

Οι Απόψεις Ιατρών και Φυσικοθεραπευτών για την Κλινική Αντιμετώπιση της Οσφυαλγίας στην Κύπρο: Σύγκριση με τις Διεθνείς Κλινικές Οδηγίες

Γεώργιος Γεωργούδης^{1,2}, Χρήστος Μπάρδης³, Ελένη Καλαμαρά³,
Φωτεινή Χριστοδούλου³, Δημήτριος Τριανταφυλλόπουλος⁴

¹ Κέντρο Έρευνας & Εφαρμογών Φυσικοθεραπείας (Κ.Ε.Ε.Φ.), Πειραιάς

² Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΑΤΕΙ Αθήνας

³ Φυσικοθεραπευτές, Ερευνητικό Κέντρο Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης Λευκωσίας

⁴ Ορθοπαιδικός, Ορθοπαιδική Κλινική, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιά

Επικοινωνία: Γεώργιος Γεωργούδης, Κ.Ε.Ε.Φ., Αντωνίου Μπέρτου 108, Αμφιάλη
email: gg@hol.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οσφυαλγία στη Δυτική Κοινωνία είναι μια συχνότατη αιτία απώλειας ωρών εργασίας και λειτουργικής ανικανότητας. Η συχνότητα εμφάνισης της αυξάνεται στις ηλικίες μεταξύ 35 και 55 ετών (European Commission 2002), ενώ επιδημιολογικές έρευνες σε Ελλάδα και Κύπρο υπολογίζουν την μηνιαία εμφάνιση της οσφυαλγίας σε 30-32 % του συνόλου του πληθυσμού (Γεωργούδης και συν. 2006).

Ο διαχωρισμός του σταδίου της νόσου, ανάλογα με την διάρκεια των συμπτωμάτων, διακρίνεται σε: οξεία φάση στον πρώτο μήνα της κρίσης, υποξεία μεταξύ πρώτου και τρίτου μήνα και χρόνια μετά τον τρίτο μήνα (Philadelphia Panel 2001). Οι ασθενείς που περνούν στην χρόνια φάση (2%-7% του συνόλου των ασθενών) συνήθως παραμένουν συμπτωματικοί έναν χρόνο μετά την έναρξη

του επεισοδίου (Pengel et al, 2003), ενώ μετά το χρόνο έχουν πολύ μικρότερες πιθανότητες να γίνουν εντελώς καλά. Αυτή η ομάδα των χρόνιων ασθενών με οσφυαλγία επιφορτίζει τα εθνικά συστήματα υγείας, «καταναλώνει» περίπου το 80-85% των οικονομικών πόρων και είναι υπεύθυνη για το 75% έως 85% του συνόλου των αδειών ασθενείας (υποτροπές χρόνιας οσφυαλγίας) (European Commission, 2002).

Για την καλύτερη αντιμετώπιση του οσφυαλγικού ασθενή στα πρώτα στάδια της νόσου και την αποφυγή χρονιότητας έχουν εκδοθεί κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες από οργανισμούς διαφόρων χωρών μεταξύ των οποίων οι ΗΠΑ (Bigos et al 1994, Philadelphia Panel 1999), η Μ. Βρετανία (Royal College of General Practitioners 1996), η Ν. Ζηλανδία (Wellington 1999) και η Ευρωπαϊκή Ένωση (European Commission 2002, 2005). Σύμφωνα

να με τις παραπάνω οδηγίες, συστήνεται η διαδικασία εξέτασης του ασθενή για τον αποκλεισμό σοβαρής παθολογίας («red flags») όπως το σύνδρομο ιπποριδίας, συστηματική φλεγμονώδης νόσος, κάταγμα ή νεοπλασία. Κατά την απουσία ενδείξεων σοβαρής παθολογίας θα μπορούσε να γίνει χρήση Μη-Στεροειδών Αντιφλεγμονωδών Φαρμάκων (ΜΣΑΦ-NSAIDs) για την αντιμετώπιση του πόνου του ασθενή. Επίσης, οι θεραπευτικοί χειρισμοί (manipulation) εμφανίζουν ικανοποιητικά και τεκμηριωμένα αποτελέσματα στις 4 πρώτες εβδομάδες των συμπτωμάτων. Κατά την διάρκεια της οξείας φάσης επιβάλλεται η τροποποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων, αλλά σε κάθε περίπτωση οι κλινικές οδηγίες είναι κατηγορηματικές για την αυστηρή κατάκλιση, η οποία δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις δύο ημέρες ή τέσσερις ημέρες σε περίπτωση σοβαρής ισχιαλγίας. Η

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η οσφυαλγία αποτελεί μια από τις συχνότερες καταστάσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο φυσικοθεραπευτής και ο ιατρός. Την τελευταία δεκαετία έγιναν διεθνώς προσπάθειες να τεκμηριωθεί η χρήση των πραγματικά ωφέλιμων τεχνικών και να καταγραφούν τα αποτελέσματα ως κλινικές οδηγίες. Παρά τη θέσπιση όμως αυτών των κλινικών οδηγιών, μελέτες από τις δυτικές χώρες δείχνουν ότι μεγάλος αριθμός επαγγελματιών υγείας δεν εφαρμόζει μεγάλο μέρος των προτεινόμενων κλινικών οδηγιών. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να καταγράψει τις απόψεις των Κυπρίων Φυσικοθεραπευτών και Ιατρών για την κλινική αντιμετώπιση της οσφυαλγίας, βασισμένοι σε τρεις υποθετικούς ασθενείς (οξεία οσφυαλγία, οξεία οσφυοισχιαλγία, χρόνια οσφυαλγία) με τη μορφή ερωτηματολογίου ανοικτών και κλειστών ερωτήσεων.

Μεθοδολογία: Στους Κύπριους φυσικοθεραπευτές (N=170) και ιατρούς (N=80) που ασχολούνταν με την οσφυαλγία, απεστάλη ένα ερωτηματολόγιο μέσω ταχυδρομείου. Σε όσους δεν απάντησαν μέσα στο πρώτο μήνα επαναλήφθηκε η αποστολή. Το ερωτηματολόγιο κάλυπτε τις κατηγορίες της αξιολόγησης, της προτεινόμενης θεραπείας, και των απόψεων του θεραπευτή για την αντιμετώπιση του περιστατικού.

Αποτελέσματα: Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 35 ιατροί (43% ποσοστό επιστροφής) και 36 φυσικοθεραπευτές (21% ποσοστό επιστροφής). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται κατά ειδικότητα. Οι ιατροί συστήνουν αυστηρό κλινοστατισμό στην οξεία οσφυοισχιαλγία για περισσότερο της μίας εβδομάδας, ενώ δεν διαφοροποιούν τη φαρμακευτική αγωγή και το είδος της φυσικοθεραπείας μεταξύ των τριών καταστάσεων. Μόνες διαφοροποιήσεις ανάλογα το περιστατικό είναι η οσφυϊκή έλξη που – αν και τεκμηριωμένα μη αποτελεσματική – συστήνεται στην οσφυοισχιαλγία, η χρήση της υδροθεραπείας-πισίνας – τεκμηριωμένη θετική δράση – σε χρόνιους πάσχοντες και η χρήση ζώνης οσφύς που δυστυχώς συστήνεται κυρίως σε χρόνιους πάσχοντες ασθενείς.

Οι φυσικοθεραπευτές δεν διαφοροποιούν ιδιαίτερα την κλινική τους αξιολόγηση σε σχέση με τις τρεις καταστάσεις. Εξαιρέσεις είναι ο νευρολογικός έλεγχος (δύναμη, αισθητικότητα, αντανακλαστικά) των κάτω άκρων στην οσφυοισχιαλγία και των ραχιαίων και κοιλιακών μυών στην χρόνια οσφυαλγία. Δεν συστήνουν απόλυτο κλινοστατισμό παρά μόνο το 19% για οσφυο-ισχιαλγία, διάρκειας 3-5 ημερών. Ασκήσεις για το σπίτι στη χρόνια οσφυαλγία θα δώσει το 80% των φυσικοθεραπευτών αλλά οι μισοί μόνο στις άλλες περιπτώσεις. Μόνο το 16% θα χρησιμοποιούσε τεχνικές θεραπείας με τα χέρια (manual therapy) και όχι μόνο στην οξεία οσφυαλγία – τεκμηριωμένη θετική δράση, αλλά και στις άλλες περιπτώσεις. Ο αριθμός των συνεδριών θα διαφοροποιούνταν ανάλογα την περίπτωση του ασθενή από 6-10 στην οξεία, 6-15 στην οσφυοισχιαλγία, μέχρι 10-15+ για την χρόνια οσφυαλγία.

Συμπεράσματα: Μολονότι υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς συγκεκριμένες απόψεις σε σχέση με τις διεθνείς κλινικές οδηγίες, η πλειοψηφία των ιατρών και φυσικοθεραπευτών ακολουθούν τις σημαντικότερες αρχές των κλινικών οδηγιών. Σε πολλά ζητήματα χρειάζεται συντονισμός και ενημέρωση από τους αρμόδιους τοπικούς φορείς ώστε να ακολουθούνται όσο το δυνατόν περισσότερο οι θεραπευτικές επιλογές με την πιο τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα.

Λέξεις κλειδιά: ιατροί, φυσικοθεραπευτές, οσφυαλγία, κλινικές οδηγίες, τήρηση.

έναρξη ελαφρών αεροβικών ασκήσεων, όπως το περπάτημα και το κολύμπι, μπορούν να ξεκινήσουν άμεσα, σύμφωνα με την κρίση του θεραπευτή και την αντοχή του ασθενή, ενώ οι ασκή-

σεις ενδυνάμωσης των μυών του κορμού μπορούν να ξεκινήσουν δύο εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.

Ο σύλλογος Φυσικοθεραπευτών των ΗΠΑ (Bigos et al 1994,

Philadelphia Panel 2001), στις κλινικές του οδηγίες για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας, αναφέρεται λεπτομερώς στις τεχνικές-μεθόδους που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους (Πίνακας 1), η θεραπευτική άσκηση από τον φυσικοθεραπευτή συγκεντρώνει υψηλό βαθμό τεκμηρίωσης για χρήση στην υποξεία και χρόνια φάση καθώς και η συνέχιση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου στην οξεία φάση. Μη ικανοποιητική θεραπευτική δράση φαίνεται να έχουν κλασικές τεχνικές, όπως η έλξη, οι θεραπευτικοί υπέρηχοι και ο ΤΕΝΣ στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας, ενώ για άλλες θεραπευτικές εφαρμογές παραμένει αδιευκρίνιστη η αποτελεσματικότητά τους στην οσφυαλγία (EMG biofeedback, μάλαξη, θερμοθεραπεία, ηλεκτρικός μυϊκός ερεθισμός, συνδυασμοί θεραπευτικών μεθόδων). Οι οδηγίες επίσης συμβουλεύουν για έναρξη ήπιας αεροβικής δραστηριότητας μέσα στις πρώτες δύο εβδομάδες, και μετά από 2 εβδομάδες ασκήσεις βελτίωσης της φυσικής κατάστασης, όπως ασκήσεις κοιλιακών ή άλλων μεγάλων μυϊκών ομάδων.

