



Παρηγορητική Φροντίδα



ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μήνυμα Συντακτικής Επιτροπής

Αγαπητοί συνάδελφοι, αγαπητοί φίλοι

Η λαίλαπα των νέων οικονομικών μέτρων που σαρώνει τη χώρα μας, από τις αρχές του χρόνου, κάνει κάθε ευχή για «χαρούμενο» και «ευτυχισμένο» το 2012, να φαντάζει τουλάχιστον ειρωνεία.

Το ίδιο φαντάζει πλέον και ο τίτλος του Υπουργείου μας, ως προς το δεύτερο σκέλος του, «Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης». Δυστυχώς οι πολιτικές ηγεσίες των τελευταίων δεκαετιών, μηδεμιάς εξαιρουμένης, αποδείχθηκαν κατώτερες των περιστάσεων και δεν φρόντισαν να δημιουργήσουν δομές φροντίδας ασθενών με νοσήματα απειλητικά για την ζωή τους, παρότι με σειρά νομοσχεδίων, υπουργικών αποφάσεων και συνεντεύξεων, ευαγγελίζονταν την ανάπτυξη και λειτουργία υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας σε όλη την επικράτεια.

Το δικό μας μήνυμα απέναντι σε όλα αυτά είναι ότι θα συνεχίσουμε να αγωνιζόμαστε όπως κάνουμε όλα αυτά τα χρόνια.

Το οφείλουμε σε όσους έφυγαν από τη ζωή με αβάσταχτους πόνους, χωρίς να μπορέσουν να εκφράσουν την οδύνη και τη δυσaráσκειά τους.

Το οφείλουμε στους σημερινούς ασθενείς και στις οικογένειές τους, που με τις συγχωνεύσεις νοσοκομείων, τις μειώσεις παροχών για φαρμακευτική περίθαλψη, την διακοπή λειτουργίας υπηρεσιών υγείας, βρίσκονται σε απόγνωση.

Το οφείλουμε στις επόμενες γενιές των επαγγελματιών υγείας στους οποίους θα παραδώσουμε την σκυτάλη. Συσπειρωνόμαστε λοιπόν και συνεχίζουμε με την ετήσια συνάντησή μας, που και αυτή τη χρονιά θα πραγματοποιηθεί στο θέατρο «ΣΤΟΑ», για να ανταλλάξουμε ευχές και να παρακολουθήσουμε την θεατρική παράσταση «ΦΑΥΣΤΑ» του Μποστ.

Συσπειρωνόμαστε και συνεχίζουμε με το εκπαιδευτικό μας πρόγραμμα, ξεκινώντας αυτή τη χρονιά με το «1ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Παρηγορητικής Φροντίδας για Νοσηλευτές». Η πρωτοβουλία αυτή πιστεύουμε πως θα βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών,



καθώς κάθε νοσηλευτής και κάθε νοσηλεύτρια οπουδήποτε και αν ασκούν τα καθήκοντά τους, βρίσκονται καθημερινά αντιμέτωποι με τις ανάγκες και τα προβλήματα ανθρώπων με νοσήματα τελικού σταδίου, η φροντίδα των οποίων, σε αυτή τη φάση είναι κατεξοχήν προνόμιο των νοσηλευτών.

Αγαπητοί φίλοι, η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α χρειάζεται και την δική σας παρουσία για να συνεχίσει το έργο της.

Ανανεώστε την συμμετοχή σας, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας, ενημερωθείτε για τις δραστηριότητές μας, δηλώστε παρόντες.

**Με συναδελφικούς και φιλικούς χαιρετισμούς
Για την συντακτική επιτροπή**

**Ασπασία Οικονόμου
Υπεύθυνη έκδοσης.**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ -
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
(ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)**

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΑΡC
ΜΕΛΟΣ ΕCΕΡΤ

Σμολένσκυ 4, Αθήνα 114 72

Τηλ. 210 – 6457878

Fax. 210 - 3610488

www.grpalliative.org

email: info@grpalliative.gr

Δ.Σ. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Πρόεδρος: Αθηνά Βαδαλούκα
Αντιπρόεδρος: Ιωάννα Σιαφάκα
Γραμματέας: Ευνομία Αλεξοπούλου - Βραχνού

Ταμίας: Μαρία Κοκολάκη
Αν. Ταμίας: Παρασκευή Ντόλου
Μέλη: Χρυσούλα Καραναστάση
Φανή Κρεμαστινού
Φωτεινή Κωνσταντάκη
Γιάννης Μπερδούσης

Επίτ. Πρόεδρος: Βασιλική Χειμωνίτση - Κυπρίου

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Υπεύθυνος έκδοσης: Ασπασία Οικονόμου

Μέλη: Ευνομία Αλεξοπούλου Βραχνού
Ελπίδα Αντωνοπούλου
Χρυσούλα Καραναστάση
Μαρία Κοκολάκη
Φανή Κρεμαστινού
Ελένη Μόκα

ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Η συνταγογράφηση οπιοειδών για την αντιμετώπιση του χρόνιου μη καρκινικού πόνου αυξάνει συνεχώς τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. Πρωτοβουλία της ΠΑΡΗΣΥΑ είναι να προτείνει την ακόλουθη <<Ενημερωμένη συγκατάθεση >> για χρήση στα Ιατρεία Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας ώστε οι ασθενείς να ενημερώνονται για τις τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών και να συγκατατίθενται στη χρήση τους.

**ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ
ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ**

Ο/Η γιατρός.....
..... μου συνταγογραφεί θεραπεία με οπιοειδή (γνωστά στο ευρύ κοινό ως ναρκωτικά).
Η διάγνωση της παθήσεώς μου είναι
.....
.....
Η θεραπεία μου με οπιοειδή αποφασίστηκε γιατί άλλα θεραπευτικά σχήματα δεν απέδωσαν ή κρίθηκε ότι δεν μπορούν να με ανακουφίσουν από τον πόνο μου.

