



ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑ (STATE OF THE ART) **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

ΣΠΥΡΟΣ Ν ΝΙΚΑΣ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

snnikas@yahoo.com

ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ (2 ΕΤΗ)

ΕΛΠΕΝ 1/17

MSD (2/18)

ΕΕΜΜΟ (11/16)

LILLY 4/18

ΕΠΕΜΥ (12/16)

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΕΥΝΩΝ (11/16)

ΝΟΒΑΤΡΙΣ 12/17

SANDOZ 4/18

ΚΑΜΙΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

ΕΝΑ ΓΝΩΣΤΟ ΝΟΣΗΜΑ ...



Annals of the
Rheumatic Diseases Latest content Current issue

Home / Archive / Volume 76, Issue 2

Article Text
Recommendations
Extended report
Article info
Citation

EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia FREE

G J Macfarlane¹, C Kronisch^{1, 2}, L E Dean¹, F Atzeni³, W Häuser^{4, 5}, E Fluß¹, E Choy⁶, E Kosek⁷, K Amris⁸, J Branco⁹, F Dincer¹⁰, P Leino-Arjas¹¹, K Longley¹², G M McCarthy¹³, S Makri¹⁴, S Perrot¹⁵, P Sarzi-Puttini¹⁶, A Taylor¹⁷, G T Jones¹

Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia Annals of the Rheumatic Diseases 2017 ;76:318-328

Ποιο από τα παρακάτω έχει ισχυρή σύσταση από τη EULAR :

A) ΑΜΙΤΡΙΠΤΥΛΙΝΗ

B) PREGABALIN

Γ) DULOXETINE

Δ) συνδυασμός PREGABALIN & DULOXETINE

Ε) ΑΣΚΗΣΗ

Θερ. Επιλογές

φαρμακολογική αντιμετώπιση

- αμιτρυπυλίνη
- αντι-επιληπτικά
- αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νοραδρεναλίνης
- εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης
- κυκλοβενζαπρίνη (Cyclobenzaprine)
- αυξητική ορμόνη
- αναστολείς μονο-αμινοξειδάσης
- ΜΣΑΦ
- Διοξικό Νάτριο
- Τραμαδόλη
- Άλλα: κορτικοστεροειδή, αντιψυχωσικά, καννναβινοειδή

μη-φαρμακολογική αντιμετώπιση

- άσκηση
- βελονισμός
- βιοανάδραση (biofeedback)
- καψαϊκίνη
- χειροπρακτική
- γνωστικές συμπεριφορικές θεραπείες (Cognitive behavioural therapies)
- Υδροθεραπεία
- Υπνοθεραπεία
- Μασάζ
- Συλλογισμός (qigong, yoga, Tai Chi)
- Διαλογισμός
- Συνδυαστικές θεραπείες (εκπαίδευση ή ψυχοθεραπεία με άσκηση)
- S-Adenosyl methionine
- άλλες (πχ καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση)

ΑΜΙΤΡΙΠΤΥΛΙΝΗ



- in vivo αναστολή εξίσου της **επαναπρόσληψης** νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης στην προ-συναπτική νευρική απόληξη
- 5 συστηματικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας

- ΜΟΝΟ η αμιτρ έχει **σημαντική δράση σε 3 από τα 6 στοιχειώδη** σημεία της νόσου (πόνος, ύπνος, κόπωση, συναίσθημα (depression/anxiety), λειτουργικότητα , γνωσιακές διαταραχές)
- μια δράση όμως που συνοδευόταν από πολλές όμως **ανεπιθύμητες** δράσεις και γρήγορη **απώλεια** αποτελεσματικότητας

Perrot S, Russell IJ. Eur J Pain. 2014 Sep;18(8):1067-80.

ΑΜΙΤΡΙΠΤΥΛΙΝΗ



EULAR : αμιτριπτυλίνη προτείνεται με «**ασθενή**» **σύσταση**, με χρήση σε μικρές δόσεις, με 100% συμφωνία η συχνότητα διακοπής του φαρμάκου φαίνεται να είναι παρόμοια με αυτή του εικονικού

EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Macfarlane GJ, et al .Ann Rheum Dis. 2017 Feb;76(2):318-328

Για πολλούς πάντως, και σε δόσεις από 10-75 mg/ημ, η amitriptyline **αποτελεί 1^η επιλογής φαρμακευτική** παρέμβαση, δεδομένου τόσο

- του ικανοποιητικού προφίλ **ασφάλειας** (Rico-Villademoros, *Expert Rev Neurother.* 2015)
- όσο και της μεγαλύτερης σχετικής **αποτελεσματικότητας** της (Lawson K. *Biomedicines.* 2017)
- Ειδικά οι Γερμανικές οδηγίες (Association of the Scientific Medical Societies in Germany) δίνουν **ισχυρή** σύσταση για το φάρμακο για δόσεις 10-50 mg ημερησίως

ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ



pregabalin και η gabapentin

κανένα από τα δύο φάρμακα δεν έχει επίσημη ένδειξη από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (European Medicines Agency - EMA) για την αντιμετώπιση της ινομυαλγίας.

