

3<sup>ο</sup>

# Πανελλήνιο Θερινό Συμπόσιο Μυοσκελετικής Υγείας

Διαδραστική συζήτηση περιστατικών



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ  
ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

15-18 Ιουνίου 2023  
Ξενοδοχείο Valis, Βόλος

[www.epemy.gr](http://www.epemy.gr)



## 4η ΣΥΝΕΔΡΙΑ «Ασθενής με εντοπισμένο πόνο στην ΟΜΣΣ» «Αντιμετώπιση στο ιατρείο πόνου: φάρμακα»

Γεωργία Μίχα MD, MSc, PhD

Εκλ. Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας,  
Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας,  
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων



**CONFLICT  
OF  
INTEREST**

**None Declared**



01

Παρουσίαση περιστατικού

02

Κατευθυντήριες οδηγίες

03

Διαχείριση περιστατικού

# ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ



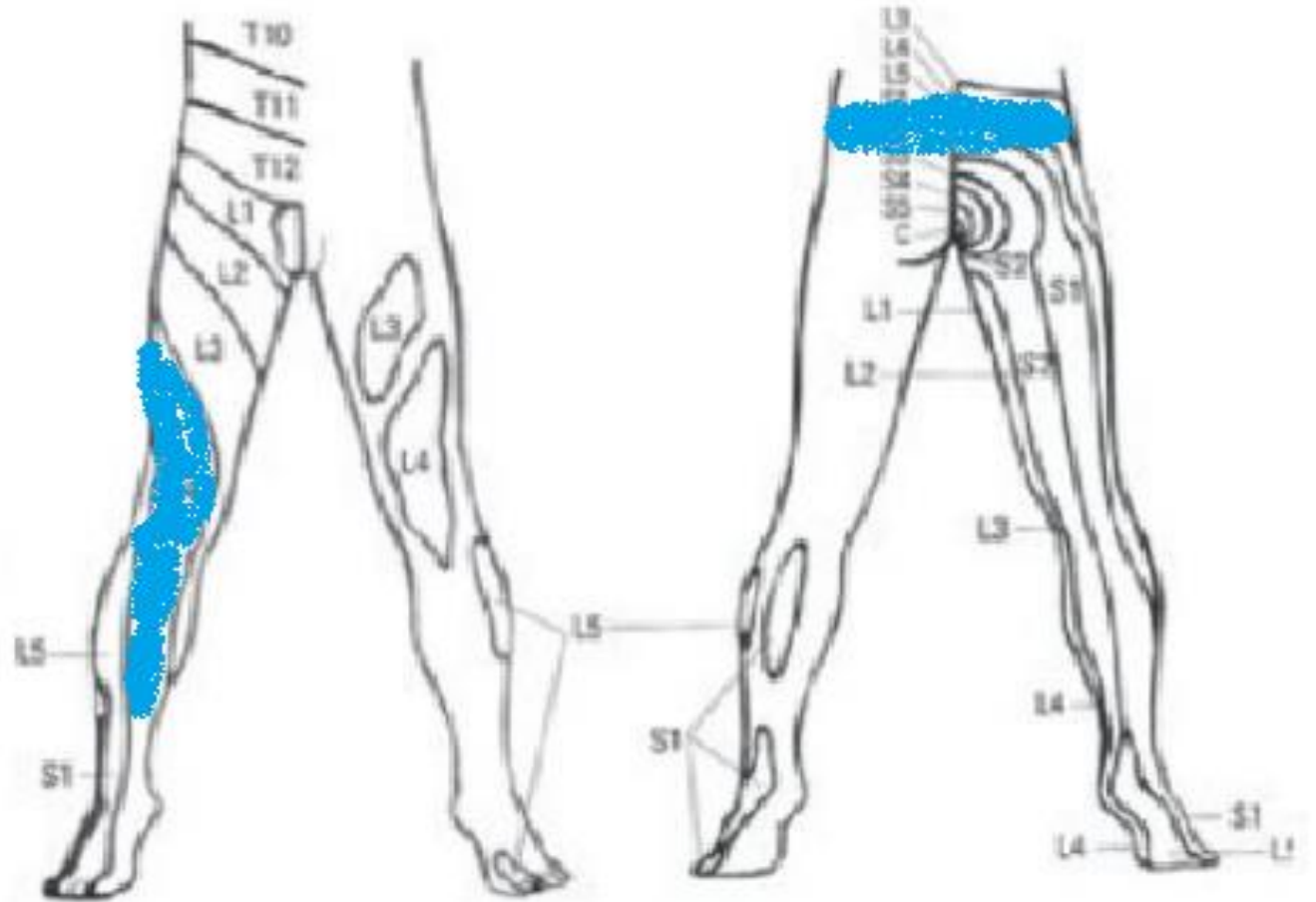
01

## Παρουσίαση περιστατικού

- Ασθενής άντρας 40 ετών
- Παραπομπή στο Ιατρείο Πόνου από ρευματολόγο όπου παρακολουθείται από ετους λόγω αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας (ΑΣ)
- Αναφέρει έναρξη της συμπτωματολογίας προ 4μήνου υπό αγωγή με παρακεταμόλη 3gr ημερησίως + περιστασιακή λήψη ΜΣΑΦ
- Από μηνός + ισχιαλγία
- Ατομικό ιστορικό: ΑΣ

## Κλινική εξέταση

- Άλγος εντοπισμένο στην οσφύ
- Από μηνός ισχιαλγία στο ΔΕ κάτω άκρο, (NPRS=10/10) σαν ηλεκτρικό ρεύμα διάρκειας μιας εβδομάδας, έκτοτε υπαισθησία στην κατανομή O4-5
- Ένταση NPRS 9/10 στην κίνηση, NPRS 5/10 στην ύπτια θέση
- Ύφεση συμπτωμάτων στην πλάγια κατεκκλιμένη θέση NPRS 3/10
- Επίταση συμπτωμάτων στην καθιστή θέση



Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το ερωτηματολόγιο σημειώνοντας με X μια απάντηση για κάθε σημείο στις 4 παρακάτω ερωτήσεις:

## Κλινική εξέταση

- Άλγος εντοπισμένο στην οσφύ
- Από μηνός ισχιαλγία στο ΔΕ κάτω άκρο, (NPRS=10/10) σαν ηλεκτρικό ρεύμα διάρκειας μιας εβδομάδας, έκτοτε υπαισθησία στην κατανομή Ο4-5
- Ένταση NPRS 9/10 στην κίνηση, NPRS 5/10 στην ύπτια θέση
- Ύφεση συμπτωμάτων στην πλάγια κατεκεκλιμένη θέση NPRS 3/10
- Επίταση συμπτωμάτων στην καθιστή θέση
- Χαρακτήρες πόνου:  
Νευροπαθητικά στοιχεία με DN4 7/10

### ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ερώτηση 1: Ο πόνος παρουσιάζει ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1 - Κάψιμο	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Επώδυνη αίσθηση κρύου σαν να παγώνει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Σαν ηλεκτρικό ρεύμα	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ερώτηση 2: Ο πόνος συνδυάζεται στην ίδια περιοχή με ένα ή περισσότερα από τα εξής συμπτώματα;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4 - Μυρμήγκιασμα	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Βελονιές και τοιπήματα	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Μούδιασμα	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Φαγούρα	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ερώτηση 3: Ο πόνος εντοπίζεται σε περιοχή στην οποία η εξέταση διαπιστώνει ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά;

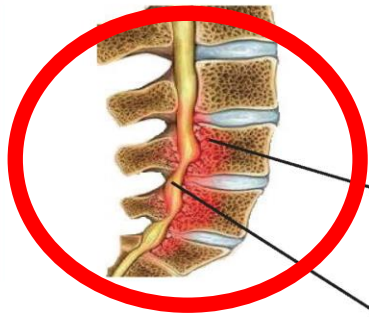
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8 - Υπαισθησία αφής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Υπαισθησία νύξης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ερώτηση 4: Ο πόνος προκαλείται ή εντείνεται από:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10 - Τρίψιμο ή χάιδεμα	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

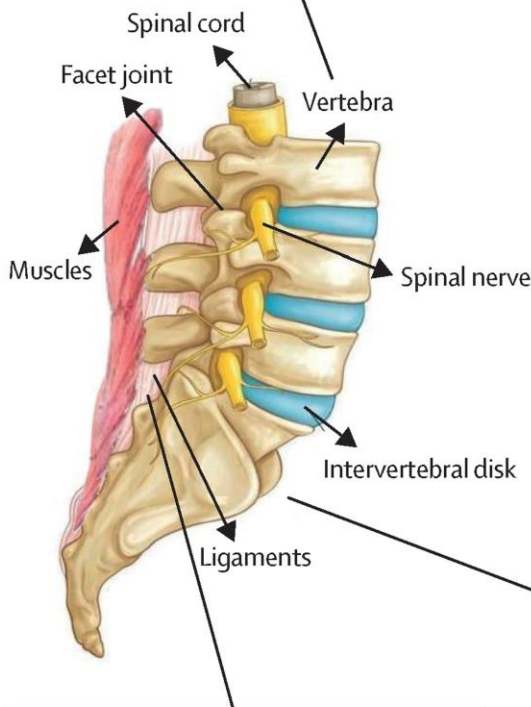


- Vertebrogenic pain can arise from compression fractures, microfractures, and endplate degeneration
- Treatments targeting the vertebral body nerve supply have shown effectiveness in preliminary studies
- Presentation and affected levels are similar to discogenic low back pain



- In contrast to facet joint pain and sacroiliac joint pain, discogenic pain is more likely to be bilateral or symmetrical in nature

- Spinal stenosis can be caused by bulging or protruding discs, hypertrophy of facet joints, epidural lipomatosis, or ligamentum flavum buckling or hypertrophy
- Spinal stenosis can be subclassified as central, foraminal, or affecting the lateral recesses
- More than 50% of people with spinal stenosis could be asymptomatic



- Foraminal stenosis relates to a neuroforaminal diameter of  $<3$  mm

- The most common causes of radicular pain are herniated nucleus pulposus (mechanical and chemical irritation) and spinal stenosis (chronic nerve root compression or ischaemia)



- Pathoanatomic relationship between patients' perceived cause of back pain and actual cause is often unclear

- Muscles, fascia, and ligaments could be a source of low back pain
- Myofascial pain is often categorised as non-specific



- Zygapophyseal (facet) joints are susceptible to osteoarthritic changes
- Disc degeneration (without pain) typically precedes and can accelerate facet joint arthropathy
- The pain referral patterns for zygapophyseal joint and discogenic pain are variable, depending on the level or levels affected and the magnitude of the stimulus

