

ΛΕΥΚΑΔΑ

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ & ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

24^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

24 Μόρια
CME-CPD από
τον Π.Ι.Σ.

19-22 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2024
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΙΟΝΙΑΝ BLUE
ΛΕΥΚΑΔΑ

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

www.regionalpainpalliativecongress.gr

Υπό την Αιγίδα ESRA Europe



Υπό την Αιγίδα EuLAP



Ελληνική Εταιρεία
Θεραπείας Πόνου και
Παρηγορικής Φροντίδας



European Society of
Regional Anaesthesia - Hellas



Α' Ανασθησιολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών

PecFent®

ΡΙΝΙΚΟ ΕΚΝΕΦΩΜΑ ΚΙΤΡΙΚΗΣ ΦΑΙΝΤΑΝΥΛΗΣ



Abstral®

ΥΠΟΓΛΩΣΣΙΑ ΔΙΣΚΙΑ ΚΙΤΡΙΚΗΣ ΦΑΙΝΤΑΝΥΛΗΣ

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περιλήψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από τον Κάτοχο.

Kyowa KIRIN

GRÜNENTHAL

ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ:

anaBIOsis
pharmaceuticals

Responsible Usage



Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Αθήνα: Παράλιερος Α. Κύμης 3-7, ΤΚ 14122 Νέο Ηράκλειο Αττικής, τηλ: 210 271 1020, fax: 210 271 2001
Θεσ/νίκη: 9^ο χλμ. Θεσ/νίκης - Μουδανίου, 55535 Θεσ/νίκη, τηλ: 2310 489360, fax: 2310 489396
email: info@anabiosis.gr • site: www.anabiosis.gr

ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ

Αγαπητοί συνάδελφοι, αγαπητοί φίλοι,

Η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. σε συνεργασία με την ESRA HELLAS και την Α' Αναισθησιολογική Κλινική – Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας ΕΚΠΑ σας καλωσορίζει στο 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιτομικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας, 19 – 22 Σεπτεμβρίου 2024, στη Λευκάδα.

Επιλέξαμε τη Λευκάδα διότι συνδυάζει πλούσια ιστορική και πολιτισμική κληρονομιά, πόλεις κτισμένες με την επιρροή της Ενετοκρατίας, γεμάτες χρώματα, γραφικά χωριά, παραδεισένια τοπία και μοναδικές παραλίες με τουρκουάζ νερά. Την Λευκάδα, γενέτειρα κορυφαίων επιστημόνων και καλλιτεχνών όπως ο Ιωάννης Ζαμπέλιος, ο Λευκάδιος Χερν (Γιάκουμο Κοϊζούμι), ο Αριστοτέλης Βαλαωρίτης και ο Άγγελος Σικελιανός.

Και σε αυτό το συνέδριο θα κυριαρχήσει η νέα γνώση, η πρωτοπορία, η καινοτομία. Άλλωστε το οφείλουμε σε όλους εσάς που τόσα χρόνια μας δείχνετε την εμπιστοσύνη σας.

Σας περιμένουμε άλλη μια χρονιά να συμμετέχετε με ενθουσιασμό.

Φιλικά

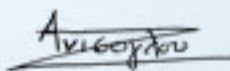
Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής

Οι Πρόεδροι



Μαρία Κοκολάκη

Αναισθησιολόγος
Διευθύντρια
Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη
Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου
Πόνου Γ.Ν.Α. "Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ"



Δρ Σουζάνα Ανίσογλου

Αναισθησιολόγος
Διευθύντρια ΜΕΘ & Ιατρείου Πόνου
Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο"
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου
Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο"
Πρόεδρος Ε.Ν.Λ. Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο"



ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Εταιρία
Θεραπείας Πόνου &
Παρηγορικής Φροντίδας
(ΠΑΡΗΣΥΑ)

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ
ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
(ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)

Πρόεδρος
Ιωάννα Σιαφάκα

Αντιπρόεδρος
Φανή Κρεμαστινού

Γενικός Γραμματέας
Νικολίτσα Μπερναλή

Ταμίας
Μαρία Κοκολάκη

Μέλος-Απερχόμενη
Πρόεδρος
Αθηνά Βαδαλούκα

Μέλη
Σουζάνα Ανίσογλου
Γεωργία Μίχα
Γιάννης Μπερδούσης
Μαρτίνα Ρεκατοίνα
Νίκος Φυρφίρης
Γιάννης Χρονάκης

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ESRA HELLAS

Πρόεδρος
Ευμορφία Σταυροπούλου

Αντιπρόεδρος
Ελένη Μόκα

Ταμίας
Αλέξανδρος Μακρής

Γενική Γραμματέας
Κασσιανή Θεοδωράκη

Ειδική Γραμματέας
Κρυσταλλία Βιτούλα

Μέλη
Εμμανουήλ Γκλιάτης
Μεταξία Μπαρέκα

Εκπρόσωπος Κύπρου
Περικλής Ζαβρίδης

Εκπρόσωπος Ειδικευόμενων
Φανή Αλευρογιάννη

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Πρόεδροι Οργανωτικής
Επιτροπής**
Μαρία Κοκολάκη -
Σουζάνα Ανίσογλου

**Πρόεδροι Επιστημονικής
Επιτροπής**
Ευνομία Αλεξοπούλου-
Βραχνού
Φανή Κρεμαστινού
Ευμορφία Σταυροπούλου

Μέλη
Αδαμοπούλου Μαρία
Αμανίτη Αικατερίνη
Αντωνοπούλου Ελπίδα
Αρναούτογλου Ελένη
Βαγδατλή Κυριακή
Βαδαλούκα Αθηνά
Βαίτση Αθανασία
Βαξεβανίδου Αρχοντία
Βαρβέρη Μαριάννα
Βασιλοπούλου Γεωργία
Βιτούλα Κρυσταλλία
Γαλανού Πολύμνια
Γαρίνη Ελεάνα
Γεωργιάδου Θεοδώρα
Γεωργούδης Γεώργιος
Γκελεβέ Γεωργία
Γρηγοριάδου Χάρις
Διονυσιώτης Ιωάννης
Επισκόπου Ελένη
Ζαβρίδης Περικλής
Ζαίμη-Κόρδα Ντόνικα
Ζαφειροπούλου Φωτεινή
Ζης Παναγιώτης
Θεοδωράκη Κασσιανή
Ιατρέλλη Ιωάννα
Ιερόπουλος Πολυχρόνης
Καλλιαρδού Ευαγγελία
Κανδρεβιώτου Στυλιανή
Καντιάνης Αναστάσιος
Καράβης Μιλτιάδης
Καρανίκα Έλλη
Κετικίδου Ευγενία
Κιαμήλογλου Μπουλέντ
Κλήμη Πελαγία
Κολοτούρα Αθηνά
Κοράκη Ελένη
Κουτσούκου Βικτωρία
Κουτσούκου Ευαγγελία

Κρητικού Περσεφόνη
Κτιστάκης Ιωάννης
Κωνσταντοπούλου Γεωργία
Λευκαδίτου Αικατερίνη
Λυκούδη Ειρήνη
Μάκτρα Λουκία
Μαλισιώβα Άννα
Μανωλαράκη Βασιλεία
Μακρής Αλέξανδρος
Μάλλιου Χρυσάνθη
Μις Μαρία
Μίχα Γεωργία
Μόκα Ελένη
Μπαϊρακτάρη Αγγελική
Μπερναλή Νικολέττα
Μουλούδη Ελένη
Μπαρέκα Μεταξία
Μπερδούσης Ιωάννης
Νταλούκα Μαρία
Ξάνθος Θεόδωρος
Ουραήλογλου Βασίλειος
Παλιαλέξη Λεμονιά
Παπαγεωργίου Ειρήνη
Παπαζαχαριάδης Οδυσσέας
Παπαντωνάκη Σοφία
Πετσιτή Αργυρώ
Πουλίδα Σοφία
Ρεκατσίνα Μαρτίνα
Σιαφάκα Ιωάννα
Σοϊλεμεζίδου Χριστίνα
Σπυριδωνίδου Αλίκη
Στεφάνου Παντελής
Τέφα Λουίζα
Τζίμας Πέτρος
Τιλελή Μαρία
Τρικούπη Αναστασία
Τσαμήτρου Αιμιλία
Τσαρουχά Αθανασία
Τσιρογιάννη Αικατερίνη
Τσολερίδης Θεόφιλος
Υφαντίδης Φώτης
Φραντζέσκος Γεώργιος
Φυρφίρης Νίκος
Χατζηπλής Γεώργιος
Χαυτούρα Ευαγγελία
Χλωροπούλου Παναγιώτα
Χλωροπούλου Πελαγία
Χρονά Ελένη
Χρονάκης Ιωάννης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Δημακοπούλου Αντωνία
Μπαϊρακτάρη Αγγελική
Μπαρέκα Μεταξία
Σαρρίδου Δέσποινα
Τζίμας Πέτρος
Τσαρουχά Αθανασία
Χλωροπούλου Πελαγία

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Περιφέρεια Μακεδονίας
Παπαγεωργίου Ειρήνη

Περιφέρεια Θράκης
Χλωροπούλου Πελαγία

Περιφέρεια Θεσσαλίας
Αρναούτογλου Ελένη

Περιφέρεια Νήσων
Καρανίκα Έλλη

Περιφέρεια Κρήτης
Χρονάκης Ιωάννης

Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδος
Μπερναλή Νικολέτα

Περιφέρεια Πελοποννήσου
Μάλλιου Χρυσάνθη

Περιφέρεια Ηπείρου
Τζίμας Πέτρος

ΞΕΝΟΙ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

▶ **Snezana Bosnjak**

MD, PhD, Institute for Oncology and Radiology of Serbia, Belgrade, Serbia,
European School of Oncology (ESO)/European Society for Medical Oncology (ESMO)
Faculty: Supportive & Palliative Care, Serbia

▶ **Dr Stavros Memtsoudis**

MD PHD MBA
Anesthesiologist-in-Chief
Director, Department of Anesthesiology, Critical Care and Pain Management
Senior Scientist, HSS | Hospital for Special Surgery
Clinical Professor of Anesthesiology and Public Health
Weill Cornell Medicine

▶ **Dr Nuala Lucas**

Consultant Anaesthetist Anaesthetic Lead for Labour Ward, London North West Healthcare
NHS Trust

▶ **Panagiota Sykioti**

Child and Adolescent Psychiatrist, MRCPsych, Aimis Clinic, Limassol

▶ **Dr Simon Thomson**

MBBS FRCA FIPP FFPMRCA
Consultant in pain medicine and neuromodulation
Orsett Hospital (Basildon), Mid & South Essex University Hospitals NHS
Pain and Neuromodulation Consulting Ltd
The London Clinic and Nuffield Health, Brentwood, Essex

▶ **Gina Votta-Velis**

MD, PhD, Professor, Program Director: Pain Medicine Fellowship Department of Anesthesiology
Department of Surgery, University of Illinois at Chicago College of Medicine, Chicago, Illinois

▶ **Dr Morné Wolmarans**

MBChB FRCA EDRA, Consultant Anaesthetist, EDRA Chairman, RA-UK Past President

▶ **Panagiotis Zis**

Associate Professor of Neurology and Clinical Neurophysiology, University of Cyprus

ΑΙΓΙΔΕΣ

Το 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας οργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. σε συνεργασία με την European Society of Regional Anaesthesia – Hellas ESRA HELLAS και την Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών



ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.



HELLAS



Το Συνέδριο τελεί υπό την Αιγίδα:



European Society of Regional Anaesthesia



European League Against Pain



Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού



Ιατρικής Σχολής Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών



Ιόνιου Πανεπιστημίου



Χειρουργικού Τομέα της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών



Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ I: Μητέρα και Παιδί

Ωκυτοκίνη: ποιός ο ρόλος της στη διαχείριση του Πόνου;

► Πελαγία Κλήμη

Η ωκυτοκίνη (OT) είναι ορμόνη/νευροπεπτίδιο που παράγεται στους παρακοιλιακούς (PVN) και υπεροπτικούς (SON) πυρήνες του υποθαλάμου, μεταφέρεται μέσω της υποθαλαμουποφυσιακής οδού στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης όπου και αποθηκεύεται. Απελευθερώνεται στην συστηματική κυκλοφορία ως απάντηση σε ερεθίσματα σε πολλαπλές κλινικές καταστάσεις. Ωκυτοκίνη ονομάζεται επίσης η συνθετικά παραγόμενη μορφή της φυσικής ορμόνης. Η ωκυτοκίνη (OT) δρά μέσω σύνδεσης της με τους υποδοχείς ωκυτοκίνης (OTR) που έχουν ανευρεθεί σε πολλαπλές περιοχές του εγκεφάλου, στον νωτιαίο μυελό και περιφερικά σε νεφρά, μήτρα, καρδιά, θύμο αδένες και λιποκύτταρα.

Η ενδογενής ωκυτοκίνη δρα στους υποδοχείς OTR σε κεντρικό και περιφερικό επίπεδο. Η συνθετική ωκυτοκίνη χορηγείται ενδοφλέβια ή διαρινιακά με διαφορετικά όργανα-στόχους και κλινικά αποτελέσματα.

Η ωκυτοκίνη δρα σε κεντρικό και περιφερικό επίπεδο και συγκεκριμένα

- Στην οσμωτικότητα του αίματος και την ισορροπία του ύδατος στον οργανισμό
- Στην καρδιακή λειτουργία
- Στον μεταβολισμό, την λήψη τροφής και την αίσθηση πείνας
- Στην ρύθμιση της οστικής πυκνότητας
- Στην αντιληπτική λειτουργία του ατόμου. Έχει ρόλο στην δημιουργία κοινωνικών δεσμών, επικοινωνίας, κοινωνικής συμπεριφοράς και επιδρά στην ανάπτυξη συναισθημάτων ηρεμίας, ασφάλειας, ανταμοιβής και ενσυναίσθησης.
- Έχει περιφερική δράση σε μήτρα, πλακούντα, μαστό, προστάτη, κύτταρα Leydig, ρέτινα, θύμο αδένες και πάγκρεας.
- Έχει αναλγητική, αγχολυτική, αντικαταθλιπτική και αντιφλεγμονώδη δράση

Δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς τα συμπτώματα και η κλινική δυσλειτουργία στον ανθρώπινο οργανισμό από την έλλειψη ή την μειωμένη παραγωγή της από την υπόφυση

Η ωκυτοκίνη ασκεί αναλγητική δράση σε επίπεδο νωτιαίου μυελού, κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος. Ο διπλός ρόλος ως ορμόνης /νευροδιαβιβαστού διαφοροποιεί τόσο την τροποποίηση ενός αλγογόνου ερεθίσματος όσο και την αντίληψη του πόνου. Σε πολλαπλές μελέτες συνδέεται η χαμηλή τιμή ενδογενούς ωκυτοκίνης με χρόνια πόνο και η βελτίωση χρόνιων αλγυνών συνδρόμων με χορήγηση εξωγενούς ωκυτοκίνης.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ I: Μητέρα και Παιδί

Καταστολή και Αναλγησία για παρεμβάσεις σε ογκολογικούς παιδιατρικούς ασθενείς

► Ευθυμία Δημητροπούλου

Οι παιδιατρικοί ογκολογικοί ασθενείς υποβάλλονται συχνά σε διαδικασίες που απαιτούν χορήγηση καταστολής και αναλγησίας. Οι διαδικασίες αυτές μπορεί να είναι είτε διαγνωστικές είτε θεραπευτικές. Η ανάγκη για καταστολή δεν προκύπτει πάντα από το γεγονός ότι πρόκειται για επώδυνες παρεμβάσεις. Πολλές φορές ο στόχος στα παιδιά είναι αφενός να καταπολεμηθεί το άγχος και ο φόβος και αφετέρου να παραμείνουν ακίνητα. Περιπτώσεις που μπορεί να απαιτηθεί καταστολή είναι η πραγματοποίηση αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας, ακτινοθεραπείας, pet scan, MIBG καθώς και η διενέργεια οστεομυελικής βιοψίας, μυελογράμματος, οσφυονωτιαίας παρακέντησης. Λόγω της ιδιαιτερότητας των ογκολογικών ασθενών αυτές οι διαδικασίες πραγματοποιούνται με μεγάλη επαναληψιμότητα κάτι που καθιστά αναγκαιότερη τη χορήγηση καταστολής. Η διαχείριση των ασθενών αυτών περιλαμβάνει προαναισθητική εκτίμηση με λήψη ιστορικού και κλινικοεργαστηριακή εξέταση, τήρηση νηστείας, ενημέρωση και συναίνεση γονέων, παρακολούθηση monitoring, απαραίτητο εξοπλισμό κατάλληλο για το μέγεθος και την ηλικία, μεταναισθητική φροντίδα και εξειδικευμένο προσωπικό. Έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι φαρμακευτικοί παράγοντες και οδοί χορήγησης στις περιπτώσεις αυτές που απαιτείται καταστολή. Είναι υψίστης σημασίας να ληφθούν υπόψη οι συγκεκριμένες ανάγκες του εκάστοτε παιδιού, οι πιθανοί κίνδυνοι και τα οφέλη κάθε φαρμάκου ώστε να διασφαλιστεί η βέλτιστη φροντίδα των ασθενών. Οφείλει να επισημανθεί ότι φυσιολογικές, ανατομικές, φαρμακευτικές και ψυχολογικές αλλαγές που προέρχονται από την κακοήθεια ενίοτε δυσχεραίνουν την ασφαλή χορήγηση αναισθησίας. Επιπρόσθετα, αναφέρεται ότι μη φαρμακολογικές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί ώστε να ελαχιστοποιηθεί το άγχος και η δυσάρεσκα των μικρών ασθενών όπως τεχνικές απόσπασης με χρήση παιχνιδιών, οπτικοακουστικών βοηθημάτων, ασκήσεις αναπνοής, μουσικοθεραπεία, virtual reality. Τέλος, η χορήγηση καταστολής από μη αναισθησιολόγους σε παρεμβάσεις σε παιδιατρικούς ασθενείς είναι θέμα ενεργού ιατρικής συζήτησης.

1. *Review of pediatric sedation and anesthesia for radiological diagnostic and therapeutic procedures, Mohammed Ageel.*
2. *Safety and Efficacy of Procedural Sedation and Analgesia in Pediatric Oncology Patients, Saba Laila Aslam et al.*
3. *Use of sedation and anesthesia in pediatric patients undergoing radiotherapy, Ana María Alvarado-Valverde et al.*
4. *Evidence-Based Recommendations for the Appropriate Level of Sedation to Manage Pain in Pediatric Oncology Patients Requiring Procedures: A Systematic Review From the Children's Oncology Group, Elizabeth A Duffy et al.*

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Παρηγορική Φροντίδα και Κοινότητες Αρωγής για μια σωστή Κοινωνία

Όταν ο χρόνος του ασθενούς τελειώνει: σύντομα διαγνωστικά εργαλεία και πολύτιμες ερωτήσεις

► Έλλη Καρανίκα

Η διαδικασία πρόγνωσης του προσδόκιμου επιβίωσης στο τελικό στάδιο του καρκίνου, δηλ. το “πόσο θα ζήσει” ο ασθενής, είναι ένα δύσκολο και σύνθετο εργαλείο, που απαιτεί γνώση, εκπαίδευση και ιδιαίτερη επιδεξιότητα. Η ανακάλυψη νεότερων θεραπειών (ανοσοθεραπείας, στοχευμένης θεραπείας κλπ) κατέστησε ακόμη πιο πολύπλοκη την διαδικασία πρόγνωσης, ιδιαίτερα, σε ορισμένους καρκίνους. Η ανταπόκριση στις θεραπείες, σε κάποιους ασθενείς, είναι απρόβλεπτη και αυτό το γεγονός μπορεί να οδηγήσει σε μη ρεαλιστικές θεραπευτικές προσδοκίες άλλων ασθενών, με τον ίδιο τύπο καρκίνου. Μη ρεαλιστικές εκτιμήσεις πρόγνωσης μπορούν να οδηγήσουν σε προβληματικές θεραπείες, χρονοβόρες, ελάχιστα αποτελεσματικές στην επιμήκυνση και την ποιότητα ζωής που απαιτούν συχνές νοσηλείες κλπ. Οι ασθενείς, πιθανόν, να επιλέξουν την αποφυγή τέτοιων θεραπειών αν έχουν σωστή κατανόηση της πρόγνωσης τους.

Η δυσκολία στην πρόγνωση οφείλεται σε διαφορετικούς παράγοντες : πχ το είδος και το στάδιο του καρκίνου, την ανταπόκριση στην θεραπεία, την προσωπικότητα του ασθενή, το αξιακό του σύστημα κλπ. Στην Παρηγορική Φροντίδα (Π.Φ), η πρόγνωση του προσδόκιμου επιβίωσης μπορεί να είναι σπουδαιότερη από την διάγνωση: π.χ. 1. Μπορεί να συμβάλει στην αξιολόγηση συνέχισης ή όχι της αντικαρκινικής θεραπείας, να ανακουφίσει την αγωνία του ασθενή και του φροντιστή ως προς την προγνωστική αβεβαιότητα, να αποκτήσει έναν βαθμό ελέγχου στην διαχείριση προσωπικών θεμάτων του και πέραν της θεραπείας του, να συνεργαστεί με τον γιατρό του στον σχεδιασμό του είδους και του τύπου τελικής φροντίδας του κλπ. Υπάρχει μεγάλο εύρος στην ακριβή πρόγνωση μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών, γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων, μεταξύ ατομικής και ομαδικής πρόγνωσης. Οι ενδείξεις είναι υπέρ της πρόγνωσης από πολυδιατομεακή ομάδα έναντι της ατομικής. Η εκπαίδευση στην διαδικασία πρόγνωσης, δηλ. η πρόγνωση ως επιδεξιότητα που διδάσκεται, είναι μια σύγχρονη σύσταση, με θετικά αποτελέσματα.

Αρκετά προγνωστικά εργαλεία επιβίωσης έχουν αναπτυχθεί και σταθμιστεί, όμως δεν είναι σαφές πόσο ακριβή είναι συγκριτικά με την κλινική εκτίμηση : PALLIATIVE CARE OUTCOME SCALE (POS), NEEDS AT THE END-OF-LIFE SCREENING TOOL (NEST), SCREEN FOR PALLIATIVE AND END OF LIFE CARE NEEDS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT (SPEED), PALLIATIVE CARE SCREENING TOOL (PCS), PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS), PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE (PaP), PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX (PPI), PROGNOSIS IN PALLIATIVE CARE STUDY (PiPS-A/PiPS-B), κ.α. Περιγράφονται επιγραμματικά τα πιο εύχρηστα στην κλινική πρακτική και συγκρίνεται η αξιοπιστία τους ως προς την κλινική πρόγνωση. Επίσης, υπάρχουν δωρεάν διαθέσιμες αξιόπιστες και έγκυρες ιστοσελίδες που δίνουν αρκετά ακριβή πρόγνωση εξατομικευμένη (π.χ. www.predictsurvival.com).

Σε κάποιες περιπτώσεις, ακόμη κι αυτά τα σύντομα εργαλεία δεν είναι εύκολο να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά. Στην βιβλιογραφία υπερέχει η χρήση συντομοτάτων ερωτηματολογίων που συμπεριλαμβάνονται εύκολα στην κλινική πρακτική και δίνουν στοιχεία για την συναισθηματική ανταπόκριση του ασθενή υπό την επίδραση του στρες που βιώνει στην καθημερινότητα του. Τα πλέον γνωστά είναι : το Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) που αναγνωρίζει τους καταθλιπτικούς καρκινοπαθείς με μεγάλη ευαισθησία και το National Comprehensive Cancer Network (NCCN) που περιλαμβάνει μια αριθμητική κλίμακα (NRS), διαβαθμιζόμενη απάντησης σε μια μόνον ερώτηση (‘distress thermometer’). Τα δυο τελευταία σύντομα εργαλεία δείχνουν όχι μόνον την πρόγνωση των ασθενών αλλά και την σπουδαιότητα της διαχείρισης των αναγκών τους, την αναγκαιότητα παραπομπής τους σε άλλους επαγγελματίες υγείας (ψυχοογκολογούς, διατροφολόγους, φυσιοθεραπευτές, πνευματικούς και κοινωνικούς λειτουργούς).

Είναι σημαντική για τους καρκινοπαθείς, στο τέλος της ζωής τους, η εκτίμηση των αναγκών τους, των τρόπων διαχείρισης της καθημερινότητας και των ψυχικών/πνευματικών αποθεμάτων τους. Στα υπαρξιακά τους

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Παρηγορική Φροντίδα και Κοινότητες Αρωγής για μια σωστή Κοινωνίαί

προβλήματα κυριαρχούν η απελπισία, η απογοήτευση, η έλλειψη ενδιαφέροντος για την ζωή, η ενοχή, η απώλεια του εαυτού, η χαλάρωση σχέσεων κλπ. «Η μελαγχολία των τελειωμένων πράγματων», κατά τον Νίτσε. Γνωρίζοντας, όμως, ο κλινικός γιατρός τις πηγές δύναμης και νοήματος στην ζωή των ασθενών του, γίνεται καλύτερη η στήριξη τους, άσχετα με τις προσωπικές του θέσεις ή αντιρρήσεις. Με την χρήση ειδικών ερωτήσεων, ο κλινικός γιατρός προσεγγίζει και κατανοεί περισσότερο τις ανάγκες του ασθενή για βοήθεια, οικονομικά προβλήματα, ικανοποίηση του από την θεραπεία σε σχέση με τις επιπλοκές, αίσθηση βάρους στην οικογένεια του κλπ.

Η ESMO(2019) δημοσίευσε πίνακες με συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο και παραμέτρους, με στόχο την ενσωμάτωση τους στην κλινική πράξη προκειμένου να γίνεται έγκαιρη αναγνώριση των πνευματικών/ ψυχολογικών αναγκών των καρκινοπαθών στο τέλος της ζωής τους. Συστήνεται να συμπεριλαμβάνονται σε τακτικές συμβουλευτικές συναντήσεις του ασθενή με τον γιατρό ώστε να (ανα)προσαρμόζεται ο στόχος και η χρησιμότητα της φροντίδας του ασθενή, η κάλυψη των ενδογενών ψυχικών αναγκών του, σύμφωνα με τις δικές του αξίες και προτεραιότητες καθώς και η στήριξη της οικογένειας του κι όταν αυτός θα έχει φύγει. Συστάσεις, προδιαγραφές, μελέτες, έρευνες, καλές πρακτικές, μετρήσεις κλπ., έχουν καθοριστική σημασία ΜΟΝΟΝ εφόσον οδηγούν σε συγκεκριμένες πράξεις προς όφελος του ασθενή. Αν δεν συνοδεύονται από υποστηρικτικές παρεμβάσεις και υπηρεσίες Παρηγορικής Φροντίδας, είναι περιττές. Η αξία και το όφελος τους βρίσκονται στην εφαρμογή. «Είμαστε οι πράξεις μας. Αν δεν μπορείς να αλλάξεις τον άνεμο, αλλάζεις τα πανιά»(Αριστοτέλης)

Για την προσέγγιση του ασθενή στο τελικό στάδιο χρειάζεται γνώση και εκπαίδευση από τον κλινικό γιατρό ώστε το σύστημα υγείας να παρέχει πολύπλευρη στήριξη σε ασθενή και οικογένεια. Μπορεί να μελαγχολεί η θέση του υπαρξιστή Ζ.Π. Σαρτρ «Η ζωή παύει να έχει νόημα όταν χάσεις την ψευδαισθήση ότι είσαι αιώνιος», ισχύει όμως (και) άλλη του πραγματιστή Αργ. Χιόνη: «Όσο πιο κοντά στην γη βρίσκεσαι, τόσο πιο μακριά από τα αστροπελέκια είσαι!» Η μη απόκρυψη του τέλους «δεν θα σκοτώσει τον ασθενή», όπως εκτιμά λαθεμένα το περιβαλλον του ασθενή στην ελληνική- τουλάχιστον -πραγματικότητα. Αντίθετα, τον προετοιμάζει για να αποφύγει τα αστροπελέκια ενός απρόσμενου τέλους. «Έτσι τελειώνει ο κοσμος:όχι με μια θεαματική έκρηξη αλλά με έναν λυγμό», γράφει ο Έλλιοτ κι έρχεται ο σαρκασμός της Δημουλά να πνίξει τον λυγμό στο λυτρωτικό γέλιο στον στίχο της «Κανένα (σχεδιασμό του σταδίου φροντίδας του, η ψυχοσωματική ανακούφιση του, η παροχή οργανωμένης υπηρεσίας παρηγορικής φροντίδας, στον ίδιο και στους οικείους του, παραμένουν στόχοι και υποχρεώσεις ενός ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας.

Ως αισιόδοξος επίλογος σε ένα θέμα με εγγενή μελαγχολία, όπως κάθε αποχαιρετισμός και απώλεια, η ρήση του Λαο Τσε :«Αυτό που η κάμπια ονομάζει τέλος του κόσμου, η ζωή το λέει πεταλούδα!»

Βασική Βιβλιογραφία:

- 1.ESMO HANDBOOK OF SUPPORTIVE & PALLIATIVE CARE Edited by Snežana M Bošnjak, Ivana Bozovic-Spasojevic, Giannis Mountzios and Jayne Wood, 2022.
- 2.Dealing with prognostic uncertainty, Prognostic models and websites, David Hui et al Curr Opin Support Palliat Care, ESMO 2019 Dec, 13(4)360-368
- 3.Prognostic Evaluation in Patients with advanced cancer in the last months of life : Clinical Practice Quidelines, P.Stone et al, on behalf of the ESMO Quidelines Committee, 2023

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Παρηγορική Φροντίδα και Κοινότητες Αρωγής για μια σωστή Κοινωνία

Πόνος ανοσοθεραπείας! Νέα οντότητα - Αντιμετώπιση

► Αγγελική Μπαϊρακτάρη

Η ανοσοθεραπεία είναι οποιαδήποτε θεραπεία χρησιμοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα για την καταπολέμηση ασθενειών συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου. Η δημιουργία του καρκινικού κυττάρου αποτελεί ερέθισμα εγρήγορσης του ανοσοποιητικού μηχανισμού. Κατά την ένωση του T λεμφοκυττάρου και του καρκινικού κυττάρου αναπτύσσονται δυνάμεις που άλλες ενισχύουν την ένωση αυτή και άλλες την αναστέλλουν. Οι δυνάμεις αυτές ελέγχονται μέσω ορισμένων ρυθμιστικών <<σημείων>>. Τα πλέον γνωστά και μελετημένα σημεία είναι το PD-1, PD-L1, CTLA-4 που παίζουν ρόλο ανασταλτικό στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων από τα T λεμφοκύτταρα. Ανοσοθεραπευτικά φάρμακα αναστέλλουν την λειτουργία των ρυθμιστικών αυτών σημείων με αποτέλεσμα την ενίσχυση της λειτουργίας των T λεμφοκυττάρων και την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Τα φάρμακα αυτά ονομάζονται <<αναστολείς σημείων ελέγχου>> (check point inhibitors) , είναι μονοκλωνικά αντισώματα και είναι η πιο ευρέως εφαρμοσμένη μορφή ανοσοθεραπείας στον καρκίνο.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τους <<αναστολείς σημείων ελέγχου>> σχετίζονται με αυτοάνοσες αντιδράσεις και αφορούν πολλά συστήματα όπως το δέρμα, το ενδοκρινικό σύστημα, τους πνεύμονες, την καρδιά, το ΓΕΣ, το ΚΝΣ, το μυοσκελετικό σύστημα.

Ο πόνος που εμφανίζεται κατά τη χρήση των <<αναστολέων σημείων ελέγχου >> μπορεί να οφείλεται:

- Αρθραλγία, αρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα
- Σύνδρομο Sicca / Σύνδρομο Sjogren
- Μυαλγία, μυοσίτιδα
- Περιφερική νευροπάθεια
- Ρευματική πολυμυαλγία
- Χολαγγειίτιδα, ηπατίτιδα
- Κολίτιδα, διάρρηξη εντέρου
- Φλεγμονή ανώτερου πεπτικού (στοματική κοιλότητα, οισοφάγο, στόμαχο, 12/λο) με πόνο κατά την κατάποση και κοιλιακό άλγος
- Πνευμονίτιδα ,μυοκαρδίτιδα (θωρακικό άλγος)
- Θυρεοειδίτιδα
- Μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα (κεφαλαλγία)

Για την διάγνωση του αιτίου που προκαλεί τον πόνο απαιτούνται εξετάσεις όπως αιματολογικός ,βιοχημικός και ρευματολογικός έλεγχος, ακτινογραφίες, υπερηχογράφημα, αξονική και μαγνητική τομογραφία. Απαιτείται επίσης εκτίμηση από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων όπως ρευματολόγους, γαστρεντερολόγους, νευρολόγους, πνευμονολόγους, ενδοκρινολόγους.

Συνηθέστερη αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου ανάλογα με το αίτιο:

- Κορτικοστεροειδή (πρεδνιζόνη)
- εθοτρεξάτη, IL-6R inhibitors, TNF-α inhibitors
- ΜΣΑΦ
- Απλά αναλγητικά , οπιοειδή

Η συνέχιση της ανοσοθεραπείας εκτιμάται σε ατομικό επίπεδο.

Βιβλιογραφία

- *Management of toxicities from immunotherapy ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow up, 2022*
- *Edward Winstead .New Drugs, New Side Effects: Complication of Cancer Immunotherapy NATIONAL CANCER INSTITUTE , May 2019*

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Παρηγορική Φροντίδα και Κοινότητες Αρωγής για μια σωστή Κοινωνίαί

Η τέχνη στην κοινότητα: μπορεί η πολιτιστική συνταγογράφηση να βοηθήσει τον ασθενή που υποφέρει;

► Μαρίνα Τσέκου

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση στην έρευνα για τον θετικό αντίκτυπο των τεχνών στην υγεία και την ευημερία των πολιτών. Η συμμετοχή σε καλλιτεχνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες έχει καταδειχθεί ότι μειώνει το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη, καθώς και ότι βελτιώνει τη συνολική διάθεση και την ποιότητα ζωής. Συμμετέχοντας σε δημιουργικές δράσεις, τα άτομα μπορούν να εκφραστούν, να εξερευνήσουν τα συναισθήματά τους και να βρουν μια αίσθηση σκοπού και σύνδεσης με τους άλλους. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευεργετικό τόσο για τον γενικό πληθυσμό όσο και για ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας ή χρόνιο πόνο, προσφέροντας μια ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία.

Σε αρκετές χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ, Καναδά), εφαρμόζεται ήδη η Πολιτιστική Συνταγογράφηση, δηλαδή η συνταγογράφηση πολιτιστικών δραστηριοτήτων ως μέρος ενός σχεδίου θεραπείας των ασθενών, ενώ έρευνες για τη βελτίωση σχετικών προγραμμάτων διενεργούνται και αλλού.

Μέσα από παραδείγματα δράσεων του ΕΜΣΤ | Εθνικού Μουσείου Σύγχρονης Τέχνης θα δειχθεί πώς η τέχνη απευθύνεται σε όλους μέσω της κοινής, παγκόσμιας γλώσσας των συμβόλων, μεταφέροντας περίπλοκες ιδέες, συναισθήματα και πολιτιστικές αξίες, επιτρέπει σε ανθρώπους από διαφορετικά υπόβαθρα να βρίσκουν κοινό έδαφος και νόημα, να επικοινωνούν και να σχετίζονται σε βαθύτερο επίπεδο, ενισχύοντας έτσι την αίσθηση της κοινότητας και της αμοιβαίας κατανόησης. Η επαφή με την τέχνη κινητοποιεί νοητικές και συναισθηματικές λειτουργίες, όπως η παρατήρηση, η συγκίνηση, η κριτική σκέψη, ο λόγος, το βίωμα, η φαντασία, η ενσυναίσθηση. Ιδιαίτερα η σύγχρονη τέχνη που πραγματεύεται επίκαιρα θέματα δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας συνδέσεων με βιώματα και διευκολύνει το άνοιγμα σε νέους τρόπους όρασης της πραγματικότητας, σε νέες διεξόδους προσωπικών αναζητήσεων.

Τέλος, θα υποστηριχθεί ότι η προώθηση της πρόσβασης και της εξοικείωσης όλων των πολιτών με τις τέχνες, και μάλιστα από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους, θα άνοιγε νέες προοπτικές για την ενδυνάμωση, την ευημερία και την ψυχική υγεία των ανθρώπων.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III: Διαχρονικοί και νεότεροι προβληματισμοί στην περιοχική αναισθησία

Πως οργανώνεται ένα πρόγραμμα περιοχικής αναισθησίας

► Κρυσταλλία Βιτούλα

Η περιοχική αναισθησία χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο στην καθημερινή κλινική πρακτική τις τελευταίες δεκαετίες. Τα πλεονεκτήματα της κεντρικών και περιφερικών αποκλεισμών δεν περιορίζονται μόνο στην καλύτερη διαχείριση του άμεσου μετεγχειρητικού πόνου αλλά ενδέχεται να αφορούν μια σειρά άλλα πεδία όπως η συνολική έκβαση των ασθενών όσο και θέματα κόστους που δεν είναι ακόμη επαρκώς μελετημένα. Η χρήση του υπερήχου σήμανε μια νέα περίοδο για τους περιφερικούς αποκλεισμούς. Ολοένα και περισσότεροι αναισθησιολόγοι -ειδικευόμενοι αλλά και ειδικευμένοι- δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εκπαίδευση στους περιφερικούς αποκλεισμούς. Ταυτόχρονα οι αποκλεισμοί διενεργούνται και από άλλες ειδικότητες εκτός των αναισθησιολόγων σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Κάθε τμήμα που θέλει να εφαρμόσει την περιοχική αναισθησία πρέπει να πληροί κάποια κριτήρια. Βασικό κριτήριο αποτελεί το επαρκώς εκπαιδευμένο προσωπικό καθώς και επιβλέποντες ειδικοί (experts) που θα συνδράμουν όποτε χρειαστεί. Η εκπαίδευση αφορά τόσο στο ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό κλάδο. Οι νοσηλεύτριες που βοηθούν στη διενέργεια των αποκλεισμών και παρακολουθούν τους ασθενείς, είτε στη χειρουργική αίθουσα είτε στην ανάνηψη είτε στο block room, πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν κάποιο σύμβαμα πχ την εμφάνιση συμπτωμάτων τοξικότητας. Η συλλογή δεδομένων και η συζήτηση πάνω στα συμπεράσματα που εξάγονται από αυτά αποδεικνύεται καθοριστική στην προσπάθεια βελτιστοποίησης της πρακτικής και της διαχείρισης ανεπιτυχών αποκλεισμών ή επιπλοκών. Η επικαιροποίηση της πρακτικής βάσει των νεότερων κατευθυντήριων οδηγιών κρίνεται απαραίτητη. Έτσι για παράδειγμα η εφαρμογή περιοχικής τεχνικής σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά, η κατάλληλη προετοιμασία πριν από κάθε αποκλεισμό (stop before you block), η διεγχειρητική και μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών με περιοχική αναισθησία, η διαχείριση της πιθανής νευρικής βλάβης μετά από κάποιο αποκλεισμό και το πρωτόκολλο αντιμετώπισης της τοξικότητας από τοπικά αναισθητικά είναι βασικά πεδία προβληματισμού με κατευθυντήριες οδηγίες που εμπλουτίζονται ανά τακτά διαστήματα. Η προμήθεια κατάλληλου εξοπλισμού είναι μέγιστης σημασίας για κάθε τμήμα όπως ποικιλία βελόνων, επαρκή σε αριθμό μηχανήματα υπερήχων και μηχανήματα νευροδιεγέρτη ώστε να μην καθυστερεί η διενέργεια των αποκλεισμών λόγω έλλειψης εξοπλισμού, αντλίες συνεχούς έγχυσης, σύριγγες με την κατάλληλη σήμανση του φαρμάκου. Επίσης είναι σημαντικό κάθε τμήμα που εφαρμόζει συστηματικά περιοχική αναισθησία να δείξει ιδιαίτερη φροντίδα για την ενημέρωση των ασθενών και για τη λήψη συγκατάθεσης. Συμπερασματικά οι περιοχικές τεχνικές αποτελούν ένα ξεχωριστό κομμάτι της αναισθησιολογικής και όχι μόνο πρακτικής που χρήζει ιδιαίτερης μέριμνας για να εφαρμοστεί με ασφάλεια και ποιότητα.

1) Guidelines for the Provision of Regional Anesthesia Services: Royal College of Anesthetists 2024

2) Mohammed AH, El Dawlatly A. How to set up a standard regional anesthesia service? Saudi J Anaesth. 2011 Apr;5(2):217-8.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III:**Διαχρονικοί και νεότεροι προβληματισμοί στην περιοχική αναισθησία**

Ο ιδανικός περιφερικός νευρικός αποκλεισμός: Πόσο κοντά στο νεύρο να φθάσω και ποιες δομές να διαπεράσω; Υπάρχει τεκμηρίωση;

► Αλέξανδρος Μακρής

Το 2010, ο Joseph Neal και η Denise Wedel, στο editorial του *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, αναρωτήθηκαν αν η «όρασή» μας είναι τόσο ακριβής ώστε να μπορούμε να αποφύγουμε επαρκώς τη βλάβη των περιφερικών νευρών με τη χρήση του υπερήχου κατά την εκτέλεση των περιφερικών νευρικών αποκλεισμών (ΠΝΑ). Κατέληξαν πως τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, δεν ήταν. Καθώς περίπου γύρω στους 4 ασθενείς από τους 10.000 που υποβάλλονται σε ΠΝΑ εμφανίζουν μόνιμη βλάβη, θα χρειαζόντουσαν μελέτες που θα συμπεριλάβουν 70.000 ασθενείς ανά ομάδα σύγκρισης για να αποδείξουμε ότι μια συγκεκριμένη τεχνική, μπορεί να μειώσει την πιθανότητα πρόκλησης βλάβης κατά 50%. Σήμερα, μια τέτοια μελέτη δεν έχει ακόμη λάβει χώρα και αυτό είναι αναμενόμενο διότι, τέτοιου είδους μελέτες είναι δύσκολο να σχεδιαστούν στον χώρο της, σε γενικές γραμμές, υποχρηματοδοτούμενης, αναισθησιολογικής έρευνας.

Είναι εύκολα κατανοητό ότι όσο πιο κοντά στο νευράξονα φθάσει η βελόνα, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η πιθανότητα επιτυχίας του αποκλεισμού. Η κοινή λογική λέει πως δεν πρέπει να εισάγουμε τη βελόνα μας ενδονευρικά. Τι εννοούμε όμως με τον όρο «ενδονευρικά»; Και γιατί μελετητές, έχουν δοκιμάσει την «ενδονευρική» έγχυση φαρμάκων, διαβεβαιώνοντας ότι είναι ασφαλής και οδηγεί στην ταχύτερη έναρξη δράσης του αποκλεισμού και στην ανάγκη χορήγησης μικρότερης δόσης φαρμάκου που μειώνει και την πιθανότητα εμφάνισης LAST; Έχουν κλινική σημασία οι παρατηρήσεις μελετητών σε πτώματα που συμπεραίνουν πως η έγχυση φαρμάκων μέσα στις σχηματιζόμενες δεσμίδες νευρών (clusters) κατά την εκτέλεση αποκλεισμών, οδηγεί σε ένα σημαντικό ποσοστό έγχυσης και πέρα από τον περινεύριο με ταυτόχρονη καταστροφή νευραξόνων; Φαίνεται πως η επιτυχία και η ασφάλεια των ΠΝΑ υπολογίζονται από την απόσταση της βελόνας από το νεύρο αλλά από τη σωστή αναλογία μεταξύ εκπαίδευσης, σωστής κρίσης και κοινής λογικής. Ο υπέρηχος δεν θα μας λύσει όλα τα προβλήματα, όπως δεν τα έλυσε και ο νευροδιεγέρτης ο οποίος όταν πρωτοχρησιμοποιήθηκε, εξιδανικεύθηκε από τη βιβλιογραφία περισσότερο από τον υπέρηχο.

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. Neal JM, Wedel DJ. *Ultrasound guidance and peripheral nerve injury: is our vision as sharp as we think it is?* *Reg Anesth Pain Med.* 2010;35:335-7
2. Cappelleri G, et al: *Intraneural ultrasound-guided sciatic nerve block: Minimum effective volume and electrophysiologic effects.* *Anesthesiology* 2018; 129:241-8
3. Choquet O, et al: *Subparaneural versus circumferential extraneural injection at the bifurcation level in ultrasound-guided popliteal sciatic nerve blocks: A prospective, randomized, double-blind study.* *Reg Anesth Pain Med* 2014; 39:306-11
4. Retter S, et al. *Incidence of sub-perineural injection using a targeted intracluster supraclavicular ultrasound-guided approach in cadavers.* *Br J Anaesth.* 2019;122:776-781

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III: Διαχρονικοί και νεότεροι προβληματισμοί στην περιοχική αναισθησία

Infographics στην περιοχική αναισθησία: Το καινούριο trend

► Μαρία Τιλελή

Τα γραφήματα πληροφόρησης (infographics) αναδεικνύονται ως ένα ισχυρό εργαλείο στον τομέα της περιοχικής αναισθησίας, μεταμορφώνοντας τον τρόπο με τον οποίο η σύνθετη ιατρική πληροφορία επικοινωνείται και γίνεται κατανοητή. Αυτές οι οπτικές αναπαραστάσεις συνδυάζουν δεδομένα, εικονογραφήσεις και κείμενο για να παρουσιάσουν πληροφορίες με σαφή και συνοπτικό τρόπο, καθιστώντας τις ιδανικές για εκπαιδευτικές και κλινικές εφαρμογές.

Στην περιοχική αναισθησία, τα γραφήματα πληροφόρησης μπορούν να απλοποιήσουν τη διαδικασία εκμάθησης στον τομέα της ιατρικής. Με τη συμπύκνωση λεπτομερών διαδικασιών και ανατομικών γνώσεων σε οπτικά ελκυστικές μορφές, τα γραφήματα πληροφόρησης βοηθούν στην κατανόηση και την αποθήκευση βασικών πληροφοριών. Για παράδειγμα, ένα γράφημα για τον αποκλεισμό του βραχιονίου πλέγματος μπορεί να απεικονίζει τις νευρικές διαδρομές, τα ακριβή σημεία εισαγωγής της βελόνας και τις δυνητικές περιοχές κάλυψης της αναισθησίας, όλα σε μία συνεκτική εικόνα. Αυτό όχι μόνο ενισχύει την εκμάθηση για φοιτητές ιατρικής και ειδικευόμενους, αλλά επίσης χρησιμεύει ως γρήγορη αναφορά για έμπειρους αναισθησιολόγους στην πράξη.

Επιπλέον, τα γραφήματα πληροφόρησης μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία και την εκπαίδευση των ασθενών. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε περιοχική αναισθησία συχνά έχουν πολλές ερωτήσεις και ανησυχίες σχετικά με τη διαδικασία. Τα γραφήματα πληροφόρησης μπορούν να απλοποιήσουν αυτές τις εξηγήσεις, απεικονίζοντας οπτικά πώς θα χορηγηθεί η αναισθησία, τι μπορεί να νιώσουν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και ποια είναι τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Αυτό μπορεί να μειώσει το άγχος και να βελτιώσει τη συνεργασία και την ικανοποίηση των ασθενών.

Στην κλινική πράξη, τα γραφήματα πληροφόρησης μπορούν επίσης να βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων και στη διατήρηση της συνέπειας των διαδικασιών. Τυποποιημένα γραφήματα πληροφόρησης για διάφορες τεχνικές περιοχικής αναισθησίας μπορούν να αναρτηθούν σε χειρουργεία και χώρους αναισθησίας, παρέχοντας γρήγορες οπτικές υπενθυμίσεις για κρίσιμα βήματα και ελέγχους ασφαλείας. Αυτό προάγει την τήρηση των βέλτιστων πρακτικών και μειώνει την πιθανότητα λαθών.

Επιπλέον, η ψηφιακή φύση των γραφημάτων πληροφόρησης επιτρέπει εύκολη διάδοση και πρόσβαση. Μπορούν να ενσωματωθούν σε διαδικτυακές εκπαιδευτικές πλατφόρμες, να μοιραστούν μέσω κοινωνικών δικτύων ή να συμπεριληφθούν σε ψηφιακά υλικά εκπαίδευσης ασθενών, εξασφαλίζοντας ευρεία εμβέλεια και επίδραση.

Συνοπτικά, τα γραφήματα πληροφόρησης επαναστατούν την περιοχική αναισθησία ενισχύοντας την εκπαίδευση, βελτιώνοντας την επικοινωνία με τους ασθενείς, υποστηρίζοντας την κλινική πράξη και αξιοποιώντας τις ψηφιακές πλατφόρμες για ευρεία πρόσβαση. Καθώς αυτή η τάση αναπτύσσεται, ο ρόλος των γραφημάτων πληροφόρησης στην αναισθησία είναι πιθανό να επεκταθεί, συμβάλλοντας σε καλύτερα αποτελέσματα και πιο αποδοτική πρακτική.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: Διαχρονικοί και νεότεροι προβληματισμοί στην περιοχική αναισθησία

Χρόνιος Πόνος ό,τι δεν έχουμε πει μέχρι σήμερα

► Παναγιώτης Ζης

Το Σύνδρομο Επώδυνων Δεσμιδώσεων και Κραμπών (Cramps-Fasciculation Syndrome, CFS) είναι μια νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επίμονες και επώδυνες μυϊκές κράμπες και δεσμιδώσεις, οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν σε διάφορους μύες του σώματος. Η κλινική εικόνα του συνδρόμου περιλαμβάνει συχνές και παρατεταμένες μυϊκές συσπάσεις που συνοδεύονται από πόνο, καθώς και αίσθημα μυϊκής αδυναμίας και κόπωσης. Οι ασθενείς συχνά αναφέρουν έντονες και ξαφνικές συσπάσεις μυών, που μπορεί να επηρεάσουν την καθημερινότητά τους και την ποιότητα ζωής τους.

Η διαγνωστική προσέγγιση του συνδρόμου περιλαμβάνει την αξιολόγηση του ασθενούς, με λήψη λεπτομερούς ιστορικού και κλινική εξέταση για τον εντοπισμό των συμπτωμάτων. Ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις περιλαμβάνουν την ηλεκτρονευρομυογραφία (ΗΝΜΓ), η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση του συνδρόμου. Η ΗΝΜΓ βοηθά στον εντοπισμό των ηλεκτρικών ανωμαλιών στους μύες και τα νεύρα, καταγράφοντας τη δραστηριότητα των δεσμιδώσεων και των κραμπών. Αυτή η εξέταση είναι σημαντική για τη διαφοροδιάγνωση του CFS από άλλες νευρομυϊκές διαταραχές.

Η αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου παραμένει ασαφής, αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι συνδέεται με την υπερδιεγερσιμότητα των περιφερικών νεύρων. Πιθανοί παράγοντες περιλαμβάνουν αυτοάνοσες διαταραχές, λοιμώξεις ή ακόμα και παρενέργειες φαρμάκων. Η θεραπεία του CFS είναι συνήθως συμπτωματική και περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων όπως αντιεπιληπτικά και μυοχαλαρωτικά, καθώς και φυσιοθεραπεία και τεχνικές διαχείρισης του άγχους για την ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Συνοψίζοντας, το Σύνδρομο Επώδυνων Δεσμιδώσεων και Κραμπών είναι μια χρόνια διαταραχή με σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ΗΝΜΓ αποτελεί βασικό εργαλείο στη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου, ενώ η θεραπευτική προσέγγιση στοχεύει κυρίως στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της καθημερινότητας των ασθενών.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V: Διαχρονικοί και νεότεροι προβληματισμοί στην περιοχική αναισθησία

ΙΠ & ΠΦ Γ.Ν. Μυτιλήνης

► Σοφία Πουλίδα

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας των ΙΠ και ΠΦ είναι ιδιαίτερα σημαντική έτσι ώστε να επιτευχθεί αποδοτική λειτουργία, ασφάλεια των ασθενών και ποιοτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Η ΠΑΡΗΣΥΑ, ως μια πολυδύναμη και έμπειρη στον τομέα της ομάδα μπορεί να συμβάλει στην βελτιωμένη λήψη αποφάσεων, στην εκπαίδευση υγειονομικού προσωπικού και ασθενών, ως αποτέλεσμα επιτυχημένης ομαδικής συνεργασίας.

Συγκεκριμένα στην περιφέρεια, όπου πολλές φορές είναι απαραίτητη η μετακίνηση ασθενών σε μεγαλύτερα αστικά κέντρα για θεραπείες όπως πχ ακτινοβολία, η ανταλλαγή κλινικών δεδομένων με την ΠΑΡΗΣΥΑ και άλλα ΙΠ, καθιστά δυνατή την συνέχιση παροχής υπηρεσιών ΙΠ και ΠΦ ακόμα και όταν οι ασθενείς είναι μακριά από τον τόπο διαμονής τους. Μέθοδοι που μπορούν να συμβάλλουν στην επικοινωνία μεταξύ περιφερικών ΙΠ και ΠΦ είναι: α) ψηφιακές μέθοδοι για διαθεσιμότητα και έγκαιρη διαβίβαση αρχείων ασθενών με ασφάλεια, β) διαδικτυακές βάσεις δεδομένων ασθενών, γ) χρήση αυτοματοποιημένων συστημάτων αλληλογραφίας για ελαχιστοποίηση σφαλμάτων στην επικοινωνία με την υγειονομική περίθαλψη, δ) επικοινωνία σε επαγγελματικά κοινωνικά δίκτυα για συνεργασίες και εκπαιδευτικές συνομιλίες με μία ευρύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας.

Η χρήση κατευθυντήριων οδηγιών, όπως αυτές που έχει εκδώσει η ΠΑΡΗΣΥΑ για την αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, έχοντας διατυπωθεί από επιτροπές ειδικών αποτελούν συστάσεις προς όλους τους κλινικούς ιατρούς και υποβοηθούν στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και στη κατάλληλη φροντίδα υγείας σε ειδικές κλινικές περιπτώσεις.

Η πανελλαδική χρήση μητρώων, όπως το Μητρώο Νευροπαθητικού Πόνου της ΠΑΡΗΣΥΑ, βοηθά στην καλύτερη παρακολούθηση και ανάλυση των δεδομένων που συνεισφέρει στην περαιτέρω μελέτη και ιατρική εξέλιξη.

Με γνώμονα την ενδυνάμωση του υγειονομικού προσωπικού των ΙΠ και ΠΦ, η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση είναι απαραίτητη, έχοντας ως στόχο την τεκμηριωμένη συστηματοποίηση των γνώσεων και ιατρικών πράξεων και την εναρμόνιση με τις καλλάζουσες ιατρικές εξελίξεις. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με οργανωμένα σεμινάρια καθώς και κατά τη διάρκεια ημερίδων και συνεδρίων.