Παρόλες τις διεθνείς κλινικές οδηγίες από αρμόδιες επιστημονικές εταιρίες, οι οποίες είναι βασισμένες στη τεκμηριωμένη κλινική πράξη (evidence based practice), έχει διαπιστωθεί παγκοσμίως ότι ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας που τις ακολουθεί δεν είναι ο αναμενόμενος (Di Iori et al 2000). Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας επη-

ρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τους ασθενείς τους, διαφοροποιώντας την προτεινόμενη θεραπεία ανεξάρτητα από τις κλινικές οδηγίες και με κυρίαρχο κριτήριο τι πιστεύουν εκείνοι για τον ασθενή (Rainville et al 2000).

Τρεις μελέτες καταγράφουν τις απόψεις των ιατρών για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας. Στη μελέτη των Cherkin et al (1995) παρατηρήθηκε μια σημαντική διαφοροποίηση των ιατρών σε σχέση με το κοινό θεραπευτικό πρωτόκολλο για την αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας, αλλά διαπιστώθηκε και περιορισμένη επιστημονική τεκμηρίωση για τις περισσότερες θεραπείες που χρησιμοποιούνται (Cherkin et al 1995). Οι Di Iori και συνεργάτες (2000) εξέτασαν 182 γενικούς ιατρούς για το αν η θεραπευτική τους προσέγγιση ταυτιζόταν με τις πρόσφατες για την εποχή κλινικές οδηγίες αξιολόγησης και θεραπείας της οξείας οσφυαλγίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική διαφοροποίηση, τόσο στην αξιολόγηση των σοβαρών ενδείξεων και στη χρήση ακτινοδιαγνωστικών μεθόδων, όσο και στη θεραπευτική χρήση φαρμάκων και συνταγογράφηση φυσικοθεραπείας. Οι Rainville et al (2000) διερεύνησαν τις απόψεις γενικών ιατρών και ορθοπαιδικών σχετικά με την αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας σε τρεις υποθετικούς ασθενείς με λειτουργικό περιορισμό σχετιζόμενο με την εργασία τους. Σημαντικό εύρημα αποτέλεσε ότι διαφοροποιόταν η αντιμετώπιση των ασθενών ανάλογα τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων όπως προ-

Orthopedic Surgeons And Physiotherapists Opinion For Low Back Pain Management: The Cyprus Case

Georgios Georgoudis^{1,2}, Christos Mpardis³, Eleni Kalamara³, Foteini Christodoulou³, Dimitrios Triantafillopoulos⁴

¹ Research and Applied Physiotherapy Center, Peireas

² Assistant Professor, Physiotherapy Dept., TEI of Athens

³ Physiotherapists, Research Center for Physiotherapeutic Rehabilitation, Nicosia, Cyprus

⁴ Orthopaedic Surgeon, Orthopaedic Dept., "Tzanio" Hospital, Peireas

Corresponding author: Georgios Georgoudis, Antoniou Mpertou 108, Amfiali, Greece

ABSTRACT

Aim of Investigation: The investigation of the level of compliance of orthopedic surgeons and physiotherapists in Cyprus with the international guidelines regarding low back pain (LBP) management.

Methods: In this postal survey, the total number in Cyprus of orthopedic surgeons (N1=80) and physiotherapists (N2=170) were asked to complete a questionnaire with 3 clinical vignettes concerning 3 cases of LBP (acute LBP, acute LBP with sciatica, chronic LBP without sciatica). The health professionals were asked questions regarding the severity of symptoms, the assessment procedures most suitable for each case, the selection of treatment modalities, their preference in using specific physiotherapy techniques and physiotherapy means and their beliefs about prognosis. The survey took place from February to April 2006. The methodology of the study was similar to other national studies already published.

Results: Thirty-five (43%) doctors and 36 (21%) physiotherapists completed the study. Doctors would prescribe bed rest for more than 4 days in sciatica (67%), while physiotherapists would not (93%). Doctors would not differentiate treatment (75%) among the 3 conditions and would prescribe the same physiotherapy regime. A considerable number of physiotherapists (31% and 25%) would not examine for muscle weakness and sensory disturbances in sciatica. The most popular techniques among physiotherapists would be massage and laser therapy, in opposition to Canada and UK. In chronic LBP, physiotherapists would employ many different modalities despite their limited evidence in the literature.

Conclusions: Orthopedic surgeons tend to differentiate from the international guidelines in certain aspects according to their personal beliefs and not the current evidence. Physiotherapists although adhere more to the international guidelines differentiate considerably in specific issues

Key words: doctors, physiotherapists, low back pain, clinical guidelines, adherence.

σωπικά την αντιλαμβανόταν ο κάθε ιατρός, ενώ και οι προσωπικές απόψεις των ιατρών και η αντίληψη τους για τον ασθενή διαφοροποιούσε το είδος της θεραπείας.

Έξι μελέτες περιγράφουν τις απόψεις των φυσικοθεραπευτών για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας. Οι Battie et al (1994) πρώτοι ξεκίνησαν να καταγράφουν τις απόψεις των

φυσικοθεραπευτών πάνω σε έναν υποθετικό ασθενή με οξεία οσφυαλγία χωρίς ισχιαλγία. Στη συνέχεια η Foster και συνεργάτες (1999) σε μια πανεθνική μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία κατέγραψε τις δημοφιλέστερες τεχνικές και μεθόδους, που χρησιμοποιούσαν οι φυσικοθεραπευτές για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας και τους ζήτησε να περιγράψουν

ΕΡΕΥΝΑ

τις προτιμήσεις τους ως προς τα μέσα αποκατάστασης. Σε μια άλλη μελέτη στον Καναδά οι Li και Bombardier (2001), χρησιμοποιώντας τρεις υποτιθέμενους ασθενείς με οξεία και υποξεία οσφυαλγία και οξεία οσφυαλγία με ισχιαλγία, κατέγραψαν τις θεραπευτικές επιλογές των φυσικοθεραπευτών στην κάθε περίπτωση. Χρησιμοποίησαν ανοιχτές ερωτήσεις ώστε να μπορέσουν να προστεθούν οι τυχόν προσωπικές επιλογές των θεραπευτών. Μολονότι κατηγοριοποίησαν τις επιλογές και τις διαχώρισαν έτσι, ώστε να είναι ευκολότερα επεξεργάσιμες, δεν αναφέρουν στοιχεία για τη συχνότητα χρήσης της κάθε θεραπευτικής

επιλογής. Η ομάδα των Gracey, Donoghough και του καθηγητή Baxter (2002) διερεύνησαν σε 157 φυσικοθεραπευτές την κλινική εφαρμογή θεραπείας σε 1062 ασθενείς με οσφυαλγία στη Βόρειο Ιρλανδία.

Οι πιο σύγχρονες μελέτες είναι αυτές των Mikhail et al (2005) και Poitras et al (2005). Οι Poitras et al (2005) μελέτησαν τον τρόπο εφαρμογής φυσικοθεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών σε ασθενείς με οσφυαλγία (με και χωρίς ισχιαλγία) σχετιζόμενη με την εργασία. Σε δείγμα 229 φυσικοθεραπευτών καταγράφηκαν οι θεραπευτικές επιλογές για τον κάθε ασθενή, με ή χωρίς ισχιαλγία. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν

ότι εφαρμόστηκε ένα μεγάλο εύρος θεραπευτικών επιλογών, χωρίς όμως όλες οι επιλογές να αποτελούν θεραπεία εκλογής βάσει τεκμηρίωσης από τη διεθνή βιβλιογραφία. Η μελέτη των Mikhail et al (2005) είχε ως στόχο την καταγραφή της συχνότητας χρήσης των θεραπευτικών επιλογών σε ασθενείς με οξεία οσφυαλγία βάσει της τεκμηριωμένης τους αποτελεσματικότητας. Οι συμμετέχοντες φυσικοθεραπευτές περιέγραφαν την καθημερινή και ιδεατή εφαρμογή φυσικοθεραπείας. Μολονότι η πλειονότητα των φυσικοθεραπευτών εφάρμοζε και κάποιες μη τεκμηριωμένες θεραπευτικές επιλογές, όσοι είχαν αποφοιτήσει πιο πρόσφατα, και είχαν παρακολουθήσει και μετεκπαιδευτικά σεμινάρια, εφάρμοζαν σε ποσοστό 68% τεχνικές με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα.

Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να καταγραφεί στους επαγγελματίες υγείας της Κύπρου που κυρίως ασχολούνται με την οσφυαλγία (ορθοπαιδικοί - ιατροί και φυσικοθεραπευτές), ο βαθμός που ακολουθούν τις διεθνείς οδηγίες στην κλινική τους πράξη. Για να ολοκληρωθεί η μελέτη ακολουθήθηκε η μεθοδολογία αντίστοιχων μελετών διεθνώς, προσφέροντας την ευκαιρία και για άμεση σύγκριση των αποτελεσμάτων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Χρησιμοποιήθηκαν, ως υπόδειγμα για την ανάπτυξη της μεθοδολογίας αυτής της μελέτης, αντίστοιχες διεθνείς ερευνητικές προσπάθειες για ιατρούς

Πίνακας 1. Τεκμηριωμένες και μη θεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας σύμφωνα με τις διεθνείς κλινικές οδηγίες (Philadelphia Panel 2001).

Τύπος Θεραπείας	Οξεία φάση	Υποξεία φάση	Χρόνια φάση
Ασκήσεις	ΑΝ	Α	Α
Συνέχιση καθημερινών δραστηριοτήτων	Α	ΕΔ	ΕΔ
Έλεξη	ΑΝ	ΑΝ	ΑΝ
Υπέρηχοι	ΑΝ	ΕΔ	ΑΝ
TENS	ΑΝ	ΕΔ	ΑΝ
EMG biofeedback	ΕΔ	ΕΔ	ΑΝ
Μάλαξη	ΕΔ	ΕΔ	ΕΔ
Θερμοθεραπεία	ΕΔ	ΕΔ	ΕΔ
Ηλεκτρικός μυϊκός ερεθισμός	ΕΔ	ΕΔ	ΕΔ
Συνδυασμοί θεραπευτικών μεθόδων	ΕΔ	ΕΔ	ΕΔ

*Προσαρμογή από το Philadelphia Panel, 2001

A: αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα.
 ΑΝ: αποδεδειγμένη αναποτελεσματικότητα.
 ΕΔ: ελλιπή δεδομένα ή καθόλου έρευνες στον τομέα.

(Cherkin et al 1995) και φυσικοθεραπευτές (Foster et al 1991, Li & Bombardier 2001).