Ενημερώθηκα ότι τα φάρμακα αυτού του είδους έχουν διάφορες ανεπιθύμητες δράσεις που περιλαμβάνουν (χωρίς να περιορίζονται σε αυτά) τα εξής: υπνηλία, ζάλη, δυσκοιλιότητα, ναυτία, έμετο, κνησμό, αλλεργικές αντιδράσεις, επιβράδυνση αναπνοής, επιβράδυνση αντανακλαστικών ή χρόνου αντίδρασης, σωματική ή ψυχική εξάρτηση, ανοχή στην αναλγησία καθώς και την πιθανότητα το φάρμακο να μην ανακουφίσει τελείως τον πόνο μου. Γνωρίζω επίσης ότι δεν πρέπει να κάνω χρήση αλκοόλ για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η θεραπεία μου.

Βεβαιώνω ότι δεν θα μετάσχω σε δραστηριότητες που βάζουν σε κίνδυνο εμένα ή άλλα άτομα αν αισθάνομαι ζαλισμένος/η ή αν δεν σκέφτομαι καθαρά μετά από χρήση αυτών των φαρμάκων. Αυτές οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν κυρίως τα εξής: χρήση βαρέως εξοπλισμού, οδήγηση, εργασία σε ύψος χωρίς να υπάρχει προστασία και ανάληψη ευθύνης άλλου ατόμου που δεν είναι ικανό να προστατεύσει τον εαυτό του.

Βεβαιώνω ότι θα ενημερώσω το γιατρό μου για όλα τα άλλα φάρμακα ή θεραπείες που λαμβάνω ή έχω λάβει μέχρι σήμερα.

Είμαι ενημερωμένος/η ότι κάποια φάρμακα μπορεί να καταργήσουν ή να ενισχύσουν τη δράση των φαρμάκων που λαμβάνω για τη θεραπεία του πόνου μου. Συμφωνώ ότι

θα ενημερώσω οποιονδήποτε άλλο θεράποντα γιατρό μου ότι λαμβάνω οπιοειδή ώστε να μη μου χορηγήσει αυτά τα φάρμακα.

Έχω ενημερωθεί ότι ως ψυχική εξάρτηση ορίζεται η απεγνωσμένη αναζήτηση και η κατάχρηση μιας βλαβερής ουσίας ή φαρμάκου αν και ο χρήστης γνωρίζει ότι είναι βλαπτική και βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του. Γνωρίζω επίσης ότι η πιθανότητα να εξαρτηθώ από το φάρμακο αυτό είναι μηδαμινή. Γνωρίζω ότι η εκδήλωση μιας εξάρτησης από φαρμακευτική χρήση οπιοειδών έχει αναφερθεί σπάνια και ότι είναι πιο συνηθισμένη σε άτομα που τα ίδια ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έχουν ιστορικό εξάρτησης σε ουσίες. Συμφωνώ να ενημερώσω τον γιατρό μου με ειλικρίνεια αν έχω εξάρτηση σε κάποια ουσία ή αλκοόλ καθώς επίσης και αν έχει υποπέσει στην αντίληψή μου ότι κάποιο μέλος της οικογένειάς μου κάνει χρήση ουσιών.

Καταλαβαίνω ότι η φυσική(σωματική) εξάρτηση είναι φυσικό επακόλουθο της χρήσης αυτών των φαρμάκων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Καταλαβαίνω ότι η φυσική εξάρτηση δεν είναι το ίδιο με την ψυχική εξάρτηση. Έχω ενημερωθεί ότι φυσική εξάρτηση σημαίνει ότι αν ελαττώσω πολύ, διακόψω απότομα τη λήψη του φαρμάκου αυτού ή πάρω κάποιο από τα φάρμακα που αναστρέφουν τη δράση του θα εκδηλώσω στερητικό σύνδρομο (συνάχι, χασμουρητό, διαστολή της κόρης του ματιού, ανατριχίλες, κοιλιακά άλγη, κράμπες, διάρροια, εκνευρισμό, πόνο σε όλο το σώμα και αίσθημα σαν να έχω γρίπη). Ενημερώθηκα επίσης ότι το σύνδρομο στέρησης είναι σπάνιο και δεν βάζει τη ζωή μου σε κίνδυνο. Μπορεί δε να το αποφύγω με σταδιακή μείωση της δοσολογίας όταν δεν χρειάζομαι πλέον το οπιοειδές που λαμβάνω και πρέπει να το διακόψω.

Γνωρίζω ότι ανοχή στο φάρμακο σημαίνει ότι χρειάζομαι μεγαλύτερη δόση φαρμάκου για το ίδιο αναλγητικό αποτέλεσμα. Γνωρίζω ότι η ανοχή στο φάρμακο δεν αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο πόνο αλλά έχει παρατηρηθεί σε άλλους ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή και μπορεί να εμφανιστεί και σε μένα. Αν εμφανιστεί και σε μένα είναι δυνατόν η αύξηση της δόσης να μην ανακουφίσει τον πόνο μου και να μου προκαλέσει παρενέργειες. Σε περίπτωση ανοχής ή αδυναμίας να ανακουφιστώ από τον πόνο μου ο γιατρός μου μπορεί να αναγκαστεί να μου αυξήσει τη δόση να μου χορηγήσει και άλλο φάρμακο ή να αλλάξει τη θεραπεία μου.

Έχω ενημερωθεί επίσης ότι τα φάρμακα αυτά πρέπει να

κρατάω μακριά από τα παιδιά και να μην τα δίνω ή τα συστήνω σε άτομα συγγενικά ή του περιβάλλοντός μου.

(ΓΙΑ ΑΝΤΡΕΣ). Γνωρίζω ότι η χρόνια χρήση οπιοειδών μπορεί να ελαττώσει τα επίπεδα τεστοστερόνης των ανδρών. Αυτό μπορεί να επηρεάσει τη διάθεση, το σθένος, τη σεξουαλική επιθυμία ή ικανότητα.

(ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ). Αν σκοπεύω να μείνω έγκυος ή μείνω έγκυος κατά τη διάρκεια της θεραπείας μου με οπιοειδή, θα ενημερώσω αμέσως το γυναικολόγο μου. Γενικά η χρήση οπιοειδών δεν συνιστάται σε έγκυες γυναίκες εκτός αν αυτό κριθεί απολύτως απαραίτητο από τους θεράποντες γιατρούς. Γνωρίζω ότι αν λαμβάνω οπιοειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μου το μωρό θα αναπτύξει φυσική εξάρτηση στα οπιοειδή. Γνωρίζω ότι η λήψη οπιοειδών γενικά δεν έχει συνδεθεί μέχρι σήμερα με σοβαρές γενετικές ανωμαλίες αλλά και η ασφάλειά τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν έχει τεκμηριωθεί. Γνωρίζω ότι γενετικές ανωμαλίες μπορεί να εμφανιστούν σε παιδιά που οι μητέρες τους δεν κάνουν χρήση φαρμάκων και επομένως μπορεί να εμφανιστούν και στο δικό μου παιδί χωρίς αυτό να συνδέεται με τη λήψη οπιοειδών.

Δηλώνω ότι έχω διαβάσει ή μου έχει διαβαστεί αυτό το έντυπο. Είχα τη δυνατότητα να μου απαντηθούν όλες οι απορίες μέχρι να το κατανοήσω. Υπογράφοντας με τη θέλησή μου αυτό το έγγραφο δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη θεραπεία του πόνου μου με οπιοειδή.

Όνοματεπώνυμο ασθενούς.....

Υπογραφή ασθενούς.....

Υπογραφή μάρτυρα.....

Ημερομηνία.....

Για τη σύνταξη του κειμένου ελήφθη υπόψη η ενημερωμένη συγκατάθεση (consent for chronic opioid therapy) της Αμερικανικής Ακαδημίας Αλγολογίας (American Academy of Pain Medicine)

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ – ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΦΑΝΗ ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ,
 ΜΕΛΟΣ Δ.Σ. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (συνέχεια)

Σοφία Πουλοπούλου

**Αναισθησιολόγος, Αν. Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος
και Ιατρείου Πόνου Ογκολογικού Νοσοκομείου ΙΚΑ**

Ε) Ειδικές κατηγορίες καρκινικού πόνου

Παροξυσμικός πόνος

Η ομάδα εργασίας της επιστημονικής επιτροπής της Εταιρείας Παρηγορητικής Ιατρικής της Μ. Βρετανίας και της Ιρλανδίας δημοσίευσε το 2009 ένα τροποποιημένο ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο «παροξυσμικός καλείται ο πόνος που χαρακτηρίζεται από μία παροδική έξαρση πόνου, η οποία συμβαίνει είτε αυτόματα είτε σε σχέση με κάποιο προβλεπόμενο ή απρόβλεπτο ερέθισμα, παρά τον σχετικά σταθερό και επαρκώς ελεγχόμενο υποκείμενο (background) πόνο». Διατύπωσε, επίσης, τις εξής 12 συστάσεις για την αντιμετώπιση του σχετιζόμενου με τον καρκίνο παροξυσμικού πόνου (ΠΠ):

1. Οι ασθενείς με πόνο πρέπει να εκτιμώνται για την παρουσία ΠΠ.
2. Στους ασθενείς με ΠΠ πρέπει να αξιολογηθούν τα χαρακτηριστικά του πόνου (αιτιολογία αυτού, παθοφυσιολογία, κλπ) με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και διενέργεια αντικειμενικής εξέτασης.
3. Η αντιμετώπιση του ΠΠ πρέπει να εξατομικεύεται.
4. Πρέπει να δοθεί προσοχή στη θεραπεία της υποκείμενης αιτίας του πόνου.
5. Πρέπει να δοθεί προσοχή στην αποφυγή/θεραπεία των παραγόντων εκείνων που προκαλούν ΠΠ.
6. Πρέπει να δοθεί προσοχή στην τροποποίηση του υποκείμενου αναλγητικού πλάνου των χορηγούμενων φαρμάκων με το ρολόι.

7. Τα οπιοειδή είναι τα «φάρμακα διάσωσης» πρώτης επιλογής για την αντιμετώπιση των επεισοδίων ΠΠ.

8. Η δόση του οπιοειδούς διάσωσης πρέπει να καθορίζεται με εξατομικευμένη τιτλοποίηση.

9. Μη φαρμακολογικές μέθοδοι μπορεί να είναι χρήσιμες για την αντιμετώπιση επεισοδίων ΠΠ.

10. Μη οπιοειδή αναλγητικά μπορεί να είναι χρήσιμα για την αντιμετώπιση επεισοδίων ΠΠ.

11. Επεμβατικές μέθοδοι μπορεί να είναι χρήσιμες για την αντιμετώπιση επεισοδίων ΠΠ.

12. Οι ασθενείς με ΠΠ πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική επανεκτίμηση του πόνου τους.

Τα διαθέσιμα οπιοειδή για την αντιμετώπιση του ΠΠ διακρίνονται σε 2 κατηγορίες:

1) Βραχείας δράσης (short-acting)

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η μορφίνη άμεσης απελευθέρωσης (δισκίο ή υδατικό διάλυμα), η οξυκωδόνη, η υδρομορφόνη και η μεθαδόνη. Στα πλεονεκτήματά τους περιλαμβάνονται ο εύκολος τρόπος χορήγησης, η αναλογική δοσολογία (5-15% της ολικής ημερήσιας δόσης), η εξοικείωση με το φάρμακο τόσο του γιατρού όσο και του ασθενή και το σχετικά χαμηλό κόστος. Στα μειονεκτήματα συγκαταλέγονται η σχετικά βραδύτερη έναρξη δράσης, η παράταση της διάρκειας δράσης (που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο ποσοστό εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών). Για το λόγο αυτό προτείνεται από ορισμένους συγ-

γραφείς η χορήγηση των συγκεκριμένων οπιοειδών στον προβλεπόμενο ΠΠ, οπότε οι ασθενείς μπορούν να λάβουν το φάρμακο 30-45 λεπτά πριν την εμφάνισή του.