Η σημαντικότερη πηγή ενίσχυσης των ΙΠ και ΠΦ όμως είναι και παραμένει η σωστή ενημέρωση του κοινού μέσω συνεργασίας με ιατρικούς συλλόγους, φαρμακευτικές εταιρίες, δημόσιους φορείς και δημοτικές αρχές που θα εξασφαλίσει καμπάνιες και εκδηλώσεις υψηλής αισθητικής με στόχο να κεντρίσουν το ενδιαφέρον του κοινού και να περάσουν ουσιαστικά και άμεσα μηνύματα.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V: Διαχρονικοί και νεότεροι προβληματισμοί στην περιοχική αναισθησία

Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας, Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου

► Γιαννης Χρονάκης, Ευαγγελία Αλεξάκη, Θάλεια Μπαλάσα, Νίκος Σταυγιανουδάκης

Το Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας άρχισε τη λειτουργία του για πρώτη φορά το 2021, 75 χρόνια μετά την ίδρυση του νοσοκομείου Ρεθύμνου.. Η επισκεψιμότητα των ασθενών με χρόνια πόνο έχει ξεπεράσει τους 1.200. Σημειώνεται ότι ο χρόνιος πόνος είναι μια νόσος από μόνος του και πρέπει να αντιμετωπίζεται ως τέτοια. Το Ιατρείο Πόνου στελεχώνεται από μια ομάδα εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας, όπως αναισθησιολόγοι, αλγολόγοι και νοσηλευτικό προσωπικό. Στόχος του ιατρείου είναι, μέσω συγκεκριμένων θεραπειών (όπως επεμβατικές θεραπείες, εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική υποστήριξη), η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, η διατήρηση της ψυχικής του υγείας και η γρήγορη επαναφορά στις καθημερινές δραστηριότητες του. Οι Μέθοδοι Θεραπείας Πόνου περιλαμβάνουν την Εξειδικευμένη Φαρμακευτική Αγωγή και τις Επεμβατικές Θεραπείες Πόνου.

.Οι Επεμβατικές Θεραπείες Πόνου είναι ιατρικές πράξεις που εκτελούνται σε νοσοκομείο υπό ακτινοσκοπική ή υπερηχογραφική καθοδήγηση με τοπική αναισθησία. Η διάρκεια τους είναι από 15 έως 90 λεπτά, και ο ασθενής συνήθως φεύγει από το νοσοκομείο σε 2 έως 4 ώρες. Σε αυτές περιλαμβάνονται:

1. Στοχευμένες εγχύσεις φαρμάκων, όπως επισκληρίδιες και ιεροκοκκυγικές
2. Εφαρμογή ραδιοσυχνότητας (RF) και παλμικής ραδιοσυχνότητας (PRF) σε μεγάλες αρθρώσεις (όπως ισχία, γόνατα, ώμοι), σπονδυλική στήλη, περιφερικά νεύρα, συμπαθητικά γάγγλια, τένοντες, συνδέσμους, μύες κ.ά. Αυτές οι ελάχιστες επεμβατικές μέθοδοι στοχεύουν στην καταστροφή νευρικών κυττάρων με την εφαρμογή ηλεκτρικού πεδίου σε βιολογικό ιστό, προκειμένου να επιτευχθεί απονεύρωση (θερμοκαυτηρίαση ή ψυχρό πεδίο) και ανακούφιση από τον πόνο
3. Διαδερμική Παλμική Νευρόλυση (TCPRF) μη επεμβατική, ανώδυνη θεραπεία που χρησιμοποιεί δύο ηλεκτρόδια διαδερμικής ηλεκτρικής νευρικής διέγερσης τοποθετημένα κατά μήκος της επώδυνης περιοχής για τη μείωση του χρόνιου πόνου.
4. Τοποθέτηση δερματικών επιθεμάτων Καψαΐκίνης για τη θεραπεία Περιφερικού νευροπαθητικού πόνου, (μεσοπλεύρια νευραλγία, παραισθητική μηραλγία, νευραλγία υπερπλάτιου νεύρου, μεθερπητική νευραλγία, Οσφυαλγία και ισχιαλγία).
5. Ρινικός Αποκλεισμός Σφηνούπεριώου Γαγγλίου(έγχυση που πραγματοποιείται ενδορινικά με μια ειδική συσκευή που περιέχει τοπικό αναισθητικό). Χρησιμοποιείται για τη θεραπεία και εξάλειψη των συμπτωμάτων σε καταστάσεις όπως: Ημικρανία, Αθροιστική κεφαλαλγία, Νευραλγία τριδύμου, Δυσλειτουργία δακρυϊκού αδένου, Προσπαλγία, Καρκινικός πόνος στην περιοχή της μύτης και του φάρυγγα.

Στόχος του Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας είναι η επίτευξη του στόχου «κανένας άνθρωπος δεν πρέπει να ζει και να πεθαίνει με πόνο». Στις 6 Απριλίου 2024, στα πλαίσια της Επιστημονικής Δημερίδας Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας υπέγραψε με τη Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου μνημόνιο συνεργασίας.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI: Έρευνα - Καινοτομία

Ο ρόλος της φυτικής διατροφής στην καρκινογένεση

► Βασιλική Τσιρτσιρίδου

Ο καρκίνος αποτελεί μια σύνθετη ασθένεια και μία από τις μεγαλύτερες αιτίες πρόωρου θανάτου παγκοσμίως¹. Το κάπνισμα, το αλκοόλ, η μη ισορροπημένη διαίτα και η απουσία σωματικής άσκησης αποτελούν τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή του². Το World Research Cancer Fund (WCRF) θεωρεί πως 3-4 εκατομμύρια περιπτώσεων καρκίνου παγκοσμίως, θα είχε αποφευχθεί με την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής³. Το ίδιο αφορά και στους επιζώντες από καρκίνο. Θεωρείται πως 30% των καρκίνων μπορεί να αποφευχθεί με υγιεινή διατροφή⁴. Τα ποσοστά χορτοφαγίας διεθνώς διαφέρουν ανά χώρα, αλλά εκτιμάται πως αφορούν λιγότερο από το 10% του πληθυσμού (Ινδία 20%).

Η προστασία που προσφέρουν οι χορτοφαγικές διατροφές προέρχεται από συστατικά όπως οι ίνες και τα θρεπτικά στοιχεία, εν μέρει επίσης από τον αποκλεισμό του κρέατος που περιέχει βλαβερές ουσίες όπως τα κορεσμένα λιπαρά και καρκινογόνα και τέλος από την απώλεια βάρους ή τη διατήρησή του σε φυσιολογικά επίπεδα καθώς η παχυσαρκία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ορθοκολικού καρκίνου. Δίαιτες προερχόμενες αποκλειστικά από φυτικά τρόφιμα φαίνεται να προστατεύουν σημαντικά έναντι του ορθοκολικού, του καρκίνου του μαστού, του προστάτη, καθώς και άλλων καρκίνων όπως και χρόνιων παθήσεων⁵. Η πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και ινών σχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο ορθοκολικού καρκίνου σε συστηματικές μετanalύσεις και επιδημιολογικές μελέτες^{6,7}. Επιδημιολογικές μελέτες κοορτής στις ΗΠΑ και το ΗΒ παρέχουν ισχυρές ενδείξεις για τη συσχέτιση μεταξύ χορτοφαγικών διατροφικών μοντέλων και καρκινικού κινδύνου^{8,9,10}. Συνολικά φαίνεται να υποστηρίζεται η ιδέα πως οι χορτοφάγοι έχουν ένα μέτρια αλλά δυνητικά σημαντικά μειωμένο ολικό κίνδυνο καρκίνου συγκρινόμενοι με μη χορτοφάγους. Στη σύγχρονη κοινωνία υπάρχει επίσης ζωντανό ενδιαφέρον για τη βιωσιμότητα της διατροφής και ισχυρή συνείδηση της ανάγκης προσανατολισμού τόσο στην υγεία του ανθρώπου όσο και του πλανήτη, παράγοντες καθοριστικοί στις υπό διαμόρφωση κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την υγιεινή διατροφή.

1. *Carcinogenesis*. 2016;37:2–9.

2. *Pharm. Res.* 2008;25:2097–2116.

3. *WCRF World Cancer Research Fund International. Continuous Update Project (Cup)* [(accessed on 20 July 2017)]; 2017 Available online: <http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-cup>.

4. *Environ. Sci. Technol.* 2013;47:12632–12647.

5. *J Unexplored Med Data* 2018;3:9.

6. *Curr Colorectal Cancer Rep* 2017 Dec;13(6):440-454. *Dietary patterns and colorectal cancer risk: a review of 17 years of evidence (2000-2016)*.

7. *Int J Cancer* 2018 May 1;142(9):1748-1758. 8. *Arch. Intern. Med.* 2009, 169, 562–571.

9. *Cancer Epidemiol. Biomark. Prev.* 2013, 22, 286–294.

10. *Am. J. Clin. Nutr.* 2014, 100 (Suppl. S1), 378s5s.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI: Έρευνα - Καινοτομία

Προκλήσεις στην Έρευνα της Παρηγορικής Φροντίδας: δεδομένα που δεν έχουμε

► Χριστίνα Ορφανού

Η παρηγορική φροντίδα, παρότι αποτελεί βασική δραστηριότητα της ιατρικής κλινικής πράξης, συχνά παραγνωρίζεται. Η έρευνα σε αυτό το πεδίο εμφανίζει προκλήσεις και δυσκολίες, που σχετίζονται τόσο με τη φύση του αντικειμένου όσο και με τη σχετική επιδείνωση της λειτουργικότητας των ασθενών και την υψηλή θνητότητα που εμφανίζουν. Μια από τις βασικότερες προκλήσεις είναι η ελλιπής συλλογή δεδομένων.

Τα δεδομένα που δεν έχουμε ('missing data') αφορούν στις πληροφορίες που λείπουν από ένα σύνολο δεδομένων, συνήθως επειδή δεν καταγράφηκαν σωστά ή δεν συλλέχθηκαν καθόλου. Αποτελούν στοιχεία που θα συνέβαλαν στην απάντηση ενός ερευνητικού ερωτήματος και που επρόκειτο να συλλεχθούν, με βάση τον αρχικό σχεδιασμό της μελέτης.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των ερευνητικών δεδομένων στις μελέτες στην παρηγορική φροντίδα, επιβάλλεται σωστή διαχείριση των ελλιπόντων δεδομένων: η απαλοιφή ελλιπών εγγραφών, η αντικατάσταση τιμών με στατιστικές μεθόδους ή η χρήση εξελιγμένων αλγορίθμων όπως η πολλαπλή αντικατάσταση και ο αλγόριθμος Expectation-Maximization είναι τεχνικές που, όταν τύχουν κατάλληλης εφαρμογής, συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Απαιτείται επιμελής και στοχευμένος σχεδιασμός των μελετών και εναρμόνιση των στόχων που τίθενται με την ανάλυση που θα ακολουθήσει, λαμβάνοντας υπόψιν τα γεγονότα που συχνά συμβαίνουν μετά την τυχαιοποίηση. Ο καθορισμός εκτιμητών ασφάλειας και αποτελεσματικότητας, επίσης, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην επιτυχή διεξαγωγή μιας κλινικής μελέτης στην παρηγορική φροντίδα.

Συστήνεται να δίνεται έμφαση στην ανάλυση εναισθησίας και στη διαφάνεια στην αναφορά των μεθόδων διαχείρισης των δεδομένων που λείπουν. Έτσι, αφενός, οι ερευνητές μπορούν να αναγνωρίσουν πιθανή μεροληψία που μπορεί να προκύψει από ελλείποντα δεδομένα και, αφετέρου, εξασφαλίζονται αναπαραγώγιμα ευρήματα, ώστε άλλοι ερευνητές να μπορούν να αξιοποιήσουν στο έπακρο τη μελέτη.

Τα ελλείποντα δεδομένα είναι ευρέως διαδεδομένα στην έρευνα στον τομέα της υγείας· προτείνεται να ακολουθούνται οι τρέχουσες συστάσεις σχετικά με τον τρόπο μείωσης, διαχείρισης και αναφοράς των ελλιπόντων δεδομένων στις μελέτες παρηγορικής φροντίδας, προκειμένου να ενισχυθεί η αξία τους συνολικά.

Βιβλιογραφία:

1. Roydhouse J, Floden L, Braat S, et al. Missing data in palliative care research: estimands and estimators. *BMJ Support Palliat Care*. 2022;12(4):464-470. doi:10.1136/bmjspcare-2022-003553
2. Oriani A, Dunleavy L, Sharples P, Perez Algorta G, Preston NJ. Are the MORECare guidelines on reporting of attrition in palliative care research populations appropriate? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):6. Published 2020 Jan 9. doi:10.1186/s12904-019-0506-6
3. Preston NJ, Fayers P, Walters SJ, et al. Recommendations for managing missing data, attrition and response shift in palliative and end-of-life care research: part of the MORECare research method guidance on statistical issues. *Palliat Med*. 2013;27(10):899-907. doi:10.1177/0269216313486952
4. Fielding S, Fayers PM, Loge JH, Jordhøy MS, Kaasa S. Methods for handling missing data in palliative care research. *Palliat Med*. 2006;20(8):791-798. doi:10.1177/0269216306072555
5. Hussain JA, White IR, Johnson MJ, et al. Development of guidelines to reduce, handle and report missing data in palliative care trials: A multi-stakeholder modified nominal group technique. *Palliat Med*. 2022;36(1):59-70. doi:10.1177/02692163211065597
6. Palliative Care Research Group. Missing Data in Palliative and End of Life Care Trials. *Marie Curie*; 2022. <https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/research/Missing-Guidance-Report-final-June-2022.pdf>. Accessed July 15, 2024.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: Εξατομικευμένη Αντιμετώπιση του Χρόνιου Πόνου

Προσωποποιημένη Αντιμετώπιση του Χρόνιου Πόνου. Τί είναι αποδεκτός πόνος για εσάς;

► Ελένη Κοράκη

Τι σημαίνει «αποδεκτός πόνος», μπορεί να είναι μία έννοια διαφορετική για τον κάθε ασθενή και επηρεάζεται σημαντικά από πολλούς παράγοντες, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, ιατρικούς.

Είναι όμως σημαντικό να κατανοήσουμε τι καθορίζει την «αποδοχή» του πόνου. Εάν, για τον κλινικό ιατρό, μπορεί να είναι ως επί το πλείστον η λειτουργικότητα του ασθενούς η οποία μπορεί εύκολα να βαθμολογηθεί, δεν ισχύει απαραίτητα το ίδιο και για τους ασθενείς, αφού και ο συναισθηματικός τους κόσμος μπορεί να επηρεάζεται σημαντικά από τον πόνο.

Αποτελεί κοινή πρακτική η αξιολόγηση του πόνου με τη χρήση κλιμάκων βαθμολόγησης που ανταποκρίνονται και περιγράφουν την ένταση του πόνου, χωρίς όμως στην ουσία να μπορούν με ποιοτικά κριτήρια να τον αξιολογήσουν. Οι κλίμακες του πόνου ανεπαρκούν να εκτιμήσουν την αποδοχή του πόνου από τον ασθενή, ως μέρος μιας συνολικής αξιολόγησης του πόνου και των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη του.

Είναι πλέον αναγνωρισμένο ότι η αποδοχή και η ανοχή του χρόνιου πόνου επηρεάζει την αντίληψη του πόνου του κάθε ατόμου. Για παράδειγμα, η αποδοχή του χρόνιου πόνου έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με μειωμένο πόνο, ψυχολογική δυσφορία και σωματική αναπηρία.

Ποιοτικές μελέτες σε ασθενείς με χρόνια πόνο μπορούν να βελτιώσουν την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα

αντιλαμβάνονται και δίνουν νόημα στον «αποδεκτό πόνο». Ενώ η εξατομικευμένη ιατρική μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη θεραπεία του πόνου λαμβάνοντας υπόψη τις γεννητικές και ψυχοκοινωνικές διαφορές του κάθε ατόμου. Η εξατομικευμένη ιατρική είναι ένα ιατρικό μοντέλο που προτείνει την προσαρμογή των ιατρικών αποφάσεων, πρακτικών και θεραπειών στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς. Εφαρμόζει φάρμακα που στοχεύουν σε συγκεκριμένα μόρια που εμπλέκονται στη νόσο του ασθενούς και λαμβάνει υπόψη γενετικές, κλινικές, περιβαλλοντικές πληροφορίες και πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο ζωής του. Στόχος είναι η επιλογή των κατάλληλων θεραπειών για τον εκάστοτε ασθενή, ώστε να εξασφαλιστεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και να μειωθεί ο κίνδυνος παρενεργειών.

Η θεραπεία λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του ασθενή και αναπροσαρμόζεται στα δεδομένα της κατάστασης του ασθενούς. Η προσέγγιση των ασθενών one size fits all αλλάζει προς πιο εξατομικευμένη αντιμετώπιση του κάθε ασθενούς.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: Εξατομικευμένη Αντιμετώπιση του Χρόνιου Πόνου

Προσωποποιημένη Θεραπεία: η σχέση μεταξύ αξιοπιστίας των μετρήσεων και του κλινικού αποτελέσματος

► Ευγενία Κετικίδου

Ο σύγχρονος κλινικός γιατρός αλλά και ερευνητής οφείλει να είναι ενημερωμένος με τις επικαιροποιημένες εξελίξεις ώστε να ασκεί ιατρική βασισμένη επί ενδείξεων.

Στην επιστημονική βιβλιογραφία συναντάται ο όρος «στατιστικά σημαντικό» για να δηλώσει πειραματική ή κλινική συνάφεια. Παρά την ευρεία χρήση του, πολύ συχνά ο παραπάνω όρος χρησιμοποιείται λάνθασμένα. Κάτι που είναι στατιστικά σημαντικό δε σημαίνει ότι έχει και κλινική σημασία.

Η μέτρηση της στατιστικής σημαντικότητας ποσοτικοποιεί την πιθανότητα τα αποτελέσματα της μελέτης να είναι λόγω τύχης (τιμή $P < 0.05$ δηλώνει ότι η πιθανότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας να είναι λόγω τύχης είναι κάτω από $<5\%$).

Ο LeFort προτείνει ότι η « κλινική σημαντικότητα θα πρέπει να αντανακλά την έκταση των αλλαγών, αν οι αλλαγές προκαλούν μια πραγματική διαφορά στη ζωή του ατόμου, πόσο διαρκεί το αποτέλεσμα, πως το αποδέχεται το άτομο, η σχέση κόστους αποτελέσματος, και η ευκολία υλοποίησης».

Η αξιοπιστία επίσης είναι ένα θέμα την επιστήμης υγείας. Η κριτική προσέγγιση του μεγέθους των μετρήσεων παραμερίζεται προς όφελος γρήγορων συνταγών στατιστικής ανάλυσης που έχουν αργά αλλά σταθερά αντικαταστήσει την προσεκτική στάθμιση της γνώμης και της κρίσης των ειδικών αλλά και τις αναλύσεις αξιοπιστίας.

Οι μελέτες αξιοπιστίας ποσοτικοποιούν το σφάλμα μέτρησης σε πειραματικές ή κλινικές καταστάσεις και θα πρέπει να ερμηνεύονται ως συνεχές αποτέλεσμα. Η αξιολόγηση του σφάλματος μέτρησης είναι χρήσιμη για το σχεδιασμό και την ερμηνεία μελλοντικών πειραματικών μελετών και κλινικών παρεμβάσεων. Η αξιοπιστία και η κλινική συνάφεια είναι άρρηκτα συνδεδεμένες, καθώς το σφάλμα μέτρησης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην ερμηνεία της ελάχιστης ανιχνεύσιμης αλλαγής και της ελάχιστης κλινικά σημαντικής διαφοράς.

Ένας μελετητής πρέπει με κριτική σκέψη να εκτιμάει τα αποτελέσματα των μελετών και ως εκ τούτου να τα εφαρμόζει στην άσκηση ιατρικής βασισμένη επί ενδείξεων

Βιβλιογραφία

1. Bernstein, J. (2016). Not the last word: Inigo Montoya and statistical significance. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 474(6), 1370–1374. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-4814-3>
2. Bruton, A., Conway, J. H., & Holgate, S. T. (2000). Reliability: What is it, and how is it measured? *Physiotherapy*, 86(2), 94–99. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)61211-4](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61211-4)
3. Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332–339. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.332>
4. LeFort SM. The statistical versus clinical significance debate. *Image J Nurs Sch* 1993;25:57-62
5. C A Mista , L Intelangelo, J Biurrn Manresa. Personalized pain management: The relationship between clinical relevance and reliability of measurements .*Eur J Pain* . 2023 Oct;27(9):1056-1064. doi: 0.1002/ejp.2110. Epub 2023 Mar 23.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: Εξατομικευμένη Αντιμετώπιση του Χρόνιου Πόνου

Εξατομικευμένη Θεραπευτική Άσκηση

► Ιωάννης Ελ. Διονυσιώτης, Δανάη Τσαμασφύρου

Ο εξειδικευμένος ιατρός στην αντιμετώπιση του πόνου λαμβάνει λεπτομερές ιστορικό και τίθεται με κλινική εξέταση και συμπληρωματικές εξετάσεις η διάγνωση της αιτίας του πόνου. Για το σχεδιασμό της θεραπείας λαμβάνονται υπόψη οι συνοδές παθήσεις, και σε κάποιες περιπτώσεις κρίνεται σκόπιμη η εκτίμηση και από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Στη συνέχεια, εκτός από την αρχική φαρμακευτική ή και όποια άλλη θεραπεία συστηθεί, ανάλογα με την πάθηση, προτείνεται συμπληρωματικά και η θεραπευτική άσκηση.

Η θεραπευτική άσκηση είναι αποτελεσματική σε διαφορετικές παθήσεις που σχετίζονται με χρόνιο πόνο, όπως η χρόνια οσφυαλγία, η ινομυαλγία, η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και οι ημικρανίες.

Στη χρόνια φάση του πόνου, που ο ασθενής έχει ξεπεράσει την οξεία φάση του πόνου, στόχος της θεραπευτικής άσκησης είναι η αποφυγή υποτροπών, αλλά και η βελτίωση της λειτουργικότητας όλου του σώματος (του μυϊκού συστήματος, της ισορροπίας και των λοιπών συστημάτων). Στη φάση αυτή ενδέχεται να αποτελεί και την κυρίαρχη θεραπευτική παρέμβαση, καθώς οι υπόλοιπες θεραπείες έχουν ήδη εξαντλήσει (μερικώς) την κυρίως δράση τους, στην οξεία φάση.

Η εξατομίκευση του προγράμματος είναι απαραίτητη. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ηλικία, το φύλο, τα συννοσήματα, η εργασία και ο ψυχισμός. Εξατομικευμένες προσεγγίσεις μπορεί να έχουν καλύτερα αποτελέσματα στον χρόνιο πόνο, παρά γενικότερα μοντέλα άσκησης τύπου «άσκηση για όλους». Οι ασθενείς με πόνο και μειωμένη λειτουργική ικανότητα, θα πρέπει σταδιακά να ενταχθούν σε ειδικό πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης, με ένταση και ποσότητα εξατομικευμένη, ώστε να προσδώσει τα κλινικά οφέλη στην υγεία τους. Ο σχεδιασμός του προγράμματος σε αυτό το στάδιο πρέπει να γίνεται με συνεργασία του Φυσιάτρου και του φυσικοθεραπευτή. Επίσης σημαντική είναι η θεραπευτική άσκηση με στοχευμένες ασκήσεις σε προγράμματα αυτοδιαχείρισης χρόνιου πόνου.

Βιβλιογραφία:

Borisovskaya A, Chmelik E, Karnik A. Exercise and Chronic Pain. Adv Exp Med Biol. 2020;1228:233-253.

Wada T, Matsumoto H, Hagino H. Customized exercise programs implemented by physical therapists improve exercise-related self-efficacy and promote behavioral changes in elderly individuals without regular exercise: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2019 Jul 9;19(1):917.

ΒΗΜΑ ΝΕΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΠΣ ΑΛΓΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ**Εφαρμογή μη επεμβατικών μεθόδων νευροπαραμέτρησης στην πρόβλεψη του μετεγχειρητικού πόνου μετά από μείζονες θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις**

► Crysanthi Barba, Charikleia S. Vrettou, Kassiani Theodoraki

Η ταυτοποίηση νευροβιολογικών δεικτών του πόνου είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη εξατομικευμένων θεραπευτικών στρατηγικών. Μη-επεμβατικές τεχνικές όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), η κορημετρία και η διεγχειρητική παρακολούθηση του επιπέδου αλγαισθησίας (NOL) προσφέρουν πολύτιμες περιεγχειρητικές πληροφορίες. Αυτή η μελέτη διερευνά τη συσχέτιση αυτών των μεθόδων με τον πόνο μετά από μείζονες θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις, εστιάζοντας στην προεγχειρητική συχνότητα των υψηλότερων κυμάτων στο α-φάσμα (Peak Alpha Frequency, PAF) και τις προβλεπτικές δυνατότητες της κορημετρίας και του NOL.

Η μελέτη συμπεριέλαβε ενήλικες ασθενείς. Η κορημετρία πραγματοποιήθηκε με το κορημέτρο NPi-200 για να μετρηθεί η ταχύτητα συστολής (CV), η μέγιστη ταχύτητα συστολής (MCV), το ποσοστό αλλαγής συστολής (CH%) και η ταχύτητα διαστολής (DV). Ο περιβάλλον φωτισμός μετρήθηκε με εμπορικό φωτόμετρο. Τα προεγχειρητικά δεδομένα EEG συλλέχθηκαν με ηλεκτροεγκεφαλογράφο 7-ηλεκτροδίων EEGGrid. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν με τα προγράμματα EEGLAB και FieldTrip, περιλαμβάνοντας προεπεξεργασία, ανάλυση συχνότητας και εκτίμηση της PAF. Τα δεδομένα NOL συλλέχθηκαν με το σύστημα PMD-200. Ο πόνος αξιολογήθηκε με την κλίμακα Numeric Rating Scale (NRS) 11-σημείων στην ανάνηψη, το ερωτηματολόγιο DN4 (Douleur Neuropathique en 4 Questions) και την κλίμακα NRS στον πρώτο και τρίτο μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Τα αποτελέσματα της κορημετρίας από 19 συμμετέχοντες έδειξαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων της ανάνηψης και των βαθμολογιών DN4 στον πρώτο και τρίτο μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση. Επιπλέον, οι βαθμολογίες NRS τον πρώτο και τρίτο μήνα ήταν σημαντικά συσχετισμένες με τα αποτελέσματα της κορημετρίας στην ανάνηψη. Αντίθετα, δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δεδομένων NOL ή EEG και του μετεγχειρητικού πόνου.

Η άμεση μετεγχειρητική κορημετρία συσχετίζεται έντονα με τον χρόνιο και νευροπαθητικό πόνο στον πρώτο και τρίτο μήνα μετά τη θωρακοτομή, υποδεικνύοντας την προβλεπτική της ικανότητα για τον μετεγχειρητικό πόνο. Ωστόσο, η προεγχειρητική PAF και η ενδοεγχειρητική NOL δεν συσχετίστηκαν με τον μετεγχειρητικό πόνο. Μεγαλύτερες ομάδες ασθενών απαιτούνται για την επικύρωση των δεδομένων.

1. Furman, Andrew J., Timothy J. Meeker, Jeremy C. Rietschel, Sooyoung Yoo, Janusiya Muthulingam, Mariya Prokhorenko, Michael L. Keaser, Ronald N. Goodman, Ali Mazaheri, and David A. Seminowicz. 2018. "Cerebral Peak Alpha Frequency Predicts Individual Differences in Pain Sensitivity." *NeuroImage* 167 (February):203–10. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.11.042>.

2. Vide, Sérgio, Ana Castro, Rui Correia, Tiago Cabral, Deolinda Lima, Catarina S Nunes, Pedro Gambús, and Pedro Amorim. 2021. "Foreseeing Postoperative Pain in Neurosurgical Patients: Pupillometry Predicts Postoperative Pain Ratings—an Observational Study." *Journal of Clinical Monitoring and Computing* 35 (5): 1111–1

ΒΗΜΑ ΝΕΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΠΣ ΑΛΓΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ

Κιρκάδιος ωρολογιακός μηχανισμός: χρονοφαρμακευτική προσέγγιση στη θεραπεία του πόνου

► Ευγενία Φοράδη

Η πλειονότητα των βιολογικών και συμπεριφορικών λειτουργιών στα θηλαστικά παρουσιάζει ημερήσιες διακυμάνσεις, οι οποίες ορίζονται από τον ενδογενή κιρκάδιο ωρολογιακό μηχανισμό. Κατά συνέπεια οι φαρμακολογικές και τοξικολογικές ιδιότητες των χορηγούμενων ουσιών υπόκεινται επίσης σε εικοσιτετράωρη διακύμανση: οι ημερήσιες κυκλικές αλλαγές στη λειτουργία κάθε συστήματος του οργανισμού (πεπτικού, ανοσοποιητικού, ενδοκρινικού, καρδιαγγειακού, ουροποιητικού) ορίζουν την κιρκάδια φαρμακοδυναμική, ενώ οι ημερήσιες διακυμάνσεις των απαραίτητων πρωτεϊνών για την απορρόφηση και μεταβολισμό των φαρμακευτικών ουσιών, ορίζουν την κιρκάδια φαρμακοκινητική τους. Περίπου 20% του πρωτεϊνώματος, αλλά και των μεταγραφικών λειτουργιών του οργανισμού υπόκεινται σε κιρκάδια ρύθμιση.

Ο κιρκάδιος ωρολογιακός μηχανισμός αποτελείται από ένα σύνολο περιφερειακών «ρολογιών», παρόντα σχεδόν σε κάθε εμπύρηνο κύτταρο, ιεραρχικά οργανωμένων και υπό τον απόλυτο έλεγχο του κεντρικού «ρολογιού»: του υπερχιασματικού πυρήνα στον πρόσθιο υποθάλαμο.

Τα ωρολογιακά γονίδια τροποποιούν τις αλγαισθητικές πληροφορίες, καθορίζουν τους διαφορετικούς χρονότυπους των ανθρώπων, ορίζουν την ευαισθησία στον οξύ και το χρόνιο πόνο.

Οι κύριοι μεσολαβητές της φλεγμονής, τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, οι νευροδιαβιβαστές του πόνου παρουσιάζουν όλα ημερήσιες διακυμάνσεις.

Ορμόνες όπως η μελατονίνη και η κορτιζόλη, βασικοί ρυθμιστές του κιρκάδιου ρυθμού, συμμετέχουν στην κυκλική απελευθέρωση των ενδογενών οπιοειδών και ρυθμίζουν την έκφραση και τη δυνατότητα πρόσδεσης στους μ-υποδοχείς, τροποποιώντας την αναλγητική δράση της μορφίνης.

Οι ημερήσιες διακυμάνσεις του γαστρικού pH, της κινητικότητας του ΓΕΣ, της λειτουργίας του ήπατος και των χοληφόρων, αλλά και του ρυθμού της πειραματικής διήθησης, αλλάζουν δραστικά τον εικοσιτετράωρο μεταβολισμό των φαρμάκων.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη αυτές τις φυσιολογικές κυκλικές εναλλαγές και τις αλληλεπιδράσεις αυτών με τους γονιδιακούς πολυμορφισμούς, την ηλικία και τις ετερογενείς νοσολογικές οντότητες, η χρονοφαρμακευτική προσέγγιση του πόνου φαίνεται να είναι ο ιδανικός εγγύς στόχος για την αύξηση της αποτελεσματικότητας και τη μείωση των ανεπιθύμητων δράσεων της θεραπείας του.

Βιβλιογραφία:

1. Aviram, J., Shochat, T., & Pud, D. (2015). Pain Perception in Healthy Young Men Is Modified by Time-Of-Day and Is Modality Dependent. *Pain Medicine*, 16(6), 1137–1144. <https://doi.org/10.1111/pme.12665>
2. Begum, N., Taylor, J. R., Brown, C., Rajan, J. N., Keevil, B., Pye, E., Rainey, T., & Jones, A. (2021). Morning and evening salivary cortisol levels in patients with chronic widespread pain and those at high risk. *European Journal of Pain*, 26(1), 197–206. <https://doi.org/10.1002/ejp.1854>
3. Bruguerolle, B., & Labrecque, G. (2007a). Rhythmic pattern in pain and their chronotherapy. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 59(9–10), 883–895. <https://doi.org/10.1016/j.addr.2006.06.001>
4. Bungarner, J. R., McCray, E. W., & Nelson, R. J. (2023). The disruptive relationship among circadian rhythms, pain, and opioids. *Frontiers in Neuroscience*, 17. <https://doi.org/10.3389/fnins.2023.1109480>
5. Bungarner, J. R., Walker, W. H., & Nelson, R. J. (2021a). Circadian rhythms and pain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 129, 296–306. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.004>
6. Campagna, S., Sperlinga, R., Milo, A., Sannuto, S., Acquafredda, F., Saini, A., Gonella, S., Berruti, A., Scagliotti, G. V., & Tampellini, M. (2018). The circadian rhythm of breakthrough pain episodes in terminally-ill cancer patients. *Cancers*, 11(1), 18

ΒΗΜΑ ΝΕΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΠΣ ΑΛΓΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ

Πρώιμη ένταξη της Παρηγορικής Φροντίδας στην Ογκολογία

► Παπαγεωργίου Ειρήνη

Οι καρκινοπαθείς, παρά τις μεγάλες εξελίξεις στις αντικαρκινικές θεραπείες τις τελευταίες δεκαετίες, συνεχίζουν να βιώνουν σημαντική αύξηση τόσο στη θνητότητα όσο και στη θνησιμότητα [1]. Μελέτες παρατήρησης (cross-sectional studies) έδειξαν ότι οι καρκινοπαθείς αναφέρουν κατά μέσο όρο 8-12 διαφορετικά συμπτώματα [2] και τα περισσότερα από αυτά υποδιαγνώσκονται και τελικά υποθεραπεύονται. Εκτός από το φορτίο των σωματικών συμπτωμάτων, αυτοί οι ασθενείς έχουν και άλλες ανικανοποίητες ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας, όπως η ψυχολογική επιβάρυνση και η ανάγκη για ενημέρωση και καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου. Η ανάγκη για υποστηρικτική φροντίδα ενισχύεται ακόμα περισσότερο με την αυξανόμενη επίπτωση του καρκίνου παγκοσμίως με τη γήρανση του πληθυσμού και από το γεγονός ότι ασθενείς με προχωρημένη νόσο, ζουν περισσότερο λόγω αποτελεσματικότερων θεραπειών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO = World Health Organisation), περισσότεροι από 50 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως χρειάζονται Παρηγορική φροντίδα στη διάρκεια του έτους και ο αριθμός τους θα αυξάνεται συνεχώς λόγω της προόδου της Ιατρικής επιστήμης αλλά και λόγω της προαναφερθείσας γήρανσης του πληθυσμού. Επίσης, ο WHO εκτιμά ότι μόνο το 2% των ασθενών λαμβάνει την Παρηγορική φροντίδα που χρειάζεται [3].

Βιβλιογραφία

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin* 2018;68(1):7–30
2. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS. Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a veteran's affairs medical center: a role for symptom assessment. *Cancer* 2000;88(5):1175–83
3. WHO's Newsletter: Implementing World Health Assembly Resolution on Palliative Care 12 October 2021

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

What outcomes can we expect RA to influence?

► Stavros Memtsoudis

The last decades have seen a dramatic increase in investigations into the ability of regional anesthetic techniques to affect outcomes beyond improved pain control. While many researchers have highlighted positive associations in respect to certain outcomes, others have not found a relationship between regional anesthesia (RA) and the occurrence of events following surgery.

This presentation seeks to explore the reasons for the difference in findings and to discuss which outcomes can be reasonably expected to be influenced by the use of RA.

For RA to be considered a meaningful intervention that can affect an outcome of interest, there needs to be: 1) a feasible underlying mechanism that can explain the interaction between RA and the outcome, 2) occur in a time frame that logically can be influenced by the RA procedure, and 3) cannot be subject to numerous other interventions that more likely explain the outcome.

In this context, mechanisms that might improve outcomes are direct and indirect. Better pain control through the disruption of pain pathways can mitigate the surgery induced stress response. The related sympathectomy associated with RA contributes to better blood pressure control and improved tissue perfusions as well as a reduction in the release of cytokines and stress hormones. These effects can therefore explain positive outcomes on cardiovascular complications, bleeding, infections as well as thromboembolic events.

Indirect benefits might be related to the avoidance of airway instrumentation and the reduction in opioid consumption, therefore underlying the frequent findings of reduced respiratory sequelae.

Given that these mechanisms are in effect as long as the RA intervention lasts, it seems logical that RA is most likely and directly able to affect events within hours to days of the surgery.

The ability of RA to affect perioperative complications (1) therefore can logically be expected to affect resource utilization measures such as length of stay, cost and utilization of expensive services such as intensive care units and readmissions to emergency rooms.

Longer-term outcomes, such as physical therapy related events or mortality weeks to months after the procedure lack a solid underlying mechanisms, are likely multifactorial in nature and subject to many other interventions more specifically targeted to affect these events. Indeed, most studies looking at long-term outcomes fail to find a difference between patients receiving RA versus those who do not. The most likely explanation is that a feasible mechanism does not exist or the effect is small when other factors are at play. Claims that they might be explainable through the differential rates of perioperative complications begs the question why these complications are not the primary outcome of study. However, it is clear that given the relatively low incidence of these outcomes, studies, especially prospective ones, would require large numbers of patients and are thus expensive and rarely feasible.

In conclusion, RA is associated with intrinsic and secondary mechanisms that can explain the impact on perioperative complications. It is therefore appropriate to expect a potential impact on events that can be mitigated by a reduction in the stress response, are related to RA induced sympathectomy, avoidance of airway instrumentation or the excessive use of systemically active drugs.

1) Memtsoudis SG et al. *Peripheral nerve block anesthesia/analgesia for patients undergoing primary hip and knee arthroplasty: recommendations from the International Consensus on Anesthesia-Related Outcomes after Surgery (ICAROS) group based on a systematic review and meta-analysis of current literature. Reg Anesth Pain Med* 2021; 46:971-85

2) Memtsoudis SG et al. *Anaesthetic care of patients undergoing primary hip and knee arthroplasty: consensus recommendations from the International Consensus on Anaesthesia-Related Outcomes after Surgery group (ICAROS) based on a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth* 2019; 123:269-87

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Spinal cord stimulation – guidance on how to refer and select appropriate patients for good long-term outcomes

► Dr Simon Thomson MBBS FFPMRCA
Consultant in pain medicine and neuromodulation
Mid & South Essex University Hospitals, UK

Spinal cord stimulation has been shown to be effective in the treatment of neuropathic pain in many randomised clinical trials. In the UK, the evidence of clinical and cost effectiveness was considered by NICE (National Institute of Health and Care Excellence) resulting in publication of Technology Appraisal 159 in 2008. Following such a publication, one expects to see an increase of SCS procedures. Although SCS procedures in the UK have minimally increased, it has not kept pace with the increase of eligible patients. There are multifactorial reasons for this, not least capacity, but more importantly there remains uncertainty about the patients suitable for referral. Many eligible patients remain trapped with ineffective care incurring increasing health care costs, disability, poor mental health and loss of societal contribution.

Clinical trials tend to have strict inclusion/exclusion criteria but real-world application involves a more heterogeneous population. There was little consensus of the factors that determine an appropriate or inappropriate patient for SCS referral and implantation.

A multidisciplinary, international group was assembled in November 2018. Agreement was reached on the clinical variables to be used gathered from clinical evidence and debate. There were 330 clinical scenarios across 4 clinical areas. Each member individually rated each clinical scenario on a 1 to 9 scale of appropriateness. Using RAND UCLA Appropriateness Methodology (RUAM), the first round was completed. A second meeting to revise the rating structure generated a total of 386 clinical scenarios which were again individually rated. Some clinical scenarios had strong consensus on appropriate and inappropriate selection for SCS and weaker or no consensus in others.

Once the clinical or biomedical factors were considered, there was evidence review and discussion on the psychosocial variables that were consolidated into eight variables.

A decision-making tool was designed that includes all absolute inclusion/exclusion criteria, clinical and psychosocial variables generating a score of appropriateness and panel recommendation – The E-Tool www.scstool.org

Validity has been tested with a retrospective study. A prospective study is in progress.

The strengths of this tool is that it can be used for education of referrers, reduces variability between implant centres and supports the multidisciplinary team. Payer organisations prefer to see a more structured approach to SCS selection.

References

- Thomson S et al. *Eur J Pain* 2020;24:1169-81
- Thomson S et al. *Neuromodulation* 2023;26:164-71
- Thomson S et al. *Eur J Pain* 2022;26:1873-81

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Local Anesthetic Infusions and Cancer Patients

► Gina Vitta Velis

Cancer care is multidisciplinary and surgical intervention occurs in 60% of the cases.

Circulating Tumor Cells (CTCs) play a key role on the metastatic process as they escape from the primary tumor, enter the blood vessels and then extravasate to form a secondary tumor. This process is more pronounced during the surgical manipulation of the tumor.

Chemotherapy does not start till up to 4-6 weeks after surgery and this delay is associated with worse outcomes.

Therefore, an intervention that does not have the toxicity of chemotherapy, and that might attenuate the activation of the cellular and molecular events that are critical to the metastatic process during the perioperative period, presents a window of opportunity to improve outcomes that should not be missed.

It is well known that local anesthetics have anti-inflammatory properties and that inflammation and cancer have common pathways.

Our team has always been interested in identifying a mechanism by which local anesthetics would have an antimetastatic effect, and we have previously investigated the effect of the amide local anesthetics on known mediators that are involved in inflammatory signaling and play crucial role in cancer metastasis.

Such mediators are:

- ICAM-1

Facilitates tumor cell adherence to the endothelium and subsequent extravasation

ICAM-1 expression is associated with a more aggressive tumor phenotype

- SRC tyrosine protein kinase

Involved in signaling epithelial to mesenchymal transformation.

Promotes cell survival and mitogenesis.

Effect on the cytoskeleton remodeling for cell migration.

Necessary for solid tumor metastasis.

We have demonstrated in vitro in lung adenocarcinoma cells, a mechanism of the antimetastatic potential of the amide local anesthetics involving the inhibition SRC Kinase signaling pathway and ICAM- 1 phosphorylation.

Pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) is an aggressive malignant disease with a 5-year survival rate of <10%. It is well established that activation or elevated expression of the SRC tyrosine kinase is frequently observed in PDAC and is associated with a poor prognosis.

As such we decided to conduct a study on the effect of lidocaine infusions on Pancreatic cancer.

Study title: "Lidocaine Infusions in Pancreatic Cancer: Translational Studies in a Preclinical Model and Human Subjects"

I will be presenting results from our in vitro, preclinical, ex vivo and our ongoing human clinical trial.

The human study is a double blind placebo controlled randomized clinical trial.

We are evaluating the effect of lidocaine infusions in the biology of the CTCs isolated from PDAC and genetically engineered KPC mice with PDAC.

We have also conducted in vitro experiments with various pancreatic cell lines.

During the manipulation of the tumor even with non-touch techniques there is release of CTCs.

Our hypothesis is that if lidocaine infusions attenuate SRC activation and phosphorylation in the CTCs they will render them less aggressive and unable to go through the endothelial barrier of the blood vessels and form metastatic sites.

We expect that we will prove our hypothesis that lidocaine infusions have an effect in the biology of the tumor cells by attenuating SRC activation and we are also studying other molecules that contribute in the metastatic process.

Subsequently we can perform a study to evaluate survival in those patients.

The goal is to establish a practice to help with the management of cancer patients perioperatively, and to demonstrate the additional beneficial role of lidocaine infusions apart from their anti-hyperalgesic and anti-inflammatory properties.

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

The role of opioids in the treatment of cancer pain: The 2023 ASCO guidelines

► Snežana M Bošnjak

Department for supportive oncology and palliative care
ESMO Designated Centre of Integrated Oncology and Palliative Care
MASCC-Designated Centre of Excellence in Supportive Care in Cancer
Institute for Oncology and Radiology of Serbia, Belgrade, Serbia
E-mail: nena.bosnjak@gmail.com

Opioids are the mainstay of treatment for cancer pain. The purpose of the ASCO (American Society of Clinical Oncology) guideline was to provide guidance on the use of opioids to manage pain in adult patients induced by cancer or its active treatment. ASCO Expert Panel reviewed the evidence from the medical literature and formulated recommendations for seven clinical questions of interest.

Opioids should be offered to patients with moderate-to-severe pain induced by cancer or active anticancer treatment. It is no longer mandatory to use weak opioids for the treatment of moderate pain. All strong opioids have similar efficacy, so the decision of which opioid is most appropriate should be based on availability, pharmacokinetic characteristics and cost. Methadone is an exception and should only be prescribed by palliative care or pain specialists. Opioids should be initiated at the lowest possible dose and as immediate release (IR) formulations given as needed (PRN) to establish an effective dose. The minimal clinically meaningful increase during the titration process is 25-50% of total 24h dose. Recommendations were provided on the prevention and management of selected adverse effects (constipation, delirium / neurotoxicity, endocrinopathy, nausea and vomiting, pruritus, sedation and respiratory depression, urinary retention) as well as on the use of opioids in patients with renal and hepatic impairment. The management of breakthrough pain was also covered as well as the question on when and how to perform opioid rotation.

1. Paice JA, et al. J Clin Oncol 2023;41:914-930.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

Πριονίζοντας το κλαδί: burnout στην παρηγορική φροντίδα

► Ελευθερία Τσάλτα, Ευγενία Καραντώνη

Οι ασθενείς με χρόνια πόνο που περιθάλπονται στα Ιατρεία Πόνου, όπως εκείνοι στις μονάδες Παρηγορικής Φροντίδας και στις ΜΕΘ, συνήθως παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα οδύνης. Σε τέτοιες περιστάσεις ύψιστης ανθρώπινης ευαλωτότητας, όταν ο ασθενής «κρέμεται» από την ικανότητα και την ευαισθησία των θεραπόντων, είναι κρίσιμο οι θεράποντες να μπορούν να σηκώσουν το φορτίο χωρίς να εξουθενωθούν εργασιακά και προσωπικά. Ωστόσο, αυτό το ύστατο «κλαδί στήριξης» συστηματικά πριονίζεται από ανεπάρκεια ή παντελή απουσία μέριμνας ψυχολογικής στήριξης των θεραπόντων. Αποτέλεσμα είναι ο αυξημένος επιπολασμός επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχικής δυσφορίας. Το διεθνές του φαινομένου αποτυπώνεται από τρεις πρόσφατες μελέτες: Όλες χρησιμοποίησαν, μεταξύ άλλων, το έγκυρο Maslach Burnout Inventory.

Μια Αυστραλιανή μελέτη [1] κάλυψε 58 διεπιστημονικά Ιατρεία Πόνου (176 κλινικοί - MBI). Ανέφερε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης στο 21,6% και το 14,2%, αντίστοιχα. Χαμηλά επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης αναφέρθηκαν από το 18,8% των ερωτηθέντων. Συνήθεις πηγές άγχους των κλινικών ήταν οι δύσκολες συναντήσεις με ασθενείς, κοινά αναφερόμενες πηγές ευεξίας τους η συνεργασία και στήριξη μέσα στη διεπιστημονική ομάδα.

Μια Αμερικανική μελέτη [2] αξιολόγησε την επαγγελματική εξουθένωση αναισθησιολόγων οξέος και χρόνιου πόνου, και παιδιατρικών και καρδιολογικών αναισθησιολόγων (1303 συμμετέχοντες - MBI). Ομάδες ελέγχου ήταν γιατροί όλων των ειδικοτήτων και ένα δείγμα γενικού πληθυσμού. Οι γιατροί χρόνιου πόνου είχαν σημαντικά χειρότερες βαθμολογίες από τις άλλες τρεις υποειδικότητες και τις δύο ομάδες ελέγχου. Η Ψυχική Υγεία συσχετιζόταν αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση σε όλες τις ομάδες.

Μια Κινεζική μελέτη [3] έγινε στο νοσηλευτικό προσωπικό 5 ΜΕΘ (152 νοσηλευτές, MBI). Κατά την αρχική αξιολόγηση οι βαθμολογίες του MBI κυμαίνονταν μεταξύ 131,63 - 133,43 (υψηλή επαγγελματική εξουθένωση) και 69,96 - 70,07 (χαμηλή ποιότητα εργασιακής ζωής).

Το σημαντικό στοιχείο ήταν ότι η μελέτη δεν έμεινε στο σχολιασμό των ευρημάτων όπως οι προηγούμενες, αλλά ολοκλήρωσε μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη έρευνα αξιολόγησης μιας παρέμβασης ομάδων Balint στο μισό δείγμα (8 εβδομαδιαίες συνεδρίες 1,5 ώρας), ενώ το άλλο μισό ήταν η ομάδα ελέγχου, χωρίς παρεμβάσεις. Οι δυο ομάδες δεν διέφεραν στο MBI πριν και στο μέσο της παρέμβασης. Μετά το τέλος της, οι βαθμολογίες MBI επαγγελματικής εξουθένωσης στις ομάδες Balint ήταν σημαντικά χαμηλότερες από τις ομάδες ελέγχου (58,33±7,38 έναντι 70,50±7,01).

1. Prevalence of burnout and its relationship to health status and social support in more than 1000 subspecialty anesthesiologists Ashton-James, C.E. et al., *PAIN* (I.F.: 7.926) 162 (2): p 503-513, 2021. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002042

2. Prevalence of burnout and its relationship to health status and social support in more than 1000 subspecialty anesthesiologists Hyman S.A. et al., *Regional Anesthesia & Pain Medicine* (I.F.: 5.1.), 2021; 46:381-387. doi:10.1136/rapm-2020-101520

3. Effect of Balint group training on burnout and quality of work life among intensive care nurses: A randomized controlled trial. Huang H. et al., *2020 Neurology, Psychiatry and Brain Research* 35 (I.F. 3.00) (2020) 16-21 <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2019.12.002>

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Βελτιστοποίηση της Θεραπείας του Νευροπαθητικού Πόνου: Ανάλυση Φαρμακευτικών Αλληλεπιδράσεων και Παρενεργειών για Κλινικό Όφελος

Συνδυασμένη Θεραπεία με στόχο την ποιότητα ζωής

► Μαρτίνα Ρεκατσίνα

Η θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου αποτελεί μια σύνθετη κλινική πρόκληση λόγω της ποικιλίας των μηχανισμών που εμπλέκονται και της διαφορετικής απόκρισης των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή. Η βελτιστοποίηση της θεραπείας απαιτεί μια προσεκτική ανάλυση των φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων και των παρενεργειών, με σκοπό την επίτευξη του μέγιστου δυνατού κλινικού οφέλους.

Οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις αποτελούν έναν κρίσιμο παράγοντα στη διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου, δεδομένου ότι πολλοί ασθενείς λαμβάνουν πολλαπλά φάρμακα για τη θεραπεία των συμπτωμάτων τους. Η συνύπαρξη φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε ενισχυμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα ή, αντιθέτως, σε ανεπιθύμητες ενέργειες. Για παράδειγμα, η χρήση συνδυασμών όπως η πρεγκαμπαλίνη με ντουλοξετίνη ή η γκαμπαπεντίνη με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να προσφέρει καλύτερη ανακούφιση από τον πόνο λόγω των διαφορετικών μηχανισμών δράσης των φαρμάκων. Ωστόσο, είναι σημαντικό να παρακολουθούνται οι ασθενείς για ενδεχόμενες αλληλεπιδράσεις που μπορεί να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα ή να αυξήσουν τον κίνδυνο παρενεργειών. Η ανάλυση των παρενεργειών είναι εξίσου σημαντική για την επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής θεραπείας. Οι παρενέργειες μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και να οδηγήσουν σε μη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Η αναγνώριση και η διαχείριση των παρενεργειών είναι κρίσιμη για τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Για παράδειγμα, τα φάρμακα όπως η πρεγκαμπαλίνη μπορεί να προκαλέσουν ζάλη και κόπωση, ενώ η ντουλοξετίνη μπορεί να συνδέεται με γαστρεντερικές διαταραχές και αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Η επίγνωση αυτών των παρενεργειών επιτρέπει στους κλινικούς να προσαρμόζουν τη δόση ή να επιλέγουν εναλλακτικές θεραπείες για τη μείωση των ανεπιθύμητων επιπτώσεων. Η βελτιστοποίηση της θεραπείας του νευροπαθητικού πόνου μέσω της ανάλυσης των φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων και των παρενεργειών οδηγεί σε εξατομικευμένη ιατρική πρακτική. Κάθε ασθενής έχει μοναδικές ανάγκες και απαντήσεις στη θεραπεία, και η προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να μεγιστοποιήσει το κλινικό όφελος. Η χρήση εξατομικευμένων θεραπευτικών σχημάτων, που λαμβάνουν υπόψη τις φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και τις πιθανές παρενέργειες, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παροχής πιο αποτελεσματικής ανακούφισης από τον πόνο και της μείωσης των αρνητικών επιπτώσεων της θεραπείας.

Η βελτιστοποίηση της θεραπείας του νευροπαθητικού πόνου απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που συνδυάζει την ανάλυση των φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων και των παρενεργειών. Με την προσεκτική αξιολόγηση αυτών των παραγόντων, οι κλινικοί μπορούν να αναπτύξουν εξατομικευμένα θεραπευτικά σχήματα που προσφέρουν το μέγιστο δυνατό κλινικό όφελος, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών και ενισχύοντας τη συμμόρφωση με τη θεραπεία.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

Πόνος και αυτισμός: νεότερα δεδομένα, ένας γρίφος που περιμένει λύση

► Παναγιώτα Συκιώτη
Παιδοψυχίατρος , MRCPsych
Aimis Clinic , Λεμεσός , Κύπρος

Ο αυτισμός είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία και την ύπαρξη περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών και ενδιαφερόντων. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ 1/100 άτομα έχουν αυτισμό. Η αισθητηριακή αντίληψη διαφέρει σημαντικά στα αυτιστικά, σε σχέση με τους νευροτυπικά άτομα και αυτό περιγράφεται και στην περίπτωση του πόνου.

Αρχικές βιωματικές περιγραφές μιλούσαν για υποευσαιθησία στον πόνο, δηλαδή μειωμένη αντίδραση σε επώδυνα ερεθίσματα. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έρευνες αποδεικνύουν ότι τα άτομα με αυτισμό εμφανίζουν υπερευαιθησία στον πόνο, αντιδρώντας έντονα σε ερεθίσματα που συνήθως δεν θεωρούνται επώδυνα, γεγονότα που μπορεί να προκαλεί έντονη δυσφορία και να επηρεάζει την καθημερινή τους ζωή.