Συμμετέχοντες

Οι Φυσικοθεραπευτές που συμμετείχαν στη μελέτη αφορούσαν στους εγγεγραμμένους στον Παγκύπριο Σύλλογο Φυσιοθεραπευτών (N=350). Από αυτούς αποκλείστηκαν οι Φυσικοθεραπευτές που απουσίαζαν στο εξωτερικό ή είχαν συνταξιοδοτηθεί, καθώς και εκείνοι που ασχολούνταν αποκλειστικά ή ο κύριος όγκος δουλειάς τους ήταν με ασθενείς με άλλα προβλήματα, όπως νευρολογικά, μετεγχειρητικά και καρδιοαναπνευστικά. Τελικά, ο πληθυσμός ενδιαφερόμετος των φυσικοθεραπευτών ήταν 170 Φυσικοθεραπευτές (N=170, 48% του συνόλου) στους οποίους αποστάλθηκε το ερωτηματολόγιο. Ο πληθυσμός των Ορθοπαιδικών ιατρών ήταν 80 άτομα (N=80), και λόγω της ειδικότητας τους θεωρήθηκαν όλοι τους κατάλληλοι για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Κατασκευή του Ερωτηματολογίου

Αφού εξηγήθηκαν οι λεπτομέρειες της μελέτης στη πρώτη και εισαγωγική σελίδα του ερωτηματολογίου, καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία των Ιατρών (Ι) - Φυσικοθεραπευτών (Φ/θ) και ερωτήθηκαν τα παρακάτω: ο αριθμός των ετών που ασκούν την ειδικότητα ή τα έτη από τη λήψη πτυχίου (φυσικοθεραπευτές), εάν εργάζονται σε νοσοκομείο/κλινική, ή μόνο σε ιδιωτικό ιατρείο-φυσικοθεραπευτήριο,

και ο αριθμός των οσφυαλγικών ασθενών που βλέπουν την ημέρα.

Το ερωτηματολόγιο αναφερόταν σε τρεις υποθετικούς οσφυαλγικούς (με ή χωρίς ισχιαλγία) ασθενείς: α) Γυναίκα 28 ετών με οξεία οσφυαλγία, β) Άνδρα 35 ετών με οξεία οσφυοϊσχιαλγία και γ) Γυναίκα 50 ετών με χρόνια οσφυαλγία. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η πλήρης περιγραφή της υποθετικής κατάστασης των ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο, που απεστάλη στους ιατρούς, περιείχε δύο ερωτήσεις στις οποίες ο ιατρός πρέπει να εκτιμήσει την

σοβαρότητα της παθολογίας και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ασθενή, δύο ερωτήσεις για τη συνέχιση ή μη των καθημερινών δραστηριοτήτων και την σύσταση ή μη αυστηρής κατάκλισης. Τέλος, υπάρχουν και δύο ερωτήσεις για τη θεραπεία που θα συστήσουν στον ασθενή (φάρμακα, φυσικοθεραπεία, χειρουργείο κ.α.) και σε περίπτωση που θα συστήσουν φυσικοθεραπεία, το είδος της φυσικοθεραπείας (ασκήσεις, υπέρηχοι, laser, κ.α.).

Το ερωτηματολόγιο, που απεστάλη στους φυσικοθεραπευτές, περιείχε τις ίδιες ερωτήσεις για

Πίνακας 2. Τα τρία κλινικά παραδείγματα που δόθηκαν στους ιατρούς-φυσικοθεραπευτές, προκειμένου να απαντήσουν τις ερωτήσεις.

Ασθενής 1: Οξεία Οσφυαλγία

Ιδιοκτήτρια καφετέρας 28 ετών με ιστορικό 7 ημερών έντονου πόνου στην οσφυ χωρίς αναφερόμενο πόνο στο πόδι. Τα συμπτώματα ξεκίνησαν με το σήκωμα ενός κιβωτίου 10 κιλών. Αισθάνεται μεγάλο άγχος, επειδή δεν μπορεί να επιστρέψει στη δουλειά της εξαιτίας του πολύ έντονου πόνου. Μπορεί να μείνει καθιστή για 10 λεπτά, μπορεί να περπατήσει το πολύ 100 μέτρα και κοιμάται καλά τα βράδια. Το πρωί δυσκολεύεται πολύ να σηκωθεί από το κρεβάτι και τα πρώτα 10 λεπτά ο πόνος είναι πολύ έντονος. Δεν υπάρχει ιστορικό τραύματος. Στον ακτινολογικό έλεγχο δεν παρατηρείτε τίποτα το μη φυσιολογικό.

Ασθενής 2: Οξεία Οσφυοϊσχιαλγία

Μηχανικός αυτοκινήτων 35 ετών με ιστορικό 4 ημερών έντονου πόνου στην οσφυ που ακτινοβολεί στην περιοχή του γαστροκνημίου και στην έξω πλευρά του ποδιού. Ο πόνος ξεκίνησε προσπαθώντας να πιάσει ένα κατσαβίδι, σκύβοντας και στρίβοντας. Δεν υπάρχει ιστορικό τραύματος. Τα συμπτώματά του επιδεινώνονται όταν κάθεται ή οδηγεί. Ο πόνος τον ξύπνησε αρκετές φορές τα προηγούμενα βράδια. Το αντανάκλαστικό του Αχιλλείου είναι μειωμένο αλλά δεν έχει απώλεια δύναμης. Στο Straight Leg Raise έχει τροχιά 45 μοιρών. Στον ακτινολογικό έλεγχο δεν εμφανίζονται οστεόφυτα ή στένωση μεσοσπονδύλιων διαστημάτων αλλά μόνο αλλαγές στάσης εξαιτίας του έντονου μυϊκού σπασμού.

Ασθενής 3: Χρόνια Οσφυαλγία

Νοικοκυρά 50 ετών με ιστορικό 3 ετών συχνών οσφυαλγικών κρίσεων. Την παρακολουθούσαν αρκετοί γιατροί και έκανε συχνά φυσικοθεραπείες και χειροπρακτική αλλά είναι απογοητευμένη από τα φτωχά αποτελέσματα. Έχει έντονο πόνο στην οσφυ χωρίς αναφερόμενο πόνο στο πόδι. Στην κλινική εξέταση έχει σοβαρό περιορισμό στην κάμψη του κορμού. Στον ακτινολογικό έλεγχο εμφανίζονται οστεόφυτα σε πολλά επίπεδα αλλά όχι στένωση μεσοσπονδύλιων διαστημάτων.

Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.					
	Ιατροί		Φυσικοθεραπευτές		
	n	%	N	%	
Χρόνια στην ειδικότητα					
1 έως 5	12	34%	12	33%	
6 έως 10	8	23%	9	25%	
11 έως 15	4	11%	9	25%	
16 έως 20	5	14%	5	14%	
21 -	6	17%	1	3%	
Χώρος Εργασίας					
Κλινική / Νοσοκομείο	27	77%	5	14%	
Ιδιωτικό Γραφείο	8	23%	27	75%	
Επισκέψεις κατ' οίκον	0	0%	4	11%	
Αριθμός ασθενών /ημέρα					
1 έως 5	28	80%	28	78%	
6 έως 10	7	20%	6	17%	
11 -	0	0%	1	3%	

την εκτίμηση της παθολογίας και των συμπτωμάτων του ασθενή, μία ερώτηση για το είδος της εξέτασης/αξιολόγησης που θα χρησιμοποιούσε ο φυσικοθεραπευτής και μία ερώτηση για το είδος της φυσικοθεραπείας που θα επέλεγε για τον κάθε υποθετικό ασθενή. Τέλος υπήρχαν ερωτήσεις για τον αριθμό των συνεδριών που θα εκτελούσαν στον κάθε ασθενή και για την αποτελεσματικότητα που πιστεύουν ότι θα είχε το είδος της θεραπείας που επέλεξαν.

Αποστολή του Ερωτηματολογίου

Η αποστολή του ερωτηματολογίου έγινε ταχυδρομικά τον Φεβρουάριο του 2005. Στον φάκελο υπήρχε προπληρωμένος απαντητικός φάκελος. Δόθηκε η δυνατότητα στους ερωτώμενους να επιστρέψουν τις απαντήσεις μέσω τηλεομοιότυπου, ηλεκτρο-

νικού ταχυδρομείου, απλού ταχυδρομείου ή ταχυδρομικής υπηρεσίας «πόρτα-πόρτα». Μετά ένα μήνα έγινε για δεύτερη φορά αποστολή του ερωτηματολογίου σε όσους δεν είχαν απαντήσει.

Στατιστική Ανάλυση

Τα δεδομένα περιγράφηκαν με τη χρήση περιγραφικών στατιστικών, συχνοτήτων και πινάκων (crosstabulation). Προκειμένου να ελεγχθούν τυχόν διαφορές για τα δεδομένα που ήταν ονομαστικά (nominal data) ή κατηγορικά (ordinal data) ακολουθήθηκε η διαδικασία του Chi-square και του Fischer exact test. Για τα αναλογικά δεδομένα (ratio data) ακολουθήθηκε η δοκιμασία του t-test ή ANOVA. Εξαιτίας των πολλαπλών συγκρίσεων προσαρμόστηκε το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας κατά Bonferonni στο $p=0.01$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρελήφθησαν 35 απαντήσεις από ιατρούς (43% του συνόλου των ιατρών) και 36 απαντήσεις από φυσικοθεραπευτές (21% του συνόλου των φυσικοθεραπευτών). Τα δημογραφικά στοιχεία ιατρών και φυσικοθεραπευτών περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 3. Ο μέσος ιατρός που συμμετείχε είχε 1-10 χρόνια στην ειδικότητα, εργαζόταν σε νοσοκομείο και έβλεπε 1-5 ασθενείς με οσφυαλγία την ημέρα. Αντίστοιχα, ο μέσος φυσικοθεραπευτής που συμμετείχε είχε 1-15 χρόνια εργασιακής εμπειρίας, δούλευε κυρίως σε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο, και έβλεπε 1-5 ασθενείς με οσφυαλγία την ημέρα.