Φαρμακευτική αντιμετώπιση





**Table 5** Evidence table—chronic low back pain recommendations by guideline

	ACP [67]	DHA [72]	GSCI [61]	ICSI [69]	KCE [70]	NASS [27]	NICE [71]	TOP [73]	VA/DoD [68]
Acetaminophen			Green		Red		Red	Green	Red
Antibiotics					Red		Yellow	Red	
Anticonvulsants			Yellow		Yellow	Yellow	Yellow		Yellow
Antidepressants	Green		Green		Red	Red	Red	Green	Green
Benzodiazepines			Red						Red
NSAIDs	Green		Green		Green	Green	Green	Green	Green
Opioids	Green		Green		Red	Yellow	Red	Yellow	Red
Oral Steroids	Yellow					Red			Red
Skeletal Muscle Relaxants			Yellow		Red		Red	Green	Red
Atypical Opioids (Tramadol)	Green							Green	

Green = Recommended for, Yellow = inconclusive, Red= Recommended against, Gray = not reviewed

ACP, American College of Physicians; DHA, Danish Health Authority; GSCI, Global Spine Care Initiative; ICSI,

Institute of Clinical Systems Improvement; KCE, Belgian Health Care Knowledge Centre; NASS, North American

Spine Society; NGC, National Guideline Centre; NICE, National Institute for Health and Care Excellence; NSAIDs,

Non-steroidal anti-inflammatory drugs; TOP, Toward Optimized Practice; VA/DoD, Veterans Affairs/Department

of Defense

Price et al. Chir Man Ther 2022;30:26



# Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Timothy J. Wilt, MD, MPH; Robert M. McLean, MD; and Mary Ann Forciea, MD; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians\*

**Recommendation 3:** *In patients with chronic low back pain who have had an inadequate response to nonpharmacologic therapy, clinicians and patients should consider pharmacologic treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs as first-line therapy, or tramadol or duloxetine as second-line therapy. Clinicians should only consider opioids as an option in patients who have failed the aforementioned treatments and only if the potential benefits outweigh the risks for individual patients and after a discussion of known risks and realistic benefits with patients. (Grade: weak recommendation, moderate-quality evidence)*

# Κατηγορίες φαρμάκων



01

Παρακεταμόλη, ΜΣΑΦ, κορτικοστεροειδή

02

Αντιεπιληπτικά/αντικαταθλιπτικά

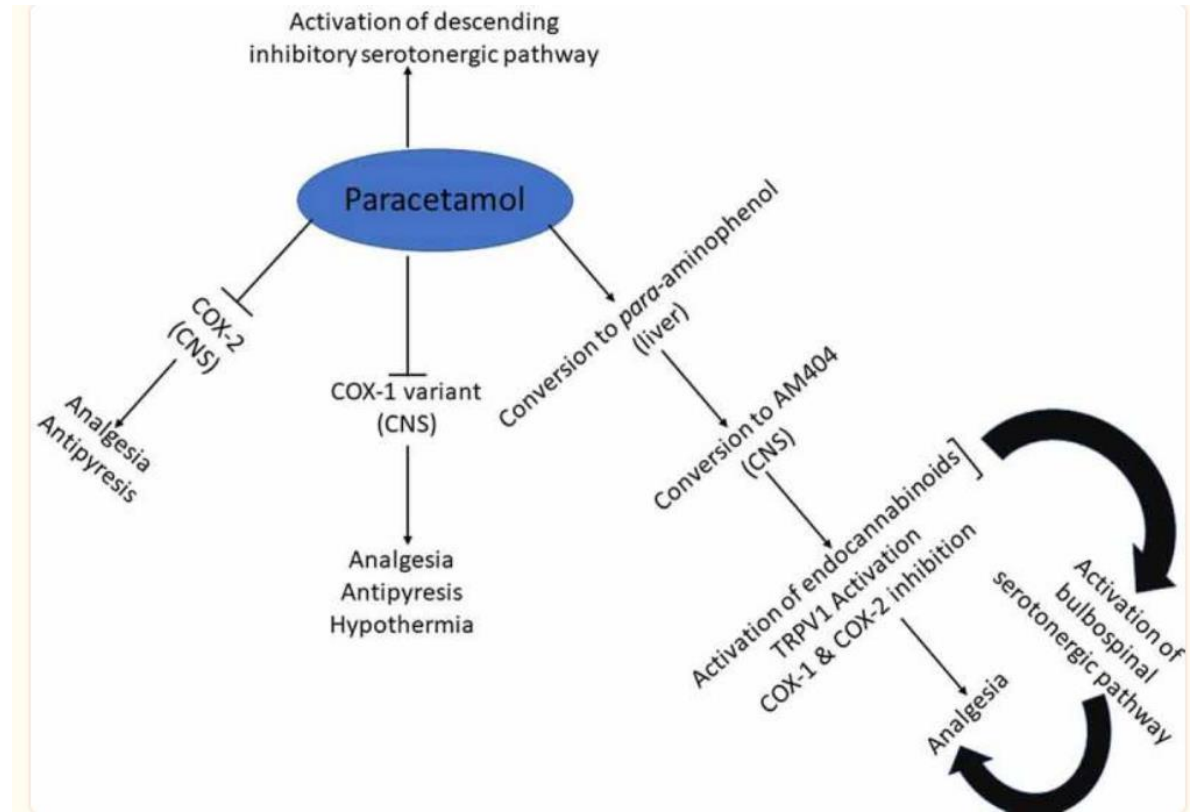
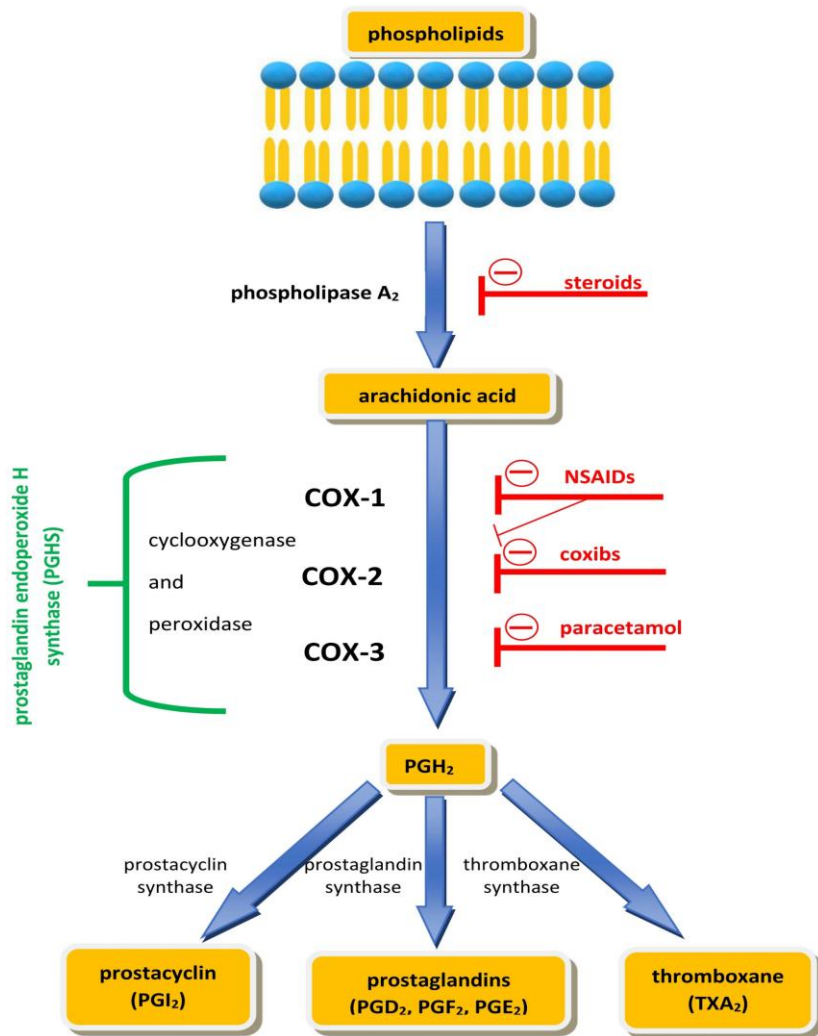
03