Ένα πολύ σημαντικό ζήτημα είναι η διαφορετική επικοινωνία του πόνου. Πολλά άτομα με αυτισμό, ιδιαίτερα εκείνα με περιορισμένες λεκτικές ικανότητες, δυσκολεύονται να εκφράσουν ότι πονούν ή να περιγράψουν τη φύση και την ένταση του πόνου τους. Αυτή η αδυναμία έκφρασης μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις στη διάγνωση και την αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και σε παρανοήσεις από τους φροντιστές και τους ιατρούς. Αντί για λεκτική έκφραση, τα άτομα αυτά μπορεί να δείχνουν πόνο μέσα από αλλαγές στη συμπεριφορά τους, όπως η αυξημένη ευερεθιστότητα ή η απόσυρση.

Η νευροβιολογική βάση της διαφορετικής αντίληψης του πόνου στα άτομα με αυτισμό αποτελεί αντικείμενο εντατικής έρευνας. Οι ανωμαλίες στη λειτουργία και τη δομή του κεντρικού νευρικού συστήματος, ειδικά στις περιοχές που σχετίζονται με την αισθητηριακή επεξεργασία και τη συναισθηματική αντίδραση, φαίνεται να παίζουν ρόλο. Αλλαγές στα νευρωνικά δίκτυα ή/και στη νευροδιαβίβαση μπορεί να επηρεάζουν την αντίληψη και την επεξεργασία του πόνου, οδηγώντας σε διαφορετική αισθητηριακή εμπειρία.

Συνολικά, η κατανόηση της σχέσης μεταξύ αυτισμού και πόνου είναι κρίσιμη για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και υποστήριξης στα άτομα με αυτισμό. Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων, διασφαλίζοντας ότι ο πόνος τους αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Μητέρα και Παιδί

ΕΑ01

Tap block στη διαχείριση χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου μετά απο σκωληκοειδεκτομή σε παιδιατρικό ασθενή

Γιολάντα Ζευγαρίδου, Μαριάννα Βαρβέρη, Φρειδερίκη Σηφάκη, Κωνσταντίνος Δελής, Ελένη Κοράκη
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος (CPSP) ορίζεται από την IASP ως πόνος που διαρκεί τουλάχιστον 3, 6 ή 12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση και η αιτιολογία μετάπτωσης του οξέος μετεγχειρητικού πόνου σε χρόνιο περιλαμβάνει μια πληθώρα παραγόντων. Ο αποκλεισμός της περιτονίας του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (TAP block) χρησιμοποιείται για αναισθησία και αναλγησία του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος.

Σκοπός: Η εφαρμογή τεχνικών περιοχικής αναισθησίας για την επίτευξη πολυδύναμης περιεγχειρητικής αναλγησίας αλλά και για την αντιμετώπιση του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου σε παιδιατρικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις κοιλίας.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 15 ετών υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση ανοικτής σκωληκοειδεκτομής. Από το ατομικό της ιστορικό εμφάνιζε πληθώρα αλλεργιών τόσο σε αντιβιώσεις όσο και σε τροφές και είχε λάβει στο παρελθόν φαρμακευτική αγωγή για υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, αγχώδη διαταραχή και αλλεργικό βρογχικό άσθμα. 50 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση, επανεισήχθη στην Παιδοχειρουργική Κλινική λόγω άλγους στην περιοχή της χειρουργικής τομής (NRS 7/10). Καθώς η διερεύνηση δεν ανέδειξε άλλη σαφή αιτία άλγους, θεωρήθηκε ότι πρόκειται για χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο και παραπέμφθηκε στο Αναισθησιολογικό Τμήμα για εκτίμηση. Στην ασθενή πραγματοποιήθηκε TAP block δεξιά (13 ml Ropivacaine 0.2% + 2 ml Dexamethasone 4 mg/ml) υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση. Ο πόνος ελλατώθηκε (NRS 2/10) άμεσα. Στην συνέχεια, για την αντιμετώπιση του πόνου, πραγματοποιήθηκε θεραπεία με τη χρήση ραδιοσυχνότητας. Δεν καταγράφηκαν επιπλοκές και η ασθενής παρέμεινε ελεύθερη πόνου.

Συμπέρασμα: Οι ΠΝΑ αποτελούν πολύτιμο εργαλείο των αναισθησιολόγων, τόσο για τη διαχείριση του περιεγχειρητικού πόνου, στα πλαίσια ενός πολυδύναμου μοντέλου περιεγχειρητικής αναλγησίας, όσο και ως διαγνωστική ή και θεραπευτική προσέγγιση του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου, ακόμα και σε παιδιατρικούς ασθενείς.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Μητέρα και Παιδί

ΕΑ02

Μαιευτική αναλγησία στις δημόσιες δομές υγείας

Πελαγία Κλήμη

Γ.Ν. Αλεξάνδρα, Αθήνα, Ελλάδα

Ο πόνος του τοκετού είναι από τους πλέον ισχυρούς πόνους που μπορεί να βιώσει ένα ανθρώπινο πλάσμα. Από την αρχαιότητα έως σήμερα ο πόνος παραμένει το εξαιρετικά δυσάρεστο κομμάτι ενός ευχάριστου γεγονότος, την γέννηση ενός παιδιού. Στα μέσα του 20ου αιώνα η εξέλιξη της ιατρικής, οι κοινωνικές αλλαγές και η βελτίωση της κοινωνικής θέσης της γυναίκας ώθησαν την ιατρική κοινότητα να ασχοληθεί με τον πόνο του τοκετού και την επίτοκο να «απαιτήσει» ανακούφιση.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η δυνατότητα χορήγησης μαιευτικής αναλγησίας στα δημόσια μαιευτήρια.

Για την συλλογή των στοιχείων

- Απεστάλη σχετικό ερωτηματολόγιο σε αναισθησιολόγο δημοσίου μαιευτηρίου
- Αναζητήθηκαν οι σχετικές διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες
- Γίνεται αναφορά στην επίδραση του πόνου στην επίτοκο, το έμβρυο και την εξέλιξη του τοκετού καθώς και στα οφέλη της μαιευτικής αναλγησίας
- Αναζητήθηκαν στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ Ν.1397 καθώς και στους συμπληρωματικούς αυτού, διατάξεις που καθορίζουν την λειτουργία των δημοσίων μαιευτηρίων
- Έγινε αναζήτηση στο διαδίκτυο με λέξεις-κλειδιά «επισκληρίδιος αναλγησία» & «φυσιολογικός τοκετός» για να διερευνηθούν οι πληροφορίες που λαμβάνει μια επίτοκος από το διαδίκτυο
- Γίνεται αναφορά στις ιδιαιτερότητες της ενημερωμένης συγκατάθεσης για την μαιευτική αναλγησία
- Παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για τις γεννήσεις και τον τρόπο γέννησης πανελλαδικά 2018-2022, όπως επίσης εκθέσεις σχετικά με το αυξημένο ποσοστό καισαρικών τομών στον δυτικό κόσμο και τα αμιγώς ιατρικά προβλήματα που προκύπτουν.
- Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, μεγάλο ποσοστό των γυναικών που επιλέγουν δημόσια μαιευτήρια δεν επωφελούνται από την ιατρική γνώση και γεννούν χωρίς αναλγησία. Σημαντικότερες αιτίες :
- Δεν έχει αναδειχθεί ως σημαντικό πρόβλημα
- Η χορήγηση αναλγησίας θεωρείται υποστηρικτική και όχι θεραπευτική διαδικασία
- Έλλειψη αναισθησιολόγων
- Μη διαφοροποίηση των μαιευτηρίων από νοσοκομεία
- Έλλειψής εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και απουσία ενημέρωσης των επίτοκων
- Ασαφές νομικό πλαίσιο για εναλλακτικές ή συμπληρωματικές μεθόδους ανακούφισης

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι: Μητέρα και Παιδί

ΕΑ03

Η χρήση της ναλμπουφίνης στη μαιευτική αναλγησία. Αφηγηματική ανασκόπηση

Fatos Sada¹, Κωνσταντίνος Στρουμπούλης²

1 Faculty of Medicine, University of Pristina, Kosovo

2 Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο και Μαιευτήριο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου»

Εισαγωγή: Η ναλμπουφίνη αποτελεί επιλογή διαχείρισης του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού ήδη από τη δεκαετία του '80. Σύμφωνα με τον FDA έχει έγκριση για τη διαχείριση μέτριου και σοβαρού πόνου όταν οι εναλλακτικές επιλογές αναλγησίας είναι ανεπαρκείς. Είναι συνθετικός ανταγωνιστής των μ υποδοχέων και αγωνιστής των κ υποδοχέων των οπιοειδών, με αναλγητική ισχύ συγκρίσιμη με αυτή της μορφίνης (1:1). Πειραματικά δεδομένα δείχνουν πως οι αγωνιστές των κ-υποδοχέων μπορούν να αποκλείσουν καλύτερα τον σπλαχνικό πόνο στα στο πρώτο στάδιο του τοκετού από ότι οι αγωνιστές των μ-υποδοχέων. Ο σκοπός της παρούσας αφηγηματικής ανασκόπησης είναι να αναδείξει τη θέση της στη διαχείριση του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με δυο πρόσφατες μετα-αναλύσεις η ναλμπουφίνη παρουσιάζει μικρότερη επίπτωση κνησμού, μετεγχειρητικής ναυτίας/εμέτου, αναπνευστικής καταστολής και παρατείνει τη μέση διάρκεια αναλγησίας χωρίς να αυξάνονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Συγκεκριμένα σε ότι αφορά το φυσιολογικό τοκετό, η ενδοφλέβια χορήγηση ναλμπουφίνης μειώνει την ένταση του πόνου κατά τις συσπάσεις της μήτρας, μειώνει την κατανάλωση οπιοειδών και έχει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σύγκριση με τη σουφεντανύλη. Όταν χορηγείται επισκληριδίως, μειώνει τη διάρκεια του 1ου σταδίου του τοκετού, μειώνει το χρόνο έναρξης της αναλγησίας και παρουσιάζει μικρότερα ποσοστά κατακράτησης ούρων συγκρινόμενη με τη μορφίνη. Επίσης, αποτελεί επιλογή στη διαχείριση του πόνου στο δεύτερο στάδιο οξέος τοκετού που δεν έχει προηγηθεί περιοχική αναλγησία σε δόση που δεν ξεπερνά τα 0.04mg/kg-1. Η υπαραχνοειδής χορήγηση ναλμπουφίνης με υπερβαρική βουπιβακαΐνη στο πλαίσιο καισαρικής τομής παρουσιάζει σε σχέση με τη φαιντανύλη μικρότερη καταστολή στα 30 λεπτά μετά τη χορήγηση, μεγαλύτερη διάρκεια αναλγησίας και μικρότερες ανάγκες θεραπείας διάσωσης. Επίσης εμφανίζει παρόμοια διεγχειρητική αναλγησία σε σχέση με την μορφίνη όταν χορηγούνται υπαραχνοειδώς, χωρίς να εμφανίζει κνησμό και μετεγχειρητική ναυτία/έμετο.

Συμπέρασμα: Η ναλμπουφίνη είναι μια ασφαλής εναλλακτική επιλογή για τη μητέρα και το νεογνό στη διαχείριση του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού και μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο όπλο στη φαρέτρα μας σε περίπλοκες και απαιτητικές καταστάσεις.

Βιβλιογραφία:

1 Yu P et al. *Pain Pract.* 2022;22(1):91-106

2 Zeng Z et al. *Sci Rep.* 2015; 5: 10927.doi:10.1038/srep10927

3 Liu G et al. *BMC Anesthesiology* 2023;23:248

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Μητέρα και Παιδί

ΕΑ04

Αναισθησιολογική διαχείριση επιτόκου με αταξία Friedreich: Παρουσίαση περιστατικού

Μαυρομάτη Μαριάννα, Θεοδοσοπούλου Πολυξένη, Γρηγοριάδου-Τύμπα Αλίκη, Καραγιάννη Μάρα, Παρασκευά Άντεια
Α΄ Πανεπιστημιακή Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή: Η αταξία Friedreich είναι μια νευροεκφυλιστική νόσος, που χαρακτηρίζεται από αταξία των άκρων, υπερτροφική μυοκρδιοπάθεια και σκολίωση [1]. Κληρονομείται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο τρόπο και εμφανίζεται στην πρώιμη εφηβεία [1,2]. Στην αιτιοπαθγένεια εμπλέκεται η μειωμένη έκφραση της πρωτεΐνης φραταξίνη που συμμετέχει στη λειτουργία των μιτοχονδρίων και στην οξειδωτική φωσφορυλίωση [1,2]. Παρά τη πρόοδο στην ανάπτυξη φαρμάκων για τη νόσο, δεν υπάρχει εγκεκριμένη θεραπεία [1]. Η βελτίωση της συμπτωματικής αντιμετώπισης έχει αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης με αποτέλεσμα περισσότερες γυναίκες να φτάνουν στην αναπαραγωγική ηλικία και να επιθυμούν την τεκνοποίηση [2].

Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε την αναισθησιολογική διαχείριση επιτόκου 40 ετών, πρωτοτόκο, ηλικίας κύησης 39+1 εβδομάδων με αταξία Friedreich που προσήλθε για προγραμματισμένη καισαρική τομή. Η επίτοκος έπασχε από παραπάρεση, αταξία των άκρων και ήταν καθηλωμένη σε αναπηρικό αμαξίδιο από 10ετίας. Εμφάνιζε ήπια δυσαρθρία και σκολίωση. Διεγχειρητικά εφαρμόστηκε πλήρες αιμοδυναμικό monitoring και αποφασίστηκε η εφαρμογή επισκληρίδιου αναισθησίας στο επίπεδο O2-O3, με στόχο την μικρότερη δυνατή αιμοδυναμική επιβάρυνση της ασθενούς και τη σταδιακή επίτευξη του νευραξονικού αποκλεισμού.

Αποτελέσματα: Εγκαταστάθηκε ικανοποιητικός αισθητικός αποκλεισμός στο ύψος Θ4 μετά από αργή χορήγηση 10 ml ροπιβακαΐνης 0,75% και 50 mcg φεντανύλης στον επισκληρίδιο χώρο μέσω επισκληρίδιου καθετήρα. Διεγχειρητικά η επίτοκος δεν εμφάνισε σοβαρή υπόταση ή βραδυκαρδία, ούτε παρουσίασε αυξημένες ανάγκες για μητροσύσπαση. Στο άρρεν νεογνό καταγράφηκαν Apgar score 8 και 10 στο 1ο και 5ο λεπτό αντίστοιχα. Η μετεχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η νευρολογική επαναξιολόγησή της ασθενούς 6μήνες μετά την επέμβαση, δεν εμφάνισε μεταβολές.

Συμπέρασμα: Δεν φαίνεται να υπάρχει σαφής ένδειξη ανεπιθύμητων ενεργειών ή υποτροπών μετά από μαιευτική νευραξονική αναισθησία. Στο περιστατικό μας η δόση τοπικού αναισθητικού για την επίτευξη αποκλεισμού στο επιθυμητό ύψος ήταν μικρότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού με παρόμοια σωματομετρικά χαρακτηριστικά. Το παρών περιστατικό ενισχύει την άποψη ότι η διαχείριση επιτόκων με αταξία Friedreich απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση με τη συμμετοχή μαιευτήρων, αναισθησιολόγων και καρδιολόγων.

Βιβλιογραφία:

- 1 Medina Keita, Kellie McIntyre, Layne N Rodden, Kim Schadt & David R Lynch: Friedreich ataxia: clinical features and new developments, *Neurodegener Dis. Manag.* 2022 Oct;12(5):267-283. doi: 10.2217/nmt-2022-0011.
- 2 Ashleigh N Peterson, Leigh C Hickerson, E Rebecca Pschirrer, Lynsy B Friend, Cynthia C Taub: Management of Friedreich Ataxia-Associated Cardiomyopathy in Pregnancy: A Review of the Literature, *Am J Cardiol.* 2024 Jan 1:210:118-129. DOI: 10.1016/j.amjcard.2023.10.019

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Μητέρα και Παιδί

ΕΑ05

Επίτοκος με σπονδυλοδεσία προς καισαρική τομή: αναισθησιολογική διαχείριση με περιοχική αναισθησία

Χριστίνα Ορφανού, Μαριάννα Μαυρομάτη, Χρυσούλα Στάικου
Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η σκολίωση είναι μια παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης, με τρισδιάστατη περιστροφή των σπονδύλων και παραμόρφωση του θωρακικού κλωβού. Οι σοβαρές περιπτώσεις σχετίζονται με περιοριστική πνευμονοπάθεια, υποξαιμία και καρδιαγγειακή επιβάρυνση. Οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν στην κύηση μπορεί να επιδεινώσουν περαιτέρω την αναπνευστική λειτουργία. Μετά από μια σπονδυλοδεσία σημειώνονται μεταβολές στην ανατομία του επισκληριδίου χώρου και τοποθετούνται χειρουργικά υλικά που, μαζί με τον μετεγχειρητικό ουλώδη ιστό, μπορεί να παρεμποδίζουν την βελόνη της περιοχικής αναισθησίας και την ομαλή εξάπλωση του τοπικού αναισθητικού (ιδίως στην επισκληριδίο αναισθησία), οδηγώντας έτσι σε ανεπαρκή αποκλεισμό.

Μέθοδοι: Η επίτοκος, 35 ετών (76 κιλά, 178 εκατοστά), προσήλθε κατά τη διάρκεια της νύκτας με φαινόμενα τοκετού, στις 37 εβδομάδες κύησης προς καισαρική τομή, έχοντας καταναλώσει ένα πλήρες γεύμα. Ανέφερε ιστορικό σκολίωσης 60 μοιρών στη ΘΜΣΣ, για την οποία έφερε κηδεμόνα επί δέκα έτη και, στη συνέχεια, είχε υποβληθεί σε σπονδυλοδεσία σε ηλικία 16 ετών. Η επίτοκος δεν είχε προσκομίσει κάποιο σχετικό ιατρικό έγγραφο (π.χ. ενημερωτικό χειρουργικής επέμβασης, δοκιμασίες αναπνευστικής λειτουργίας κ.λπ.), ωστόσο από την κλινική της εξέταση δεν προέκυψε κάποιο εμφανές παθολογικό σημείο, πλην της χειρουργικής ουλής. Μετά από γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση υπεβλήθη σε ανεπίπλεκτη υπαραχνοειδή αναισθησία με βελόνη 27G (13.5mg ropivacaine, 10mcg fentanyl), που διενεργήθη στο O3-O4 μεσοσπονδύλιο διάστημα υπό άσηπτες συνθήκες, σε καθιστή θέση, με μέση προσπέλαση.

Αποτελέσματα: Η ραχιαία αναισθησία κρίθηκε ως η βέλτιστη αναισθησιολογική πρακτική, λόγω της πληρότητας του στομάχου και του ιστορικού σπονδυλοδεσίας. Ο αποκλεισμός εγκαταστάθηκε με σχετική καθυστέρηση, μετά από περίπου 15 λεπτά (Θ4 δερμοτόμιο). Το χειρουργείο ολοκληρώθηκε επιτυχώς, με αποτέλεσμα ένα υγιές νεογνό και μια υγιή και ευχαριστημένη λεχώιδα.

Συμπέρασμα: Σε επίτοκους που έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε σπονδυλοδεσία και πρόκειται να υποβληθούν σε επείγουσα ή εκλεκτική καισαρική τομή, προτείνεται μια εξατομικευμένη προσέγγιση, ώστε να αποφασιστεί η καταλληλότερη αναισθησιολογική διαχείριση, χωρίς να αποκλείεται η υπαραχνοειδής αναισθησία, ως συνιστώμενη τεχνική περιοχικής αναισθησίας.

Βιβλιογραφία:

1. Veliath DG, Sharma R, Ranjan R, Kumar CR, Ramachandran T. Parturient with kyphoscoliosis (operated) for cesarean section. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2012 Jan;28(1):124-6. doi: 10.4103/0970-9185.92463. PMID: 22345961
2. Ko JY, Leffert LR. Clinical implications of neuraxial anesthesia in the parturient with scoliosis. *Anesth Analg*. 2009;109(6):1930-1934. doi:10.1213/ANE.0b013e3181bc3584
3. Bansal N, Gupta S. Anaesthetic management of a parturient with severe kyphoscoliosis. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2008;6(23):379-382. doi:10.3126/kumj.v6i3.1716

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Μητέρα και Παιδί

ΕΑ06

Διαχείριση του πόνου κατά την περίοδο της λοχείας σε θηλάζουσες γυναίκες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Χρήστος Ντάγκας¹, Γεωργία Μίχα¹, Γκλόρια Ιζουντουεμόι¹, Λουίζα Τέφα¹, Ανδρομάχη Κόλλια², Μαρίνα Τζίμκα-Δόση¹, Ευαγγελία Σαμαρά¹, Αγάθη Καρακώστα¹, Πέτρος Τζίμας¹
1Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Σχολή επιστημών υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
2 Κλινική Ψυχιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η διαχείριση του πόνου κατά την περίοδο της λοχείας αποτελεί πρόκληση. Οι αλλαγές που υφίσταται το σώμα της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, οι οποίες διατηρούνται κατά τη λοχεία, συνιστούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση επώδυνων συνδρόμων. Η αντιμετώπιση του πόνου ενέχει προβλήματα λόγω των σχετιζόμενων με το θηλασμό περιορισμών. Συνεπώς, είναι εύλογο να υπάρχουν ερωτήσεις και προβληματισμοί σχετικά με την ενδεδειγμένη διαχείριση του πόνου σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η καταγραφή των συχνότερων αιτιών πόνου κατά τη διάρκεια της λοχείας και η σύνοψη των προτεινόμενων από τη βιβλιογραφία στρατηγικών διαχείρισης του πόνου στο ΤΕΠ.

Αποτελέσματα: Υπάρχουν λίγες μελέτες με ισχυρή τεκμηρίωση, καθώς ηθικοί και νομικοί περιορισμοί εμποδίζουν ή απαγορεύουν τη διεξαγωγή τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών – και κατά επέκταση αξιόπιστων συστηματικών ανασκοπήσεων και μετά-αναλύσεων – σε θηλάζουσες γυναίκες. Παρόλα αυτά, έχουν δημοσιευθεί συστάσεις από τα μέλη της ομάδας εργασίας της Ένωσης Αναισθησιολόγων της Μεγάλης Βρετανίας και της Ιρλανδίας, καθώς και κλινικά πρωτόκολλα της Ακαδημίας της Ιατρικής του Θηλασμού σχετικά με την αναλγησία κατά την περίοδο της γαλακτοφορίας.

Συμπέρασμα: Φαίνεται πως η κοινή στρατηγική διαχείρισης του πόνου, όπως αυτή διαμορφώνεται από την αναλγητική κλίμακα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι σχετικά ασφαλής. Δίνεται έμφαση στις μη-φαρμακευτικές τεχνικές, οι οποίες αποτελούν την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης. Σε ό,τι αφορά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση, αναφέρονται όλες οι συστάσεις και προειδοποιήσεις των εθνικών φορέων σχετικά με πιθανές επιπτώσεις στη μητέρα και το νεογνό, χωρίς όμως να απορρίπτεται η χρήση κάποιου συγκεκριμένου φαρμακευτικού παράγοντα. Οι επεμβατικές τεχνικές έχουν ισχυρή σύσταση, όπου υπάρχει ένδειξη, διότι μειώνουν τις ανάγκες για χορήγηση επιπλέον αναλγητικών. Τέλος, η ψυχολογική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική λόγω της θετικής επίδρασης της στη διαχείριση του πόνου, ο οποίος συνδέεται με την εμφάνιση αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης.

Βιβλιογραφία:

- 1 Mitchell J, et al. *Anaesthesia* 2020;75(11):1482-1493
- 2 Reece-Stremtan S, et al. *Breastfeed Med.* 2017;12(9):500-506
- 3 Martin E, et al. *Breastfeed Med.* 2018 Apr;13(3):164-171

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι: Μητέρα και Παιδί

ΕΑ07

Καταστολή για ακτινοθεραπεία στον παιδιατρικό ασθενή: η εμπειρία ενός κέντρου αναφοράς

Μαριάνθη Καραθάνου¹, Αικατερίνη Ντουζέπη², Χρήστος Βαϊόπουλος³, Άρτεμις Δένδη², Άρτεμις Βεκράκου²

¹ Ειδικευόμενη αναισθησιολογίας, ΓΝΑ ΚΑΤ

² Επιμελήτρια Α' Αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού»

³ Επιμελητής Β' Αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού»

Εισαγωγή: Οι παιδιατρικοί ασθενείς παρουσιάζουν συχνά αδυναμία συνεργασίας και η ολοκλήρωση των ακτινοθεραπειών χωρίς την χορήγηση καταστολής μπορεί να αποβεί ανέφικτη^{3,4}. Το Νοσοκομείο «Π & Α Κυριακού» διαθέτει το μοναδικό δημόσιο ακτινοθεραπευτικό τμήμα. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί μία αναδρομική ανάλυση των φαρμακευτικών συνδυασμών καθώς και των επιπλοκών που προέκυψαν κατά την χορήγηση καταστολής⁵.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συλλογή και αναδρομική ανάλυση όλων των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καταστολή τόσο για τον σχεδιασμό του πλάνου της ακτινοθεραπείας όσο και για τις συνεδρίες που ακολούθησαν κατά το έτος 2023. Πέραν των δημογραφικών στοιχείων, καταγράφηκαν τα ζωτικά σημεία κατά την καταστολή, τα κατασταλτικά και επιπλέον φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και οι επιπλοκές που εμφανίστηκαν κατά την καταστολή και ανάνηψη των ασθενών.

Αποτελέσματα: Συγκεντρώθηκαν φάκελοι 24 ασθενών, ηλικίας από 18 μηνών ως 11 ετών. Πραγματοποιήθηκαν 24 σχεδιασμοί θεραπειών και 530 συνεδρίες με μέση διάρκεια 28,6 λεπτά. Η καταστολή των ασθενών πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά με την χρήση ενδοφλέβιων παραγόντων και η αξιολόγηση του βάθους καταστολής με την κλίμακα Paediatric Analog Sedation Scale (PASS). Για την εισαγωγή στην καταστολή χρησιμοποιήθηκαν: μιδαζολάμη (38,62%), φεντανύλη (57,76%), δεξεμετομιδίνη (0,36%), κεταμίνη (3,97%) και προποφόλη (100%). Για διατήρηση καταστολής χορηγήθηκαν: προποφόλη (66,61%) και συνδυασμός προποφόλης και δεξεμετομιδίνης (33,39%).

Οι μέσες τιμές των ζωτικών σημείων ήταν για την καρδιακή συχνότητα 92,2bpm, τον κορεσμό 99% και την αναπνευστική συχνότητα 20,3.

Οι επιπλοκές που καταγράφηκαν ήταν: άπνοια κατά την εισαγωγή (3,97%), βραδυκαρδία (1,26%), επεισόδιο βήχα (0,9%), έκτακτες κολπικές συστολές (0,9%).

Συμπεράσματα: Η φαρμακευτική καταστολή σε παιδιατρικούς ασθενείς αποτελεί καθημερινή κλινική πράξη στο νοσοκομείο μας. Αποτελεί μια ασφαλή τεχνική, με χαμηλή συχνότητα επιπλοκών που δεν οδήγησαν σε συμβάματα αυξημένης βαρύτητας.

Βιβλιογραφία:

1 Hua, C.-H. et al. *Advances in radiotherapy technology for pediatric cancer patients and roles of medical physicists: COG and SIOP Europe perspectives*. *Pediatr. Blood Cancer* 68 Suppl 2, e28344 (2021).

2 McMullen, K. P., Hanson, T., Bratton, J. & Johnstone, P. A. S. *Parameters of anesthesia/sedation in children receiving radiotherapy*. *Radiat. Oncol. Lond. Engl.* 10, (2015).

3 Li, L. W., Chua, G. W., Wenjun, K. & Bong, C. L. *Anaesthesia for radiotherapy in paediatric oncology—a retrospective observational study in an Asian population*. *Chin. Clin. Oncol.* 10, 24–24 (2021).

4 *Sedation and anesthesia options for pediatric patients in the radiation oncology suite* - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20490268/>.

5 Cj, C. & S, W. *Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures*. *Pediatrics* 143, (2019).

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιοχική Αναισθησία - Αναλγησία

ΕΑ08

Περιφερικός νευρικός αποκλεισμός με μπλοκ λαγονοψωίτη σε περιφερειακό νοσοκομείο: ασθενής με πολύ υψηλό περιεγχειρητικό ρίσκο

Καραουλάνη Χ.¹, Γκελεβέ Γ.², Τριανταφυλλίδου Ε.³

1 Ειδικευόμενη Ιατρός Αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας, Φλώρινα, Ελλάδα

2 Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας, Φλώρινα, Ελλάδα

3 Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας, Φλώρινα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Ασθενής ηλικίας 66 χρονών προσέρχεται στο νοσοκομείο με διατροχαντήριο κατάγμα AP ισχίου. Ο ασθενής, είχε νοσηλευτεί πολλαπλές φορές στην ίδια κλινική λόγω παρουσία σπονδυλοδισκίτιδας θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας. Επιπλέον ο ασθενής παρουσιάζει ένα επιβαρυσμένο ατομικό ιστορικό με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, στεφανιαία νόσο 3 αγγείων, βαλβιδοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια και ΧΝΑ, καταστάσεις που τον κατατάσσουν ως υψηλού περιεγχειρητικού ρίσκου ασθενή, ASA IV.

Μέθοδοι: Έχοντας υπόψιν το ατομικό ιστορικό του ασθενούς καθώς και τις ανάγκες του χειρουργείου, η αναισθησία που επιλέχθηκε για το συγκεκριμένο χειρουργείο ήταν ο περιφερικός νευρικός αποκλεισμός και πιο συγκεκριμένα το block του λαγονοψωίτη μυ. Αφού αναγνωρίστηκαν τα ανατομικά στοιχεία και με τη βοήθεια νευροδιεγέρτη, η έγχυση έγινε με 30ml ropivacaine 0.75%.

Αποτελέσματα: Η χρήση του περιφερικού νευρικού αποκλεισμού του λαγονοψωίτη, μας έδωσε τη δυνατότητα να διαχειριστούμε επαρκώς ένα περιστατικό με επιβαρυσμένο ατομικό ιστορικό και αδυναμία δυνατότητας να εφαρμόσουμε ραχιαία αναισθησία, καθώς και οποιαδήποτε άλλης μορφής αναισθησίας. Με δεδομένο ότι δεν υπάρχει ΜΕΘ στο Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας οι επιλογές μας ήταν διακομιδή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο είτε αποκλειστική περιοχική αναισθησία, με τη χρήση μπλοκ. Το μπλοκ κρίθηκε επιτυχημένο και προχωρήσαμε στο χειρουργείο χωρίς αερομετρική ή αιμοδυναμική επιδείνωση, ενώ ο ασθενής παρέμεινε καθ'όλη τη διάρκεια του χειρουργείου σταθερός, χωρίς πόνο και ανάγκη συμπληρωματικής ενδοφλέβιας καταστολής. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή, χωρίς επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, λοιπόν, ο περιφερικός νευρικός αποκλεισμός λαγονοψωίτη, καθώς και το σύνολο των περιφερικών νευρικών αποκλεισμών παρέχουν παρατεταμένη μετεγχειρητική αναλγησία και μειωμένη χρήση επικουρικών αναλγητικών χωρίς κλινικές παρενέργειες, πρόνομια ιδιαίτερως σημαντικά σε ασθενείς με πολύ υψηλό περιεγχειρητικό ρίσκο. Η γνώση και η εφαρμογή των περιφερικών νευρικών αποκλεισμών είναι αποδεδειγμένα απαραίτητη και ενίοτε ζωτικής σημασίας όπως στην περίπτωση μας.

Βιβλιογραφία:

1. Rowlands M, Gv W, Bradley J, et al. Femoral nerve block intervention in neck of femur fracture (FINOF): a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018;8:e019650. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019650
2. Arce Villalobos M, Veneziano G, Iobst C, Miller R, Walch AG, Roth C, Argote-Romero G, Martin DP, Beltran RJ, Tobias JD. Regional anesthesia for pain management after orthopedic procedures for treatment of lower extremity length discrepancy. *J Pain Res*. 2020;13:547-552. doi: 10.2147/JPR.S233617
3. Dong J., Zhang Y., Chen X., Ni W., Yan H., Liu Y., et al. (2021). Ultrasound-guided anterior iliopsoas muscle space block versus posterior lumbar plexus block in hip surgery in the elderly: a randomised controlled trial. *Eur. J. Anaesthesiol*. 38, 366-373. doi: 10.1097/EJA.0000000000001452

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιοχική Αναισθησία - Αναλγησία

ΕΑ09

Αξιολόγηση της επίδρασης της iv χορήγησης Dexmedetomidine στα χαρακτηριστικά του κεντρικού νευραξονικού αποκλεισμού σε υπερήλικες ασθενείς, που υποβάλλονται σε επεμβάσεις αποκατάστασης υποκεφαλικού κατάγματος ισχίου υπό υπαραχνοειδή αναισθησία

Ελένη Κάσου¹, Ολυμπία Δαμουλιάνου¹, Μάριος Καραπάσης¹, Χαράλαμπος Τζανιδάκης¹, Ελισάβετ Γερωμαρκάκη¹, Δημήτριος Μανουκάκης¹, Εμμανουήλ Χανιωτάκης¹, Ελένη Μόκα², **Μαρία Μανωλαράκη¹**

1 Αναισθησιολογικό τμήμα, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, Ηράκλειο, Κρήτη

2 Αναισθησιολογικό Τμήμα, Crete Interclinic Hospital – Hellenic Healthcare Group (HHG), Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή: Η Dexmedetomidine, εκτός από τη χρήση της στη γενική αναισθησία για μείωση των αναγκών σε οπιοειδή και υπνωγωγά σκευάσματα, χρησιμοποιείται επίσης για καταστολή, καθώς και ως επικουρικό αναλγητικό στην περιοχική αναισθησία (υπαραχνοειδώς, επισκληριδίως, περιφερικοί αποκλεισμοί νεύρων).

Μέθοδος: Στην παρούσα τυχαιοποιημένη προοπτική συγκριτική μελέτη έλαβαν μέρος 80 ασθενείς (38 γυναίκες, 42 άνδρες), ASA I-III, ηλικίας 80-97 ετών, που υποβλήθηκαν σε επέμβαση αποκατάστασης υποκεφαλικού κατάγματος ισχίου υπό υπαραχνοειδή αναισθησία (χορήγηση Levobupivacaine 10 mg + Fentanyl 20 µg). Οι ασθενείς μετά την εγκατάσταση του αποκλεισμού χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ισάριθμες ομάδες D και N. Η ομάδα D ελάμβανε Dexmedetomidine 0.3 µg/Kg iv σε 10 min και ακολούθησε έγχυση 0.3-0.5µg/Kg/h έως την επίτευξη μέτριας καταστολής, ενώ η ομάδα N αποτελούσε την ομάδα ελέγχου (δεν ελάμβανε καταστολή). Στόχοι της μελέτης ήταν η καταγραφή των ακόλουθων παραμέτρων: (α) ταχύτητα εγκατάστασης του αποκλεισμού, (β) διάρκεια και αποδρομή του κινητικού και αισθητικού αποκλεισμού, (γ) ανάγκες MTX αναλγησίας τα δύο πρώτα 24ωρα, (δ) χρόνος αναζήτησης αναλγησίας για πρώτη φορά μετά το πέρας της επέμβασης.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην ταχύτητα εγκατάστασης και στο ύψος του αισθητικού αποκλεισμού στις δυο ομάδες. Στην ομάδα D, σε σύγκριση με την ομάδα N παρατηρήθηκε σημαντική παράταση στη διάρκεια του κινητικού αποκλεισμού (4.13 ± 15.55 vs 2.42 ± 17.35 h±min, $p < 0.05$), στην αποδρομή του αισθητικού αποκλεισμού κατά 2 δερμοτόμια (4.54 ± 39.21 vs 2.98 ± 30.21 h±min, $p < 0.05$), στην αναζήτηση MTX αναλγησίας για πρώτη φορά (19.8 ± 2.76 vs 4.16 ± 1 h±min, $p < 0.05$), καθώς και σημαντικά μικρότερες απαιτήσεις MTX αναλγησίας τόσο στο πρώτο όσο και στο δεύτερο 24ωρο MTX. Η αποδρομή του αισθητικού αποκλεισμού κατά 2 δερμοτόμια καθώς και η αναζήτηση MTX αναλγησίας για πρώτη φορά ήταν σημαντικά παρατεταμένη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και στις 2 ομάδες.

Συμπεράσματα: Η διεγχειρητική iv χορήγηση Dexmedetomidine, σε συνδυασμό με υπαραχνοειδή αναισθησία, παρατείνει σημαντικά τη διάρκεια κινητικού και αισθητικού αποκλεισμού, την αναζήτηση αναλγησίας για πρώτη φορά MTX και μειώνει σημαντικά τις ανάγκες MTX αναλγησίας των ασθενών τις πρώτες 48 ώρες μετά το πέρας της επέμβασης.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιοχική Αναισθησία - Αναλγησία

ΕΑ10

Πολυπαραγοντική αναισθησιολογική τεχνική συνδυασμού θωρακικής τμηματικής επισκληρίδιου και ενσυνείδητης καταστολής: παρουσίαση περιστατικού

Γιάγκος Καράβης, Κασσιανή Θεοδωράκη
*Α Αναισθησιολογική Κλινική Αρεταιείου Νοσοκομείου
 Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με καρδιαγγειακές και αναπνευστικές συννοσηρότητες αποτελούν πρόκληση για τους αναισθησιολόγους, καθώς η γενική αναισθησία μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές. Σε αυτούς τους ασθενείς, ο συνδυασμός αναισθητικών τεχνικών με στόχο την αποφυγή της γενικής αναισθησίας θεωρείται το βέλτιστο περιεγχειρητικό σχέδιο. Σε αυτό το πλαίσιο και στην εποχή της επιδημίας των οπιοειδών, οι τεχνικές περιοχικής αναισθησίας-αναλγησίας σε συνδυασμό με μεθόδους καταστολής μπορεί να είναι η καλύτερη αναισθησιολογική προσέγγιση.

Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε περιστατικό 64χρονης ασθενούς προγραμματισμένης για ριζική κοιλιακή υστερεκτομή και εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή λόγω καρκίνου. Εξαιτίας αναπνευστικών, καρδιαγγειακών συννοσηροτήτων και παρουσίας επίμονου βήχα μακράς διάρκειας και του γεγονότος ότι η χειρουργική επέμβαση θα πραγματοποιείτο με κάθετη μέση τομή, αποφασίσαμε συνδυασμό τμηματικής επισκληρίδιου αναισθησίας και καταστολής, αποφεύγοντας έτσι τη γενική αναισθησία, ενώ ταυτόχρονα διασφαλίζαμε την άνεση και την ασφάλεια της ασθενούς. Εκτελέστηκε τμηματική θωρακική επισκληρίδια, η οποία εξασφάλισε επίπεδο αποκλεισμού έως το T4 νευροτόμιο, χορηγήθηκαν επισκληρίδιως ροπιβακαΐνη και σουφεντανίλη, ενώ πριν την έναρξη της επέμβασης χορηγήθηκαν 0,1 mcg/kg δεξμεδετομιδίνη, 0,1 mg/kg κεταμίνη και 1 mg/kg λιδοκαΐνη ενδοφλεβίως. Ακολούθησε συνεχής έγχυση μείγματος δεξμεδετομιδίνης 0,1 mcg/kg/h, κεταμίνης 0,1 mg/kg/h και λιδοκαΐνης 1 mg/kg/h καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, η ασθενής ήταν ήρεμη, διατηρούσε αυτόματη αναπνοή και ήταν εντελώς ελεύθερη πόνου ακόμη και κατά τη διάταση του περιτοναίου και εντερικών χειρισμών. Η χειρουργική διαδικασία ολοκληρώθηκε χωρίς επιπλοκές και η αναλγησία συνεχίστηκε μέσω αντλίας PCEA μετεγχειρητικά. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη και η ασθενής έλαβε εξιτήριο μέσα σε λίγες ημέρες.

Συμπέρασμα: Σε αυτό το περιστατικό, συνδυάσαμε την τμηματική επισκληρίδιο αναισθησία με καταστολή μέσω ενός μείγματος δεξμεδετομιδίνης, κεταμίνης και λιδοκαΐνης που έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι στιγμής μόνο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία σε πρωτόκολλα μείωσης της χρήσης οπιοειδών. Αυτή η αναφορά αναδεικνύει τη σημασία των πολυπαραγοντικών προσεγγίσεων σε απαιτητικές επεμβάσεις σε ασθενείς με συννοσηρότητες.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιφερική Αναισθησία - Αναλγησία

EA11

Αναλγησία για την τοποθέτηση ασθενών με κάταγμα ισχίου για Υπαραχνοειδή Αναισθησία: Περιφερικός αποκλεισμός μηριαίου νεύρου vs ενδοφλέβια χορήγηση φεντανύλης

Στυλιανή Βελλή¹, Μαρία-Ελένη Ματάλα¹, Αλίκη-Δανάη Σουλειμάνη¹, Σταματία Ταραντίλη¹, Ιωάννα Βίλα¹, Αθηνά Κολοτούρα¹, Γεώργιος-Ιάσων Οικονόμου²
1Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ», Ελευσίνα
2Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Ε «ΘΡΙΑΣΙΟ», Ελευσίνα

Εισαγωγή: Τα κατάγματα ισχίου αποτελούν την πρώτη αιτία προσέλευσης στο χειρουργείο στους ηλικιωμένους με 15.000-20.000 επεμβάσεις να διενεργούνται ετησίως στην Ελλάδα. Χαρακτηρίζονται από έντονο πόνο ο οποίος επιδεινώνεται σε κάθε κίνηση, ενώ συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της μελέτης μας είναι η σύγκριση της αναλγητικής επίδρασης του αποκλεισμού του μηριαίου νεύρου (Femoral Nerve Block, FNB) με την ενδοφλέβια (IV) χορήγηση φαιντανύλης κατά την τοποθέτηση του ασθενούς με κάταγμα ισχίου για διενέργεια Υπαραχνοειδούς Αναισθησίας (ΥΑ).

Μέθοδοι: Συμμετείχαν 170 ασθενείς, ASA I-III, ηλικίας 65-100 ετών που υποβλήθηκαν σε επέμβαση αποκατάστασης κατάγματος ισχίου. Αποκλείστηκαν από την μελέτη ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια, διαταραχές πήξης, αλλεργία στα T.A. και ενεργείς συστηματικές ή τοπικές λοιμώξεις. Έγινε τυχαιοποίηση σε δύο ομάδες, την ομάδα που έγινε αποκλεισμός του μηριαίου νεύρου (FNB) και την ομάδα που έλαβε ενδοφλέβια φεντανύλη. Δεκαπέντε λεπτά πριν από την διενέργεια της ΥΑ, οι ασθενείς της ομάδας FNB έλαβαν με την καθοδήγηση νευροδιέγερσης, 20ml ροπιβακαΐνης 0,5% και οι ασθενείς της ομάδας της φεντανύλης έλαβαν μια δόση ενδοφλέβιας φαιντανύλης 0,5 μg/kg. Αξιολογήθηκαν οι αριθμητικές βαθμολογίες του πόνου (Numeric rating pain scale, NRS) πριν από την διενέργεια ΥΑ, η ανάγκη για επιπλέον χορήγηση αναλγησίας καθώς και ο αριθμός των προσπαθειών ΥΑ.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα FNB οι βαθμολογίες ήταν σημαντικά μικρότερες, δεν χρειάστηκε χορήγηση συμπληρωματικής αναλγησίας ενώ η διενέργεια ΥΑ μόνο σε τρεις ασθενείς έγινε μετά από βελτιστοποίηση της θέσης τους (μέγιστος αριθμός προσπαθειών, δύο) σε αντίθεση με την ομάδα της φεντανύλης που χρειάστηκε χορήγηση συμπληρωματικής αναλγησίας ενώ η διενέργεια ΥΑ μόνο σε πενήντα ασθενείς έγινε με την πρώτη προσπάθεια.

Συμπέρασμα: Η διενέργεια του FNB σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση αποκατάστασης κατάγματος ισχίου παρέχει επαρκή αναλγησία για την τοποθέτηση του ασθενούς προς ΥΑ χωρίς να υπάρχει ο κίνδυνος των παρενεργειών από την χορήγηση φεντανύλης.

Βιβλιογραφία:

1. *Ultrasound-guided femoral nerve block and intravenous fentanyl in pain management of the patients with hip fracture: a prospective, randomized, single blinded clinical trial*
Masoud Mayel, ¹ Mahdi Foroughian, ¹ Nasim Zamani, ², ³ Nazanin Shahabinejad, ⁴ and Hossein Hassanian-Moghaddam ^{2, 3} *Acute Med Surg* 2022 Jan-Dec; 9(1): e804.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιοχική Αναισθησία - Αναλγησία

EA12

Χορήγηση ναλμπουφίνης για την αντιμετώπιση κνησμού μετά από επισκληρίδια χορήγηση μορφίνης

Πάρης Τσενικλίδης, Αγάθη Καρακώστα, Ειρήνη Παπαδοπούλου, Αθανασία-Φαίδρα Κάτσιου, Μαριάννα Σκολαρίκη, Ευαγγελία Σαμαρά, Γεωργία Μίχα, Πέτρος Τζίμας
Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Σχολή επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Τα οπιοειδή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, ωστόσο η χρήση τους συνοδεύεται από αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες. Μία από τις πιο συχνές είναι ο κνησμός, που εμφανίζει μεγαλύτερη επίπτωση μετά από νευραξονική χορήγηση οπιοειδών. Η ναλμπουφίνη, ως μεικτός αγωνιστής – ανταγωνιστής των υποδοχέων των οπιοειδών, φαίνεται πως είναι πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού κνησμού από οπιοειδή. Παρακάτω παρουσιάζεται μία περίπτωση εμφάνιση μετεγχειρητικού κνησμού από επισκληρίδια χορήγηση μορφίνης που αντιμετωπίστηκε με χορήγηση ναλμπουφίνης.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής, 49 ετών, υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης ηπατικών κύστεων εχινόκκκου. Για την διεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση του πόνου τοποθετήθηκε επισκληρίδιος καθετήρας. Για την μετεγχειρητική αναλγησία τοποθετήθηκε αντλία συνεχούς επισκληριδίου έγχυσης ροπιβακαΐνης 0,2mg/ml με 5ml/h και μορφίνης 0,125mg/h. Την πρώτη μετεγχειρητική μέρα ο ασθενής διαμαρτυρήθηκε για κνησμό σε όλο το σώμα. Χορηγήθηκε 1mg iv ναλμπουφίνης και ο κνησμός υποχώρησε για περίπου έξι ώρες. Το ίδιο επαναλήφθηκε και την δεύτερη μετεγχειρητική μέρα. Την τρίτη μετεγχειρητική μέρα ο επισκληρίδιος καθετήρας αφαιρέθηκε.

Συζήτηση: Η εμφάνιση μετεγχειρητικού κνησμού είναι από τις πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της νευραξονικής χορήγησης οπιοειδών. Για την πρόκλησή του ενοχοποιούνται αρκετοί μηχανισμοί που περιλαμβάνουν την δράση πολλών διαφορετικών υποδοχέων και μοριακών οδών. Η ναλμπουφίνη, λόγω της ανταγωνιστικής δράσης που έχει στον μ-υποδοχέα των οπιοειδών, έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική στην αντιμετώπισή του, την στιγμή που η αγωνιστική της δράση στον κ-υποδοχέα δεν επηρεάζει το αναλγητικό αποτέλεσμα. Μελέτες έχουν δείξει πως η προφυλακτική της χορήγηση κατά τον νευραξονικό αποκλεισμό οδηγεί σε μείωση της επίπτωσης του κνησμού μετεγχειρητικά, σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου. Επιπλέον, έχει συγκριθεί και με άλλα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση του κνησμού, με τις μελέτες να δείχνουν πως η ναλμπουφίνη είναι πιο αποτελεσματική στην υποχώρηση των συμπτωμάτων. Ωστόσο, αυτή η χρήση της δεν είναι πολύ διαδεδομένη μεταξύ των ειδικών.

Συμπέρασμα: Ο κνησμός είναι από τις πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών όταν χορηγούνται νευραξονικά. Η ναλμπουφίνη είναι πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπισή του, διατηρώντας παράλληλα το αναλγητικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, περισσότερες μελέτες χρειάζονται για να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα για την χρήση της.

Βιβλιογραφία:

1. Tubog TD et al. AANA J. 2019;87(3):222-230
2. Ibrahim AS et al. Minerva Anesthesiol. 2019;85(3):255-262

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιοχική Αναισθησία - Αναλγησία

ΕΑ13

Μασχαλιαίος αποκλεισμός του βραχιονίου πλέγματος ως αποκλειστική μέθοδος χειρουργικής αναισθησίας για ακρωτηριασμό άνω άκρου σε ασθενή με πολλαπλές συνοσηρότητες

Γιολάντα Ζευγαρίδου, Φρειδερίκη Σηφάκη, Ποζιντάρια Τσιαντζή, Δημήτριος Σφυάκης, Πολυξένη Ζωγραφίδου, Ελένη Κοράκη
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί (ΠΝΑ) χρησιμοποιούνται ευρέως τόσο για χειρουργική αναισθησία όσο και για μετεγχειρητική ή μη χειρουργική αναλγησία. Οι ΠΝΑ προσφέρουν σημαντικά οφέλη σε σχέση με τη γενική και τη νευραξονική αναισθησία, όταν αυτές ενδέχεται να επιφέρουν σημαντικές επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.

Σκοπός: Η προτροπή των αναισθησιολόγων για τη χρήση περιφερικών νευρικών αποκλεισμών, ως αποκλειστική αναισθησιολογική τεχνική, σε περιστατικά που άλλες μέθοδοι αναισθησίας κρίνονται πιο επισφαλείς.

Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 73 ετών (ASA IV), προσήλθε στο χειρουργείο για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση ακρωτηριασμού αριστερού άνω άκρου, κάτωθεν του αγκώνα, λόγω γάγγραινας. Από το ατομικό του ιστορικό παρουσίαζε καρκίνο στον πνεύμονα, έφερε καρδιακό βηματοδότη, ήταν μονόνεφρος, ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή για αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, υπερουριχαιμία και κολπική μαρμαρυγή. Από το χειρουργικό ιστορικό, είχε υποβληθεί σε τρεις χειρουργικές επεμβάσεις στο πάσχον άκρο, με νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. προ τριμήνου. Από τον καρδιολογικό έλεγχο αναδείχθηκε EF=53% και στένωση μιτροειδούς βαλβίδας. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί ο ακρωτηριασμός του άνω άκρου χωρίς επιπρόσθετη επιβάρυνση των συστημάτων του ασθενούς και χωρίς ανάγκη νοσηλείας του στη Μ.Ε.Θ. μετεγχειρητικά, στον ασθενή πραγματοποιήθηκε μασχαλιαίος αποκλεισμός του βραχιονίου πλέγματος με Ropivacaine 0.5% (15ml). Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός καθόλη την περιεγχειρητική περίοδο. Μετά τη λήξη της χειρουργικής επέμβασης, ο ασθενής παρέμεινε 30 λεπτά στον χώρο της μεταναισθητικής φροντίδας και έπειτα οδηγήθηκε στην Αγγειοχειρουργική Κλινική χωρίς να καταγραφούν επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Οι ΠΝΑ αποτελούν πολύτιμη εναλλακτική λύση, τόσο ως μέθοδοι χειρουργικής αναισθησίας αλλά και ως μέθοδοι περιεγχειρητικής αναλγησίας στα πλαίσια ενός πολυδύναμου πλάνου, σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, προκειμένου να μειωθεί η περιεγχειρητική θνητότητα και θνησιμότητα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιοχική Αναισθησία - Αναλγησία

ΕΑ14

Χαμηλής δόσης περιοχική αναισθησία επείγοντος χειρουργείου σε υπερήλικα ασθενή

Ανδρονίκη Παπαδοπούλου, Μηνάς Μητσόπουλος, Μαρία Καμηλάκη,
Πηνελόπη Παπαγιαννοπούλου, Αρχοντία Βαξεβανίδου
Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΘ «Γ.Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η χορήγηση περιοχικής αναισθησίας σε υπερήλικες ασθενείς αποτελεί πρόκληση για τον αναισθησιολόγο.

Μέθοδοι: Η παρούσα εργασία αποτελεί παρουσίαση κλινικού περιστατικού υπερήλικα ασθενούς που υποβλήθηκε σε επείγον χειρουργείο με χορήγηση χαμηλής δόσης περιοχικής αναισθησίας. Ακόμα, έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με τη χρήση της σε αντίστοιχες περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: Ασθενής 90 ετών εισήχθη επείγοντως στο χειρουργείο λόγω κατάγματος ισχίου. Από το ατομικό ιστορικό ο ασθενής είχε αρκετές συννοσηρότητες, όπως αμυλοείδωση, καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαρυγή, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και σιδηροπενική αναιμία, για τις οποίες λάμβανε χρόνια φαρμακευτική αγωγή, καθώς επίσης και πρόσφατα διαγνωσθέντα σοβαρό υποθυρεοειδισμό. Το σχέδιο αναισθησίας για την επείγουσα χειρουργική επέμβαση περιείχε 7 mg λεβοβουπιβακαΐνης για υπαρραχνοειδή έγχυση. Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός κατά τη διάρκεια της επέμβασης καθώς και στην μετεγχειρητική περίοδο και έλαβε εξιτήριο την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπέρασμα: Η περιοχική αναισθησία χαμηλής δόσης ήταν επιτυχής δείχνοντας εξαιρετικά αποτελέσματα όσον αφορά τον κινητικό και αισθητικό αποκλεισμό, καθώς και την καρδιαγγειακή και αναπνευστική σταθερότητα του ασθενούς. Η περιοχική αναισθησία χαμηλής δόσης παραμένει μια επωφελής επιλογή για τη διαχείριση των υπερήλικων ασθενών με πληθώρα συννοσηροτήτων.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιοχική Αναισθησία - Αναλγησία

EA15

Πρόσθετα κατά τη διεξαγωγή περιφερικών νευρικών αποκλεισμών: σύγκριση δεξαμεθαζόνης και δεξμεδετομιδίνης

Ζαπάντης-Γάκης Χρήστος, Ζαρογιάννη Θεοδώρα, Καραβίδα Αναστασία, Γρηγοριάδου Χάρης, Ιωαννίδης Ραφαήλ
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Εισαγωγή: Η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου παραμένει μέχρι και σήμερα σοβαρή πρόκληση για τους αναισθησιολόγους. Τη συστηματική χορήγηση οπιοειδών ήρθε να ενισχύσει η χρήση των περιφερικών νευρικών αποκλεισμών, και η χορήγηση πρόσθετων, με σκοπό την αύξηση του χρόνου δράσης της αναλγησίας. Το ενδιαφέρον της σημερινής βιβλιογραφίας στρέφεται προς δύο συγκεκριμένα φάρμακα, τα οποία έχουν τη δυναμική ενός αποτελεσματικού πρόσθετου· στη δεξαμεθαζόνη και στη δεξμεδετομιδίνη.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στη βάση δεδομένων PubMed (MEDLINE) κι επιλέχθηκαν πρόσφατες μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της δεξαμεθαζόνης και της δεξμεδετομιδίνης ως πρόσθετα σε περιφερικούς νευρικούς αποκλεισμούς.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των μελετών έδειξε πως η δεξαμεθαζόνη υπερέρχει της δεξμεδετομιδίνης, σε περιφερικούς νευρικούς αποκλεισμούς άνω άκρου, όσον αφορά την αύξηση του χρόνου μετεγχειρητικής αναλγησίας. Ειδικότερα, η χορήγηση δεξαμεθαζόνης ενδοφλεβίως ή περινεύρια αυξάνει τη διάρκεια του αισθητικού αποκλεισμού κατά 477 και 411 λεπτά αντιστοίχως ενώ η χορήγηση δεξμεδετομιδίνης περινεύρια κατά 283 λεπτά, συγκρινόμενα με τη χορήγηση μόνο τοπικού αναισθητικού. Η περινεύρια δεξμεδετομιδίνη υπερέρχει στον χρόνο έναρξης δράσης του αποκλεισμού, τον οποίο μειώνει, αισθητικά από 20 σε 11 λεπτά και κινητικά από 21 σε 13.