Απόψεις Φυσικοθεραπευτών

Το σύνολο των απόψεων των φυσικοθεραπευτών που συμμετείχαν στη μελέτη, καθώς και οι όποιες στατιστικά σημαντικές τιμές, που προέκυψαν σε σχέση με την διαφοροποίηση της θεραπείας εκλογής ανάλογα με το περιστατικό, παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Σε σχέση με τη συνέχιση των δραστηριοτήτων οι φ/θ συνήθως προτείνουν για την οξεία οσφυαλγία σχετικά μικρούς περιορισμούς (9% - κανένα περιορισμό, 50% - μόνο αποφυγή των επώδυνων, 25% - ελαφρές εργασίες μόνο) όπως και για την χρόνια οσφυαλγία (31% - κανένα περιορισμό, 31% - μόνο αποφυγή των επώδυνων, 31% - ελαφρές εργασίες μόνο). Διαφοροποιούνται μόνο στη περίπτωση της οξείας οσφυοϊσχιαλγίας, όπου πάνω από τους μισούς θα πρότει-

Πίνακας 4. Συνολικά αποτελέσματα για τους φυσικοθεραπευτές και τις απόψεις τους σε σχέση με τους 3 υποθετικούς ασθενείς. Με (*) περιγράφονται οι στατιστικά σημαντικές διαδικασίες (ANOVA between groups)

	Οξεία Οσφυαλγία		Οξεία Οσφυαλγία/Ισχιαλγία		Χρόνια Οσφυαλγία	
	N	%	N	%	N	%
Φυσικοθεραπευτές (N=32)						
1 Πώς θα χαρακτηρίζατε τα συμπτώματα;						
Πολύ ήπια	0	0%	0	0%	0	0%
Ήπια	4	13%	0	0%	6	19%
Μέτρια	25	78%	9	28%	14	44%
Σοβαρά	3	9%	17 (*)	53%	11	34%
Πολύ Σοβαρά	0	0%	6 (*)	19%	1	3%
2 Τα συμπτώματα προέρχονται από τη ΣΣ						
Δεν προέρχονται από την Σπιν. Στήλη	4	13%	0	0%	0	0%
Ελαφριά Παθολογία	12	38%	2	6%	2	6%
Μέτρια Παθολογία	14	44%	6	19%	21	66%
Σοβαρή Παθολογία	2	6%	20	63%	9	28%
Πολύ Σοβαρή Παθολογία	0	0%	4	13%	0	0%
3. Θα συστήνατε για την εργασία:						
Να μην περιορίσει τις ασχολίες	3 (*)	9%	1	3%	10	31%
Να περιορίσει μόνο τις επώδυνες ασχολίες	16 (*)	50%	3	9%	10	31%
Να κάνει μόνο ελαφριές εργασίες	8	25%	8	25%	10	31%
Να κάνει μόνο ό,τι είναι απολύτως αναγκαίο	5	16%	18 (*)	56%	2	6%
Να παραμείνει αυστηρά στο κρεβάτι	0	0%	2 (*)	6%	0	0%
4. Τι δοκιμασίες αξιολόγησης θα κάνατε ;						
Επισκόπηση / ψηλάφηση	30	94%	29	91%	30	94%
Μέτρηση τροχιάς κίνησης Οσφύος	23	72%	25	78%	27	84%
Έλεγχος δύναμης κοιλιακών μυών	9	28%	9	28%	16	50%
Έλεγχος δύναμης ραχιαίων μυών	7	22%	7	22%	18	56%
Έλεγχος δύναμης μυών κάτω άκρου	9	28%	22 (*)	69%	9	28%
Έλεγχος αισθητικότητας	10	31%	24 (*)	75%	10	31%
Δοκιμασία άρσης ποδιού (SLR)	24	75%	29	91%	16 (*)	50%
5. Τι φυσιοθεραπεία θα συστήνατε;						
Ασκήσεις φυσιοθεραπευτήριου	10	31%	14	44%	20	63%
Ασκήσεις στο σπίτι	13	41%	14	44%	25 (*)	78%
Κινητοποίηση McKenzie	17	53%	19	59%	16	50%
Manipulation	5	16%	5	16%	5	16%
Μάλαξη	21	66%	19	59%	24	75%
Υπερήχους	17	53%	14	44%	12	38%
Διασταυρούμενα	13	41%	11	34%	10	31%
TENS	15	47%	20	63%	16	50%
Διαθερμία	14	44%	13	41%	14	44%
Βελονισμό	5	16%	7	22%	6	19%
Έλξη	2	6%	12 (*)	38%	0	0%
Laser	5	16%	7	22%	5	16%
Υδροθεραπεία - πισίνα	6	19%	7	22%	20 (*)	63%
Εκπαίδευση	26	81%	24	75%	23	72%
Συμβουλή για ζώνη Οσφύος	6	19%	11	34%	0 (*)	0%
Συμβουλή για κλινοστατισμό	1	3%	6 (*)	19%	0	0%
Αριθμός ημερών: 1 to 2 days	1 (*)	100%	2	33%	0	0%
3 to 5 days	0	0%	6 (*)	100%	0	0%
Πιστεύετε ότι θα βελτιωθεί με τη Φ/Θ;	32	100%	31	97%	25	78%
6. Πόσες συνεδρίες						
1--5	7	22%	0	0%	0	0%
6--10	21	66%	13	41%	15	47%
11--15	4	13%	18	50%	11	34%
16+	0	0%	3	9%	6 (*)	19%

νε ο ασθενής να κάνει μόνο ότι είναι απαραίτητο- 56%, ή να παραμείνει αυστηρά στο κρεβάτι - 6%.

Κατά την αξιολόγηση του ασθενή (ερώτηση 4) όλοι σχεδόν οι φυσικοθεραπευτές θα έκαναν επισκόπηση/ψηλάφηση και θα μέτραγαν την τροχιά κίνησης της ΟΜΣΣ. Τη δύναμη των κοιλιακών και των ραχιαίων (50% και 56%) θα την έλεγχαν κυρίως στη περίπτωση της χρόνιας οσφυαλγίας, ενώ στην οξεία οσφυοϊσχιαλγία ο έλεγχος της δύναμης των κάτω άκρων, ο έλεγχος αισθητικότητας και η δοκιμασία ανύψωσης τεντωμένου σκέλους (SLR) είναι για όλους σχεδόν μέσα στη ρουτίνα της διαδικασίας της αξιολόγησης.

Στην ερώτηση 5 που αφορούσε στα φυσικοθεραπευτικά μέσα προσδιορίστηκε η κλινικά σημαντική συχνότητα χρήσης των φυσικοθεραπευτικών μεθόδων όταν τουλάχιστον το 50% των φυσικοθεραπευτών θα τις επέλεγε ως προτεινόμενη θεραπευτική επιλογή. Για τους φυσικοθεραπευτές σε σχέση με το περιστατικό διαμορφώνεται η προτεινόμενη φυσικοθεραπεία ως εξής:

A. Για την οξεία οσφυαλγία: Εκπαίδευση (81%), Τεχνικές μάλαξης (66%), Θεραπευτικοί Υπέρηχοι (53%), Κινητοποίηση κατά McKenzie (53%)

B. Για την οξεία οσφυοϊσχιαλγία: Εκπαίδευση (75%), ΤΕΝΣ (63%), Τεχνικές μάλαξης (59%), Κινητοποίηση κατά McKenzie (59%)

Γ. Για τη χρόνια οσφυαλγία: Ασκήσεις στο σπίτι (78%), Τεχνικές μάλαξης (75%), Εκπαίδευση (72%), Ασκήσεις στο φυσικοθε-

ραπειτήριο (63%), Υδροθεραπεία-Πισίνα (63%), ΤΕΝΣ (50%), Κινητοποίηση κατά McKenzie (50%).

Απόψεις Ιατρών

Αντίστοιχα στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απόψεις των ιατρών συνολικά για κάθε περίπτωση υποθετικού ασθενή (Πίνακας 5).

Χαρακτηριστικό εύρημα για τους ιατρούς στην ερώτηση 3, εάν δηλαδή θα συνιστούσαν περιορισμό των δραστηριοτήτων των ασθενών, είναι ότι στην περίπτωση της οξείας οσφυοϊσχιαλγίας συστήνουν σε μεγάλο βαθμό (86%) περιορισμό μόνο στις δραστηριότητες που είναι αναγκαίες (37%), ή αυστηρό κλινοστατισμό (49%). Στη τελευταία δε περίπτωση (ερώτηση 4), το 68% των ιατρών θα επέβαλλε υποχρεωτική κατάκλιση για μια εβδομάδα (34%), ή και περισσότερο μέχρις ότου περάσουν τα συμπτώματα (34%)! Σε σχέση με την κατάκλιση διαφοροποιείται η περίπτωση της χρόνιας οσφυαλγίας, όπου οι περισσότεροι (77%) συστήνουν κατάκλιση μόνο όταν τα συμπτώματα γίνονται έντονα (57%), ή όπως συνήθιζε ο ασθενής προ του επεισοδίου (20%)

Σε όλες τις περιπτώσεις (80%-91%) οι ιατροί θα συνταγογραφούσαν μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη ανεξαρτήτου της ιδιαιτερότητας της πάθησης, ενώ περίπου το 1/3 εξ αυτών θα συνταγογραφούσε μόνο παυσίπονα. Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει ότι ο ένας στους τέσσερις ιατρούς θα πρότεινε ζώνη οσφύς μόνο για τη χρόνια οσφυαλγία. Επίσης η χρήση του βελονισμού θα απο-

τελούσε επιλογή μόνο στη χρόνια οσφυαλγία και από ένα μικρό ποσοστό ιατρών (6%).

Ως προς την παραπομπή για φυσικοθεραπεία οι ιατροί εμφανίζουν την διάθεση να παραπέμπουν για φυσικοθεραπεία σε σχετικά ικανοποιητικό βαθμό (69% - 80%). Παρουσιάζονται εκείνα τα φυσικοθεραπευτικά μέσα, τα οποία συνταγογραφήθηκαν από τους ιατρούς τουλάχιστον σε ποσοστό 30% και άνω. Με αυτό το κριτήριο οι επιλογές των ιατρών ήταν:

A. Για την οξεία οσφυαλγία: θεραπευτικοί υπέρηχοι (49%), πρόγραμμα ασκήσεων (37%), χρήση πισίνας (37%), διαθερμία μικροκυμάτων (31%)

B. Για την οξεία οσφυοϊσχιαλγία: θεραπευτικοί υπέρηχοι (54%), χρήση πισίνας (40%), πρόγραμμα ασκήσεων (31%), διαθερμία μικροκυμάτων (34%), ΤΕΝΣ (34%)

Γ. Για τη χρόνια οσφυαλγία: χρήση πισίνας (71%), πρόγραμμα ασκήσεων (69%), θεραπευτικοί υπέρηχοι (49%).

Ειδικές Συγκρίσεις

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται κάποια σημαντικά αποτελέσματα, με στόχο την άμεση σύγκριση ιατρών-φυσικοθεραπευτών βάσει της ερώτησης για τον κλινοστατισμό. Στο Γράφημα 1 γίνεται σύγκριση των απόψεων φυσικοθεραπευτών και ιατρών σε ότι αφορά στον κλινοστατισμό. Χαρακτηριστικά, στην οξεία οσφυαλγία η συντριπτική πλειοψηφία των φυσικοθεραπευτών δεν θα πρότεινε κλινοστατισμό (97%), ενώ ο κύριος όγκος των ιατρών θα συνιστούσε 0-2 ημέρες

Πίνακας 5. Συνολικά αποτελέσματα για τους ιατρούς και τις απόψεις τους σε σχέση με τους 3 υποθετικούς ασθενείς. Με (*) περιγράφονται οι στατιστικά σημαντικές διαδικασίες (ANOVA between groups).

