

«Σύγχρονη Αντιμετώπιση του Νευροπαθητικού πόνου»

Γέφυρα Ευρίπου 1870
Negroponte



“Η συμβολή του Δερματικού **Επιθέματος** της **Capsaicin 8%** στην αντιμετώπιση της **Χρόνιας Οσφυαλγίας – Ισχιαλγίας** με **Νευροπαθητικό στοιχείο**”

Καλαμάτα, 21-24 Μαΐου 2015



Αντώνιος Γ. Κρόκος
Ορθοπαιδικός-Χειρουργός

Άλγος - Πόνος



Γιος της **Έριδας** & εγγονός της **Νύχτας** – Εκδίκηση Θεών στους ανθρώπους μετά την κλοπή της **Φωτιάς** από τον **Προμηθέα**



ΜΟΡΦΕΑΣ

"Ο έχων την ικανότητα να αλλάζει μορφή
Και να εμφανίζεται στα όνειρα"

Γιος του **Ύπνου** και της **Πασιθέης**
Από το όνομά του προέρχεται η λέξη **Μορφίνη**

- **Αριστοτέλης**
ως «**Πάθος Ψυχής**»

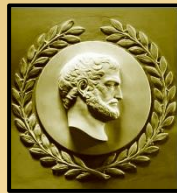


ΥΠΝΟΣ

«Ο Φέρων ύπνο γλυκό σε θεούς
και ανθρώπους»

Αρχαιοελληνική θεότητα,
γιός της **Νύχτας** και του **Έρεβους**

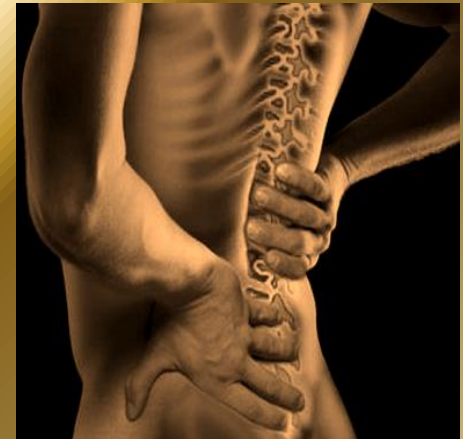
Εισαγωγή



- **Οσφυαλγία** – κάθε πόνο στη μέση (Άλγος οσφύος) Τοπικό ή Αντανακλαστικό, **Ανεξάρτητα Αιτίας** πρόκλησης.
Επέκταση προς το Κάτω Άκρο/Άκρα συνιστά την **Ισχιαλγία**
Συμεωνίδης Π- ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ
 - Συνιστά **Σύμπτωμα** & αφορά ομαδοποίηση αρκετών **Δυσπραγιών** της **ΣΣ**



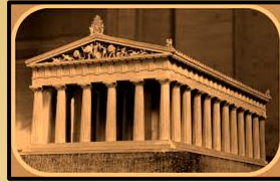
Διάρκεια Πόνου μεγαλύτερη από την αναμενόμενη διάρκεια μιας πάθησης μετατρέπει τον ίδιο σε **Πάθηση**



Πηγή :

1. Friedly J, Standaert C, Chan L. Epidemiology of spine care: the back pain dilemma. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2010 Nov;21(4):659–677.
2. Martin BI, Deyo RA, Mirza SK, et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA*. 2008 Feb 13;299(6):656–664.
3. Dunn KM, Hestbaek L, Cassidy JD. Low back pain across the life course. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013 Oct;27(5):591–600.
4. Dunn KM, Jordan K, Croft PR. Characterizing the course of low back pain: a latent class analysis. *Am J Epidemiol*. 2006 Apr 15;163(8):754–761.

Οσφυαλγία



Αποτελεί **Μείζον Κοινωνικό & Οικονομικό** πρόβλημα -

- **Κοινωνικό** - καθότι **65-80%** ενηλίκων παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο μια φορά στην ζωή τους, ~ **75%** αυτών Υποτροπιάζει ~ **μια** φορά / Έτος.
 - Αποτελεί **2^η** αιτία **Αποχής** από την εργασία μετά τις **Ιώσεις**.
Συχνότερη αιτία Μακροχρόνιας Ανικανότητας.
- **Οικονομικό** - λόγω  Κόστους στις παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας (Εξετάσεις, Αναρ. άδειες, Φάρμακα, Θεραπείες & **3^η συχνότερη** χειρουργική επέμβαση με τις ΑΜΣΣ).

Πηγή :

1. *Insights in Public Health-Perspectives on Pain in the Low Back and Neck: Global Burden, Epidemiology and Management* .

Maria Vassilaki MD, PhD, MPH and Eric L Hurwitz DC, PhD

2. Buchbinder R, Blyth FM, March LM, Brooks P, Woolf AD, Hoy DG. Placing the global burden of low back pain in context. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013 Oct;27(5):575–589.

3. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Dec;24(6):769–781.

4. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, et al. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998 Sep 15;23(18):2003–2013.



Μελέτες Επιπολασμού ΝΠ στη Χρ Οσφυαλγία



ΝΠ-Πόνος που προκαλείται ως άμεση συνέπεια βλάβης ή παθολογικής κατάστασης, που επηρεάζει το Σωματοαισθητικό σύστημα με **ΑΜΕΣΗ** επίδραση στην ΨΥΧΙΚΗ Σφαίρα (Απελπισία, Απογοήτευση, Ευερεθιστότητα, Κατάθλιψη, Κοινωνική απομόνωση).^{5,6,7,8}

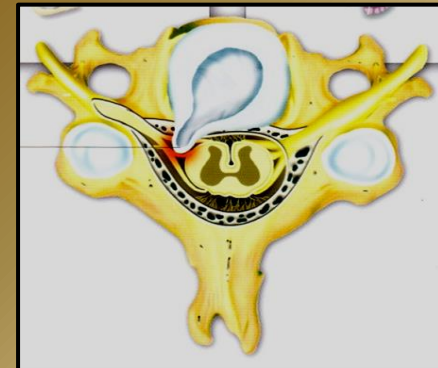
2004 ΙΔΡΥΣΗ ΔΙΚΤΥΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΑΝΑΛΥΣΗΣ-ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΝΠΘ ΠΟΝΟ

1. Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, άτομα με Οξεία ή Υποξεία οσφυαλγία σε ποσοστό **15-35%** καταλήγουν να πάσχουν από Χρ οσφυαλγία. Παρόλα αυτά εξακολουθούν να νοιώθουν πόνο.
(Costa Lda C, et al.: BMJ 2009:339, b3829)
2. Έρευνα Εθνικού Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Υγείας / **ΗΠΑ, 2012** (US Centers for Disease Control and Prevention -U.S. CDC)
3. Έρευνα **Back Pain** για ΝΠ στη Χρ. Οσφυαλγία (2006)

Διαπιστώνεται ότι: $\geq 37\%$ ατόμων με χρ. Οσφυαλγία εμφανίζουν χαρακτηριστικά συνδρόμου ΝΠ.^{1,2,3,4}

Βιβλιογραφία

- 1) Bouhassira D, et al. Pain. 2008;136(3):380-7
- 2) Sadosky A et al. Pain Pract. 2008;8:45-56
- 3) Freynhagen R, et al. Curr Med Res Opin 2006;22:1911-20
- 4) Andersen G, et al. Pain 1995;61:187-93
- 5) Nicholson and Verma. Pain Med. 2004;5 (suppl. 1):S9-S27
- 6) Smith et al. Clin J Pain. 2007;23(2):143-9
- 7) Von Korff M, Deyo RA, Cherkin D, Barlow W. Back pain in primary care. Outcomes at 1 year. Spine (Phila Pa 1976) 1993 Jun 1;18(7):855-862.
- 8) Opinion Health/ Α' ΟΡΘΟΠΔ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ Ε.Κ.Π.Α. Neuropathic Back Pain. August 2011
- 9) Argoff CE. Clin. J. Pain:2007;23: 15-22



ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΠ

- Απουσία, Απόδοση στην εργασία, Απώλεια εισοδήματος,
- Μείωση παραγωγικότητας, - Οικονομική επιβάρυνση οικογένειας & εργοδοτών
- Κόστος αποζημιώσεων, Πρόωρων συντάξεων, Δαπανών κοινωνικής Πρόνοιας & υπηρεσιών Υγείας.



Επηρεάζει συνολικά την **Ποιότητα ζωής** των πασχόντων
(Παραγωγικότητα, Ύπνο, Διάθεση, Ψυχική ευεξία, Σεξουαλική ζωή).

Πηγή: Tang N, et al "Impact of musculoskeletal pain on insomnia onset: a prospective cohort study" *Rheumatology* 2015;54:248-256