Η **pregabalin** έχει πάρει τον Ιούνιο του 2007, μόνο από τον **FDA**, ένδειξη για χορήγηση στην ινομυαλγία, όντας το **πρώτο** φάρμακο που έλαβε μια τέτοια ένδειξη

ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ



κοινό φαίνεται να είναι το σημείο δράσης, η **$\alpha 2$ - δ πρωτεΐνη**, μια επικουρική υπο-ομάδα των διαύλων ασβεστίου

Taylor CP, Epilepsy Res. 2007


Ειδικά η pregabalin (S-isobutyric gamma-aminobutyric acid), σε επίπεδο συναψης, συνδεόμενη με την ειδική υπο-ομάδα, =>

- αναστέλλει την **απελευθέρωση διάφορων νευρομεταβιβαστών**
- μηχανισμός που εξηγεί τόσο την αντιεπιληπτική όσο και αναλγητική της δράση

Taylor CP, CNS Drug Rev. 2004

ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ

pregabalin



9 ανασκοπήσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν 7 ποιοτικές γενικά μελέτες με συνολικά 3.344 ασθενείς.

Στην πιο σημαντική από τις ανασκοπήσεις αυτές φάνηκε ότι το φάρμακο σχετίζεται με

- **μικρό όφελος** στον πόνο και στον ύπνο, σε σχέση με το εικονικό φάρμακο
- χωρίς όμως ιδιαίτερη δράση στην κόπωση

Αν και ο αριθμός των αποσύρσεων ήταν μεγαλύτερος στην ομάδα με το δραστικό φάρμακο

- με τη ζάλη να αποτελεί την πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια
- η πιθανότητα για σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν παρόμοια μεταξύ δραστικού και εικονικού φαρμάκου

ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ

gabapentin



Σχετικά με την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της, στην ίδια ανασκόπηση τονίζεται ότι τα **δεδομένα είναι ανεπαρκή** ώστε να υπάρξει κάποιο ξεκάθαρο αποτέλεσμα

Üçeyler N, Cochrane Database Syst Rev. 2013

κάτι που επιβεβαιώθηκε και σε 2η και 3η συστηματική ανασκόπηση

EULAR : «ασθενή» σύσταση για την *pregabalin* και

μόνο για έρευνα την gabapentin

Moore RA, Cochrane Database Syst Rev. 2014

Cooper TE, Cochrane Database Syst Rev. 2017

- **Καναδικές** συστάσεις, τα δεδομένα για την *pregabalin* είναι υψηλού επιπέδου
- οι **Γερμανικές** οδηγίες συνιστούν τη χρήση της *pregabalin* μόνο στις περιπτώσεις που δεν είναι δόκιμη η χορήγηση αμιτριπυλίνης

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ-ΝΟΡΑΔΡΕΝΑΛΙΝΗΣ (SNRIs)



- **duloxetine** (πχ Cymbalta) : με έγκριση για την ινομυαλγία μόνο από τον FDA
- **milnacipran**: δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα. Στις ΗΠΑ κυκλοφορεί με έγκριση από τον FDA για την ινομυαλγία
- **venlafaxine** (πχ Effexor): ήταν το πρώτο SNRi

αναστολής της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, κυρίως σε

- επίπεδο οπίσθιων κεράτων στην κατιούσα αναλγητική οδό (descending pain pathway)

Wright CL, Expert review of clinical immunology. 2010

duloxetine



6 μελέτες και 2.249 συμμετέχοντες, φάνηκε, τόσο σε βραχυχρόνιο (12 εβδομάδες), όσο και σε μακροχρόνιο επίπεδο (28 εβδομάδες), σε σχέση με το εικονικό φάρμακο:

- μείωση του επιπέδου του **πόνου** (για μείωση πόνου > 50% , RR 1.57, 95% CI 1.20 - 2.06))
- Με δόσεις των 20-30 mg δεν φάνηκε σημαντική δράση, όπως και δεν φάνηκαν διαφορές μεταξύ των 60 και 120 mg
- τα δεδομένα δεν είναι ισχυρά ώστε να υποστηριχθεί παρόμοια δράση του φαρμάκου στην **διαβητική** νευροπάθεια και την ινομυαλγία
- το γεγονός ότι το απαιτείται να αντιμετωπισθούν **8 άτομα ώστε να βελτιωθεί 1** (NNTB 8), δεν είναι ενδεικτικό σοβαρής αποτελεσματικότητας
- οι ανεπιθύμητες δράσεις είναι **ήπιες** αλλά **συχνές**, κυρίως με τη δραστική δόση των 60 mg