	Οξεία Οσφυαλγία		Οξεία Οσφυαλγία/Ισχιαλγία		Χρόνια Οσφυαλγία	
	N	%	N	%	N	%
Ιατροί (N=35)						
1. Πώς θα χαρακτηρίζατε τα συμπτώματα						
Πολύ ήπια	0	0%	0	0%	0	0%
Ήπια	5	14%	0	0%	3	9%
Μέτρια	21 (*)	60%	8	23%	15	43%
Σοβαρά	9	26%	22 (*)	63%	17	49%
Πολύ Σοβαρά	0	0%	5	14%	0	0%
2. Τα συμπτώματα προέρχονται από						
Δεν προέρχονται από την Σ.Σ.	7 (*)	20%	3	9%	3	9%
Ελαφριά Παθολογία	9 (*)	26%	3	9%	2	6%
Μέτρια Παθολογία	18	51%	9	26%	15	43%
Σοβαρή Παθολογία	1 (*)	3%	17	49%	15	43%
Πολύ Σοβαρή Παθολογία	0	0%	3	9%	0	0%
3. Θα συστήνατε εργασίες						
Να μην περιορίσει τις ασχολίες της	0	0%	1	3%	4	11%
Να περιορίσει μόνο τις επώδυνες ασχολίες	9	26%	2	6%	8	23%
Να κάνει μόνο ελαφριές εργασίες	8	23%	2	6%	14 (*)	40%
Να κάνει μόνο ό,τι είναι απολύτως αναγκαίο	12	34%	13	37%	6	17%
Να παραμείνει αυστηρά στο κρεβάτι	6	17%	17 (*)	49%	3	9%
4 Θα συστήνατε κατάκλιση						
Να μην ξαπλώνει περισσότερο από πριν	3	9%	1	3%	7 (*)	20%
Να ξαπλώνει όταν πονάει	10	29%	6	17%	20 (*)	57%
Υποχρεωτική κατάκλιση δύο ημερών	7	20%	4	11%	3	9%
Υποχρεωτική κατάκλιση μίας εβδομάδας	9 (*)	26%	12 (*)	34%	3	9%
Υποχρεωτική κατάκλιση μέχρι να περάσει ο πόνος	6	17%	12 (*)	34%	2	6%
5. Τι θεραπεία θα συστήνατε;						
Μόνο παυσίπονα	10	29%	9	26%	11	31%
NSAIDs	28	80%	32	91%	29	83%
Ζώνη Οσφύος	1	3%	5	14%	8 (*)	23%
Φυσιοθεραπεία	26	74%	24	69%	28	80%
Manipulation	2	6%	3	9%	2	6%
Injections	0	0%	2	6%	1	3%
Χειρουργείο	0	0%	2	6%	0	0%
Βελονισμό	0	0%	0	0%	2 (*)	6%
6. Τι είδους φυσιοθεραπεία θα συστήνατε;						
Ασκήσεις	13	37%	11	31%	24 (*)	69%
Κινητοποίηση McKenzie	10	29%	9	26%	10	29%
Manipulation	4	11%	3	9%	3	9%
Μάλαξη	7	20%	6	17%	7	20%
Υπερήχους	17	49%	19	54%	17	49%
Διασταυρούμενα	2	6%	4	11%	0	0%
TENS	10	29%	12	34%	10	29%
Διαθερμία	11	31%	12	34%	10	29%
Έλξη	1	3%	7 (*)	20%	3	9%
Laser	2	6%	3	9%	1	3%
Πισίνα	13	37%	14	40%	25 (*)	71%



(20%) ή περισσότερες από 4 ημέρες (43%). Στην οξεία οσφυοϊσχιαλγία η πλειονότητα των φυσικοθεραπευτών (78%) δεν θα πρότεινε κλινοστατισμό ενώ αντίθετα ο κύριος όγκος των ιατρών θα συνταγογραφούσαν κλινοστατισμό άνω των 4 ημερών (69%). Στην χρόνια οσφυαλγία κανείς φυσικοθεραπευτής (100%) δεν θα σύστηνε αυστηρή παραμονή στο κρεβάτι, ενώ το 14% των ιατρών θα πρότεινε άνω των 4 ημερών αυστηρό κλινοστατισμό.

Ενδιαφέρον αποτελεί η σύγκριση του προτεινόμενου πρωτοκόλλου φυσικοθεραπείας στον ασθενή με χρόνια οσφυαλγία, μεταξύ ιατρών και φυσικοθεραπευτών (Γράφημα 2). Η πληθώρα των φυσικοθεραπευτών θα επέλεγε με σειρά συχνότητας τη μάλαξη, τους θεραπευτικούς υπέρηχους, τις ασκήσεις McKenzie, τα ΤΕΝΣ, την διαθερμία, τα διασταυρούμενα ρεύματα και τις ασκήσεις. Αντίστοιχα οι ιατροί τους θεραπευτικούς υπέρηχους, τη χρήση πισίνας, τις ασκήσεις, την διαθερμία, τα ΤΕΝΣ και τις ασκήσεις

McKenzie. Στη συζήτηση γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες χώρες (Γράφημα 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να καταγράψει τις απόψεις και την κλινική πρακτική ιατρών και φυσικοθεραπευτών στην Κύπρο σε σχέση με την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας βάσει τριών υποθετικών ασθενών με οξεία οσφυαλγία, οξεία οσφυοϊσχιαλγία και χρόνια οσφυαλγία. Επιπρόσθετος στόχος ήταν η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τις διεθνείς οδηγίες και τις φυσικοθεραπευτικές μεθόδους τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας (evidenced-based physiotherapy practice), που εφαρμόζονται διεθνώς.

Σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού ενδιαφέροντος (Φυσικοθεραπευτές και Ορθοπαιδικό Ιατροί) συμμετείχε ένα σχετικά ικανοποιητικό ποσοστό θεραπευτών (43% των ιατρών- 21% των φυσικοθεραπευτών), παρότι ο απόλυτος αριθμός τους για κάθε ομάδα δεν ήταν ιδιαίτερα μεγάλος (N=35 και N=36 αντίστοι-

χα). Ωστόσο, σε αντίστοιχες μελέτες χρησιμοποιείται δείγμα που αντιπροσωπεύει το 10% του πληθυσμού ενδιαφέροντος (Li & Bombardier 2001).

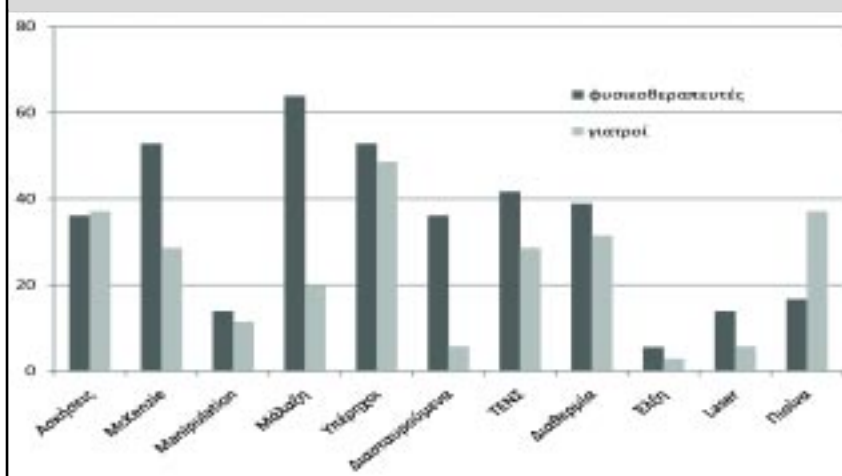
Σε σχέση με την ερώτηση που αφορά στον περιορισμό των δραστηριοτήτων (ερώτηση 3) παρατηρούνται σαφείς αποκλίσεις των αποτελεσμάτων μας σε σχέση με τις προτεινόμενες διεθνείς οδηγίες. Για την οξεία οσφυαλγία οι διεθνείς οδηγίες περιγράφουν σαφή υπόδειξη για συνέχιση των δραστηριοτήτων με λίγο ή καθόλου περιορισμό της δραστηριότητας (AHCPR1994, BMJ 2000, Philadelphia Panel 2001). Στο δείγμα μας μόνο το 38% των Κυπρίων ορθοπαιδικών ιατρών ακολουθεί αυτές τις οδηγίες και περίπου το 59% των φυσικοθεραπευτών. Κάτι τέτοιο δεν είναι πρωτοφανές αφού και σε άλλες χώρες, αντίστοιχες μελέτες με την παρούσα αποκαλύπτουν την μη-συμμόρφωση των θεραπευτών με τις αντίστοιχες διεθνείς οδηγίες (Di Iori et al 2000, Philadelphia Panel 2001).

Οι διεθνείς οδηγίες για την φαρμακευτική αντιμετώπιση της οξείας και χρόνιας οσφυαλγίας από τον ιατρό είναι σαφείς. Στην οξεία φάση προτείνεται ως πρώτη επιλογή η χρήση αναλγητικών, όπως η παρακεταμόλη. Εφόσον ο ασθενής πάρει αξιόλογες δόσεις και δεν ανακουφισθεί, τότε μπορούν να συνταγογραφηθούν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ). Εάν ήδη του χορηγείται κάποιο ΜΣΑΦ, τότε μπορεί να γίνει κάποιος από τους παρακάτω συνδυασμούς: ΜΣΑΦ & ήπια οπιοειδή, παρακεταμόλη & ήπια οπιοειδή, ή ΜΣΑΦ &

μυοχαλαρωτικά (Bigos et al 1994, RCGP 1996, ACC & NHC 1997, DIHTA 1999, Faas et al 1996, VWA 1996, GMS 1997). Στην περίπτωση που ο ασθενής εξακολουθεί να υπολείπεται στις καθημερινές του δραστηριότητες, προτείνεται μια σειρά από χειρισμούς (manipulation) για την πιο γρήγορη αποκατάσταση της λειτουργικής του ικανότητας (European Commission 2005). Στην χρόνια φάση η βραχυπρόθεσμη χρήση ΜΣΑΦ και ήπιων οπιοειδών μπορεί αρχικά να συνταγογραφηθεί, ενώ και τα αντικαταθλιπτικά (νοραδρενεργικά ή σεροτονινεργικά), μυοχαλαρωτικά και η καψαϊκίνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για αναλγησία (European Commission 2002, 2005). Οι Κύπριοι ιατροί φαίνεται να ακολουθούν ικανοποιητικά τις διεθνείς οδηγίες. Περιορίζουν τις επιλογές τους σε ΜΣΑΦ και αναλγητικά τόσο για την οξεία (80%-91%) όσο και την χρόνια φάση (83%), παρότι θεωρούν κατά πολύ πιο προτιμώμενη τη θεραπεία με ΜΣΑΦ από ότι με παρακεταμόλη (26%-31%).