Οπιοειδή

04

Λοιποί παράγοντες

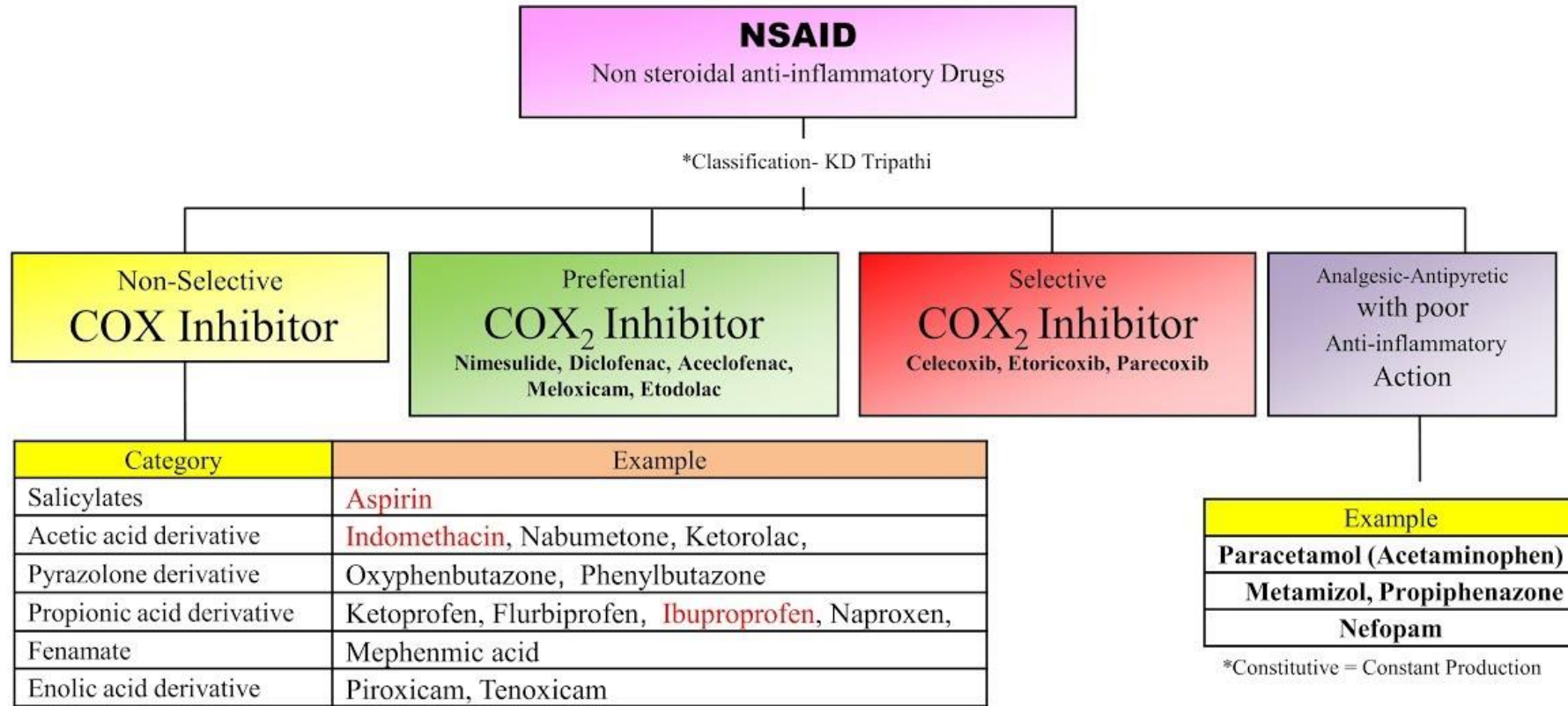
# 01 Παρακεταμόλη



- Δεν έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά της στην αντιμετώπιση της ΧΟ συγκρινόμενη με placebo ή ΜΣΑΦ
- Προτείνεται ως φάρμακο πρώτης γραμμής στην ΧΟ λόγω της μικρής συχνότητας ΑΕ
- Προτείνεται ως συμπληρωματικό φάρμακο στο πολυδύναμο σχήμα ειδικά όταν χορηγούνται οπιοειδή
- Δόση: 4 gr/ημέρα



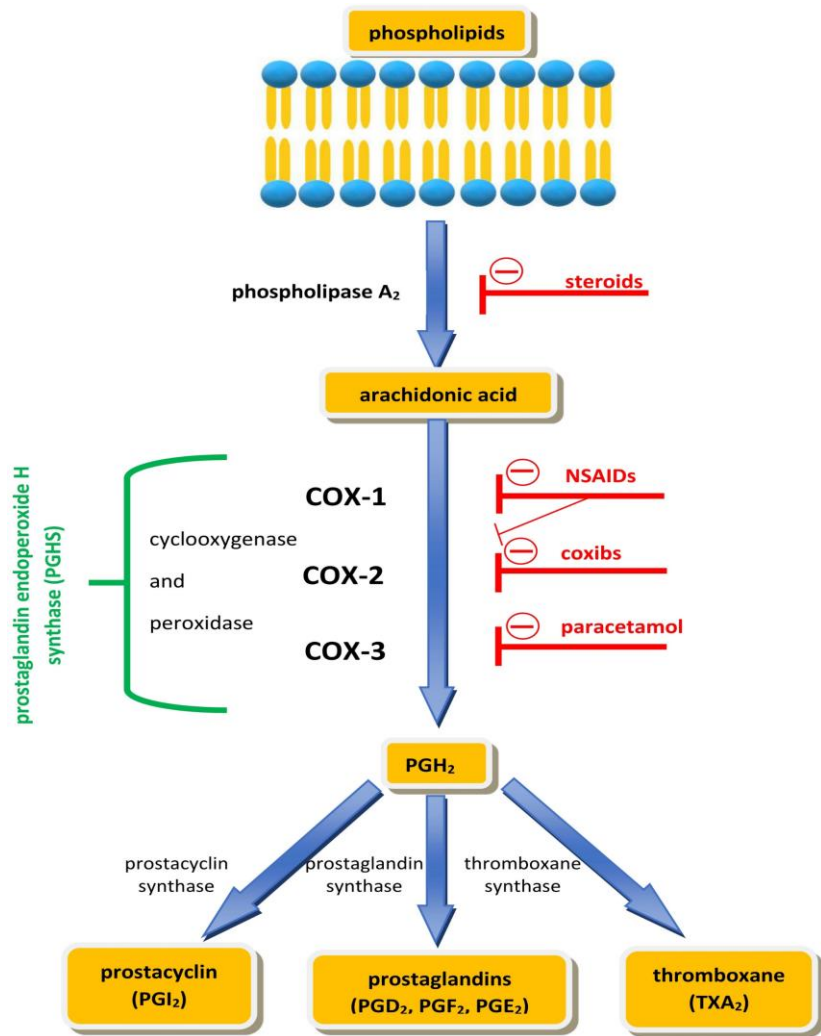
# 01 ΜΣΑΦ



**Key Point (Solution)** - As name Indicate **NSAIDs** are those agents which are used to get relief from pain, inflammation and fever. And as per the COX pathway we understand that **COX-1** and **COX-2** ultimately form **prostaglandin** which initiates perception of pain and inflammation. So anyhow if we block or inhibit the synthesis of PG we may reduce pain and inflammation. Although **COX-1** is constitutive in nature thus it always get secreted without induction of injury and called as a house keeper so it's better to inhibit **COX-2** rather than **COX-1**.

<https://www.youtube.com/c/SOLUTIONpushpendra>  
Visit and subscribe Solution's YouTube channel, Exclusively for Experiment related videos.

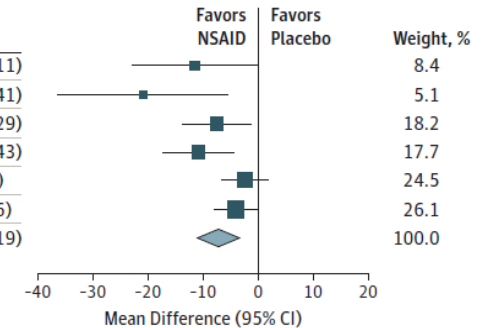
# 01 ΜΣΑΦ



- Αποτελούν φάρμακα πρώτης γραμμής στη διαχείριση της ΧΟ
- Μειώνουν την ένταση του πόνου σε σχέση με placebo
- Βελτιώνουν τη λειτουργικότητα
- Δεν υπάρχει συγκεκριμένη σύσταση για τη διάρκεια χορήγησης: το μικρότερο δυνατό διάστημα λόγω ΑΕ (ΓΕΣ, καρδιαγγειακό, νεφροί)

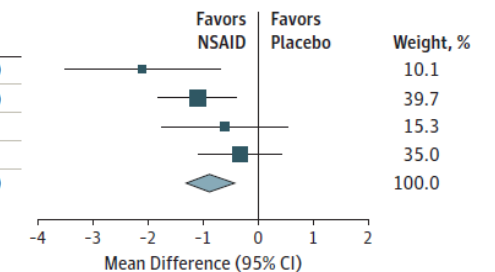
**A** Mean change in pain intensity from baseline on 100-mm visual analog scale<sup>a</sup>

Source	NSAID		Placebo		Mean Difference (95% CI) <sup>b</sup>
	Total No. of Participants	Mean (SD)	Total No. of Participants	Mean (SD)	
Allegrini, 2009	60	-28 (31.7)	59	-16.5 (31.7)	-11.50 (-22.89 to -0.11)
Berry, 1982	37	-11.5 (34)	37	9.4 (34)	-20.90 (-36.39 to -5.41)
Birbara, 2003	107	-7.5 (23.3)	109	0 (23.3)	-7.50 (-13.71 to -1.29)
Coats, 2004	148	-41.9 (27.7)	143	-31.1 (27.7)	-10.80 (-17.17 to -4.43)
Katz, 2011	88	-2.4 (11.6)	41	0 (11.6)	-2.40 (-6.70 to 1.90)
Kivitz, 2013	295	-4.1 (22.3)	230	0 (22.3)	-4.10 (-7.94 to -0.26)
Total	735		619		-6.97 (-10.74 to -3.19)



**B** Mean change in disability from baseline on 24-item Rowland-Morris Disability Questionnaire<sup>c</sup>

Source	NSAID		Placebo		Mean Difference (95% CI) <sup>d</sup>
	Total No. of Participants	Mean (SD)	Total No. of Participants	Mean (SD)	
Birbara, 2003	107	-2.1 (5.3)	109	0 (5.3)	-2.10 (-3.51 to -0.69)
Coats, 2004	148	-1.1 (3.1)	143	0 (3.1)	-1.10 (-1.81 to -0.39)
Katz, 2011	88	-0.6 (3.1)	41	0 (3.1)	-0.60 (-1.75 to 0.55)
Kivitz, 2013	295	-0.32 (4.4)	230	0 (4.4)	-0.32 (-1.08 to 0.44)
Total	638		523		-0.85 (-1.30 to -0.40)



Migliorini F et al. Expert Opin Pharmacother. 2021 Jan;22(1):109-119

Qaseem A et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):514-530

Enthoven WTM, Roelofs PD, Koes BW. NSAIDs for Chronic Low Back Pain. JAMA. 2017;317(22):2327-2328





