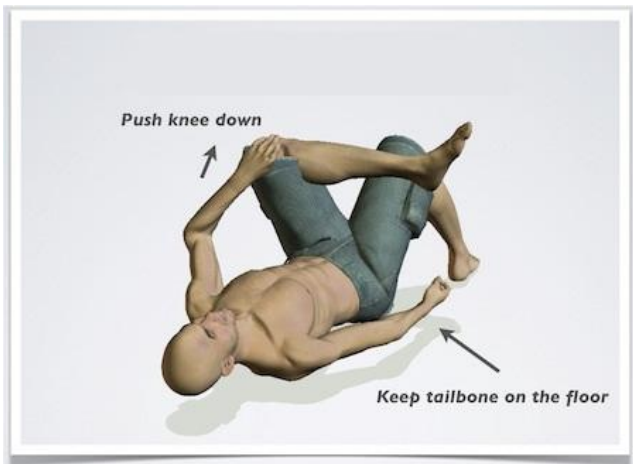
Facet Arthritis

Οι αλλοιώσεις στη δομή και τη λειτουργία του δίσκου μπορεί να οδηγήσουν σε υπερτροφικές αλλοιώσεις στις σπονδυλοσπονδυλικές αρθρώσεις και ανεπάρκεια, μετατοπίζοντας την φορά των συμπιεστικών δυνάμεων από την πρόσθια και μέση κολώνα στα οπίσθια στοιχεία επιβαρύνοντάς τα περαιτέρω.



Σύνδρομο Απιοειδούς

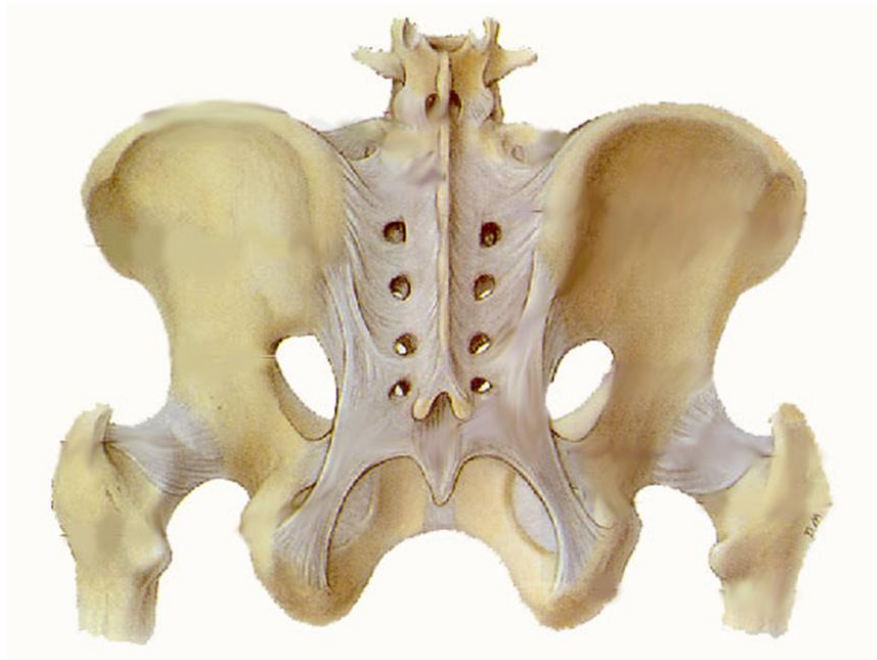
Οσφυαλγία και ισχιαλγία λόγω συμπίεσης του ισχιακού νεύρου από τον απιοειδή μυ λόγω κάκωσης, ρίκνωσης ή ανατομικής παραλλαγής.



wallet neuritis

Πόνος Ιερολαγονίων

- Μονόπλευρος λόγω τραύματος, ανισοσκελίας.
- Αμφοτερόπλευρος λόγω ατροφίας των μυών που σταθεροποιούν την περιοχή.
- Αποκλεισμός αυτοάνοσου νοσήματος.