Συμπέρασμα: Η δεξαμεθαζόνη έχει αναδειχθεί μέσα στο πέρασμα των ετών ως ένα πολύ αποτελεσματικό φάρμακο στην επιμήκυνση του χρόνου αναλγησίας, χωρίς ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες παρέχοντας επίσης το πλεονέκτημα της ενδοφλέβιας χορήγησης χωρίς μείωση του αναλγητικού αποτελέσματος. Η δεξμεδετομιδίνη, από την άλλη πλευρά, αποδεικνύει την αξία της, κυρίως στην περινεύρια χορήγησή της, όπου μειώνει σημαντικά τον χρόνο έναρξης του νευρικού αποκλεισμού. Είναι σημαντικό, ωστόσο, να ληφθούν υπόψη κατά τη χορήγησή της τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες που θα μπορούσε να προκαλέσει, όπως βραδυκαρδία, υπόταση και καταστολή, κυρίως σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Περαιτέρω έρευνα από εδώ και στο εξής θα μπορούσε να στραφεί στη συνέργεια αυτών των δύο ουσιών, με ενδοφλέβια χορήγηση δεξαμεθαζόνης και περινεύρια χορήγηση δεξμεδετομιδίνης.

Βιβλιογραφία:

1. Albrecht, E., Capel, D., Rossel, J. B., Wolmarans, M. R., Godenèche, A., De Paulis, D., & Cabaton, J. (2022). A randomised controlled trial of intravenous dexmedetomidine added to dexamethasone for arthroscopic rotator cuff repair and duration of interscalene block. *Anaesthesia*, 78(3), 315–319.
2. Xiong, C., Han, C., Zhao, D., Tang, Z., Zhang, Y., & Wang, J. (2021). Comparing the effects of dexmedetomidine and dexamethasone as perineural adjuvants on peripheral nerve block. *Medicine*, 100(34).

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιοχική Αναισθησία - Αναλγησία

EA16

Η χρήση της δεξμεδετομιδίνης σε κεντρικούς νευρικούς αποκλεισμούς: Σύγχρονη βιβλιογραφία

Ζαπάντης-Γάκης Χρήστος, Ζαρογιάννη Θεοδώρα, Λιουτά Ελένη, Γρηγοριάδου Χάρης, Ιωαννίδης Ραφαήλ
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Εισαγωγή: Η σύγχρονη έρευνα γύρω από τη δεξμεδετομιδίνη στρέφεται, πλέον, στη χρήση της ως πρόσθετο σε νευρικούς αποκλεισμούς, καθώς μπορεί όχι μόνο να αυξήσει τη διάρκεια δράσης του τοπικού αναισθητικού αλλά και να μειώσει τη θεραπευτική του δόση. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συλλογή των πιο πρόσφατων δεδομένων σχετικά με τη χρήση της δεξμεδετομιδίνης σε κεντρικούς νευρικούς αποκλεισμούς, τόσο υπαραχνοειδώς όσο κι επισκληριδίως.

Μέθοδοι: Για την παρούσα μελέτη αναζητήθηκαν μελέτες, μετά το 2020, στις βάσεις δεδομένων PubMed (MEDLINE) και Cochrane Library. Χρησιμοποιήθηκαν συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές σχετικά με την αποτελεσματικότητα της δεξμεδετομιδίνης σε ραχιαία κι επισκληριδίου αναισθησία-αναλγησία.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με μία μετα-ανάλυση, χορήγηση 5 μg δεξμεδετομιδίνης υπαραχνοειδώς αυξάνει τον αισθητικό αποκλεισμό κατά 134.42 min (95% CI, 109.71e159.13; $P < 0.001$; $I^2 = 99.3\%$) και τον κινητικό αποκλεισμό κατά 114.27 min (95% CI, 93.18e135.35 min; $P < 0.001$; $I^2 = 98.6\%$). Αντίθετα ο χρόνος έναρξης του αποκλεισμού μειώνεται, αισθητικά -0.80 min (95% CI, -1.21 to -0.40 min; $P < 0.001$; $I^2 = 96.9\%$) και κινητικά -1.03 min (95% CI, -1.51 to -0.56 min; $P < 0.001$; $I^2 = 93.6\%$). Η διάρκεια της αναλγησίας αυξάνεται κατά 216.90 min (95% CI, 178.90e254.90 min; $P < 0.001$; $I^2 = 99.0\%$). Όλα τα παραπάνω συγκρίθηκαν με φυσιολογικό ορό. Όσον αφορά στην επισκληριδίου αναισθησία, η δεξμεδετομιδίνη είχε χαμηλότερο (visual analog scale) VAS score συγκριτικά με τη φεντανύλη 4–8 h (mean difference [MD]: 0.61, 95% CI [0.45, 0.76], $P < 0.001$, $I^2 = 0\%$), 12 h (MD: 0.85, 95% CI [0.61, 1.09], $P < 0.001$, $I^2 = 0\%$).

Συμπέρασμα: Παρά τη σημαντική ετερογένεια των αποτελεσμάτων, παρατηρείται πως η δεξμεδετομιδίνη επιμηκύνει σημαντικά τη διάρκεια τόσο του αισθητικού όσο και του κινητικού αποκλεισμού, μειώνοντας παράλληλα το χρόνο έναρξης ενός αποκλεισμού. Ακόμη, βρέθηκε πως η δεξμεδετομιδίνη δρα προστατευτικά έναντι στην επίπτωση του μετεγχειρητικού τρόμου.

Βιβλιογραφία:

1. Kumar S, Choudhury B, Varikasuvu SR, Singh H, Kumar S, Lahon J, Saikia D. A Systematic Review and Meta-analysis of Efficacy and Safety of Dexmedetomidine Combined With Intrathecal Bupivacaine Compared to Placebo. *Cureus*. 2022 Dec 12;14(12):e32425.
2. Liu, S., Zhao, P., Cui, Y., Lu, C., Ji, M., Liu, W., Jiang, W., Zhu, Z., & Sun, Q. (2020). Effect of 5-μg dose of dexmedetomidine in combination with intrathecal bupivacaine on Spinal Anesthesia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Therapeutics*, 42(4). <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.02.009>

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιοχική Αναισθησία - Αναλγησία

EA17

Ερωτηματολόγιο της ESRA Hellas σε σχέση με την εκπαίδευση στην περιοχική αναισθησία

Κρυσταλλία Βιτούλα¹, Μαρία Τιλελή¹, Φραγκίσκος Φραντζής², Εμμανουήλ Γκλιάντης¹, Φανή Αλευρογιάννη¹, Αλέξανδρος Μακρής¹, Μεταξία Μπαρέκα¹, Κασσιανή Θεοδωράκη¹, Ελένη Μόκα¹, Ευμορφία Σταυροπούλου¹

1. Μέλος ΔΣ ESRA HELLAS

2. Ειδικευόμενος αναισθησιολογίας ΓΝΑ Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Ο τομέας της τοποπεριοχικής αναισθησίας εξελίσσεται ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Ολοένα και περισσότερες επεμβάσεις διενεργούνται με τη χρήση των κεντρικών και περιφερικών αποκλεισμών. Η συνεχής εκπαίδευση των ειδικευόμενων αναισθησιολογίας σε αυτόν τον τομέα είναι καίριας σημασίας.

Υλικό-Μέθοδος: Το καλοκαίρι του 2023 διαμορφώθηκε ένα ερωτηματολόγιο από την ESRA Hellas που απευθυνόταν σε ειδικευόμενους αναισθησιολογίας των δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων και πανεπιστημιακών νοσοκομείων όλης της επικράτειας, ανεξαρτήτως έτους εκπαίδευσης.

Το ερωτηματολόγιο αφορούσε στην εμπειρία των ειδικευόμενων στους κεντρικούς και περιφερικούς αποκλεισμούς, αλλά και στην προσωπική τους άποψη για το επίπεδο εκπαίδευσης στην περιοχική αναισθησία. Συνολικά, 104 ειδικευόμενοι απάντησαν το ερωτηματολόγιο και πιο συγκεκριμένα 29 πρωτοετείς, 25 δευτεροετείς, 24 τριτοετείς και 26 ειδικευόμενοι που διένυαν το τέταρτο και πέμπτο έτος της ειδικότητας.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα ανέδειξαν επαρκή εξοικείωση των ειδικευόμενων με την τεχνική της υπαρχονοειδούς αναισθησίας, τη διαχείριση των διεγχειρητικών επιπλοκών (πχ υπόταση, βραδυκαρδία, υψηλή ραχιαία αναισθησία), την αξιολόγηση ενός επιτυχούς αποκλεισμού ή μη. Όσον αφορά τα τοπικά αναισθητικά το 54,5% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν είναι εξοικειωμένο με τη χρήση διαφορετικών τοπικών αναισθητικών ενώ το 63,5% με τη χρήση των υπέρβαρων διαλυμάτων. Τα 2/3 περίπου απάντησαν ότι είναι εξοικειωμένοι με την προεγχειρητική διακοπή των NOACs όπως και με τη διάγνωση του επισκληρίδιου αιματώματος. Εν αντιθέσει το 93% φάνηκε ότι δεν έχει αποκτήσει εμπειρία στην αντιμετώπιση του επισκληρίδιου αιματώματος στο νοσοκομείο που εργάζεται. Όσον αφορά στην εμπειρία οσφυϊκής επισκληρίδιου το 50% των 4ετών και 5ετών έχει διενεργήσει λιγότερες από 50 επισκληρίδιες αναισθησίες κατά προσέγγιση, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία αυτών έχει διενεργήσει λιγότερες από 40 θωρακικές επισκληρίδιους. Όσον αφορά στους βασικούς περιφερικούς αποκλεισμούς ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 1/3 των ερωτηθέντων έχει μεγάλη εμπειρία στο μασχαλιαίο αποκλεισμό, ενώ το 18,27% δεν έχει καμία εμπειρία. Όσον αφορά το μηριαίο αποκλεισμό το 28% αναφέρει μεγάλη εμπειρία ενώ το 44% έχει μικρή ή καμία εμπειρία. Όσον αφορά τον αποκλεισμό του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (TAP block) το 67% αναφέρει μικρή ή καμία εμπειρία.

Συμπέρασμα: Η ελληνική αναισθησιολογική κοινότητα έχει κάνει βήματα στην εκπαίδευση στην περιοχική αναισθησία. Από παλαιότερη μελέτη(2) αναδεικνύεται η καθοριστική συμβολή των σεμιναρίων της ESRA Hellas προς αυτή την κατεύθυνση. Ωστόσο από τη θεωρητική κατάρτιση και πρακτική άσκηση των σεμιναρίων μέχρι την εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πρακτική υπάρχει ένα κενό το οποίο πρέπει να καλυφθεί με συνεχή προσπάθεια.

Βιβλιογραφία:

1) Konijn, Arjan; Aldecoa, Cesar; Benhamou, Dan; Frkovic, Vedran; Kessler, Pau; Marhofer, Peter. *Regional anaesthesia practices: insights from a European survey. European Journal of Anaesthesiology and Intensive Care* 2(4):p e0026, August 2023.

2) Theodoraki K, Moka E, Makris A, Stavropoulou E. *On Behalf of Esra Hellas Working Group A survey of regional anesthesia use in Greece and the impact of a structured regional anesthesia course on regional techniques knowledge and practice. J Clin Med* 2021; 10:4814

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Περιφερική Αναισθησία - Αναλγησία

EA18

Παραπληγία μετά από ραχιαία αναισθησία: Παρουσίαση περιστατικού

Δημήτριος Φωτίου, **Δήμητρα Παπάζογλου**, Κατερίνα Πασσιάτα, Γεώργιος Κοτσόβολης
Αναισθησιολογικό Τμήμα, 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Παρόλο που η παρουσία νευρολογικών συμπτωμάτων μετά από περιφερική αναισθησία αποτελεί πρωτίστως αναισθησιολογική επιπλοκή, κατά τη διαφορική διάγνωση δε θα πρέπει να αγνοούνται άλλες- ακόμα και απειλητικές για τη ζωή- αιτίες.

Μέθοδοι: Μελέτη Περιστατικού

Αποτελέσματα: Άνδρας 73 ετών, ASA 3, υποβλήθηκε σε χειρουργική διερεύνηση περιεδρικού συριγγίου υπό ραχιαία αναισθησία ως εξωτερικός ασθενής. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται καρδιακή ανεπάρκεια, ΧΑΠ, ΑΕΕ χωρίς νευρολογικό έλλειμμα, και κολπική μαρμαρυγή υπό rivanoxaban 20mg x 1 το οποίο διεκόπη 4 ημέρες προ του χειρουργείου χωρίς θεραπεία γεφύρωσης. Προηγούμενη λήψη γενικής αναισθησίας είχε επιπλακεί με την εμφάνιση σοβαρού μετεγχειρητικού ντελίριου. Στην προαναισθητική εκτίμηση ο ασθενής είχε συστολικό φύσημα μιτροειδούς, ήπιο εκπνευστικό συριγμό και METs<4. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε σε θέση λιθοτομής, υπό ραχιαία αναισθησία και η ανάνηψη ήταν άνευ προβλημάτων, χωρίς ενδείξεις υπολειπόμενου νευρικού αποκλεισμού, οπότε και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο. Ο ασθενής 6 ώρες μετά το χειρουργείο, και παρά τις ιατρικές οδηγίες, έλαβε rivanoxaban και 2 ώρες αργότερα εμφάνισε οξύ άλγος στην οσφύ και την κοιλιακή χώρα και αιφνίδια παραπληγία, οπότε και διεκομίσθη στο ΤΕΠ. Η νευρολογική εκτίμηση ανέδειξε πλήρη απώλεια κινητικότητας και αισθητικότητας κάτω άκρων, τα οποία ήταν χωρά και κρύα, με ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις. Δεδομένου του ιστορικού, πραγματοποιήθηκε MRI ΟΜΣΣ χωρίς ευρήματα συμβατά με επισκληρίδιο αιμάτωμα οπότε η διαφορική διάγνωση συμπεριέλαβε το Transient Neurological Symptoms (TNS). Κατά τις επόμενες 12 ώρες, η κινητικότητα και η αισθητικότητα των ποδιών εμφάνιζε διακυμάνσεις που σχετιζόνταν με τη θέση του σώματος οπότε πραγματοποιήθηκε Αξονική Αγγειογραφία, που ανέδειξε Οξεία Θρόμβωση Κοιλιακής Αορτής. Ο ασθενής υποβλήθηκε εκτάκτως σε ανοιχτή επέμβαση αορτής και διεκομίσθη στη ΜΕΘ, όπου και κατέληξε το επόμενο 24ωρο από πολυοργανική ανεπάρκεια.

Συμπεράσματα: Σε κάθε ασθενή που εμφανίζεται με οξεία νευρολογική σημειολογία μετά από ραχιαία αναισθησία και έχει αποκλειστεί το επισκληρίδιο αιμάτωμα, η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει τη θρόμβωση και το ανεύρυσμα μείζονων αγγείων.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

EA19

Επώδυνες κράμπες: αντιμετώπιση πόνου

Φωτεινή Μακρή, Αθανασία Αγγελοπούλου, Αλέξιος Γραμμενίδης, Εμμανουήλ Ιωαννίδης, Σοφία Σεβαστού, Βασίλειος Φλαμπουράρης, Στυλιανή Κανδρεβιώτη, Μαρία Κοκολάκη
Αναισθησιολογικό τμήμα και Ιατρείο πόνου, Γενικό Νοσοκομείο Σισμανόγλειο-Αμαλίας Φλέμινγκ

Εισαγωγή: Κράμπα είναι η αιφνίδια, ακούσια σύσπαση κάποιου μυός ή μυϊκών ομάδων, η οποία συνοδεύεται από πόνο. Συνήθως συμβαίνει στα κάτω άκρα, στις γαστροκνήμιες, στους μηρούς, είτε από μυϊκή άσκηση, είτε τις βραδινές ώρες σε ηρεμία. Η κράμπα συνήθως διαρκεί ένα έως δέκα λεπτά και αυτόματα παύεται. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός δεν είναι πλήρως γνωστός, αλλά φαίνεται ότι η αφυδάτωση, η απώλεια νατρίου, ασβεστίου και μαγνησίου είναι συνηθισμένα αίτια. Επίσης άλλα αίτια είναι η ακινησία, η υπέρχρηση κάποιων μυϊκών ομάδων, νευρολογικές διαταραχές, φάρμακα (σαλβουταμόλη, Aricept, ναπροξένη, στατίνες, νιφεδιπίνη, καφεΐνη, νικοτίνη). Σκοπός μας ήταν η αντιμετώπιση του πόνου στις επώδυνες κράμπες.

Μέθοδοι: Μελετήσαμε 22 ασθενείς με χρόνια νευροπαθητικό πόνο σπονδυλικής στήλης, ηλικίας 60-78 ετών, ASA II-III, που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή από το ιατρείο πόνου μας. Από τη λήψη του ιστορικού οι ασθενείς περιέγραφαν επώδυνες κράμπες, διάρκειας ένα έως δύο λεπτών. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις που ζητήθηκαν, οι 11 ασθενείς είχαν χαμηλή συγκέντρωση καλίου, ασβεστίου και μαγνησίου. 4 ασθενείς είχαν φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρων και 2 ασθενείς ελάμβαναν Aricept για προβλήματα μνήμης. Ως άμεση θεραπεία συστήσαμε και στους 22 ασθενείς, την ώρα της κράμπας μαλάξεις στην πάσχουσα περιοχή, καλή ενυδάτωση και κατάλληλα υποδήματα. Επιπλέον, χορηγήθηκε Παρακεταμόλη/Ορφενάδρινης 1x1 για 10 ημέρες και μαγνήσιο POS για 4 εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για το χρόνια νευροπαθητικό πόνο με πρεγκαμπαλίνη και Zaldiar (Τραμαδόλη/Παρακεταμόλη).

Αποτελέσματα: Οι 11 ασθενείς με τις προϋπάρχουσες ηλεκτρολυτικές διαταραχές παρουσίασαν βελτίωση αυτών από το νέο εργαστηριακό τους έλεγχο, καθώς και μείωση της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων, 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία που τους προτάθηκε.

Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι έχει θέση η αιτιολογική θεραπεία των επώδυνων κραμπών (καλή ενυδάτωση, χορήγηση μαγνησίου, μυοχαλαρωτικού, κατάλληλα υποδήματα). Η φαρμακευτική θεραπεία παραμένει, όμως, ακόμα άγνωστη.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

EA20

Πολυπαραγοντική αντιμετώπιση μετεγχειρητικής κεφαλαλγίας

Γιάγκος Καραβής¹, Αθανασία Τσαρουχά², Ορφανού Χριστίνα³, Μιλτιάδης Καραβής⁴

1 Α Αναισθησιολογική κλινική. Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

2 Α Αναισθησιολογική κλινική. Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

3 Α Αναισθησιολογική κλινική. Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

4 Ιατρός φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, Αθήνα

Εισαγωγή: Η χρόνια κεφαλαλγία μπορεί να αντιμετωπισθεί με διάφορες μεθόδους στο πλαίσιο της σύγχρονης πολυπαραγοντικής αναλγησίας. Ο βελονισμός έχει πολύπλευρη θεραπευτική δράση στις κεφαλαλγίες και μπορεί να μειώσει τη συχνότητα και την ένταση τους. Παρουσιάζεται μια ασθενής με χρόνια περιοφθαλμική κεφαλαλγία που αντιμετωπίζεται με βελονισμό και φαρμακευτική αγωγή.

Μέθοδοι: Ασθενής, 21 ετών, με ατομικό αναμνηστικό τρις χειρουργηθέντος και εμμένοντος συγγενούς γλαυκώματος στον ΑΡ οφθαλμό, προσήλθε στο ιατρείο βελονισμού μετά από τετραετία χρόνια καθημερινό άλγος εντοπισμένο αριστερά περιοφθαλμικά, συγκεκριμένα στην περιοχή κατανομής του πρώτου κλάδου του τριδύμου νεύρου. Αναφέρει ότι ο πόνος είναι συνεχής, βαθμολογείται 9/10 στην κλίμακα NRS και συνυπάρχει ευαισθησία στο φως και θορύβους. Ο χαρακτήρας του πόνου είναι σφύζοντας, καυστικός και επιδεινώνεται με κινήσεις του οφθαλμού και της κεφαλής. Η ασθενής βρισκόταν υπό φαρμακευτική αγωγή με πρεγκαμπαλίνη και εσιταλοπράμη και είχε ήδη υποβληθεί σε παρεμβατικές τεχνικές αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου με ενέσεις τοπικού αναισθητικού στην περιοχή καθώς και διαδερμικά επιθέματα λιδοκαΐνης, με μικρή βελτίωση των συμπτωμάτων για λίγες μόνο ημέρες. Σε πρώτη φάση, έλαβαν χώρα 4 συνεδρίες βελονισμού διάρκειας 20 λεπτών με συχνότητα δύο φορές εβδομαδιαίως, σε σημεία βελονισμού σχετιζόμενα με τον οφθαλμικό κλάδο του τριδύμου νεύρου καθώς και συστηματικά σημεία με αντιφλεγμονώδη δράση. Η ασθενής ανέφερε σημαντική μείωση του πόνου (6/10 NRS) και προχώρησε, σε μείωση της δόσης της πρεγκαμπαλίνης. Η ασθενής υποβάλλεται σε εβδομαδιαίες συνεδρίες βελονισμού καθώς ο βελονισμός της προσφέρει την καλύτερη αναλγησία με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Αποτελέσματα: Με την εφαρμογή συνεδριών βελονισμού η ασθενής είναι ικανοποιημένη με το αποτέλεσμα, που έχει αναβαθμίσει συνολικά την καθημερινότητα της και έχει μειώσει την ένταση του πόνου και τη δόση της χορηγούμενης πρεγκαμπαλίνης.

Συμπέρασμα: Η συμπληρωματική εφαρμογή του βελονισμού στην πολυπαραγοντική αντιμετώπιση χρόνιου πόνου, συνεισφέρει σημαντικά στην ανακούφιση των ασθενών με κεφαλαλγία, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους και τα συμπτώματά τους.

Βιβλιογραφία:

1. Schiapparelli P, Allais G, Rolando S, Airola G, Borgogno P, Terzi MG, Benedetto C. Acupuncture in primary headache treatment. *Neurol Sci*. 2011 May;32 Suppl 1:S15-8. doi: 10.1007/s10072-011-0548-x. PMID: 21533705.
2. Coeytaux RR, Befus D. Role of Acupuncture in the Treatment or Prevention of Migraine, Tension-Type Headache, or Chronic Headache Disorders. *Headache*. 2016 Jul;56(7):1238-40. doi: 10.1111/head.12857. Epub 2016 Jul 13. PMID: 27411557.
3. Molsberger A. The role of acupuncture in the treatment of migraine. *CMAJ*. 2012 Mar 6;184(4):391-2. doi: 10.1503/cmaj.112032. Epub 2012 Jan 9. PMID: 22231676; PMCID: PMC3291665.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

ΕΑ21

Διαχείριση χρόνιου πόνου σε ασθενή με συστηματικό σκληρόδερμα: Παρουσίαση κλινικού περιστατικού

Αλευρογιάννη Φανή¹, Σταυροπούλου Ευμορφία², Μπουζικάκου Αδαμαντία³, Μπαϊρακτάρη Αγγελική⁴

1 Ειδικευόμενη Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ ΚΑΤ

2 Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝΑ ΚΑΤ

3 Αναισθησιολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, ΓΝΑ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Το συστηματικό σκληρόδερμα αποτελεί σπάνια, αυτοάνοση νόσο, που χαρακτηρίζεται από προοδευτική ίνωση του δέρματος και των λοιπών οργάνων, οδηγώντας σε αγγειακές, νεφρολογικές, νευρολογικές και μυοσκελετικές επιπλοκές. Ο πόνος είναι προεξάρχον σύμπτωμα ασθενών με επίπτωση που κυμαίνεται μεταξύ 63 και 85% για τον σοβαρό πόνο. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει την διαχείριση χρόνιου πόνου σε ασθενή με συστηματικό σκληρόδερμα.

Μέθοδοι: Γυναίκα 41 ετών παραπέμπεται στο Ιατρείο Πόνου λόγω έντονου άλγους με νευροπαθητικό χαρακτήρα (DN4 7) και δυσκαμψίας σε όλο σώμα, αλλά ειδικά σε αριστερό αγκώνα και δάκτυλα. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται ψηλαφητό μόρφωμα στον αριστερο αγκώνα και εξέλκωση του δεξιού δείκτη, με υπερμελάγχρωση του δέρματος, μειωμένη σπαργή και εικόνα δεικτών «δίκην δήγματος ποντικιού». Η ασθενής έχει διεγνωστεί με συστηματικό σκληρόδερμα, προ 10ετίας. Λόγω της νόσου, παρουσιάζει καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΕ 30%), περιοριστικού τύπου πνευμονοπάθεια και διαταραχές κινητικότητας του οισοφάγου, με δυσφαγία στις στερεές τροφές. Φέρει απινιδωτή. Λαμβάνει αζαθειοπρίνη, κολχικίνη και πρεδνιζολόνη και rituximab για την υποκείμενη νόσο και παρακεταμόλη-κωδεΐνη για την αντιμετώπιση του πόνου.

Αποτελέσματα: Η ασθενής τέθηκε σε πρεγκαμπαλίνη, ντουλοξετίνη και συνδυασμό παρακεταμόλης-τραμαδόλης σε τιτλοποιούμενες δόσεις για 4 εβδομάδες, χωρίς ικανοποιητικό αποτέλεσμα (VAS 5-6). Μετά την αντικατάσταση της τραμαδόλης με ταπενταδόλη 100 mgx2/ημέρα, η ασθενής παρουσίασε βελτίωση των συμπτωμάτων κατά 40%. Παράλληλα έγινε έναρξη ήπιας φυσικοθεραπευτικής αγωγής και άσκηση, καθώς και συμβουλευτικής ψυχοθεραπείας. Η ασθενής 2 μήνες μετά την έναρξη θεραπείας παρουσιάζει βελτίωση της ποιότητας ύπνου μεγαλύτερη από 60%, χωρίς ιδιαίτερες συστηματικές παρενέργειες, βελτίωση της διάθεσης και επιστροφή σε ήπια καθημερινή δραστηριότητα.

Συμπέρασμα: Το συστηματικό σκληρόδερμα συχνά συνοδεύεται από σοβαρό μικτό χρόνιο πόνο και υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Η διαχείριση του χρόνιου πόνου στους συγκεκριμένους ασθενείς, πρέπει να είναι πολυπαραγοντική και να λαμβάνει υπόψη συστηματικές επιπλοκές της νόσου. Ο συνδυασμός διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων μειώνει την πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών, ενώ βελτιστοποιεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Βιβλιογραφία:

1. Wojcick RK, Silva SG, Bailey DE Jr, Knisely MR, Kwakkenbos L, Carrier ME, Nielson WR, Bartlett SJ, Pope J, Thombs BD. Pain and Self-Efficacy Among Patients With Systemic Sclerosis: A Scleroderma Patient-Centered Intervention Network Cohort Study. *Nurs Res.* 2021 Set/Oct 01;70(5):334-343. doi: 10.1097/NNR.0000000000000528. PMID: 34173376; PMCID: PMC8543734.
2. Ostojic P, Jankovic K, Djurovic N, Stojic B, Knezevic-Apostolski S, Bartolovic D. Common Causes of Pain in Systemic Sclerosis: Frequency, Severity, and Relationship to Disease Status, Depression, and Quality of Life. *Pain Manag Nurs.* 2019 Aug;20(4):331-336. doi: 10.1016/j.pmn.2019.02.006. Epub 2019 May 15. PMID: 31103501

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

EA22

Διαχείριση του πόνου σε περιβάλλον φυσικών και ανθρωπογενών καταστροφών**Βουτσαδάκη Ελένη¹**, Πικουλής Εμμανουήλ², Γεωργίου Ελένη¹¹ Αναισθησιολογικό τμήμα-Ειδικευόμενη, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο, Πειραιάς² Καθηγήτριας χειρουργικής-Κοσμήτορας της σχολής επιστημών υγείας

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται, σε παγκόσμιο επίπεδο, αύξηση των καταστροφών, τόσο των φυσικών όσο και των ανθρωπογενών, με τεράστιες συνέπειες σε υλικά αγαθά και ανθρώπινες ζωές. Ιδιαίτερο και σημαντικό ρόλο σε τέτοια δύσκολα και απαιτητικά περιβάλλοντα παίζουν οι αναισθησιολόγοι. Πέρα από την ασφαλή χορήγηση αναισθησίας, την αναζωογόνηση και την διαχείριση του κρίσιμου ασθενή, αναλαμβάνουν και την αναλγησία μετά από τραύμα και μετά από επείγουσες χειρουργικές παρεμβάσεις.(1)

Μέθοδοι: Για τη βιβλιογραφική αυτή ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Medscape και Google Scholar για μελέτες σχετικά με την αντιμετώπιση του οξέος και του μετεγχειρητικού πόνου σε μείζονα υγειονομικά συμβάντα. Χρησιμοποιήθηκαν προκαθορισμένες λέξεις κλειδιά για τη διευκόλυνση της αναζήτησης. Επιλέχθηκαν 10 άρθρα που δημοσιεύτηκαν από το 2010 έως σήμερα και διέθεταν περίληψη και πλήρες κείμενο.

Αποτελέσματα: Η επιλογή της κατάλληλης αναλγησίας είναι δύσκολη και περίπλοκη διαδικασίας σε επισφαλή περιβάλλοντα. Ελάχιστοι πόροι σε εξοπλισμό, φάρμακα και ανθρώπινο δυναμικό δυσχεραίνουν το έργο του κλινικού, ο οποίος οφείλει να δράσει και να οργανώσει το πλάνο του με βάση τα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς, το είδος της επέμβασης και τους διαθέσιμους πόρους. Πρώτον η αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να γίνει με τοπικά αναισθητικά μέσω περιοχικής αναισθησίας και πιο συγκεκριμένα με αποκλεισμούς περιφερικών νεύρων, ιδιαίτερα χρήσιμοι εργαλείου στο πεδίο.(2) Έπειτα όσον αφορά τα οπιοειδή η χρήση τους είναι μειωμένη ενώ δημοφιλής αρχίζει να γίνεται και στο πεδίο η πολυπαραγοντική αναλγησία. Τα συνιστώμενα αναλγητικά περιλαμβάνουν την ακεταμινοφαίνη, τη φεντανύλη, την κεταμίνη, και τα γκαμπαπεντινοειδή.(3) Τέλος η κεταμίνη εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ευρέως λόγω του φαρμακοκινητικού και φαρμακοδυναμικού της προφίλ, της εύκολης διαθεσιμότητάς της καθώς και της μη καταστολής του αναπνευστικού, ιδιαίτερα χρήσιμοι στο πεδίο όπου η χορήγηση οξυγόνου είναι ανεπαρκής και δεν υπάρχουν μηχανήματα αναισθησίας για την υποστήριξη του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Κάθε ασθενής ανεξάρτητα από το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται έχει το δικαίωμα για σωστή ιατρική περίθαλψη και ανακούφιση από τον πόνο του. Η έλλειψη επαρκούς ελέγχου του πόνου στην μετεγχειρητική περίοδο μπορεί να οδηγήσει σε πολλές επιπλοκές και να καθυστερήσει την αποκατάσταση και κινητοποίηση του ασθενούς.(3) Φυσική η ανεπαρκής μετεγχειρητική αναλγησία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη χρόνιου πόνου και κακή ποιότητα ζωής.

Βιβλιογραφία:

1. Lee S, Onye A, Latif A. Emergency Anesthesia in Resource-Limited Areas. *Anesthesiol Clin*. Μάρτιος 2020;38(1):213–30.
2. Lehavi A, Meroz Y, Maryanovsky M, Merin O, Blumberg N, Bar-On E, κ.ά. Role of regional anaesthesia in disaster medicine: field hospital experience after the 2015 Nepal Earthquake. *European Journal of Anaesthesiology*. Μάιος 2016;33(5):312–3.
3. Kuza CM, Mclsaac JH. Emergency Preparedness and Mass Casualty Considerations for Anesthesiologists. *Adv Anesth*. Δεκέμβριος 2018;36(1):39–66.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

EA23

Χρόνιος πόνος και κάπνισμα

Αθανασία Αγγελοπούλου, Σοφία Σεβαστού, Μαρία-Ζοζεφίν Νικολοπούλου, Ιωάννα Φραγκούλη, Αλέξιος Γραμμενίδης, Φωτεινή Μακρή, Μανώλης Ιωαννίδης, Μαρία Κοκολάκη
Αναισθησιολογικό τμήμα & Ιατρείο πόνου, Γενικό Νοσοκομείο Σισμανόγλειο-Αμαλίας Φλέμινγκ

Εισαγωγή: Το κάπνισμα αποτελεί το όχημα χορήγησης νικοτίνης στον οργανισμό, η οποία έχει συσχετιστεί και με αυξημένο κίνδυνο οξέος και χρόνιου πόνου στους καπνιστές, γεγονός που έχει σημασία στην αντιμετώπιση του πόνου. Σκοπός μας ήταν να αξιολογήσουμε την ένταση του πόνου σε καπνιστές με χρόνιο πόνο σπονδυλικής στήλης (ειδικά ΑΜΣΣ, ΟΜΣΣ) συγκριτικά με τους μη καπνιστές.

Υλικό: Μελετήσαμε 32 ασθενείς ASA I-II ηλικίας 50-74 ετών, 20 γυναίκες και 12 άνδρες. Η ομάδα Α, 16 ασθενείς καπνιστές (2 πακέτα ημερησίως από ηλικία 17 ετών) με πόνο στον αυχένα και οσφύ με κλίμακα VAS>8. Η ομάδα Β, 16 ασθενείς μη καπνιστές, με πόνο στον αυχένα και οσφύ με κλίμακα VAS 6-7. Όλοι οι ασθενείς εκτιμήθηκαν από ορθοπεδικό. Οι ασθενείς έλαβαν αγωγή με αντιφλεγμονώδη και μυοχαλαρωτικά χωρίς βελτίωση. Οι δύο ομάδες έλαβαν συμπληρωματική φαρμακευτική αγωγή με πρεγκαμπαλίνη 75mg x 3 και zaldiar (παρακεταμόλη 325mg + τραμαδόλη 37,5mg) 1x3. Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν από Ιατρείο πόνου σε 2 και 4 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Από την ομάδα Α, πριν τη φαρμακευτική αγωγή οι 10 ασθενείς είχαν πόνο VAS 8 και 6 ασθενείς VAS 5. Ενώ με τη φαρμακευτική αγωγή, 8 ασθενείς είχαν VAS 7-8 και 8 ασθενείς VAS 4. Από την ομάδα Β, πριν τη φαρμακευτική αγωγή οι 6 ασθενείς είχαν VAS 7 και 10 ασθενείς VAS 3-4. Μετά τη φαρμακευτική αγωγή, 8 ασθενείς είχαν VAS 5 και 8 ασθενείς VAS 3. Η ανταπόκριση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Η ένταση του πόνου τόσο πριν όσο και μετά τη φαρμακευτική αγωγή ήταν μεγαλύτερη στους καπνιστές. Πιστεύεται ότι ευθύνονται οι μεταβολές στο ΝΣ σχετιζόμενες με: την αίσθηση του πόνου, βλάβες διαφόρων συστημάτων, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και επίδραση των ουσιών που περιέχονται στο τσιγάρο.

Συμπεράσματα: Φαίνεται λοιπόν ότι οι καπνιστές έχουν υψηλότερο σκορ πόνου συγκριτικά με τους μη καπνιστές. Χρειάζονται όμως αρκετές μελέτες τεκμηρίωσης.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

EA24

Η χρήση του erector spinae αποκλεισμού σε ασθενή με αλκαπνουρία και επίμονο πόνο

Καλλιόπη Μπουζικάκου¹, **Αναστάσιος Μποντόζης**¹, Αδαμαντία Μπουζικάκου², Μαγδαληνή Παπαγεωργίου¹, Αλέξανδρος Μακρής¹

1 Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα

2 Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΝ ΚΑΤ, Αθήνα

Εισαγωγή: Η αλκαπνουρία είναι μια σπάνια αυτοσωμική υπολειπόμενη διαταραχή του μεταβολισμού της φαινυλαανίνης και της τυροσίνης με κύριο χαρακτηριστικό την συσσώρευση του ομογεντισικού οξέος στις αρθρώσεις όπου προκαλεί φλεγμονώδεις και εκφυλιστικές βλάβες, οδηγώντας σε σημαντικό χρόνιο πόνο και μειωμένη κινητικότητα, έως και αναπηρία. Περιγράφουμε την αντιμετώπιση ασθενούς με αλκαπνουρία και έντονη ραχιαλγία.

Μέθοδοι: Άρρεν ασθενής, 69 ετών με αλκαπνουρία διεγνωσμένη από εικοσαετίας, προσήλθε στο ιατρείο πόνου με έντονη χρόνια ραχιαλγία, που εμπόδιζε την κίνηση και την κατάκλιση στο κρεβάτι. Ο πόνος εντοπιζόταν κυρίως όπισθεν και άνωθεν της βάσης της ωμοπλάτης αριστερά, εκτεινόταν από την παρασπονδυλική περιοχή έως την οπίσθια μασχαλαία γραμμή και δεν ανταποκρινόταν σε αγωγή με ΜΣΑΦ, παρακεταμόλη και τραμαδόλη. Ανέφερε παλαιότερες εγχύσεις σε σημεία πυροδότησης (trigger points), που τον ανακούφιζαν προσωρινά. Αποφασίστηκε η διενέργεια αποκλεισμού στο πεδίο του ορθωτήρα μυός της ράχης (erector spinae block – ESP). Χορηγήθηκαν 20 ml ροπιβακαΐνης 0.375% με 8 mg δεξαμεθαζόνης, στο επίπεδο της Θ6 εγκάρσιας απόφυσης υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση. Συνταγογραφήθηκε και πρεγκαμπαλίνη 50mg / ημέρα.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής ανέφερε άμεση ανακούφιση από τον πόνο. Είκοσι ημέρες αργότερα ανέφερε ότι ο πόνος μειώθηκε περαιτέρω και μπορούσε πλέον να κάνει ήπιες ασκήσεις φυσιοθεραπείας. Έπειτα από έναν ακόμη μήνα ο πόνος είχε μειωθεί περαιτέρω και ανταποκρινόταν στην παρακεταμόλη.

Συμπέρασμα: Ο ESP, ένας σχετικά νέος αποκλεισμός, υπήρξε αποτελεσματικός στο περιστατικό που περιγράφεται. Ο πιθανός μηχανισμός δράσης ήταν ο αποκλεισμός των οπισθίων κλάδων των νωτιαίων νεύρων που νευρώνουν τον ορθωτήρα μυ της ράχης, από όπου φαινόταν να προερχόταν κυρίως ο πόνος, καθώς και η διάχυση προς τον παρασπονδυλικό χώρο όπου βρίσκονται και οι πρόσθιοι κλάδοι που νευρώνουν τους μεσοπλευρίους μύες όπου ο ασθενής επίσης πονούσε. Για την παρατεταμένη διάρκεια του αποτελέσματος έχουν προταθεί πολλοί μηχανισμοί που ακόμα διερευνώνται. Φαίνεται πως ο ESP αποκλεισμός σε περιπτώσεις ραχιαλγίας θα πρέπει να αποτελεί πιθανή θεραπευτική μέθοδο.

Βιβλιογραφία:

1. Lee S, Onye A, Latif A. Emergency Anesthesia in Resource-Limited Areas. *Anesthesiol Clin*. Μάρτιος 1. Ahuja V, et al. Perioperative anesthetic challenges in Alkaptonuria patient with comorbid conditions. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2022;38:152-153.

2. Pandey R, et al. Perioperative management of patient with alkaptonuria and associated multiple comorbidities. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2011;27:259-61. Hessel EVS, et al. *Toxicol Appl Pharmacol* 2018;354:136-52.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

EA25

Ο ρόλος των διαύλων PIEZO στην παθογένεση της ημικρανίας και στα μονοπάτια των νευρώνων του τριδύμου

Θαλής Ασημακόπουλος¹, Μαριάννα Κουρούση¹, Giustino Varrassi², **Μαρτίνα Ρεκατσίνα¹**
 1 Α' Ανασθησιολογική Κλινική και Κλινική Θεραπείας Πόνου, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα
 2 Paolo Procacci Foundation, Rome, Italy

Εισαγωγή: Η παθογένεση της ημικρανίας και άλλων επώδυνων συνδρόμων του τριδύμου, παραμένει αινιγματική, δημιουργώντας σημαντικές διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις. Η πρόσφατη βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι οι μηχανοευαίσθητοι διάυλοι ιόντων PIEZO, συνδέονται με αυτές τις καταστάσεις. Οι διάυλοι PIEZO1 και PIEZO2, έχουν κείμερο ρόλο στη μεταβίβαση των αισθήσεων και εμπλέκονται σε διαδικασίες όπως η αφή, η ιδιοδεκτικότητα και η αλγαισθησία. Ο πιθανός ρόλος τους στους τριδυμικούς νευρώνες και την παθοφυσιολογία της ημικρανίας προσφέρει νέες γνώσεις για τη μηνιγγική αλγαισθησία και τον πόνο.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane Library και Scopus, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA. Στην αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν MeSH όροι-κλειδιά: ("PIEZO" Ή "PIEZO1" Ή "PIEZO2") ΚΑΙ ("Pain" Ή "Migraine" Ή "Trigeminal"). Τα κριτήρια ένταξης στόχευαν πρωτογενείς μελέτες στην αγγλική γλώσσα που εξερευνούσαν τη σχέση των διαύλων PIEZO1 και PIEZO2 με την ημικρανία ή τους τριδυμικούς νευρώνες. Δύο συγγραφείς εξέτασαν ανεξάρτητα τις μελέτες προς συμπερίληψη και ένας τρίτος επέλυσε τυχόν διαφωνίες. Το εργαλείο SYRCLE Risk of Bias χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ποιότητας των συμπεριλαμβανόμενων μελετών.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 20 μελέτες, υπογραμμίζοντας το ρόλο των PIEZO στην ημικρανία και τον τριδυμικό πόνο. Βασικό εύρημα αποτελεί η ενεργοποίηση των διαύλων που οδηγεί στην απελευθέρωση διαμεσολαβητών της ημικρανίας όπως το πεπτιδίο CGRP, που συμβάλλει στη δημιουργία πόνου στις μήνιγγες. Η λειτουργικότητα του PIEZO1 στους τριδυμικούς νευρώνες έδειξε ταχεία ενίσχυση κατά τη διάρκεια των κρίσεων ημικρανίας, ενώ οι διάυλοι PIEZO2 εμπλέκονταν στη μεταβίβαση μηχανικών ερεθισμάτων στους νευρώνες του γαγγλίου του τριδύμου, οδηγώντας σε κεφαλαλγία, οφθαλμικό ή οδοντικό πόνο.

Συμπεράσματα: Οι διάυλοι PIEZO αναδεικνύονται ως σημαντικοί παράγοντες στην παθογένεση της ημικρανίας και των συνδρόμων πόνου του τριδύμου. Οι μηχανοευαίσθητες ιδιότητές τους και η ευρεία έκφρασή τους στους αισθητικούς νευρώνες υπογραμμίζουν το δυναμικό που έχουν ως θεραπευτικό στόχο. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την πλήρη διαλεύκανση των ρόλων τους και την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων.

Βιβλιογραφία:

1. Thalís Asimakópoulos, Marianna Kourousi, Giustino Varrassi, Martina Rekatsina. Piezo channels in migraine and trigeminal pain syndromes: a systematic review of their role in pain pathways. (2024). *Advancements in Health Research*, 1(1). <https://doi.org/10.4081/ahr.2024.4>
2. Thalís Asimakópoulos, Giustino Varrassi, Martina Rekatsina. "Piezo channels in nociceptors: a key mechanism in pain perception", *Abstracts of Roma Pain Days 2023. Signa Vitae*. 2023, 2-3. doi:10.22514/sv.2023.040

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

EA26

Αντιμετώπιση χρόνιου μυοσκελετικού άλγους με την εφαρμογή δια-δερμικής πάλλουσας ραδιοσυχνότητας

Ευαγγελία Τζαμάκου, π. Γεώργιος Ρουσάκης, Φωτεινή Διαμαντοπούλου, Mohamad Abdullah, **Αναστασία Γεωργάκη**, Νικόλαος-Παναγιώτης Αναστασίου και Παναγιώτης Γεωργάκης
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ. Τμήμα Αισθησιολογίας και Ιατρείου Πόνου

Εισαγωγή: Οι παλμικές ραδιοσυχνότητες είναι μία μέθοδος αντιμετώπισης του μυοσκελετικού πόνου σε διάφορα σημεία του σώματος, όπως οσφυϊκής χώρας, ράχης, αυχένα, ώμου, γόνατος κλπ.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 32 ασθενείς 33-77 ετών, 19 γυναίκες και 13 άνδρες. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε φαρμακευτική αγωγή την οποία είχαν διακόψει πριν την έναρξη της θεραπείας. Στο Ιατρείο Πόνου υποβλήθηκαν σε τρεις (3) συνεδρίες με δια-δερμική πάλλουσα ραδιοσυχνότητα (TPRF- Transcutaneous Pulsed Radio-Frequency 420 Hz) 20-30 λεπτών εκάστη, με μεσοδιαστήματα μιας εβδομάδας. Οι 17 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν για οσφυαλγία, 6 για ωμαλγία, 6 για ισχιαλγία και 4 για γοναλγία.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκε η ένταση του πόνου με την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analogue Scale-VAS) πριν την έναρξη και μετά την λήξη κάθε συνεδρίας. Οι 31 ασθενείς(97%) σημείωσαν βελτίωση του πόνου. Ένας (1) ασθενής (3%) δεν σημείωσε καμία βελτίωση ενώ τρεις (3) ασθενείς (9%) είχαν πλήρη ύφεση του πόνου. Οι 18 ασθενείς (56%) είχαν ύφεση \geq 4 μονάδων της VAS ενώ 10 ασθενείς (32%) παρουσίασαν βελτίωση < 4 μονάδων VAS. Οι ασθενείς στο σύνολό τους δεν εμφάνισαν καμία αξιοσημείωτη παρενέργεια ή επιπλοκή, πλην έξι (6) εξ αυτών (18%) ελαφρό κνησμό, χωρίς δερματικές αλλοιώσεις, στην περιοχή των ηλεκτροδίων.

Συμπέρασμα: Η εφαρμογή δια-δερμικής πάλλουσας ραδιοσυχνότητας σε ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικό πόνο, διαφόρου εντοπίσεως, αναδεικνύεται σαν μία ασφαλής, προσιτή και αποτελεσματική θεραπεία.

Βιβλιογραφία:

1. Delphi-Based Expert Consensus Statements for the Management of Percutaneous Radiofrequency Neurotomy in the Treatment of Lumbar Facet Joint Syndrome. Felice Occhigrossi, Roberta Carpenedo, et al Pain Ther. 2023 Jun; 12(3): 863–877.
2. Pulsed radiofrequency in chronic pain. Vanneste T, Van Lantschoot A et al. Curr Opin Anaesthesiol. 2017 Oct;30(5):577-582.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

ΕΑ27

Διαχείριση πόνου σε ασθενή με χρονονομική πολυαρθροπάθεια – παρουσίαση περιστατικού

Ευγενία Φοράδη¹, Ιωάννα Σιαφάκα², Αθανασία Τσαρουχά².

1. Τμήμα Επειγόντων – Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς « Άγιοι Ανάργυροι»

2. Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής - Α' Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η ωχρονοσία (αλκαπτονουρία) είναι σπανιότατη μεταβολική νόσος, με επίπτωση 1 στους 250.000 - 1.000.000 που μεταβιβάζεται με σωματικό υπολειπόμενο τρόπο. Οφείλεται σε ενζυμική ανεπάρκεια της ομογεντισικής 1,2-θειοξυγενάσης, που οδηγεί σε ανεπαρκή οξείδωση της τυροσίνης και της φαινυλαανίνης και συσσώρευση του ομογεντισικού οξέος (HGA) στο αίμα και στους ιστούς. Συνυπάρχουν επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα με εναπόθεση στις καρδιακές βαλβίδες, το ενδοκάρδιο, τα στεφανιαία αγγεία, τους χιτώνες της αορτής. Η διάγνωση της νόσου τίθεται συχνότατα διεγχειρητικά κατά τη διάρκεια ανοικτής αντικατάστασης της αορτικής της βαλβίδας.

Υλικό Μέθοδος: Πρόκειται για ασθενή που προσήλθε μετεγχειρητικά λόγω σοβαρού πόνου σε όλες τις αρθρώσεις των άκρων και την οσφύ. Στα ευρήματα της κλινικής εξέτασης περιλαμβάνονταν κυανόμαυρη χρώση των πτερυγίων των ώτων, των επιπεφυκώτων και των ονύχων, καθώς και περιορισμός του εύρους κίνησης των μεγάλων αρθρώσεων και της σπονδυλικής στήλης, με σπασμό των παρασπονδυλικών μυών. Δεδομένου, ότι η αιτιολογική θεραπεία της νόσου (ασκορβινικό οξύ, νιτισιόνη, δίαιτα πωχή σε πρωτεΐνες) είναι μη ικανοποιητική, η διαχείριση του πόνου των ασθενών αυτών είναι κολοσσιαίας σημασίας για τη διατήρηση της κινητικότητας τους και της ποιότητας ζωής τους. Με βάση την πολυπαραγοντική αναλγησία, συστήσαμε στην ασθενή φυσικοθεραπεία και έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με παρακεταμόλη, τραμαδόλη, πρεγκαμπαλίνη και ντουλοξετίνη σε χαμηλές δόσεις, με στενή παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας.

Αποτελέσματα: Κατά την επόμενη επίσκεψη, η ασθενής ανέφερε μείωση του πόνου κατά τέσσερις μονάδες (NRS), βελτίωση της διάθεσης και ήπια αύξηση της φυσικής της δραστηριότητας. Τα επόμενα τρία χρόνια η ασθενής με μικρές τροποποιήσεις στην αγωγή της παρέμεινε στα ίδια επίπεδα πόνου και διατήρησε την κινητικότητα της, χωρίς επιδείνωση των δεικτών νεφρικής λειτουργίας.

Συμπέρασμα: Η εγρήγορη για τη σπάνια αυτή νόσο, σε περιστατικά γενικευμένης αρθροπάθειας, θα μπορούσε να αποτρέψει περαιτέρω επιπλοκές στα ζωτικά όργανα και να οδηγήσει σε έγκαιρο και εστιασμένο screening των συγγενών του ασθενούς.

Βιβλιογραφία:

1. Zatkova A, Ranganath L, Kadasi L. Alkaptonuria: Current Perspectives. *Appl Clin Genet* 2020 Jan 23;13:37-47. doi: 10.2147/TACG.S186773.
2. Ranganath LR, Norman BP, Gallagher JA. Ochronotic pigmentation is caused by homogentisic acid and is the key event in alkaptonuria leading to the destructive consequences of the disease-A review. *J Inherit Metab Dis*. 2019 Sep;42(5):776-792. doi: 10.1002/jimd.12152
3. Kitahara Y, Kaku N, Tagomori H, Tsumura H. Alkaptonuria with rapidly destructive arthropathy of the hip: A case report and literature review. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2021 Dec;55(6):563-568. doi: 10.5152/j.aott.2021.21205

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

EA28

Διερεύνηση της επίδρασης της Διαδερμικής Διέγερσης του Πνευμονογαστρικού Νεύρου στην Ινομυαλγία: Πρωτόκολλο Κλινικής Δοκιμής

Αμπαρτζόγλου Παναγιώτα¹, Τσαρουχά-Δημητροπούλου Αθανασία², Ρεκατσίνα Μαρτίνα³
 1 Ιατρείο Πόνου, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αρεταίειο, Αθήνα, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
 2 Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ
 3 Μαρτίνα Ρεκατσίνα, MD, MSc, PhD, FFPMRCA, EDPM, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, Hon. Associate Prof. University College London

Γενικά: Η διαδερμική διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου (tVNS) μπορεί να συμβάλει στην ανακούφιση του πόνου ενός συνόλου κλινικών καταστάσεων. Η τροποποίησης της μετάδοση προσαγωγών σημάτων μέσω του πυρήνα της μονήρους οδού (NST) έχει προταθεί ως ο πρωταρχικός μηχανισμός που συμβάλει στη μείωση της έντασης του πόνου μετά από tVNS. Η ινομυαλγία είναι ένα ιδιοπαθές σύνδρομο χρόνιου πόνου με λίγες αποτελεσματικές και ασφαλείς θεραπείες. Ο πόνος και τα συνοδά συμπτώματα ασθενών με ινομυαλγία μπορούν να βελτιωθούν με τη διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου μέσω ομαλοποίησης των λειτουργιών του αυτόνομου και του ανοσοποιητικού συστήματος. Η επίδραση επαναλαμβανόμενων συνεδριών tVNS στην ινομυαλγία δεν έχουν αξιολογηθεί ενδελεχώς σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές.

Μεθοδολογία: Ο στόχος της μελέτης είναι να αξιολογηθεί, εάν η διαδερμική διέγερση του ωτικού κλάδου του πνευμονογαστρικού νεύρου σε ασθενείς με ινομυαλγία, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της έντασης πόνου και βελτίωση της ποιότητας ζωής. Στη μελέτη θα συμπεριληφθούν γυναίκες με σταθερή φαρμακευτική αγωγή (ή χωρίς αγωγή) τις τελευταίες 8 εβδομάδες, στις οποίες τα συμπτώματα και ο πόνος δεν ελέγχονται. Στις ασθενείς θα προσφερθεί μια θεραπεία 2 εβδομάδων (14 συνεδρίες των 30 λεπτών) σε μια τυχαιοποιημένη διπλά-τυφλή ελεγχόμενη δοκιμή. Οι ασθενείς θα χωριστούν σε 2 ομάδες (1η ομάδα: ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή + διέγερση tVNS, 2η ομάδα: ενδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία + sham tVNS). Η μελέτη έχει σχεδιαστεί για να προσδιορίσει, εάν το tVNS είναι σε θέση να βελτιώσει τη συμπτωματολογία του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων της ινομυαλγίας, χρησιμοποιώντας κατάλληλα σταθμισμένες κλίμακες.

