



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ
ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
(ΦΕΚ 505/ΥΟΔΔ/13.10.2017)

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΩΔΥΝΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ**

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ**

ΙΟΥΛΙΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε.	5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ	6
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΓΟΝΑΤΟΣ, ΙΣΧΥΟΥ, ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ (ΣΣ)	7
ICD10 ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	8
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ	9
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	9
ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	11
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	12

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΠΩΔΥΝΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Βογιατζής Γρηγόρης (Συντονιστής). Αναισθησιολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Πρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας (ΕΑΕ)

Αλεξοπούλου – Βραχνού Ευνομία. Αναισθησιολόγος, Δ/ντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Α.Ν.Α. «ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ», Γεν. Γραμματέας Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α)

Αμμάρι Μιχαήλ. Αναισθησιολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ Αναισθησιολογίας, Επιστ/κός Υπεύθυνος Τμήματος Θεραπείας Πόνου & Ανακουφιστικής Φροντίδας Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

Αναστασίου Εμμανουήλ. Αναισθησιολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Αναισθησιολογικού Τμήματος & Μονάδας Πόνου Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ», Πρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας

Βαγδατλή Κυριακή. Αναισθησιολόγος, Δ/ντρια ΕΣΥ Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Γεν. Γραμματέας Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας

Καραναστάση Χρυσούλα. Αναισθησιολόγος DEAA., Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας (ΕΑΕ)

Κοκκίνης Κυριάκος. Αναισθησιολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Αιγίου, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας

Κουρούκλη Ειρήνη. Αναισθησιολόγος, Δ/ντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Πρόεδρος Μεσογειακού Τμήματος Παγκόσμιου Ινστιτούτου Πόνου (W.I.P.)

Μπατιστάκη Χρυσάνθη. Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Β' Παν. Κλινική Αναισθησιολογίας Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ», Υπεύθυνη Μονάδας Πόνου, Ανακουφιστικής Αγωγής και Κατ' Οίκον Νοσηλείας, ΠΓΝ "Αττικών"

Ντάνου Φωτεινή. Αναισθησιολόγος DEAA, Δ/ντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας (ΕΑΕ)

Σιαφάκα Ιωάννα. Καθ. Αναισθησιολογίας-Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, Δ/ντρια Α' Αναισθ/κής Κλινικής-Κέντρου Θεραπείας Πόνου Παν/κού Νοσ. Αθηνών «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)

Σταυροπούλου Ευμορφία. Αναισθησιολόγος, Δ/ντρια ΕΣΥ Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)

Χρονά Ελένη. Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α' Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Νίκαιας- Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Θηραίος Ελευθέριος. Γενικός Ιατρός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ., Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Μήτρου Παναγιώτα, MD, PhD. Ειδικός Παθολόγος. Συνεργάτις Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

Ποδηματάς Ιωάννης. Φαρμακοποιός. Ειδικός Σύμβουλος Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Κακούτη Φωτεινή

Λεγάντη Μαρία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται σε διαδικασία υλοποίησης μιας μεγάλης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας προς όφελος του Πολίτη. Συγκεκριμένα, σε μία προσπάθεια διασφάλισης της ταχύτερης διάγνωσης, της βέλτιστης θεραπείας, της αποτελεσματικότερης παρακολούθησης των ασθενών αλλά και της πλέον αποδοτικής διαχείρισης των πόρων για την υγεία, έχει προχωρήσει από τον Μάιο του 2017 σε ανασύσταση της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την κατάρτιση και επεξεργασία των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τη δημιουργία μητρώων ασθενών.

Η Επιτροπή αυτή είναι υπεύθυνη για την έγκριση και εφαρμογή των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης στην κλινική πράξη, μέσω της ενσωμάτωσής τους στις ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας. Παράλληλα προωθείται η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων τα οποία θα ενσωματωθούν στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και θα διασυνδεθούν με το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, η ανάπτυξη και ενσωμάτωση στη συνταγογράφηση ενός συνοπτικού ιατρικού ιστορικού, η ανάπτυξη του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή και η δημιουργία Μητρώων Χρονίων Παθήσεων.