Τα προαναφερθέντα οπιοειδή (πλην της οξικωδόνης) μπορούν να χορηγηθούν και παρεντερικά (iv ή sc). Τα ενδοφλέβια οπιοειδή συνιστούν μία αποτελεσματική επιλογή για την αντιμετώπιση του απρόβλεπτου ή ιδιοπαθούς ΠΠ, εξαιτίας της ταχείας έναρξης δράσης, δεν μπορούν, όμως, να χρησιμοποιηθούν στο σπίτι και αυτό είναι το βασικό τους μειονέκτημα.

Τα υποδορίως χορηγούμενα οπιοειδή έχουν ταχύτερη έναρξη δράσης από τα per os, χορηγούνται με μικρή βελόνα και είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν και στο σπίτι μέσω προγεμισμένης σύριγγας ή με το ενέσιμο σύστημα Edmonton. Ένα νέο σύστημα είναι το αποκαλούμενο «στυλό του πόνου» (pain pen). Πρόκειται για ένα ενέσιμο στυλό που περιέχει μία θήκη οπιοειδούς (υδρομορφόνη), και επιτρέπει στον ασθενή να χορηγήσει στον εαυτό του υποδόριες δόσεις οπιοειδούς όποτε χρειάζεται. Το σύστημα αυτό αναμένεται να είναι εμπορικά διαθέσιμο τα επόμενα χρόνια.

Τέλος, σε μία μελέτη χορηγήθηκε υπογλώσσια μεθαδόνη με καλά αποτελέσματα στην ανακούφιση του ΠΠ και μέση έναρξη δράσης τα 5min.

2) Οπιοειδή ταχείας έναρξης δράσης (rapid-onset opioids)

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται:

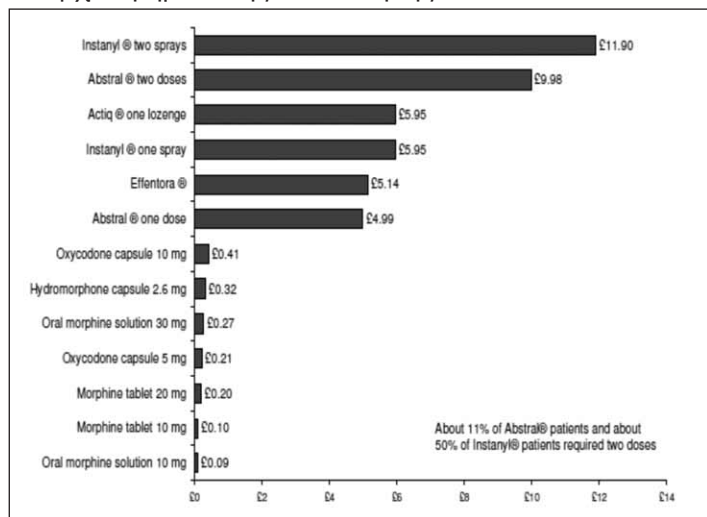
α. η από του στόματος διαβλεννογόσιος κιτρική φεντανύλη (OTFC), (ΗΠΑ και Ευρώπη Actiq). Το σκεύασμα είναι μία παστίλια εμποτισμένη με φεντανύλη στην άκρη ενός στυλεού και εγκρίθηκε από τον FDA για την αντιμετώπιση του ΠΠ το 1998. Χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη βιοδιαθεσιμότητα (συνολικά 50%), ταχύτερη έναρξη δράσης (15min) και ανακούφιση από τον πόνο (10-20min) σε σχέση με τα από του στόματος οπιοειδή (30-40min). Αυτές οι ιδιότητες καθιστούν το OTFC μία δυναμικά ελκυστική επιλογή για τον

ιδιοπαθή ΠΠ. Στα μειονεκτήματα συγκαταλέγονται η μη διαβλεννογόνια απορρόφηση του 75% της φεντανύλης, η οποία καταπίνεται, το κόστος, περιορισμοί στη χρήση του (ξηροστομία ή αν ο ασθενής δεν μπορεί να εκτελέσει την τεχνική εφαρμογής στο βλεννογόνο για 15 min).

β. η υπογλώσσια φεντανύλη, (Ευρώπη Abstral, Rapinyl). Κυκλοφορεί σε χώρες της Ευρώπης από τον Ιούνιο του 2008 και η εταιρεία αναμένει την έγκριση από τον FDA, ο οποίος, όμως, τον Ιούνιο του 2010 ανανέωσε την υπό εξέταση περίοδο του φαρμάκου για 3 μήνες. Τοποθετείται κάτω από τη γλώσσα και διαλύεται πλήρως σε λιγότερο από ένα λεπτό, με αποτέλεσμα την απορρόφηση του 70% της δόσης. Είναι κατάλληλη για χορήγηση σε ασθενείς με ξηροστομία, ναυτία ή δυσφαγία (οπότε δεν μπορούν να λάβουν τα από του στόματος οπιοειδή). Η T_{max} είναι 30-75min. Αποδείχτηκε καλά ανεκτό από τους ασθενείς για περίοδο θεραπείας 12 μηνών.

γ. διαρινική μορφίνη, διαρινική φεντανύλη (Instanyl), διαρινική αλφεντανίλη. Η διαρινική φεντανύλη κυκλοφορεί στην Ευρώπη μετά την έγκριση από την Επιτροπή Φαρμακευτικών Προϊόντων για Χρήση στον Άνθρωπο (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA) το 2009. Έχει τη μορφή ρινικού σπρέι που απελευθερώνει 50, 100 ή 200 γ σε κάθε ψεκασμό. Μέχρι 4 επεισόδια ΠΠ μπορούν να αντιμετωπιστούν καθημερινά, και το κάθε ένα από αυτά με 1 ή 2 δόσεις που θα απέχουν μεταξύ τους χρονικά τουλάχιστον 10 min. Η συνολική βιοδιαθεσιμότητα είναι ~ 100%. Ο μέσος χρόνος για την επίτευξη της μέγιστης συγκέντρωσης στο πλάσμα (T_{max}) είναι 13 min (η αντίστοιχη τιμή για το Actiq είναι 20-40min (20-280) και για το Effentora 46.8 minutes (20-240). Σε συγκριτική μελέτη, το Instanyl οδήγησε σε ανακούφιση του πόνου 5min νωρίτερα από το Actiq, δηλ. 10 min. Το Instanyl συνιστά μία καλή εναλλακτική λύση σε ασθενείς με ναυτία και έμετο, ξηροστομία, στοματίτιδα και επηρεασμένη λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος, καταστάσεις που απαντώνται συχνά στους καρκινοπαθείς. Η χορήγηση του σκευάσματος αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή αναπνευστική κατάπτωση, σοβαρού βαθμού ΧΑΠ, προηγηθείσα ακτινοβολία στο πρόσωπο ή επαναλαμ-