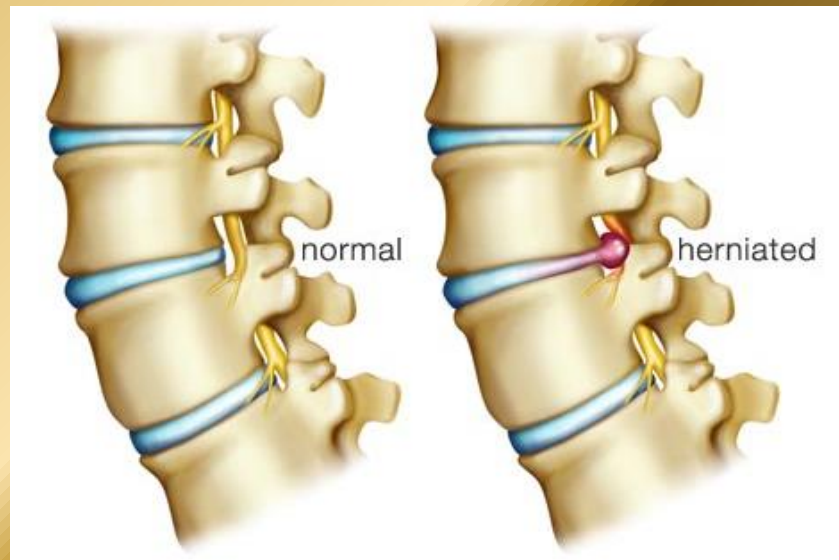
Λόγω αυτών,

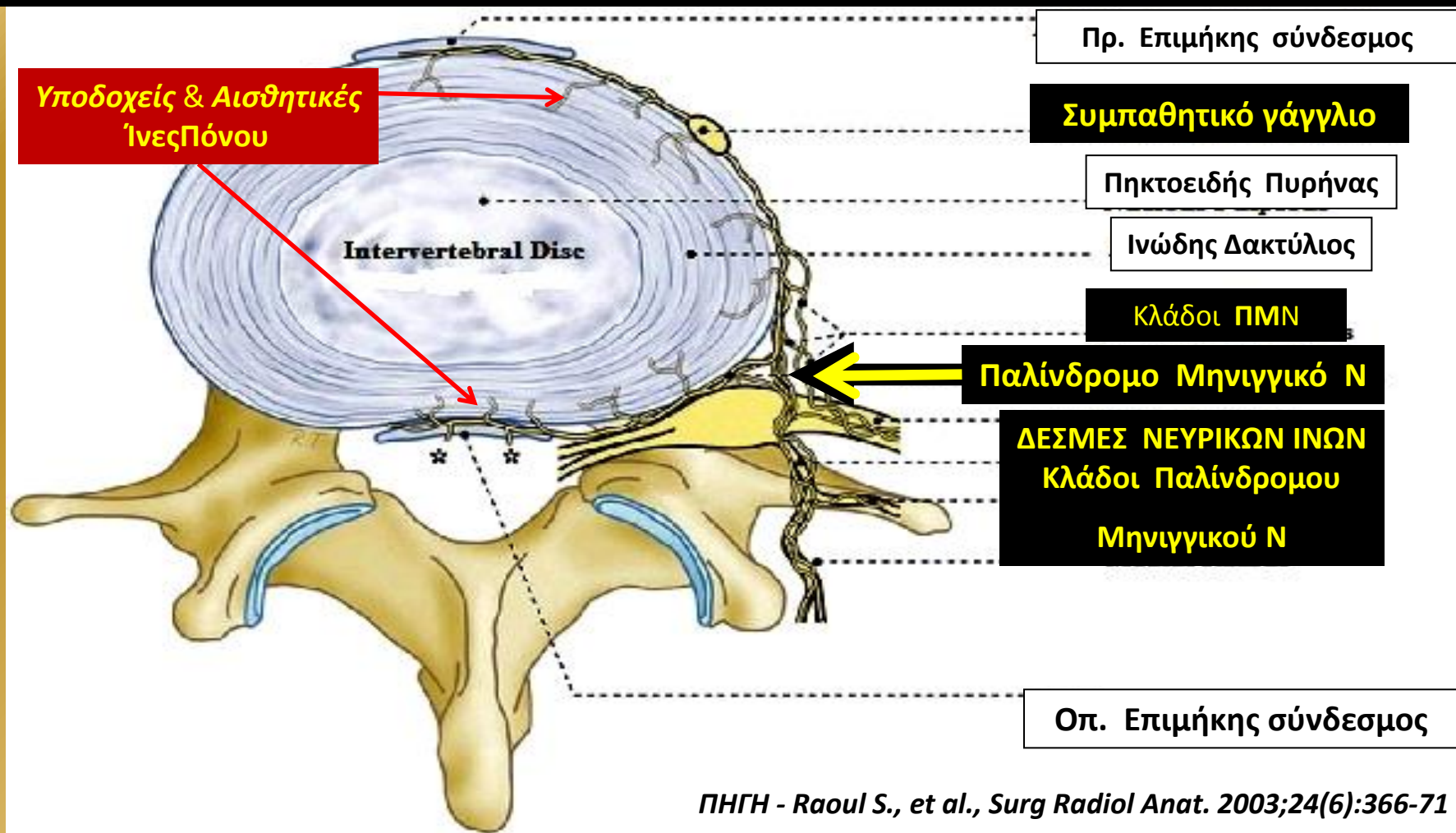
ο ΝΠ Συνιστά **"Πάθηση - Όχι σύμπτωμα"** και ως τέτοια πρέπει να **Αντιμετωπίζεται**



Πηγή: 1. Baron R et al. *Lancet Neurol* 2010; 9: 807–19 ,
2. Max et al. *Clarifying the definition of neuropathic pain. Pain* 2002 96 406 – 407
3. Jensen TS et al. *Translation of symptoms and signs into mechanisms in neuropathic pain. Pain* 2003 102 1 – 8.
4. Luo X PR, Sun SX, Liu GG, Hey L. *Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States. Spine (Phila Pa 1976)* 2004;29(1):79–86.