Συζήτηση: Η συγκεκριμένη μελέτη εξετάζει ένα νέο και δυνητικά αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης ενός σημαντικού ζητήματος δημόσιας υγείας, όπου ο επιπολασμός είναι υψηλός σε δεδομένες ομάδες, ο αντίκτυπος πολυδιάστατος και οι επιλογές θεραπείας περιορισμένες. Απώτερος στόχος της μελέτης καθίσταται η καθιέρωση της μη επεμβατικής διέγερσης του πνευμονογαστρικού νεύρου για την αντιμετώπιση της ινομυαλγίας στην κλινική πράξη στο μέλλον.

Αποτελέσματα: Θα παρουσιαστούν τα έως τώρα κλινικά αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία:

- [1] A. Molero-Chamizo, M. A. Nitsche, A. Bolz, R. T. A. Barroso, J. R. A. Bailén, J. C. G. Palomeque and G. N. Rivera-Urbina, "Non-Invasive Transcutaneous Vagus Nerve Stimulation for the Treatment of Fibromyalgia Symptoms: A Study Protocol," *Brain Sciences*, vol. 1, no. 95, 12 January 2022.
- [2] N. Hammer, J. Glätzner, C. Feja, C. Kühne, J. Meixensberger, U. Planitzer, S. Schleifenbaum, B. N. Tillmann and D. Winkler, "Human Vagus Nerve Branching in the Cervical Region," *PLOS ONE*, vol. 10, no. 2, 13 February 2015.
- [3] C. E. Paccione, L. M. Diep, A. Stubhaug and H. B. Jacobsen, "Motivational nondirective resonance breathing versus transcutaneous vagus nerve stimulation in the treatment of fibromyalgia: study protocol for a randomized controlled trial," *Trials*, vol. 21, no. 1, 23 September 2020.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Χρόνιος Πόνος I

ΕΑ29

Βιοηλεκτρονική Ιατρική και Πόνος

Άγγελος Ευαγγέλου¹, Βίκυ Καλφακάκου¹, Αθηνά Βαδαλούκα²

¹ Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρικού Τμήματος, Σχολή Επιστημών Υγείας, Παν/μιου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

² Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Τις τελευταίες δεκαετίες μια νέα προσέγγιση για την θεραπεία παθήσεων που αναπτύσσονται στον τομέα της εφαρμογής του ηλεκτρισμού και τις διέγερσης των νεύρων εξελίσσεται συνεχώς, και ονομάζεται Βιοηλεκτρονική Ιατρική. Ο κλάδος αυτός βασίζεται κυρίως στην διέγερση του **Πνευμονογαστρικού Νεύρου (ΠΝ)** με ηλεκτρικά ερεθίσματα. Τα βασικά νευρικά κυκλώματα μέσω ειδικών χημικών μορίων διεγείρονται και παράγουν ειδικά σήματα στους αισθητικούς νευρώνες, τα οποία μέσω ενδιάμεσων νευρώνων μεταδίδονται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Το ΚΝΣ απαντά στις πληροφορίες που δέχεται, στέλνοντας ρυθμιστικά σήματα στα διάφορα όργανα και συστήματα του οργανισμού. Πρόσφατα ανακαλύφθηκε ένα καινούργιο νευρικό αντανακλαστικό, το αποκαλούμενο «**Φλεγμονώδες Αντανακλαστικό**», το οποίο μέσω νευρικών συνδέσεων **ΠΝ** και **ανοσολογικού συστήματος**, ελέγχει το ανοσολογικό σύστημα ώστε να μην υπερ- ή υπο-λειτουργεί. Το **ΠΝ** στέλνει σήματα από τον εγκέφαλο, στον σπλήνα, στο γαστρεντερικό σύστημα, στην καρδιά και άλλα όργανα. Οι ίνες του ΠΝ στον σπλήνα εκκλύουν **νορ-επινεφρίνη**, η οποία προσδένεται στα Τ-λεμφοκύτταρα του ανοσολογικού, για την παραγωγή **ακετυλοχολίνης (ACh)**. Η ACh προσδένεται στα μακροφάγα, για την παραγωγή TNF (παράγοντα νέκρωσης των όγκων), από τον σπλήνα. Ο **TNF** ελέγχει την δράση της πρωτεΐνης NF-κΒ η οποία δίνει εντολή στα μακροφάγα για παραγωγή TNF, IL-1 και άλλων φλεγμονωδών μορίων. Έτσι το ΠΝ ελέγχει σε σημαντικό βαθμό το ανοσολογικό σύστημα, μέσω του φλεγμονώδους αντανακλαστικού, που αποτελεί μέρος της νευροενδοκρινικής-ανοσολογικής σύνδεσης. Μέσω της διέγερσης του πνευμονογαστρικού, με βάση τον ρυθμιστικό έλεγχο που ασκεί, μπορεί να επιτευχθεί ουσιαστική βελτίωση μιας σειράς παθήσεων όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, το άσθμα, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, το ευερέθιστον κόλον, η νόσος Alzheimer, η νόσος Parkinson, η υπέρταση και ο καρκίνος. Πολλαπλές πειραματικές και κλινικές έρευνες έδειξαν ότι η διέγερση του πνευμονογαστρικού είναι αποτελεσματική για την θεραπεία αλγογόνων καταστάσεων όπως χρόνιος αυχενικός πόνος, χρόνια οσφυαλγία, μετεγχειριστικός πόνος μετά νεφρεκτομή και αμυγδαλεκτομή, χρόνιος και οξείος κεφαλαλγίες ο χρόνιος γαστρεντερικός πόνος, χρόνιος πτελικός πόνος, μυαλγία λόγω δυστονίας, και διάφορες μυοσκελετικές διαταραχές.

Βιβλιογραφία:

1) Das S, et al. *Recent Advancements in Bioelectronic Medicine: A Review. Curr Drug Deliv.* 2024

2) Wu PY, et al. *Vagus nerve stimulation rescues persistent pain following orthopedic surgery in adult mice. Pain.* 2024

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA30

Συγκριτική μελέτη των etoricoxib και dexketoprofen trometamol στον οξύ μετεγχειρητικό, οδοντιατρικό πόνο

Ελευθεριος Παπακίτσος¹, Αγγελική Καψάλη², Γεώργιος Παπακίτσος²

1 Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

2 Γενικό Νοσοκομείο Άρτας, Άρτα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η etoricoxib (ET), ένας εκλεκτικός αναστολέας της COX2 και η dexketoprofen trometamol (DE), ένα μονο-ισομερές ΜΣΑΦ, χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του οξέος μετεγχειρητικού πόνου. Και τα δυο φαίνεται να έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα παραδοσιακά ΜΣΑΦ.

Μέθοδοι: Παρουσιάζεται μια διπλή-τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη, που περιλαμβάνει 45 μη νοσηλευόμενους ασθενείς, που υποβάλλονται σε χειρουργική εξαγωγή δοντιού. Εκείνοι που ανέπτυξαν μέτριο πόνο εντός τεσσάρων ωρών απ' την επέμβαση, χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες κι έλαβαν αντίστοιχα peros: etoricoxib 30mg (group ET, n=12 ασθενείς), dexketoprofen trometamol 25mg (group DE, n=17 ασθενείς), ή placebo (group PL, n=16 ασθενείς). Οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν την ένταση του πόνου και την ανακούφιση από τον πόνο για 24 ώρες χρησιμοποιώντας την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS scale) και τη λεκτική κλίμακα πόνου (VRS scale).

Αποτελέσματα: Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των ομάδων ET και DE ($p < 0,192$). Και οι δυο αυτές ομάδες διέφεραν σημαντικά σε σύγκριση με την placebo ($p < 0,001$). Επιπλέον αναλγησία με παρακεταμόλη 600mg peros, κατά τη διάρκεια της μελέτης απαιτήθηκε σε 4 απ' τους 17 συμμετέχοντες στην ομάδα DE, αλλά 8 απ' τους 12 στην ομάδα ET. Οι μέσοι χρόνοι για χρήση επιπλέον αναλγησίας ήταν 140 min (ομάδα PL), 332min (ομάδα ET) και η ομάδα DE 450min. Και τα δυο αναλγητικά ήταν καλά ανεκτά και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν ήταν μικρής έως μέτριας βαρύτητας.

Συμπεράσματα: Η ET και η DE είναι αποτελεσματικές θεραπείες για τον οξύ μετεγχειρητικό, οδοντιατρικό πόνο και είναι καλά ανεκτά. Η DE παρουσιάζει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όταν χορηγείται μόνη της και παρείχε ικανοποιητική αναλγησία για περισσότερους απ' τους μισούς της ομάδας μελέτης. Οι ασθενείς της ομάδας ET χρειάστηκαν περισσότερο συμπληρωματική αναλγησία.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA31

Η επίδραση της διεγχειρητικής χορήγησης εσμολόλης στην μετεγχειρητική ανάνηψη και τον χρόνιο πόνο έπειτα από επεμβάσεις πλαστικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης: Μία τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη

Βασιλική Σαμαρτζή¹, Κασσιανή Θεοδωράκη²

1 Αναισθησιολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

2 Α' Αναισθησιολογική κλινική, Αρεταίειο νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή: Πρόσφατες μετα-αναλύσεις δείχνουν πως η διεγχειρητική έγχυση εσμολόλης μειώνει την διεγχειρητική και μετεγχειρητική κατανάλωση οπιοειδών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει αν η συνεχής έγχυση χαμηλής δόσης εσμολόλης μειώνει τη χρήση οπιοειδών, βελτιώνει τη μετεγχειρητική ανάρρωση και περιορίζει το χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο σε επεμβάσεις πλαστικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης.

Μέθοδοι: Σε αυτή την ενδιάμεση ανάλυση, 35 ασθενείς με προγραμματισμένη πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Η μία έλαβε περιεγχειρητικά εσμολόλη και η άλλη εικονικό φάρμακο. Η ομάδα εσμολόλης έλαβε δόση φόρτισης 0,5 mg/kg και συντήρησης 50 mcg/kg/min, ενώ η ομάδα εικονικού φαρμάκου έλαβε φυσιολογικό ορό - 0,9% NaCl. Αναλύθηκε η διεγχειρητική αλγαισθητική κατάσταση, όπως εκτιμήθηκε από το ποσοστό του χρόνου αναισθησίας κατά τη διάρκεια του οποίου ο αλγαισθητικός δείκτης NOL ήταν <25, καθώς και ο μετεγχειρητικός οξύς και χρόνιος πόνος με βαθμολογίες NRS και DN4.

Αποτελέσματα: Η ομάδα εσμολόλης παρουσίασε υψηλότερο ποσοστό χρόνου με δείκτη NOL <25 κατά τη διάρκεια της αναισθησίας έναντι της ομάδας ελέγχου ($p=0,007$). Η ομάδα εσμολόλης παρουσίασε χαμηλότερες βαθμολογίες NRS κατά την άφιξη στην ΜΜΑΦ από την ομάδα ελέγχου σε ηρεμία και κατά τη διάρκεια της κίνησης ($p 0,019$ και $0,015$ αντίστοιχα) και χαμηλότερες βαθμολογίες NRS κατά την έξοδο από την ΜΜΑΦ από την ομάδα ελέγχου σε ηρεμία και κατά τη διάρκεια της κίνησης ($p 0,037$ και $0,014$ αντίστοιχα). Περισσότεροι ασθενείς στην ομάδα ελέγχου χρειάστηκαν πρόσθετη αναλγησία στην ΜΜΑΦ έναντι της ομάδας εσμολόλης ($p=0,01$). Η αθροιστική κατανάλωση μορφίνης στην ΜΜΑΦ ήταν χαμηλότερη στην ομάδα εσμολόλης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p=0,004$). Δεν καταδείχθηκε επίδραση της εσμολόλης στον χρόνιο νευροπαθητικό πόνο.

Συμπέρασμα: Η διεγχειρητική χορήγηση εσμολόλης μειώνει τη νοσηρότητα και επηρεάζει θετικά τη μετεγχειρητική ανάρρωση, με μείωση του πρώιμου μετεγχειρητικού πόνου και της ανάγκης για οπιοειδή μετά από πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης.

Βιβλιογραφία:

1. Siu EY, Moon TS. Opioid-free and opioid-sparing anesthesia. *International Anesthesiology Clinics*. 2020;58(2):34–41.
2. Egan TD. Are opioids indispensable for general anaesthesia? *British Journal of Anaesthesia*. 2019 Jun;122(6):e127–35.
3. Salomé A, Harkouk H, Fletcher D, Martinez V. Opioid-Free Anesthesia Benefit–Risk Balance: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *JCM*. 2021 May 12;10(10):2069.
4. Bahr MP, Williams BA. Esmolol, Antinociception, and Its Potential Opioid-Sparing Role in Routine Anesthesia Care: Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2018 Sep;1.
5. Wilson ES, McKinlay S, Crawford JM, Robb HM. The influence of esmolol on the dose of propofol required for induction of anaesthesia*. *Anaesthesia*. 2004 Feb;59(2):122–6.
6. Gelineau AM, King MR, Ladha KS, Burns SM, Houle T, Anderson TA. Intraoperative Esmolol as an Adjunct for Perioperative Opioid and Postoperative Pain Reduction: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *Anesthesia & Analgesia*. 2018 Mar;126(3):1035–49.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA32

**Επισκληρίδια χορήγηση οξυκωδόνης για μετεγχειρητική αναλγησία.
Παρουσίαση περιστατικού**

Κυριάκος Λύτρας-Σουλιώτης, Ευαγγελία Σαμαρά, Δανάη Πανατζή, Χρήστος Ντάγκας, Μαρία Κρυστάλλη, Γεωργία Μίχα, Αγάθη Καρακώστα, Πέτρος Τζίμας
Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Σχολή επιστημών υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η οξυκωδόνη, αποτελεί ένα ισχυρό ημισυνθετικό οπιοειδές, αγωνιστής κυρίως των μ , κ , δ υποδοχέων των οπιοειδών. Υπάρχουν περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με τη χορήγησή της σε κεντρικούς αποκλεισμούς. Η έναρξη δράσης της μετά από επισκληρίδια χορήγηση είναι ταχύτερη της μορφίνης όμως η διάρκεια δράσης της είναι σημαντικά μικρότερη.

Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν ασθενής 85 ετών, με κακοήθη νεοπλασία εγκάρσιου κόλου, υπεβλήθη σε εκλεκτική ανοικτή επέμβαση δεξιάς κολεκτομής. Παρουσιάζει συννοσηρότητες από το ιστορικό του για τις οποίες λαμβάνει αγωγή (στεφανιαία νόσος, αρτηριακή υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, δυσλιπιδαιμία, καλοήγη υπερπλασία προστάτη). Λόγω της βαρύτητας της χειρουργικής επέμβασης, συννοσηροτήτων και για την κάλυψη των αναλγητικών αναγκών επιλέχθηκε η τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα στο O2-O3 διάστημα και χορήγηση 60 mg λιδοκαΐνης (test dose) και 100mcg φαιτανύλης 30 λεπτά πριν την χειρουργική τομή. Ακολούθησε εισαγωγή στην αναισθησία με ενδοφλέβια χορήγηση 100mcg φαιτανύλης, προποφόλη, ροκουρόνιο και η διατήρηση έγινε με σεβοφλουράνιο (1 MAC). Πριν την χειρουργική τομή χορηγήθηκαν άλλα 100mcg φαιτανύλης ενδοφλέβια και 37.5 mg ροπιβακαΐνης επισκληρίδιως. Μέχρι το πέρας της επέμβασης χορηγήθηκαν συνολικά 97.5 mg ροπιβακαΐνης επισκληρίδιως. Η επέμβαση διήρκησε 3 ώρες και ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός.

Μισή ώρα πριν τη λήξη της χειρουργικής επέμβασης χορηγήθηκαν επισκληρίδιως 2mg οξυκωδόνης. Ακολούθησαν 3 εγχύσεις διαλύματος οξυκωδόνης 1mg με 18mg ροπιβακαΐνης στις 20, 30 και 50 ώρες από την λήξη της επέμβασης. Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός στην μετεγχειρητική περίοδο, διατηρώντας ικανοποιητικό επίπεδο αναλγησίας κατά τη διάρκειά χορήγησης της οξυκωδόνης (NRS<3), χωρίς ανάγκη αναλγητικών παραγόντων διάσωσης και χωρίς την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών.

Συμπέρασμα: Η χορήγηση οξυκωδόνης επισκληρίδιως αποτελεί μια πολύ καλή επιλογή για μετεγχειρητική αναλγησία και δεδομένα δείχνουν ότι συγκριτικά με την επισκληρίδιο μορφίνη, ο κνησμός και η μετεγχειρητική ναυτία και έμετος είναι μειωμένα. Η ισχυρή αναλγητική δράση της είναι δεδομένη, ωστόσο περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για την ασφάλεια της επισκληρίδιας χορήγησής της στην καθημερινή κλινική πράξη.

Βιβλιογραφία:

Piirainen P, et al. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2022, 23;15(5):643.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA33

Χορήγηση ναλμπουφίνης για μετεγχειρητική αναλγησία σε αιμοκαθαιρόμενο ασθενή. Παρουσίαση περιστατικού

Πάρης Τσενικλίδης, Αγάθη Καρακώστα, Κυριάκος Λύτρας-Σουλιώτης, Δήμητρα Οικονόμου, Αφροδίτη Βαγγελή, Ευαγγελία Σαμαρά, Γεωργία Μίχα, Πέτρος Τζίμας
Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Σχολή επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η ναλμπουφίνη είναι μεικτός αγωνιστής-ανταγωνιστής των υποδοχέων των οπιοειδών και τα πλεονεκτήματα της χρήσης της σε σχέση με τα άλλα οπιοειδή περιγράφονται από πληθώρα μελετών. Ωστόσο δεν υπάρχουν αναφορές για την χρήση της στη μετεγχειρητική αναλγησία σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Παρακάτω παρουσιάζεται μία περίπτωση χορήγησης ναλμπουφίνης για μετεγχειρητική αντιμετώπιση του πόνου σε έναν τέτοιο ασθενή.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής με τελικού σταδίου νεφρική νόσο υπό αιμοδιάλυση υπεβλήθη σε χειρουργείο πλαστικής αποκατάστασης του κολοβώματος του δεξιού κάτω άκρου του από προηγούμενο ακρωτηριασμό, και ταυτόχρονο ακρωτηριασμό του μέσου δακτύλου του δεξιού άνω άκρου, υπό γενική αναισθησία. Διεγχειρητικά έλαβε παρακεταμόλη 1gr και 400mcg φαιτανύλης. Η διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ήταν 90 λεπτά. Άμεσα μετεγχειρητικά ο πόνος ήταν ισχυρός (NRS 10). Αρχικά χορηγήθηκε τραμαδόλη 100mg, χωρίς αποτέλεσμα. Ακολούθησε η χορήγηση 7mg ναλμπουφίνης, μετά την οποία ο πόνος του ασθενούς παρουσίασε μεγάλη ύφεση (NRS<2).

Συζήτηση: Η μετεγχειρητική διαχείριση της αναλγησίας στους ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο εμφανίζει δυσκολίες και κινδύνους. Η χορήγηση οπιοειδών, που είναι η κύρια κατηγορία φαρμάκων για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς τα περισσότερα από αυτά, όπως και οι μεταβολίτες τους απομακρύνονται στα ούρα. Σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο, η χορήγησή τους ελλοχεύει τον κίνδυνο συσσώρευσης τους και την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Η ναλμπουφίνη έχει ευνοϊκότερο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της ανταγωνιστικής της δράσης στο μ-υποδοχέα των οπιοειδών. Ωστόσο η χορήγησή της για αναλγησία σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς δεν έχει μελετηθεί. Περισσότερες αναφορές στην ναλμπουφίνη γίνονται σε μελέτες για την διαχείριση του χρόνιου πόνου και του κνησμού που συσχετίζεται με την νεφρική νόσο τελικού σταδίου, όπου παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα για την αντιμετώπισή του.

Συμπέρασμα: Η χρήση οπιοειδών για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο εμφανίζει δυσκολίες. Η ναλμπουφίνη θα μπορούσε να αποτελέσει μία καλή εναλλακτική λόγω του ευνοϊκότερου προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών που παρουσιάζει. Ωστόσο χρειάζονται μελέτες που να εξετάζουν την χορήγησή της σε τέτοια κατηγορία ασθενών προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Βιβλιογραφία:

Hawi A et al. *BMC Nephrol.* 2015 8;16:47

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA34

Συγκριτική μελέτη αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της ενδοφλέβιας χορήγησης τραμαδόλης ή ναλβουφίνης για την ανακούφιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου

Χουστουλάκη Μαρίνα¹, Χρονάκης Ιωάννης¹, Μαργαριτσάνακη Παρασκευή¹, Ζώτου Βασιλική¹, Τουρλίτη Νικολέτα¹, Μανωλαράκη Μαρία², Μόκα Ελένη³

1 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

2 Βενιζέλειο-Πανάειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

3 Creta InterClinic

Εισαγωγή: Η αποτελεσματική ανακούφιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους της περιεγχειρητικής διαχείρισης των χειρουργικών ασθενών. Ιδανικά απαιτούνται φάρμακα που παρέχουν αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου, με χαμηλό ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών. Στην αναισθησιολογική φαρέτρα υπάρχουν διαθέσιμα πολλά φαρμακευτικά σκευάσματα, με δυνατότητα χορήγησης από διαφορετικές οδούς, για τη διαχείριση του πόνου κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Τα οπιοειδή αναλγητικά χρησιμοποιούνται συχνά, και αντιπροσωπεύουν μια κλασική – παραδοσιακή μέθοδο για την αντιμετώπιση και διαχείριση του μέτριου και σοβαρού μετεγχειρητικού πόνου.

Σκοπός: Πρωταρχικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση και η σύγκριση της αναλγητικής αποτελεσματικότητας, αναφορικά με τον μετεγχειρητικό πόνο, δύο οπιοειδών αναλγητικών, που χρησιμοποιούνται ενδοφλεβίως αμέσως μετά την αφύπνιση. Δευτερεύοντες στόχοι ήταν η μελέτη του χρόνου έναρξης δράσης του κάθε φαρμάκου, της διάρκειας της παρεχόμενης αναλγησίας, όπως και των αναφερόμενων ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χρήση τους.

Υλικό και Μέθοδος: Σε αυτήν την προοπτική, διπλή τυφλή μελέτη, που συμμετείχαν 2 περιφερειακά νοσοκομεία συμμετείχαν 40 ενήλικες ασθενείς ηλικίας 24-64 ετών, ASA II που υποβάλλονταν σε επέμβαση λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής υπό γενική αναισθησία. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες και ελάμβαναν ενδοφλεβίως, αμέσως μετά την αφύπνιση, είτε ναλβουφίνη 10 mg, είτε τραμαδόλη 100 mg. Η τυχαιοποίηση και η κατανομή των ασθενών στις δύο ομάδες πραγματοποιούνταν με την μέθοδο των τυχαίων αριθμών. Ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος ανά ασθενή (που ήταν υπεύθυνος για τις καταγραφές των παραμέτρων) δε γνώριζε ποιο από τα δύο οπιοειδή χορηγούνταν. Συγκρίθηκαν η ένταση του πόνου άμεσα MTX και για τις επόμενες 4 ώρες με τη χρήση της οπκικής αναλογικής κλίμακας για τον πόνο (VAS 0 έως 10) καθώς και η εμφάνιση επιπλοκών όπως ναυτία, έμετος, κνησμός, αναπνευστική καταστολή. Οι ασθενείς υποβάλλονταν σε γενική αναισθησία με προκαθορισμένο πρωτόκολλο κοινό για όλους και ελάμβαναν, ενδοφλεβίως άμεσα μετά την ενδοτραχειακή διασωλήνωση δεξαμεθαζόνη 8 mg και, 30 λεπτά πριν την αφύπνιση, δεξκετοπροφαίνη 50mg και παρακεταμόλη 1gr.

Αποτελέσματα: Ο άμεσος μετεγχειρητικός πόνος, 5 και 30 λεπτά μετά την αφύπνιση, μετά τη χορήγηση των οπιοειδών αναλγητικών, ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερος, σε σύγκριση με τον πόνο πριν από τη χορήγησή τους και στις δύο ομάδες (μείωση VAS score κατά $2.24 \pm 0.46/p=0.045$ και $3.15 \pm 0.46/p=0.041$ στην ομάδα της ναλβουφίνης και τραμαδόλης αντίστοιχα). Η αναλγητική αποτελεσματικότητα στα 5 και 30 λεπτά μετά τη χορήγηση των δύο οπιοειδών ήταν καλύτερη στην ομάδα της τραμαδόλης, ενώ στις 4 ώρες μετεγχειρητικά στην ομάδα της ναλβουφίνης, με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.031$ και $p=0.042$ αντίστοιχα). Η συχνότητα εμφάνισης ναυτίας και εμέτου στις ομάδες ναλβουφίνης και τραμαδόλης ήταν 13.3% και 18.9% αντίστοιχα, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπέρασμα: Η ενδοφλέβια χορήγηση τόσο της ναλβουφίνης, όσο και της τραμαδόλης παρείχαν αποτελεσματική μετεγχειρητική αναλγησία μετά από επέμβαση λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Η τραμαδόλη οδήγησε σε πρώιμη ανακούφιση από τον πόνο, αλλά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου, έναντι της ναλβουφίνης. Η τραμαδόλη είχε γρηγορότερη έναρξη δράσης, με ικανοποιητικότερη αναλγησία τα πρώτα 5 και 30 λεπτά σε σύγκριση με τη ναλβουφίνη, ενώ η ναλβουφίνη χαρακτηριζόταν από παρατεταμένη αναλγητική δράση, που διαρκούσε περισσότερο από 4 ώρες μετεγχειρητικά. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες, με την ενσωμάτωση μεγαλύτερου αριθμού ασθενών, προκειμένου να μπορούμε να καταλήξουμε σε σαφέστερα συμπεράσματα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA35

Συνδυασμός παρασπονδυλικού αποκλεισμού και αποκλεισμού του ορθωτήρα της ράχης μυός για μετεγχειρητική αναλγησία σύνθετου περιστατικού ασθενούς με μυασθένια Gravis και επανεμφάνιση θυμώματος για επανεπέμβαση και ανακατασκευή θωρακικού τοιχώματος

Ελένη Χάτσιου, Σταύρος Σαουλίδης, Πέτρος Γραμμένος, Ευστάθιος Θεοδοσιάδης, Άννα Γκιουλιάβα, Αικατερίνη Αμανίτη, Δέσποινα Σαρρίδου, Ελένη Αργυριάδου
Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ασθενής 69 ετών με ιστορικό μυασθένειας Gravis και αφαίρεσης θυμώματος προ 20ετίας. Λοιπό ιστορικό Α.Υ, ΧΚΜ και φαρμακευτική αγωγή με μονοκλωνικά αντισώματα, πυριδοστιγμίνη, β-αποκλειστή, αμιωδαρόνη και ανταγωνιστή υποδοχέων της αγγειοτενσίνης, η ασθενής προσήλθε προς χειρουργείο μετά από υποτροπή του όγκου ο οποίος διηθούσε το θωρακικό τοίχωμα με ανάγκη ανακατασκευής της στερνικής περιοχής.

Μέθοδοι: Σταθερή εισαγωγή στην αναισθησία υπό εφαρμογή πλήρους αιμοδυναμικού monitoring. Διασωλήνωση της τραχείας με αριστερόστροφο δίαυλο σωλήνα # 37 υπό βρογχοσκοπική καθοδήγηση. Μετά την εισαγωγή διενεργήθηκε αποκλεισμός του ορθωτήρα μυ της ράχης σε ύψος T4 με 20 ml ροπιβακαΐνης 0,375% και δεξαμεθαζόνη 8 mg. Η διατήρηση στην αναισθησία έγινε με TCI προποφόλης-ρεμιφεντανίλης. Η επέμβαση επεκτάθηκε και στην αριστερή πλευρά με διατομή των πλευρών από το στέρνο, εκτομή του στέρνου και των δύο πρώτων πλευρών από τη δεξιά πλευρά και διήρκησε συνολικά 8,5 ώρες. Πριν το τέλος της επέμβασης πραγματοποιήθηκε παρασπονδυλικός αποκλεισμός από τους χειρουργούς υπό άμεση όραση με 20 ml ροπιβακαΐνης 0,375% . Η ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ λόγω του ιστορικού της βαρύτητας της επέμβασης και της διάρκειας του μηχανικού αερισμού.

Αποτελέσματα: Αποτυχημένη προσπάθεια απογαλακτισμού από τον μηχανικό αερισμό λόγω ταχύπνοιας και χαμηλών όγκων με PS >12 mmHg. Επιτυχής αποσωλήνωση την επόμενη ημέρα με καλή πορεία νόσου και ταχεία ανάρρωση. Η μετεγχειρητική αναλγησία ήταν πολύ ικανοποιητική με αξιοσημείωτα χαμηλές τιμές στην αξιολόγηση της κλίμακας πόνου VAS σταθερά κάτω από 2-3 καθ'όλη την μετεγχειρητική περίοδο έως και 72 ώρες μετά την αποσωλήνωση.

Συμπέρασμα: Η ασθενής λόγω της νόσου της ήταν επιρρεπής σε αναπνευστικές επιπλοκές και ήταν σημαντική η επαρκής αναλγησία η οποία επιτεύχθηκε με συνδυασμό δύο διαφορετικών τοποπεριοχικών τεχνικών. Η προσθήκη δεξαμεθαζόνης βοήθησε την παράταση του αποκλεισμού ενώ εξαιρετικά αποτελέσματα είχε και η εφαρμογή παρασπονδυλικού αποκλεισμού από την αντίθετη πλευρά. Η επιτυχής αναλγητική αγωγή βοήθησε τον επιτυχή ανεπίπλεκτο ανάρρωση της ασθενούς.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA36

Συνδυασμός ροπιβακαΐνης με δεξαμεθαζόνη σε αποκλεισμό Ορθωτήρα μυ της ράχης για μετεγχειρητική αναλγησία μετά από δεξιά πρόσθια θωρακοτομή για αφαίρεση καλοήθους όγκου θωρακικού τοιχώματος.

Ελένη Χάτσιου, Ευστάθιος Θεοδοσιάδης, Σταύρος Σαουλιδής, Πέτρος Γραμμένος, Άννα Γκιουλιάβα, Αικατερίνη Αμανίτη, Δέσποινα Σαρρίδου, Ελένη Αργυριάδου
Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η προσθήκη δεξαμεθαζόνης σε διάλυμα τοπικού αναισθητικού φαίνεται να ενισχύει την αναλγησία και να παρατείνει των αισθητικό αποκλεισμό.

Μέθοδοι: Ασθενής ASA II 74 ετών για αφαίρεση όγκου από το θωρακικό τοίχωμα έλαβε γενική αναισθησία και αποκλεισμό μετά την εισαγωγή στην αναισθησία. Η διατήρηση έγινε με TCI προποφόλης και ρεμιφεντανύλης και χορηγήθηκε πολυπαραγοντική αναλγησία με φεντανύλη 250 γ, μορφίνη 10 mg, παρακεταμόλη 1 gr και παρεκοξίμη 40 mg πριν το τέλος της επέμβασης. Ο αποκλεισμός έγινε με υπέρηχο και χορηγήθηκαν 20 ml ροπιβακαΐνης 0,375% με δεξαμεθαζόνη 8 mg.

Αποτελέσματα: Διεγχειρητικά ο ασθενής είχε χαμηλές ανάγκες σε ρεμιφεντανύλη σταθερά κάτω από < 1 ng/ml. Ο ασθενής αποσωληνώθηκε μετά το πέρας της επέμβασης και εμφάνισε χαμηλό VAS score < 3+/-1,5 σε όλη την περίοδο των πρώτων 48 μετεγχειρητικών ωρών. Αξιοσημείωτη ήταν η χαμηλή ανάγκη για κατ'επείκλησιν αναλγησία επί πόνου (τραμαδόλη 50 mgX 4 φορές σύνολο) κατά την παραπάνω περίοδο ενώ λάμβανε συστηματικά παρακεταμόλη ανά 6 ώρες και παρεκοξίμη ανά 12 ωρο.

Συμπέρασμα: Ο συνδυασμός δεξαμεθαζόνης ροπιβακαΐνης είχε πολύ καλό αναλγητικό αποτέλεσμα και διατήρησε χαμηλές ανάγκες σε κατ'επείκλησιν αναλγησία. Αυτό βοήθησε στην γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς και ελαχιστοποίησε την εμφάνιση πιθανών παρενεργειών σχετιζόμενων με οπιοειδή.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA37

Αποκλεισμός της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός για μετεγχειρητική αναλγησία σε ασθενή με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου για επείγουσα επέμβαση περιεσφιγμένης ομφαλοκήλης

Ελευθερία Παλάσκα, **Ελένη Χάτσιου**, Μαριάννα Φεγγουδάκη, Αικατερίνη Αμανίτη, Δέσποινα Σαρρίδου, Ελένη Αργυριάδου
Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο είναι περισσότερο επιρρεπείς στις κατασταλτικές ιδιότητες των οπιοειδών και μπορεί να παρατηρηθεί παράταση της δράσης τους σε συνδυασμό με παράταση της αφύπνισης από τη γενική αναισθησία.

Μέθοδος: Ασθενής ηλικίας 47 ετών προσέρχεται σε μέρα γενικής εφημερίας λόγω περιεσφιγμένης ομφαλοκήλης. Από το ιστορικό η ασθενής αναφέρει χρόνια νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση, αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή και νοσηλεία προ έτους λόγω εγκεφαλίτιδας από ιό του Δυτικού Νείλου. Ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία με φαιντανύλη 0,15mg, προποφόλη 130 mg και ροκουρόνιο 100mg. Προ της χειρουργικής τομής διενεργήθηκε αποκλεισμός της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός άμφω υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και χορηγήθηκαν 30 ml διαλύματος Ropivacaine 0,5%. Η διατήρηση της αναισθησίας έγινε με δεσφλουράνιο ενώ διεγχειρητικά χρησιμοποιήθηκε ρεμφαιντανύλη ως επικουρικός αναλγητικός παραγόντας. Πριν το πέρας της επέμβασης η οποία διήρκεσε 2 ώρες χορηγήθηκε παρακεταμόλη για μετεγχειρητική αναλγησία.

Αποτελέσματα: Επιτυχής αποσπλήνωση της ασθενούς με το πέρας της επέμβασης και ταχεία ανάνηψη με άριστο επίπεδο συνείδησης. Η ποιότητα της μετεγχειρητικής αναλγησίας ήταν ικανοποιητική τόσο κατά την αφύπνιση όσο και κατά τις πρώτες 12 ώρες μετεγχειρητικά με αναφερόμενες τιμές στην αξιολόγηση της κλίμακας πόνου VAS σταθερά κάτω από 2-3.

Συμπεράσματα: Η τοποπεριοχική αναισθησία σε ασθενείς με νεφρική νόσο αποτελεί μια χρήσιμη μέθοδο η οποία παρέχει επαρκή αναλγησία συμβάλλοντας στη μείωση των απαιτήσεων σε οποιοεϊδή και κατ' επέκταση στην αποφυγή της συστηματικής συσσώρευσης των φαρμάκων αυτών.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA38

Αντιμετώπιση χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου μετά από χειρουργείο ανοιχτής βουβωνοκήλης - παρουσίαση περιστατικού

Καραουλάνη Χ., Γκελεβέ Γ., Τριανταφυλλίδου Ε.
Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας, Φλώρινα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Ασθενής, άνδρας 79 ετών, προσέρχεται στο ιατρείο πόνου, αναφερόμενος έντονη καυσαλγία στη βουβωνική περιοχή με σημείο έναρξης ένα προηγούμενο προγραμματισμένο χειρουργείο ανοιχτής αποκατάστασης βουβωνοκήλης προ ενός έτους. Από το ατομικό ιστορικό του, ο ασθενής παρουσιάζει Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και Στεφανιαία Νόσο. Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος (Chronic Post Surgical Pain – CPSP) αποτελεί μια από τις κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές στα χειρουργεία ανοιχτής αποκατάστασης βουβωνοκήλης, με σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στη μετεγχειρητική ανάρρωση και την ποιότητα ζωής των χειρουργημένων ασθενών. Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι να αναδείξουμε τις δυσκολίες της αντιμετώπισης των ασθενών αυτών.

Μέθοδοι: Ο ασθενής έως τότε είχε λάβει αρκετά διαφορετικά σκευάσματα αναλγητικών καθώς και πολλαπλές εγχύσεις με τοπικό αναισθητικό στο σημείο της τομής από το θεράπων χειρουργό, χωρίς επιτυχία. Έχοντας υπόψιν την κλινική εικόνα του ασθενούς καθώς και το ατομικό του ιστορικό, αποφασίσαμε να κάνουμε έγχυση τοπικά στο λαγονοβουβωνικό καθώς και λαγονουπογάστριο νεύρο με τη βοήθεια νευροδιεγέρτη και υπερήχου, με ropivacaine 0.75%.

Αποτελέσματα: Η έγχυση κρίθηκε επιτυχής, καθώς ο ασθενής σταδιακά κατά τω πέρασ των επόμενων ημερών ανέφερε ελαχιστοποίηση του προϋπάρχοντα πόνου στη βουβωνική περιοχή.

Συμπεράσματα: Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος αποτελεί υπαρκτό πρόβλημα κατά την περιεγχειρητική φροντίδα των χειρουργικών ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, η βέλτιστη διαχείριση του χρόνιου πόνου μετά από χειρουργική επέμβαση βουβωνοκήλης θα πρέπει να ξεκινά με ενδελεχή κλινική εξέταση για να αποκλειστούν άλλες αιτίες χρόνιου πόνου και να αποκλειστεί η υποτροπή. Συνιστάται μια κλιμακωτή προσέγγιση στη θεραπεία. Αρχικά, η αναμονή μπορεί να δοκιμαστεί, εάν μπορεί να γίνει ανεκτή από τον ασθενή, στη συνέχεια τα συστηματικά παυσίπονα αποτελούν κλασσική επιλογή, που τελικά κλιμακώνονται σε μπλοκ και χειρουργική επέμβαση ως τελική επιλογή

Βιβλιογραφία:

1. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* 2019; 160: 45e52
2. Pogatzki-Zahn E, Segelcke D, Zahn P. Mechanisms of acute and chronic pain after surgery: update from findings in experimental animal models. *Curr Opin Anaesthesiol* 2018; 31: 575e85
3. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet* 2019; 393: 1537e46
6. Richebe P, Capdevila X, Rivat C. Persistent postsurgical pain: pathophysiology and preventative pharmacologic considerations. *Anesthesiology* 2018; 129: 590e607
4. Page MG, Kudrina I, Zomahoun HTV et al. A systematic review of the relative frequency and risk factors for prolonged opioid prescription following surgery and trauma among adults. *Ann Surg* 2020; 271: 845e54
5. Montes A, Roca G, Sabate S et al. Genetic and clinical factors associated with chronic postsurgical pain after hernia repair, hysterectomy, and thoracotomy: a two-year multicenter cohort study. *Anesthesiology* 2015; 122: 1123e41

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

ΕΑ39

Περιεγχειρητική διαχείριση ασθενούς με νόσο του Steinert (M.D.1, μυοτονική δυστροφία τύπου 1)

Φώτιος Υφαντίδης, Χρήστος Τσαντίκος, Βασίλης Βασιλόπουλος, Μανώλης Γανίτης, Κώστας Χαλαστάρας, Έλενα Λογοθέτη
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Β. Αχιλλοπούλει, Βόλος

Εισαγωγή: Η νόσος του Steinert αποτελεί τη συχνότερη μορφή μυϊκής δυστροφίας που αναπτύσσεται στην ενήλικη ζωή, με συχνότητα εμφάνισης 1:20.000. Αφορά σε πολυ συστηματικές διαταραχές και επηρεάζει τους σκελετικούς και λείους μύες, όπως επίσης τα μάτια, την καρδιά, το αναπνευστικό, το ενδοκρινικό, το γαστρεντερικό και κεντρικό νευρικό σύστημα^{1,2,3}. Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν αποτελούν πρόκληση για τη χορήγηση της γενικής αναισθησίας.

Μέθοδος: Ασθενής, θήλυ 48 ετών, ASA III, με διάγνωση DM1, προ 1,5 έτους, και πρόσφατη νοσηλεία 7 ημερών για οξεία χολοκυστίτιδα προσέρχεται εκ νέου με άλγος δεξιού υποχονδρίου και επιγαστρίου. Οικογενειακό ιστορικό: υιός με DM1 και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο σε ηλικία 19 ετών. Η άμεση επανεμφάνιση των συμπτωμάτων οδήγησε στην απόφαση για άμεση χειρουργική αντιμετώπιση με ανοικτή προσπέλαση. Λόγω του ιστορικού και της γενικότερης κατάστασης της ασθενούς, το αναισθησιολογικό πλάνο ορίστηκε σε νευραξονικό αποκλεισμό με τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα. Ο καθετήρας τοποθετήθηκε στο διάστημα O₂-O₃ και ακολούθησε έγχυση 67,5mg ροπιβακαίνης, 100 γ φαιντανύλης και 60mg λιδοκαίνης. Η ασθενής βρισκόταν σε αυτόματη αναπνοή, ενώ της χορηγούνταν O₂ με ρινικό καθετήρα. Στη συνέχεια, διενεργήθηκε τομή Kocher καθώς και μερική αποκόλληση των στοιχείων, χωρίς σημάδια ενόχλησης της ασθενούς.

Αποτελέσματα: Μετά την παρέλευση 2,5 ωρών και ενώ η ασθενής ανέφερε ότι αρχίζει να νιώθει ενοχλήσεις, διαπιστώνεται η αδυναμία χορήγησης νέας δόσης επισκληριδίου και αποφασίζεται η μετατροπή της αναισθησίας σε γενική, TIVA, με μικρές δόσεις Propofol και Remifentanil στάγδην, ενώ δίνεται και μία δόση Rocuronium 20 mg. Εφαρμόζεται monitoring βάθους αναισθησίας (BIS) και νευρομυϊκής παρακολούθησης (TOF). Με το πέρας της επέμβασης, κατά την αφύπνιση, χορηγήθηκαν 300mg Suggamadex +100mg ακολούθως, με την ασθενή να αποσωληνώνεται επιτυχώς και να μεταφέρεται στην Μ.Ε.Θ για μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Συμπέρασμα: Η μυοτονική δυστροφία είναι μια σπάνια πολυσυστηματική νόσος και προϋποθέτει πολυεπιστημονική προσέγγιση, λόγω του υψηλού κινδύνου επιπλοκών, τόσο από το αναπνευστικό, όσο και από το καρδιαγγειακό. Η περιοχική αναισθησία θα πρέπει να προτιμάται έναντι της γενικής, ιδιαίτερα σε ασθενείς με M.D. 1 λόγω του πιθανού κινδύνου ανάπτυξης αναπνευστικής ανεπάρκειας^{4,5,6}.

Βιβλιογραφία:

1. Barash PG, et al. *Clinical Anesthesia*. 4th edition. pgs. 32-34, 493-494, 1997
1. Mathieu J, Allard P, et al: *Anesthetic and surgical complications in 219 cases of myotonic dystrophy*. *Neurology* 1997; 49:1646-1650.
2. Ishizawa Y, et al. *A serious complication due to gastrointestinal malfunction in a patient with myotonic dystrophy*. *Anesth Analg* 1986; 65:1066-1068
3. Barash PG, et al. *Clinical Anesthesia*. 4th edition. pgs. 32-34, 493-494, 1997
4. Catena V, et al. *Anesthesia and myotonic dystrophy (Steinert's syndrome). The role of intravenous anesthesia with propofol, cis-atracurium, and remifentanyl. A case report*. *Minerva Anesthesiol*. 2007 Sept; 73(9) 475-9.
5. Kinney MAO, Harrison BA. *Propofol-induced myotonia in myotonic dystrophy*. *Anesth Analg* 2009; 83:665-6.
6. Aquilina A, Groves J. *A combined technique utilizing regional anesthesia and target-controlled sedation in a patient with myotonic dystrophy*. *Anaesthesia* 2002; 57:385.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεγχειρητική Αναλγησία

EA40

Αναισθησία ελεύθερη από οπιοειδή (Opioid free anesthesia) σε χειρουργεία πλαστικής ρινικού διαφράγματος

Ζαπάντης-Γάκης Χρήστος¹, Ζαρογιάννη Θεοδώρα¹, Μανούσκου Νεοκλίτσα¹, Κατσιλής Γεώργιος², Γρηγοριάδου Χάρις¹, Ιωαννίδης Ραφαήλ¹
1 Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα
2 ΩΡΛ Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Εισαγωγή: Η χορήγηση αναισθησίας χωρίς οπιοειδή είναι μια σύγχρονη τάση στην Αναισθησιολογία, κερδίζοντας συνεχώς έδαφος. Ο σκοπός της παρούσας προδρομικής μελέτης είναι η έρευνα συγκεκριμένου σχήματος αναλγησίας ελεύθερου οπιοειδών σε ΩΡΛ χειρουργεία πλαστικής ρινικού διαφράγματος.

Μέθοδοι: Όλοι οι ασθενείς της μελέτης έλαβαν γενική αναισθησία χωρίς οπιοειδή και πάντα υπό την καθοδήγηση του μόνιτορ μέτρησης αλγαισθησίας (NOL monitor). Το αναλγητικό σχήμα περιλαμβάνει 100mg λιδοκαΐνης, 50g δεξμεδετομιδίνης και 25mg κεταμίνης στην εισαγωγή στην αναισθησία. Μετά τη διασωλήνωση, ξεκινάει στάγδην έγχυση διαλύματος 150g δεξμεδετομιδίνης και 50mg κεταμίνης, η ροή του οποίου ρυθμίζεται με βάση τις τιμές του NOL, ενώ πριν την έναρξη του χειρουργείου χορηγούνται επιπλέον 25mg κεταμίνης, 50mg-100mg λιδοκαΐνης, 2500mg μαγνήσιο, 1000 mg παρακεταμόλης και 50mg δεξκετοπροφαίνης. Η διατήρηση της αναισθησίας βασίζεται στο δεσφλουράνιο υπό την καθοδήγηση του BIS. Η τελική αξιολόγηση περιλαμβάνει την εκτίμηση του αναλγητικού αποτελέσματος μετά την αφύπνιση με το VAS score, την καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών και, το σημαντικότερο, το αν εν τέλει απαιτήθηκε η χρήση δόσης διάσωσης φεντανύλης διεγχειρητικά για τη διατήρηση του NOL μεταξύ 10-25.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη εισήχθησαν 43 ασθενείς που έλαβαν αναισθησία ελεύθερης οπιοειδών για πλαστική ρινικού διαφράγματος από το Μάιο 2023 έως το Μάρτιο 2024. Το σύνολο των ασθενών μετά την αφύπνιση είχε VAS score 0 ως 2. Οι ασθενείς δήλωσαν στο σύνολό τους ιδιαίτερα ευχαριστημένοι από την ποιότητα της αναισθησίας. Οι 20 από τους 43 ασθενείς είχαν λάβει στο πρόσφατο παρελθόν γενική αναισθησία και περιέγραψαν την παρούσα αναισθησία ως εξίσου καλή ή καλύτερη. Τέλος μόνο στον 1 από τους 43 ασθενείς απαιτήθηκε δόση διάσωσης φεντανύλης για τη διατήρηση του NOL.

Συμπέρασμα: Η αναισθησία ελεύθερης οπιοειδών αποτελεί ένα πεδίο, το οποίο ενέχει πολλή μελέτη και στο μέλλον φαίνεται ότι θα κερδίσει ακόμη μεγαλύτερο έδαφος στην Αναισθησιολογία, ιδίως μετά την πρόσφατη κρίση των οπιοειδών που εξελίσσεται σε παγκόσμια μάστιγα.

Βιβλιογραφία:

- Léger M, Pessiot-Royer S, Perrault T, Parot-Schinkel E, Costerousse F, Rineau E, Lasocki S. The effect of opioid-free anesthesia protocol on the early quality of recovery after major surgery (SOFA trial): study protocol for a prospective, monocentric, randomized, single-blinded trial. *Trials*. 2021 Nov 27;22(1):855.
- Goff J, Hina M, Malik N, McLardy H, Reilly F, Robertson M, Ruddy L, Willox F, Forget P. Can Opioid-Free Anaesthesia Be Personalised? A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*. 2023; 13(3):500.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Καρκινικός Πόνος & Παρηγορική Θεραπεία

ΕΑ41

Ο θαυμαστός κόσμος της παρηγορητικής φροντίδας στην κατ'οίκον νοσηλεία. Εμπειρία του έτους 2023

Μαρία Κοκολάκη¹, Φωτεινή Μακρή¹, Κωνσταντίνος Ιωαννίδης², Νικόλαος Φυρφύρης², Βικτωρία Κουτσοκούκου³, Ιωάννης Μπερδούσης⁴, Αθηνά Βαδαλούκα⁴, Ιωάννα Σιαφάκα⁴
1 Ιατρείο πόνου, Γενικό Νοσοκομείο Σισμανόγλειο-Αμαλίας Φλέμινγκ
2 "Άγιος Σάββας" Γενικό Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών
3 Γενικό νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς"
4 ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Εισαγωγή: Η παρηγορητική φροντίδα στην κατ'οίκον νοσηλεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα του ασθενούς και η αξία της έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και στη διατήρηση της αξιοπρέπειας.

Σκοπός μας είναι η καταγραφή της εμπειρίας ενός έτους από την παροχή παρηγορητικής φροντίδας στην κατ'οίκον νοσηλεία από την ομάδα της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Υλικό: Τα μέλη της ομάδας είναι πέντε ιατροί εθελοντές αναισθησιολόγοι, δύο νοσηλευτές και δύο ψυχολόγοι. Το έτος 2023 έγιναν 120 επισκέψεις σε διάφορες περιοχές της Αθήνας. Οι ασθενείς ήταν συνολικά 48, 30 άνδρες και 18 γυναίκες, ηλικίας 56 έως 88 ετών. Η κύρια νόσος των ασθενών ήταν καρκίνος. Στους ασθενείς εκτός από τον έλεγχο του πόνου, υπήρχε αντιμετώπιση των συνοδών συμπτωμάτων, των παρενεργειών από τη χορήγηση των φαρμάκων, καθώς και τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής τους, όπου χρειαζόταν. Επιπλέον σημαντική ήταν και η αντιμετώπιση των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών από ψυχολόγο, ενώ οι νοσηλευτές ήταν υπεύθυνοι της εκπαίδευσης των συγγενών, των φροντιστών των ασθενών, όσον αφορά την ορθή χορήγηση της αγωγής τους. Η ομάδα της παρηγορητικής φροντίδας είχε συχνή τηλεφωνική επικοινωνία με τους ασθενείς.

Αποτελέσματα: Η ομάδα παρηγορητικής φροντίδας αξιολογούσε συνεχώς τις απαιτήσεις των ασθενών. Από την εμπειρία μας, φαίνεται ότι οι συγγενείς και φροντιστές των ασθενών βρίσκονται κυρίως σε κατάσταση άγχους και πανικού, αγωνιούν στη σκέψη ότι ο άνθρωπος τους φθάνει στο τέλος της ζωής τους.

Συμπεράσματα: Η παρηγορητική φροντίδα με την κατ'οίκον νοσηλεία ενισχύει την αυτοπεποίθηση των ασθενών και βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους. Η παρηγορητική φροντίδα στο 88% των παγκόσμιων αναγκών δεν καλύπτεται από τα εθνικά συστήματα υγείας. "Στη ζωή προσπαθείς μόνος να διατηρήσεις την αξιοπρέπεια σου. Στο θάνατο όμως, κάποιος άλλος το κάνουν για σένα", είναι λόγια που συχνά ακούγονται από τους ασθενείς. Η εμπειρία από την κατ'οίκον νοσηλεία της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. είναι πλούσια σε συναισθήματα που συνθέτουν ένα πραγματικά "θαυμαστό κόσμο".

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Καρκινικός Πόνος & Παρηγορική Θεραπεία

EA42

Σύγκριση αποτελεσματικότητας συνδυασμού τραμαδόλης-πρεγκαμπαλίνης σε σχέση με το συνδυασμό ταπενταδόλης-πρεγκαμπαλίνης στον καρκινικό νευροπαθητικό πόνο

Παπαγεωργίου Ειρήνη¹, Φανερωμένος Περικλής³, Χαρατοής Χρήστος¹, Χατζηδημητρίου Ιωάννης³, Σμαραγδής Γεώργιος³, Κακοσημιδή Όλγα², Ανίσσογλου Σουζάνα¹
1 Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος
2 Καρδιολόγος-εξειδ. Εντατικολογίας
3 Ειδικευόμενος Αναισθησιολογίας
ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο

Σκοπός: Αναλγητική δράση και ανεπιθύμητες ενέργειες του συνδυασμού τραμαδόλης-πρεγκαμπαλίνης σε σχέση με το συνδυασμό ταπενταδόλης-πρεγκαμπαλίνης στον καρκινικό νευροπαθητικό πόνο.

Μέθοδος: Μελετήσαμε για χρονικό διάστημα 6 μηνών και συγκεκριμένα από το Νοέμβριο του 2023 έως και τον Απρίλιο του 2024, 20 ασθενείς με καρκινικό νευροπαθητικό πόνο υπό αγωγή με τραμαδόλη ή ταπενταδόλη, σε συνδυασμό με πρεγκαμπαλίνη και καταγράψαμε την κλίμακα πόνου NRS 1 μήνα μετά την έναρξη της θεραπείας, αν υπήρξαν ανεπιθύμητες ενέργειες στους 2 συνδυασμούς φαρμάκων και αν χρειάστηκε αλλαγή αγωγής.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: 20 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη (60% άρρενες και 40 % γυναίκες στο συνδυασμό της τραμαδόλης και 55% άρρενες και 45% γυναίκες στο συνδυασμό της ταπενταδόλης), με μέσο όρο (ΜΟ) ηλικίας τα 54,5 έτη στην 1η ομάδα και τα 61 έτη στη 2η. Στην 1η ομάδα ο ΜΟ της NRS στην αρχή της θεραπείας ήταν 9 και στην επανεκτίμηση 1 μήνα μετά ήταν 5. Μόνο σε 2 ασθενείς χρειάστηκε αλλαγή φαρμάκου λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Στη 2η ομάδα ο ΜΟ της NRS στην αρχή της θεραπείας ήταν επίσης 9 και στην επανεκτίμηση 1 μήνα μετά ήταν 6. Μόνο 1 ασθενής εκδήλωσε ανεπιθύμητες ενέργειες και σε 2 ασθενείς έγινε αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής λόγω ανεπαρκούς αναλγησίας. Συγκριτικά και οι 2 συνδυασμοί φαρμάκων ήταν αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση του καρκινικού νευροπαθητικού πόνου.