Η σύνταξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων βασίστηκε στις εισηγήσεις των αντίστοιχων Επιστημονικών Ομάδων Εργασίας αποτελούμενων από ιατρούς με αποδεδειγμένη εκπαίδευση, εξειδίκευση και εμπειρία στο εκάστοτε γνωστικό αντικείμενο.

Απώτερος στόχος είναι να αποτελέσουν τα εργαλεία αυτά ηλεκτρονικής υγείας ένα χρήσιμο βοήθημα για την εφαρμογή κανόνων ορθής κλινικής πρακτική με στόχο την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας, αλλά και ένα εργαλείο συλλογής μεγάλων δεδομένων (big data) για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με πολιτικές υγείας.

Ευχαριστούμε θερμά όσους εργάστηκαν με συνέπεια, υπευθυνότητα και θυσία του προσωπικού τους χρόνου για την ολοκλήρωση του έργου.

Γιώργος Γιαννόπουλος

Γενικός Γραμματέας Υπουργείου Υγείας

Πρόεδρος της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης,
την ολοκλήρωση των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και
τη δημιουργία μητρώων ασθενών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε

Οι ασθενείς με καρκινική νόσο βιώνουν πόνο σε όλα τα στάδια της νόσου, με συχνότητες επιπολασμού: 25% κατά τη διάγνωση, 33% κατά τη διάρκεια της θεραπείας, 75% σε προχωρημένη νόσο. Η επίπτωση της οσφυαλγίας στο γενικό πληθυσμό αγγίζει το 84%, και στην Ελλάδα περίπου ο ένας στους τρεις ενήλικες (32%) αναφέρει οσφυαλγία στην ημερολογιακή διάρκεια ενός μηνός. Η απουσία από την εργασία λόγω οσφυαλγίας, αγγίζει το 19% στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, με μέση διάρκεια απουσίας από την εργασία 4.5 ημέρες ανά έτος. Η οστεοαρθρίτις αφορά συνήθως μία άρθρωση, συνηθέστερα το γόνατο, και παρουσιάζει συχνότητα 15% σε ηλικίες άνω των 45 ετών και 35% σε ηλικίες άνω των 75 ετών. Η αυχεναλγία παρουσιάζει επίπτωση 30% έως 50% και δυσχεραίνει την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων στο 2% έως 11% των περιπτώσεων. Έχει καταγραφεί ότι, ο νευροπαθητικός πόνος ευθύνεται για το 8% του χρόνιου πόνου στο γενικό πληθυσμό, αλλά επειδή ο καρκινικός πόνος, η χρόνια οσφυαλγία και ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος έχουν νευροπαθητική συνιστώσα που συχνά διαφεύγει της διάγνωσης, τελικά φαίνεται ότι είναι απροσδιόριστη η ακριβής συχνότητα του ΝΠ πόνου.

Συστάθηκαν τρεις υπο-ομάδες εργασίας, μία για κάθε συνιστώσα του χρόνιου πόνου (: Καρκινικός, Νευροπαθητικός, Μυοσκελετικός) και συντάχθηκαν 11 συνολικά πρωτόκολλα που αφορούν τα εξής επιμέρους επώδυνα σύνδρομα: (1) Χρόνιος πόνος καρκινοπαθούς, (2) Μεθερπητική νευραλγία, (3) Επώδυνη περιφερική διαβητική νευροπάθεια, (4) Χρόνια οσφυαλγία με νευροπαθητικά στοιχεία, (5) Χρόνιος μετεγχειρητικός νευροπαθητικός πόνος, (6) Νευροπαθητικός πόνος καρκινοπαθούς, (7) Νευροπαθητικός πόνος μετά χημειοθεραπεία, (8) Κεντρικός νευροπαθητικός πόνος, (9) Αυχεναλγία, (10) Οσφυαλγία, (11) Οστεοαρθρίτιδα γόνατος, ισχίου & σπονδυλικής στήλης.