Αξιολόγο ποσοστό μεταξύ των θεραπευτικών επιλογών των ιατρών λαμβάνει η παραπομπή για φυσικοθεραπεία τόσο για την οξεία (69%-74%) όσο και για τη χρόνια φάση (80%). Κάτι τέτοιο είναι ιδιαίτερα θεμιτό αφού ήδη υπάρχει ως οδηγία – παραπομπή σε ειδικό για χειρισμούς με τα χέρια (manipulation) (βλ. παραπάνω παράγραφο). Παρότι αυτή η θεωρητική επιλογή της ιατρικής κοινότητας ειδικά για την οξεία και υπο-οξεία φάση της οσφυαλγίας φαντάζουν προς τη σωστή κατεύθυνση της πολυδύναμης

Γράφημα 2. Ποσοστά απαντήσεων ιατρών και φυσικοθεραπευτών στην 4η ερώτηση: «Τι φυσικοθεραπεία θα συστήνατε στον ασθενή με χρόνια οσφυαλγία;»



αντιμετώπισης της οσφυαλγίας, στην κλινική πράξη ένα πολύ μικρό μόνο ποσοστό ασθενών σε οξεία φάση καταλήγει στους Κύπριους φυσικοθεραπευτές, ενώ αυτό αυξάνεται στη χρόνια οσφυαλγία χωρίς όμως να προσεγγίζει τη μαζικότητα που εκφράζεται στα αποτελέσματα της μελέτης αυτής (θεωρητική παραπομπή του 80% των ασθενών) (προσωπική επικοινωνία, Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών Κύπρου, 2008).

Όμως, φαίνεται ότι και η φυσικοθεραπευτική κοινότητα δεν συμβαδίζει με τις κλινικές οδηγίες σε ότι αφορά στους χειρισμούς με τα χέρια (manipulation). Μόνο το 16% των φυσικοθεραπευτών, τόσο στην οξεία, όσο και στη χρόνια φάση, θα εφαρμόζε αυτές τις τεχνικές και μάλιστα χωρίς να αντιλαμβάνεται τη μεγαλύτερη αναγκαιότητα χρήσης τους στην οξεία φάση, όπως περιγράφουν οι οδηγίες. Χρειάζεται να γίνει προσεκτική επανεκτίμηση της χρήσης των τεχνικών Manual Therapy (manipulation) από την φυσικοθεραπευτική κοι-

νότητα και να χρησιμοποιηθούν πραγματικά εκεί που έχουν τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα χωρίς υπερβολές χρήσης από την μία και παραγκωνισμό τους από την άλλη.

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα είναι η χρήση της ζώνης οσφύς από τους Κύπριους ιατρούς που την προτιμούν κυρίως στη χρόνια φάση της οσφυαλγίας (23%), και από τους φυσικοθεραπευτές που κυρίως την προτείνουν στην οξεία φάση (19%-34%). Τα συμπεράσματα συστηματικής ανασκόπησης (Jellema et al 2001) αλλά και διεθνών κλινικών οδηγιών (Philadelphia Panel 2001, European Commission 2005) για τη χρήση της ζώνης οσφύς καταλήγουν ότι είναι πολύ περιορισμένα τα ευρήματα ότι η ζώνη οσφύς μπορεί να είναι καλύτερη από την μη-θεραπεία. Ειδικότερα, η πληθώρα των στοιχείων προέρχεται από τυχαίοποιημένες μελέτες, που αφορούσαν στην οξεία φάση (6 μελέτες), εκτός από μία που αφορούσε στην χρόνια (Million et al 1981). Συνεπώς, οι ιατροί και οι

φυσικοθεραπευτές της μελέτης αυτής φαίνεται να διαφοροποιούνται τόσο μεταξύ τους όσο και με τις κλινικές οδηγίες, ως προς τη χρήση ζώνη οσφύος στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας. Σαφώς είναι επιτακτική η περαιτέρω μελέτη του θέματος πριν εξαχθούν πιο ασφαλή συμπεράσματα.

Σημαντικό εύρημα σε αυτήν τη μελέτη είναι η πληθώρα χρήσης φυσικοθεραπευτικών μεθόδων εκ μέρους ιατρών και φυσικοθεραπευτών, και η ουσιαστική έλλειψη κοινά αποδεκτού πρωτοκόλλου θεραπείας για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας. Οι πιο συχνές μέθοδοι θεραπείας για την οσφυαλγία βρέθηκε να είναι η εκπαίδευση, η μάλαξη, οι θεραπευτικοί υπέρηχοι, η κινητοποίηση κατά McKenzie και οι ασκήσεις. Πιο συγκεκριμένα, κατά την άποψη των Κυπρίων ορθοπαιδικών και στις τρεις υποθετικές περιπτώσεις ασθενών θα συνταγογραφούσαν θεραπευτικούς υπέρηχους (49%-54%), θεραπευτική άσκηση (31%-69%), άσκηση σε πισίνα (37%-71%) και εφαρμογή αναλγητικών ρευμάτων ΤΕΝΣ και διαθερμίας (29%-34%). Αντίστοιχα οι φυσικοθεραπευτές θα εφαρμόζαν εκπαίδευση (72%-81%), τεχνικές μάλαξης (59%-75%), κινητοποίηση κατά McKenzie (50%-59%), ΤΕΝΣ (47%-63%), θεραπευτικούς υπέρηχους (38%-53%), ασκήσεις (χρόνια οσφυαλγία: 78%), υδροθεραπεία-πισίνα (χρόνια οσφυαλγία: 63%). Η σύγκριση των παραπάνω αποτελεσμάτων με την βιβλιογραφία θα γίνει για κάθε θεραπευτικό μέσο ξεχωριστά.

Εκπαίδευση

Δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ούτε για σύσταση χρήσης ούτε για σύσταση μη-χρήσης για την εκπαίδευση (BMJ 2000, Brox et al 2008). Συστήνεται μόνο η εκπαίδευση για λόγους βελτίωσης της απουσίας από την δουλειά, καθώς και πρόγραμμα εκπαίδευσης με στοιχεία γνωσιακής θεραπείας για ασθενείς προγραμματισμένους για χειρουργείο (Brox et al, 2008). Συνεπώς, μόνο επικουρικό ρόλο θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι έχει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης. Θα μπορούσε έτσι να αποτελεί συμπληρωματικό στοιχείο της θεραπευτικής προσέγγισης η εκπαίδευση που προτείνουν οι Κύπριοι φυσικοθεραπευτές. Αντίθετα οι Κύπριοι ιατροί φαίνεται να επιβεβαιώνονται από την βιβλιογραφία αφού δεν αποτελεί προτεραιότητα η εκπαίδευση των ασθενών τους.

Μάλαξη

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις τύπου Α (η πιο τεκμηριωμένη ερευνητική απόδειξη) ότι η μάλαξη είναι αποτελεσματική για την χρόνια οσφυαλγία τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και ένα χρόνο μετά (Immamura et al 2008). Διεθνείς οδηγίες προτείνουν την μάλαξη ως θεραπεία επιλογής για την οσφυαλγία, ειδικά για την ανακούφιση του μυϊκού πόνου (QTF 1987, BMJ 2000). Σε μια υψηλής ποιότητας τυχαίοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη η σύγκριση άσκησης (αεροβική και διατάσεις) και μάλαξης δεν παρουσίασε διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο ομάδων. Απεναν-

τίας οι δύο ομάδες επέδειξαν σαφή βελτίωση βραχυπρόθεσμα που όμως ήταν κατώτερη, τόσο για τον πόνο όσο και για την λειτουργικότητα, όταν εφαρμόστηκαν συνδυαστικά και οι δυο θεραπευτικές παρεμβάσεις (Preyde 2000). Σαφώς, υπάρχουν μελέτες και κλινικές οδηγίες που διαφωνούν με τα παραπάνω και θεωρούν ότι δεν υπάρχουν ακόμη πολλά τεκμήρια για να την προτείνουν συστηματικά (Philadelphia Panel 2001, European Commission 2002, 2005). Σε κάθε περίπτωση όμως δεν υπάρχουν καθόλου αρνητικά ευρήματα σε σχέση με την κλινική της αποτελεσματικότητα. Η ομάδα των Κύπριων φυσικοθεραπευτών φαίνεται να ενσωματώνει αυτή την οδηγία στη θεραπευτική πρακτική, αφού την επιλέγουν ως θεραπευτικό μέσο εκλογής σε ποσοστό από 59%-75%. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι οι Κύπριοι ιατροί δεν συνταγογραφούν την μάλαξη παρά μόνο ό ένας στους πέντε. Από αυτήν τη διαφοροποίηση γίνεται αντιληπτό ότι, παρότι μπορεί να μην συνταγογραφείται η μάλαξη από τους ορθοπαιδικούς σε συστηματική βάση, κατά την τελική εφαρμογή του φυσικοθεραπευτικού προγράμματος εφαρμόζεται από τους φυσικοθεραπευτές. Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας και οι περισσότερες από τις διεθνείς κλινικές οδηγίες φαίνεται να δικαιώνουν τους τελευταίους.

Έλξη

Τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της έλξης (συνεχή και διακοπτόμενη μηχανική

έλξη) για οσφυαλγία, με ή χωρίς πόνο στο πόδι, είναι αρνητικά στην βιβλιογραφία. Έντεκα διπλές τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες, μια συστηματική ανασκόπηση (Gay & Brault 2008) και τρεις διεθνείς κλινικές οδηγίες από διαφορετικούς οργανισμούς (Philadelphia Panel 2001, AHCPR1994, BMJ 2000) υποδηλώνουν μάλλον τον ξεκάθαρα αρνητικό ρόλο που έχει η χρήση της έλξης στην αντιμετώπιση είτε της οξείας, είτε της χρόνιας οσφυαλγίας. Τα αποτελέσματα των θεραπειών στη Κύπρο φαίνεται να συντάσσονται με τις διεθνείς κλινικές οδηγίες. Τόσο στην οξεία όσο και στη χρόνια οσφυαλγία και οι δύο ομάδες ιατρών και φυσικοθεραπευτών εμφάνισαν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά χρήσης της μεθόδου (3% και 9%, 0% και 6%). Η μόνη ουσιαστική διαφοροποίηση παρουσιάζεται στη περίπτωση της οξείας οσφυοϊσχιαλγίας, όπου και οι δυο ομάδες θεραπειών (ιατροί – φυσικοθεραπευτές) απομακρύνονται από τις διεθνείς οδηγίες και προτείνουν αντίστοιχα 20% και 38% χρήση της μεθόδου, χωρίς η επιλογή αυτή να επιβεβαιώνεται όμως από τα ερευνητικά δεδομένα.