*Ποιό είναι όμως το υπεύθυνο νεύρο,
που ευθύνεται για το ΝΠ
στη Χρ. Οσφυαλγία;*





Μηνιγγικός κλάδος Νωτιαίων νεύρων - Παλίνδρομο Μηνιγγικό ν. (sinuvertebral)

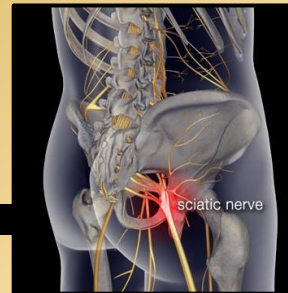
***Η Χρόνια Οσφυαλγία είναι και πρέπει να
θεραπεύεται ως Συνδυασμός Κεντρικού
και Περιφερικού Τύπου ΧΝΠ.***



*Επομένως για την θεραπεία της Χρ. Οσφυαλγίας
χρειάζεται ένα φάρμακο που δρα Κεντρικά και
ένα που δρα Περιφερικά.*



Αίτια Χρόνιας Οσφυαλγίας-Ισχιαλγίας



Ποσοστό $\geq 80\%$ Δεν Υπάρχει Αιτιολογημένη διάγνωση -
Χρόνια Μη Ειδική Οσφυαλγία

40% Χρόνιας μη ειδικής οσφυαλγίας- Αίτια κληρονομικά, 60% συνυπάρχουν Ψυχολογικά αίτια
(Henschke N, Maher CG, Refshauge KM et al.:BMJ 2008; 337: a171)

Από το υπόλοιπο $\sim 20\%$, το 90% αφορά **Μηχανικά αίτια**

Νόσος Εκφυλισμένου Δίσκου (DDD)(«δισκοπάθεια»), Κήλη Μεσοσπονδύλιου Δίσκου, Σπονδυλική Στένωση



Πηγή : - Freburger JK, Holmes GM, Agans RP et al.: Arch. Intern. Med. 2009;169(3): 251–258).

- Balague F, Mannion AF, Pellise F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. Lancet. 2012 Feb 4;379(9814):482–491.

Υλικό & Μέθοδος



- Από **Νοέμβριο 2011 - Νοέμβριο 2014** αντιμετωπίστηκαν **240** ασθενείς
57ασθ ~ 23.8% χρήση Σκευασμάτων Κολλαγόνου
48ασθ ~ 20% Οζονοθεραπεία
45ασθ ~ 18.8% άλλους επαγγελματίες Υγείας (Οστεοπαθλ, Χειροπρακτ/ρες, Βελονιστές)
- Υποεκτίμηση-Παράβλεψη ΝΠ $\geq 40\%$
- $\geq 95\%$ είχαν ήδη υποβληθεί σε άλλοτε άλλη αγωγή.
- Κατά την επίσκεψη ελήφθη πλήρες ιστορικό & απεικονιστικός έλεγχος (Rδ, ΗΜΓ, CT ή/και MRI, ΗΜΓ, Triplex Κοιλιακής Αορτής) όπου κρίθηκε αναγκαίο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά και Κλινικά Χαρακτηριστικά

Φύλο	108 ♂ Α (45%)	132 ♀ Γ (55%)	Σύνολο 240
Πληθυσμός	65% Αγροτικός 156	35% Αστικός 84	> 90% Μικτή Ενασχόληση
Κατανομή Ηλικίας	από 52 – 87 ετών	M.O. 62,3 έτη	
Ένταση Πόνου - Vas	από 6/10 – 9/10	M.O. 8.46 /10	
Ειδικοί Ιατροί	από 4 - 9	M.O. 4.1	
Αριθμός Επιθεμάτων	από 1 - 3	M.O. 1.2	
Διάρκεια Συμπτωμάτων	από 13 - 74 μήνες	M.O. 43 μήνες	
Πρότερη Αγωγή	Φαρμακευτική 100%	Χειρουργική 42 (17.5%)	Φυσικοθεραπεία 75%
Φαρμακευτική Αγωγή	Οπιοειδή 138 (57.5%), Αναλγητικά 96 (40%), ΜΣΑΦ 132 (55%), Μυοχαλαρωτικά 72 (30%), Αντικαταθλιπτικά 60 (25%), Αντιεπιληπτικά 84 (35%)		
Συνοδές παθήσεις	ΑΥ - 153 (63.7%), Στεφανιαία ν - 54 (22.5%) , Οστεοπόρωση - 90 (37.5%), Δυσλιπιδαιμίες, Υπερουριχαιμία, Νεφρική Ανεπάρκεια - 5 (2.1%)		
Προ Εφαρμογής	144 - 60% Τοπικά Αναισθητική Αλοιφή	96 - 40% per os Αναλγητικό	