Αντιμετώπιση Μηχανικής Οσφυαλγίας

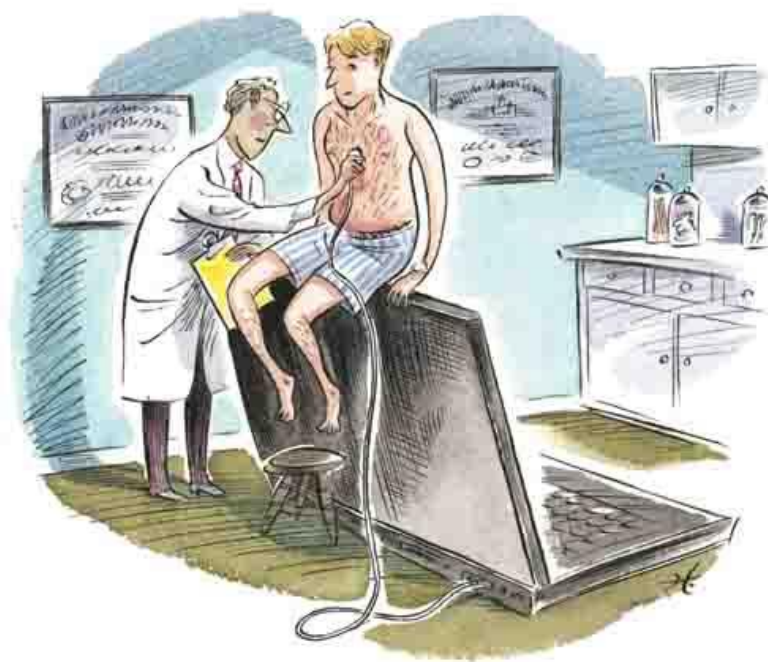
- **Φαρμακευτική αγωγή:**

Αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη, μυοχαλαρωτικά, στεροειδή ιδίως στη ριζίτιδα, αντικαταθλιπτικά & αντιεπιληπτικά στο νευροπαθητικό ή το χρόνιο πόνο.

- **Ζώνες και Κηδεμόνες.**

- **Εγχύσεις.**

- **Χειρουργικές Επεμβάσεις.**



Φυσικοθεραπεία

- TENS, επανεκπαίδευση εργονομικής συμπεριφοράς, μυοπεριτοναϊκή απελευθέρωση.
- Οι ασκήσεις είναι αποτελεσματικές, μόνον όταν είναι ειδικές και απευθύνονται στον συγκεκριμένο ασθενή.
- Ελπιδοφόρες φαίνονται οι σύγχρονες τεχνικές για την οσφυοπυελική σταθερότητα μέσω της προσαρμοστικότητας του κινητικού φλοιού για τον καλύτερο έλεγχο των υπεύθυνων μυών.





Μπορούμε να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα «οσφυαλγία», πείθοντας τους ασθενείς να διατηρούν μια υγιή σπονδυλική στήλη, με γερά οστά, δυνατούς κι ελαστικούς μύες, αποφεύγοντας τις καταπονήσεις από κακή στάση και περιττά κιλά, ελαχιστοποιώντας έτσι τον πόνο και τη δυσλειτουργία της.

Επίσπευση διάγνωσης ΑΣ

- @ Απαραίτητος χρόνος για το ιστορικό και την κλινική εξέταση
- @ Τυπικές κλινικές εκδηλώσεις
 - Οσφυαλγία φλεγμονώδους αιτιολογίας
 - Εναλλασσόμενος πόνος στους γλουτούς
 - Ενθεσίτιδα
 - Ασύμμετρη αρθρίτιδα
 - Ραγοειδίτιδα
 - Ανταπόκριση στα ΜΣΑΦ
 - Θετικό οικογενειακό ιστορικό
- @ Παρουσία HLA B27
- @ MRI