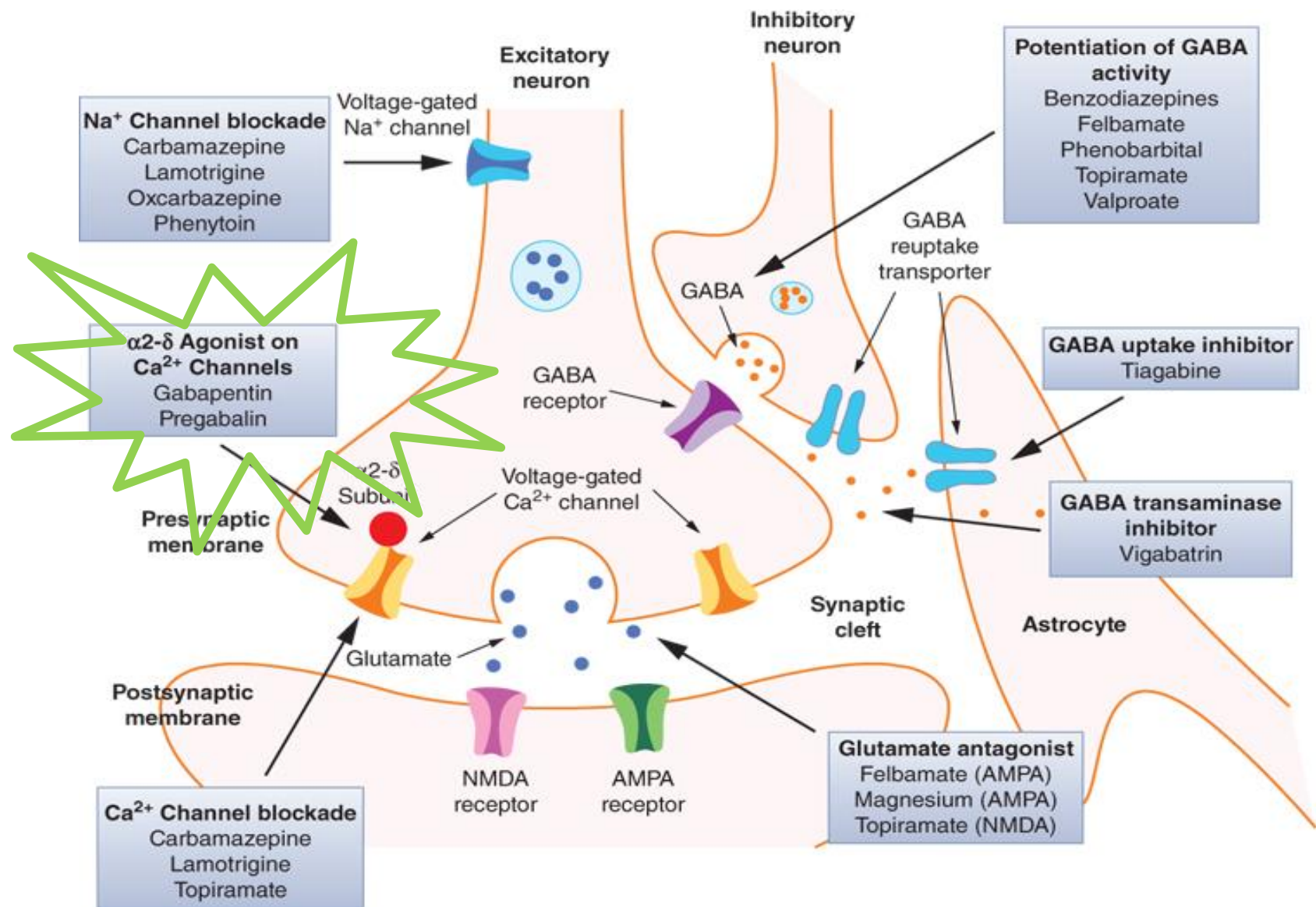
Cochrane Database of Systematic Reviews

## Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain (Review)

Enthoven WTM, Roelofs PDDM, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW

Six of the 13 included RCTs showed that NSAIDs are more effective than placebo regarding pain intensity. NSAIDs are slightly more effective than placebo regarding disability. However, the magnitude of the effects is small, and the level of evidence was low. When we only included RCTs at low risk of bias, differences in effect between NSAIDs and placebo were reduced. We identified **no difference in efficacy between different NSAID types, including selective versus non-selective NSAIDs**. Due to inclusion of RCTs only, the relatively small sample sizes and relatively short follow-up in most included trials, we cannot make firm statements about the occurrence of adverse events or whether NSAIDs are safe for long-term use.

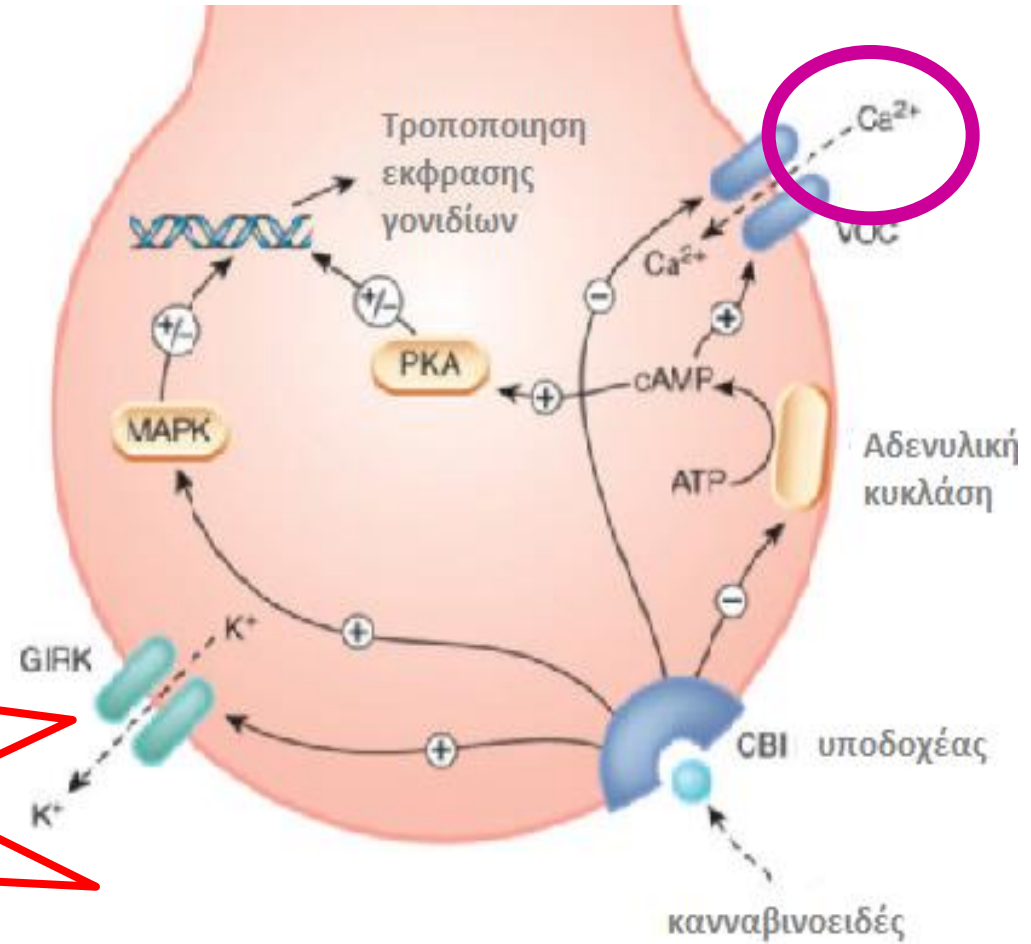
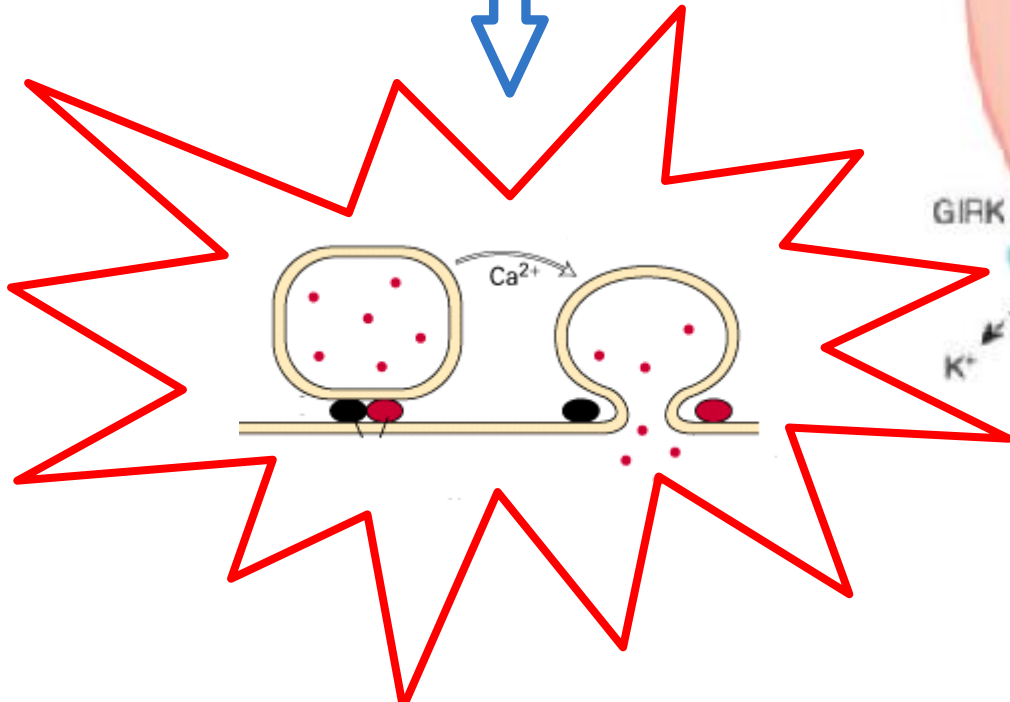
- Συνήθως προτιμώνται COX-2 λόγω του καλύτερου προφίλ ΑΕ
- Σελεκοξίμπη 200 - 400 mg/ημέρα
- Ετορικοξίμπη 30 mg/ 60 mg/ 90 mg/ 120 mg/ ημέρα
- Παρεκοξίμπη 40 mg (IV) (IM), και κάθε 6 - 12 ώρες 20 mg ή 40 mg (max 80 mg/ημέρα)



## 02 Αντιεπιληπτικά

υποομάδα α2-δ των  
ενεργοποιούμενων από διαφορά  
δυναμικού διαύλων ασβεστίου

↓ Εισροή  $\text{Ca}^{2+}$   
ενδοκυττάρια





## Πρεγκαμπαλίνη vs Γκαμπαπεντίνη

- Πρεγκαμπαλίνη x6 ισχυρότερη σύνδεση με α2-δ υπομονάδα vs γκαμπαπεντίνη
- Πρεγκαμπαλίνη ταχύτερη απορρόφηση vs γκαμπαπεντίνη (1 h vs. 3–4 h)
- Πρεγκαμπαλίνη > βιοδιαθεσιμότητα vs γκαμπαπεντίνη (90% vs. 33–66%)
- Πρεγκαμπαλίνη ίδια αποτελεσματικότητα με γκαμπαπεντίνη σε χαμηλότερες δόσεις: ↓ παρενέργειες
- Πρεγκαμπαλίνη x 3–10 πιο ισχυρό αντιεπιληπτικό και x 2-4 φορές πιο ισχυρό αναλγητικό vs γκαμπαπεντίνη