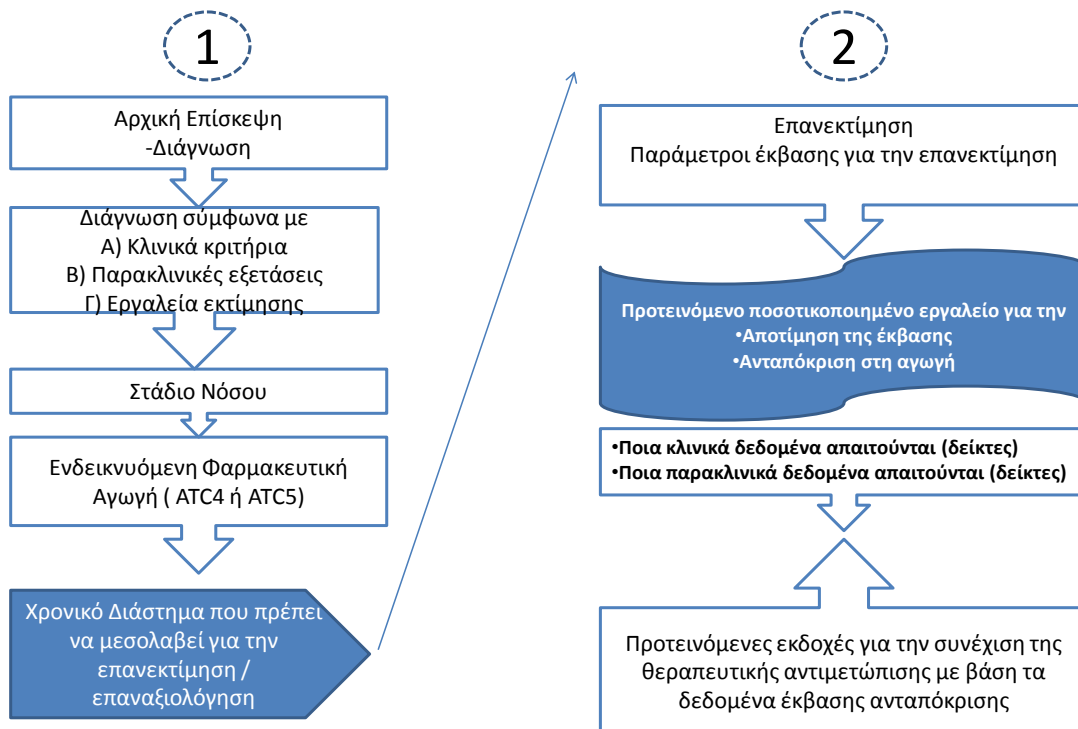
Η σύνταξη των πρωτοκόλλων αυτών στηρίχθηκε στις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες των εξής επιστημονικών εταιρειών: World Health Organization, National Institute for Health and Care Excellence, American Society of Clinical Oncology, European Association for Palliative Care, European Federation of Neurological Societies, International Association for the Study of Pain, German Society for Neurology, Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, American Pain Society, American Physical Therapy Association, British Pain Society.

Η Ομάδα Εργασίας επεξεργάστηκε όλες τις παραμέτρους οι οποίες αφορούν την διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των συχνότερων επώδυνων συνδρόμων στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων, σύμφωνα με το σύνολο των χαρακτηριστικών που απαρτίζουν την έννοια της «Ποιότητας» στις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδων υγείας, δηλαδή με «Ασφάλεια» να προσφέρεται «Ασθενοκεντρική», «Αποτελεσματική», «Έγκαιρη» και –πάνω από όλα– «Δίκαιη» (χωρίς γεωγραφικές ή κοινωνικο-οικονομικές εξαιρέσεις) Αναλγησία, που ταυτόχρονα να είναι «Αποδοτική» (ως προς το κόστος) για το Σύστημα Υγείας.

