

16-19 Σεπτεμβρίου 2021
Wyndham Grand Crete
Mirabello Bay
Άγιος Νικόλαος, Κρήτη

Κρήτη



Με την υποστήριξη της Περιφέρειας Κρήτης

www.regionalpainpalliativecongress2021.gr



21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας

Υπό την Αιγίδα EuLAP



EuLAP
European League Against Pain

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ



Ελληνική Εταιρεία
Θεραπείας Πόνου και
Παρηγορικής Φροντίδας



European Society of
Regional Anaesthesia - Hellas



Α' Ανασθησιολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών

SANDOZ A Novartis
Division

Pregabalin Sandoz

Pregabalin

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:

Χορηγείται με ιατρική συνταγή

56 Σκληρά Καψάκια: 25mg/50mg/75mg/150mg/300mg
21 Σκληρά Καψάκια: 100mg

Λιανική τιμή: 25 mg: 4,21 € / 50 mg: 10,65 € / 75 mg: 7,67 € / 150 mg: 13,91 € / 300 mg: 23,93 € / 100mg: 5,48 €

Πρωτοβούμενο από την εταιρεία

FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

Αθήνα: Θέση Ρυκιά, 19300 Ασπρόπυργος
τηλ: 210 5777140, fax: 210 5788791
e-mail: info@farmasyn.gr, www.farmasyn.gr
Γραφείο Β. Ελλάδος: Βασ. Όλγας 226,
Τ.Κ. 55134 Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη
τηλ: 2310 703856, fax: 2310 703178
e-mail: thess@farmasyn.gr

Για την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος ανατρέξτε
στην τελευταία εσωτερική σελίδα του προγράμματος

SANDOZ A Novartis
Division

Κάτοχος Αδείας Κυκλοφορίας

Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl, Αυστρία

Υπεύθυνος επικοινωνίας

Novartis (Hellas) AEBE/Sandoz division:
Φραγκοκικλίσας 7B, 151 25 Μαρούσι, τηλ.: 210 2811712

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

Αγαπητοί Συνάδελφοι, Αγαπητοί Φίλοι,

Είναι αλήθεια ότι περάσαμε μια μακρά περίοδο προσπαθώντας να συμβιβαστούμε με τη νέα πραγματικότητα που επέβαλε η πανδημία του COVID-19. Κι ενώ ακόμη διανύουμε ένα δύσκολο διάστημα, είμαστε **Αισιόδοξοι** και **Σίγουροι** ότι ερχόμαστε όλο και πιο κοντά στην προτέρα κατάσταση και στην κανονικότητα.

Με μεγάλη χαρά, η Ελληνική Εταιρία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας – ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. μαζί με την ESRA HELLAS και την Α' Αναισθησιολογική Κλινική και Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, σας καλωσορίζει για άλλη μια χρονιά στο Συνέδριό της, το «**21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας**», που γίνεται στον **Αγιο Νικόλαο Κρήτης**, στο ξενοδοχείο **Wyndham Grand Crete Mirabello Bay, 16-19 Σεπτεμβρίου 2021**, τηρώντας όλα τα υγειονομικά πρωτόκολλα που ισχύουν τον χρόνο διεξαγωγής του Συνεδρίου. Η European League Against Pain (EuLAP) έχει θέσει και αυτή τη χρονιά το Συνέδριό μας υπό την Αιγίδα της.

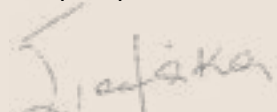
Το Συνέδριο θα γίνει με **φυσική παρουσία** και ταυτόχρονη **διαδικτυακή αναμετάδοση (live streaming)**, σύμφωνα με τα ισχύοντα μέτρα.

Είμαστε βέβαιες ότι θα συναντηθούμε όπως παλιά σε ένα υψηλού επιπέδου επιστημονικό συνέδριο, αλλά συγχρόνως και στις καθιερωμένες κοινωνικές εκδηλώσεις.

Αναμένουμε να σας καλωσορίσουμε στον Αγιο Νικόλαο και να συσφίξουμε εκ νέου τις σχέσεις μας με αφορμή το Συνέδριό μας.