Θεραπευτικοί Υπέρηχοι

Οι θεραπευτικοί υπέρηχοι έχουν επανειλημμένα αξιολογηθεί ως θεραπευτικό μέσο χωρίς τεκμηριωμένη κλινική αποτελεσματικότητα τόσο για την οξεία (Nwuga 1983) όσο και για την χρόνια οσφυαλγία (Roman 1960, Poitras and Brosseau 2008). Επίσης, και οι διεθνείς κλινικές οδη-

γίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι δεν μπορεί να θεωρηθεί αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση για την οσφυαλγία (AHCPR 1994, BMJ 2000, Philadelphia Panel 2001). Το υψηλό σχετικά ποσοστό χρήσης από τους Κύπριους φυσικοθεραπευτές (38%-54%), αλλά και από τους ιατρούς όπου οι μισοί τουλάχιστον το συνταγογραφούν συστηματικά ανεξαρτήτου περίπτωσης, δεν δικαιολογείται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Η κοινότητα των θεραπειών της Κύπρου διαφοροποιείται σε υψηλό ποσοστό (άνω του 50%) για τη χρήση των θεραπευτικών υπερήχων στην οσφυαλγία σε σχέση με τις κλινικές οδηγίες.

Ηλεκτροθεραπεία – TENS

Παρότι αρκετές τυχαιοποιημένες διπλές τυφλές μελέτες, συστηματικές ανασκοπήσεις και διεθνείς κλινικές οδηγίες προσπάθησαν να εξάγουν ξεκάθαρα συμπεράσματα για την κλινική σημαντικότητα της χρήσης του TENS στην οσφυαλγία (οξεία, χρόνια, με ή χωρίς νευρολογικά συμπτώματα), τα αποτελέσματα τους παραμένουν αβέβια (QTF 1987, AHCPR1994, BMJ 2000, Philadelphia Panel 2001). Όλες οι κλινικές οδηγίες αδυνατούν να τεκμηριώσουν τη χρήση ή μη χρήση της μεθόδου τόσο για τον πόνο, όσο και για σχετικές κλινικές μετρήσεις (π.χ. λειτουργικότητα, ψυχολογική-γνωσιακή εκτίμηση). Μόνη εξαίρεση η δουλειά των Καναδών, οι οποίοι όμως δεν διαφοροποίησαν το TENS από άλλες μορφές ηλεκτροαναλγησίας (QTF 1987). Σε μια πρό-

σφατη συστηματική ανασκόπηση η μόνη ένδειξη τύπου A για τη χρήση του TENS, και μάλιστα μόνο του υψίσυχου τύπου, είναι για την άμεση ανακούφιση από τον πόνο που διατηρείται για λίγο χρόνο μόνο, αμέσως μετά τη λήξη της συνεδρίας (Poitras & Brosseau, 2008). Ο υψηλός βαθμός χρησιμότητας από τους Κύπριους φυσικοθεραπευτές (47%-63%) και σε λιγότερο βαθμό από τους ιατρούς (29%-34%), δείχνει ότι στην κλινική πράξη θεωρείται ότι η συγκεκριμένη μέθοδος μπορεί να προσφέρει θεραπευτικά στους ασθενείς. Αν και είναι σαφής η διαφοροποίηση της κοινότητας από τις κλινικές οδηγίες, η ανεπάρκεια των δεδομένων και η αδυναμία να εξαχθούν ξεκάθαρα θετικά ή αρνητικά στοιχεία για τη χρήση της μεθόδου, πιθανόν επιτρέπει την «προσωπική επιλογή» από μέρους του θεραπευτή, θεωρώντας ότι είναι επικερδής για τον ασθενή του.

Ασκήσεις

Η θεραπευτική άσκηση αποτελεί πιθανώς το μοναδικό στοιχείο, για το οποίο σύσσωμη η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί ότι διαθέτει τεκμηριωμένη κλινική αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας. Με μόνη εξαίρεση την οξεία οσφυαλγία, όπου ενώ δεν υπάρχει σαφής ένδειξη εφαρμογής βάσει αποδείξεων τύπου A, προτείνεται η συνέχιση των δραστηριοτήτων του ασθενή, σε όλες τις άλλες περιπτώσεις (υποξεία, χρόνια, μετεγχειρητική οσφυαλγία, με ή χωρίς νευρολογική

σημειολογία) όπου τα τεκμήρια είναι καταλυτικά τόσο για τον πόνο, τη λειτουργικότητα, τη συνολική αξιολόγηση και την ψυχική-γνωσιακή κατάσταση του ασθενή (QTF 1987, AHCPR 1994, DIHTA 1999, BMJ 2000, Philadelphia Panel 2001, European Commission 2002, 2005). Ο τύπος της άσκησης δεν φαίνεται να παίζει ιδιαίτερο ρόλο και προτείνονται ασκήσεις διάτασης, ενδυνάμωσης, κάμψης ή έκτασης, σταθεροποίησης και αεροβική άσκηση (van Tulder et al 1999, Philadelphia Panel 2001, European Commission 2002, Mayer et al 2008). Η άποψη των Κυπρίων ιατρών έρχεται να συμφωνήσει με τις κλινικές οδηγίες σε ότι αφορά στη χρόνια οσφυαλγία, αφού το 69% θα επέλεγε την άσκηση. Το ένα τρίτο των ιατρών (31%-37%) θα συνταγογραφούσε άσκηση και στην οξεία φάση κάτι που τους διαφοροποιεί από τις υπάρχουσες κλινικές οδηγίες. Αντίστοιχη ομοιότητα παρουσιάζει και η άποψη των φυσικοθεραπευτών, που σε χρόνια περιστατικά θα επέλεγαν ως κυρίως θεραπευτικό μέσο την άσκηση (63%-78%), αλλά ένα επίσης σημαντικό ποσοστό (31%-44%) θα την εφάρμοζε και στις οξείες περιπτώσεις. Η παρούσα μελέτη λόγω της φύσης της αδυνατεί τεχνικά να προσδιορίσει επακριβώς τα χαρακτηριστικά της άσκησης που θα εφάρμοζαν οι θεραπευτές στην οξεία φάση. Δεδομένου ότι η άσκηση στην οξεία φάση δεν έχει χαρακτηριστεί επιβλαβής (τεκμηριωμένη αρνητική επίδραση) ενώ ταυτόχρονα αναζητείται-επιβάλλεται η συνέ-

χιση των δραστηριοτήτων συνδυαζόμενη με ήπια αεροβική δραστηριότητα του ασθενή, είναι μη-ακριβές να θεωρηθεί ότι οι Κύπριοι θεραπευτές αγνοούν τις διεθνείς κλινικές οδηγίες πριν το ζήτημα διερευνηθεί με πιο λεπτομερείς μελέτες.

Κινητοποίηση κατά McKenzie

Όπως σημειώθηκε παραπάνω, δεν παρατηρείται κλινικά σημαντική διαφοροποίηση των θετικών αποτελεσμάτων της άσκησης ανάλογα το τύπο (ασκήσεις McKenzie, ασκήσεις Kendall ή ασκήσεις ενδυνάμωσης) (Philadelphia Panel 2001). Ακόμη περισσότερο, σε άλλες μελέτες δεν παρατηρείται καμιά διαφοροποίηση τόσο για τον πόνο (Evans et al 1987, Faas et al 1996) όσο και για τις ημέρες απουσίας από την εργασία λόγω οσφυαλγίας (Seferlis et al 1998) των ασθενών που ακολούθησαν την μέθοδο McKenzie σε σχέση με ασθενείς που δεν ακολούθησαν καμιά θεραπεία, ένα χρόνο μετά την έναρξη της θεραπείας. Παρότι όλες οι κλινικές οδηγίες (QTF 1987, AHCPR1994, BMJ 2000, Philadelphia Panel 2001, European Commission 2002, 2005) δεν συστήνουν την μέθοδο McKenzie ως μέθοδο τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας ούτε για την οξεία, ούτε για την χρόνια οσφυαλγία, με ή χωρίς νευρολογική σημειολογία, υπάρχει και η αντίθετη άποψη, μόνο όμως για κάποια υπο-ομάδα ασθενών με οξεία οσφυαλγία (DIHTA 1999). Οι υποστηρικτές της μεθόδου λόγω της ένδειας θετικών ερευνητικών τεκμηρίων για την κλινι-

κή αποτελεσματικότητα της μεθόδου, τονίζουν κυρίως την ικανότητά της ως αξιολογητικό εργαλείο (May & Donelson 2008). Αυτό όμως είναι ένα επίχειρμα που έχει ήδη σχολιασθεί από την επιστημονική κοινότητα (European Commission, 2002, 2005).

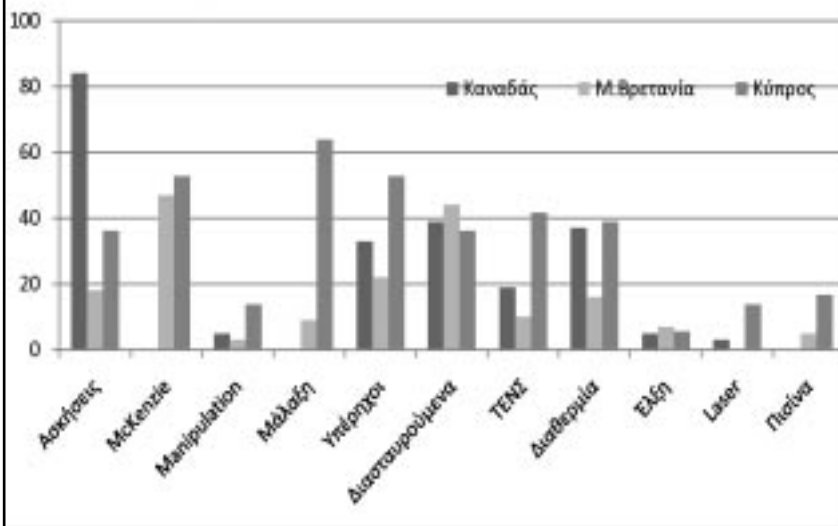
Συνδυασμός Φυσικοθεραπευτικών Μέσων

Δυστυχώς κανένας συνδυασμός θεραπευτικών μέσων από τις επιστημονικές ομάδες που θέσπισαν τις κλινικές οδηγίες δεν έχει κριθεί ικανός, να αποτελέσει θεραπευτική πρόταση με τεκμηριωμένη κλινική αποτελεσματικότητα, παρότι οι προσπάθειες συνεχίζονται (Philadelphia Panel, 2001). Βέβαια, υπάρχουν οδηγίες που αναγνωρίζουν στον θεραπευτή το δικαίωμα να αποφασίζει πώς και ποια μέσα θα συνδυάσει για να πετύχει τους στόχους της θεραπείας (QTF 1987, BMJ 2000). Σε αυτή την βάση δεν θα σχολιασθούν τα συνδυαστικά πρωτόκολλα που προτάθηκαν από τους Κύπριους ιατρούς και φυσικοθεραπευτές. Ποια είναι τα θεραπευτικά μέσα σε ένα συνδυαστικό θεραπευτικό πρωτόκολλο, που μπορεί να μην είναι χρήσιμα και χρειάζεται να αφαιρεθούν είναι ένα σύγχρονο ερευνητικό ερώτημα (Haldeman & Dagenais 2008). Περαιτέρω μελέτες είναι πρώτα απαραίτητες, πριν καν εξαχθούν προκαταρκτικά συμπεράσματα.