άλλους λόγους (μεταβολές στη νόσο ή στην κατάσταση του πόνου, επιλογή του ασθενή, ανεπιθύμητες ενέργειες, ανεπαρκής έλεγχος του πόνου παρά τη λήψη των υψηλότερων δόσεων ΟΤFC. Η χορήγηση, λοιπόν, αναλογικής δόσης, με βάση τη δόση του βασικού οπιοειδούς, ίσως να αποτελεί μία καλή εναλλακτική μέθοδο, καθώς είναι πολύ απλούστερη τόσο για τον γιατρό όσο και για τον ασθενή, και επίσης βοηθά στην ελαχιστοποίηση της χρήσης ασυνήθιστα υψηλών δόσεων οπιοειδών. Οι Mercadante et al δημοσίευσαν το Μάιο του 2010 μία μελέτη 66 ασθενών οι οποίοι έλαβαν για αντιμετώπιση του ΠΠ iv ή per os μορφίνη, ΟΤFC, iv ή per os μεθαδόνη, per os οξικωδόνη, στο 1/5 της συνολικής ημερήσιας δόσης οπιοειδούς. Στο 99,2% και στο 97,6% των επεισοδίων ΠΠ που αντιμετωπίστηκαν με ΟΤFC υπήρξε μείωση του πόνου >33% και >50% αντίστοιχα, ενώ κανείς ασθενής δεν εμφάνισε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που να απαιτούν ιατρική παρέμβαση. Χρειάζονται, ωστόσο, περισσότερες μελέτες που να συγκρίνουν άμεσα τις δύο μεθόδους, προκειμένου να καταλήξουμε σε σαφή συμπεράσματα. Μέχρι τότε, ένας αξιόπιστος συμβιβασμός μεταξύ των διαφορετικών απόψεων θα ήταν να ξεκινήσει κανείς με σχετικά υψηλές δόσεις οπιοειδών σε ασθενείς που λαμβάνουν αντίστοιχες βασικές δόσεις, παραλείποντας τα αρχικά βήματα της τιτλοποίησης.



Σχήμα 1. Κόστος ανά επεισόδιο ΠΠ. NETAG, September 2009

Καρκινικός νευροπαθητικός πόνος

Η συχνότητα ποικίλλει από 0.5-8% για αμιγή νευροπαθητικό καρκινικό πόνο (ΝΚΠ), ενώ 30-40% των ασθενών με καρκίνο υποφέρουν από μικτής αιτιολογίας (αλγαισθητικό- νευροπαθητικό πόνο). Ο ΝΚΠ μπορεί να οφείλεται:

- 1) σε σύνδρομο πόνου που σχετίζονται άμεσα με τον όγκο (Πίν.1),
- 2) σε σύνδρομο πόνου που σχετίζονται με την αντικαρκινική θεραπεία (Πίν.2),
- 3) σε σύνδρομο πόνου που σχετίζονται έμμεσα με τον καρκίνο, π.χ. μεθερπητική νευραλγία.

Πίνακας 1. Νευροπαθητικά σύνδρομα πόνου που σχετίζονται με τον όγκο σε ασθενείς με καρκίνο

- Επώδυνες περιφερικές μονονευροπάθειες
- Επώδυνες πολυνευροπάθειες
- Πλεγματοπάθεια (αυχενική, βραχιόνια, οσφυοϊερή, ιερή)
- Ριζοπάθεια
- Επισκληρίδια συμπίεση ΝΜ

Πίνακας 2. Νευροπαθητικά σύνδρομα πόνου που σχετίζονται με τη θεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο

Μετεγχειρητικά σύνδρομα πόνου

- Σύνδρομο μετά μαστεκτομή
- Σύνδρομο μετά θωρακотоμή
- Σύνδρομο μετά νεφρεκτομή
- Πόνος κολοβώματος και πόνος μέλους-φαντάσματος
- Σύνδρομο μετά λεμφαδενικό καθαρισμό τραχήλου

Σύνδρομο μετά την ακτινοθεραπεία

- Ακτινική μυελοπάθεια
- Προκαλούμενο από την ακτινοθεραπεία νεόπλασμα
- Μετακτινική ίνωση αυχενικού, βραχιόνιου, οσφυοϊερού πλέγματος

Σύνδρομο μετά την χημειοθεραπεία

- Πολυνευροπάθειες

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νευρολογικών Εταιρειών (EFNS) (2010), της Διεθνούς Εταιρείας για τη Μελέτη του Πόνου (IASP) και του Ινστιτούτου Νευροπαθητικού Πόνου (2007) και της Καναδικής Εταιρείας Πόνου (2007) τα οπιοειδή μπορεί να θεωρηθούν φάρμακα πρώτης επιλογής στον ΝΚΠ. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητά τους μπορεί να είναι φτωχή, καθώς απαιτούνται συνήθως υψηλές δόσεις, οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μη ανεκτών ανεπιθύμητων ενεργειών με συνέπεια την αδυναμία κλιμάκωσης της δοσολογίας. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι το 50% του δύσκολα αντιμετωπίσιμου καρκινικού πόνου είναι νευροπαθητικός. Στις περιπτώσεις, λοιπόν, αυτές, τα ευρέως χρησιμοποιούμενα επικουρικά αναλγητικά αποτελούν σημαντικό μέρος της θεραπείας. Η επιλογή του εκάστοτε επικουρικού αναλγητικού δεν βασίζεται τόσο στην υπεροχή του όσον αφορά τη δραστηριότητα, αφού ο NNT κυμαίνεται για όλα περίπου στο 3, αλλά στην εξατομικευμένη ευαισθησία στο φαρμακολογικό προφίλ του κάθε φαρμάκου, και, κυρίως στις ανεπιθύμητες ενέργειες, π.χ. ορθοστατική υπόταση με την αμιτρυπιλίνη.