Με εγκάρδιους χαιρετισμούς

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής
Οι Πρόεδροι



Ιωάννα Σιαφάκα

Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας
και Θεραπείας Πόνου
Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών
Αρεταίειο Νοσοκομείο



Μαρία Κκολάκη

Αναισθησιολόγος
Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος
& Ιατρείου Πόνου
Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμγκ»

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

Πρόεδρος
Αθηνά Βαδαλούκα

Αντιπρόεδρος
Ιωάννα Σιαφάκα

Γενικός Γραμματέας
Ευνομία Αλεξοπούλου-Βραχνού

Ταμίας
Μαρία Κοκολάκη

Μέλη
Σουζάνα Ανίσογλου
Φανή Κρεμαστινού
Γιάννης Μπερδούσης
Νικολέτα Μπερναλή
Γιάννης Χρονάκης

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ESRA HELLAS - ΖΩΝΗ
ΕΛΛΑΔΑΣ & ΚΥΠΡΟΥ**

Πρόεδρος
Ευμορφία Σταυροπούλου

Αντιπρόεδρος
Ελπίδα Αντωνοπούλου

Ταμίας
Αλέξανδρος Μακρής

Γενική Γραμματέας
Ελένη Μόκα

Ειδική Γραμματέας
Κασσιανή Θεοδωράκη

Μέλη
Βαρβάρα Φυντανίδου
Εμμανουήλ Γκλιάτης

Εκπρόσωπος Ειδικευομένων
Μαρία Τιλελή

Εκπρόσωπος Κύπρου
Περικλής Ζαβρίδης

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Πρόεδροι
Ιωάννα Σιαφάκα –
Μαρία Κοκολάκη

Μέλη
Αναστασιάδου Γιούλη
Ανίσογλου Σουζάνα
Αντωνοπούλου Ελπίδα
Αστέρη Θεοδώρα
Βαгдаτλή Κυριακή
Βαδαλούκα Αθηνά
Βασιλοπούλου Γεωργία
Γιαννοπούλου Αναστασία
Γκλιάτης Εμμανουήλ
Γκουτζιομήτρου Ευαγγελία
Γρηγοριάδου Χάρις
Διακομή Μαρία
Διονυσιώτης Ιωάννης
Θεοδώρου Ελένη
Ιατρέλλη Ιωάννα
Ιερόπουλος Πολυχρόνης
Κανδρεβίττου Στυλιανή
Καντιάνης Αναστάσιος
Καρανίκα Ελλη
Κατσανούλας Κωνσταντίνος
Κιαμήλογλου Μπουλέντ
Κλήμη Μελίνα
Κολοτούρα Αθηνά
Κουτσούκου Βικτωρία
Κουτσοπούλου Ελένη
Κωνσταντάκη Φωτεινή
Λευκαδίτου Αικατερίνη
Μάλλιου Χρυσάνθη
Μαυρομμάτη Ελένη
Μπερδούσης Ιωάννης
Μπερναλή Νικολέτα
Ντάνου Φωτεινή
Παλιαλέξη Λεμονιά
Παπαδοπούλου-Κοντογιάννη
Ελλη
Παπίλας Κωνσταντίνος
Πουλίδα Σοφία
Σοΐλεμεζίδου Χριστίνα
Σπυριδωνίδου Αλίκη
Στέλιου Φρειδερίκη
Στεφάνου Παντελής
Τσαμήτρου Αιμιλία
Τσιρογιάννη Αικατερίνη
Τσολερίδης Θεόφιλος
Υφαντίδης Φώτης
Φυρφίρης Νικόλαος
Χλωροπούλου Παναγιώτα
Χλωροπούλου Πελαγία

ΤΟΠΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Στέλλα Αποστολάκη
Ευαγγελία Βροντάκη
Θεοδοσία Λουλάκη
Δέσποινα Λουτσέτη
Δημήτριος Μανουκάκης
Μαρία Μανωλαράκη
Σοφία Μαρκαντώνη
Ελένη Μόκα
Σταματία Ντόλκα
Βασιλεία Νύκταρη
Αλεξία Παπαϊωάννου
Σοφία Παπαντωνάκη
Ρεγγίνα Ρουχωτά
Γεώργιος Φραντζέσκος
Ειρήνη Χαϊνάκη
Ιωάννης Χρονάκης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι

Ιωάννα Σιαφάκα
Ευνομία Αλεξοπούλου-Βραχνού
Ελένη Μόκα

Μέλη

Μαίρη Αδαμοπούλου
Αικατερίνη Αμανίτη
Ελένη Αρναούτογλου
Αθηνά Βαδαλούκα
Μαριάννα Βαρβέρη
Ζωή Γαμποπούλου
Ελεάνα Γαρίνη
Ευάγγελος Γιαβασόπουλος
Αντωνία Δημακοπούλου
Παναγιώτης Ζης
Ευαγγελία Καλλιαρδού
Ελένη Κατσίκα
Κυριάκος Κοκκίνης
Ελένη Κοράκη
Ειρήνη Κουρούκλη
Φανή Κρεμαστινού
Γεωργία Κωνσταντοπούλου
Ειρήνη Λυκούδη
Αλέξανδρος Μακρής
Αννα Μαλισιώβα
Γιούλη Μαμμή
Γεωργία Μίχα
Χριστίνα Μιχαολιάκου
Αγγελική Μπαϊρακτάρη
Αγγελική Μπατιστάκη
Στέλλα Ντούβλη
Νίκη Παλγιμέζη
Ειρήνη Παπαγεωργίου
Αργυρώ Πετσίτη
Μαρτίνα Ρεκατσίνα
Κωνσταντίνα Ρωμανά
Εφη Σταυροπούλου
Πέτρος Τζίμας
Αναστασία Τρικούπη
Αθανασία Τσαρουχά
Βαρβάρα Φυντανίδου
Ελένη Χρονά

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Αικατερίνη Αμανίτη
Ελένη Αρναούτογλου
Θεοδοσία Βογιατζάκη
Κασσιανή Θεοδωράκη
Παρασκευή Ματσώτα
Αλεξία Παπαϊωάννου
Ιωάννα Σιαφάκα
Χρυσούλα Στάικου
Πέτρος Τζίμας
Αθανασία Τσαρουχά

ΞΕΝΟΙ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Stefano Coaccioli

Ass. Professor of Internal Medicine and Rheumatology, University of Perugia, Chief, Dept. of Internal Medicine, Rheumatology and Medical Pain Therapy, Santa Maria General Hospital, Terni, Umbria, Italy, EuLAP President

Alain Delbos, MD, PhD

Senior Consultant Anaesthesiologist
Anaesthesiology Department, Clinique Medipole Garonne, Toulouse, France
ESRA Past President and Chair of ESRA Scientific Committee

Patrick Narchi

Senior Consultant Anaesthesiologist, ESRA-France President and Chair of ESRA Ambassador Program, Angouleme, France

Panagiotis Zis

Assistant Professor of Neurology and Clinical Neurophysiology Medical School, University of Cyprus

Robert van Seventer, Dr, MD, PhD

Professor of Pain Medicine

Giustino Varrassi, MD, PhD, FIPP

Professor of Anesthesiology, Paolo Procacci Foundation President, W.I.P. Immediate Past President

Thomas Volk, Professor, Dr

Department of Anaesthesiology, Intensive Care and Pain Therapy
Saarland University
Medical Center and Saarland university Faculty of Medicine
ESRA President
Hamburg, Germany

Το 21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιτοχικής 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



Η Οργανωτική Επιτροπή ευχαριστεί θερμά τον Δήμο Αγίου Νικολάου για την στήριξη του στη διοργάνωση του Συνεδρίου

Το Συνέδριο τελεί υπό την Αιγίδα:



European League Against Pain



Υπουργείου Υγείας



Υπουργείου Παιδείας



Ιατρικής Σχολής Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών



Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης



Χειρουργικού Τομέα της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών



Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Αικατερίνη Αμανίτη	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Α.Π.Θ., Μονάδα Πόνου, Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης “ΑΧΕΠΑ”
Γιούλη Αναστασιάδου	MD, PhD, Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ και Ιατρείου Πόνου Α.Ν.Θ. “Θεαγένειο”, Εθελοντικά Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Γιαννιτσών
Σουζάνα Ανίσουλου	MD, PhD, Αναισθησιολόγος -Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ & Ιατρείου Πόνου, Α.Ν.Θ. “Θεαγένειο”, Μέλος ΠΑ.ΡΗ.ΣΥ.Α, τ. Αντιπρόεδρος της ΕΑΕΙΒΕ, τ.Δ.Ι.Υ Α.Ν.Θ. “Θεαγένειο”
Ελένη Αρναούτογλου	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθύντρια Αναισθησιολογικής Κλινικής ΠΓΝΛ
Κυριακή Βαγδατλή	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. “Γ. Γεννηματάς”
Αθηνά Βαδαλούκα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας- Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., Επίτιμη Γενική Γραμματέας Παγκόσμιου Ινστιτούτου Πόνου (WIP), Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Συνδέσμου κατά του Πόνου (EuLAP), τ. Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας
Θεοδοσία Βογιατζάκη	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Διευθύντρια Πανεπιστημιακής Αναισθησιολογικής Κλινικής και Ιατρείου Πόνου, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης
Εύη Βραχνού	Αναισθησιολόγος, τ. Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
Ελεάνα Γαρίνη	Αναισθησιολόγος Παίδων, ΕΔΑΙC, ΕΔΡΑ, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. Παίδων “Η Αγία Σοφία”, Αθήνα
Ζωή Γαμποπούλου	MD, PhD, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος ΓΝΑ ΚΑΤ και Υπεύθυνος Ιατρείου Αξιολόγησης και Θεραπείας Πόνου
Ευάγγελος Γιαβασόπουλος	RN., MSc., M.E.Θ. & Επείγουσα Νοσηλευτική Ε.Κ.Π.Α, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α «Σισμανόγλειο – Αμ. Φλέμιγκ», Πρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Νοσηλευτικής Έρευνας & Εκπαίδευσης
Δέσποινα Γιαννούλη	Πιστοποιημένη Δασκάλα Mindfulness, BREATHWORKS (UK)
Εμμανουήλ Γκλιάτης	Ιδιώτης Αναισθησιολόγος, Αθήνα
Παναγιώτα Δήμου	PhD, ΕΔΑΙC, ΕΔΡΑ., Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ. Ν. Ασκληπιείου Βούλας
Ιωάννης Διονυσιώτης	Φυσιάτρος - Ιατρός Αποκατάστασης, Επίκουρος Καθηγητής Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης Κλινική Κακώσεων Νωτιαίου Μυελού, Πανεπιστήμιο Πατρών
Ελένη Επισκόπου	Md, MSc, cips, Αναισθησιολόγος, Τμήμα Επεμβατικού Πόνου, Νοσοκομείο “Metropolitan”
Κασσιανή Θεοδωράκη	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Διευθύντρια Α' Αναισθησιολογικής Κλινικής-Κέντρου Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Πολυχρόνης Ιερόπουλος	Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α', ΕΣΥ, Γ.Ν.Κοζάνης
Ευαγγελία Καλλιαρδού	Dr., Διευθύντρια Επιστημονική υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος - Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»
Στυλιανή Κανδρεβιώτου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. “Σισμανόγλειο - Α. Φλέμιγκ” Αττικής
Αναστάσιος Καντιάνης	Δρ. Ιατρικού Δικαίου, Νομική Σχολή, Πανεπιστήμιο Göttingen
Αλεξάνδρα Καπέρδα	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Σωτηρία”
Χρυσούλα Καραναστάση	Αναισθησιολόγος, ΔΕΑΑ, Υπεύθυνη του Κέντρου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center
Ελλη Καρανίκα	Αναισθησιολόγος, M.D. PhD , Συντ. Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. ΚΩ