Venlafaxine



2 και μικρές μελέτες, χαμηλής ποιότητας (open-label), με 15-20 ασθενείς σε κάθε μια => η χορήγηση του φαρμάκου, σε δόσεις από 35,5-375 mg ημερησίως σχετίζεται με **βελτίωση στον πόνο**

Laura M, Am J Health Syst Pharm. 2011

- τα αποτελέσματα ήταν **ανεξάρτητα** της αγχολυτικής –αντικαταθλιπτικής δράσης

Sayar K, et al. Ann Pharmacother. 2003

τα ευρήματα δεν είναι ισχυρά ώστε να υποστηριχθεί σύσταση για χορήγηση του φαρμάκου στην ένδειξη αυτή

Η θέση της EULAR για την κατηγορία: **ασθενής** σύσταση
ΥΠΕΡ της χορήγησης (με 100% συμφωνία)

Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs)

φάρμακα που χρησιμοποιούνται κυρίως στην κατάθλιψη

Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται μια πλειάδα φαρμακευτικών ουσιών όπως

- fluoxetine (πχ Ladose, το πρώτο από την κατηγορία που εγκρίθηκε – 1987)
- fluvoxamine (πχ Dumyrox)
- escitalopram (πχ Cipralex, Entact)
- citalopram (πχ Seropram)
- paroxetine (πχ Seroxat)
- sertraline (πχ Zoloft)

Αν και κανένα από αυτά δεν έχει επίσημη έγκριση για ινομυαλγία, υπολογίζεται ότι το **16% των ασφαλισμένων στη Γερμανία** με ινομυαλγία λαμβάνουν ως θεραπεία SSRIs

Marschall U, Schmerz. 2011

Η ινομυαλγία και χαρακτηριστικά συμπτώματά αυτής σχετίζονται με **χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης**

(Bradley LA, Am J Med. 2009)

τα φάρμακα αυτά φαίνεται να **αυξάνουν τις συγκεντρώσεις σεροτονίνης** στον εγκέφαλο, δρώντας ειδικά στα συναπτικά επίπεδα σεροτονίνης

Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs)

ανασκόπηση , με συνολικά 383 ασθενείς και διάρκεια παρακολούθησης μέχρι 16 εβδομάδες φάνηκε:

- **μικρή δράση στον πόνο**, αφού η διαφορά (10%) μεταξύ ασθενών που πέτυχαν 30% βελτίωση με το δραστικό και το εικονικό φάρμακο ήταν μικρή (32% vs 22%)
- **μικρή δράση στην συνολική βελτίωση** (ικανοποιητική βελτίωση 29,8% vs 16%)
- καμία σημαντική δράση στην κόπωση
- βελτίωση στην κατάθλιψη (SMD -0.39, NNTB 13)
- η απόσυρση ασθενών ήταν σχεδόν παρόμοια με το εικονικό φάρμακο (15,8% vs 10,1%), όπως και η συχνότητα των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών

Η θέση της EULAR : «ασθενής» (weak) σύσταση κατά της χορήγησης , με 94% συμφωνία

Άλλες φαρμακευτικές παρεμβάσεις

- CYCLOBENZAPRINE => κεντρικώς δρώντων μυοχαλαρωτικών

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση ΥΠΕΡ της χρήσης

- ΑΥΞΗΤΙΚΗ ΟΡΜΟΝΗ

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση ΚΑΤΑ της χρήσης

- ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΑΟ (μονοαμινοξειδάσης)

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση ΚΑΤΑ της χρήσης

- ΜΗ-στεροειδή Αντι-Φλεγμονώδη (ΜΣΑΦ)

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση ΚΑΤΑ της χρήσης

- Τραμαδόλη

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση ΥΠΕΡ της χρήσης

- Κορτικοστεροειδή

EULAR : ΙΣΧΥΡΗ σύσταση ΚΑΤΑ της χρήσης

- Κανναβινοειδή (cannabinoids)

EULAR : ΙΣΧΥΡΗ σύσταση ΚΑΤΑ της χρήσης

- Αντιψυχωσικά

Μικρό διάστημα -> συμπτώματα όπως ο πόνος (~30%), ο ύπνος, η κατάθλιψη και το άγχος ασθενών με **ινομυαλγία και μείζονα κατάθλιψη**

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ & ΕΝΑΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ & ΦΑΡΜΑΚΑ