Βιβλιογραφία:

Clinical practice guidelines. Management of cancer pain, ESMO,2019

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Καρκινικός Πόνος & Παρηγορική Θεραπεία

ΕΑ43

Νευροπάθεια στη στοματική κοιλότητα προκαλούμενη από συνήθη χημειοθεραπευτικά φάρμακα: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Μαρία Κουρή¹, Μαρτίνα Ρεκατσίνα², Αθανασία Τσαρουχά², Ιωάννα Σιαφάκα², Νικόλαος Νικητάκης¹, Αθηνά Βαδαλούκα³

1 Κλινική Στοματολογίας και Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 11527, Ελλάδα

2 Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 11528, Ελλάδα

3 Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, 15125, Αθήνα

Εισαγωγή: Η περιφερική νευροπάθεια που προκαλείται από χημειοθεραπεία (ΠΝΧ) αποτελεί επιπλοκή κυτταροτοξικών χημειοθεραπευτικών παραγόντων όπως η πλατίνα, οι ταξάνες, τα βίνκα αλκαλοειδή, η θαλιδομίδη και η κυκλοφωσφamide. Η συχνότητά της ποικίλλει και εξαρτάται κυρίως από τον χημειοθεραπευτικό παράγοντα, τη δόση και την όποια προϋπάρχουσα νευρική βλάβη. Η σχετιζόμενη με χημειοθεραπεία περιφερική νευροπάθεια στη στοματική και περιστοματική περιοχή (ΣΠΝΧ) συχνά παραβλέπεται. Σκοπός της ανασκόπησης είναι να παρουσιαστούν τα υπάρχοντα δεδομένα στην ΣΠΝΧ.

Μέθοδοι: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε, ακολουθώντας τις οδηγίες SANRA, στις βάσεις δεδομένων PubMed και Cochrane. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες που δημοσιεύτηκαν μέχρι το Σεπτέμβριο του 2023. Εξαιρέθηκαν άρθρα που αναφέρονται σε νευροπάθεια, νευροπαθητικό πόνο ή βλεννογονίτιδα λόγω ακτινοθεραπείας καρκίνου κεφαλής και τραχήλου, λοίμωξη ή μετεγχειρητικό πόνο.

Αποτελέσματα: Τα περισσότερα δεδομένα προέρχονται από αναφορές περιστατικών. Τα χημειοθεραπευτικά με βάση την πλατίνα μπορεί να προκαλέσουν ευαισθησία στο κρύο, νευραλγία τριδύμου, πόνο στις γνάθους, μυρμήκιασμα στη στοματική κοιλότητα και οδοντική υπερευαισθησία. Οι ταξάνες μπορεί να προκαλέσουν αιμωδία και μυρμήκιασμα στη στοματική κοιλότητα, μυρμήκιασμα της γλώσσας και υπερευαισθησία στο θερμό. Τα βίνκα αλκαλοειδή έχουν αναφερθεί ότι προκαλούν πόνο στη γνάθο, στα δόντια, στα χείλη καθώς και υπεραλγησία του στοματικού βλεννογόνου. Έχει επίσης καταγραφεί μονόπλευρη πάρεση του κατώτερου κινητικού νευρώνα του προσωπικού νεύρου με απόκλιση της γωνίας του στόματος. Τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα προκαλούν αιμωδία των χειλέων και της γλώσσας. Οι ακυλιωτικοί παράγοντες προκαλούν μυρμήκιασμα της γλώσσας, των χειλέων και υπερευαισθησία των δοντιών στο κρύο. Η ΣΠΝΧ οφείλεται σε αλλαγές στην κυτταρική δομή και λειτουργία, με κύριους εμπλεκόμενους μηχανισμούς μεταβολές στους υποδοχείς της μεμβράνης, τον μεταβολισμό, την ενδοκυτταρική σηματοδότηση, τη νευροδιαβίβαση και τη διεγερσιμότητα.

Συμπεράσματα: Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ΣΠΝΧ. Περαιτέρω προοπτικές μελέτες θα δώσουν περισσότερα δεδομένα στον ακριβή επιπολασμό, τα συμπτώματα και τους υπεύθυνους μηχανισμούς. Οι γιατροί, οι οδοντίατροι και άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε εγρήγορση και να τεκμηριώνουν την ΣΠΝΧ.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Καρκινικός Πόνος & Παρηγορική Θεραπεία

EA44

Μελέτη σκοπιμότητας σε πραγματικές συνθήκες μιας ψηφιακής πλατφόρμας υγείας σε επιζώντες καρκίνου μεγάλης ηλικίας

Παναγιώτης Καρτσίδης¹, Σοφία Ρέππου¹, Γεώργιος Πετριδής¹, Δέσποινα Μάντζιαρη¹, Πέτρος Σουντουλίδης², Σοφία Λέββα¹, Πάρης Λαγάκης¹, Ιωάννης Πουλτουρτζίδης¹, Παναγιώτης Μπαμίδης¹, Αντώνης Μπίλλης¹

1 Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

2 Α' Ουρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ψηφιακή υγεία είναι το μέλλον της φροντίδας του καρκίνου και καινοτομίες όπως η τεχνητή νοημοσύνη, τα μεγάλα δεδομένα και οι έξυπνοι αισθητήρες. Το LifeChamps (<https://lifechamps.eu/>) συνδυάζει τη συλλογή πολυπαραγοντικών δεδομένων σε πραγματικές συνθήκες και μια ψηφιακή πλατφόρμα με σκοπό να ενισχύσει τη φροντίδα που λαμβάνουν οι επιζώντες καρκίνου μεγάλης ηλικίας και οι κλινικές ομάδες υποστήριξης τους κατά την απομακρυσμένη παρακολούθηση των ασθενών τους. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό τον προσδιορισμό των παραμέτρων που επηρεάζουν τη σκοπιμότητα και αποδοχή χρήσης της ψηφιακής πλατφόρμας LifeChamps όταν χρησιμοποιείται από επιζώντες καρκίνου και κλινικές ομάδες σε πραγματικές συνθήκες.

Μέθοδοι: Το πρωτότυπο της πλατφόρμας δοκιμάστηκε σε επιζώντες καρκίνου ηλικίας 65 ετών και άνω με καρκίνο του μαστού / προστάτη ή μελάνωμα από την Ελλάδα, την Ισπανία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Μια προοπτική μελέτη 3 μηνών διεξήχθη χρησιμοποιώντας έξυπνο ρολόι, έξυπνη ζυγαριά και υπέρυθρους αισθητήρες κίνησης, καθώς και μια εφαρμογή για έξυπνα κινητά τηλέφωνα για την υποβολή κλινικών ερωτηματολογίων από τους ασθενείς σε μηνιαία βάση.

Αποτελέσματα: Συνολικά εντάχθηκαν στη μελέτη 121 ασθενείς (58 γυναίκες) με μέση ηλικία 72 έτη, με ποσοστό ένταξης 48% και ποσοστό παραμονής στη μελέτη 93,3%. Η συμμόρφωση με τη χρήση του έξυπνου ρολογιού ήταν κατά μέσο όρο 66%, ακολουθούμενη από το 55,7% για την έξυπνη ζυγαριά, ενώ το 51,7% των συμμετεχόντων υπέβαλε όλα τα ερωτηματολόγια.

Συμπέρασμα: Η ψηφιακή πλατφόρμα φροντίδας της LifeChamps παρακολουθεί με επιτυχία τη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων επιζώντων από καρκίνο. Τα ευρήματά μας έδειξαν υψηλότερη συμμόρφωση στη χρήση του έξυπνου ρολογιού, αντί της ευφυούς κλίμακας, και χαμηλή συμμόρφωση στην υποβολή ερωτηματολογίων μέσω της εφαρμογής για κινητά.

Βιβλιογραφία:

1. N. Papachristou et al., "A Smart Digital Health Platform to Enable Monitoring of Quality of Life and Frailty in Older Patients with Cancer: A Mixed-Methods, Feasibility Study Protocol," *Semin Oncol Nurs*, p. 151437, May 2023, doi: 10.1016/J.SONCN.2023.151437
2. Kartsidis, P., et al. "Experiences of a supportive digital platform for older cancer survivors: the LifeChamps pilot study." *Journal of Geriatric Oncology* 14.8 (2023): S87, doi:10.1016/s1879-4068(23)00438-1

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Καρκινικός Πόνος & Παρηγορική Θεραπεία

EA45

Η τιτλοποιημένη χορήγηση σταγόνων τραμαδόλης για διαχείριση καρκινικού πόνου σε ηλικιωμένο ασθενή με μεταστατικό καρκίνο προστάτη

Παπαδοπούλου Ανδρονίκη, Αναγνωστίδου Κορίνα, Βαλσαμίδης Ματθαίος,
Βαξεβανίδου Αρχοντία
Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Θ. «Γ.Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η χρήση τραμαδόλης για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου αποτελεί μια κοινή πρακτική με ευεργετική δράση στους ασθενείς, καθώς εξασφαλίζει εξαιρετική αναλγησία με καλή διάρκεια δράσης, γεγονός που τη συγκαταλέγει σε 2ης γραμμής αναλγητικό στον αλγόριθμο του ΠΟΥ για τη διαχείριση του πόνου.

Μέθοδοι: Η παρούσα εργασία αποτελεί παρουσίαση κλινικού περιστατικού, στο οποίο χορηγήθηκαν τιτλοποιημένα σταγόνες τραμαδόλης για διαχείριση χρόνιου πόνου οφειλόμενου σε μεταστατικό καρκίνο προστάτη, σε συνδυασμό με ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Άρρεν ασθενής 86 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης προσήλθε στο ιατρείο πόνου αιτιώμενος χρόνια άλγος οφειλόμενο σε πολλαπλές οστικές μεταστάσεις από καρκίνο προστάτη (NRS:8). Ο ασθενής λάμβανε φαρμακευτική αγωγή με αντιανδρογόνα καθώς και αναλγητική αγωγή με παρακεταμόλη ή κωδεΐνη/παρακεταμόλη. Κατά την προσέλευσή του διακατέχεται από έντονη δυσθυμία, καταθλιπτική διάθεση και άρνηση λήψης τροφής. Χορηγήθηκαν σταγόνες τραμαδόλης σε συνδυασμό με παρακεταμόλη τιτλοποιημένα (έναρξη με 50mg τραμαδόλης και 1,5 gr παρακεταμόλης/ ημέρα με σταδιακή αύξηση στα 87,5mg τραμαδόλης/ ημέρα), καθώς επίσης έγινε σύσταση για σωστή και ισορροπημένη διατροφή. Επίσης, δόθηκε η δυνατότητα επικοινωνίας του ασθενούς με το ιατρείο πόνου μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης για τροποποίηση της φαρμακευτικής του αγωγής, η οποία συνέβαλε και στη βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης. Ο ασθενής στο follow-up των 3, 6, 9 και 12 μηνών παρουσίασε σημαντική βελτίωση του καρκινικού πόνου (NRS:2), χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες από τη δράση των αναλγητικών και με εξίσου σημαντική βελτίωση της ψυχικής του υγείας.

Συμπεράσματα: Η από του στόματος χορήγηση σταγόνων τραμαδόλης αποδείχθηκε καθοριστικής σημασίας στη διαχείριση του καρκινικού πόνου ασθενούς με μεταστατικό καρκίνο προστάτη, αναδεικνύοντας τον κλινικό της ρόλο στη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Η χορήγησή της ακόμα και σε χαμηλότερες δόσεις από τις συνήθεις που περιγράφονται στη βιβλιογραφία προσφέρει ικανή αναλγησία με αποφυγή των ανεπιθύμητων ενεργειών όπως ναυτία, έμετο, ζάλη. Τέλος, η δυνατότητα επικοινωνίας του ασθενή με το ιατρείο συμβάλει στη βελτίωση της ψυχικής του υγείας.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Καρκινικός Πόνος & Παρηγορική Θεραπεία

EA46

Αντιμετώπιση νευροπαθητικού άλγους ασθενούς με καρκίνο αμυγδαλής με χρήση εμπλάστρων λιδοκαΐνης

Ανδρονίκη Παπαδοπούλου, Εβελίνα Πιπέργια, Δέσποινα Κώνα, Αρχοντία Βαξεβανίδου
Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΘ «Γ.Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Τα εμπλάστρα λιδοκαΐνης χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία η χρήση τους μπορεί να αποβεί αποτελεσματική τόσο στη διαχείριση του άλγους όσο και στη μείωση χρήσης οπιοειδών των καρκινοπαθών ασθενών.

Μέθοδοι: Η παρούσα εργασία αποτελεί μελέτη περίπτωσης που αφορά ασθενή με νευροπαθητικό άλγος που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με εμπλάστρα λιδοκαΐνης. Ακόμα, έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με τη χρήση τους σε αντίστοιχες περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: Ασθενής άρρεν 54 ετών προσήλθε στο ιατρείο πόνου προ 1,5 έτους αιτιώμενου άλγους στον τράχηλο μετά από ακτινοθεραπεία λόγω καρκίνου αμυγδαλής. Ο ασθενής λάμβανε πρεγκαμπαλίνη 500mg/ημέρα και ντουλοξετίνη 120mg/ημέρα. Επιπλέον, είχε υποβληθεί σε εγχύσεις botox και κορτικοστεροειδών, θεραπεία με μαλάξεις στην περιοχή και αρνιόταν τη λήψη οπιοειδών. Το score στην κλίμακα NRS παρέμενε 4-5. Στο πλαίσιο της πολυπαραγοντικής αναλγησίας συστήθηκε επιπρόσθετα στον ασθενή η καθημερινή εφαρμογή εμπλάστρων λιδοκαΐνης στο ίδιο σημείο, συνεχίζοντας τη λοιπή του φαρμακευτική αγωγή. Μετά την τρίτη ημέρα εφαρμογής ανέφερε σημαντική βελτίωση του άλγους με NRS score 1-2. Ο ασθενής ανέφερε επιπλέον ότι όταν διέκοπτε την εφαρμογή των εμπλάστρων για περισσότερες από 2 ημέρες αυξανόταν η ένταση του άλγους. Στο follow-up των 3,6 και 12 μηνών ο ασθενής παρουσίαζε σταθερή βελτίωση και ήταν πλήρως λειτουργικός.

Συμπέρασμα: Συμπερασματικά, τα εμπλάστρα λιδοκαΐνης αποτελούν επιπρόσθετο όπλο στη φαρέτρα του αναισθησιολόγου στο πλαίσιο της πολυπαραγοντικής αντιμετώπισης του νευροπαθητικού πόνου. Η χρήση τους μπορεί να είναι καταλυτική στη διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Καρκινικός Πόνος & Παρηγορική Θεραπεία

EA47

Χορήγηση ναλμπουφίνης σε μετεγχειρητικούς ογκολογικούς ασθενείς

Παπαγεωργίου Ειρήνη¹, Φανερωμένος Περικλής⁴, Χαρατσής Χρήστος², Χατζηδημητρίου Ιωάννης⁴, Σμαραγδής Γεώργιος⁴, Ξενιτίδης Αναστάσιος⁴, Κακοσημίδη Όλγα³, Ανίσσογλου Σουζάνα¹

1 Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος

2 Αναισθησιολόγος

3 Καρδιολόγος-εξειδ. Εντατικολογίας

4 Ειδικευόμενος Αναισθησιολογίας

ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο

Σκοπός: Αναλγητική δράση και ανεπιθύμητες ενέργειες της ενδοφλέβιας χορήγησης δ/τος ναλμπουφίνης σε μετεγχειρητικούς ογκολογικούς ασθενείς

Μέθοδος: Μελετήσαμε για χρονικό διάστημα 6 μηνών και συγκεκριμένα από το Νοέμβριο του 2023 έως και τον Απρίλιο του 2024, τους ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ μετά από μείζονα ογκολογική επέμβαση (κοιλίας ή ουροποιητικού), οι οποίοι έλαβαν ναλμπουφίνη cίν για μετεγχειρητική αναλγησία. Καταγράψαμε την κλίμακα πόνου NRS 24 ώρες μετά την έναρξη της cίν χορήγησης, αν ο ασθενής έλαβε άλλα συνοδά αναλγητικά, αν χρειάστηκαν bolus δόσεις διάσωσης και αν υπήρξαν ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: 30 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη (56,6% άρρενες και 43,4 % γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας τα 67,28 έτη. Όλοι οι ασθενείς, στα πλαίσια της πολυπαραγοντικής αναλγησίας, έλαβαν μετεγχειρητικά παρακεταμόλη 1gx2 iv και δεξκετοπροφαίνη 50 mgx2 iv. Η συνολική ημερήσια ενδοφλέβια δόση ναλμπουφίνης ήταν κατά μέσο όρο 82,09 mg, με μέση τιμή NRS στις 24 ώρες 2,45. Θεωρώντας ως ακραίες ημερήσιες δόσεις οποιαδήποτε τιμή <30mg/d και >120mg/d και αφαιρώντας τις από το συνυπολογισμό, ο ΜΟ της ημερήσιας δόσης διαμορφώθηκε στα 76,44mg και ο ΜΟ για την κλίμακα NRS ήταν 2,5. Επιπλέον, δεν καταγράψαμε ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με τη λήψη ναλμπουφίνης και μόνο σε 2 ασθενείς χρειάστηκε επικουρική δόση άλλου οπιοειδούς.

Βιβλιογραφία:

Mellar P Davis, Does nalbuphine have a niche in managing pain? *J Opioid Manag.* 2018 Mar/Apr;14(2):143-151

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Καρκινικός Πόνος & Παρηγορική Θεραπεία

ΕΑ48

Δυσκολίες στη διάγνωση, εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς τη ΜΕΘ

Σταύρος Καλλιοντζής, Δημήτρης Κοκαρίδας, Φωτηνή Καρλιγκιώτη, Παπαγεωργίου Ειρήνη
Μεθ Ανθ Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

Σε νοσηλευόμενους ασθενείς των μονάδων εντατικής θεραπείας η διάγνωση, εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου εγείρει δυσκολίες και ιδιαιτερότητες που δεν υπάρχουν σε άλλους ασθενείς. Ο μηχανικός αερισμός, η χρήση καταστολών, η δυσκολία στη επικοινωνία, κ.α. αποτελούν κάποιους από τους λόγους για τους οποίους η χρήση εξειδικευμένων κλινικών εργαλείων είναι απαραίτητη. Αυτά μας βοηθούν ως ένα βαθμό στον προσδιορισμό και την ποσοτικοποίηση του πόνου που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί καθώς και στην επιλογή της μεθόδου αναλγησίας.

Σε έρευνα που έγινε στη ΜΕΘ του ΑΝΘ Θεαγενείου, με χρήση κλινικών εργαλείων, αποτυπώθηκαν τόσο η σημαντικότητα τους όσο και οι δυσκολίες στη χρήση τους. Τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής επιβεβαίωσαν την ύπαρξη πόνου, συνέβαλαν στην εκτίμηση και αξιολόγησή του στοιχεία σημαντικά για την αντιμετώπισή του.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA50

Ασθενείς με χρόνια νευραλγία τριδύμου που υποβλήθηκαν σε μικροαγγειακή αποσυμπίεση του νεύρου

Γεωργία Νάζου¹, Αλέξανδρος Κόσσυβας², Κατερίνα Πράντη¹, Χρονοπούλου Κλειώ¹, Μαρία Μις¹, Κρυσταλλία Βιτούλα¹, Ρωμανά Κωνσταντίνα¹

1 Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΑ "Ευαγγελισμός"

2 Νευροχειρουργική Πανεπιστημιακή Κλινική ΓΝΑ "Ευαγγελισμός"

Εισαγωγή: Η νευραλγία τριδύμου είναι μια μορφή χρόνιου πόνου που χαρακτηρίζεται από οξύ παροξυσμικό άλγος στην περιοχή κατανομής του τριδύμου νεύρου στο πρόσωπο. Η ποιότητα της ζωής των ασθενών επηρεάζεται καθοριστικά. Οι ασθενείς παρακολουθούνται ως επί το πλείστον από νευρολόγους και από αναισθησιολόγους στα ιατρεία πόνου. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει πολυπαραγοντική φαρμακευτική αγωγή και επεμβατικές τεχνικές. Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών υποβάλλεται σε μικροαγγειακή αποσυμπίεση του τριδύμου νεύρου.

Μέθοδοι: Συλλέξαμε τα στοιχεία των τελευταίων δυο ετών των ασθενών που υπεβλήθησαν σε μικροαγγειακή αποσυμπίεση του τριδύμου. Πρόκειται για 8 ασθενείς ηλικίας 50-77 ετών. Η μια ασθενής έπασχε από νευραλγία γλωσσοφαρυγγικού, μια σπάνια διαφορετική οντότητα με παρόμοια συμπτώματα με τη νευραλγία τριδύμου. Σε όλους τους ασθενείς έγινε καταγραφή της συνολικής πορείας από την έναρξη της νευραλγίας μέχρι το χειρουργείο καθώς και η κατάσταση των ασθενών μετεγχειρητικά.

Αποτελέσματα: Οι έξι από τους επτά ασθενείς ήταν υπό παρακολούθηση από νευρολόγο ενώ ο ένας παρακολουθείτο και σε ιατρείο πόνου. Οι ασθενείς έπασχαν από νευραλγία τριδύμου από 2 έως και 18 έτη (10, 5, 6, 18, 7,4,2 έτη αντίστοιχα) και ελάμβαναν τη συνήθη αγωγή όπως καρβαμαζεπίνη, οξυκαρβαζεπίνη, λαμοτριγίνη, γκαμπαπεντίνη και πρεγκαμπαλίνη. Και οι εφτά ανέφεραν κακή ποιότητα ζωής είτε λόγω του πόνου είτε των παρενεργειών των φαρμάκων. Ο ασθενής που είχε απευθυνθεί σε ιατρείο πόνου είχε υποβληθεί και σε νευρόλυση χωρίς αποτέλεσμα. Οι περισσότεροι ασθενείς έκαναν μαγνητική τομογραφία MRI CISS χρόνια μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Οι 6 από τους 7 ανέφεραν πλήρη ανακούφιση από τον πόνο μετά την επέμβαση. Η μία ασθενής ηλικίας 77 ετών δεν παρουσίασε καμία βελτίωση μετά το χειρουργείο. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς διέκοψαν σταδιακά την αγωγή που ελάμβαναν ακριβώς μετά το χειρουργείο.

Συμπέρασμα: Η αποσυμπίεση του τριδύμου αποτελεί μια επέμβαση που γίνεται σε συγκεκριμένους ασθενείς που έχουν εμμένουσα νευραλγία τριδύμου και πληρούν ειδικά απεικονιστικά κριτήρια στην MRI. Η πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων δεν είναι δεδομένη ωστόσο είναι σημαντικό να υπάρχει η συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων ώστε οι ασθενείς να πραγματοποιούν τις κατάλληλες απεικονιστικές εξετάσεις έγκαιρα. Αφού λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή και η νευραλγία εμμένει να τους δίνεται η δυνατότητα να αποφασίσουν αν θέλουν να υποβληθούν στο χειρουργείο ή όχι, όσοι έχουν την ένδειξη.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA51

Η αντιμετώπιση της ινομυαλγίας σε συνδυασμό με σπάνιο νόσημα. Μελέτη περίπτωσης ασθενούς με κυστική ίνωση

Περσεφόνη Κρητικού¹, Νικολέττα Κόφφα², Αθηνά Βαδαλούκα³

1 Rare Disease Consulting, Αθήνα

2 Ιατρός, Αθήνα

3 Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο χρόνιος πόνος σε συνδυασμό με μία σπάνια πάθηση, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (1), παρόλο που σε τέτοια περιστατικά, η πρώτη προτεραιότητα είναι η αντιμετώπιση της σπάνιας πάθησης (2). Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει τα αποτελέσματα της θεραπείας για την ινομυαλγία, σε ένα συγκεκριμένο περιστατικό ασθενούς με κυστική ίνωση.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε το πλήρες ιστορικό μιας ασθενούς 25 ετών (γεννηθείς το 1999) με κυστική ίνωση και ινομυαλγία, που επισκέφτηκε το Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, όπου πραγματοποιήθηκε μία αρχική κλινική εξέταση της ασθενούς, ενώ συμπληρώθηκαν και συγκεκριμένα ερωτηματολόγια σχετικά με την ινομυαλγία (FIRST, PainDETECT & Visual Analogue Scale για τον πόνο [VAS Pain Scale]).

Αποτελέσματα: Λόγω της κυστικής ίνωσης, η ασθενής είχε συμπτώματα από τη στιγμή της γέννησής της, συμπεριλαμβανομένων συχνών αναπνευστικών λοιμώξεων και αρθρίτιδας. Τον Ιούνιο του 2020 πραγματοποιήθηκε η διάγνωση της κυστικής ίνωσης ενώ μετά από σοβαρή λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος το Δεκέμβριο του 2022, εκδηλώθηκαν τα πρώτα συμπτώματα πόνου. Μετά τη διάγνωση της ινομυαλγίας το Σεπτέμβριο του 2023, η ασθενής έλαβε ντουλοξετίνη που βελτίωσε σημαντικά τους πόνους (τροχαντήρες & ιερολαγονίους), αλλά παρέμειναν τα μουδιάσματα/καύσος στους τετρακέφαλους. Μετά την αρχική επίσκεψη της ασθενούς στο Ιατρείο Πόνου, το Νοέμβριο του 2023, η ασθενής έλαβε πρεγκαμπαλίνη (αρχικά σε δοσολογία των 25 mg) και μετά από συνεχιζόμενη θεραπεία με πρεγκαμπαλίνη (με σταδιακά αυξανόμενη δόση) και ντουλοξετίνη, μειώθηκαν δραστικά οι πόνοι και εξαφανίστηκαν τα μουδιάσματα. Τον Ιανουάριο του 2024 επανήλθαν τα συμπτώματα και αυξήθηκε περαιτέρω η δόση της πρεγκαμπαλίνης στα 100 mg. Με συνεχιζόμενη μέχρι σήμερα θεραπεία (πρεγκαμπαλίνη, ντουλοξετίνη, κλινικό πιλάτες και ρεφλεξολογία), άρχισαν να μειώνονται σε σημαντικό βαθμό τα μουδιάσματα στους τετρακέφαλους.

Συμπέρασμα: Παρά το βεβαρυμμένο ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, επιτεύχθηκε η αντιμετώπιση της ινομυαλγίας με ένα συνδυασμό από σχετικές θεραπείες, με αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής της.

Βιβλιογραφία:

1. Bogart K.R., Irvin V.L. Health-related quality of life among adults with diverse rare disorders. *Orphanet J. Rare Dis.* 2017;12:177. doi: 10.1186/s13023-017-0730-1.
2. Rodríguez-Merchán EC, Di Minno MND, Pasta G. Pain Care Management in Rare Diseases. *Healthcare (Basel)*. 2023 Sep 27;11(19):2628. doi: 10.3390/healthcare11192628.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA52

Καταγραφή εντυπώσεων και συμπερασμάτων από την χρήση φαρμακευτικής κάνναβης σε ασθενείς του ιατρείου μας

Ησαΐα Ελένη-Χριστίνα¹, Τσαρουχά Αθανασία², Ευαγγελάκη Ερωφίλη¹

¹ Γ.Ν.Θ.Π. «Παμμακάριστος»

² Αρεταίειο Νοσοκομείο Α' Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια πολυδιάστατη κατάσταση που προκαλεί σωματικό πόνο αλλά και συναισθηματικό στρες στο σώμα διαταράσσοντας σημαντικά την ψυχοσύνθεση του ατόμου που υποφέρει. Ως εκ τούτου, η θεραπεία του χρόνιου πόνου απαιτεί πολυπαραγοντική προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένων φαρμακολογικών, μη φαρμακολογικών και παρεμβατικών τεχνικών. Υπό το πρίσμα της πρόσφατης επιδημίας των οπιοειδών, η φαρμακευτική κάνναβη έχει κερδίσει έδαφος ως πιθανή θεραπεία για τον χρόνιο πόνο.

Μέθοδος: Η πρόσφατη έναρξη χορήγησης της φαρμακευτικής κάνναβης και στην Ελλάδα αναπτέρωσε ελπίδες και προσδοκίες σε μερίδα των ασθενών με χρόνια πόνο ποικίλης αιτιολογίας οι οποίοι δεν έβρισκαν πλέον ανακούφιση με την έως τώρα φαρμακευτική τους αγωγή. Αρκετοί εξ' αυτών ήρθαν σε επαφή με το ιατρείο πόνου μας ζητώντας να ενημερωθούν και να εξεταστούν ως περιστατικά κατάλληλα για χορήγηση φαρμακευτικής κάνναβης σύμφωνα με τις ιατρικές ενδείξεις για την χρήση της. Από το σύνολο των υποψήφιων 18 ασθενών καταλήξαμε σε 7 περιστατικά που θεωρήσαμε ότι η χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης θα ήταν ιατρικώς ωφέλιμη. Η επιλογή των περιστατικών πέρα από τις ιατρικές ενδείξεις επηρεάστηκε από την βασική συνθήκη του αν οι ασθενείς ήταν καπνιστές καθώς επίσης και τον οικονομικό παράγοντα, καθώς το σκεύασμα δεν αποζημιώνεται.

Οι ασθενείς παρουσιάζουν τα εξής προβλήματα : 3 περιστατικά με διάγνωση και κλινική εκδήλωση σκλήρυνση κατά πλάκας , ένας ασθενής με χρόνια πνευμονική νόσο, δύο ασθενείς με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο νόσου και τέλος ένας ασθενής με χρόνια μετατραυματικό και μετεγχειρητικό πόνο απότοκο σοβαρού τροχαίου ατυχήματος.

Στους ασθενείς πραγματοποιήθηκαν καταγραφές με ερωτηματολόγια πόνου αλλά και ποιότητας ζωής κατά την κλινική τους εξέταση.

Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε φαρμακευτική κάνναβη για χρήση με την ειδική συσκευή άτμισης στην δόση των 150mg το βράδυ σε πρώτη φάση. Έγιναν μικρές τροποποιήσεις ,για αποφυγή συνέργειας και ανεπιθύμητων ενεργειών, στην χρήση της φαρμακευτικής αγωγής που χρησιμοποιούσαν οι άρρωστοι χωρίς διακοπή αυτής όμως στο αρχικό στάδιο.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 7 ασθενών μόνο οι 6 συνέχισαν την θεραπεία. Η μία ασθενής με το Ca πνεύμονα ανέφερε δυσκολίες στην χρήση του σκευάσματος που σχετίζονταν τόσο με λειτουργικούς λόγους (προχωρημένη ηλικία) όσο και με υποκειμενικούς. Οι υπόλοιποι 6 ανέφεραν σταθερή βελτιούμενη κατάσταση όσο αφορά τα επίπεδα πόνου, ποιότητας ύπνου αλλά και της σπαστικότητας που αφορούσε 4 από τα περιστατικά. Σταδιακά μειώθηκαν οι δόσεις των οπιοειδών που χρησιμοποιούσαν σε σταθερή βάση ενώ ένας από τους ασθενείς προχώρησε σε διακοπή των οπιοειδών χωρίς υποτροπή της συμπτωματολογίας του. Η παρατήρηση και καθοδήγηση των ασθενών συνεχίζεται.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα είναι ελπιδοφόρα και δείχνουν σημαντικές βελτιώσεις στον πόνο, την ποιότητα ζωής, τον ύπνο και τη διάθεση. Η ένταση του πόνου και η σπαστικότητα παρουσίασαν μείωση κατά τη διάρκεια των περίπου τριών μηνών θεραπείας με την φαρμακευτική κάνναβη. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητά της στην θεραπεία του χρόνιου πόνου και υπάρχουν ενδείξεις ότι το

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

ενδοκανναβινοειδές σύστημα παίζει ρόλο στη ρύθμιση του πόνου και της αναλγησίας. Οι μελέτες παρατήρησης που αντανακλούν τον «πραγματικό» αντίκτυπο από την χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης εξατομικευμένα για τον κάθε ασθενή και η συνταγογράφηση για μακρά χρονική περίοδο δύναται να παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του σκευάσματος που μπορούν να βοηθήσουν τους ιατρούς στην κλινική πρακτική.

Βιβλιογραφία:

1. *Medicinal cannabis for pain: Real-world data on three-month changes in symptoms and quality of life* Kylie O'Brien^{1,2} *Drug Science, Policy and Law* Volume 9, January-December 2023
2. *Use of Cannabis and Other Pain Treatments Among Adults With Chronic Pain in US States With Medical Cannabis Programs* Mark C. Bicket, *JAMA Netw Open.* 2023;6(1) January 6, 2023
3. *Medical Cannabis for Chronic Nonmalignant Pain Management* Maha Hameed et.al *Current Pain and Headache Reports* (2023) 27:57–63

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA53

Αποτελεσματική διαχείριση ασθενών με διάμεση κυστίτιδα με εκτός ενδείξεων φαρμακευτική αγωγή

Κετικίδου Ευγενία, Χλωροπούλου Παναγιώτα, Γιαννόπουλος Κωνσταντίνος, Μίγγος Φίλιππος, **Μαγουνάκη Σταυρούλα Μαρία**
Αναισθησιολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

Εισαγωγή: Ο αναισθησιολόγος συχνά στο ιατρείο πόνου καλείται να αντιμετωπίσει ασθενείς με σπάνια και αδιευκρίνιστα σύνδρομα πόνου. Πρόκληση αποτελεί η διαχείριση και η παρακολούθηση ασθενών με χρόνια πυελικό άλγος λόγω διάμεσης κυστίτιδας. Πρόκειται για χρόνια φλεγμονώδη νόσο η οποία εμφανίζει έντονο πόνο επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς και οδηγεί σε άγχος, κατάθλιψη και διαταραχές ύπνου. Επιτακτικός στόχος μας είναι η ύφεση των συμπτωμάτων και η επιστροφή αυτών στην καθημερινότητα.

Μέθοδος: Ασθενής θήλυ, ηλικίας 64 ετών, πολύτοκος με ιστορικό 9 φυσιολογικών τοκετών προσήλθε στο ιατρείο πόνου αναφερόμενη πόνο έντασης 9/10 βάση της κλίμακας NRS. Από το ατομικό αναμνηστικό σημειώνεται αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή. Έπειτα από ενδελεχή λήψη ιστορικού και χρήση εργαλείων εκτίμησης πόνου του ασθενούς όπως οι μονοδιάστατες και πολυδιάστατες κλίμακες αποφασίστηκε η έναρξη ταπενταδόλης (Palexia PR 50mg) πρωί βράδυ. Ένα μήνα μετά την πρώτη επίσκεψη προστέθηκε πρεγκαμπαλίνη (Lyrica 50mg) τρεις ημερησίως και ταπενταδόλη (Palexia FC 50mg) επί πόνου. Σε χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων αναφέρεται σαφής βελτίωση του πόνου βαθμολογώντας τον βάση της κλίμακας NRS με 3/10. Η αγωγή παρέμεινε ως έχει για περίοδο τριών μηνών όπου και κρίθηκε απαραίτητη η αλλαγή της πρωινής λήψης ταπενταδόλης από 50mg σε 100mg λόγω επιδείνωσης των συμπτωμάτων πόνου, η λοιπή αγωγή παρέμεινε ως έχει.

Αποτελέσματα: Έκτοτε και ως σήμερα βάση συνεχούς παρακολούθησης της ασθενούς η ένταση του πόνου παρουσίασε περαιτέρω ύφεση πετυχαίνοντας τον στόχο της επαρκούς αναλγησίας φτάνοντας ακόμα και το επίπεδο πόνου στο 0/10 (κλίμακα NRS)

Συμπέρασμα: Η εξατομικευμένη προσέγγιση και η συστηματική παρακολούθηση ασθενών ακόμη και με σπάνια και δύσκολα στην αντιμετώπιση σύνδρομα, αποτελεί κλειδί για την εξασφάλιση του ευ ζην των ασθενών μας.

Βιβλιογραφία:

1. Parsons, C. L., & Bullen, M. (2002). Efficacy of pentosan polysulfate therapy in interstitial cystitis: A double-blind placebo-controlled clinical study. *Journal of Urology*, 157(3), 933-936.
2. Davis, N. F., Brady, C. M., Creagh, T. (2014). Interstitial cystitis/painful bladder syndrome: Epidemiology, pathophysiology, and evidence-based treatment options. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 175, 30-37.
3. Choe, J. H., Jayson, M., & Evans, R. J. (2007). The management of chronic pelvic pain in women: A systematic review. *Pain Physician*, 10(3), 627-635.
4. Clemens, J. Q., & Mayer, R. D. (2007). The evolving role of opioids in managing chronic pain of nonmalignant origin, including chronic pelvic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 11(2), 127-132.
5. Moldwin, R. M. (2007). *The Interstitial Cystitis Survival Guide: Your Guide to the Latest Treatment Options and Coping Strategies*. New Harbinger Publications.
6. ACOG Practice Bulletin No. 51. (2004). Chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology*, 103(3), 589-605.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA54

Ιατρείο Πόνου ΓΝ Λεμεσού 2021-2024: Διαχείριση Χρόνιου Πόνου- Μελλοντικές Προοπτικές

Κατερίνη Γαβρά- Παπασπύρου, Νεκταρία Λέκκα
Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝ Λεμεσού, Κύπρος

Εισαγωγή: Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας εφόσον απασχολεί ολοένα αυξανόμενο ποσοστό ανθρώπων παγκοσμίως. Σε αυτό το πλαίσιο κρίθηκε αναγκαία η δημιουργία εξωτερικού Ιατρείου Πόνου στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης αποτελεί ο απολογισμός της δράσης του Ιατρείου από τον Ιανουάριο 2021 έως το Μάιο 2024.

Μέθοδος: Για την αναδρομική αυτή έρευνα μελετήθηκαν ιατρικοί φάκελοι για το διάστημα 01/2021- 05/2024 του Ιατρείου Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Έγινε μια προσπάθεια παρουσίασης των περιστατικών. Επίσης αναζητήθηκαν πρόσφατα άρθρα από βάσεις δεδομένων (Pubmed, Scholar) και επίσημες εκθέσεις από ιστοσελίδες του ΠΟΥ και της IASP.

Αποτελέσματα: Από τη βιβλιογραφική έρευνα αναδεικνύεται το μείζον πρόβλημα του χρόνιου πόνου. Από την αναδρομική επιδημιολογική μελέτη παρατήρησης προκύπτει ότι από τους 158 ασθενείς (100 γυναίκες, 58 άνδρες) σε σύνολο 426 επισκέψεων του Ιατρείου Πόνου, οι 132 παραπέμφθηκαν από τον Προσωπικό τους Ιατρό και οι υπόλοιποι 26 από Ειδικό Ιατρό, κυρίως Νευροχειρουργό. Όλοι οι ασθενείς είχαν διερευνηθεί με απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο πριν την επίσκεψη. Η πλειοψηφία των ασθενών μας (95,6%) βίωνε πόνο καλοήθους αιτιολογίας, όπως χρόνια οσφυαλγία, persistent spinal pain syndrome, αυχεναλγία, ινομυαλγία, μεθερπητική νευραλγία, διαβητική νευροπάθεια, σπονδυλαρθροπάθεια, οστεοαρθρίτιδα. Η παραπομπή των ασθενών αυτών στο Ιατρείο Πόνου βοήθησε στην αναγνώριση του συνδρόμου πόνου τους, τη διαπίστωση συνύπαρξης νευροπαθητικού πόνου, τη χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και τη διενέργεια παρεμβατικών τεχνικών, όπου κρίθηκε αναγκαίο. Όλοι οι ασθενείς επανεκτιμήθηκαν τουλάχιστον μία φορά, μετά από ένα μήνα. Οι περισσότεροι ανέφεραν βελτίωση των συμπτωμάτων τους. Παράλληλα, κάποιοι ασθενείς παραπέμφθηκαν και σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (ρευματολόγο, νευρολόγο, ορθοπαιδικό, νευροχειρουργό), καθώς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας (φυσιοθεραπευτή, ψυχολόγο).

Συμπεράσματα: Η εμπειρία από τη λειτουργία του Ιατρείου Πόνου του ΓΝ Λεμεσού κρίνεται ως θετική. Το Ιατρείο Πόνου οφείλει να συνεργάζεται με πολλούς επαγγελματίες υγείας, ώστε να αντιμετωπίζεται ο πόνος και οι επιπτώσεις του στη ζωή των ασθενών ολόπλευρα. Στόχο για το μέλλον αποτελεί η συγκρότηση διεπιστημονικής ομάδας κι η δημιουργία διεπιστημονικού κέντρου πόνου στο ΓΝ Λεμεσού.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

ΕΑ55

Αντιμετώπιση του πόνου μετά από χημειοθεραπεία (χημθ)

Ιωάννα Φραγκούλη, Ζοζεφίν Νικολοπούλου, Αλέξης Γραμμενίδης, Φωτεινή Μακρή, Αθανασία Αγγελοπούλου, Στυλιανή Κανδρεβιώτη, **Μαρία Κοκολάκη**
Αναισθησιολογικό Τμήμα - Ιατρείο Πόνου Γ. Ν. Σισμανόγλειο - Α. Φλέμινγκ Αττικής

Μια συχνή και γνωστή ανεπιθύμητη ενέργεια της ΧΜΘ είναι η πρόκληση νευροπάθειας. Πολλοί μηχανισμοί φαίνεται ότι εμπλέκονται στην εκδήλωση πόνου μετά από χημειοθεραπεία. Συνήθως τα κυτταροτοξικά φάρμακα προκαλούν νευροπαθητικό πόνο ενεργοποιώντας τα κανάλια Na⁺ στην κυτταρική μεμβράνη στα γάγγλια των οπίσθιων κεράτων.

Σκοπός: Η αντιμετώπιση του πόνου στο ιατρείο μας.

Υλικο και μεθοδος: Μελετήσαμε 16 ασθενείς, άνδρες ηλικίας 64-76 ετών με καρκίνο πρωτάτου και κύστεως.

Οι ασθενείς εμφάνισαν νευροπαθητικό πόνο (με χαρακτηριστικά καυστικός, βελονιές). Από νευρολόγο αποκλείστηκε νευρολογική νόσος. Οι ασθενείς είχαν πόνο με κλίμακα VAS 7-8.

Αρχικά χορηγήθηκε ειδική θεραπευτική αγωγή πρεγκαμπαλίνη, ντουλοξετίνη, Zaldiar.

Αποτελέσματα: Μετά από 4 εβδομάδες, οι 10 ασθενείς εμφάνισαν πόνο με την VAS < 5. Έξι ασθενείς δεν είχαν βελτίωση VAS 6-7, και εφαρμόσαμε τοπικό διαδερμικό επίθεμα καψαϊσίνης 8% (Qutenza). Δεν υπήρχαν παρενέργειες από το επίθεμα.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση του περιφερικού νευροπαθητικού πόνου από ΧΜΘ πρέπει να αντιμετωπίζεται πολυπαραγοντικά. Φαίνεται ότι η χρήση του επιθέματος καψαϊσίνης είναι απαραίτητη επιλογή στην αντιμετώπιση του πόνου.

Βιβλιογραφία:

England J, Wagner, T, Kern KU, Roth-Daniek A, Sell A. " Br. J Nurs 2011 Aug 12-25: 20(15): 926 -31. The capsaicin 8% patch for peripheral neuropathic pain.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA56

Έχει θέση η χορήγηση ΡΕΑ (παλμιτοϋλαιθανολαμιδη) στη διαβητική νευροπάθεια;

Μαρία Ζοζεφίν Νικολοπούλου, Ιωάννα Φραγκούλη, Φωτεινή Μακρή, Σοφία Σεβαστού, Αναστασία Νιάκα, Μαρία Κοκολάκη
Αναισθησιολογικό τμήμα και Ιατρείο πόνου, Γενικό Νοσοκομείο Σισμανόγλειο-Αμαλίας Φλέμινγκ

Εισαγωγή: Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε την αποτελεσματικότητα χορήγησης παλμιτοϋλαιθανολαμιδης (ΡΕΑ) στην αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια.

Μέθοδοι: Μελετήσαμε 16 ασθενείς ηλικίας 60-78 ετών, με διάγνωση διαβητικής νευροπάθειας από νευρολόγο. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: η Α ομάδα αποτελούνταν από 8 ασθενείς, με κλίμακα πόνου VAS>9. Έλαβαν πρεγκαμπαλίνη 75mg 1x3 ημερησίως, Zaldiar (Τραμαδόλη 37,5mg/Παρακεταμόλη 325mg) 1x3 ημερησίως και ΡΕΑ 400mg ημερησίως. Η Β ομάδα, 8 ασθενείς, με κλίμακα πόνου VAS>9, έλαβαν πρεγκαμπαλίνη 75mg 1x3, Zaldiar (Τραμαδόλη 37,5mg/Παρακεταμόλη 325mg) 1x3 ημερησίως.

Αποτελέσματα: Μετά από 4 εβδομάδες στην Α ομάδα 6 ασθενείς είχαν VAS<4 και 2 ασθενείς VAS=6. Στη Β ομάδα, 5 ασθενείς παρουσιάστηκαν με VAS=6 και 3 ασθενείς VAS=5. Στη Β ομάδα λόγω ανεπαρκούς αναλγησίας, χρειάστηκε αύξηση της φαρμακευτικής αγωγής στη πρεγκαμπαλίνη.

Συμπέρασμα: Η χορήγηση ΡΕΑ διαθέτει αντιφλεγμονώδεις, αναλγητικές και νευροπροστατευτικές ιδιότητες. Είναι υψηλής απορρόφησης και βιοδιαθεσιμότητας. Φαίνεται ότι η χορήγηση της στην πολυπαραγοντική αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου στη διαβητική νευροπάθεια έχει θέση, χρειάζονται όμως περισσότερες μελέτες με μεγάλο αριθμό ασθενών.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA57

Το Ελληνικό Μητρώο Ασθενών με Νευροπαθητικό Πόνο: Εμπειρία και Επόμενα Βήματα

Περσεφόνη Κρητικού¹, Αθηνά Βαδαλούκα²

¹ Rare Disease Consulting, Αθήνα

² Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μία από τις επικρατέστερες παθήσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση (1), ενώ ένας από τους πιο απαιτητικούς τύπους είναι ο νευροπαθητικός πόνος (ΝΠ) (2). Τα τελευταία χρόνια αυξάνεται η χρήση των μητρών ασθενών και η αναγνώριση της σημασίας τους, ενώ το πρώτο μητρώο ασθενών με ΝΠ στην Ελλάδα έχει ήδη δημιουργηθεί από το 2016 (3). Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει την εμπειρία αυτού του μητρώου, και να περιγράψει τα επόμενα βήματα ως προς την εξέλιξή του.

Μέθοδοι: Το Ελληνικό μητρώο ασθενών με ΝΠ αποτελεί την πρώτη συστηματική καταγραφή περιστατικών με ΝΠ στην Ελλάδα, από την Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.). Τα βασικά στοιχεία που συλλέχθηκαν αφορούσαν την αιτιολογία και ένταση του πόνου, το ιατρικό ιστορικό, και τη θεραπευτική αγωγή των ασθενών. Για την συνέχιση του μητρώου, η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. σκοπεύει να αυξήσει τον αριθμό των μεταβλητών ώστε να καταγράψει τη συνολική κοινωνικο-οικονομική επίπτωση του ΝΠ. Οι φόρμες καταγραφής δεδομένων θα εμπλουτιστούν με ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, την χρήση πόρων & την απώλεια της παραγωγικότητάς τους, καθώς και την επίπτωση στους φροντιστές.

Αποτελέσματα: Τα πρώτα αποτελέσματα του μητρώου (2.334 ασθενείς μεταξύ 2016-2020) κατέδειξαν ότι οι ασθενείς με ΝΠ υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται εκτός των εξειδικευμένων Ιατρείων Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας, ενώ η εφαρμογή των Κατευθυντήριων Οδηγιών συνέβαλε στη μείωση του πόνου. Τα νέα εμπλουτισμένα ερωτηματολόγια θα συλλέξουν πληροφορίες για την καλύτερη κατανόηση της φυσικής εξέλιξης της πάθησης, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, την αναγνώριση ομάδων ασθενών με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (π.χ. για συμμετοχή σε κλινικές δοκιμές), και τη δημιουργία μιας βάσης για την χάραξη τεκμηριωμένων πολιτικών υγείας.

Συμπέρασμα: Με την συνέχιση και επέκταση του μητρώου, θα δημιουργηθεί μία πολύτιμη πηγή πληροφοριών για όλους τους εμπλεκόμενους (επαγγελματίες υγείας, ασθενείς, φαρμακευτικές εταιρείες, υγειονομικές αρχές) ώστε να βελτιωθεί η ολιστική αντιμετώπιση του ΝΠ.

Βιβλιογραφία:

1. Park PW, Dryer RD, Hegeman-Dingle R, Mardekian J, Zlateva G, Wolff GG, Lamerato LE. Cost Burden of Chronic Pain Patients in a Large Integrated Delivery System in the United States. *Pain Pract.* 2016 Nov;16(8):1001-1011. doi: 10.1111/papr.12357. Epub 2015 Oct 7. PMID: 26443292.
2. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology.* 2008 Apr 29;70(18):1630-5. doi: 10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59. Epub 2007 Nov 14. PMID: 18003941.
3. Vadalouca A, Alexopoulou-Vrachnou E, Re katsina M, Kouroukli I, Anisoglou S, Kremastinou F, Gabopoulou Z, Chloropoulou P, Micha G, Tsaroucha A, Siafaka I. The Greek Neuropathic Pain Registry: The structure and objectives of the sole NPR in Greece. *Pain Pract.* 2022 Jan;22(1):47-56. doi: 10.1111/papr.13049. Epub 2021 Jul 16. PMID: 34145725.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA58

Η εφαρμογή της ειδικής συσκευής Tx360 στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου σε περιπτώσεις νευραλγίας τριδύμου και χρόνιας κεφαλαλγίας

Ορφανού Χριστίνα¹, Γκάνιου Αδαμαντία¹, Ρεκατοίνα Μαρτίνα¹, Πέιος Δημήτριος²,
Μαυρομάτη Μαριάννα¹, Καραβής Γιάγκος¹, Τσαρουχά Αθανασία¹

1 Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

2 Κλινική Άγιος Λουκάς, τμήμα Λειτουργικής Νευροχειρουργικής, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ειδική συσκευή Tx360 είναι μια διαρρινική συσκευή που χρησιμοποιείται για τον αποκλεισμό του σφηνοϋπερώιου γαγγλίου σε ασθενείς με παθήσεις που προκαλούν πόνο στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου. Είναι μια απλή μέθοδος που μπορεί να εφαρμοστεί γρήγορα, ακόμα και σε επείγουσα βάση για την αντιμετώπιση οξέος πόνου, π.χ. στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Μέθοδοι: Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα δύο προοπτικών μελετών παρατήρησης κατά τις οποίες διενεργήθηκε αποκλεισμός του σφηνοϋπερώιου γαγγλίου με την χρήση της συσκευής Tx360 και την διαρρινική τοπική εφαρμογή 0,3cc λιδοκαΐνης 2% σε κάθε ρινική χοάνη, σε εβδομαδιαία βάση για διάρκεια 6 εβδομάδων, σε ασθενείς με νευραλγία τριδύμου (NT) ή χρόνια κεφαλαλγία, συμπληρωματικά με την αγωγή τους. Στις δύο μελέτες συμμετείχαν εθελοντικά, μετά από ενημέρωση και γραπτή συγκατάθεση, 15 ασθενείς με διάφορους τύπους NT 2ου ή 3ου κλάδου, μερικώς ή εντελώς ανθιστάμενη στη θεραπεία, με μέση τιμή VAS=8.20 κατά τη διάρκεια του επεισοδίου του πόνου και 7 ασθενείς με χρόνια κεφαλαλγία (2 αθροιστική κεφαλαλγία, 4 ημικρανία, 1 άτυπη κεφαλαλγία), μερικώς ή εντελώς ανθιστάμενη στη θεραπεία, με μέση τιμή VAS=7.

Αποτελέσματα: Συνολικά, οι ασθενείς και των δύο μελετών φαίνεται να ωφελήθηκαν, καθώς η πλειοψηφία των ασθενών παρουσίασε μείωση στις βαθμολογίες VAS κατά 5 μονάδες κατά μέσο όρο. Μετά το πέρας των 6 εβδομάδων, 9 ασθενείς με NT ήταν ελεύθεροι συμπτωμάτων και συνολικά 13 στους 15 ανταποκρίθηκαν θετικά στη θεραπεία. Το θετικό αποτέλεσμα είχε διάρκεια κατά μέσο όρο 1.9 μήνες. Όσον αφορά τους ασθενείς με κεφαλαλγία, 6 ασθενείς είχαν σημαντική μείωση του πόνου και διατήρηση του αποτελέσματος για 2 μήνες. Κανένας ασθενής δεν εκδήλωσε ανεπιθύμητα συμβάματα.

Συμπέρασμα: Ο αποκλεισμός του σφηνοϋπερώιου γαγγλίου, με την συσκευή Tx360, φαίνεται να έχει θετική επίδραση στους ασθενείς που πάσχουν από νευραλγία τριδύμου ή χρόνια κεφαλαλγία, ιδίως όταν πρόκειται για περιπτώσεις που ανθίσταται στη φαρμακευτική αγωγή. Απαιτούνται περαιτέρω διπλές-τυφλές, τυχαιοποιημένες μελέτες.

Βιβλιογραφία:

1. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). *Cephalgia*. 2020;40(2):129-221. doi:10.1177/0333102419893823
2. Candido KD, Massey ST, Sauer R, Darabad RR, Knezevic NN. A novel revision to the classical transnasal topical sphenopalatine ganglion block for the treatment of headache and facial pain. *Pain Physician*. 2013;16(6):E769-E778
3. Schaffer JT, Hunter BR, Ball KM, Weaver CS. Noninvasive sphenopalatine ganglion block for acute headache in the emergency department: a randomized placebo-controlled trial. *Ann Emerg Med*. 2015;65(5):503-510. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.12.012
4. Cady R, Saper J, Dexter K, Manley HR. A double-blind, placebo-controlled study of repetitive transnasal sphenopalatine ganglion blockade with tx360(®) as acute treatment for chronic migraine. *Headache*. 2015;55(1):101-116. doi:10.1111/head.12458
5. Androulakis XM, Krebs KA, Ashkenazi A. Hemicrania continua may respond to repetitive sphenopalatine ganglion block: A case report. *Headache*. 2016;56(3):573-579. doi:10.1111/head.12783

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA59

Η Χρήση της Ιατρικής Κάνναβης σε Υπερήλικα Ασθενή με Νευραλγία Τριδύμου: Παρουσίαση Ενδιαφέρουσας Κλινικής Περίπτωσης

Χρονάκης Ιωάννης, Αλεξάκη Ευαγγελία, Σταυγιανουδάκης Νικόλαος
Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

Εισαγωγή: Η νευραλγία τριδύμου είναι ένα σύνδρομο χρόνιου νευροπαθητικού πόνου του προσώπου και οφείλεται σε προσβολή του τριδύμου νεύρου. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου είναι περίπου 10/100.000. Χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρο συνεχή ή και παροξυσμικό πόνο με αυξανόμενη σταδιακά ένταση στην κατανομή ενός ή περισσότερων κλάδων του τριδύμου νεύρου. Η ιατρική κάνναβη, και συγκεκριμένα ουσίες όπως η κανναβιδιόλη (CBD) και η δέλτα-9-τετραϋδροκανναβινόλη (Δ-9-THC), έχουν μελετηθεί αναφορικά με την αποτελεσματικότητά τους ως αναλγητικά σε παθήσεις που προκαλούν χρόνιο νευροπαθητικό πόνο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης όσον αφορά τη διερεύνηση της αναλγητικής αποτελεσματικότητας των ουσιών ιατρικής κάνναβης σε υπερήλικα ασθενή με νευραλγία τριδύμου.