ΟΜΙΛΗΤΕΣ-ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ-ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ-ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Κωνσταντίνος Κατσανούλας	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γ.Ν.Θ. “Ιπποκράτειο”
Ευγενία Κετικίδου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Επιστημονικά Υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Καβάλας
Μπουλέντ Κιαμήλογλου	Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, ΓΝ Κομοτηνής
Πελαγία Κλήμη	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. “Αλεξάνδρα”
Μαρία Κοκολάκη	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. “Σισμανόγλειο - Α. Φλέμιγκ” Αττικής
Φιλίππα Κολοκοτρώνη	Δρ. Ψυχολογίας της Υγείας, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»
Αθηνά Κολοτούρα	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Μονάδας Πόνου, Γ Ν Ελευσίνας Θράσιο
Ελένη Κοράκη	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ Αναισθησιολογική Κλινική-Ιατρείο Πόνου ΓΝΘ Γ Παπανικολάου
Μαρία Κουρή	Οδοντίατρος, MSc, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Αλγολογίας, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής Αρεταίειο, Νοσοκομείο Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Υποψήφια Διδάκτορ, Κλινική Στοματολογίας και Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Ειρήνη Κουρούκλη	MD, PhD, FIPP, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”
Μαρία Κούτρα	MD, FRCA, EDRA Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
Φανή Κρεμαστινού	Αναισθησιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”
Κων. Κωνσταντόπουλος	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. “Ασκληπείο”
Γεωργία Κωνσταντοπούλου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Χρόνιου Πόνου, Γ.Ν.Α. “Σωτηρία”
Αικατερίνη Λευκαδίτου	Αναισθησιολόγος - Εντατικόλόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ ΜΕΘ, Π.Γ.Ν. Πατρών
Τατιάνα Λεφάκη	Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Ο.Α “Ο Άγιος Σάββας”
Χρυσήδα Μάγκλαρη	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α “Ο Άγιος Σάββας”
Εμμανουήλ Μαθιουδάκης	Ιδιώτης Αναισθησιολόγος, Ιατρείο πόνου
Λουκία Μάκρα	Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Μυτιλήνης “Βοστάνειο”
Αλέξανδρος Μακρής	Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας
Δημήτριος Μαλιαμάνης	Αναισθησιολόγος, Γ.Ν. Λευκωσίας
Αννα Μαλισιώβα	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Π.Γ.Ν. Παίδων “Π & Α Κυριακού”, Αθήνα
Χρυσάνθη Μάλλιου	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ. , Γ.Ν. Καλαμάτας
Γιούλη Μαμμή	Αναισθησιολόγος, Διοικήτρια Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (ΠΓΝΠ)
Παρασκευή Ματσώτα	Αναισθησιολόγος, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας Π.Γ.Ν. “Αττικόν”, Διευθύντρια Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής, ΠΓΝ “Αττικόν”
Δήμητρα Μαυροειδή	Νοσηλεύτρια, RN, Msc “ΜΕΘ”, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Τομεάρχης Ν.Υ ΓΝ “ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ -ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ”
Μαρία Μις	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. “Ο Ευαγγελισμός”

Γεωργία Μίχα	MD, MSc, PhD, Ανασθησιολόγος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Γ.Ν & Μαιευτήριο Αθηνών «Ελενα Βενιζέλου»
Χριστίνα Μιχαλολιάκου	MD, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Χρονίου Πόνου, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»
Ελένη Μόκα	Ανασθησιολόγος, ESRA Treasurer, Γεν. Γραμματέας ESRA Hellas
Δήμητρα Μορέλλα	MD, MSc, Ανασθησιολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια ΕΣΥ, Ανασθησιολογικό Τμήμα-Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Αγγελική Μπαϊρακτάρη	Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
Μεταξία Μπαρέκα	Ανασθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
Θεοδώρα Μπάρκουλα	Νευρολόγος, Επικ. Επιμελήτρια Β, Νευρολογική κλινική ΓΟΝΚ «Άγιοι Ανάργυροι»
Νικολέττα Μπερναλή	Ανασθησιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Συντονίστρια-Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος-Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Θηβών, Πρόεδρος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Θηβών
Βασιλική Μπρόζου	MD, MSc, PhD, Ανασθησιολόγος, Επιμελήτρια Α' Ανασθησιολογίας, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Φωτεινή Ντάνου	Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος Ερρίκος Ντυνάν Hospital Centre
Ιωάννης Ντίνος	Κλινικός ψυχολόγος Γ.Α.Ο.Ν.Α «Άγιος Σάββας», Επιστημονικός Υπεύθυνος του ΚΕ.Υ.Ε.Ε.Ψ.Ο. της Ε.Α.Ε.
Σταματία Ντόλκα	Ανασθησιολόγος, Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Χανίων «Άγιος Γεώργιος»
Στέλλα Ντούβλη	Υπεύθυνη Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου
Βασιλεία Νύκταρη	MD, PhD, DEEA Επίκουρη Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη
Λεμονιά Παλιαλέξη	Διευθύντρια Ανασθησιολογικού τμήματος και υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου Γ. Ν Λαμίας
Ειρήνη Παπαγεωργίου	Ανασθησιολόγος Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α, ΜΕΘ και Ιατρείο Πόνου, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο
Ελλη Παπαδοπούλου	Ανασθησιολόγος
Σοφία Παπαντωνάκη	Ανασθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου
Αργυρώ Πετσιτή	MSc, PhD, Διευθύντρια Ανασθησιολογίας, Π.Γ.Ν. Λάρισας
Ιωάννης Πλαϊτάκης	Ανασθησιολόγος Εντατικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Επιμελητής Α', Νοσοκομείο Παίδων Π & Α Κυριακού
Σοφία Πουλίδα	MBChB, Ανασθησιολόγος Επιμελήτρια Β, ΓΝ Μυτιλήνης Βοστανείο
Ευκλείδης Ράπτης	MD, PhD, Senior Director Medical Affairs, Medical Effectiveness & Obesity, South & East Europe, Middle East, Africa, Novo Nordisk
Σοφία Ραπτοπούλου	Κλινική Ρεφλεξολόγος, Διευθύντρια Σπουδών του Health Studies integrated (ΚΔΒΜ)
Μαρτίνα Ρεκατσίνα	MD, MSc, PhD, Clinical Fellow in Pain Management and Neuromodulation, Mid and South Essex University Hospitals Group, Orsett Hospital, London UK
Ρεγγίνα Ρουχωτά	Ανασθησιολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»
Κωνσταντίνα Ρωμανά	Ανασθησιολόγος, Διευθύντρια, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνη Ανασθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» - Πολυκλινική Ν.Π.Δ.Δ.
Δέσποινα Σαρρίδου	Ανασθησιολόγος, Επιμελήτρια Α, Ανασθησιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Consultant Anesthetist, Guy's and St THOMAS' NHS Trust, Senior Lecturer Kings College London