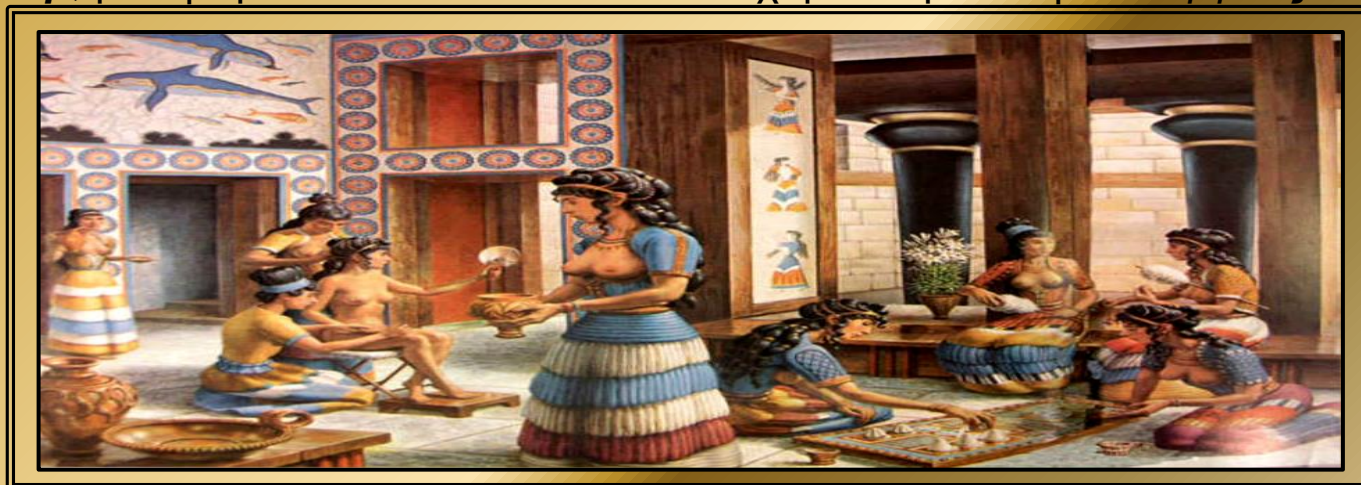
Υλικό & Μέθοδος



- Η εκτίμηση-Διαπίστωση **ΝΠ** των ασθενών βασίστηκε στο ***pain-Detect*** (pD-Q),
score ≥ 21 **$\geq 90\%$ Freyhagen et al, 2006**
- Για την **Φυσική & Κοινωνική δραστηριότητα** χρησιμοποιήθηκε το **SF-12v2 Q**,

Το πλέον Αξιόπιστο, Έγκυρο & Ευρέως διαδεδομένο ερωτηματολόγιο είναι η «Επισκόπηση Υγείας SF-36». *Guyatt et al. 1993, Miguel et al. 2008, Garratt et al. 2002, Keller et al. 1998, Ware et al. 1998, Backonja and Krause Clin J Pain. 2003;19:315-6*

- **Αξιολόγηση Έντασης** πόνου
Οπτική, Αριθμητική, Λειτουργική και Αναλογική Κλίμακα Πόνου, προ εφαρμογής & μετά
Visual Analogue Scale (11 point VAS score)
- **Διάρκεια Εφαρμογής Επιθέματος**
εφαρμόστηκε για ~ **60λ / ΟΜΣΣ** & για ~ **30λ / άκρα**. Επανάληψη Επικόλλησης γινόταν ανά ~ **3μ**, βάση πρωτοκόλλου & όπου δεν είχαμε παράταση Αναλγησίας.



Αίτια χρόνιας Οσφυαλγίας- Ισχιαλγίας (Πίνακας 2)



ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αίτια χρόνιας Οσφυαλγίας - Ισχιαλγίας

1.	Δισκογενή Νόσος Εκφυλισμένου Δίσκου Κήλη Μεσοσπονδύλιου Δίσκου	119	49.6%	49 Α (41.2%)	70 Γ (58.8%)
	Αρθρίτιδα Οπισθ. Σπονδ. Αρθρώσεων (FACET)				
2.	Φλεγμονώδης Σπονδυλαρθρίτιδα	12	5%	5 Α (41.7%)	7 Γ (58.3%)
3.	Σπονδυλική Στένωση	38	15.8%	20 Α (52.6%)	18 Γ (47.4%)
4.	Σπονδυλολίσθηση 1 ^{ου} - 2 ^{ΟΥ}	20	8.3%	10 Α (50%)	10 Γ (50%)
5.	Συνδρ Αποτυχημένου Χειρουργείου ΟΜΣΣ	42	17.5%	19 Α (45.2%)	23 Γ (54.8%)
6.	Χρόνια Μη Ειδική	9	3.8%	5 Α (55.6%)	4 Γ (44.4%)
	ΣΥΝΟΛΟ	240	100%	108 Α (45%)	132 Γ (55%)

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Αλλοδυνία 80%, Διαταραχές Ύπνου(ποιότητα, διάρκεια) **65%**,
Δυσαισθησία 60%, **Παραισθησία 54%**, **Αιμωδίες 44%**,
 Καυσαλγία **42 %**, Υπεραισθησία **40%**, Υπαισθησία **37%**, **Άγχος 35%**,
 Αδυναμία **32%**, Κόπωση **30%**, Κνησμός **9%**.