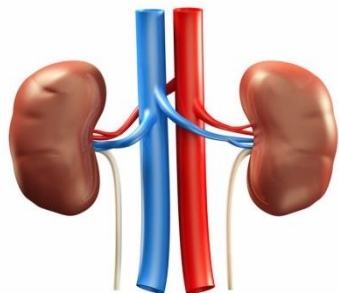


## □ Δόση

### Δόσεις αντιεπιληπτικών φαρμάκων για αναλγησία

Επικουρικό φάρμακο	Δόση
● Γκαμπαπεντίνη	● Χρόνιος πόνος: Έναρξη <b>300mg x 3 φορές/ημέρα</b> και τιτλοποίηση ανά 4 ημέρες κατά 300mg τουλάχιστον μέχρι την δόση των 1800mg/ημέρα με την μέγιστη δόση τα 3600mg
● Πρεγκαμπαλίνη	● Έναρξη <b>75mg/ημέρα</b> και τιτλοποίηση ανά 4 ημέρες κατά 75mg τουλάχιστον μέχρι την δόση των 150mg/ημέρα με την μέγιστη δόση τα 600mg/ημέρα

- Βαθμιαία διακοπή σε διάστημα τουλάχιστον μίας εβδομάδας, ανεξάρτητα από την ένδειξη
- Μετά από διακοπή βραχυχρόνιας και μακροχρόνιας θεραπείας με πρεγκαμπαλίνη, έχουν παρατηρηθεί στερητικά συμπτώματα



## Δοσολογία γκαμπαπεντίνης σε ενήλικες (νεφρική λειτουργία)

Κάθαρση κρεατινίνης (mL/λεπτό)	Συνολική Ημερήσια Δόση (mg/ημέρα)
≥80	900-3600
50-79	600-1800
30-49	300-900
15-29	150-600
<15	150-300

## Δοσολογία πρεγκαμπαλίνης σε ενήλικες (νεφρική λειτουργία)

Κάθαρση κρεατινίνης (CL <sub>cr</sub> ) (ml/min)	Συνολική ημερήσια δόση πρεγκαμπαλίνης*		Δοσολογικό σχήμα
	Αρχική δόση (mg/ημέρα)	Μέγιστη δόση (mg/ημέρα)	
≥ 60	150 (7,5 ml)	600 (30 ml)	BID ή TID
≥ 30 - < 60	75 (3,75 ml)	300 (15 ml)	BID ή TID
≥ 15 - < 30	25 – 50 (1,25 – 2,5 ml)	150 (7,5 ml)	Άπαξ ημερησίως ή BID
< 15	25 (1,25 ml)	75 (3,75 ml)	Άπαξ ημερησίως
Συμπληρωματική δόση μετά την αιμοδιύλιση (mg)			
	25 (1,25 ml)	100 (5 ml)	Άπαξ δόση <sup>†</sup>



# Ενδείξεις-Κατευθυντήριες οδηγίες: ΝΠ

Table 1 Summary of recommendations for pharmacological management of neuropathic pain

	EFNS [7]				NICE [10]		CPS [2]		NeuPSIG [4]
	Diabetic neuropathy	Post-herpetic neuralgia	Trigeminal neuralgia	Central neuropathic pain	All neuropathic pain	Trigeminal neuralgia	All neuropathic pain	Trigeminal neuralgia	All neuropathic pain
First-line therapy	Duloxetine	Gabapentin	Carbamazepine	Gabapentin	Amitriptyline	Carbamazepine	Gabapentin	Carbamazepine	Gabapentin
	Gabapentin	Pregabalin	Oxcarbazepine	Pregabalin	Duloxetine		Pregabalin		Gabapentin
	Pregabalin	TCA		TCA	Gabapentin		Duloxetine		ER/
	TCA	Lidocaine plasters <sup>a</sup>			Pregabalin		Venlafaxine <sup>d</sup>		enacarbil
	Venlafaxine <sup>d</sup>				Capsaicin cream <sup>b</sup>		TCA		Pregabalin
					(localized pain in patients who wish to avoid or who cannot tolerate oral treatments)				Duloxetine
									Venlafaxine <sup>d</sup>
									TCAs
Second-line therapy	Tramadol	Strong opioids		Tramadol	One of the remaining 3 oral drugs of the First-line therapy		Tramadol		Capsaicin patches <sup>b</sup>
		Capsaicin cream		Strong opioids			Strong opioids		Lidocaine patches <sup>b</sup>
							Lidocaine cream <sup>c</sup>		Tramadol
							Lidocaine patches <sup>c</sup>		

# Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis

Oliver Enke<sup>1</sup>, Heather A New<sup>2</sup>, Charles H New<sup>2</sup>, Stephanie Mathieson<sup>2</sup>, Andrew J McLachlan<sup>2</sup>,

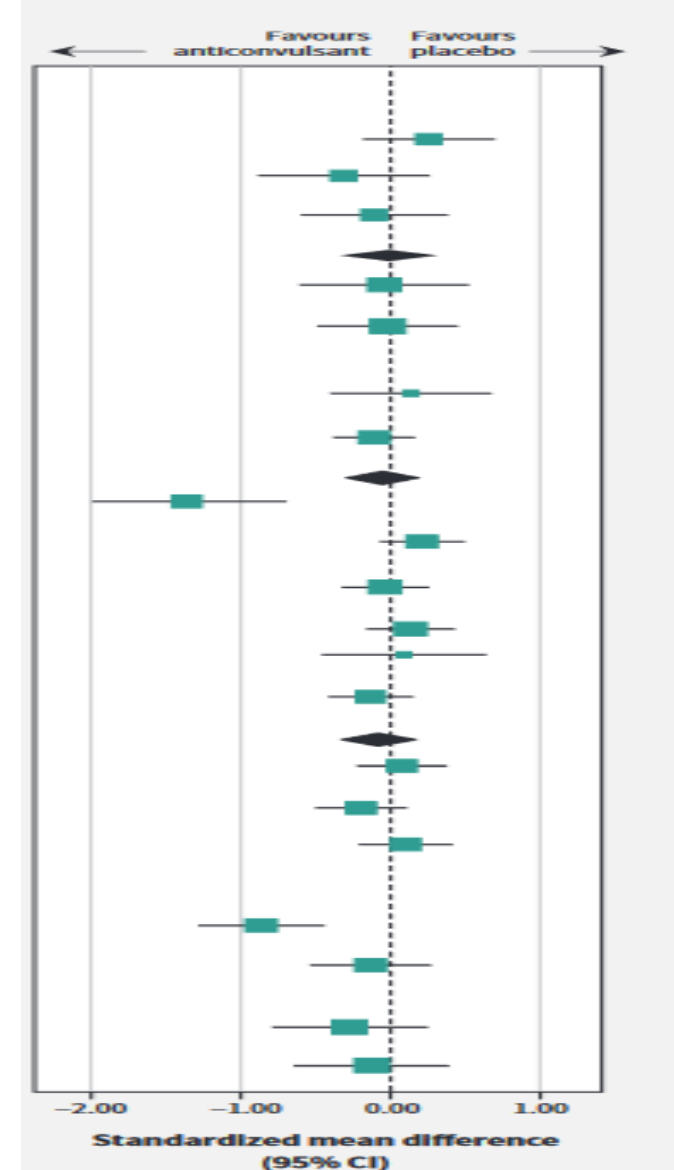
**INTERPRETATION:** There is moderate- to high-quality evidence that anticonvulsants are ineffective for treatment of low back pain or lumbar radicular pain. There is high-quality evidence that gabapentinoids have a higher risk for adverse events. Protocol registration:



CLINICAL GUIDELINE

## Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Timothy J. Wilt, MD, MPH; Robert M. McLean, MD; and Mary Ann Forciea, MD; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians\*



Effects on pain and disability of anticonvulsants for low back pain with or without radiating leg pain or lumbar radicular pain

## 02 Αντικαταθλιπτικά-SNRIs

(Αναστολείς επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης-σεροτονίνης)

Βενλαφαξίνη

Ντουλοξετίνη

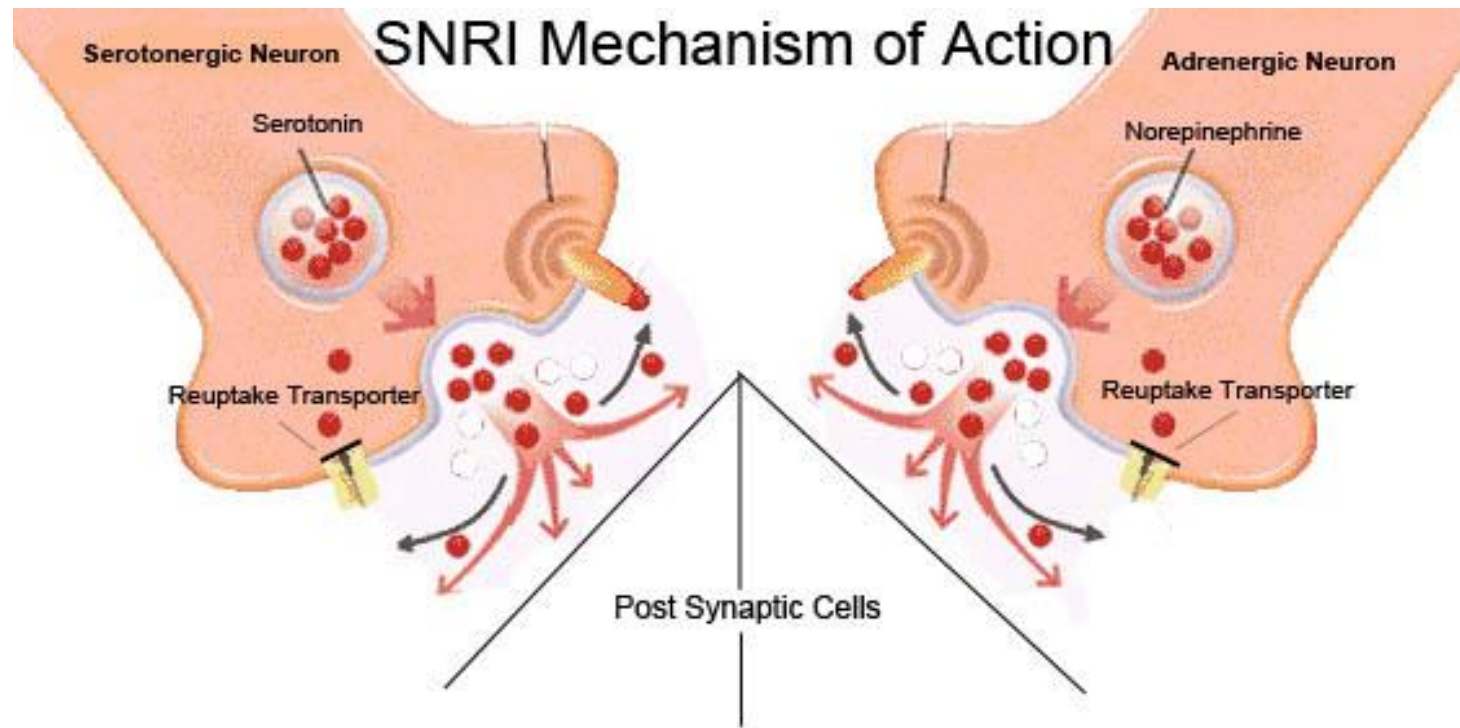


Table 1 Summary of recommendations for pharmacological management of neuropathic pain