Slide Library

[Proceed to search](#)

- ▶ [Mission Statement](#)
- ▶ [Slide Library](#) new
- ▶ [ASAS Handbook](#)
- ▶ [Publications](#)
- ▶ [Meetings](#)
- ▶ [Members](#)
- ▶ [Membership](#)
- ▶ [Partners](#)
- ▶ [Assessment](#)
- ▶ [Questionnaires](#)
- ▶ [Links](#)
- ▶ [Contact](#)

The slides included in this ASAS slide library are selected by ASAS members to give a broad overview of the various aspects of spondyloarthritis (SpA). We hope that these will be used widely to educate all health professionals caring for patients with SpA. There are eight sections:

- Epidemiology
- Clinical Manifestations
- Diagnosis
- Pathogenesis
- Juvenile Spondyloarthritis
- Outcome
- Imaging (X-ray, MRI)
- Treatment

Slides in the English version can be selected by using search terms (either keywords or any word) and by chapters, in other languages only by chapters. Original slides without changing the content and lay-out can be used freely.

We tried to have the content of the slides as accurate as possible but ASAS is not 'legally responsible' for any mistakes which might have occurred.

Acknowledgments

We are grateful for the permission we received for the use of previously published figures from many authors and journals, as indicated on the slides.

For figures from some journals the publisher has also to be acknowledged as shown subsequently:

- Annals of Rheumatic Diseases (Ann Rheum Dis): reproduced with permission from the BMJ Publishing Group.
- Current Opinion Rheumatology (Curr Opin Rheumatol): reproduced with permission from Wolter Kluwer Health.
- Rheumatology (Oxford): reproduced with permission from Oxford University Press.
- Atlas of Rheumatology and Current Rheumatology Reports (Curr Rheumatol Rep): reproduced with permission from Current Medical Group LLC.
- Arthritis & Rheumatism (Arthritis Rheum): reproduced with permission from John Wiley & Sons, Inc.

The collection, selection and editing of the slides for the different sections was done with the help of the following ASAS members:

- Dominique Baeten, Jürgen Braun, Matthew Brown, Asim Khan, Robert Landewé, Walter Maksymowych, Herman Mielants, Martin Rudwaleit, Joachim Sieper, Ruben Burgos-Vargas, Désirée van der Heijde
- The lay-out and technical aspects are performed by Anja Sommer; MEDIKATION and [woerd](#).
- Translation into Spanish was done by Victoria Navarro, Ruben Burgos-Vargas, and Eduardo Collantes.
- Translation into Portuguese was done by Claudia Kedor and Percival Sampaio-Barros.
- Translation into Russian was done by Denis Poddubnyy and Anna Botchkova.
- Translation into Turkish was done by Salih Özgöçmen and Tuncay Duruöz.
- Translation into German was done by Hiltrun Haibel and Joachim Sieper.
- Translation into Greek was done by Xenofon Baraliakos and Dimos Patrikos.

The overall coordination was in hands of Joachim Sieper and Désirée van der Heijde.

Κριτήρια ταξινόμησης ASAS για αξονική ΣπΑ

Ασθενείς με οσφυαλγία ≥ 3 μήνες και
ηλικία έναρξης συμπτωμάτων <45 ετών

Ιερολαγονίτιδα
(απεικονιστικά)
και
 ≥ 1 εκδήλωση ΣπΑ

ή

HLA-B27 και
 ≥ 2 άλλες
εκδηλώσεις
ΣπΑ

Εκδηλώσεις ΣπΑ

- Φλεγμονώδης οσφυαλγία
- Αρθρίτιδα
- Ενθεσίτιδα (τένοντα)
- Ραγοειδίτιδα
- Δακτυλίτιδα
- Ψωρίαση
- Νόσος Crohn/Κολίτιδα
- Καλή ανταπόκριση στα ΜΣΑΦ
- Οικογενειακό ιστορικό ΣπΑ
- HLA-B27
- Υψηλές τιμές CRP