Άσκηση

από τις μη-φαρμακολογικές παρεμβάσεις, το θέμα της **άσκησης** είναι η παρέμβαση με τον **μεγαλύτερο** αριθμό μελετών

20 ανασκοπήσεις με 2.494 συμμετέχοντες, ποικίλης διάρκειας (2,5-24 εβδομάδες)

Στη **μεγαλύτερη** ανασκόπηση από αυτές εκτιμήθηκαν **47 διαφορετικές τεχνικές** άσκησης, όπως αερόβια, μυϊκή ενδυνάμωση, ασκήσεις ευκινησίας κ.α. (Busch AJ, *Cochrane Database Syst Rev.* 2007)

Μέσα από μετρίως πάντως ποιοτικά δεδομένα, έγινε εμφανές ότι, η υπό επίβλεψη, **αερόβιου** τύπου άσκηση, σε συγκεκριμένα και ελεγχόμενα επίπεδα έντασης, σχετίζεται με ευεργετική δράση

- στην συνολική ποιότητα ζωής
- στην φυσική δραστηριότητα και
- πιθανώς σε παραμέτρους όπως ο πόνος και τα σημεία ευαισθησίας.

Ενθαρρυντικά ήταν και τα ευρήματα από τις **ασκήσεις ενδυνάμωσης**, για κάποια όμως από τα συμπτώματα της νόσου

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ άσκηση



- **Ειδικά** για την **αερόβια** άσκηση, δεδομένα παρουσιάστηκαν πρόσφατα μέσα από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, με 13 τυχαιοποιημένες μελέτες και 839 συμμετέχοντες (*Bidonde J, Cochrane Database Syst Rev. 2017*)
 - διάρκεια άσκησης ήταν > 20 λεπτά την ημέρα (1 ή 2 φορές (δυο 10λεπτα)/ ημέρα) για 2-3 φορές/ εβδομάδα
- ειδικά για τις **ασκήσεις αντίστασης** (resistance exercise / πχ «βαράκια» ή «κάμψεις» :8 επαναλήψεις / άσκηση, 2-3 φορές την εβδομάδα), σχετικά πρόσφατα μάλιστα τα ευρήματα παρουσιάστηκαν συνολικά σε συστηματική ανασκόπηση (*Busch AJ, Cochrane Database Syst Rev. 2013*)
- άσκησης σε **υγρό στοιχείο** (Aquatic exercise), υπάρχουν αρκετά βιβλιογραφικά δεδομένα, όπως και συστηματική ανασκόπηση αυτών (*Bidonde J, Cochrane Database Syst Rev. 2014*)

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ βελονισμός

- επιπρόσθετα της κλασικής αγωγής, σχετίστηκε με **μείωση του επιπέδου του πόνου**, περίπου κατά 30% και της δυσκαμψίας
- σε σύγκριση όμως με τον «εικονικό» βελονισμό (sham acupuncture), δεν πλεονεκτεί σε θέματα πόνου, κόπωσης, διαταραχών ύπνου ή ποιότητας ζωής
- ο **ηλεκτρο-βελονισμός** (electro-acupuncture) φαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα από τον χειρωνακτικό (manual-acupuncture), κυρίως σε θέματα πόνου και δραστηριότητας
- Η δράση διαρκεί πάνω από ένα μήνα, **όχι όμως περισσότερο από 6 μήνες**
- είναι **ασφαλής** θεραπευτική προσέγγιση

Η θέση της EULAR: **ασθενής (weak) σύσταση ΥΠΕΡ**, με 93% συμφωνία

Άλλες μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις

- Biofeedback

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση ΚΑΤΑ της χρήσης

- Καψαϊκίνη

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση ΚΑΤΑ της χρήσης

- Χειροπρακτική

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση ΚΑΤΑ της χρήσης

- Cognitive behavioural therapies

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση **ΥΠΕΡ** της χρήσης

- Spa

EULAR : «ασθενή» (weak) σύσταση **ΥΠΕΡ** της χρήσης

- Massage

EULAR : **ΙΣΧΥΡΗ** σύσταση ΚΑΤΑ της χρήσης

- Διαλογιστή κίνηση (Meditative movement πχ Tai Chi, Yoga)

EULAR : ασθενή σύσταση **ΥΠΕΡ** της χρήσης

- Διαλογισμός – άλλες mind-body θεραπείες

EULAR : ασθενή σύσταση **ΥΠΕΡ** της χρήσης

- Πολύ-συστατική θεραπεία (Multicomponent therapy)