Γρηγόριος Σ. Βογιατζής
Συντονιστής της Ομάδας Εργασίας

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΓΟΝΑΤΟΣ, ΙΣΧΥΟΥ, ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ (ΣΣ)

ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ICD10 - ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

- M15.9 Πολυαρθροπάθεια μη καθορισμένη
- M48.9 Σπονδυλαρθρίτιδα,μη καθορισμένη
- M47 Σπονδυλαρθρίτιδα
- M17 Εκφυλιστική αρθρίτιδα του γόνατος [γονάρθρωση]
- M17.1 Άλλες μορφές αρθροπάθειας του γόνατος
Πρωτοπαθής αρθροπάθεια του γόνατος: MKA
Ετερόπλευρη
- M17.9 Αρθροπάθεια του γόνατος, μη καθορισμένη
- M16.1 Άλλες μορφές πρωτοπαθούς αρθροπάθειας του ισχίου
Πρωτοπαθής αρθροπάθεια του ισχίου: MKA
Ετερόπλευρη
- M16.6 Άλλη δευτεροπαθής αρθροπάθεια του ισχίου, αμφοτερόπλευρη
- M16.7 Άλλη δευτεροπαθής αρθροπάθεια του ισχίου
Δευτεροπαθής αρθροπάθεια του ισχίου: MKA
Ετερόπλευρη
- M12.5 Τραυματική αρθροπάθεια
Εξαιρούνται: μετατραυματικές αρθροπάθειες:
MKA (M19.1)
της πρώτης καρπομετακάρπιας άρθρωσης (M18.2 - M18.3)
του ισχίου (M16.4 - M16.5)
του γόνατος (M17.2 - M17.3)
άλλων απλών αρθρώσεων (M19.1)
- M48.5 Συμπιεστικό κατάγμα των σπονδύλων, που δεν ταξινομείται αλλού
Συμπίεση σπονδύλου, MKA
Σφηνοειδής παραμόρφωση σπονδύλου, MKA
Εξαιρούνται: συμπιεστικά κατάγματα των σπονδύλων στην οστεοπόρωση (M80)
και σε περιπτώσεις πρόσφατου τραυματισμού - βλέπε τραυματισμό σπονδυλικής
στήλης κατά περιοχή σώματος
- M43 Άλλες παραμορφωτικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης
- M43.2 Άλλη συνένωση της σπονδυλικής στήλης
Αγκύλωση των σπονδυλικών αρθρώσεων
Εξαιρούνται: αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα (M45), αρθροδεσία (Z98.1),
ψευδάρθρωση μετά από χειρουργική συνένωση ή αρθροδεσία (M96.0)
- M53 Άλλες παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, που δεν ταξινομούνται αλλού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οστεοαρθρίτις είναι μία χρόνια νόσος των αρθρώσεων που συνοδεύεται από σημαντικό βαθμό έκπτωση στη λειτουργικότητα και την φυσική δραστηριότητα με αποτέλεσμα τη σοβαρή επίπτωση στη ποιότητα της ζωής. Αφορά συνήθως μία άρθρωση, και συνηθέστερα το γόνατο (15-35% σε ηλικίες >45 και >75 ετών αντίστοιχα), αλλά μπορεί να αφορά και δύο ή περισσότερες (γόνατα, ισχία, χέρια) αλλά και την σπονδυλική στήλη (εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια). Η παθολογία της οστεοαρθρίτιδας συνίσταται στην σταδιακή καταστροφή του χόνδρου, την αλλαγή της ανατομίας της άρθρωσης και συνοδό φλεγμονή τοπικά.

Παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση της οστεοαρθρίτιδας είναι η ηλικία, η παχυσαρκία, η έλλειψη άσκησης, η γενετική προδιάθεση, οι επαγγελματικές κακώσεις το τραύμα και το φύλο. Εκτιμάται ότι >15% των ατόμων ηλικίας >60 ετών, κυρίως γυναίκες, πάσχουν από συμπτωματική οστεοαρθρίτιδα με αποτέλεσμα αυξημένο κόστος υποστήριξης, θεραπείας και λειτουργικής αποκατάστασης για τα άτομα αυτά.