ΟΜΙΛΗΤΕΣ-ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ-ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ-ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Ιωάννα Σιαφάκα	Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας και Θεραπείας Πόνου, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αντιπρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.
Χριστίνα Σοϊλεμεζίδου	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Σύρου
Αλίκη Σπυριδωνίδου	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Υπεύθυνη ιατρείου πόνου, Γ.Ν. Διδυμότειχου
Χρυσούλα Στάικου	MD, PhD, DESA, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Εφη Σταυροπούλου	Αναισθησιολόγος, MD, PhD, EDRA, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Κέντρου Πόνου Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Πρόεδρος ESRA Hellas
Φρειδερίκη Στέλιου	Διευθύντρια Αναισθησιολόγος, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»
Δημήτριος Τζαβούλης	Επεμβατικός Ακτινολόγος, Δ/ντης Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
Πέτρος Τζίμας	Αναπληρωτής Καθηγητής Αναισθησιολογίας Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Μαρία Τιλελή	Ειδικευόμενη Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. “Ασκληπιείο” Βούλας, Εκπρόσωπος Ειδικευομένων ESRA Ευρώπης και Ζώνης Ελλάδας Και Κύπρου
Αναστασία Τρικούπη	Δρ., Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπαγεωργίου»
Αθανασία Τσαρουχά	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Α Αναισθησιολογική Κλινική, Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Αικατερίνη Τσιρογιάννη	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Κατερίνης
Βασιλική Τσιρτσιρίδου	Αναισθησιολόγος Διευθύντρια Αναισθησιολογικού τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Θεόφιλος Τσολερίδης	MD, PgD(c), MA, MSc, PhD(c), Επιμελητής Α Αναισθησιολογίας Γ.Ν. Ρόδου
Αγис Τσουρός	Πρώην Διευθυντής πολιτικής και διακυβέρνησης για την υγεία και την ευεξία, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Περιφέρεια Ευρώπης, Ειδικός Καθηγητής, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Βοστώνης
Φώτης Υφαντίδης	Επιμελητής Α Αναισθησιολογίας, Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»
Δημήτρης Φιλιππιάδης	MD, PhD, MSc, EBIR, Επίκουρος Καθηγητής Διαγνωστικής και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Β Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο “ΑΤΤΙΚΟΝ”
Ευάγγελος Φιλόπουλος	Πρόεδρος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας
Λητώ Φλούδα	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία
Νικόλαος Φυρφίρης	Αναισθησιολόγος, Επιχειρησιακός Επιμελητής Β', Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
Ειρήνη Χαϊνάκη	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Τμήμα Αναισθησιολογίας και Χρόνιου Πόνου, Βενιζέλειο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Ηρακλείου
Χριστίνα Χαντζή	Αναισθησιολόγος Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Νοσοκομείου «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» ΑΘΗΝΩΝ
Πελαγία Χλωροπούλου	Αναισθησιολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
Παναγιώτα Χλωροπούλου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Καβάλας
Ελένη Χρονά	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά “Άγιος Παντελεήμων”
Ιωάννης Χρονάκης	Διευθυντής Αναισθησιολόγος, Υπεύθυνος Ιατρείου Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής Γ.Ν Ρεθύμνου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