Παρουσίαση Περιστατικού: Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς 91 ετών με νευραλγία β & γ κλάδου του τριδύμου νεύρου που προέρχεται από το Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου. Η αρχική διάγνωση έγινε το 2013 από νευρολόγο, με τον ασθενή να έχει λάβει πολλαπλά αναλγητικά φαρμακευτικά σχήματα, αλλά και να έχει υποβληθεί σε παρεμβατικές τεχνικές, όπως διαδερμική νευρόλυση, ακτινοχειρουργική θεραπεία (cyberknife), με προσωρινή μόνο ανακούφιση του πόνου του. Πριν από την έναρξη θεραπείας με ιατρική κάνναβη για την αντιμετώπιση της νευραλγίας, ο ασθενής ελάμβανε τραμαδόλη σταγόνες (50mg, 3 φορές ημερησίως), πρεγκαμπαλίνη (450mg ημερησίως), καρβαμαζεπίνη (800mg ημερησίως), χωρίς ικανοποιητικό αναλγητικό αποτέλεσμα (VAS Score: 7-8). Επιπρόσθετα, η φαρμακευτική αγωγή του περιελάμβανε και αντιφλεγμονώδη φάρμακα (δεξκετοπροφαίνη 25 mg, 3 φορές ημερησίως), 1 φορά κάθε μήνα και για 10 ημέρες, και πάλι χωρίς ικανοποιητική ανταπόκριση. Επίσης, έλαβε για κάποιο χρονικό διάστημα ταπενταδόλη (αρχικά 50mg, 2 φορές την ημέρα), με σταδιακή αύξηση της δόσης λόγω μειωμένης αποτελεσματικότητας ως και 150 mg δύο φορές ημερησίως. Ο ασθενής δεν παρατήρησε σημαντική διαφορά στην ανακούφιση του πόνου του, αλλά αντιθέτως ήταν ληθαργικός, με αρκετά επεισόδια οξέος παροξυσμικού πόνου κατά τη διάρκεια της ημέρας. Στην προσπάθεια επίτευξης ικανοποιητικής αναλγησίας, έγιναν επίσης αρκετές εγχύσεις τοπικού αναισθητικού στο σφηνούπερώιο γάγγλιο, αλλά και πάλι με μηδαμινή αναλγητική αποτελεσματικότητα. Καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας παρατηρήθηκε επίσης ανορεξία, σημαντική απώλεια βάρους, και σοβαρή επίπτωση στην ποιότητα ζωής, λόγω του σοβαρού χρόνιου πόνου. Σε αυτό το πλαίσιο, θεωρήθηκε ότι η χορήγηση ιατρικής κάνναβης, ως συνοδό αναλγητικό, θα μπορούσε να μειώσει την ένταση του νευροπαθητικού πόνου, στο πλαίσιο της νευραλγίας του τριδύμου. Με την έναρξη λήψης αμιζόμενης κάνναβης (THC: 9%, CBD: 13%) και με τιτλοποίηση της δόσης εντός 15 ημερών ως τα 450mg ημερησίως (150mg x 3), προχωρήσαμε σε σταδιακή μείωση της τραμαδόλης και της πρεγκαμπαλίνης και έγινε διακοπή της ταπενταδόλης. Σε διάστημα 30 ημερών η τραμαδόλη είχε αντικατασταθεί από αμιζόμενη κάνναβη (600mg) και η πρεγκαμπαλίνη είχε μειωθεί σε 150mg την ημέρα.

Αποτελέσματα: Με τη χρήση της ιατρικής κάνναβης επιτεύχθηκε μείωση του πόνου (VAS Score: 2-3), μείωση της σιελόρροιας και καλύτερη κινητικότητα της κάτω γνάθου. Επίσης, ο

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

ασθενής ανέφερε καλύτερη διάθεση μέσα στην ημέρα, καλύτερη ποιότητα ζωής, ήρεμο ύπνο και μεγαλύτερη όρεξη για λήψη τροφής.

Συμπέρασμα: Η χρήση φαρμακευτικής κάνναβης σε ασθενείς με νευραλγία τριδύμου μπορεί να παρέχει αποτελεσματική αναλγησία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση της σε υπερήλικες είναι ανεκτή, χωρίς σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Χρειάζονται βέβαια περαιτέρω μελέτες για την τεκμηρίωση αυτού του συμπεράσματος.

Βιβλιογραφία:

1. Liang YC, Huang CC, Hsu KS. Therapeutic potential of cannabinoids in trigeminal neuralgia. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*, 2004; 3: 507 – 514.
2. McDonough P, McKenna JP, McCreary C, Downer EJ. Neuropathic orofacial pain: cannabinoids as a therapeutic avenue. *Int J Biochem Cell Biol*, 2014; 55: 72 – 78.
3. Mechtler L, Hart P, Bagnes V, Saikali N. Medical Cannabis Treatment in Patients with Trigeminal Neuralgia. *Neurology*, 2019; 92 (15 supplement): P5 (10 – 020).

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

ΕΑ60

Η Αναλγητική Αποτελεσματικότητα της Διαδερμικής Παλμικής Νευρόλυσης με Ραδιοσυχνότητες (Transcutaneous Pulsed Radiofrequency / TCRPF) στη Θεραπεία του Χρόνιου Πόνου Ασθενών με Εκφυλιστική Οστεοαρθρίτιδα των Μεγάλων Αρθρώσεων και της Οσφυϊκής Μοίρας της Σπονδυλικής Στήλης

Χρονάκης Ιωάννης¹, Κτιστάκης Ιωάννης², Μαργαριτσανάκη Παρασκευή¹, Χουστουλάκη Μαρίνα¹, Αλεξάκη Ευαγγελία¹, Σταυγιανουδάκης Νικόλαος¹, Μανωλαράκη Μαρία², Μόκα Ελένη³

1 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

2 Βενιζέλειο-Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

3 Creta InterClinic

Εισαγωγή: Οι μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν την πιο συχνά εμφανιζόμενη αιτία χρόνιου πόνου τις τελευταίες δεκαετίες ανά τον κόσμο, ενώ επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, εξαιτίας των σοβαρών σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεών τους. Περισσότερο κοινές είναι η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η ινομυαλγία, και η οστεοπόρωση. Για την αντιμετώπιση του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου, πέρα από την ενδεικνυόμενη φαρμακευτική αγωγή, τελευταία γίνεται χρήση επεμβατικών και μη επεμβατικών τεχνικών, όπως η διαδερμική παλμική νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες (Transcutaneous Pulsed Radiofrequency / TCRPF). Πιο συγκεκριμένα, η TCRPF αποτελεί μια μη επεμβατική, ανώδυνη θεραπευτική παρέμβαση, που στοχεύει στη μείωση του χρόνιου πόνου, με τη χρήση και εφαρμογή δυο ηλεκτροδίων διαδερμικής ηλεκτρικής νευρικής διέγερσης, που τοποθετούνται κατά μήκος της επώδυνης περιοχής.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της TCRPF στη μείωση του χρόνιου πόνου των μεγάλων αρθρώσεων και της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, λόγω εκφυλιστικής οστεοαρθρίτιδας.

Μέθοδος: Στην μελέτη έλαβαν μέρος 30 ασθενείς του Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου. Κριτήρια επιλογής των ασθενών της μελέτης αποτέλεσαν (α) η αποτυχία διαχείρισης του χρόνιου πόνου και η έλλειψη ανταπόκρισης στην κλασικά εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή με διάφορα αναλγητικά σχήματα και με βάση τις γνωστές διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, και (β) η αδυναμία χειρουργικής αποκατάστασης, όπου αυτήν ήταν απαραίτητη, πλην όμως μη εφικτή εξαιτίας ποικίλων ιατρικών λόγων, κυρίως συννοσηρότητας των ασθενών. Συνολικά πραγματοποιήθηκαν ενενήντα (90) συνεδρίες TCRPF, τρεις (3) για κάθε ασθενή, με ρυθμό επανάληψης μια (1) ανά δέκα (10) ημέρες. Η αξιολόγηση του πόνου γίνονταν με τη χρήση του ερωτηματολογίου WOMAC (The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) την ημέρα πριν τη πρώτη θεραπεία (Ημέρα 0), την ημέρα πριν τη δεύτερη θεραπεία (Ημέρα 10) και την ημέρα πριν την τρίτη θεραπεία (Ημέρα 20). Καταγράφονταν οι τιμές baseline και η μεταβολή στο WOMAC Score, που αποτελούσε δείκτη της δυναμικής ανακούφισης του πόνου (WOMAC Score 100%: ο χειρότερος πόνος, WOMAC Score 0%: ελάχιστος πόνος).

Αποτελέσματα: Στη μελέτη που διενεργήθηκε τελικά συμπεριλήφθηκαν 30 ασθενείς 41 έως 87 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 65 έτη. Το 80% (24 ασθενείς) ήταν γυναίκες, ενώ μόνο το 20% (6 ασθενείς) ήταν άνδρες. Το 36.7% των ασθενών έπασχε από εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, το 43.3% από εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα γόνατος, και τέλος το 20% από οστεοαρθρίτιδα ώμου. Το WOMAC Score των ασθενών της

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

μελέτης κυμαίνονταν (α) πριν την πρώτη συνεδρία TCPRF μεταξύ 52 και 98% (μέσος όρος 74%), (β) πριν τη δεύτερη συνεδρία TCPRF μεταξύ 27 και 92% (μέσος όρος 58%), και (γ) πριν την τρίτη και τελευταία συνεδρία TCPRF από 21% έως 71% (μέσος όρος 44%). Επίσης, έγινε ομαδοποίηση της αναλγητικής αποτελεσματικότητας της TCPRF, με βάση το WOMAC Score των ασθενών ανά άρθρωση. Οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε TCPRF για την ανακούφιση του πόνου στην άρθρωση του γόνατος χαρακτηρίζονταν από μέσο όρο WOMAC Score 82% πριν την πρώτη θεραπεία, και 53% και 40% πριν τη δεύτερη και τρίτη θεραπεία αντίστοιχα. Οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε TCPRF για την ανακούφιση του πόνου στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, χαρακτηρίζονταν από WOMAC Score 74%, 60% και 54% πριν την πρώτη, δεύτερη και τρίτη θεραπεία αντίστοιχα. Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της TCPRF για ανακούφιση του πόνου στη γληνοβραχιόνιο άρθρωση, το καταγραφόμενο WOMAC Score ήταν 68%, 52% και 35% πριν την πρώτη, δεύτερη και τρίτη θεραπεία αντίστοιχα.

Συμπέρασμα: Η διαδερμική παλμική νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες φαίνεται ότι μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του πόνου των μεγάλων αρθρώσεων. Ο πλήρης μηχανισμός δράσης της παραμένει μέχρι και σήμερα μη καλά διευκρινισμένος. Απαιτούνται περισσότερες προοπτικές κλινικές, αλλά και πολυκεντρικές μελέτες για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της TCPRF και για τον καθορισμό πρωτοκόλλων καταγραφής, παρακολούθησης και αντιμετώπισης χρόνιου πόνου που οφείλεται σε μυοσκελετικές παθήσεις.

.Βιβλιογραφία:

1. Taverner MG, Loughnan TE, I Soon CW. Transcutaneous application of pulsed radiofrequency treatment for shoulder pain. *Pain Pract*, 2013; 13: 310 – 315.
2. Taverner MG, Ward TL, Loughnan TE. Transcutaneous pulsed radiofrequency treatment in patients with painful knee awaiting total knee joint replacement. *Clin J Pain*, 2010; 26: 429 – 432.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA61

Αποτελεσματική διαχείριση αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με έντονο πόνο λόγω οφθαλμικής ερπητικής νευραλγίας από το Ιατρείο Πόνου του Γ. Ν. Λεμεσού

Νεκταρία Λέκκα, Αικατερίνη Γαβρά-Παπασπύρου
Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝ Λεμεσού, Κύπρος

Εισαγωγή: Παρουσίαση 5 περιστατικών που παραπέμφθηκαν στο ιατρείο πόνου του Νοσοκομείου μας, σε διάρκεια ενός έτους, για τη διαχείριση του έντονου άλγους τους, λόγω ερπητικής νευραλγίας, μη αντιμετωπιζόμενης με τα χορηγούμενα αναλγητικά.

Μέθοδος: Όλοι οι ασθενείς που παραπέμφθηκαν στο Ιατρείο μας αφορούσαν ασθενείς τετάρτου σταδίου νεφρικής βλάβης, υπό αιμοκάθαρση, ηλικίας 67-82 ετών. Οι 3 ασθενείς λόγω του έντονου άλγους τους ήταν νοσηλεύομενοι στη Νεφρολογική κλινική. Οι δύο ασθενείς με υποξεία οφθαλμική ερπητική νευραλγία (5 και 7 βδομάδων αντίστοιχα, μετά την εμφάνιση του εξάνθηματος) ελάμβαναν αγωγή χωρίς όμως βελτίωση των συμπτωμάτων τους (NRS score: 7-8). Σε όλους τους ασθενείς είχε δοθεί : αντική αγωγή, γκαμπαπεντίνη 300 mg/ ημέρα, παρακεταμόλη 1000 mg/ τρεις φορές την ημέρα και τραμαδόλη 100-200 mg/ημέρα (p.o και iv). Επίσης, όλοι οι ασθενείς είχαν προηγουμένως εξεταστεί από Οφθαλμίατρο. Εμείς τροποποιήσαμε την αγωγή σταδιακά με τα οπιοειδή, δόθηκε σύμπλεγμα βιταμινών Β και C και πραγματοποιήσαμε 2-3 περιφερικούς αποκλεισμούς του υπερκόγχιου, του υποκόγχιου ν., του δακρυϊκού, του υπερτροχίλιου ν. με ταυτόχρονο αποκλεισμό του μείζονος και ελάσσονος ινιακού, με ΤΑ λιδοκαΐνη 1% και dexamethasone.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς μετά την διενέργεια των αποκλεισμών ανέφεραν σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων τους και σταδιακά μείωσαν την χορηγούμενη αγωγή τους. Συγκεκριμένα οι ασθενείς συνέχισαν για διάστημα 6 μηνών μόνο την γκαμπαπεντίνη, την οποία ελάμβαναν μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης.

Συμπεράσματα: Ο έρπητας ζωστήρας είναι πιο συχνός σε άτομα μεγάλης ηλικίας και σε άτομα με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις λόγω της επιβαρυνμένης ανοσολογικής τους κατάστασης. Περίπου 20% των ασθενών αυτών εμφανίζουν εκδήλωση της νόσου κατανομής τριδύμου με ετερόπλευρο ερυθηματώδες εξάνθημα, με έντονο πόνο, καυσalgία, κνησμό, κεφαλαλγία και αλλοδυνία . Οι επικουρικοί περιφερικοί αποκλεισμοί στην περιοχή υπόσχονται ικανή διαχείριση των συμπτωμάτων οξέος και χρόνιου πόνου στους ασθενείς αυτούς.

Βιβλιογραφία:

1. www.nysora.com
2. Risk Factors for Herpes Zoster in Patients with Chronic Kidney Disease: A Case-Control Study
Zhenxing Li, Qiao Wang, Jiahui Ma, et al. *Vaccines (Basel)*. 2021 Sep; 9(9): 963.
3. Eye and Periocular Skin Involvement in Herpes Zoster Infection. Chris D. Kalogeropoulos, et al. *Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol*. 2015 Winter; 4(4): 142–156.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

ΕΑ62

Πόνος και διατροφή – πως σχετίζονται;

Αθανασία Αγγελοπούλου¹, Σοφία Σεβαστού¹, Εμμανουήλ Ιωαννίδης¹, Ρουθ Ρούσσου², Σταύρος Σερέτης², Νιζέτα Ψοφάκη², Μαρία Κοκολάκη¹

1 Αναισθησιολογικό τμήμα και Ιατρείο πόνου

2 Νοσηλευτικό Αναισθησιολογικό τμήμα Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ Αττικής

Ο τρόπος διατροφής σήμερα μπορεί να οδηγήσει σε πραγματική βελτίωση του πόνου, ιδίως στις αρθρώσεις.

Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε πώς σχετίζεται ο πόνος με τη διατροφή.

Υλικό-μέθοδος: Στον προεγχειρητικό έλεγχο στο ιατρείο μας, 80 ασθενείς συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο με 8 ερωτήσεις:

1. Έχετε χρόνια πόνο στη μέση;
2. Έχετε πόνο στις αρθρώσεις;
3. Χρησιμοποιείται βότανα, ρίζες ή συμπληρώματα διατροφής για την ανακούφιση του πόνου;
4. Χρησιμοποιείται φρούτα και τί είδους;
5. Χρησιμοποιείται μπαχαρικά, και αν ναι ποιά είναι αυτά;
6. Πιστεύετε στη χρήση της μεσογειακής διατροφής;
7. Χρησιμοποιείται κόκκινο ή λευκό κρέας;
8. Πίνετε αλκοόλ;

Αποτελέσματα:

- Το 60% των ασθενών βιώνουν χρόνια πόνο στη μέση και στις αρθρώσεις.
- Το 50% των ασθενών χρησιμοποιούν βότανα.
- Το 5% των ασθενών χρησιμοποιούν συμπληρώματα διατροφής και κυρίως θειική γλυκοζαμίνη και χονδροϊτίνη.
- Το 5% των ασθενών από φρούτα χρησιμοποιούν μήλο και πορτοκάλι.
- Το 12% των ασθενών χρησιμοποιούν από μπαχαρικά τον κourkouμά.
- Το 10% των ασθενών χρησιμοποιούν κόκκινο κρέας.
- Κατάχρηση αλκοόλ: Κανένας.

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι οι τροφές ζωικής προέλευσης ευνοούν τον πόνο, ενώ ανακουφιστικά είναι φρούτα - λαχανικά, ρίζες – βότανα και ιδίως ο κourkouμάς.

Συμπέρασμα:

Η συσχέτιση του πόνου με την διατροφή είναι αμφίδρομη. Η δύναμη της μεσογειακής διατροφής κερδίζει έδαφος από την ικανότητά της να ρυθμίζει τη φλεγμονή.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

ΕΑ63

Ο ρόλος της αυτοαιμοθεραπείας με όζον στη αποτελεσματική θεραπεία της ινομυαλγίας

Δρ. Δήμου Τριανταφυλλιά¹, Καβαλιεράτου Ευθυμία²

1 Αναισθησιολόγος-Αλγολόγος, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Νοσοκομείο Mediterraneo, Αθήνα

2 Ειδικευόμενη Παθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της αυτοαιμοθεραπείας με όζον στη διαχείριση της ινομυαλγίας (FM).

Μέθοδοι: 20 ασθενείς με ινομυαλγία υποβλήθηκαν σε 10 συνεδρίες θεραπείας με όζον (2 συνεδρίες την εβδομάδα) με συγκέντρωση 30-60 mcgr/ml. Η υγεία των ασθενών και η ένταση του πόνου αξιολογήθηκαν πριν και μετά τη θεραπεία, χρησιμοποιώντας την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS) και καταγράφοντας τη συχνότητα των κρίσεων ινομυαλγίας.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς που θεραπεύτηκαν με όζον ανέφεραν βελτίωση στον ύπνο και τις καθημερινές δραστηριότητες, σημαντική μείωση στην αίσθηση του πόνου, συνοδευόμενη από μείωση των τιμών της VAS, καθώς και αξιοσημείωτη μείωση στη συχνότητα των κρίσεων ινομυαλγίας.

Συμπέρασμα: Η αυτοαιμοθεραπεία με όζον σε ασθενείς με ινομυαλγία έδειξε σημαντική ελάττωση των ευαίσθητων σημείων και των τιμών της VAS, καθώς και μείωση των κρίσεων ινομυαλγίας. Αυτή η θεραπεία διευκολύνει την καθημερινή ζωή των ασθενών που υποφέρουν από τη νόσο, ενώ συγχρόνως φαίνεται να μειώνει τη καθημερινή χρήση αναλγητικών φαρμάκων, περιορίζοντας τις επιβλαβείς παρενέργειες. Περαιτέρω έρευνα πρέπει να διεξαχθεί, συμπεριλαμβανομένων ομάδων με περισσότερους ασθενείς, καθώς και περισσότερων κλινικών δοκιμών, για να διαλευκανθεί η επίδραση της θεραπείας με όζον σε ασθενείς που υποφέρουν από ινομυαλγία.

Βιβλιογραφία:

1. Smith NL, Wilson AL, Gandhi J, et al. Ozone therapy: an overview of pharmacodynamics, current research, and clinical utility. *Med Gas Res* 2017; 7: 212-219.
2. Hidalgo-Tallón J, Menendez-Cepero S, Vilchez JS, et al. Ozone Therapy as add-on treatment in Fibromyalgia management by rectal insufflation: An open-label pilot study. *J Altern Complement* 2009; 19: 238-242.
3. Tirelli U, Cirrito C, Pavanello M, et al. Ozone therapy in 65 patients with fibromyalgia: an effective therapy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2019; 23: 1786-1788.
4. Borrelli E, Bucci V. A novel therapeutic option for chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Riv Ital Ossigeno Ozonoter* 2002; 1: 149-153.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA64

**Το μαγνήσιο ως θεραπευτικό μέσο στα σύνδρομα του χρόνιου πόνου:
Βιβλιογραφική ανασκόπηση**

Ζαρογιάννη Θεοδώρα, Ζαπάντης-Γάκης Χρήστος, Μανούσκου Νεοκλίτσα, Γρηγοριάδου Χάρης, Ιωαννίδης Ραφαήλ
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Εισαγωγή: Το μαγνήσιο αποτελεί εδώ και πολλά χρόνια ένα θεραπευτικό μέσο που χρησιμοποιείται στον πόνο. Φαρμακολογικά, είναι ανταγωνιστής των NMDA υποδοχέων στα ραχιαία κέρατα του ωτιαίου μυελού και αποτρέπει την κεντρική ευαισθητοποίηση και το φαινόμενο του wind-up. Υπάρχει μεγάλο εύρος βιβλιογραφίας για τη χρήση του μαγνησίου στο χρόνιο πόνο, αλλά μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ξεκάθαρη εικόνα για τις κατηγορίες του χρόνιου πόνου που μπορεί να βοηθήσει.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στη βάση δεδομένων PubMed (MEDLINE) κι επιλέχθηκαν πρόσφατες μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα του μαγνησίου στο χρόνιο πόνο.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των μελετών έδειξε πως το μαγνήσιο έχει θέση στο χρόνιο πόνο, αλλά όχι στο σύνολο των συνδρόμων. Έχει αποδεδειγμένη θεραπευτική δράση στον καρκινικό πόνο με νευροπαθητικά στοιχεία, μεταστατικό ή μη και ιδίως όταν τα οπιοειδή δεν επαρκούν, ακόμη και σε δόσεις μικρότερες από αυτές για τον οξύ πόνο. Σημαντική φαίνεται πως είναι η θέση του μαγνησίου στη μεθερπητική νευραλγία, αφού σε δύο κλινικές μελέτες και μία μετανάλυση φάνηκε ότι η ανακούφιση είναι γρήγορη και με διάρκεια. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί η θεραπευτική του δράση στο νευροπαθητικό πόνο από παθήσεις της ΟΜΣΣ, αλλά η διάρκεια του αποτελέσματος δεν υπερβαίνει τις 6 εβδομάδες. Επίσης, έχει βρεθεί σε πρόσφατες μελέτες ότι αποτελεί σημαντικό εργαλείο στις κεφαλαλγίες χωρίς αύρα και ως προς την ένταση του πόνου και ως προς την πιθανότητα επανεμφάνισης. Σημαντικό σε κάθε περίπτωση είναι το γεγονός ότι το μαγνήσιο έχει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με όλα τα υπό σύγκριση φάρμακα.

Συμπέρασμα: Αν και η βιβλιογραφία είναι ξεκάθαρη για τη θέση του μαγνησίου σε συγκεκριμένα σύνδρομα χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, εκκρεμούν έρευνες σχετικά με την ακριβή δοσολογία. Το σημαντικότερο είναι να καταστεί κατανοητό ότι το μαγνήσιο θα πρέπει να αποτελεί ένα φάρμακο που πρέπει να χρησιμοποιείται στο χρόνιο πόνο και δε θα πρέπει οι αλγολόγοι να το ξεχνούν.

Βιβλιογραφία:

1. Park Rex et al. Efficacy and Safety of Magnesium for the Management of Chronic Pain in Adults: A Systematic Review. *Anesthesia & Analgesia* 131(3);p 764-775, September 2020
2. Crosby Vincent et al. The Safety and Efficacy of a Single Dose (500 mg or 1 g) of Intravenous Magnesium Sulfate in Neuropathic Pain Poorly Responsive to Strong Opioid Analgesics in Patients with Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 19, Issue 1, 35 - 39

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

ΕΑ65

Εφαρμογές Μηχανικής Μάθησης στη Διαχείριση του Πόνου

Ζόμπολα Αναστασία¹, Μπατιστάκη Χρυσάνθη², Ασημακόπουλος Θαλής³, Αυγερινού Κυριακή³, Μπραϊμάκης Φώτης³, Κουρούκλη Ειρήνη³.

1 Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

2 Ιατρείο Πόνου Θεραπευτηρίου Υγεία

3 Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου Ιπποκράτειο ΓΝΑ

Εισαγωγή: Η ιδέα της Μηχανικής Μάθησης στηρίζεται στη χρήση αλγορίθμων διαφορετικών επιπέδων για την επεξεργασία δεδομένων εισόδου. Οι αλγόριθμοι αυτοί έχουν ως στόχο να εντοπίσουν πώς τα δεδομένα εισόδου οδηγούν σε συγκεκριμένη έξοδο.

Η εφαρμογή μιας σφαιρικής προσέγγισης στην εύρεση της αποτελεσματικής θεραπείας του πόνου θα συντελέσει στην βελτίωση των ψυχολογικών και φυσιολογικών παραμέτρων και κυρίως στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Έτσι εισάγεται ευρέως η χρήση μεθόδων Μηχανικής Μάθησης, σε ένα σύνολο από διαφορετικές μελέτες και έρευνες, με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενών με οξύ και χρόνιο πόνο.

Μέθοδος: Στην παρούσα ανασκόπηση αναφέρονται διαφορετικά μοντέλα Μηχανικής Μάθησης που έχουν χρησιμοποιηθεί στην βιβλιογραφία, για την ανάλυση δεδομένων ασθενών με οξύ και χρόνιο πόνο, καθώς και την ανταπόκριση τους στη χορήγηση οπιοειδών.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν: 1) Ηλεκτοεγκεφαλογραφήματα (ΗΕΓ) με μεθόδους Μηχανικής Μάθησης, ως βιοδείκτες για την ανταπόκριση ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική ισχίου, στη θεραπεία με οπιοειδή [1] 2) Η χρησιμότητα των μεθόδων Μηχανικής Μάθησης στο εντοπισμό σημαντικών παραγόντων για την έκφραση πόνου χρησιμοποιώντας πληροφορίες από αισθητήρες έκφρασης πόνου και κλινικούς παράγοντες σε ασθενείς με χρόνιο πόνο [2] 3) Η ανταπόκριση ογκολογικών ασθενών σε συγκεκριμένη θεραπεία καθώς και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με χρήση μεθόδων Μηχανικής Μάθησης [3] 4) Η απόδοση 5 διαφορετικών μοντέλων Μηχανικής Μάθησης στη συσχέτιση των χαρακτηριστικών των ασθενών για την πρόβλεψη της υπερσυνταγογράφησης των οπιοειδών [4]

Συμπέρασμα: Η δυνατότητα πρόβλεψης της ανταπόκρισης κάθε ασθενούς, σε συνδυασμό με τη διερεύνηση κλινικών και γενετικών παραγόντων, μπορεί να συμβάλει στην εξαγωγή πολλών ωφέλιμων συμπερασμάτων. Η χρήση αποδοτικών αλγορίθμων Μηχανικής Μάθησης στην κλινική πράξη, θα οδηγήσει στην ενίσχυση της ικανότητας των θεραπόντων να λαμβάνουν πιο ενημερωμένες και ακριβείς αποφάσεις για τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών τους, βασισμένες σε προσωπικές γενετικές πληροφορίες.

Βιβλιογραφία:

1. M. Gram, J. Erlenwein, F. Petzke, D. Falla, M. Przemek, M.I. Emons, M. Reuster, S.S. Olesen, A.M. Drewes, "Prediction of postoperative opioid analgesia using clinical-experimental parameters and electroencephalography," Jul. 2016.
2. Pao-Feng Tsai , Chih-Hsuan Wang , Yang Zhou , Jiaxiang Ren , Alisha Jones , Sarah O. Watts , Chiahung Chou e , Wei-Shinn Ku c, "A classification algorithm to predict chronic pain using both regression and machine learning – A step-wise approach," Dec. 2021.
- 3./ Jeffrey Gudin , Seferina Mavroudi , Aigli Korfiati , Konstantinos Theofilatos , Derek Dietze, Peter Hurwitz, "Reducing Opioid Prescriptions by Identifying Responders on Topical Analgesic Treatment Using an Individualized Medicine and Predictive Analytics Approach," May 2020.
4. Gudin JA, Brennan MJ, Harris ED, "Changes in pain and concurrent pain medication use following compounded topical analgesic treatment for chronic pain: 3- and 6-month follow-up results from the prospective, observational optimizing patient experience and response to topical analgesics study," 2017.
5. [Shirong Zhao, Jamie Browning, Yan Cui, Junling Wang, "Using machine learning to classify patients on opioid use," vol. 12, no. 4, Nov. 2021.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA66

Πολυδιάστατη Αντιμετώπιση του Χρόνιου Πόνου: Μια Γνωσιακή – Συμπεριφορική Προσέγγιση

Ελευθερία Τσάλτα¹, Ευγενία Καραντώνη²

1 Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

2 Γενικό Νοσοκομείο Λειβαδιάς, Παθολογική Κλινική, Λειβαδιά

Λέξεις κλειδί: χρόνιος πόνος, ενσυνειδητότητα

Περίληψη

Την τελευταία δεκαετία, ο όρος ενσυνειδητότητα (mindfulness) έχει γίνει από τους πιο διαδεδομένους στην ψυχολογία. Αναφέρεται στην ικανότητα του να βρίσκεται κανείς στην παρούσα στιγμή, εκούσια, συνειδητά και χωρίς κριτική διάθεση. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ενσυνειδητότητα σήμερα διδάσκεται σε περισσότερες από 140 Ιατρικές Σχολές της Βόρειας Αμερικής με στόχο, μεταξύ άλλων, τη μεταγνωστική ευαισθητοποίηση και επομένως την ευεξία και την αναχαίτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των γιατρών.

Αντικατοπτρίζοντας το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη χρήση μη φαρμακευτικών προσεγγίσεων στο πλαίσιο της πολυδιάστατης αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου, παρουσιάζουμε την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας γνωσιακής - συμπεριφορικής θεραπευτικής προσέγγισης που βασίζεται στην έννοια της ενσυνειδητότητας στη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Στο πλαίσιο των στόχων της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, η εισαγωγή της ενσυνειδητότητας στην φάρετρα των Ιατρικών Πόνου θα είχε διττό σκοπό:

1. Την ψυχοπροστασία των εργαζομένων υγείας που εκτίθενται συστηματικά στην ψυχοφθόρο αντιμετώπιση του χρόνιου, καρκινικού και μη πόνου και της παρηγορικής φροντίδας. Εμμέσως πλην σαφώς, η ψυχοπροστασία των θεραπόντων οδηγεί σε βελτίωση της αντιμετώπισης της ιδιαίτερα ευάλωτης ομάδας των ασθενών που αυτοί φροντίζουν.

2. Ο δεύτερος στόχος συνδέεται άμεσα με την φροντίδα των ασθενών αυτών: υπάρχει πλέον ένα σημαντικό σώμα έρευνας που υποδεικνύει ότι η εκπαίδευση και η εφαρμογή ενσυνειδητότητας από τον ίδιο τον ασθενή συνδράμει σημαντικά στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Δεδομένης της στενότητας προσωπικού και χρηματοδότησης και των Ιατρικών Πόνου της χώρας, είναι πρακτικά σημαντικό ότι υπάρχει πληθώρα διαδικτυακών εφαρμογών που υποστηρίζουν την εκπαίδευση ενσυνειδητότητας για εργαζομένους στην υγεία αλλά και για το κοινό.

Βιβλιογραφία:

1. Manarte Pinto et al., *Medicina* 2024, 60, 686. <https://doi.org/10.3390/medicina60050686> Janowska-Sejda
2. Mario Miniati et al., *Clinical Neuropsychiatry* (2023) 20, 5, 429-441 doi: 10.36131/cnforitieditore20230505
3. Mantzios M. Et al., *Mindfulness* 6(1) 2013, 6(1) DOI:10.1007/s12671-013-0237-3

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA67

Η συμβολή του ψευδαργύρου στην αντιμετώπιση του πόνου. (Ανασκόπηση)

Μαρία Κουρή¹, Αθηνά Βαδαλούκα², Ευάγγελος Κονταργύρης³, Βασιλική Καλφακάκου⁴

1 Κλινική Στοματολογίας και Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, 11527, Ελλάδα

2 Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, 15125, Ελλάδα

3 Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 45110, Ελλάδα.

4 Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 45110, Ελλάδα

Η θεραπευτική χρήση των οπιούχων αναλγητικών είναι περιορισμένη λόγω των κλινικά σημαντικών παρενεργειών. Οι εγκεφαλίνες είναι ισχυροί ενδογενείς αναλγητικοί, αντιφλεγμονώδεις και αντικαταθλιπτικοί παράγοντες, βραχείας ωστόσο διάρκειας ζωής, λόγω του γρήγορου καταβολισμού από τις εξαρτώμενες από τον ψευδάργυρο μεταλλοπεπτιδάσες, όπως η ενδοπεπτιδάση (ΕΠ) και η αμινοπεπτιδάση Ν (ΑΠΝ). Ως εκ τούτου, οι αναστολείς ΕΠ και ΑΠΝ θα μπορούσαν να είναι σημαντικοί αναλγητικοί παράγοντες ενισχύοντας τη διάρκεια ζωής και τη δράση των εγκεφαλινών.

Μόρια που περιέχουν ψευδάργυρο, όπως η θειορφάνη και η ακετορφάνη, είναι ισχυροί αναστολείς ΕΠ στο ανθρώπινο πλάσμα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Επιπλέον έχουν συντεθεί ενεργοί ΕΠ και ΑΠΝ αναστολείς, όπως ο RB101. Το προφάρμακο RB101, ένας μεικτός αναστολέας του καταβολισμού της εγκεφαλίνης και δεν εμφανίζει ανοχή/εξάρτηση από τα οπιοειδή ή φυσική εξάρτηση από τους αναστολείς ΕΠ, σε επίμυες, σε δόσεις που επιφέρουν ισχυρά αναλγητικά αποτελέσματα, μετά από συνεχή ενεργοποίηση των υποδοχέων των οπιοειδών από τους ενδογενείς συνδέτες τους.

Οι αναστολείς ΕΠ, όπως ο RB101, μπορεί επίσης να διαδραματίσουν ρόλο στη διαχείριση της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του συνδρόμου στέρησης οπιούχων. Ανταγωνιστές του υποδοχέα χολεκυστοκινίνης, όπως ο RD-134.308, με παρόμοια αποτελέσματα με τα αντικαταθλιπτικά, έχουν αναφερθεί ότι διευκολύνουν τη δράση του RB101.

Συμπερασματικά, η αδρανοποίηση και/ή η ρύθμιση των ΕΠ και ΑΠΝ, μέσω ενώσεων που περιέχουν ψευδάργυρο, μπορεί να αναδειχθούν ως μελλοντικές θεραπευτικές προσεγγίσεις κατά του πόνου, με λιγότερες παρενέργειες ή εξαρτησιογόνα χαρακτηριστικά, σε σύγκριση με τα οπιοειδή φάρμακα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA68

Βελονισμός και διάμεση κυστίτιδα: μελέτη περίπτωσης

Μουτζούρη Α, Ρεκατοίνα Μ, Σιαφάκα Ι, Τσαρουχά Α.

Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η διάμεση κυστίτιδα είναι ένα επώδυνο σύνδρομο που προκαλεί πόνο και δυσάρεστη αίσθηση στην ουροδόχο κύστη (πίεση, δυσφορία). Σχετίζεται με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα (εμμένουσα επιτακτικότητα, συχνουρία, νυκτουρία) διάρκειας μεγαλύτερης των 6 εβδομάδων, χωρίς να συνυπάρχει λοίμωξη ή άλλη εμφανής αιτία. Πρόκειται για μία διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Εμφανίζεται πιο συχνά σε γυναίκες στην τρίτη έως και πέμπτη δεκαετία ζωής τους. Αν και η αιτιολογία δεν είναι πλήρως γνωστή, ενοχοποιούνται αυτοάνοσοι μηχανισμοί, προηγούμενες λοιμώξεις, stress, ενεργοποίηση μαστοκυττάρων, νευροπαθητικές αλλαγές, διαταραχή του φραγμού και της διαπερατότητας του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστης και έκθεση του υποβλεννογόνου σε τοξικά προϊόντα. Θεραπείες που έχουν εφαρμοσθεί για τη νόσο (αμιτρυπυλίνη, αντιισταμινικά, αντιχολινεργικά, αντιφλεγμονώδη, πολυθειική πεντοσάνη, ενδοκυστική έγχυση υαλουρονικού, θειικής χονδροϊτίνης) δεν είναι βοηθητικές. Αντίθετα, μελέτες έχουν δείξει ότι ο βελονισμός είναι αποτελεσματικός σε πλήθος λειτουργικών διαταραχών όπως στον χρόνιο πυελικό πόνο, στη δυσουρία λόγω καλοήθους υπερπλασίας προστάτη και στη διάμεση κυστίτιδα, μειώνοντας τον πόνο και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής και την καθημερινότητα του ασθενή.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για γυναίκα 70 ετών με διάγνωση διάμεσης κυστίτιδας από 9ετίας. Προσέρχεται με έντονο υπερηβικό άλγος (VAS=10/10), συχνουρία (15/ημέρα), επιτακτικότητα στην ούρηση (8/ημέρα), νυκτουρία (4/νύκτα), δυσουρία και διαταραχές ύπνου. Έχει υποβληθεί σε πλήρη ουροδυναμικό και γυναικολογικό έλεγχο. Έχει ακολουθήσει πρόγραμμα εκπαίδευσης κύστης, προγραμματισμένης ούρησης και πρόσληψης υγρών, και φυσικοθεραπείας για δυσλειτουργία πυελικού εδάφους. Στο παρελθόν έχει λάβει προβιοτικά, ΜΣΑΦ και πρεγκαμπαλίνη, (50mg x2) και έχει υποβληθεί σε ενδοκυστικές εγχύσεις υαλουρονικού οξέος και botox. Προτάθηκε η συνέχιση λήψης πρεγκαμπαλίνης 50mg δις ημερησίως σε συνδυασμό με βελονισμό. Έγιναν 12 συνεδρίες βελονισμού (1/εβδομάδα) διάρκειας 30 min.

Αποτελέσματα: Η απάντηση στη θεραπεία με το βελονισμό μετά τη 12η συνεδρία ήταν ικανοποιητική. Η ασθενής ανέφερε μείωση του πόνου (VAS=4/10), μείωση της συχνουρίας (7/ημέρα), μείωση των επεισοδίων επιτακτικής ούρησης (4/ημέρα), μείωση των επεισοδίων νυκτερινής ούρησης (1-2/νύκτα) και βελτίωση του ύπνου.

Συμπέρασμα: Ο βελονισμός είναι μια αποτελεσματική, χρήσιμη, μη επεμβατική μέθοδος στην αντιμετώπιση της διάμεσης κυστίτιδας.

Βιβλιογραφία:

Dias D, Mendes PA, Oliveira PD, Pinto RA. What is in the pipeline for new treatments for bladder pain syndrome/interstitial cystitis? *Curr Opin Urol.* 2024 Mar 1;34(2):58-63. doi: 10.1097/MOU.0000000000001159. Epub 2024 Jan 3. PMID: 38168016.

Hanno P, Dmochowski R. Status of international consensus on interstitial cystitis/bladder pain syndrome/painful bladder syndrome: *Neurourol Urodyn.* 2009;28:274-286

Lee SH, Lee BC. Electroacupuncture relieves pain in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: three-arm randomized trial. *Urology.* 2009; 73(5): 1036-1041

Li J, Han CH, Cheng XH, et al. [Observation on therapeutic effects of elongated needle therapy on dysuria induced by benign prostatic hyperplasia]. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2008; 28(10): 707-709

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

ΕΑ69

Βελονισμός και ινομυαλγία: μελέτη περίπτωσης

Μουτζούρη Α, Τσαρουχά Α.*Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο*

Εισαγωγή: Η ινομυαλγία είναι ένα σύνδρομο κεντρικής ευαισθητοποίησης που επηρεάζει το 1-8% του πληθυσμού, με προτίμηση τις γυναίκες. Χαρακτηρίζεται από διάχυτο μυοσκελετικό πόνο, ο οποίος συνοδεύεται από άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές του ύπνου, χρόνια κόπωση, απώλεια μνήμης και ψυχιατρικά προβλήματα.

Η ακριβής αιτιολογία της ινομυαλγίας είναι ακόμη άγνωστη, ενώ η αντιμετώπισή της απαιτεί πολυδύναμη προσέγγιση με μη φαρμακευτικές (βελονισμό, άσκηση συμπεριφορική θεραπεία, ειδική διαίτα, συμπληρώματα, βιταμίνες,) και φαρμακευτικές θεραπείες (πρεγκαμπαλίνη, ντουλοξετίνη, αμιτριπτυλίνη, τραμαδόλη).

Μελέτες έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα του βελονισμού στην ινομυαλγία μειώνοντας τον πόνο και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής και την καθημερινότητα του ασθενή.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για γυναίκα 50 ετών με διάγνωση ινομυαλγίας από 7ετίας.

Προέρχεται με έντονο διάχυτο άλγος (VAS=10), αιμωδίες δακτύλων, διαταραχές ύπνου, κακή διάθεση, έντονη κόπωση, έντονη ευαισθησία στο κρύο και μεγάλη εξάντληση. Η ασθενής λόγω των παραπάνω συμπτωμάτων έχει παραιτηθεί από την εργασία της.

Από το ατομικό της ιστορικό αναφέρει νόσηση από Covid 19 που επιδείνωσε την ινομυαλγία, Hashimoto, γαστρική ατροφία και αδένωμα αριστερού επινεφριδίου.

Η ασθενής κατά την πρώτη επίσκεψη ελάμβανε μόνο ενέσιμη παρακεταμόλη.

Λόγω της ατροφικής γαστρίτιδας και της αδυναμίας περως λήψης φαρμάκων αποφασίσθηκε η εφαρμογή μόνο βελονισμού.

Συνολικά εφαρμόσθηκαν 21 συνεδρίες (1/εβδομάδα), διάρκειας 30 min. Η επιλογή των σημείων βελονισμού, έγινε με βάση τα συμπτώματα των ασθενών.

Αποτελέσματα: Μετά την 6η συνεδρία υπήρξαν ενδείξεις ανταπόκρισης στη θεραπεία.

Στο τέλος της 10ης συνεδρίας υπήρξε σημαντική μείωση του πόνου (VAS= 5) και έγινε σύσταση για έναρξη αερόβιας άσκησης (περπάτημα).

Μετά την 21η συνεδρία παρατηρήθηκαν:

Μείωση του πόνου (VAS=1-2)

Βελτίωση του ύπνου (ξεκούραστος χωρίς αφυπνίσεις)

Μείωση του άγχους

Αύξηση του χρόνου αερόβιας άσκησης (5-6 Km /3 φορές την εβδομάδα)

Βελτίωση της ευαισθησίας στο κρύο

Βελτίωση της καθημερινότητας

Σημαντική ικανοποίηση της ασθενούς

Συμπέρασμα: Ο βελονισμός μπορεί να συμπεριλαμβάνεται στην θεραπευτική αντιμετώπιση της ινομυαλγίας καθώς μειώνει τον πόνο και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενή.

Βιβλιογραφία:

Atzeni F, Talotta R, Masala IF et al.: One year in review 2019: fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2019; 37 (Suppl. 116): S3- 10

Deluzze CH. e-acupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. *BMJ* 1992;305:1249-1252

Elkana O, Falcofsky AK, Shoper R, Bar-ON Kalfon T, Ablin JN: Does the cognitive index of the symptom severity scale evaluate cognition? Data from subjective and objective cognitive measures in fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2019; 37 (Suppl. 116): S51-7

Liao HY, Yen CM, Hsiao IH, Hsu HC, Lin YW. Eicosapentaenoic Acid Modulates Transient Receptor Potential V1 Expression in Specific Brain Areas in a Mouse Fibromyalgia Pain Model *Int. J. Mol. Sci.* 2024, 25, 2901. <https://doi.org/10.3390/ijms25052901>

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA70

Κατάθλιψη και χρόνια οσφυαλγία: Η αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας συγκριτικά με άλλες θεραπείες. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Βαρβάρα Αποστόλογλου¹, Βασιλική Σιαφάκα², Μαρία Νταλούκα³, Μεταξία Μπαρέκα³, Ελένη Αρναούτογλου³

¹ *Αναισθησιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη*

² *Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

³ *Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα*

Εισαγωγή: Η οσφυαλγία είναι η κυριότερη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως. Πολύ συχνά επιπλέκεται και από κατάθλιψη. Για τη σωστή αντιμετώπιση αυτής της σύνθετης κατάστασης απαιτείται ταυτόχρονη θεραπεία τόσο της κατάθλιψης όσο και της οσφυαλγίας. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που εφαρμόζεται στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ συγκριτικά με άλλες θεραπείες σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία. **Μέθοδοι:** Έγινε αναζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: Pubmed, Google Scholar, Scopus, Science Direct και Embase. Η έρευνα περιορίστηκε μόνο σε μετα- αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις και τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες που ήταν γραμμένες στην αγγλική γλώσσα και υπήρχε διαθεσιμότητα του πλήρους κειμένου.

Αποτελέσματα: Επτά τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες και τρεις μετα- αναλύσεις πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Όσον αφορά την ένταση του πόνου αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (ΓΣΘ) και των άλλων παρεμβάσεων. Το ίδιο ισχύει και για την κατάθλιψη, αν και υπάρχει μια μελέτη που δείχνει υπεροχή της ΓΣΘ. Κατά τη διάρκεια των επανελέγχων στις περισσότερες μελέτες, τόσο η κατάθλιψη όσο και η ένταση του πόνου παρουσιάζουν μεγαλύτερη βελτίωση με τη ΓΣΘ συγκριτικά με τις άλλες θεραπείες.

Συμπέρασμα: Η ΓΣΘ παρουσιάζει μικρή υπεροχή έναντι άλλων παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και τη μείωση της έντασης του πόνου αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, χωρίς όμως η διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική. Κατά τη διάρκεια των επανελέγχων η ΓΣΘ φάνηκε και πάλι ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα, με στατιστική σημαντικότητα. Χρειάζονται

Βιβλιογραφία:

1. Rutledge, Thomas; Atkinson, J Hampton; Chircop-Rollick, Tatiana; D'Andrea, John; Garfin, Steven; Patel, Shetal; Penzien, B Donald; Wallace, Mark; Weickgenant, Slatter, L Anne- Mark; «Randomized Controlled Trial of Telephone-delivered Cognitive Behavioral Therapy Versus Supportive Care for Chronic Back Pain», *Clin J Pain*, 34(4):322-327, 2018
2. Chen, A Jessica; Anderson, L Melissa; Cherkin, C Daniel; Balderson, H Benjamin; Cook, J Andrea; Sherman, J Karen; Turner, A Judith; « Moderators and Nonspecific Predictors of Treatment Benefits in a Randomized Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive-Behavioral Therapy vs Usual Care for Chronic Low Back Pain», *J Pain*, 24(2):282-303, Feb 2023
3. Bushey, A Michael; Slaven E James; Outcalt, D Samantha; Kroenke, Kurt; Kempf, Carol; Froman, Amanda; Sargent, Christy; Baecher, Brad; Zillich, J Alan; Damush, M Teresa; Saha, Chandan; French, D Dustin; Bair, J Matthew; « Effect of Medication Optimization vs Cognitive Behavioral Therapy Among US Veterans With Chronic Low Back Pain Receiving Long-term Opioid Therapy», *JAMA Netw Open*, 1;5(11):e2242533, Nov 2022

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Συμπληρωματικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA71

Εναλλακτική ιατρική για αντιμετώπιση του οξέος μυοσκελετικού πόνου με ενδομυϊκή διέγερση ((intramuscular stimulation)

Φραγκούλη Ιωάννα, Αγγελοπούλου Αθανασία, Σεβαστού Σοφία, Κανδρεβιώτη Στυλιανή, Νιάκα Αναστασία, Φλαμπουράρης Βασίλειος, Κοκολάκη Μαρία
Αναισθησιολογικό Τμήμα – Ιατρείο πόνου, Γ.Ν.Α Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμιγκ Αττικής

Ο οξύς μυοσκελετικός πόνος ταλαιπωρεί μεγάλο αριθμό ασθενών, συχνά αντιστέκεται στην φαρμακευτική αγωγή και στις συνήθεις θεραπείες. Η ενδομυϊκή διέγερση είναι εναλλακτικό σύστημα διάγνωσης και θεραπείας που αναπτύχθηκε στο Workers' Compensation Board of British Columbia και εφαρμόζεται στο The Institute for the Study and Treatment of Pain, Vancouver Canada.

Η ενδομυϊκή διέγερση βασίζεται σε νευροφυσιολογικά δεδομένα αλλά η τεχνική και η εφαρμογή της βελόνας στηρίζεται στον βελονισμό.

Σκοπός της μελέτης ήταν να εφαρμόσουμε αυτή την εναλλακτική μέθοδο σε ασθενείς του Ιατρείου μας που προσέρχονται για οξύ μυοσκελετικό πόνο.

Υλικό – μέθοδος: Μελετήσαμε 12 ασθενείς (7 άνδρες και 5 γυναίκες) ηλικίας 42-74 ετών. Οι 10 ασθενείς είχαν οσφυαλγία και 2 ασθενείς αυχεναλγία. Όλοι οι ασθενείς είχαν πάρει αναλγητική αγωγή με προσωρινή ανακούφιση.

Ενημερώσαμε τους ασθενείς για την τεχνική και πήραμε την συγκατάθεσή τους.

Σε κάθε ασθενή, αφού κάναμε καλή φυσική εξέταση, τοποθετούσαμε βελόνα μιας χρήσεως με την βοήθεια ειδικού οδηγού σε επώδυνα σημεία (trigger points) τα οποία ανευρίσκοντο σε σχέση με την ριζική ή τμηματική κατανομή. Κάναμε διέγερση σε 4-5 σημεία, συνολικά σε κάθε ασθενή πραγματοποιήθηκαν 4-5 συνεδρίες.

Αποτελέσματα: Ο σκοπός της ενδομυϊκής διέγερσης είναι να απελευθερώσει την μυϊκή βράχυνση η οποία παγιδεύει την ρίζα του νεύρου και πυροδοτεί πόνο. Τα αποτελέσματα από την ενδομυϊκή διέγερση είναι άμεσα· η κλίμακα έντασης πόνου από VAS>9 έγινε VAS<4. Η θεραπεία αξιολογήθηκε σύμφωνα με τα αντικειμενικά φυσικά σημεία.

Συμπέρασμα: Ο αριθμός της μελέτης μας είναι μικρός, φαίνεται όμως ότι η ενδομυϊκή διέγερση ανακουφίζει άμεσα τον οξύ μυοσκελετικό πόνο.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA72

Η επίδραση του Covid-19 στη διαχείριση πλήρως εμφυτευμένων υπαραχνοειδών αντλιών για χρόνια καλοήγη πόνο: αναδρομική μελέτη

Δημήτριος Πέιος¹, Περικλής Ζαβρίδης², Χριστίνα Ορφανού³, Μαριάννα Μαυρομάτη³,
Γιάγκος Καράβης³, Χριστίνα Μπλε¹, Αθανασία Τσαρουχά³

1 Κλινική Άγιος Λουκάς, Τμήμα Λειτουργικής Νευροχειρουργικής, Θεσσαλονίκη

2 Cyprus Pain Clinic, Λευκωσία, Κύπρος

3 Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Με βάση στοιχεία από τον WHO η πανδημία Covid διήρκεσε από 11/3/2020 έως και 5/5/2023. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας παρουσιάστηκαν σημαντικές δυσκολίες στη διαχείριση ασθενών με χρόνια καλοήγη πόνο, αλλά και στη διαχείριση ασθενών με εμφυτευόμενα συστήματα αντιμετώπισης χρόνιου πόνου. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται η ανάγκη για τροποποίηση της φαρμακευτικής και μη αγωγής πολλές φορές σε ασθενείς με χρόνια πόνο που νόσησαν από Covid-19.

Υλικό και Μέθοδος: Η παρούσα αναδρομική μελέτη αφορά 35 ασθενείς με πλήρως εμφυτεύσιμες αντλίες για αντιμετώπιση χρόνιου καλοήθους πόνου (15 ασθενείς από την Κλινική Άγιος Λουκάς στη Θεσσαλονίκη, 15 από την Cyprus Pain Clinic στην Κύπρο και 5 από το Αρεταίειο Νοσοκομείο). Κατά τη διάρκεια της πανδημίας καταγράφηκαν οι εξής παράμετροι:

- > Νόσηση από Covid-19
- > Εμβολιασμός
- > Ένταση πόνου
- > Δυσκολία στην επαναπλήρωση των αντλιών
- > Ανάγκη τροποποίησης των δόσεων

Αποτελέσματα: Από τους 35 ασθενείς, νόσησαν οι 17 και από αυτούς ανέφεραν αύξηση στον πόνο οι 3 ασθενείς. Στους ασθενείς αυτούς δεν χρειάστηκε τροποποίηση των αναλγητικών φαρμάκων που χορηγούνταν μέσω αντλίας, αλλά η επιδείνωση στον πόνο, αντιμετωπίστηκε με χορήγηση φαρμάκων από του στόματος. Εμβολιάστηκαν συνολικά οι 34 ασθενείς και από αυτούς δεν ανέφερε κανένας αύξηση στον πόνο, οι 3 από αυτούς ανέφεραν γενικευμένο αίσθημα αδυναμίας. Από το σύνολο των ασθενών, μόνο σε έναν ασθενή χρειάστηκε να γίνει επαναπλήρωση της αντλίας το χρονικό διάστημα που νοσούσε. Η διαδικασία επαναπλήρωσης πραγματοποιήθηκε τηρουμένων όλων των συνθηκών ασφαλείας σχετικά με τη μετάδοση της νόσου.