Γενικά, ο ΝΚΠ ανταποκρίνεται καλά στη συνδυασμένη θεραπεία με μορφίνη, γκαμπαπεντίνη, αμιτρυπιλίνη και στεροειδή. Αυτό αποτυπώνεται σε μία προοπτική μελέτη των Mishra et al (2009) 800 ασθενών με ΝΚΠ, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με οπιοειδή (μορφίνη 52%) και επικουρικά φάρμακα (αμιτρυπιλίνη 30%, γκαμπαπεντίνη 30%, γκαμπαπεντίνη και στεροειδή 20%, στεροειδή 20%). Πριν τη θεραπεία, 70% είχε πόνο ≥ 7 (VAS), ενώ 6 μήνες μετά 5% είχε VAS 4-6, 42% VAS 1-3 και 53% VAS 0. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι οι ασθενείς με ΝΚΠ μπορούν να ανακουφιστούν με πολυπαραγοντική θεραπεία ακολουθώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ.

Από τα επικουρικά φάρμακα μεγαλύτερη τεκμηρίωση υπάρχει, μέχρι στιγμής, για τη γκαμπαπεντίνη.

Ειδική μνεία πρέπει να γίνει στην προκαλούμενη από τη χημειοθεραπεία περιφερική νευροπάθεια (chemotherapy-induced peripheral neuropathy, CIPN), καθώς είναι η πιο συχνά αναφερόμενη από τους ασθενείς και η πιο δύσκολα

αντιμετωπίσιμη. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει φάρμακο που να έχει λάβει έγκριση ειδικά για την αντιμετώπιση της CIPN. Από τα οπιοειδή προτείνονται η τραμαδόλη, η μορφίνη, η οξικωδόνη και, λιγότερο, η μεθαδόνη, από τα αντικαταθλιπτικά η βενλαφαξίνη, ενώ τα αντιεπιληπτικά έχουν περισσότερο αμφίβολα αποτελέσματα.

Γενικά, πρέπει να έχουμε υπόψιν ότι ο αλγόριθμος αντιμετώπισης νευροπαθητικών συνδρόμων πόνου μετά την θεραπεία διαφέρει από εκείνον για το ΝΠ που σχετίζεται άμεσα με τη νεοπλασματική νόσο: τα φάρμακα πρώτης επιλογής στην περίπτωση αυτή τείνουν να είναι τα αντιεπιληπτικά ή τα αντικαταθλιπτικά.

Οστικός καρκινικός πόνος (cancer-induced bone pain, CIBP)

Οι οστικές μεταστάσεις είναι μία συχνή επιπλοκή του καρκίνου και ο πιο συχνός τύπος πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο. Η συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει από 15-30% (σε καρκίνο πνεύμονα, εντέρου, στομάχου, νεφρού, κλπ) έως 70% (σε προχωρημένο καρκίνο μαστού ή προστάτη).

Ο ΟΚΠ εμφανίζεται με τις εξής 3 μορφές: τονικό σταθερό υποκείμενο πόνο με αμβλύ χαρακτήρα, αυτόματο παροξυσμικό και πόνο σχετιζόμενο με τις κινήσεις.

Ο ΟΚΠ φαίνεται ότι είναι μηχανιστικά ξεχωριστός συγκρινόμενος με νευροπαθητικές ή φλεγμονώδεις καταστάσεις πόνου. Τα οστά νευρώνονται σε μεγάλο βαθμό με C ίνες, οι οποίες διεγείρονται από φλεγμονώδεις παράγοντες (δευτεροπαθώς από τα καρκινικά κύτταρα) και άλλες ουσίες (οξέα, κυτοκίνες, αυξητικούς παράγοντες, κ.ά.), ενώ ταυτόχρονα υπάρχει καταστροφή των πρωτογενών προσαγωγών ινών (λόγω της ενεργοποίησης των οστεοκλαστών). Σε ζωικό μοντέλο οστικού καρκινικού πόνου φάνηκε ότι, όταν τα κύτταρα οστεοσαρκώματος δημιουργούν τον όγκο μέσα στο οστό, υπάρχει μία εκσεσημασμένη ανάπτυξη εκβλαστήσεων και δημιουργία δομών παρόμοιων με νευρίνωμα στο περίοστεο από τις ενεργοποιημένες αισθητικές και συμπαθητικές νευρικές ίνες. Αυτό συμβαίνει μέσα σε χρονικό διάστημα 1 εβδομάδας από τη στιγμή που τα καρκινικά και

τα κύτταρα του ξενιστή που σχετίζονται με τον όγκο αρχίζουν να εκκρίνουν NGF (παράγοντας ανάπτυξης νεύρων, nerve growth factor). Κατά τη διάρκεια της 1 εβδομάδας αυτές οι αισθητικές και συμπαθητικές νευρικές ίνες φαίνεται ότι μεγαλώνουν > 1mm σε μήκος και πυκνώνουν σε τέτοιο βαθμό που δεν παρατηρείται ποτέ σε φυσιολογικά οστά!

Το οπίσθιο κέρασ του NM εμφανίζει ένα μοναδικό μοντέλο νευροχημικής αναδιοργάνωσης και διέγερσης (όχι αμιγώς νευροπαθητικό ή φλεγμονώδες) που χαρακτηρίζεται από κεντρική ευαισθητοποίηση διαμέσου συναπτικών μεταβολών στα προσαγωγά ερεθίσματα των νευρώνων της στιβάδας II (πηκτωματώδης ουσία), αύξηση των νευρώνων ευρέως δυναμικού (wide-dynamic range neurons, WDRN) στα κύτταρα της στιβάδας I (50%, ενώ φυσιολογικά είναι 25%), υπερδιέγερση των στιβάδων I και V, αυξημένη ενεργοποίηση της γλοίας και της έκφρασης της δυνορφίνης. Σε αντίθεση με νευροπαθητικά και φλεγμονώδη νοσήματα, ο ΟΚΠ δεν προκαλεί σημαντική έκφραση των δεικτών της ουσίας P και του CGRP στο οπίσθιο κέρασ του NM. Ωστόσο, η αυξημένη ενεργοποίηση της γλοίας αποδεικνύεται από τη σημαντική αύξηση μίας ειδικής πρωτεΐνης ενδιαμέσων ινιδίων των αστροκυττάρων, της GFAP (glial fibrillary acidic protein), και, μάλιστα, μόνο στη σύστοιχη με τον όγκο πλευρά του NM.