10.00 - 16.00

Προσέλευση – Εγγραφές

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

14.00 - 15.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι

Παρηγορική Φροντίδα και Χρόνιος Πόνος

Προεδρείο: Ε. Παπαδοπούλου, Ειρ. Χαϊνάκη, Σ. Ντόλκα

ΕΑ01 - Διαχείριση παρηγορικής φροντίδας ογκολογικών ασθενών και στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο στη ΜΕΘ

Σαββόπουλος Γεώργιος¹, Καϊμακάκης Ευάγγελος²

1. MSc Νοσηλεύτης Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, 2. MD, MSc, PhD Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ.

ΕΑ02 - Αποτίμηση λειτουργίας του Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας στο Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης

Σοφία Παπαντωνάκη, Ευαγγελία Γαβριλάκη

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης, Άγιος Νικόλαος, Ελλάδα

ΕΑ03 - Παρηγορική φροντίδα: Λόγια ή άγγισμα στην φάση πριν την διασωλήνωση βαρέως πασχόντων ασθενών με Covid 19

Φλαμπουράρης Βασίλειος, Καλινόγλου Σωτήριος, Κανδρεβίτου Στέλλα, Νιάκα Αναστασία, Δημητρίου Γεώργιος, Κοκολάκη Μαρία

Αναισθησιολογικό Τμήμα - Ιατρείο Πόνου Γ. Ν. Σισμανόγλειο - Α. Φλέμινγκ Αττικής

ΕΑ04 - Η επίδραση του συνδυασμού μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού σε ασθενείς με χρόνια πόνο στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Σύγκριση με τη χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας. Πρώτα αποτελέσματα

Φωτεινή Παπανικολάου^{1,2}, Μαρία Νταλούκα², Ελένη Λάσδα², Αθανάσιος Χαλκιάς^{1,2},Ελένη Αρναούτογλου^{1,2}

1Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, 2Αναισθησιολογική Κλινική

Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

ΕΑ05 - Ηθικά διλήμματα κατά τη διαχείριση σοβαρά εγκαυματία: έχει θέση η παρηγορική φροντίδα;

Ελένη Διαμαντάκη, Βασιλεία Νύκταρη^{1,2}, Γιώργος Παπαστρατηγάκης¹, Γιώργος Στεφανάκης¹, Περικλής Βασιλός¹, Δημήτρης Κουβιδάκης¹, Αλεξάνδρα Παπαϊωάννου^{1,2}

1 Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, 2 Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

ΕΑ06 - Η επιρροή ψυχολογικών παραγόντων στην αντίληψη του πόνου στη διαβητική νευροπάθεια

Μαρία Νιανιάρου¹, Ζωή Γαμποπούλου¹, Δήμητρα Σολωμού¹, Μαριάννα Καραθάνου¹,Δήμητρα Παπαδοπούλου¹, Ευμορφία Σταυροπούλου¹

1 Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Αθήνα, Ελλάδα

ΕΑ07 - Αποτελεσματικότητα, ανεκτικότητα και ασφάλεια χρήσης των κανναβινοειδών στην αντιμετώπιση του πόνου σε ενήλικες ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Λιαποδημήτρης Δημήτριος¹, Φωτάκης Αρης²

1 Φαρμακοποιός, MSc Αλγολογία, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα, 2 Οδοντίατρος, MSc Ρευματολογία-Μυοσκελετική Υγεία, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III**Περιοχική Αναισθησία I**