Συμπεράσματα: Παρά το γεγονός ότι η πανδημία Covid-19 ήταν μια περίοδος πρόκλησης για τη διαχείριση ασθενών με χρόνια πόνο, δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερες δυσκολίες στη διαχείριση των ασθενών με πλήρως εμφυτεύσιμες υπαραχνοειδείς αντλίες. Στους ασθενείς μας δεν αναφέρθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση του πόνου μετά τον εμβολιασμό ή τη νόσηση και δεν απαιτήθηκε τροποποίηση των χορηγούμενων μέσω της αντλίας φαρμάκων.

Βιβλιογραφία:

1. Young BE, Ong SWX, Kalimuddin S et al. Epidemiologic features and clinical course of patients infected with SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA* 2020;323(15):1488e94. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3204>.
2. Song XJ, Xiong DL, Wang ZY, et al. Pain management during the COVID 19 pandemic in China: lessons learned. *Pain Med* 2020 Apr 22. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa143>. pnaa143.
3. Puntillo F, Giglio M, Brienza N, Impact of COVID-19 pandemic on chronic pain management: Looking for the best way to deliver care. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2020;34: 529e537

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA73

Η χρήση κατάλυσης με ραδιοσυχνότητες για χρόνια πόνο σε ασθενείς με εμφυτεύσιμο βηματοδότη και απινιδωτή

Δημήτριος Πέιος¹, Μαριάννα Μαυρομάτη², Χριστίνα Ορφανού², Χριστίνα Μπλε¹, Αθανασία Τσαρουχά²

1 Κλινική Άγιος Λουκάς, Τμήμα Λειτουργικής Νευροχειρουργικής, Θεσσαλονίκη
2 Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η κατάλυση νεύρων με εφαρμογή ραδιοσυχνοτήτων (συνεχείς ή παλμικές) χρησιμοποιούνται ευρέως για την διαχείριση χρόνιου καλοήθη και κακοήθη πόνου. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστες μελέτες σχετικά με την χρήση των τεχνικών αυτών σε ασθενείς με εμφυτεύσιμο βηματοδότη και απινιδωτή.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη αυτή συμπεριλήφθηκαν 17 ασθενείς (12 άνδρες και 5 γυναίκες) που υποβλήθηκαν σε κατάλυση νεύρων με ραδιοσυχνότητες. Οι 14 ασθενείς είχαν εμφυτευμένο βηματοδότη και οι υπόλοιποι 3 εμφυτευμένο βηματοδότη και απινιδωτή. Οι 5 ασθενείς υποβλήθηκαν σε παλμική ραδιοσυχνότητα και οι 12 σε κλασική. Δύο ασθενείς έπασχαν από ινιακή κεφαλαλγία, 5 ασθενείς από νευραλγία τριδύμου και 10 ασθενείς από πόνο οφειλόμενο σε ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις, ισχίο και γόνατο. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 70,7 έτη. Όλες οι καταλύσεις πραγματοποιήθηκαν στο τμήμα του αγγειογράφου παρουσία ειδικευμένου αναισθησιολόγου, καρδιολόγου και τεχνικού βηματοδότη-απινιδωτή. Όλοι οι ασθενείς επανεκτιμήθηκαν καρδιολογικά 1 μήνα μετά την παρέμβαση.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκε καμία επιπλοκή κατά την διάρκεια της παρέμβασης. Επίσης δεν αναφέρθηκε καμία καρδιολογική επιβάρυνση, ένα μήνα μετά την παρέμβαση.

Συμπεράσματα: Με βάση τα αποτελέσματα μας, η κατάλυση νεύρων με ραδιοσυχνότητες φαίνεται να είναι ασφαλής τεχνική σε ασθενείς με εμφυτεύσιμο βηματοδότη και απινιδωτή, όταν πραγματοποιείται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, σε ασφαλές περιβάλλον και με την κατάλληλη παρακολούθηση. Απαιτούνται μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

Βιβλιογραφία:

1. Wray JK, Dixon B, Przkora R. Radiofrequency Ablation. [Updated 2023 Jun 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482387/>
2. Jordan Sam et al. Pulsed Radiofrequency in Interventional Pain Management: Cellular and Molecular Mechanisms of Action – An Update and Review. *Pain Physician* 2021;24:525-532
3. Smith et al. Radiofrequency Neurotomy for Facet Joint Pain in Patients with Permanent Pacemakers and Defibrillators. *Pain Medicine*, 2019; 20(2): 411–412
4. Friedrich J et al. Management of Cardiac Implantable Electrical Devices in Patients Undergoing Radiofrequency Ablation for Spine Pain: Physician Survey and Review of Guidelines. *Pain Physician* 2020; 23:E335-E342

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA74

Πρωτόκολλο δοκιμαστικής και μόνιμης εμφύτευσης ηλεκτροδίων περιφερικής νευροδιέγερσης για αντιμετώπιση χρόνιου πόνου

Αθανασία Τσαρουχά¹, Χριστίνα Ορφανού¹, Χριστίνα Μπλε², Γιάγκος Καράβης¹,
Δημήτριος Πέιος²

1 Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

2 Κλινική Άγιος Λουκάς, Τμήμα Λειτουργικής Νευροχειρουργικής, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η Περιφερική Νευροδιέγερση (PNS) αποτελεί τεχνική νευροτροποποίησης. Επιτυγχάνεται με την εμφύτευση υποδόριου ηλεκτροδίου στην περιοχή που εντοπίζεται ο πόνος. Το ηλεκτρόδιο συνδέεται με μία γεννήτρια που εμφυτεύεται και αυτή υποδύρια και παράγει ηλεκτρικά σήματα. Η ηλεκτρική αυτή διέγερση μέσω πολύπλοκων μηχανισμών μεταβάλλει τη μετάδοση του αλγινού σήματος του πόνου στον εγκέφαλο.

Υλικό και Μέθοδος: Περιγράφεται η διαδικασία της δοκιμαστικής και της μόνιμης εμφύτευσης ηλεκτροδίων περιφερικής νευροδιέγερσης σε 20 ασθενείς. Σε 3 ασθενείς εμφυτεύτηκε περιφερικός ασύρματος νευροδιεγέρτης, δηλαδή διεγέρτης χωρίς εμφυτεύσιμη γεννήτρια παλμών, και σε 17 ασθενείς τοποθετήθηκε πλήρως εμφυτεύσιμο σύστημα περιφερικής νευροδιέγερσης. Η ένδειξη για τους 17 ασθενείς αφορούσε πόνο οφειλόμενο σε αποτυχημένο χειρουργείο στην οσφή (FBSS). Οι ενδείξεις για τα 3 περιστατικά ήταν κακώσεις περιφερικών νευρών μετά από ορθοπεδικές επεμβάσεις (περνιαίο νεύρο και βραχιόνιο πλέγμα). Σε όλους τους ασθενείς προηγήθηκε δοκιμαστική εμφύτευση με διάρκεια 10 ημερών και επί θετικής ανταπόκρισης (μείωση του πόνου κατά 40% τουλάχιστον), πραγματοποιήθηκε μόνιμη εμφύτευση. Η τοποθέτηση των ηλεκτροδίων πραγματοποιήθηκε με συνεχή υπερηχογραφική παρακολούθηση, ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο βάθος τοποθέτησης τους και η γειτνίαση τους με το περιφερικό νεύρο στόχο. Κατά τις δύο φάσεις (δοκιμαστική και μόνιμη εμφύτευση) δεν διακόπηκε η αντιπηκτική αγωγή στους ασθενείς που λάμβαναν. Χορηγήθηκε προφυλακτική ενδοφλέβια αντιβίωση μία ώρα προεγχειρητικά και συνεχίστηκε η λήψη από του στόματος για 10 ημέρες. Οι ασθενείς δεν νοσηλεύτηκαν και η διαδικασία πραγματοποιήθηκε με νοσηλεία μίας ημέρας.

Αποτελέσματα: Και στα 20 περιστατικά τοποθετήθηκε μόνιμο σύστημα, καθώς το δοκιμαστικό ήταν επιτυχές. Κατά την περίοδο παρακολούθησης όλοι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με το αποτέλεσμα της περιφερικής νευροδιέγερσης. Τέλος δεν παρουσιάστηκε καμία επιπλοκή όσον αφορά την εμφάνιση αιματώματος ή λοίμωξης.

Συμπέρασμα: Για την εμφύτευση συστημάτων περιφερικής νευροδιέγερσης είναι δυνατή η ημερήσια νοσηλεία των ασθενών, δεν απαιτείται διακοπή αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς που λαμβάνουν, ενώ απαιτείται χορήγηση προφυλακτικής αντιβιοτικής αγωγής και υπερηχογραφική παρακολούθηση της τοποθέτησης των ηλεκτροδίων.

Βιβλιογραφία:

1. Zheng Y, Weiyang Liu C, Diana Xin Hui Chan et al. Neurostimulation for Chronic Pain: A Systematic Review of High-Quality Randomized Controlled Trials with Long-Term Follow-Up. *Neuromodulation* 2023 Oct;26(7):1276-1294.
2. Klotkova H, Hamani C, Sivanesan E et al. Neurostimulation for chronic pain. *Lancet* 2021 May 29;397(10289):2111-2124

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA75

Δυσавтоνομία σε δύο ασθενείς με complex regional pain syndrome (CRPS): 9 έτη follow-up

Αθανασία Τσαρουχά¹, Χριστίνα Ορφανού¹, Χριστίνα Μπλε², Μαρτίνα Ρεκατσίνα¹, Δημήτριος Πέιος²

1 Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α΄ Ανασθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

2 Κλινική Άγιος Λουκάς, Τμήμα Λειτουργικής Νευροχειρουργικής, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το σύνδρομο σύμπλοκου περιοχικού πόνου (complex regional pain syndrome -CRPS) αποτελεί μια δύσκολη κατάσταση χρόνιου πόνου ιδιαίτερα προκλητική και για τον ασθενή και για τον αλγολόγο με δύσκολες πολλές φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Προσβάλλει συνήθως τα άκρα αλλά αρκετά συχνά επεκτείνεται και σε άλλα τμήματα του σώματος. Χαρακτηρίζεται από έντονο και εμμένοντα πόνο, δυσανάλογο με την αρχική βλάβη ή τραύμα, ενώ στους ασθενείς με CRPS συνυπάρχουν συχνά διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα (δυσавтоνομία).

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για δύο ασθενείς ηλικίας 57 και 53 ετών. Ο πρώτος από αυτούς εμφάνισε CRPS στο αριστερό άνω άκρο μετά από χειρουργική επέμβαση για επικονδυλίτιδα, κατά την διάρκεια της οποίας τραυματίστηκε το αριστερό κερκιδικό νεύρο, στο ύψος του αγκώνα. Ο δεύτερος ασθενής παρουσίασε CRPS μετά από κάταγμα στο βραχιόνιο οστό, το οποίο δεν διαγνώστηκε άμεσα και χειρουργήθηκε μετά την πάροδο 4 ημερών από την πώση του ασθενούς. Αναφέρονται τα αποτελέσματα της παρακολούθησής τους κατά τα τελευταία 9 έτη.

Αποτελέσματα: Το χρονικό διάστημα των τελευταίων 9 ετών και οι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε πολλές θεραπευτικές παρεμβάσεις, σε διάφορα ιατρεία πόνου. Συγκεκριμένα, ο πρώτος ασθενής σε 34 και ο δεύτερος σε 30 συνολικά παρεμβάσεις. Έχουν υποβληθεί σε ενδοφλέβια χορήγηση κεταμίνης, σε νευροτροποποιητικές παρεμβάσεις, σε συμπαθητικούς αποκλεισμούς, σε νευρικούς αποκλεισμούς, σε καταλύσεις με ραδιοσυχνότητες και τέλος σε εμφύτευση υπαραχνοειδούς αντλίας. Κατά το προαναφερόμενο όμως χρονικό διάστημα παρατηρήθηκε ανάγκη για θεραπευτική αντιμετώπιση γενικευμένης δυσавтоνομίας (νευρογενής κύστη, γαστρεντερικές, αναπνευστικές και καρδιοαγγειακές διαταραχές), που παρουσίασαν και οι δύο ασθενείς.

Συμπέρασμα: Το σύνδρομο σύμπλοκου περιοχικού πόνου απαιτεί συνεχή ιατρική φροντίδα, προσαρμογή των θεραπευτικών διαδικασιών και προσεκτική παρακολούθηση για την εμφάνιση νέων συμπτωμάτων. Παρά το γεγονός ότι δεν πλήρως διευκρινισμένο αν η δυσавтоνομία σχετίζεται άμεσα με το CRPS, η μελέτη τέτοιων περιστατικών για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε μια κοινή βάση και να αποδειχτεί η άμεση συσχέτιση τους.

Βιβλιογραφία:

1. Hendrickson J, Hendrickson E, Davinder Sidhu G et al. Complex regional pain syndrome and dysautonomia in a 14-year-old girl responsive to therapeutic plasma exchange *Journal of Clinical Apheresis*. 2016;31(4):368-374
2. Ho-Jin Lee Kang Hee Lee Jee Youn Moon 2 et al. Prevalence of autonomic nervous system dysfunction in complex regional pain syndrome. *Reg Anesth Pain Med* 2021 Mar;46(3):196-202. doi: 10.1136/rapm-2020-101644
3. Kim D, Kim MJ, Kim JH et al. A Pilot Study of Autonomic Function Screening Tests for Differentiating Complex Regional Pain Syndrome Type II and Traumatic Neuropathic Pain. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Mar 24;59(4):64

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA76

Διαχείριση χρόνιου πόνου σε ασθενή με β-θαλασσαιμία μέσω αντλίας συνεχούς χορήγησης φαρμάκων

Αλέξης Παυλίδης², Κυριακή Κοντοπούργια², Μαρία Γεωργίου¹, Γιάννης Νικολάου¹, Γαβριέλα Τσαλαμανδρή¹, Περικλής Ζαβρίδης^{1,2}, Χαρίκλεια Μοδίτη¹

1 Cyprus Pain Clinic, Nicosia, Cyprus

2 Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Εισαγωγή: Στα πλαίσια συμπτωματολογίας της β-θαλασσαιμίας, ο χρόνιος πόνος συνιστά κοινό σημείο αναφοράς των ασθενών. Εξαιτίας της διαταραχής της φυσιολογικής ερυθροποίησης συχνά παρατηρείται επέκταση του μυελού των οστών, εξωμυελικές εστίες αιμοποίησης και κατά συνέπεια οστεοπόρωση, καθιστώντας τα οστά πιο επιρρεπή σε κατάγματα. [1] Με αυτή την αναφορά περιστατικού, εξετάζουμε την αποτελεσματικότητα των οπιούχων αναλγητικών μέσω αντλίας συνεχούς χορήγησης φαρμάκων (ΑΣΧΦ) στον υπόαραχνοειδή χώρο, για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου στους ασθενείς αυτούς.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής (49, A) με β-θαλασσαιμία, χρόνια αρθροπάθεια στα ισχία και τα γόνατα, προσήλθε στην κλινική πόνου στη Λευκωσία, με αναφερόμενο χρόνο, διάχυτο άλγος και άλγος νευροπαθητικού χαρακτήρα. Απο το ιστορικό του ασθενούς αναφέρονται επίσης εστίες εξωμυελικής αιμοποίησης, νεκρώσεις οστών, καθώς και πολλαπλά κατάγματα. Αποτέλεσμα των παραπάνω, ήταν και η ατελής παραπληγία και περιορισμός της κινητικότητας του ασθενούς. Παρά τις πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υποβλήθηκε σε Κύπρο και εξωτερικό, όπως και η φαρμακευτική αγωγή που έλαβε, δεν αντιμετωπίστηκε ποτέ αποτελεσματικά ο χρόνιος πόνος, οδηγώντας τον σε καθημερινές επισκέψεις σε ΤΕΠ για ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση οπιούχων αναλγητικών. Έπειτα από δοκιμαστική χορήγηση οπιοειδών με προσωρινό καθετήρα και επιτυχημένη αναλγησία, προχωρήσαμε στην εμφύτευση μόνιμου καθετήρα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Ο πόνος αξιολογείται μέσω της οπτικής αναλογικής κλίμακας πόνου VAS και αλλαγές στην ποιότητα ζωής του ασθενούς εξετάζονται με το ερωτηματολόγιο SF-12.

Συζήτηση: Πρόκειται για το πρώτο περιστατικό εμφύτευσης ΑΣΧΦ σε ασθενή με β-θαλασσαιμία στην Κύπρο. Μέσω της αντλίας, στόχος είναι η διατήρηση υψηλής συγκέντρωσης μορφίνης στον υποαραχνοειδή χώρο ενώ η ελεγχόμενη χορήγηση του φαρμάκου, προστατεύει τον ασθενή από υπερβολικές δόσεις που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και σε θάνατο. [2] Δύο μήνες μετεγχειρητικά, ο ασθενής αναφέρει μείωση του πόνου στην κλίμακα VAS από 10/10 σε 5/10 και τη μείωση της συχνότητας επισκέψεων σε ΤΕΠ για αγωγή με αναλγητικά από άλλες οδούς. Με την εμφύτευση της αντλίας και την αποτελεσματική μείωση του πόνου, δίνεται στον ασθενή μια ευκαιρία για καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι πρώτες παρατηρήσεις υποδηλώνουν ελπιδοφόρες εξελίξεις για την αποδοτικότητα της επέμβασης. Τα αποτελέσματα συνάδουν με τη διεθνή βιβλιογραφία όσο αφορά την τοποθέτηση ΑΣΧΦ σε περιστατικά που αφορούν άλλες παθολογίες. [3,4] Μελλοντικές αξιολογήσεις θα προσφέρουν περαιτέρω πληροφορίες για τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της επέμβασης σε ασθενείς με β-θαλασσαιμία.

Βιβλιογραφία:

1. Lal A. Assessment and treatment of pain in thalassemia. *Ann N Y Acad Sci.* 2016 Mar;1368(1):65-72. doi: 10.1111/nyas.13061. Epub 2016 Apr 28. PMID: 27124110; PMCID: PMC4870117.
2. Timothy R Deer, Jason E Pope, Michael C Hanes, Gladstone C McDowell, Intrathecal Therapy for Chronic Pain: A Review of Morphine and Ziconotide as Firstline Options, *Pain Medicine, Volume 20, Issue 4, April 2019, Pages 784–798, https://doi.org/10.1093/pm/pny132*
3. Schultz DM, Orhurhu V, Khan F, Hagedorn JM, Abd-Elsayed A. Patient Satisfaction Following Intrathecal Targeted Drug Delivery for Benign Chronic Pain: Results of a Single-Center Survey Study. *Neuromodulation.* 2020 Oct;23(7):1009-1017. doi: 10.1111/ner.13167. Epub 2020 May 6. PMID: 32378289; PMCID: PMC7687151.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA77

Η χρήση νευρόλυσης με ραδιοσυχνότητες σε ασθενή με άτυπη νευραλγία τρίδμου στα πλαίσια νευροϊνωμάτωσης τύπου 2

Γαβριέλα Τσαλαμανδρή¹, Αλέξης Παυλίδης², Γιάννης Νικολάου¹, Μαρία Γεωργίου¹, Περικλής Ζαβριδής^{1,2}, Χαρίκλεια Μοδίτη¹

¹ Cyprus Pain Clinic, Nicosia, Cyprus

² Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Εισαγωγή: Η νευροϊνωμάτωση τύπου 2 (NF2) είναι μια σπάνια γενετική ασθένεια που σχετίζεται με την ανάπτυξη σβαννωμάτων των κρανιακών (ειδικά οπτικών και αιθουσαίων), νωτιαίων και περιφερικών νεύρων. Οι όγκοι σχετιζόμενοι με την NF2 είναι συχνά καλοήθεις και προκαλούν απώλεια ακοής, διαταραχές της ισορροπίας και της όρασης και πόνο [1]. Υπάρχουν διάφορες φαρμακευτικές και επεμβατικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, όπως χειρουργική αφαίρεση, ακτινοθεραπεία και η χρήση νευρόλυσης με ραδιοσυχνότητες (RFA). Με αυτή την αναφορά περιστατικού εξετάζουμε τη χρήση νευρόλυσης με ραδιοσυχνότητες για τη διαχείριση πόνου σε ασθενή με ιστορικό νευροϊνωμάτωσης τύπου 2 και φαρμακο-ανθεκτική νευραλγία τρίδμου εξαιτίας σβαννώματος. Η νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες είναι μια γρήγορη και ελάχιστα επεμβατική μέθοδος με μεγάλη αποτελεσματικότητα (80-90%), ειδικά σε ασθενείς που παρουσιάζουν ανθεκτική νευραλγία τρίδμου ή σε ασθενείς που δεν μπορούν να χειρουργηθούν [2,3].

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής (54, Θ) με ιστορικό νευροϊνωμάτωσης τύπου 2 προσήλθε στην κλινική πόνο στη Λευκωσία με αναφερόμενη νευραλγία τρίδμου. Αναφέρεται άλγος στην κατανομή του V2 και V3 (VAS 8-9/10), με συνοδο αίσθημα καύσους και αιμωδίες περιστοματικά. Πάρα την λήψη υψηλών δόσεων τοπιραμάτης, γκαμπαπεντίνης, και οξκαρβαζεπίνης, δεν παρουσίασε ύφεση των συμπτωμάτων. Μετά από νευρόλυση του τρίδμου νεύρου με ραδιοσυχνότητες (παλμική), αναφέρει μεγάλη βελτίωση του πόνου στην οπτική κλίμακα πόνου VAS μέχρι και 4/10, μείωση της χρήσης αναλγητικών, καθώς επίσης και βελτίωση στην ποιότητα ζωής της.

Συζήτηση: Η χρήση νευρόλυσης με ραδιοσυχνότητες έδειξε αποτελεσματικότητά στην διαχείριση πόνου σε νευραλγία τρίδμου στα πλαίσια νευροϊνωμάτωσης. Η κλινική χρησιμότητα της νευρόλυσης στη νευροϊνωμάτωση παραμένει υπό συζήτηση λόγω έλλειψης προοπτικών μελετών. Σε κάθε περίπτωση, η ετερογένεια και σπανιότητα της νόσου παραμένουν μεγάλες πρόκλησεις για τους ασθενείς και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφία:

1. Coy S, Rashid R, Stemmer-Rachamimov A, Santagata S. An update on the CNS manifestations of neurofibromatosis type 2 [published correction appears in *Acta Neuropathol.* 2020 Apr;139(4):667. doi: 10.1007/s00401-019-02044-6]. *Acta Neuropathol.* 2020;139(4):643-665. doi:10.1007/s00401-019-02029-5
2. Eskandar E, Kumar H, Boini A, et al. The Role of Radiofrequency Ablation in the Treatment of Trigeminal Neuralgia: A Narrative Review. *Cureus.* 2023;15(3):e36193. Published 2023 Mar 15. doi:10.7759/cureus.36193
3. Abd-Elsayed, A., Martens, J.M., Fiala, K.J. et al. Pulsed Radiofrequency for the Treatment of Trigeminal Neuralgia. *Curr Pain Headache Rep* 26, 889–894 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11916-022-01092-0>

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA78

Εφαρμογή διαδερμικής ηλεκτρικής νευρικής διέγερσης σε ανθεκτική μεσοπλεύριο μεθερπητική νευραλγία: Παρουσίαση πέντε περιστατικών**Απόστολος Μητράγκας¹**, Αντιγόνη Γκουλιοβάκη¹¹ Αναισθησιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη¹ Νευρολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η μεθερπητική νευραλγία (PHN) αποτελεί μία από τις πιο επίμονες και δύσκολες στη θεραπεία μορφές νευροπαθητικού πόνου. Παρουσιάζουμε πέντε περιπτώσεις ασθενών με μεσοπλεύριο PHN διάρκειας 6 μηνών έως ενός έτους, οι οποίοι δεν παρουσίασαν σημαντική βελτίωση με τη φαρμακευτική αγωγή και τον αποκλεισμό μεσοπλεύριων νεύρων. Εξετάσαμε την αποτελεσματικότητα της διαδερμικής ηλεκτρικής νευρικής διέγερσης (Percutaneous Electrical Nerve Stimulation - PENS) σε αυτά τα περιστατικά.

Μέθοδοι: Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 50-60 ετών, με ελεύθερο ιστορικό (ASA I). Κατά την πρώτη επίσκεψη, εντοπίστηκαν τα πάσχοντα δερμοτόμια και αξιολογήθηκε η ένταση του άλγους (NRS 7-9/10). Διεξήχθησαν 9 συνεδρίες PENS - τρεις ανά εβδομάδα, κατά τις οποίες τοποθετήθηκαν διαδερμικά δύο βελόνες σε κάθε δερμοτόμιο, παρασπονδυλικά και παράλληλα με το αντίστοιχο μεσοπλεύριο διάστημα και συνδέθηκαν με τη συσκευή PENS. Κάθε συνεδρία διαρκούσε 30 λεπτά. Η ένταση της ηλεκτρικής διέγερσης καθοριζόταν ώστε να είναι αντιληπτή από τον ασθενή χωρίς να προκαλεί δυσφορία, η δε συχνότητά της εναλλάσσονταν μεταξύ 100 και 200 Hz.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς είχαν θετική ανταπόκριση στη θεραπεία. Τρεις ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση $83\pm 5,5\%$ στην πρώτη συνεδρία και πλήρη εξάλειψη του άλγους μετά την 9η συνεδρία. Οι υπόλοιποι δυο παρουσίασαν σταδιακή βελτίωση ως $78\pm 6\%$. Στον επανέλεγχο μετά από τρεις μήνες, όλοι είχαν διακόψει τη φαρμακευτική αγωγή τους χωρίς υποτροπές ή αύξηση των συμπτωμάτων τους.

Συμπέρασμα: Η PENS είναι μια σχετικά νέα μικροεπεμβατική τεχνική που δεν παρουσιάζει σοβαρές παρενέργειες και δείχνει υποσχόμενα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Αν και οι έως τώρα μελέτες είναι περιορισμένες, τα αποτελέσματα της εφαρμογής της στα ανωτέρω περιστατικά υποδεικνύουν ότι η PENS μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης της PHN, πιθανώς και ως πρώτη επιλογή. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την επιβεβαίωση της χρησιμότητάς της στη διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου.

Βιβλιογραφία:

1. Rossi, Marco et al. "A Novel Mini-invasive Approach to the Treatment of Neuropathic Pain: The PENS Study." *Pain physician* vol. 19,1 (2016): E121-8.
2. Raphael, Jon H et al. "Randomized double-blind sham-controlled crossover study of short-term effect of percutaneous electrical nerve stimulation in neuropathic pain." *Pain medicine (Malden, Mass.)* vol. 12,10 (2011): 1515-22.
3. Hamza, M A et al. "Percutaneous electrical nerve stimulation: a novel analgesic therapy for diabetic neuropathic pain." *Diabetes care* vol. 23,3 (2000): 365-70.
4. Wong, Gary W, and Akhilesh K Tiwari. "Percutaneous electrical nerve stimulation in post-mastectomy neuropathic pain: A case report." *Anaesthesia and intensive care* vol. 52,2 (2024): 131-134.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA79

Νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες για τη διαχείριση το χρόνιου πόνου σε τελικού σταδίου οστεοαρθρίτιδα γόνατος. Η διητή μας εμπειρία

Κτιστάκης Ιωάννης¹, Χρονάκης Ιωάννης², Μαργαριτσάνακη Παρασκευή², Χουστουλάκη Μαρίνα², Αλεξάκη Ευαγγελία², Σταυγιανουδάκης Νικόλαος², Ρεκατσάνα Μαρτίνα³

1 Βενιζέλειο-Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

2 Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

3 Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή και στόχοι: Η νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες (RF) ως μια ελάχιστα επεμβατική θεραπεία, έχει έναν σαφή μηχανισμό δράσης και έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα περιστατικών διαχείρισης χρόνιου πόνου. Στόχος μας είναι να παρουσιάσουμε την διητή εμπειρία μας με τη χρήση RF στην εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα του γόνατος.

Μεθοδολογία: Η εργασία συμπεριέλαβε 30 ασθενείς, 18 γυναίκες και 12 άντρες ηλικίας από 56 έως 91 ετών με οστεοαρθρίτιδα τελικού σταδίου. Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών ήταν: μακροχρόνια αναμονή για την χειρουργική αποκατάσταση, απόρριψη χειρουργικής αποκατάστασης και τέλος βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό με τρεις ή και περισσότερες συνοσηρώτητες. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν στην διαδικασία της θερμονευρόλυσης για το έξω επιγονατιδικό, έσω επιγονατιδικό και έσω υπόεπιγονατιδικό νεύρου υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση. Η θερμονευρόλυση διήρκεσε 3 λεπτά για το κάθε νεύρο στους 800 Κελσίου και ακολούθησε καταγραφή της μεταβολής της κλίμακας πόνου (NRS pain score 0 – 10) και των λειτουργικών σκορ. (κλίμακα δυσκαμψίας stiffness score 0-20).

Αξιολόγηση: Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για μια σύντομη περίοδο(τεσσαρων μηνών) χρησιμοποιώντας τη βαθμολογία πόνου NRS(0 –10) και τη βαθμολογία ακαμψίας (0 – 20). Επιπλοκές όπως μώλωπες, οίδημα, φλεγμονή ή ερύθημα δεν καταγράφηκαν, ενώ το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών κρίθηκε ικανοποιητικό.

Αποτελέσματα: Οι βαθμολογίες πόνου NRS μειώθηκαν κατά 3 βαθμούς μέσο όρο, η δυσκαμψία μειώθηκε κατά μέσο όρο 4 βαθμούς, καθώς και ανάγκη για χρήση αναλγητικών φαρμάκων. Οι 26 από τους 30 ασθενείς ανέφεραν σημαντική μείωση του νυχτερινού πόνου, ενώ δεν καταγράφηκαν επιπλοκές. Οι είκοσι έξι από τους τριάντα ασθενείς θα ξανά επέλεγαν αυτή τη μέθοδο. Εν κατακλείδι η νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες είναι μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδος στην διαχείριση του χρόνιου οστεοαρθρικού πόνου σε επιλεγμένους ασθενείς με εύκολη επαναληψιμότητα.

Βιβλιογραφία:

1. *Systematic Review of Radiofrequency Ablation for Management of Knee Pain*

Vwaire Orhurhu 1, Ivan Urits 1, Ravi Grandhi 2, Alaa Abd-Elsayed 3

MID: 31286282 DOI: 10.1007/s11916-019-0792-y

2. *A Review of Long-Term Pain Relief after Genicular Nerve Radiofrequency Ablation in Chronic Knee Osteoarthritis*

Ferdinand Iannaccone 1, Samuel

Dixon 2, Andrew Kaufman 3 PMID: 28339444

3. *Fluoroscopic Guided Radiofrequency of Genicular Nerves for Pain Alleviation in Chronic Knee Osteoarthritis: A Single-Blind Randomized Controlled Trial*

Eman H El-Hakeim 1, Abdelraheem

Elawamy 2, Emad Zariif Kamel 3, Samar H Goma 1, Rania M Gamal 1, Abeer M

Ghandour 1, Ayman

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

ΕΑ80

Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της κρυονευρόλυσης των γονατιαίων νεύρων στην διαχείριση του πόνου και της λειτουργικότητας των ασθενών μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος

Ιωάννα Βίλα¹, Μαρία Σταμελάκη¹, Στυλιανή Βελλή¹, Ευαγγελία Παπαγιάννη¹, Αλίκη-Δανάη Σουλειμάνη¹, Ιωάννης Γαλανόπουλος², Αθηνά Κολοτούρα¹
1 Αναισθησιολογικό Τμήμα & Μονάδα Πόνου Γ.Ν.Ε «ΘΡΙΑΣΙΟ», Ελευσίνα
2 Ορθοπεδική κλινική Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ», Ελευσίνα

Εισαγωγή: Η ολική αρθροπλαστική γόνατος (ΟΑΓ) είναι μια πετυχημένη και καθιερωμένη επέμβαση στη θεραπευτική προσέγγιση ασθενών με ΟΑ τελικού σταδίου. Αρκετοί ασθενείς (15%-20%) παρά την βελτίωση των τεχνικών και των υλικών εμφύτευσης συνεχίζουν να έχουν εμμένοντα μετεγχειρητικό πόνο, δυσκαμψία και μειωμένο εύρος κίνησης με αποτέλεσμα να καθυστερεί η ανάρρωσή τους αν και η επέμβαση είναι άρτια. Στόχος της μελέτης μας είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της κρυονευρόλυσης σε ασθενείς με προηγηθείσα ΟΑΓ στην γρηγορότερη λειτουργική αποκατάσταση και ανακούφιση του πόνου τους.

Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 15 ασθενείς (11 γυναίκες και 4 άνδρες) ηλικίας 65 έως 78 ετών με προηγηθείσα ΟΑΓ από 3 έως 12 μήνες. Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών καθορίστηκαν από ομάδα της Μονάδας Πόνου. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κρυονευρόλυση υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση των αισθητικών τελικών κλάδων των ισχιακού, μηριαίου και θυρεοειδούς νεύρων του γόνατος αφού προηγήθηκε θετική δοκιμασία αποκλεισμού τους με τοπικό αναισθητικό. Η εφαρμογή διήρκεσε 6 λεπτά για κάθε νεύρο. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν πριν την θεραπεία καθώς 1,15 μέρες και 1,3 μήνες με την αριθμητική κλίμακα πόνου NRS, την κλίμακα λειτουργικότητας KOOS και εκτίμηση του ROM. Καταγράφονταν επιπλοκές και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.

Αποτελέσματα: Οι βαθμολογίες πόνου μειώθηκαν κατά μέσο όρο 4,5 βαθμούς της κλίμακας NRS, αυξήθηκαν το ROM κατά μέσο όρο 15 μοίρες και η λειτουργικότητα κατά KOOS από 58% σε 97%. Υπήρξε ικανοποίηση από την παρέμβαση, θα την επέλεγαν και θα την σύστηναν σε ασθενείς. Επιπλοκές δεν καταγράφηκαν ενώ είχαμε μεγάλη μείωση χρήσης αναλγητικών.

Συμπέρασμα: Η κρυονευρόλυση των αισθητικών νευρικών κλάδων του γόνατος φαίνεται να είναι μια πολλά υποσχόμενη αποτελεσματική και ελάχιστα επεμβατική μέθοδος για την λειτουργική αποκατάσταση και γρηγορότερη ανάρρωση ασθενών μετά ΟΑΓ με εμμένοντα πόνο, μειωμένο ROM και δυσκαμψία γόνατος. Απαιτούνται περισσότερες ελεγχόμενες και τυχαιοποιημένες μελέτες για την επιβεβαίωση και τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της μεθόδου.

Βιβλιογραφία:

1. *Temperature-Mediated Neural Interventions in Knee Osteoarthritis: a Review of Cryoneurolysis and Cooled Radiofrequency Ablation with Ultrasound Guidance.* Christopher M Tidwell, Paul J DeMarco. *Curr Rheumatol Rep.* 2024 Mar;26(3):89-95. doi: 10.1007/s11926-023-01127-4
2. *Cryoneurolysis Is a Safe, Effective Modality to Improve Rehabilitation after Total Knee Arthroplasty* Brandon E. Lung, *Life (Basel).* 2022 Sep; 12(9): 1344. doi: 10.3390/life12091344
3. *The applications of cryoneurolysis for acute and chronic pain management.* Emily Biel at all. *Pain Pract.* 2023 Feb;23(2):204-215. doi: 10.1111/papr.13182.
4. *Interventional Techniques for the Management of Knee Osteoarthritis: A Literature Review.* Kashif N Malik at all. *Cureus.* 2023 Oct; 15(10): e47133. doi: 10.7759/cureus.47133
5. *Applications of Cryoneurolysis in Chronic Pain Management: a Review of the Current Literature.* David L Chang at all. *Curr Pain Headache Rep.* 2024 Feb 19. doi: 10.1007/s11916-024-01222-w.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

E81

Νευροδιέγερση νωτιαίου μυελού για την αντιμετώπιση του πόνου στο σύνδρομο μετά από αποτυχημένη επέμβαση στη σπονδυλική στήλη: Η εμπειρία του κέντρου μας μέσα από μια σειρά 20 περιστατικών

Σαριδάκη Αγγελική-Μαρία¹, Αλευρογιάννη Φανή², Τζήμα Χριστίνα¹, Σολωμού Δήμητρα², Μηλούσης Θεόδωρος², Παναγιώταρης Χρήστος-Ιωάννης², Καπετανάκη Ελένη², Πατίκας Ηλίας², Σταυροπούλου Ευμορφία³, Μπαϊρακτάρη Αγγελική⁴

1 Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, ΓΝΑ ΚΑΤ

2 Ειδικευόμενος Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ ΚΑΤ

3 Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝΑ ΚΑΤ

4 Αναισθησιολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, ΓΝΑ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Η αποτελεσματική διαχείριση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου μετά από αποτυχημένη επέμβαση στη σπονδυλική στήλη συχνά είναι δύσκολη, αποτελεί πρόκληση και τονίζει την ανάγκη για άλλες αποτελεσματικές στρατηγικές, όπως η νευροδιέγερση νωτιαίου μυελού. Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία του κέντρου μας στην διέγερση του νωτιαίου μυελού (SCS) ως θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς που δεν αντιμετωπίζονται με άλλες συμβατικές μεθόδους.

Μέθοδος: Παρουσιάζουμε μία σειρά 20 ασθενών με έντοσο νευροπαθητικό πόνο κάτω άκρων μετά από ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΗ επέμβαση σπονδυλοδεσίας (VAS >6, DN4 6-8/10), που προσήλθαν στο Κέντρο Πόνου του Νοσοκομείου μας, σε διάστημα 4 ετών (2020-2023). ΑΡΧΙΚΑ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΥΤΟΙ υποβλήθηκαν σε φαρμακοθεραπεία, προγράμματα εναλλακτικών θεραπειών (Βελονισμός, Ρεφλεξολογία) και φυσικοθεραπείας για μεγάλο χρονικό διάστημα (> 6 μήνες) χωρίς μεταβολή του έντονου άλγους, με δυσμενέστατη επίδραση στη ποιότητα ζωής.

Στους ασθενείς αυτούς εφαρμόστηκε νευροδιέγερση νωτιαίου μυελού. Καταγράψαμε τη διάρκεια εφαρμογής της, την επίδραση στην ένταση του πόνου με THN κλίμακα VAS (0-10) και το ερωτηματολόγιο DN4, καθώς και τη μεταβολή της φαρμακευτικής αγωγής. Για την επίδραση της στην ποιότητα της ζωής τους χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο SF12, πριν την επέμβαση μας και 6 μήνες μετά.

Αποτελέσματα: Σε όλους τους ασθενείς η διάρκεια εφαρμογής είναι μεγαλύτερη των 6 μηνών. Οι ασθενείς παρουσίασαν μείωση του πόνου (VAS < 4) και μείωση στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου DN4 (<4/10). Ανέφεραν αξιοσημείωτη βελτίωση στην ποιότητα ζωής με επιστροφή σε καθημερινές δραστηριότητες και μείωση της δόσολογίας φαρμακευτικής θεραπείας.

Συζήτηση: Η διέγερση του νωτιαίου μυελού (SCS) αποτέλεσε μια ικανοποιητική θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση του έντονου πόνου του συνδρόμου αποτυχημένης επέμβασης στη σπονδυλική στήλη στο Κέντρο Πόνου του νοσοκομείου μας. Στόχος μας είναι να προσεγγίσουμε τα διεθνή δεδομένα επιτυχίας και να διερευνήσουμε την διάρκεια της αποτελεσματικότητας της, παρέχοντας μια ασφαλή εναλλακτική μέθοδο θεραπευτικής προσέγγισης σε εθνικό επίπεδο.

Βιβλιογραφία:

1. Deer TR, Jain S, Hunter C, Chakravarthy K. Neurostimulation for Intractable Chronic Pain. *Brain Sci.* 2019 Jan 24;9(2)
2. Spinal cord stimulator (2023) JHM. Available at: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/treating-pain-with-spinal-cord-stimulators> (Accessed: 04 July 2023).
3. Dones I, Levi V. Spinal Cord Stimulation for Neuropathic Pain: Current Trends and Future Applications. *Brain Sci.* 2018 Jul 24;8(8):138. doi: 10.3390/brainsci8080138. PMID: 30042314; PMCID: PMC6119923.
4. Joosten EA, Franken G. Spinal cord stimulation in chronic neuropathic pain: mechanisms of action, new locations, new paradigms. *Pain.* 2020 Sep;161 Suppl 1(1):S104-S113. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001854. PMID: 33090743; PMCID: PMC7434213.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

EA82

Παρουσιάζοντας μια Νέα Τεχνική: Τροποποιημένη Ιερά Επισκληρίδιος Προσπέλαση για τη Βελτίωση των Ποσοστών Επιτυχίας της Μεθόδου

Κουρούκλη Ειρήνη, Ασημακόπουλος Θαλής, Μπακόπουλος Νικόλαος, Σουλιμά Νίκη, Τσούμα Κωνσταντίνος, Προδρομάκης Παναγιώτης, Καραμολέγκου Άννα, Λουίζος Αντώνης
Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή: Η ιερά επισκληρίδιος έγχυση είναι μια συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνική στην περιοχική αναισθησία και τη θεραπεία του πόνου, απαραίτητη για την εξασφάλιση αποτελεσματικής αναλγησίας σε διάφορες κλινικές καταστάσεις. Ωστόσο, η αδυναμία προώθησης της βελόνης στο ιερό κανάλι, δημιουργεί προκλήσεις ακόμα και σε έμπειρους αναισθησιολόγους, οδηγώντας σε αυξημένα ποσοστά αποτυχίας της τεχνικής. Με την παρούσα σειρά κλινικών περιστατικών, παρουσιάζουμε μια νέα προσέγγιση, που ονομάζουμε "τροποποιημένη ιερά επισκληρίδιο", η οποία στοχεύει στην υπέρβαση αυτών των εμποδίων και τη βελτίωση των ποσοστών επιτυχίας.

Μέθοδοι: Κατά την τροποποιημένη ιερά επισκληρίδιο προσπέλαση, όταν η βελόνα συναντά αντίσταση σε οστική δομή και αποτυγχάνει να προωθηθεί στο ιερό κανάλι, εγχέεται μια μικρή ποσότητα σκιαγραφικού μέσου και ακολουθεί ακτινοσκοπική λήψη. Η σκιαγράφιση του ιερού επισκληρίδιου χώρου σε πλάγια λήψη μας επιτρέπει την εισαγωγή και προώθηση του καθετήρα Pacz, με μικρή αλλαγή της γωνίας εισαγωγής της βελόνης (μείωση των μοιρών) και χωρίς να απαιτείται περαιτέρω προώθηση της βελόνας. Ακολουθεί η ανεμπόδιστη προώθηση του καθετήρα και η ολοκλήρωση της διαδικασίας. Παρουσιάζουμε μια σειρά περιπτώσεων 55 ασθενών που έλαβαν συνολικά 90 εγχύσεις σε διάστημα ενός έτους, 28 εκ των οποίων πραγματοποιήθηκαν με την τεχνική της τροποποιημένης ιεράς επισκληρίδιος αναλγησίας, υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου μας, και μια συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων μας με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν σημαντική βελτίωση των ποσοστών επιτυχίας, με την τροποποιημένη ιερά επισκληρίδιο προσπέλαση να επιτρέπει την επιτυχή ολοκλήρωση παρεμβάσεων που διαφορετικά θα θεωρούνταν ανεπιτυχείς (31%). Με την αλλαγή της γωνίας (ελάττωση των μοιρών) εισαγωγής της βελόνης στον ιερό κανάλι, η επιτυχής τοποθέτηση του καθετήρα καθίσταται εφικτή, οδηγώντας στα επιθυμητά αναλγητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η τροποποιημένη ιερά επισκληρίδιος τεχνική αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη πρόοδο στην επισκληρίδιο αναλγησία, προσφέροντας λύση στις προκλήσεις που αντιμετωπίζονται κατά τις συμβατικές προσεγγίσεις. Αξιοποιώντας την ακτινοσκοπική καθοδήγηση και προσαρμόζοντας τη γωνία εισαγωγής της βελόνης, η τεχνική αυτή αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας της διαδικασίας και βελτιώνει τα αποτελέσματα των ασθενών που υποβάλλονται σε αυτή. Η ενσωμάτωση αυτής της προσέγγισης στην κλινική πράξη έχει τη δυνατότητα να διευρύνει το πεδίο των αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης του πόνου.

Λέξεις κλειδιά: ιερά επισκληρίδιος έγχυση, τροποποιημένη, χρόνιος πόνος, περιοχική αναισθησία

Βιβλιογραφία:

1. Sheng-Chin Kao and Chia-Shiang Lin, Review Article Caudal Epidural Block: An Updated Review of Anatomy and Techniques : *BioMed Research International* Volume 2017, Article ID 9217145, 5 pages <https://doi.org/10.1155/2017/9217145>
2. Feroz Ahmad Dar*, Neelofer Jan and Sayma Samoon Confirmation of Success Rate of Landmark Based Caudal Epidural Block Using Fluoroscopy : *International Journal of Medical Research and Health Sciences*, 2022,11 (7): 1-4
3. A Ram Doo, Jin Wan Kim, Ji Hye Lee, Young Jin Han, and Ji Seon Son A Comparison of Two Techniques for Ultrasound-guided Caudal Injection: The Influence of the Depth of the Inserted Needle on Caudal Block *Korean J Pain* 2015 April; Vol. 28, No. 2 122-128

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρεμβατικές Τεχνικές Θεραπείας Πόνου

E83

Δυσλειτουργία Πολυσχιδούς Μυός: Αλλαγή του προτύπου της χρόνιας μηχανικής οσφυαλγίας

Dr Simon Thomson MBBS FFPMRC
Consultant in Pain Medicine and Neuromodulation
 Mid & South Essex University Hospitals NHS

Εισαγωγή: Ο πολυσχιδής μυς (ΠΜ) είναι η βασική διατμηματική σταθεροποιητική μυϊκή ομάδα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Ο μυς βρίθεται από μυϊκές ατράκτους υποδεικνύοντας την κύρια ιδιοδεκτική του λειτουργία. Η διατήρηση της σταθερότητας επιτυγχάνεται με αυτόματη συστολή μέσω ακούσιου ελέγχου. Η δυσλειτουργία του συνδέεται έντονα με πόνο στη μέση. Η αρχική προσβολή λόγω τραυματισμού/υπερφόρτωσης έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των αρθρώσεων που μπορεί να είναι είτε αυτοπεριοριζόμενη κατάσταση, είτε να οδηγήσει σε χρόνια δυσλειτουργία του μυός και λειτουργική αστάθεια. Οι νευροπλαστικές αλλαγές περιλαμβάνουν αλλοιωμένο κινητικό έλεγχο, αναδιοργάνωση του φλοιού και κινησιοφοβία με συνέπεια κακή κινητικότητα, αποφυγή λόγω φόβου και κεντρική ευαισθητοποίηση, οδηγώντας σε ένα φαύλο κύκλο.

Μέθοδοι: Η δυσλειτουργία του πολυσχιδούς μυός εντοπίζεται από το ιστορικό, την κλινική εξέταση (Multifidus Touch Toe Test, Prone Instability Test και Multifidus Lift test) και το βαθμό ατροφίας του μυός στη Μαγνητική Τομογραφία (Βαθμός 1, 2, 3).

Η εμφύτευση νευροδιεγέρτη στην εγκάρσια απόφυση του Ο3 σε ασθενείς με χρόνια μηχανική οσφυαλγία (διάρκεια συμπτωμάτων >15 έτη) και δυσλειτουργία του πολυσχιδούς μυός έχει εξεταστεί τόσο σε τυχαιοποιημένη εικονική ελεγχόμενη κλινική μελέτη (RCT) όσο και σε δημοσιευμένες κοόρτες 5 ετών (κοόρτες Reactiv8 B και PMCF).

Αποτελέσματα: Θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα από μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης. Για τη μελέτη PMCF (n=42) στα 5 χρόνια, το 70% έφθασε σε υποχώρηση του πόνου (NRSPI < 2,5), το 55% είχε >15 μείωση στην κλίμακα Oswestry Disability Index ενώ οι βαθμολογίες Ποιότητας Ζωής (EQ5D-5L) πλησίασαν αυτές του φυσιολογικού πληθυσμού. Υπήρχε προοδευτική βελτίωση με την πάροδο του χρόνου.

Συμπεράσματα: Μπορεί να αναγνωριστεί μια ομάδα ασθενών με χρόνια μηχανική οσφυαλγία λόγω δυσλειτουργίας του πολυσχιδούς μυός. Η επανορθωτική νευροδιέγερση του μυός αυτού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την κλινική επιβάρυνση της χρόνιας μηχανικής οσφυαλγίας σε μια κατά τα άλλα δυσεπίλυτη ομάδα ασθενών, ενώ το αποτέλεσμα φαίνεται να είναι διατηρούμενο.

Βιβλιογραφία:

1. Russo M, Deckers K, Eldabe S et al. Muscle Control and Non-specific Chronic Low Back Pain. *Neuromodulation*. 2018 Jan;21(1):1
2. Panjabi, M.M. (1992) The Stabilizing System of the Spine, Part 1: Function, Dysfunction, Adaption and Enhancement. *Journal of Spinal Disorders*, 5, 383-389.
3. Mitchell B, Deckers K, De Smedt K, Russo M, Georgius P, Green M, Gulve A, van Buyten JP, Smet I, Mehta V, Baranidharan G, Rathmell J, Gilligan C, Goss B, Eldabe S. Durability of the Therapeutic Effect of Restorative Neurostimulation for Refractory Chronic Low Back Pain. *Neuromodulation*. 2021 Aug;24(6):1024-1032. doi: 10.1111/ner.13477. Epub 2021 Jul 9. PMID: 34242440; PMCID: PMC8456956.
4. Vinicius Tieppo Francio, MD, MS and others, Multifidus dysfunction and restorative neurostimulation: a scoping review, *Pain Medicine*, 2023;., pna098, <https://doi.org/10.1093/pm/pnad098>
5. Gilligan C, Volschenk W, Russo M, et al. An implantable restorative-neurostimulator for refractory mechanical chronic low back pain: a randomized sham-controlled clinical trial. *Pain* 2021; 162: 2486–2498.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Καρκινικός Πόνος & Παρηγορική Θεραπεία

EA49

ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.: Η Συμμετοχή και Ενδυνάμωση των Ιατρείων Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας της Ελληνικής Περιφέρειας

Π.Κρητικού¹, Ε.Βραχνού², Α.Βαδαλούκα², Μ.Κοκολάκη, Σ.Ανίσσoglou², Ι.Χρονάκης², Ν.Μπερναλή², Γ.Μίχα², Ν.Φυρφίρης², Μ.Ρεκατσίνα², Ι.Σιαφάκα²

1 Rare Disease Consulting, Αθήνα

2 ΔΣ Ελληνική Εταιρία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής φροντίδας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η Ελληνική Εταιρία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.) στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνιο πόνο, προάγοντας την παρηγορητική τους φροντίδα (1,2). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη συμμετοχή και ενδυνάμωση των Ιατρείων Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΙΠ&ΠΦ) της Ελληνικής Περιφέρειας.

Μέθοδοι: Η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. δημιούργησε και έστειλε σε όλα τα ΙΠ&ΠΦ-μέλη της Περιφέρειας (n=29) ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δομήθηκε σε 4 ενότητες: γενικές πληροφορίες για τη λειτουργία των ΙΠ&ΠΦ, συμμετοχή και επίτευξη του γενικού οράματος της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., ενίσχυση/βελτίωση του έργου του δικτύου ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α-Περιφερικών ΙΠ&ΠΦ, και γενική ικανοποίηση των μελών από τις δράσεις της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Αποτελέσματα: 27 ΙΠ&ΠΦ συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Τα ΙΠ&ΠΦ, δήλωσαν ότι οι στόχοι της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. ενισχύουν τους δικούς τους στόχους σε “πολύ μεγάλο βαθμό”, ως προς “τη θεραπεία του χρόνιου πόνου, του πόνου των καρκινοπαθών και των συνοδών βασιανιστικών συμπτωμάτων” (92.59%), καθώς και “την εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών” (88.89%). Αξιολογώντας τα υφιστάμενα εργαλεία/δράσεις της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., η υψηλότερη χρησιμότητα σημειώθηκε για το Ετήσιο Συνέδριο Περιφερικής Αναίσθησης, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (100%), και για τις Κατευθυντήριες Οδηγίες (96.15%). Ως προς την ικανοποίηση των μελών από τις δράσεις της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., σε μία κλίμακα από 1 έως 10 (ανύπαρκτη έως πολύ μεγάλη ικανοποίηση), οι δράσεις με τη μεγαλύτερη δυνατή ικανοποίηση, κατά μέσο όρο, ήταν η “ανοιχτή επικοινωνία με όλα τα μέλη της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.” (8.73) και η “ανάδειξη προβλημάτων και διεκδίκηση λύσεων που αφορούν την λειτουργία και το θεσμικό πλαίσιο των ΙΠ&ΠΦ” (8.24).

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, φαίνεται ότι ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. ενισχύει τη λειτουργία των Περιφερικών ΙΠ&ΠΦ σε διάφορα επίπεδα, ενώ οι απαντήσεις των ΙΠ&ΠΦ θα αποτελέσουν οδηγό για την περαιτέρω ενίσχυση του δικτύου.

Βιβλιογραφία:

1. Vadalouca A, Alexopoulou-Vrachnou E, Re katsina M, Kouroukli I, Anisoglou S, Kremastinou F, Gabopoulou Z, Chlodoropoulou P, Micha G, Tsaroucha A, Siafaka I. The Greek Neuropathic Pain Registry: The structure and objectives of the sole NPR in Greece. *Pain Pract.* 2022 Jan;22(1):47-56. doi: 10.1111/papr.13049. Epub 2021 Jul 16. PMID: 34145725.
2. Κατευθυντήριες οδηγίες. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. Διαθέσιμες στον ιστότοπο: <https://grpalliative.gr/arhtra/kateythyn-tiries-odigies/>.