Αποτελέσματα (Πίνακας 3)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.							
		1 ^η Εφαρμογή	2 ^η Εφαρμογή	3 ^η Εφαρμογή	4 ^η Εφαρμογή	5-6 ^η Εφαρμογή	7-8 ^η Εφαρμογή
	ΠΡΟ	3 μήνες	6 μήνες	9 μήνες	12 μήνες	18 μήνες	24 μήνες
VAS	Ασθενείς	Ασθενείς 240	Ασθενείς 204	Ασθενείς 169	Ασθενείς 144	Ασθενείς 117	Ασθενείς 92
0		12 (5%)	6 (2.9%)	7 (3.4%)	9 (6.25%)	4 (3.4%)	5 (5.4%)
1		18 (7.5%)	6 (2.9%)	8 (3.9%)	9 (6.25%)	13 (11.2%)	7(7.6%)
2		22 (9.2%)	24 (11.8%)	17 (8.3%)	25 (17.4%)	17 (14.5%)	11 (12%)
3		30 (12.5%)	24 (11.8%)	29 (14.2%)	25 (17.4%)	21 (17.9%)	19 (20.7%)
4		32 (13.3%)	36 (17.6%)	40 (19.6%)	32 (22.2%)	29 (24.8%)	25 (27.2%)
5		18 (7.5%)	24 (11.8%)	31 (15.2%)	20 (13.8%)	15 (12.8%)	12 (13%)
6	6 (2.5%)	36 (15%)	36 (17.6%)	37 (18.1%)	24 (16.7%)	18 (15.4%)	13 (14.1%)
7	12 (5%)	48 (20%)	48 (23.6%)	-	-	-	-
8	86 (35.8%)	24 (10%)	ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ 12 (5%) ΔΕΝ ΠΡΟΣΗΛΟΘΑΝ 24 (10%)	ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ 15 (7.4%) ΔΕΝ ΠΡΟΣΗΛΟΘΑΝ 20 (9.8%)	ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ 21 (12.4%) ΔΕΝ ΠΡΟΣΗΛΟΘΑΝ 4 (2.36%)	ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ 24 (16.7%) ΔΕΝ ΠΡΟΣΗΛΟΘΑΝ 3 (2.1%)	ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ 23 (19.7%) ΔΕΝ ΠΡΟΣΗΛΟΘΑΝ 2 (1.7%)
9	136 (56.7%)						
ΜΟ VAS	8.46	4.64	4.61 4.36*	3.94 3.61*	3.51 3.06*	3.49 2.90*	3.52 2.81*
Αποτελέσματα		K+ΠΚ ≥ 47.5%	K+ ΠΚ ≥ 52%	K+ ΠΚ ≥ 56.8%	K+ ΠΚ ≥ 69.5%	K+ ΠΚ ≥ 71.8%	K+ ΠΚ ≥ 72.9%

Αποτελέσματα :

ΜΟ VAS από 8.46 σε 3.52 24Μήνες ΜΕΤΑ
*** Με Παράταση Αναλγησίας ΜΟ VAS από 8.46 σε 2.81 24Μήνες ΜΕΤΑ**
Καλά + Πολύ καλά (VAS 0-4): από 47.5 % 1^η Εφαρμογή σε 72.9% 24Μήνες ΜΕΤΑ

Αποτελέσματα (Πίνακας 4)



ΠΙΝΑΚΑΣ 4.	
VAS	9-12 ^η Εφαρμογή
	36 μήνες
	ΑΣΘ 64
0	4 (6.25%)
1	7 (10.9%)
2	7 (10.9%)
3	13 (20.31%)
4	17 (26.6%)
5	7 (10.93%)
6	9 (14.06%)
7	ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ 27 (29.3%) ΔΕΝ ΠΡΟΣΗΛΟΘΑΝ 1 (1.1%)
8	
9	
MO VAS score	3.39 2.38*
Αποτελέσματα	K+ ΠΚ ≥ 75%



Αισθητή ως Πλήρη Υποχώρηση Συμπτωμάτων σε ποσοστό $\geq 13\%$, μετά την 3^η – 4^η Εφαρμογή.

Παράταση Αναλγησίας Παρατηρήθηκε κατά ΜΟ σε $\geq 32\%$, για $> 6\mu-8\mu$ μετά την 3^η – 4^η Εφαρμογή.