EULAR : ασθενή σύσταση **ΥΠΕΡ** της χρήσης

Άλλες μη- φαρμακευτικές παρεμβάσεις



The screenshot displays the Cochrane Library interface. At the top left is the Cochrane Library logo with the tagline "Trusted evidence. Informed decisions. Better health." To the right is a search bar with the placeholder text "Search title, abstract, keyword". Below the search bar is a navigation menu with "Cochrane Reviews", "Trials", and "More Resources". The main content area shows a search result for "Mind and body therapy for fibromyalgia" from the "Cochrane Database of Systematic Reviews". The result includes a PDF icon, an information icon, and three buttons: "Comment", "Review", and "Intervention". The authors listed are Alice Theadom, Mark Cropley, Helen E Smith, Valery L Feigin, and Kathryn McPherson. The publication date is "First published: 9 April 2015".

Cochrane.org Log in / Register

Cochrane Library Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

Search title, abstract, keyword

Cochrane Reviews ▾ Trials ▾ More Resources ▾

Cochrane Database of Systematic Reviews

Mind and body therapy for fibromyalgia

Comment Review Intervention

Alice Theadom, Mark Cropley, Helen E Smith, Valery L Feigin, Kathryn McPherson

First published: 9 April 2015

45 papers describing **61 trials** were identified,
45 with **4234** predominantly female participants

Άλλες μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις



Research

Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial

BMJ 2018 ; 360 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k851> (Published 21 March 2018)

Cite this as: BMJ 2018;360:k851

thebmj Visual Abstract



Tai chi for fibromyalgia

Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomised controlled trial



226

Individuals with fibromyalgia

Mean age 52

92% female

61% white race

151

Tai chi

12 or 24 weeks of yang-style supervised tai chi, once or twice a week (4 groups with different schedules)

75

Aerobic exercise

24 weeks of supervised aerobic exercise, twice a week

Primary outcome
FIQR score (0–100, low scores better)

Clinical significance
8.1 points

All tai chi groups

-14.7

5.5 points lower

-9.2

2x24 weeks tai chi

-25.4

16.2 points lower

-9.2

Improvement in symptom scores was greater for people in each of the tai chi groups than for those receiving aerobic exercise. A clinically significant difference was only observed when comparing the highest intensity tai chi programme (twice a week for 24 weeks) with aerobic exercise.

Θεραπευτική προσέγγιση

Βασική αρχή της επαρκούς αντιμετώπισης της ινομυαλγίας αποτελούν αρχικά η

- σωστή **διάγνωση** και
- η πλήρης **ενημέρωση** και εκπαίδευση του ασθενούς

Πρόκειται για πολυδιάστατο νόσημα άρα και η θεραπεία θα πρέπει να προσβλέπει στην αντιμετώπιση **όλων των παραμέτρων** της νόσου,

όπως

- Πόνος
- ποιότητα ύπνου
- Λειτουργικότητα
- Κόπωση
- **ψυχολογικές** συνιστώσες (κατάθλιψη)
- εργασιακή ικανότητα

με απώτερο στόχο την **βελτίωση της ποιότητας ζωής** του ασθενούς

η **αρχική προσέγγιση** θα πρέπει να περιλαμβάνει ΜΗ-φαρμακολογική αντιμετώπιση και κυρίως εξατομικευμένο πρόγραμμα **άσκησης**

κυρίως την αερόβια άσκηση
(Busch AJ, J Rheumatol. 2008)

Θεραπευτική προσέγγιση (σε αποτυχία της 1^{ης} προσέγγισης)

- Ψυχολογικές θεραπείες:
 - για διαταραχές συναισθήματος, όπως κατάθλιψη που σχετίζεται με πόνο, άγχος, ή «καταστροφικό» πόνο
 - Προτιμάται κυρίως η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία ή ψυχοφαρμακολογική προσέγγιση σε πιο σοβαρές περιπτώσεις
 - duloxetine για κατάθλιψη
 - duloxetine ή pregabalin για άγχος
- Φαρμακευτική αγωγή, για περιπτώσεις:
 - σοβαρού πόνου (duloxetine, pregabalin, τραμαδόλη με/χωρίς παρακεταμόλη)* ή
 - διαταραχών ύπνου (μικρές δόσεις amitriptyline, βραδινή δόση pregabalin, cyclobenzaprine)
- πρόγραμμα αποκατάστασης, σε περιπτώσεις σοβαρής δυσκινησίας, κυρίως όταν δεν μπορεί να ακολουθηθεί αερόβιο πρόγραμμα άσκησης

* για πολλούς ειδικούς (πχ Γερμανικές οδηγίες) η amitriptyline έχει ισχυρή και πρώτη σύσταση στον πόνο ασθενών με ινομυαλγία