Η ισχύουσα θεραπεία για τους ασθενείς με ΟΚΠ ακολουθεί την προσέγγιση της αναλγητικής κλίμακας του ΠΟΥ σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Τα οπιοειδή παραμένουν η βασική θεραπεία για τον ΟΚΠ. Συνήθως χορηγείται ένα οπιοειδές (π.χ. μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης) για το σταθερό πόνο, και ένα σκεύασμα φεντανύλης ταχείας έναρξης δράσης για τον παροξυσμικό πόνο. Σημαντική θέση έχουν τα ΜΣΑΦ και κυρίως οι COX-2 αναστολείς, καθώς η συγχορήγηση των τελευταίων με μορφίνη μειώνει την ανάπτυξη του καρκινικού όγκου in vivo και in vitro και μπλοκάρει την ανάπτυξη υπεραλγησίας. Διάφορα άλλα φάρμακα χορηγούνται επικουρικά, όπως, μυοχαλαρωτικά (διαζεπάμη, μπακλοφένη), κορτικοστεροειδή, κανναβινοειδή. Όσον αφορά τα διφωσφονικά, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESMO (Μάιος 2010), υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για τη χρήση τους στον ανθεκτικό ΟΚΠ, όχι

όμως για γενική χρήση σαν φάρμακα πρώτης επιλογής. Νέα φάρμακα, όπως αντισώματα κατά του παράγοντα αύξησης νευρικών κυττάρων (anti-NGF antibodies), υποβάλλονται σε κλινικές δοκιμές για την αντιμετώπιση του ΟΚΠ.

Βιβλιογραφία

1. Pain 2008. An updated review. Refresher Course Syllabus. IASP PRESS, p.11-24.
2. A.N.Davies, A.Dickman et al. The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain* 13(2009) p.331-8.
3. D.Hui, E.Bruera. Breakthrough pain in cancer patients: the need for evidence. *European Journal of Palliative Care*, 2010;17(2), p.58-67.
4. R. Rauck, J. North, L. N. Gever, I. Tagarro & A. L. Finn. Fentanyl buccal soluble film (FBSF) for breakthrough pain in patients with cancer: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Annals of Oncology* 21: 1308–1314, 2010.
5. Vasisht N, Gever LN, Tagarro I, Finn AL. Formulation selection and pharmacokinetic comparison of fentanyl buccal soluble film with oral transmucosal fentanyl citrate: a randomized, open-label, single-dose, crossover study. *Clin Drug Investig* 2009;29(10): 647–654.
6. S. Grape, S. A. Schug, S. Lauer and B. S. Schug. Formulations of Fentanyl for the Management of Pain. *Drugs* 2010; 70 (1): 57-72.
7. Mercadante S et al. A comparison of intranasal fentanyl spray with oral transmucosal fentanyl citrate for the treatment of breakthrough cancer pain: an open-label, randomised, crossover trial. *Curr Med Res Opin* 2009;25:2805-15.
8. Lennernäs B, Frank-Lissbrant I, Lennernäs H, Kälkner KM, Derrick R, Howell J. Sublingual administration of fentanyl to cancer patients is an effective treatment for breakthrough pain: results from a randomized phase II study. *Palliat Med* 2010 Apr; 24(3):286-93.
9. G. Zeppetella. Sublingual Fentanyl for Breakthrough Cancer Pain. *European Oncology*, vol 5(1) Touch Briefings 2009, p10-13.
10. Rauck RL, Tark M, Reyes E, Hayes TG, Bartkowiak AJ, Hassman D, Nalamachu S, Derrick R, Howell J. Efficacy and long-term tolerability of sublingual fentanyl orally disintegrating tablet in the treatment of breakthrough cancer pain. *Curr Med Res Opin*. 2009 Dec; 25(12): 2877-85.