Αποτελέσματα :

Με Παράταση Αναλγησίας ΜΟ VAS από 8.46 σε 3.39 36Μήνες ΜΕΤΑ
Καλά + Πολύ καλά (VAS 0-4): από 47.5 % 1^η Εφαρμογή σε 75% 36Μήνες ΜΕΤΑ

Αποτελέσματα Φυσικής & Κοινωνικής δραστηριότητας SF-12v2 Q (Πίνακας 5)



Πίνακας 5. SF-12v2 Q (12μ)		
	ΜΟ ΠΡΙΝ	ΜΟ ΜΕΤΑ (12 μ)
Σωματική λειτουργικότητα	37.6 +/- 6	86.7 +/- 4
Σωματικός ρόλος	49.5 +/- 3.5	79 +/- 12.2
Σωματικός Πόνος	97.3 +/- 5	51.3 +/- 4
Γενική Υγεία	30.4 +/- 12	42.4 +/- 18
Ζωτικότητα	55.3 +/- 6	87.6 +/- 8
Κοινωνική λειτουργικότητα	62.8 +/- 9	91.3 +/- 9
Συναισθηματικός ρόλος	40 +/- 7	67.9 +/- 9
Ψυχική υγεία	33.6 +/- 23.6	38.3 +/- 15.8
Συνολική φυσική υγεία	52.7 +/- 7.6	68.5 +/- 13.8
Συνολική ψυχική υγεία	53.2 +/- 9	68.9 +/- 10.4

Παρατηρήθηκε Σημαντική Βελτίωση των τιμών τόσο για τη Συνολική Φυσική $\geq 28.3\%$, όσο και την Ψυχική Υγεία $\geq 24.7\%$, των ατόμων που υπεβλήθησαν σε θεραπεία, σε συνδυασμό και με άλλα φάρμακα (κυρίως Νευροληπτικά).

Αποτελέσματα



- Η Βελτίωση ήταν **Παρόμοια Ανεξάρτητα** αιτιολογίας,
- Μείωση Συμπτωμάτων όπως πχ **Αλλοδυνία** στο **50%**,
- **Αύξηση** απόστασης **Βάδισης** $\geq 35\%$,
- Αυτοεξυπηρέτηση – **Ικανότητα** εκτέλεσης καθημερινών **Εργασιών** $\geq 70\%$ ασθ,
- Μείωση ημερήσιας χρήσης φαρμάκων $\geq 58\%$.

ΠΡΟ	Οπιοειδή 57.5% , Αναλγητικά 40% , ΜΣΑΦ 55% , Αντικαταθλιπτικά 25% , Αντιεπιληπτικά 35% , Μυοχ/κά 30%
ΜΕΤΑ	Οπιοειδή 21% , Αναλγητικά 12% , ΜΣΑΦ ▼ -, Αντικαταθλιπτικά 36% , Αντιεπιληπτικά 46% , Μυοχ/κά ▼ -

Ανοχή - Ανεπιθύμητες ενέργειες - Επιπλοκές

100% ασθ **Ανέχθηκαν** πολύ καλά το επίθεμα, χωρίς **καμμία** σοβαρή **Επιπλοκή**.

- ήπια Καυσαλγία ~ **65%**, Ερυθρότητα ~ **80%** (1^η - 2^η εφαρμογή) παρήλθε εντός 24-48ωρών

Μετά



Συμπεράσματα



- Το Δ. Επ. Καψαϊκίνης 8% προσέφερε Αξιόλογη Μείωση Πόνου $\geq 75\%$ ασθ, Ανεξάρτητα από το αρχικό Αίτιο.
↓
 - Αποτελεί μία **Απολύτως Ασφαλή** (ακόμα και σε παθήσεις όπως ΑΕΕ, Στεφανιαία ν., χρήση Αντιπηκτικών κά συννοσηρότητες), **Καλώς Συνδυασμένη** & **Αποτελεσματική λύση** στην αντιμετώπιση του **ΝΠ** της Χρ. Οσφυαλγίας.
 - Προ Ασθενείς που προσήλθαν στις επαναλήψεις, παρουσίασαν **Προοδευτική Μείωση** τόσο της αρχικής επιφάνειας **Έκτασης**, όσο και **Έντασης** του πόνου, άρα και του **Αριθμού επιθεμάτων**.
 - Γία Ειδικά σε επιμονές περιπτώσεις (Διάρκεια ΝΠόνου ≥ 18 μηνών).
5. **Ικανοποίηση** από τη θεραπεία $\geq 70\%$ ασθ.
6. Βελτίωση Ποιότητας Ζωής $\geq 70\%$ ασθ,
(Διάθεσης, Διάρκειας - Ποιότητας Ύπνου, Δραστηριότητες, Κοινωνική & Συναισθηματική συμπεριφορά).
- 60%ασθ Προτρέπει - Προτείνει την αγωγή στον ευρύτερο κύκλο του.