η amitriptyline είναι ανώτερη των PREG και DULOx τουλάχιστον σε παραμέτρους όπως ο πόνος, οι διαταραχές ύπνου, η κόπωση και η ποιότητα ζωής (ερωτηματολόγιο HRQOL).
(Häuser W, Rheumatology (Oxford) 2011)

duloxetine, pregabalin και milnacipran και στις συνήθεις δόσεις (60 / 300 / 100 mg) φάνηκε μεταξύ τους, στατιστικά παρόμοια αποτελεσματικότητα και ανοχή
Lee YH, Rheumatol Int. 2016)

μέγεθος ωφέλειας και προσδοκιών από την εκάστοτε φαρμακευτική παρέμβαση

amitriptyline για παράδειγμα έχει συσχετισθεί με

- 26% κατά μέσο όρο μείωση στον πόνο
- 30% βελτίωση στην ποιότητα ζωής

Uçeyler N, Arthritis Rheum. 2008

Από τους 100 ασθενείς που θα λάβουν **SNRIs**, μόνο το

- 42% θα αναφέρει 30% βελτίωση στον πόνο
- όταν με το εικονικό φάρμακο, ίδια βελτίωση θα αναφέρει το 32% (NNT: 10.0; 95% CI 8.00, 13.4; I2 = 4%)

Häuser W, CNS Drugs. 2012

Ο συνδυασμός φαρμάκου & άσκησης



Μετανάλυση δεδομένων **102 μελετών**

με 14.982 συνολικά ασθενείς υπό διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις έδειξε ότι

η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση

ήταν ο **συνδυασμός**

μιας φαρμακολογικής παρέμβασης (pregabalin ή SNRI) με μια μη-φαρμακολογική μέθοδο

(πολύ-συστατική θεραπεία, CBT, αερόβια άσκηση)

Nüesch E, Ann Rheum Dis. 2013

Ο συνδυασμός φαρμάκων



few, large, high-quality trials comparing combination pharmacotherapy with monotherapy for fibromyalgia, consequently **limiting evidence to support** or refute the use of combination pharmacotherapy for fibromyalgia

16 studies with 1474 participants

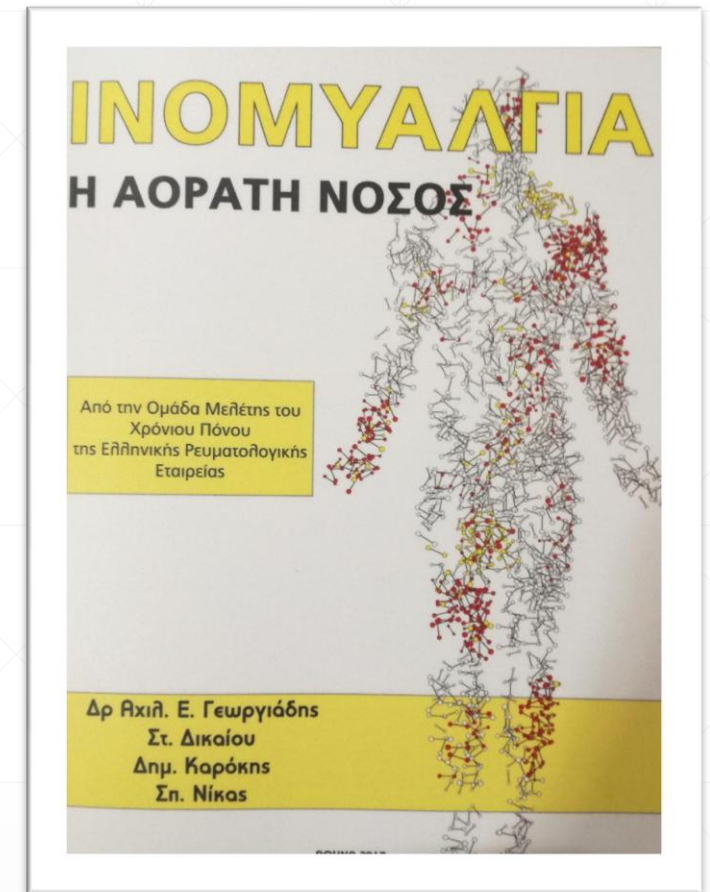
- 2 combined amitriptyline with fluoxetine (89 participants)
- 2 combined amitriptyline with a different agent (92 participants)
- 2 combined melatonin with an antidepressant

3 studies found **some** evidence that combination pharmacotherapy reduced **pain** compared to **monotherapy**: these trials tested three different combinations:

- melatonin and amitriptyline
- fluoxetine and amitriptyline
- pregabalin and duloxetine