Η αρχική διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας γίνεται με την φυσική εξέταση και οι απεικονιστικές μέθοδοι (α/α, MRI) θεωρούνται απαραίτητες μόνο σε περίπτωση ανάγκης για διαφοροδιάγνωση (σηπτική αρθρίτιδα, φλεγμονώδεις αυτοάνοσοι αρθρίτιδες, οστικός πόνος). Η αξιοπιστία και η ευαισθησία των απεικονιστικών μεθόδων είναι περιορισμένη. Πολύ συχνά δεν υπάρχει εμφανής σχέση ανάμεσα στα ακτινογραφικά ευρήματα και τα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας. Μικρές ακτινολογικές βλάβες μπορεί να συνδέονται με έντονο πόνο και αντίθετα σοβαρές ακτινολογικές βλάβες να συνοδεύονται από ελάχιστα συμπτώματα.

Τα κύρια συμπτώματα είναι πόνος, δυσκαμψία, διόγκωση και παραμόρφωση της άρθρωσης σε προχωρημένα στάδια. Ο πόνος αρχικά εμφανίζεται κατά την κίνηση και την κούραση, σε προχωρημένα όμως στάδια είναι μόνιμος και υπάρχει ακόμα και στην ανάπαυση. Η δυσκαμψία είναι κυρίως μετά από ακινησία της άρθρωσης (το πρωί κατά την έγερση από το κρεβάτι) και υποχωρεί μετά από λίγα λεπτά (<30min). Δεν έχουν καθοριστεί βιοχημικοί δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη.

Ο πόνος είναι ένα σύμπλοκο βιο-ψυχο-κοινωνικό πρόβλημα και συνδέεται με διαταραχές ύπνου και διάθεσης. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας είναι φαρμακευτική, μη φαρμακευτική και χειρουργική. Στο συγκεκριμένο πρωτόκολλο θα αναφερθούμε στις μη χειρουργικές φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα φτάνουν στα ιατρεία πόνου διαγνωσμένοι. Τουλάχιστον αυτή είναι η αρχή της αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου. Για τους ασθενείς αυτούς ισχύουν οι γενικές αρχές που περιγράφονται για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου.

Για ασθενείς που φτάνουν για πρώτη διερεύνηση οστεοαρθρίτιδας τα βήματα είναι τα εξής.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Θεωρείται πιθανή η διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας σε ασθενή:
>45 ετών, που παρουσιάζει
ΚΑΙ αρθρικό πόνο συσχετιζόμενο με την κίνηση
ΚΑΙ χωρίς ή με πρωινή δυσκαμψία που διαρκεί <30min.

Οι απεικονιστικές μέθοδοι δεν κρίνονται απαραίτητες σε τυπικές μορφές οστεοαρθρίτιδας. Μόνο σε μη τυπικές εκδηλώσεις, και για την ανάγκη διαφορικής διάγνωσης, κρίνονται απαραίτητες (EULAR recommendations 2017).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Σημαντική είναι η κατανόηση εκ μέρους του ασθενούς ότι υπάρχει σοβαρή ανάγκη για:

- αλλαγή στον τρόπο ζωής
- απώλεια βάρους
- υιοθέτηση κατάλληλων υποδημάτων
- ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών της άρθρωσης
- φυσικοθεραπεία & σωματική άσκηση

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

1. Αναλγητικά από του στόματος:

Παρακεταμόλη σε τακτική ημερήσια βάση (2-3gr /24 ώρες, δόση ανά 6 ή 8 ώρες) **ή/και τοπικά εφαρμοζόμενα αναλγητικά:** ΜΣΑΦ, καψαϊκίνη.