Ειδικές Συγκρίσεις

Ενδιαφέρον αποτελεί μια προσπάθεια σύγκρισης των αποτελε-

Γράφημα 3. Σύγκριση αποτελεσμάτων μεταξύ φυσικοθεραπευτών από τον Καναδά, Μεγάλης Βρετανίας και Κύπρου στην ερώτηση: «Τι φυσικοθεραπεία θα συστήνατε στον ασθενή με χρόνια οσφυαλγία;»



σμάτων από την Κύπρο με αντίστοιχες μελέτες στον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο σε σχέση με την αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας (Γράφημα 3). Είναι φανερό ότι καμιά θεραπευτική κοινότητα δεν συντάσσεται ολοκληρωτικά με τις διεθνείς κλινικές οδηγίες. Σε αρκετά σημεία οι φυσικοθεραπευτές της Κύπρου εμφανίζουν καλύτερη εικόνα υποστήριξης των οδηγιών (π.χ. θεραπευτική άσκηση) από συναδέλφους τους άλλων χωρών (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο), αλλά και χειρότερη σε σχέση με άλλους (π.χ. σε σχέση με τους Καναδούς). Αξιοσημείωτο εύρημα για τους Κύπριους φυσιοθεραπευτές είναι το υψηλότερο ποσοστό χρήσης μεθόδων σε σχέση με συναδέλφους τους άλλων χωρών, με μέτρια ή καθόλου τεκμηριωμένα ερευνητικά δεδομένα κλινικής αποτελεσματικότητας, όπως των θεραπευτικών υπερήχων, του ΤΕΝΣ, της μεθόδου McKenzie,

της διαθερμίας και της θεραπείας με Laser.

Περιορισμοί - Αδυναμίες

Θα ήταν επιθυμητό η συμμετοχή των θεραπευτών να ήταν πιο μαζική και να προσεγγιζόταν το επίπεδο του 60%. Κάτι τέτοιο δεν ήταν εφικτό στη παρούσα μελέτη, αν και καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια με επαναλαμβανόμενες αποστολές του ερωτηματολογίου να αυξηθούν τα ποσοστά συμμετοχής. Επίσης, ο απόλυτος αριθμός των συμμετεχόντων παρέμεινε σε οριακά ανεκτά επίπεδα για την σωστή ολοκλήρωση των στατιστικών δοκιμασιών. Σε μια μικρή όμως κοινότητα με ολιγάριθμα μέλη ήταν σχετικά αναμενόμενος ο περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων. Μια επίσης αδυναμία της μελέτης είναι ότι δεν ακολουθήθηκαν εκείνοι οι θεραπευτές (ή πιο σωστά ένα τμήμα τους) που δεν απάντησαν, ώστε να ελεγχθεί πιθανό bias.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως θα ανέμενε κανείς, η θεραπευτική κοινότητα των ιατρών και φυσικοθεραπευτών της Κύπρου τείνει να ακολουθήσει κάποιες από τις βασικές κλινικές οδηγίες για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας, όπως η φαρμακευτική αγωγή και η θεραπευτική άσκηση, αλλά απομακρύνεται από άλλες, όπως η χρήση των θεραπευτικών υπερήχων, των ΤΕΝΣ, της έλξης, κ.α. Η αδυναμία κρίσης των πρακτικών που επιλέγει κάθε θεραπευτής έγκειται σε δύο κατά βάση στοιχεία: την «ελευθερία» του θεραπευτή να αποφασίζει τι θα βοηθούσε τον ασθενή του και την ανεπάρκεια στοιχείων για να αποφασισθεί συνολικά το όφελος από κάθε παρέμβαση, όταν σήμερα εφαρμόζονται περισσότερα από 200 θεραπευτικά μέσα από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα. Στόχος της μελέτης ήταν να καταγράψει τις τάσεις και να προχωρήσει στην άμεση σύγκριση με τα διεθνή δεδομένα. Έχοντας ολοκληρώσει τα πρώτα στάδια, παρουσιάζεται σε αυτό το άρθρο ένα πλούσιο και ιδιαίτερα χρήσιμο υλικό για τους αντίστοιχους φορείς της Κύπρου (φυσικοθεραπευτών και ιατρών), που θα μπορούσαν με βάση αυτή τη μελέτη να διαμορφώσουν Εθνικές Κλινικές Οδηγίες για τους θεραπευτές της Κύπρου.

Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το Ίδρυμα Προώθησης Έρευνας (ΙΠΕ) Κύπρου.

1. ACC and the National Health Committee. New Zealand Acute Low Back Pain Guide. Wellington, New Zealand, 1997.
2. Acute Low Back Problems in Adults. Clinical Practice Guideline No. 14: Rockville, Md: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services; AHCPR Publication No. 95-0642, 1994.
3. Battie MC, Cherkin DC, Dunn R, et al. Managing low back pain: attitudes and treatment preferences of physical therapists. *Phys Ther.* 74:219–226, 1994.
4. Bigos SJ, Bowyer OR, Braen GR, et al. Clinical Practice Guideline Number 14: Acute Low Back Problems in Adults. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research; 1994. AHCPR publication 95-0642.
5. Brox J, Storheim K, Grotle M, Tveito T, Indahl A, Eriksen H. Evidence-informed management of chronic low back pain with back schools, brief education, and fear-avoidance training. *The Spine Journal* 8: 28–39, 2008.
6. Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. Physician views about treating low back pain. The results of a national survey. *Spine* 20(1):1-9, 1995
7. Clinical Evidence: A Compendium of the Best Available Evidence for Effective Health Care. London, England: BMJ Publishing Group; Available at: www.clinicalevidence.org. (issue 4), 2000
8. Danish Institute for Health Technology Assessment: Low back pain. Frequency, management and prevention from an HTA perspective. Danish Health Technology Assessment 1999.
9. Di Iori D, Henley E, Doughty A. A survey of primary care physician practice patterns and adherence to acute low back pain problem guidelines. *Archives of Family Medicine* 9:1015-1021, 2000.
10. European Commission COST B13 Management Committee. European guidelines for the management of low back pain. *Acta Orthop Scand Suppl*, 73 (305): 20-25, 2002
11. European Commission. Airaksinen O, Hildebrandt J, et al. European Guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. November 2004, Amended version June 14th 2005.
12. Evans C., Gilbert JR, Taylor W, Hildebrandt A. A randomized controlled trial of flexion exercises, education, and bed rest for patients with acute low back pain. *Physiotherapy Canada*, 39:96-101, 1987.
13. Faas A, Chavannes AW, Koes BW, Van den Hoogen JMM, Mens JMA, Smeele IJM, Romeijnders ACM, Van der Laan JR. Clinical practice guidelines for low back pain. (Dutch, available in English). *Huisarts Wet* 39:18-31, 1996.
14. Foster NE, Thompson KA, Baxter GD, Allen JM. Management of nonspecific low back pain by physiotherapists in Britain and Ireland. A descriptive questionnaire of current clinical practice. *Spine* 24(13):1332-42, 1999.
15. Gay R & Brault J. Evidence-informed management of chronic low back pain with traction therapy. *The Spine Journal* 8: 234–242, 2008.
16. German Medical Society. Handlungsleitlinie – Ruckenschmerzen. Empfehlungen zur Therapie von Rückenbeschwerden, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. (Treatment guideline - backache. Drug committee of the German Medical Society). *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* Aug 1997; 91(5): 457-460.
17. Gracey JH, McDonough SM, Baxter GD. Physiotherapy management of low back pain: a survey of current practice in Northern Ireland. *Spine* 27:406–411, 2002.
18. Haldeman S & Dagenais S. What have we learned about the evidence-informed management of chronic low back pain? Editorial *The Spine Journal* 8: 266–277, 2008.
19. Imamura Marta, Furlan Andrea, Dryden Trish, Irvin Emma. Evidence-informed management of chronic low back pain with massage. *The Spine Journal*, 8: 121–133, 2008.
20. Jellema P, van Tulder MW, van Poppel MN, Nachemson AL, Bouter LM Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 26(4): 377-86, 2001.
21. Li LC, Bombardier C. Physical therapy management of low back pain: an exploratory survey of therapist approaches. *Phys Ther.* 81(4):1018-28, 2001.
22. May S & Donelson R Evidence-informed management of chronic low back pain with the McKenzie method. *The Spine Journal* 8: 134–141, 2008.
23. Million R, Nilsen KH, Jayson MI, Baker RD Evaluation of low back pain and assessment of lumbar corsets with and without back supports. *Ann Rheum Dis*, 40(5): 449-54, 1981.
24. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ.* 327 (7410): 323, 2003.
25. Philadelphia Panel Members and Ottawa Methods Group. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. *Phys Ther* 81:1641–74, 2001.
26. Poitras S, & Brosseau L. Evidence-informed management of chronic low back pain with transcutaneous electrical nerve stimulation, interferential current, electrical muscle stimulation, ultrasound, and thermotherapy. *The Spine Journal* 8: 226–23, 2008.
27. Preyde M. Effectiveness of massage therapy for subacute low-back pain: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 162(13): 1815-20, 2000.
28. Québec Task Force on Spinal Disorders. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians. *Spine*, 12:51-59, 1987.
29. Rainville J, Carlson N, Polatin P, Gatchel RJ and Indahl A. Exploration of Physicians' Recommendations for Activities in Chronic Low Back Pain. *Spine* 25(17):2210–2220, 2000.
30. Roman MP. A clinical evaluation of ultrasound by use of a placebo technic. *Phys Ther Rev.* 1960;40:649–652.
31. Royal College of General Practitioners. Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain. London, England, 1996.
32. Seferlis T, Nemeth G, Carlsson A, Gillstrom P. Conservative treatment in patients sick-listed for acute low-back pain: a prospective study with 12 months' follow-up. *Eur Spine J* 7:461-470, 1998.
33. Van Tulder M, Koes B, Assendeft W, et al. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam. The Netherlands: EMGO Institute, 1999.
34. Victorian Workcover Authority. Guidelines for the management of employees with compensable low back pain. Melbourne, Victorian Workcover Authority. 1993 and revised edition 1996.
35. Wellington. Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-term Disability and Work Loss, New Zealand: New Zealand Guidelines Group Inc, 1999.
36. Γεωργούδης Γ, Μπάρδης Χ, Καλαμαρά Ε, Χριστοδούλου Φ, et al. Επιδημιολογία της οσφυαλγίας στην Κύπρο: Σύγκριση με τα ελληνικά δεδομένα. *Θέματα Φυσικοθεραπείας*, 4(1):47-54, 2006.