Tips



ΚΩΔΙΚΟΙ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ICD-10 : G63.6, G55.1, R52, R52.1

Φάρμακο 1^{ης} Επιλογής βάση Κατευθυντήριων Οδηγιών & Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων

Βασική Επισήμανση : Πρώιμη & Έγκαιρη Αντιμετώπιση



Η Καλύτερη ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ είναι οι ΙΔΙΟΙ οι ασθενείς, που έχουν ήδη Υποβληθεί σε θεραπεία

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

- Ο **ΝΠ** αντιμετωπίζεται ως **Τυπική πάθηση**, παρότι αναγκάζει τον ασθενή σε **Πολλαπλές Επισκέψεις, Οικονομική Επιβάρυνση & Ταλαιπωρία**.
- Η **Αντιμετώπισή** του αποτελεί **Πρόκληση** για τα συστήματα Υγείας & Απαιτεί **Συνολική προσέγγιση** από **πολυδύναμη** ομάδα θεραπειών.
- Ως **Ιατροί** φέρομαι την **Ευθύνη** για την **Ανακούφιση** από τις συνέπειες του **ΝΠ** έχοντας κατά νου ότι

“Η ανακούφιση από τον πόνο είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα”.

- Η **Αποτελεσματικότητα** του **Δ. Επιθέματος Καψαΐκίνης 8%** έγκειται στο **Τρίπτυχο**

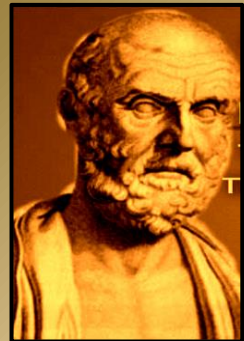
Βαδίζω – Κοιμάμαι – Συναναστρέφομαι

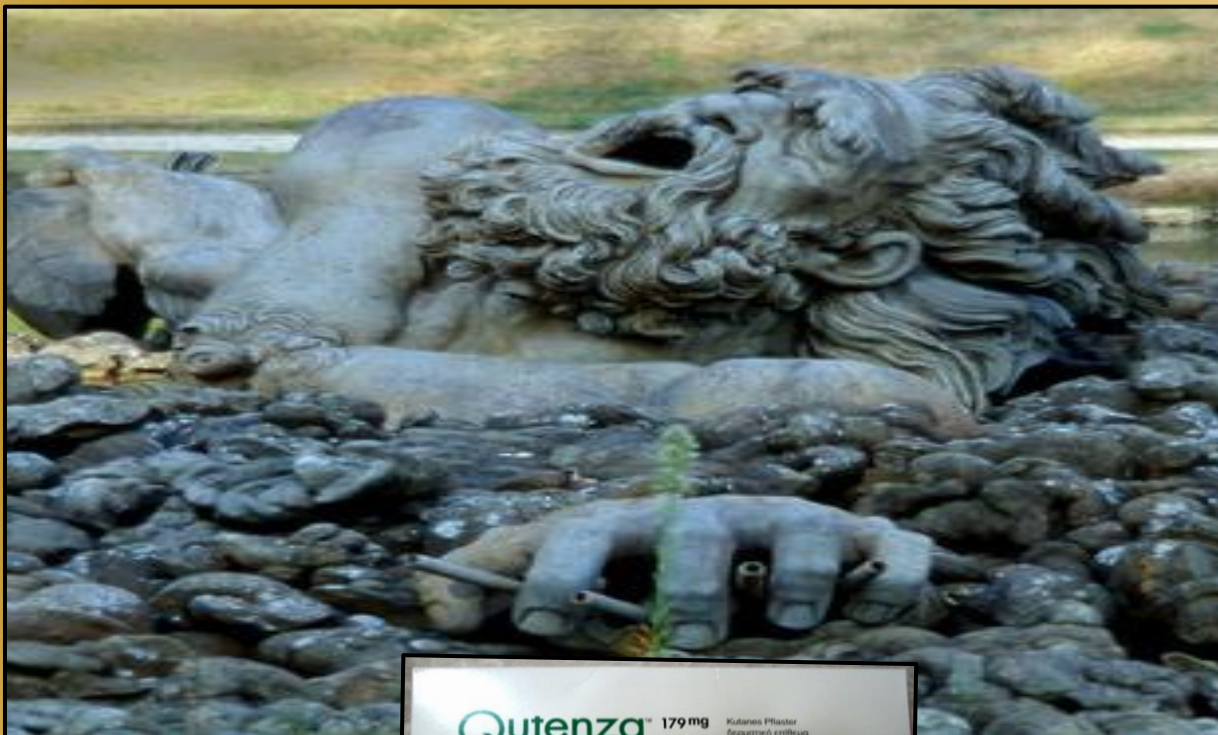
(όπως αναφέρουν άτομα που έχουν ήδη υποβληθεί σε αγωγή)

&

Εν Κατακλείδι για τους «Απίστους»

«TEST IT BUT NOT TASTE IT»





*Ευχαριστώ για την
Υπομονή σας*



GIVE THEM BACK