	EFNS [7]				NICE [10]		CPS [2]		NeuPSIG [4]
	Diabetic neuropathy	Post-herpetic neuralgia	Trigeminal neuralgia	Central neuropathic pain	All neuropathic pain	Trigeminal neuralgia	All neuropathic pain	Trigeminal neuralgia	All neuropathic pain
First-line therapy	Duloxetine	Gabapentin	Carbamazepine	Gabapentin	Amitriptyline	Carbamazepine	Gabapentin	Carbamazepine	Gabapentin
	Gabapentin	Pregabalin	Oxcarbazepine	Pregabalin	Duloxetine		Pregabalin		Gabapentin
	Pregabalin	TCA		TCA	Gabapentin		Duloxetine		ER/ enacarbil
	TCA	Lidocaine plasters <sup>a</sup>			Pregabalin		Venlafaxine <sup>d</sup>		Pregabalin
	Venlafaxine <sup>d</sup>			Capsaicin cream <sup>b</sup> (localized pain in patients who wish to avoid or who cannot tolerate oral treatments)		TCA		Duloxetine	Venlafaxine <sup>d</sup>
Second-line therapy	Tramadol	Strong opioids		Tramadol	One of the remaining 3 oral drugs of the First-line therapy		Tramadol		Capsaicin patches <sup>b</sup>
		Capsaicin cream		Strong opioids			Strong opioids		Lidocaine patches <sup>b</sup>
							Lidocaine cream <sup>c</sup>		Tramadol
							Lidocaine patches <sup>c</sup>		



Ντουλοξετίνη

APPROVED

- Περιφερική διαβητική νευροπάθεια
- Ινομυαλγία
- Χρόνιο μυοσκελετικό άλγος  
(οστεοαρθρίτιδα+οσφυαλγία)

Υπάρχουν δεδομένα για μείωση της έντασης του πόνου και βελτίωση της λειτουργικότητας σε ΧΟ σε σχέση με placebo

(Chou R et al. Ann Intern Med 2017;166: 480–92)



CLINICAL GUIDELINE

## Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Timothy J. Wilt, MD, MPH; Robert M. McLean, MD; and Mary Ann Forciea, MD; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians\*

## Δόσεις SNRIs αντικαταθλιπτικών φαρμάκων για αναλγησία

Επικουρικό φάρμακο	Δόση
• Ντουλοξετίνη	Έναρξη <b>30mg/ ημέρα</b> και τιτλοποίηση έως <b>60-120mg/ ημέρα</b> σε διάστημα 4 εβδομάδων (ρυθμός αύξησης 30 mg)
• Βενλαφαξίνη	Έναρξη <b>37.5mg/ημέρα</b> και τιτλοποίηση έως <b>150-225mg/ημέρα</b> σε διάστημα 4 εβδομάδων (ρυθμός αύξησης 37.5 mg)

- Διακοπή: βαθμιαία ↓δόσης για περίοδο 2 εβδομάδων ανά 75 mg/εβδομάδα



## Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Timothy J. Wilt, MD, MPH; Robert M. McLean, MD; and Mary Ann Forciea, MD; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians\*

- Ισχυρά οπιοειδή (ταπενταδόλη, μορφίνη, υδρομορφόνη) σχετίζονται με μικρή βραχυπρόθεσμη βελτίωση της έντασης του πόνου στη ΧΟ (μια μονάδα στην NPRS) και της λειτουργικότητας
- Τα επιθέματα βουπρενορφίνης ακόμα μικρότερη μείωση (<μια μονάδα στην NPRS)
- Καλύτερα αποτελέσματα φαίνεται να έχει η τραμαδόλη

# CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022

US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention

MMWR / November 4, 2022 / Vol. 71 / No. 3

This clinical practice guideline addresses the following areas:

1. Determining whether or not to initiate opioids for pain
2. Selecting opioids and determining opioid dosages
3. Deciding duration of initial opioid prescription and conducting follow-up
4. Assessing risk and addressing potential harms of opioid use

# CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022

US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention

MMWR / November 4, 2022 / Vol. 71 / No. 3

- Συστάσεις:
  1. Εάν ληφθεί η απόφαση για χορήγηση οπιοειδών θα πρέπει να γίνεται μετά από τη μέγιστη δυνατή αύξηση των δόσεων των μη- οπιοειδών αναλγητικών και να προστίθενται αυτά σε περιπτώσεις ΧΟ που είναι ανθεκτικές στα μη- οπιοειδή αναλγητικά διότι το όφελος είναι μικρό και οι ΑΕ πολλαπλές με βασικό κίνδυνο την εξάρτηση
  2. Πρέπει να γίνεται η έναρξη τους στη χαμηλότερη δυνατή δόση με το μικρότερο ρυθμό προς τα πάνω τιτλοποίησης και σε φαρμακοτεχνικές μορφές ταχείας αποδέσμευσης
  3. Πρέπει να γίνει επανεκτίμηση του ασθενούς 1-3 εβδομάδες μετά την έναρξη της χορήγησης ή την τιτλοποίηση της δόσης
  4. Δεν διακόπτονται απότομα εκτός εάν υπάρχουν επικίνδυνα σημεία  
(Red Flags: σύγχυση, καταστολή, κολλώδης ομιλία)

# Nonadherence to Clinical Practice Guidelines for Opioid Prescribing in Patients with Chronic Low Back Pain: A Pain Research Registry–Based Study

*John C. Licciardone, DO, MS, MBA, and Subhash Aryal, PhD*

- Παρόλες τις συστάσεις το 1/5 των ασθενών με ΧΟ δεν λαμβάνουν τα οπιοειδή όπως προβλέπεται και χορηγούνται ως πρώτη γραμμής αναλγητικά
- Παρατηρήθηκε επιδείνωση της συνολικής κλινικής εικόνας, με αύξηση της έντασης του πόνου (φαινόμενο ανοχής) και μείωση της συνολικής λειτουργικότητας

**Table 4. Primary Outcomes According to CPG Adherence Status\***

Outcome	Adherent to CPGs (n = 1051)		Non-Adherent to CPGs (n = 68)		P	Cohen's d	95% CI
	Mean	95% CI	Mean	95% CI			
Pain intensity	6.0	5.9.0 to 6.1	6.8	6.3 to 7.2	0.001	0.41	0.16.0 to 0.65
Back-related disability	14.3	14.0 to 14.6	17.6	16.4 to 18.9	<0.001	0.59	0.34.0 to 0.84
Pain impact on health-related quality of life	30.8	30.3 to 31.4	36.3	34.4 to 38.1	<0.001	0.62	0.38.0 to 0.87

\*Outcomes were measured using a numerical rating scale for low back pain intensity, the Roland-Morris Disability Questionnaire, and the National Institutes of Health pain impact measure, respectively. Higher scores represent worse outcomes. CPG denotes clinical practice guideline.

Abbreviations: CI, confidence interval.

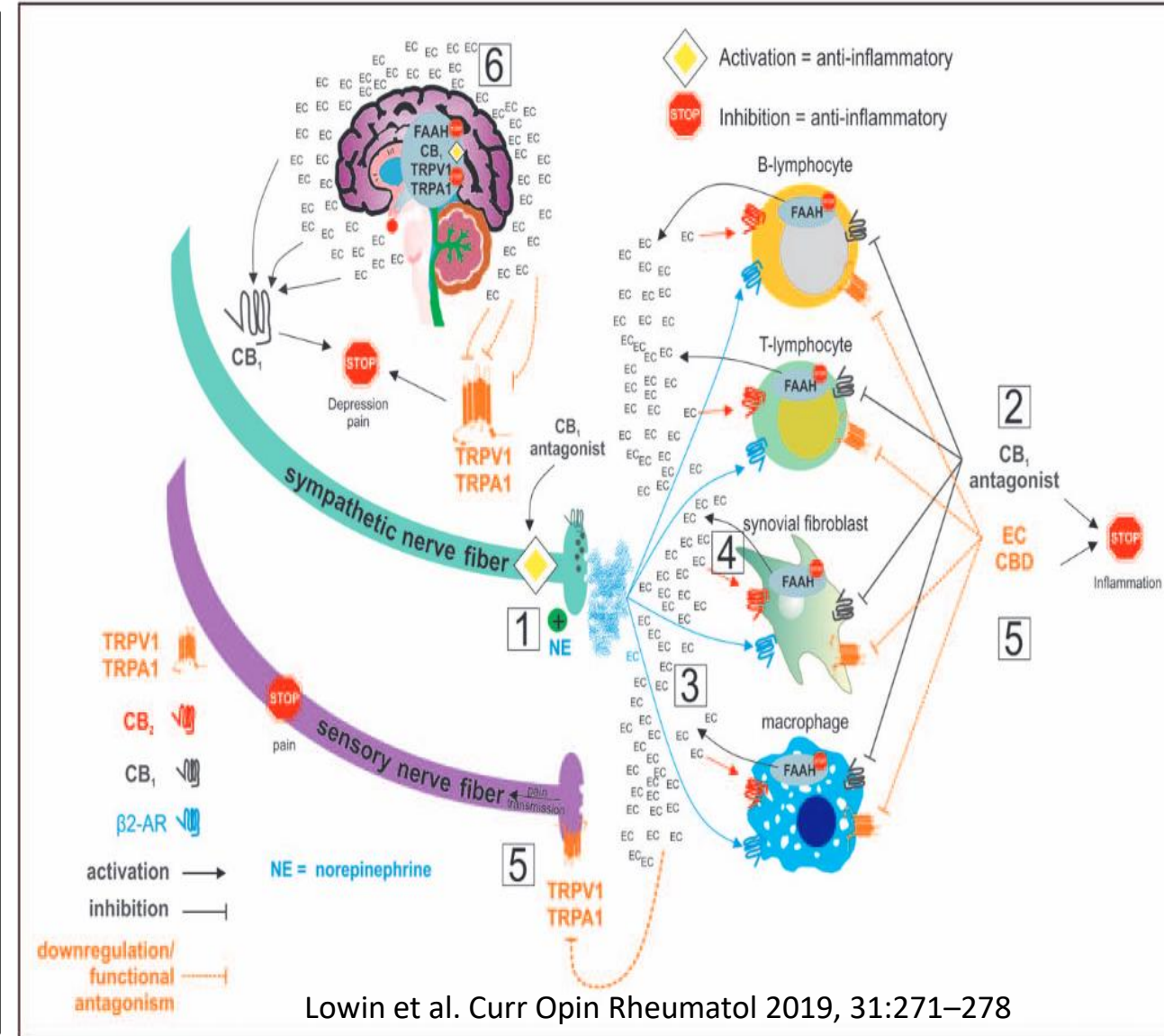


=



# Μηχανισμοί δράσης ανταγωνιστών των κανναβινοειδών στους περιφερικούς υποδοχείς CB1 για την αντιμετώπιση του πόνου των αρθρώσεων και του φλεγμονώδη πόνου