Ασθενείς με περιφερικές εκδηλώσεις

Αρθρίτιδα ή ενθεσοπάθεια ή
δακτυλίτιδα
και

≥ 1 εκδήλωση ΣπΑ

- Ραγοειδίτιδα
- Ψωρίαση
- Νόσος Crohn/Κολίτιδα
- Προηγούμενη λοίμωξη
- HLA-B27
- Ιερολαγονίτιδα (απεικονιστικά)

ή

≥ 2 άλλες εκδηλώσεις ΣπΑ

- Αρθρίτιδα
- Ενθεσοπάθεια
- Δακτυλίτιδα
- Φλεγμ. οσφυαλγία (ιστορικό)
- Οικογενειακό ιστορικό ΣπΑ

Διαφορές μηχανικής και φλεγμονώδους οσφυαλγίας

ARTHRITIS & RHEUMATISM

Vol. 54, No. 2, February 2006, pp 569–578

DOI 10.1002/art.21619

© 2006, American College of Rheumatology

Inflammatory Back Pain in Ankylosing Spondylitis

A Reassessment of the Clinical History for
Application as Classification and Diagnostic Criteria

Martin Rudwaleit,¹ Anke Metter,¹ Joachim Listing,² Joachim Sieper,¹ and Jürgen Braun³

Martin Rudwaleit,¹ Anke Metter,¹ Joachim Listing,² Joachim Sieper,¹ and Jürgen Braun³

	% of AS patients (n = 101)	% of MLBP patients (n = 112)	Positive LR (95% CI)	Negative LR (95% CI)
Spinal mobility				
Anterior spinal flexion <5 cm	90.7	35.0	2.6 (2.0–3.4)	0.1 (0.1–0.3)
Lateral spinal flexion <10 cm	34.4	4.9	7.0 (2.9–17.5)	0.7 (0.6–0.8)

	% of AS patients (n = 101)	% of MLBP patients (n = 112)	Positive LR (95% CI)	Negative LR (95% CI)
Age at onset of back pain				
<40 years	96.0	86.0	1.1 (1.0–1.2)	0.3 (0.1–0.9)
<35 years	93.1	77.7	1.2 (1.1–1.3)	0.3 (0.1–0.7)
<30 years	84.2	59.8	1.4 (1.2–1.7)	0.4 (0.2–0.7)
<25 years	64.4	42.0	1.5 (1.2–2.0)	0.6 (0.5–0.8)
<20 years	29.7	20.5	1.4 (0.9–2.3)	0.9 (0.8–1.0)

Duration of morning stiffness

No morning stiffness	6.9		32.1	0.2 (0.1–0.5)	1.4 (1.2–1.5)
<10 minutes	9.9		22.9	0.4 (0.2–0.9)	1.2 (1.0–1.3)
10–30 minutes	18.8		20.1	0.9 (0.6–1.7)	1.0 (0.9–1.1)
31–60 minutes	15.8		7.3	2.2 (1.0–6.0)	0.9 (0.8–1.0)
>60 minutes	48.5		17.4	2.8 (1.8–4.5)	0.6 (0.5–0.8)
>30 minutes	64.3		24.7	2.7 (1.9–4.0)	0.5 (0.4–0.6)

Martin Rudwaleit,¹ Anke Metter,¹ Joachim Listing,² Joachim Sieper,¹ and Jürgen Braun³

	% of AS patients (n = 101)	% of MLBP patients (n = 112)	Positive LR (95% CI)	Negative LR (95% CI)
Laboratory tests				
HLA-B27 positive	89.1	5.5	16.2 (7.5–35.7)	0.1 (0.1–0.2)
CRP level				
>6 mg/liter	51.1	31.5	1.6 (1.2–2.3)	0.7 (0.6–0.9)
>10 mg/liter	39.0	15.3	2.5 (1.5–4.2)	0.7 (0.6–0.9)

Piss  On



Ankylosing Spondylitis