2. Όταν η αγωγή αποτύχει ή είναι μερικώς αποτελεσματική **προστίθενται ΜΣΑΦ (μη εκλεκτικοί αποκλειστές COX1 & 2 και κοξίμπες).**

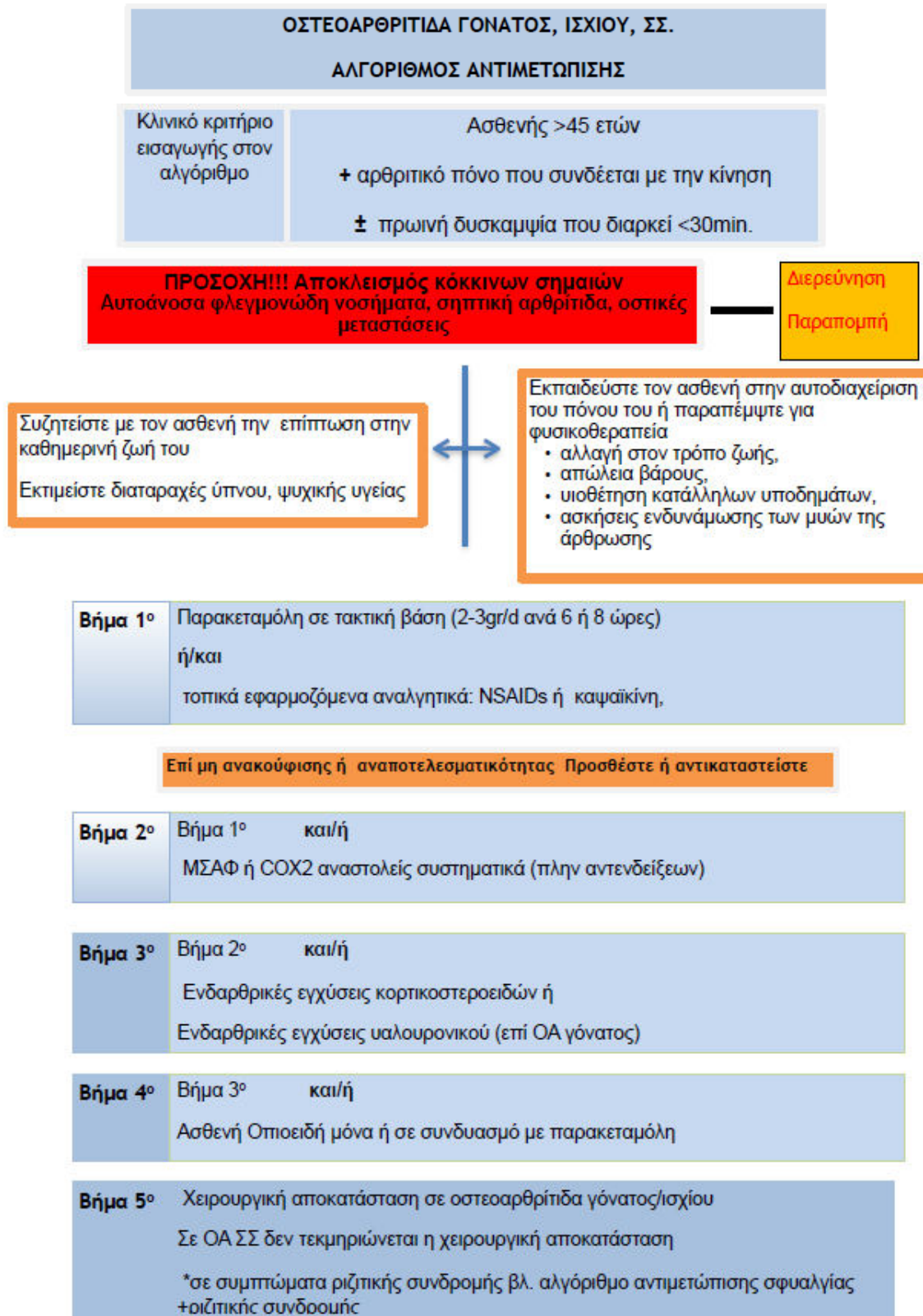
- Τα ΜΣΑΦ μπορούν είτε να αντικαταστήσουν πλήρως την αγωγή με παρακεταμόλη ή να προστεθούν σε αυτήν
- ΜΣΑΦ και COX2 αναστολείς θεωρείται ότι έχουν παρόμοιο αναλγητικό αποτέλεσμα. Θα πρέπει να συνεκτιμώνται η ηλικία και συνυπάρχοντα νοσήματα του ασθενούς (καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό, ηπατική και νεφρική λειτουργία)
- ΜΣΑΦ πρέπει να χορηγούνται στην χαμηλότερη αποτελεσματική δόση και για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα (έως 15 ημέρες). Απαιτείται τακτική επανεκτίμηση της αναγκαιότητας και της αποτελεσματικότητας λήψης τους, κλινική επανεκτίμηση του ασθενούς, παρακολούθηση των ανεπιθύμητων ενεργειών
- Γαστροπροστασία συστήνεται επί ενδείξεων και όταν κρίνεται απαραίτητο
- Όταν ο ασθενής λαμβάνει χαμηλή δόση ασπιρίνης, τότε η χρήση των ΜΣΑΦ/COX2 αναστολέων συστήνεται ως 3^η ή 4^η επιλογή