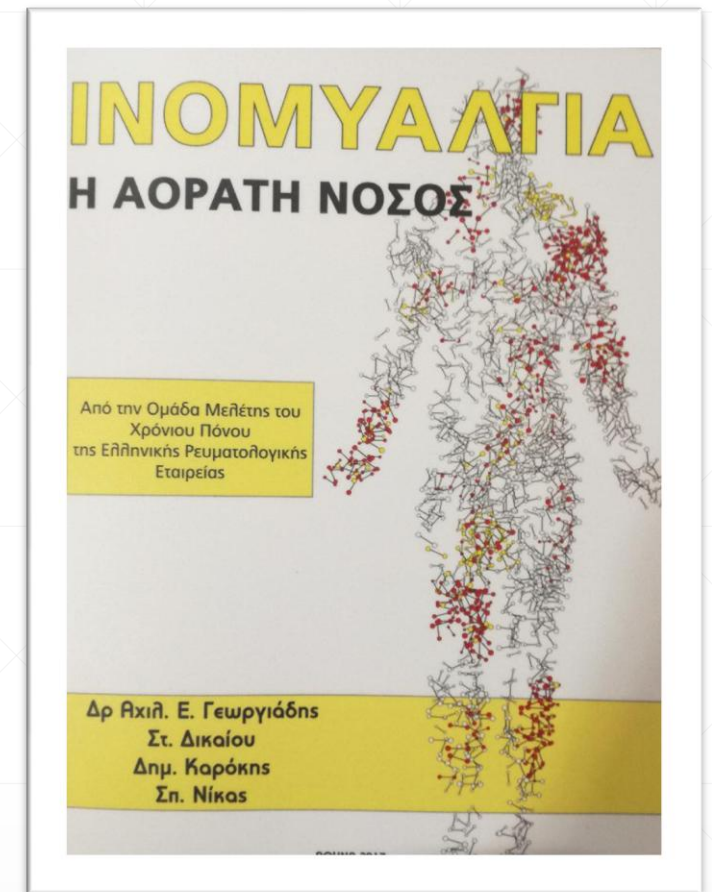
Ο συνδυασμός φαρμάκων

- μη ικανοποιητική απόκριση σε **pregabalin** τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν επιπρόσθετα και **milnacipran** 100 mg/ημέρα, με βελτίωση της συνολικής εικόνας, και του πόνου (*Mease PJ, Ther Adv Musculoskelet Dis. 2013*)
- σύγχρονης έναρξης **αντι-επιληπτικού με αντικαταθλιπτικό**. (*Rivera J, Rheumatol Clin. 2012*)
- **fluoxetine (SSRI) με amitriptyline**, όπου ο συνδυασμός είχε καλύτερα αποτελέσματα έναντι της εκάστοτε μονο-θεραπείας (*Goldenberg D, Arthritis Rheum. 1996*)
- **pregabalin με duloxetine (SNRI)**, όπου επίσης ο συνδυασμός είχε καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την κάθε μονοθεραπεία και ιδιαίτερα στον πόνο, όπου βελτίωση επιτεύχθηκε στο 68% του συνδυασμού και μόλις στο 39%-42% της εκάστοτε μονοθεραπείας (*Gilron I, Pain. 2016*)



Ο συνδυασμός φαρμάκων

- **fluoxetine (SSRI) με cyclobenzaprine** (μυοχαλαρωτικό), όπου σε σχέση με την μονοθεραπεία με cyclobenzaprine, φάνηκε επιπλέον βελτίωση στην ένταση του πόνου, στον αριθμό των σημείων ευαισθησίας και στην πρωινή δυσκαμψία (*Cantini F, Minerva Med. 1994*)
- **pregabalin με quetiapine** (αντιψυχωσικό), όπου η προσθήκη της πρώτης στη δεύτερη βελτίωσε τον πόνο και την κόπωση των ασθενών (μελέτη σε 18 ασθενείς, εκ των οποίων οι 6 όμως αποσύρθηκαν λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών) (*Calandre EP, Pharmacopsychiatry. 2007*)
- **Trazodone (αντικαταθλιπτικό) με pregabalin**, σε σύγκριση με μονοθεραπεία με Trazodone, όπου ο συνδυασμός σχετίστηκε με επιπρόσθετο σημαντικό όφελος στη σοβαρότητα της νόσου, στην κατάθλιψη και στον καθημερινό πόνο. (*Calandre EP, BMC Musculoskelet Disord. 2011*)



Θεραπευτική προσέγγιση

(σε αποτυχία της 1^{ης} προσέγγισης)



Συστάσεις πάντως υπάρχουν και για :

- **διαλογιστική** κίνηση (meditative movement), κυρίως για περιπτώσεις διαταραχών ύπνου, κόπωσης και επηρεασμένης ποιότητας ζωής
- ή και για άλλες **διαλογιστικού τύπου μεθόδους μείωσης στρες**, οι οποίες φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στον πόνο ή την ποιότητα ζωής
- **βελονισμό ή υδροθεραπεία**, κυρίως για ασθενείς με θέματα πόνου, κόπωσης και επηρεασμένης ποιότητα ζωής.