1. Ανταγωνιστές των περιφερικών υποδοχέων CB1 αυξάνουν τοπικά την έκκριση νορεπινεφρίνης στις συμπαθητικές νευρικές απολήξεις & ευοδώνουν την αντιφλεγμονώδη διαδικασία μέσω της ενεργοποίησης β2-αδρενεργικών υποδοχέων
2. Αναστέλλεται η φλεγμονώδης δράση των CB1 υποδοχέων στα φλεγμονώδη κύτταρα από τους ανταγωνιστές τους και ενισχύεται η αντιφλεγμονώδης διεργασία
3. Αναστολή της υδρολάσης των λιπαρών οξέων (FAAH) αυξάνει τα επίπεδα των ενδογενών ενδοκανναβινοειδών αφού αναστέλλεται ο καταβολισμός τους
4. Αυξάνονται οι υποδοχείς CB2 που έχουν αντιφλεγμονώδη δράση στα μακροφάγα, στους αρθρικούς ινοβλάστες, στα B & T κύτταρα
5. Ενδοκανναβινοειδή & CBD απευαισθητοποιούν & άρα αναστέλλουν τους αλγοϋποδοχείς TRPV1 & TRPA1 στα φλεγμονώδη κύτταρα και αναστέλλουν τη μετάδοση του πόνου στις αισθητικές νευρικές ίνες





# Systematic review and meta-analysis

## Cannabis use assessment and its impact on pain in rheumatologic diseases: a systematic review and meta-analysis

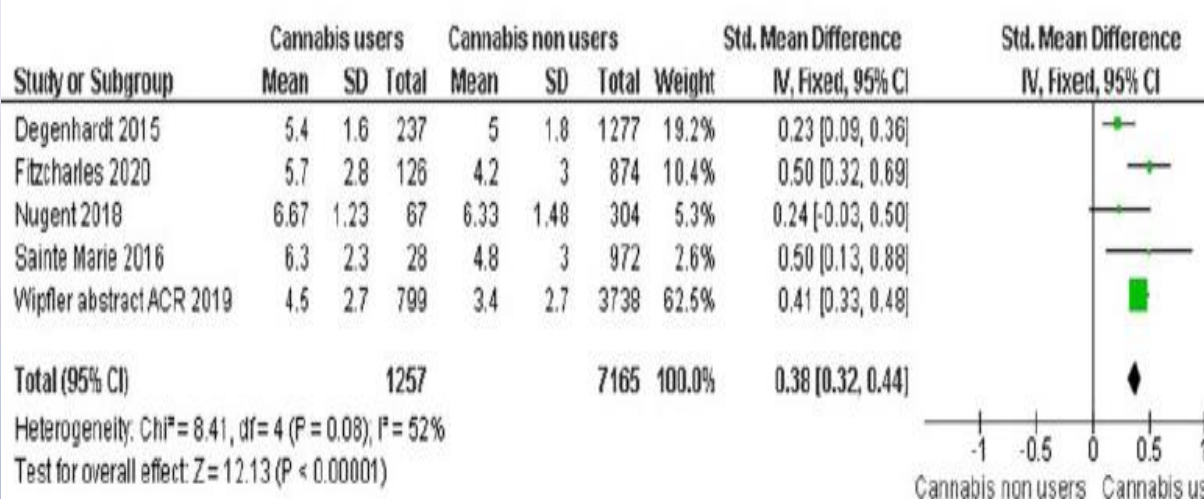
M. Guillouard<sup>1</sup>, N. Authier<sup>2,3,4</sup>, B. Pereira<sup>5</sup>, M. Soubrier<sup>1</sup> and S. Mathieu<sup>1</sup>

23 publications  
14,342 patients with rheumatologic diseases

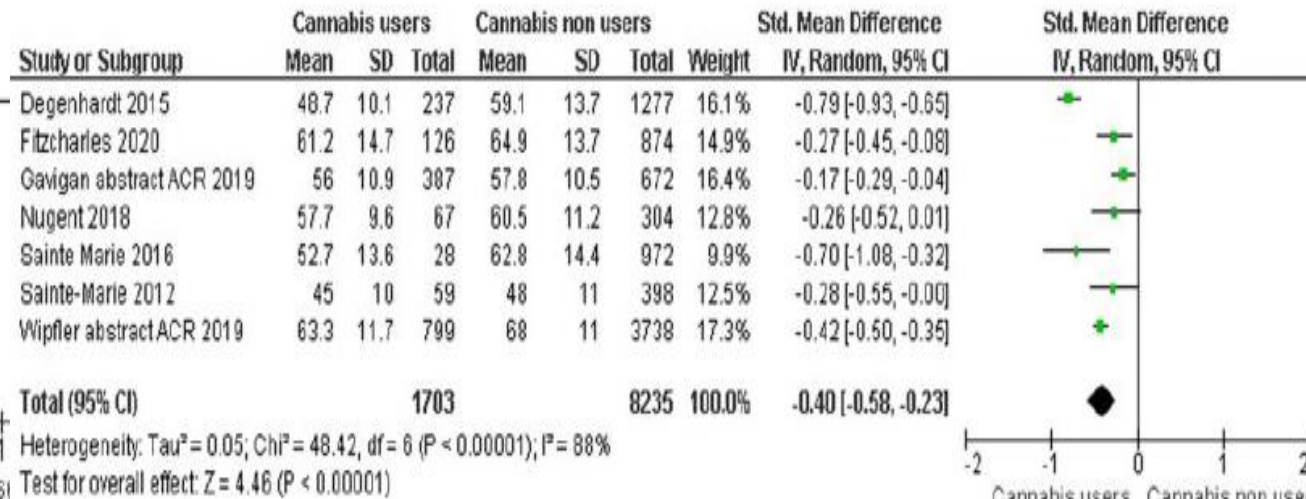
**Rheumatology key messages**

- Nearly 20% of patients suffering from rheumatologic diseases actively consume cannabis.
- Cannabis consumption was associated with an improvement of pain.
- Cannabis users were younger, more often smokers, unemployed and painful than non-users.

3 Forest plot for the difference in pain intensity between cannabis users and non-users



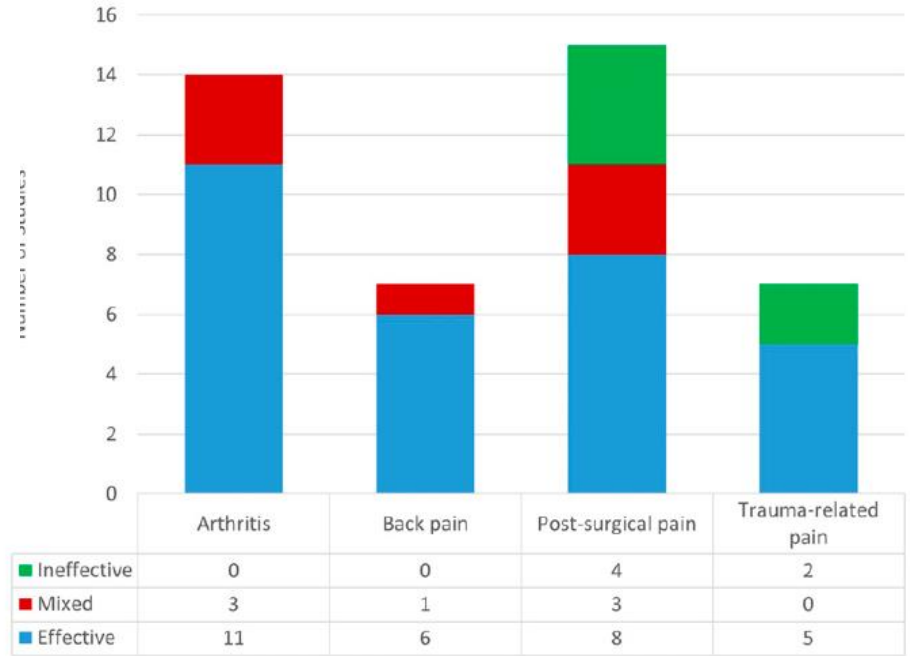
2 Forest plot for the difference in age between cannabis users and non-users



# CANNABINOIDS IN THE MANAGEMENT OF MUSCULOSKELETAL PAIN

A Critical Review of the Evidence Kim Madden, MSc

» The “best available” evidence suggests cannabis can be effective for managing arthritis pain, back pain, and trauma-related pain, although the quality of the evidence is poor.