3. Η **ενδοαρθρική έγχυση κορτικοστεροειδών** θεωρείται αποτελεσματική για την ανακούφιση μετρίου ή ισχυρού πόνου. **Ενδοαρθρική έγχυση υαλουρονικού** θεωρείται αποτελεσματική στην άρθρωση του γόνατος δεδομένου και του μικρού κινδύνου. Για τις άλλες αρθρώσεις τα στοιχεία δεν επαρκούν για να υποστηρίξουν την χρήση της.

4. **Οπιοειδή** σε χρόνια χρήση **ΔΕΝ συνιστώνται**. Για μικρό διάστημα (<4 εβδομάδες) και για την ανακούφιση του οξέως πόνου, συστήνονται ασθενή οπιοειδή (κωδεΐνη, τραμαδόλη) και οι συδυασμοί τους με παρακεταμόλη (lonalgal, zaldiar).

- 4.1. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορ-επινεφρίνης και ειδικότερα η ντουλοξετίνη δεν έχουν ισχυρή τεκμηρίωση για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας γόνατος-ισχίου.
- 4.2. Όταν συνυπάρχει νευροπαθητικό στοιχείο, τότε πρέπει να ακολουθείτε συγκεκριμένο πρωτόκολλο (βλέπε Πρωτόκολλο Νευροπαθητικού Πόνου).
5. Όταν παραμένουν τα συμπτώματα και η νόσος εξελίσσεται, τότε η χειρουργική αποκατάσταση των αρθρώσεων γόνατος ή ισχίου θεωρείται η μοναδική θεραπεία.
 - 5.1. Όταν συνυπάρχουν συμπτώματα ριζιτικής συνδρομής τότε πρέπει να ακολουθείτε ο αλγόριθμος «Οσφυαλγία & Ριζιτική συνδρομή».

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. National Clinical Guideline Centre (UK). Osteoarthritis: Care and Management in Adults. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Guidance; 2014
2. Richette P, et al. Safety and efficacy of paracetamol and NSAIDs in osteoarthritis: Which drug to recommend? *Expert Opinion on Drug Safety* 2015; 14: 1-10
3. Babatunde OO, et al. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One* 2017; 12: e0178621
4. Bruyere O. Cooper C. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally. A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum* 2014; 44: 253-63
5. G Sakellariou, PG Conaghan, W Zhang, JWJ Bijlsma, P Boyesen, M A D'Agostino, M Doherty, D Fodor, M Kloppenburg, F Miese, E Naredo, M Porcheret, A Iagnocco. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 1484-94