Το σύνηθες πρόβλημα πάντως στην εφαρμογή τέτοιων μεθόδων είναι κατά πόσο αυτά

- **είναι αποδεκτά** από τους ασθενείς ή τους κλινικούς
- πόσο εύκολο είναι **διαθέσιμα**

Βασικές αρχές αντιμετώπισης ινομυαλγίας

- το νόσημα είναι χρόνια και ετερογενές
- δεν υπάρχει οριστική θεραπεία (cure) του νοσήματος ούτε κάποια «μοναδική» (gold standard) αγωγή
- Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να γίνεται με βάση τον **ασθενή** και το κύριο σύμπτωμα του, λαμβάνοντας υπόψη τις επιθυμίες του, οι δε στόχοι πρέπει να είναι ρεαλιστικοί
- Ο **ψυχολογικός** παράγοντας (στρες, αυτό-εκτίμηση, κατάθλιψη) και η αντιμετώπιση τους έχουν **κεντρικό** ρόλο στη επιτυχή αντιμετώπιση του νοσήματος
- απαιτείται **ενημέρωση** ασθενούς και συχνά **πολυδιάστατη θεραπευτική προσέγγιση**, με αποδοχή από τον κλινικό (open mind) και μη-κλασικών θεραπειών, που ίσως δε γνωρίζει ή δεν αποδέχεται (πχ γνωστική συμπεριφορική ή mind-body θεραπεία, βελονισμός, tai chi)



Βασικές αρχές αντιμετώπισης ινομυαλγίας

- σε ειδικές περιπτώσεις απαιτείται **συνεργασία** πολλών ειδικοτήτων (πχ ρευματολόγος, φυσίατρος, ψυχίατρος)
- **έναρξη θεραπείας με μη-φαρμακολογική προσέγγιση** και κατά προτίμηση επιβλεπόμενο πρόγραμμα αερόβιας άσκησης μέτριας έντασης
- Η φαρμακολογική θεραπεία δεν είναι πανάκεια ούτε πάντα απαραίτητη. Όπου απαιτείται, η έναρξη πρέπει να γίνεται με σταδιακά αυξανόμενες δόσεις, ενώ είναι πιθανό να απαιτηθεί συνδυασμός φαρμακευτικών ουσιών
- **Η αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών παρεμβάσεων είναι, για τους περισσότερους ασθενείς, μέτρια (*modest*: 30% βελτίωση στον πόνο στους μισούς ασθενείς που θα λάβουν φαρμακευτική αγωγή).**
- Αναμένεται ικανοποιητική απόκριση 2-4 εβδομάδες αφού η αγωγή έχει φτάσει στο μέγιστη συνιστώμενη δόση. Ανάλογα με την περίπτωση, σε ασθενείς που έχουν αποτύχει στην 1^η φαρμακευτική αγωγή, η 2^η φαρμακευτική ουσία θα μπορούσε να αντικαθιστά ή να συμπληρώνει την πρώτη



Βασικές αρχές αντιμετώπισης ινομυαλγίας

- Η προσωρινή βελτίωση στην κλινική εικόνα ακολουθείται συχνά από διακοπή φαρμακευτικής αγωγής, πιθανώς λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ή δευτερογενούς αποτυχίας
- Η **κόπωση** είναι συχνά **ανθεκτική** στη φαρμακολογική προσέγγιση και απαιτεί διαφορετική προσέγγιση (πχ φυσική δραστηριότητα ή γνωστική συμπεριφορική θεραπεία)
- η θεραπευτική προσέγγιση **παιδιών** είναι διαφορετική από αυτή των ενηλίκων



Η αντιμετώπιση ινομυαλγίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ



ΙΩΑΝΝΙΝΑ

United States National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH),

List [\[edit\]](#)

The current list of example mind-body interventions provided by the NCCIH is as follows:^{[8][9]}

- Acupuncture
- Alexander technique
- Art therapy
- Breathing exercises
- Chiropractic
- Dance therapy
- Feldenkrais Method
- Guided imagery
- Guided meditation
- Hypnosis
- Hypnotherapy
- Massage therapy
- Meditation
- Music therapy
- Osteopathic manipulation
- Pilates
- Prayer
- Progressive muscle relaxation
- Qigong
- Rolfing
- Tai chi
- Trager approach
- Yoga