**TABLE III Recommendations for Care\***

Recommendation	Level of Evidence	Grade
High-quality Level-I studies are needed in the areas of arthritis, back pain, postoperative pain, and trauma pain.	NA	NA
More information on effective and safe dosages and optimal routes of administration is required.	NA	NA
The next steps in a program of research evaluating cannabinoids for management of musculoskeletal pain may include (1) evaluation of the acceptability of cannabinoids to patients and prescribing health-care professionals, (2) understand patients’ values and preferences regarding medical cannabis, (3) identifying the optimal dosing and methods of administration, (4) demonstrating cost-effectiveness relative to other pain treatments, (5) conducting high-quality clinical trials in focus areas where pain management is critical.	NA	NA

# Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care

G. Michael Allan MD CCFP Jamil Ramji Danielle Perry Joey Ton PharmD Nathan P. Beahm PharmD

## Management of pain

- Acute pain: We **strongly recommend against** use of medical cannabinoids for acute pain management owing to evidence of no benefit and known harms (strong recommendation)
- Headache: We **recommend against** use of medical cannabinoids for headache owing to lack of evidence and known harms (strong recommendation)
- **Rheumatologic pain:** We **recommend against** use of medical cannabinoids for pain associated with rheumatologic conditions (including osteoarthritis and back pain) owing to lack of evidence and known harms (**strong recommendation**)
- Neuropathic pain: We **recommend against** medical cannabinoids as first- or second-line therapy in neuropathic pain owing to limited benefits and high risk of harms (strong recommendation)  
-Clinicians **could consider** medical cannabinoids for refractory neuropathic pain, with the following considerations (weak recommendation):

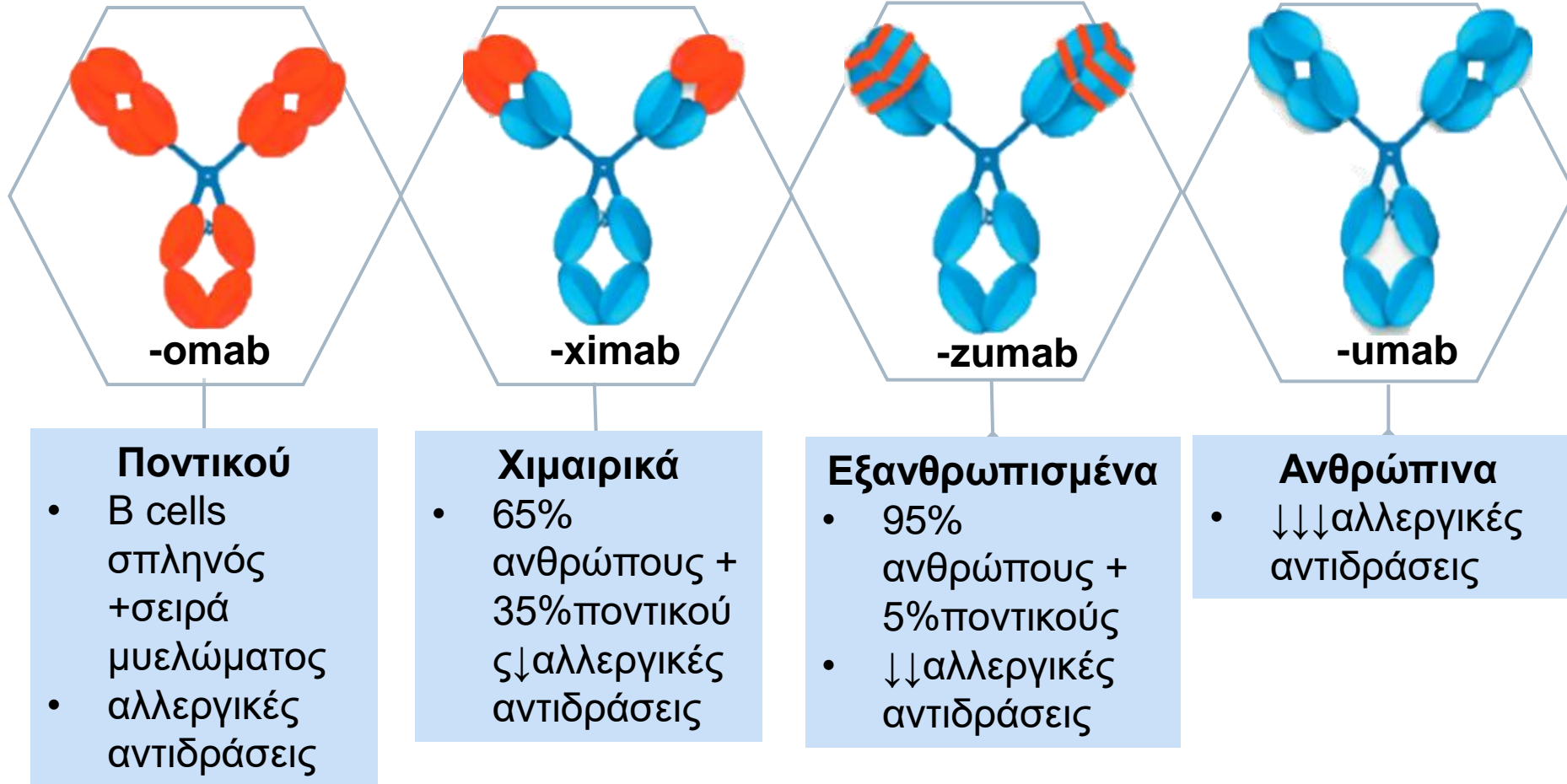
## Treatment

### All neuropathic pain (except trigeminal neuralgia)

- 1.1.8 Offer a choice of amitriptyline, duloxetine, gabapentin or pregabalin as initial treatment for neuropathic pain (except trigeminal neuralgia)<sup>[6]</sup>.
- 1.1.9 If the initial treatment is not effective or is not tolerated, offer one of the remaining 3 drugs, and consider switching again if the second and third drugs tried are also not effective or not tolerated.
- 1.1.10 Consider tramadol only if acute rescue therapy is needed (see recommendation 1.1.12 about long-term use).
- 1.1.11 Consider **cannabis sativa extract** for people with localised neuropathic pain who wish to avoid, or who cannot tolerate, other treatments.

### Treatments that should not be used

- 1.1.12 Do not start the following to treat neuropathic pain in non-specialist settings, unless advised by a specialist to do so:
  - cannabis sativa extract
  - capsaicin
  - lacosamide
  - lamotrigine
  - levetiracetam
  - morphine
  - oxcarbazepine
  - topiramate
  - tramadol (this is referring to long-term use; see recommendation 1.1.10 for short-term use)

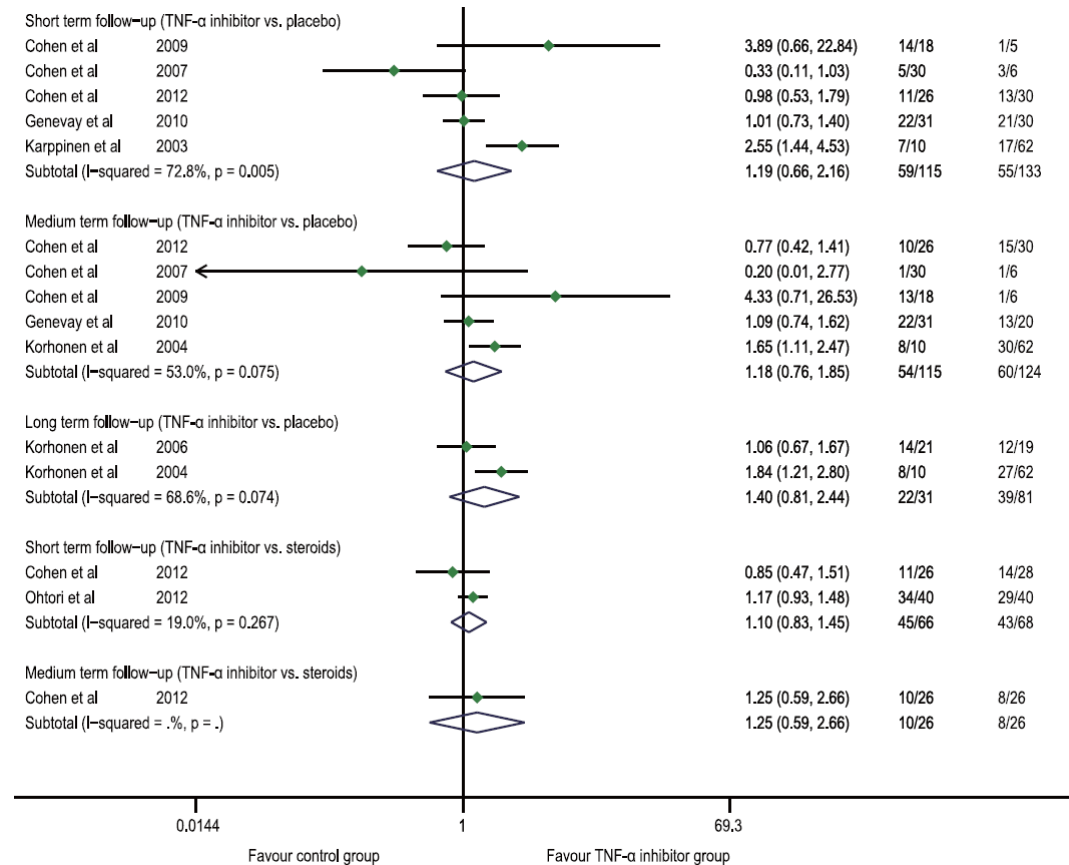




# Clinical Significance of Tumor Necrosis Factor- $\alpha$ Inhibitors in the Treatment of Sciatica: A Systematic Review and Meta-Analysis

Yun Fu Wang<sup>1</sup>, Ping You Chen<sup>2</sup>, Wei Chang<sup>3</sup>, Fi Qi Zhu<sup>4</sup>, Li Li Xu<sup>1</sup>, Song Lin Wang<sup>1</sup>, Li Ying Chang<sup>5</sup>,

## TNF αναστολείς (infliximab)



# Biologic Drugs as Analgesics for the Management of Low Back Pain and Sciatica

*Pain Medicine*, 20(9), 2019, 1678–1686

Theodoros Dimitroulas, MD, MSc, PhD,<sup>\*,†</sup> Tosin Lambe, MBBS, MSc,<sup>‡</sup> Jon H. Raphael, MSc, FRCA, MD,<sup>§</sup> George D. Kitas, MD, PhD, FRCP,<sup>\*,¶</sup> and Rui V. Duarte, MSc, PhD<sup>‡</sup>

## NGF αναστολείς (Tanezumab)

- Αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του πόνου/λειτουργικότητας vs placebo & ναπροξένης
- ↑ % ανεπιθύμητων ενεργειών (αρθραλγίες, πρώιμη καταστροφή αρθρώσεων → αρθροπλαστική, περιφερική νευροπάθεια)





# Περιστατικό



Παρακεταμόλη 1gr x 4  
Ετορικοξίμπη 90 mg x 1  
Ντουλοξετίνη 30 mg x 1

1 εβδομάδα μετά.... Μείωση έντασης πόνου <30%



Παρακεταμόλη 1gr x 4  
Ετορικοξίμπη 90 mg x 1  
Ντουλοξετίνη 30 mg x 1  
Πρεγκαμπαλίνη 75mg.....300mg

2 εβδομάδες μετά.... Μείωση έντασης πόνου <40%



Παρακεταμόλη + τραμαδόλη (37,5+325) 1x3  
Ετορικοξίμπη 90 mg x 1  
Ντουλοξετίνη 30 mg x 1  
Πρεγκαμπαλίνη 75mg.....300mg





Σας ευχαριστώ