11. Mercadante S et al. The use of opioids for breakthrough pain in acute palliative care unit by using doses proportional to opioid basal regimen. *Clin J Pain*,26(4),May 2010,306-309.
12. J. Raphael ,S. Ahmedzai , J. Hester et al.Cancer Pain: Part 1: Pathophysiology; Oncological, Pharmacological, and Psychological Treatments: A Perspective from the British Pain Society Endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain Medicine*,11(5),p742-764,May 2010.
26. Mercadante S. Breakthrough pain: on the road again. *Eur J Pain*,13,p.329-330,2009.
13. Craig D Blinderman, Management of Cancer Pain: Optimal Pharmacotherapy and the Role of Interventions. *Advances in Pain Management*, Vol 1 No 4 2008, p.122-140.
14. L. Jost & F. Roila. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 21 (Supplement 5): v257–v260, 2010.
15. Mishra S et al. Management of Neuropathic Cancer Pain Following WHO Analgesic Ladder: A Prospective Study. *Am J Palliat Care* 2009;25(6):447-51.
16. Stubblefield M D, Burstein H J, Burton AW. NCCN Task Force Report: Management of Neuropathy in Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*,Vol7, Suppl 5,s1-26, September 2009.
17. Yanagisawa et al. Bone cancer induces a unique central sensitization through synaptic changes in a wide area of the spinal cord. *Molecular Pain* 2010, 6:38.
18. Goblirsch M J et al. Biology of bone cancer pain. *Clin Cancer Res* 2006;12 (20Suppl),6231s-6235s.
33. Tamara King T, Porreca F. Opioids in cancer pain: new considerations. *IASP, Pain Clinical Updates*, Vol XVIII (1), p.1-5,2010.
19. Delaney A et al. Translational medicine: cancer pain mechanisms and management. *BJA* 101(1):87-94,2008.
20. Myers J, Shetty N. Going beyond efficacy: strategies for cancer pain management. *Curr Oncology*, vol 15 (supp 1),s41-s49,2008.
21. Bonneau A. Management of bone metastases. *Can Fam Phys*, vol 54,p524-527,April 2008.
22. King T, Vardanyan A, Majuta L. Morphine treatment accelerates sarcoma-induced bone pain, bone loss, and spontaneous fracture in a murine model of bone cancer. *Pain*. 2007 November ; 132(1-2): 154–168.
23. Droney J, Riley J. Recent advances in the use of opioids for cancer pain. *Journal of Pain Research* 2009;2 135-155.
24. GW Hanks et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *British Journal of Cancer* (2001) 84(5), 587–593.
25. DE Moulin, AJ Clark, I Gilron, et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain – Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manage* 2007; 12(1): 13-21.
26. N.Attal, G.Cruccu, R.Baron et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2009 revision. *European Journal of Neurology* 2010.
27. United Nations. International Narcotics Control Board, Report of the International Narcotics Control Board for 2009.
28. Portenoy RK et al. A multicenter, placebo-controlled, double-blind, multiple-crossover study of Fentanyl Pectin Nasal Spray (FPNS) in the treatment of breakthrough cancer pain. *Pain*. 2010 Dec;151(3):617-24. Comment in: *Pain*. 2010 Dec;151(3):565-6.
29. Davies A, et al. Consistency of Efficacy, Patient Acceptability, and Nasal Tolerability of Fentanyl Pectin Nasal Spray Compared with Immediate-Release Morphine Sulfate in Breakthrough Cancer Pain. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Feb;41(2):358-66.
30. Radbruch L et al. Long-term tolerability, efficacy and acceptability of fentanyl pectin nasal spray for breakthrough cancer pain. *Support Care Cancer*. Mar 2011 [Epub ahead of print]
31. <http://www.pecfent.com>
32. Mantyh PW et al. Antagonism of Nerve Growth Factor-TrkA Signaling and the Relief of Pain. *Anesthesiology*. 115(1):189-204, July 2011.
33. Vadalouca A.,Siafaka I.,Argyra E.,Vrachnou E.and Moka E., Therapeutic Management of Chronic Neuropathic Pain, *Ann.N.Y.Acad.Sci*.1088:164-186,2006

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής: Σύντομος απολογισμός.

Στις 13-16 Οκτωβρίου 2011 πραγματοποιήθηκε στην Ελούντα της Κρήτης το 12ο Συνέδριο Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής, με διεθνή συμμετοχή. Στο συνέδριο συμμετείχαν 371 επιστήμονες ενώ τα 3 κλινικά φροντιστήρια της ESRA παρακολούθησαν 56 και τα δύο φροντιστήρια εναλλακτικών θεραπειών 36 άτομα.

Στην επιτυχία του συνεδρίου συνέβαλε η μεγάλη συμμετοχή των συνέδρων τόσο στις επιστημονικές εκδηλώσεις (10 διαλέξεις διακεκριμένων ομιλητών, 5 στρογγυλές τράπεζες, 5 συνεδρίες ελεύθερων ανακοινώσεων, 3 δορυφορικές διαλέξεις και 2 δορυφορικά συμπόσια) όσο και στις 2 κοινωνικές εκδηλώσεις (εναρκτήρια τελετή, επίσημο δείπνο).

Απόδειξη της επιτυχίας του 12ου Πανελληνίου Συνεδρίου Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής αποτελεί ο έπαινος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Παραθέτουμε τη σχετική επιστολή:

«Προς Επιστημονική Επιτροπή Της εκδήλωσης : "12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορητικής Αγωγής".(Σχετ.α.π.:1768).Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο Συνέδριο σας φαίνεται ότι υπήρξε επιτυχία σε όλους τους σκοπούς της εκδήλωσης. Σας αξίζει έπαινος για την οργάνωση και σας ευχόμαστε μελλοντικές εκδηλώσεις με την ίδια ποιότητα.

Με τιμή, Γραφείο Μοριοδότησης ΠΙΣ"».

Οι περιλήψεις των εισηγήσεων, ομιλιών και επιστημονικών εργασιών του συνεδρίου είναι αναρτημένες στο site της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. www.grpalliative.gr

Η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. και η Οργανωτική Επιτροπή του συνεδρίου ευχαριστεί θερμά όλους όσους συνέβαλαν στην επιτυχία.

Οι Πρόεδροι της Οργανωτικής Επιτροπής

Ιωάννα Σιαφάκα

Εύη Αλεξοπούλου - Βραχνού



Από την εναρκτήρια τελετή



Μερικοί από τους ξένους ομιλητές



Στιγμιότυπα από τις επιστημονικές δραστηριότητες του συνεδρίου

Εκδηλώσεις της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. 2012

- Κοπή Πρωτοχρονιάτικης πίτας της εταιρείας μας και παρακολούθηση της Θεατρικής παράστασης «Φαύστα», στο θέατρο «Στοά», 23 / 2 / 2012
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο νοσηλευτών, με θέμα «Παρηγορητική Φροντίδα Ασθενών Τελικού Σταδίου», Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα, 28 & 29 / 4 / 2012
- Εκπαιδευτικά Σεμινάρια σε ομάδες γιατρών (γενικοί γιατροί, ορθοπεδικοί, παθολόγοι) σε Ήπειρο και Θεσσαλία, με θέμα «Ανακούφιση του Πόνου και Παρηγορητική Φροντίδα».

Ελληνικά και Διεθνή Συνέδρια 2012

- 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής, Costa Navarino, Μεσσηνία, 18-21 Οκτωβρίου 2012
- 31st Annual ESRA Congress 2012, Bordeaux, France, 5 – 8 September 2012
- 14th World Congress on Pain, IASP, Milan, Italy, 27-31 August 2012
- MASCC/ISOO, International Symposium on Supportive Care in Cancer, New York City, 28 – 30 June 2012
- 15th World Congress of Pain Clinicians, Granada, Spain, 27 – 30 June 2012
- 7th World Research Congress of the EAPC, Trondheim, Norway, 7- 9 June 2012