Προεδρείο: Ε. Μόκα, Αικ. Λευκαδίτη, Ν. Φυρφίρης

ΕΑ14 - Σημεία διπλής και μονής υπερηχογενούς παρυφής στον υδροεντοπισμό διαμερίσματος πειραματικού μοντέλουΑ.Τριαντόπουλος¹, Π.Δεδούπουλου², Α.Αθανασοπούλου¹, Κ.Γκέκα², Θ.Μπούζη¹, Χ.Αραχωβίτη²
1Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, 2Τμήμα Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών**ΕΑ15 - Ο συνεχής αποκλεισμός των νεύρων του καναλιού των προσαγωγών (Continuous Adductor Canal Block-CACB) με τοπικό αναισθητικό- ικανοποιητική λύση για αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς μετά από Ολική Αρθροπλαστική Γόνατος**Τριανταφυλλιά Δήμου, Άννα Σπανομανώλη, Μ. Vezirgiannis
Mediterraneo Hospital, Athens Greece, St Mary's Hospital London, U.K**ΕΑ16 - Εμφάνιση τοξικότητας μετά από τοπική διήθηση ροπιβακαΐνης σε χειρουργικό τραύμα νεφροπαθούς**Χαρά Σάββα, Ευθυμία Καλλιοντζή, Ελένη Παπαϊωάννου, Δημήτριος Καρούσος, Αικατερίνη Λιώση, Δέσποινα Δανασσή, Αικατερίνη Λαμπαδαρίου
Τμήμα Αναισθησιολογίας, Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής ΓΝΑ "Λαϊκό"**ΕΑ17 - Περιφερικός νευρικός αποκλεισμός για τον ακρωτηριασμό άκρου ποδός σε ασθενή υψηλού κινδύνου: αναφορά περιστατικού**Σοφία Παπαντωνάκη, Αικατερίνη Λάππα, Μαρία Δερμιτζάκη, Αθανασία Δραγατσίκη, Σταύρος Χοχλιδάκης
Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης, Λασιθί, Ελλάδα**ΕΑ18 - Η συμβολή του Αμφοτερόπλευρου Αποκλεισμού της Περιτονίας του Ορθωτή Μυός της Ράχης στη μείωση των περιεγχειρητικά χορηγούμενων οπιοειδών στους ασθενείς που υποβάλλονται σε Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή**Φρειδερίκη Σηφάκη^{1,3}, Ιωάννης Μαντζώρος², Ελένη Κοράκη³, Στέλλα Μπαγντασαριάν³, Παναγιώτης Χρηστίδης², Βαΐα Τσαπάρη³, Κασσιανή Θεοδωράκη¹
1Α' Πανεπιστημιακή Αναισθησιολογική Κλινική, «Αρεταίειο Νοσοκομείο», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2Δ' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 3Αναισθησιολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»**ΕΑ19 - Αντιμετώπιση του συνδρόμου αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης με επισκληρίδιο εμφύλωμα αίματος (epidural blood patch): μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή**Ζωή Μασούρου¹, Νικόλαος Παπαγιαννάκης², Δήμος-Δημήτριος Μητσικώστας³, Κασσιανή Θεοδωράκη¹
1 Α Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2 Α Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**ΕΑ20 - Επίδραση iv χορήγησης Dexmedetomidine στον κινητικό και αισθητικό αποκλεισμό υπερήλικων ασθενών που υποβάλλονται σε υπαραχνοειδή αναισθησία για υποκεφαλικά κατάγματα ισχίου**Μανωλαράκη Μαρία¹, Λαζανάκη Ευαγγελία¹, Γεωργαλή Ελευθερία¹, Χαϊνάκη Ειρήνη¹, Πολάκη Νεκταρία¹, Στρώμπος Χαράλαμπος²
1Αναισθησιολογικό τμήμα Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου, 2Καρδιοθωρακοχειρουργική κλινική ΠΓΝ Πατρών

	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
16.00 - 17.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι Μαιευτικά - Παιδιατρικά θέματα Προεδρείο: Π. Ματσώτα, Π. Μαμμή, Α. Μαλισιώβα Επικαιροποιημένες συστάσεις της ESRA: Μετεγχειρητική Αναλγησία μετά από ΚΤ Μ. Κλήμη Π.Ο.Υ.: νέες Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου στο παιδί και στον έφηβο Ι. Πλαϊτάκης Οι πολλά υποσχόμενοι νεώτεροι νευρικοί αποκλεισμοί και οι εφαρμογές τους στα παιδιά Λ. Φλούδα Σχολιασμός: Ε. Καλλιαρδού, Κ. Κατσανούλας
17.30 - 18.00	Διάλειμμα – Καφές
18.00 - 19.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙ Τί μας δίδαξε η Πανδημία COVID-19 Προεδρείο: Μ. Κοκολάκη, Κ. Ρωμανά, Γ. Κωνσταντοπούλου Τι μας δίδαξε η πανδημία για τον ασθενή του Ιατρείου Πόνου Ειρ. Παπαγεωργίου Διαχείριση Χρόνιου Πόνου στους επιζώντες από Covid 19 Β. Τσιρτσιρίδου Περιφερική Νευροπάθεια την εποχή του COVID 19 Π. Ζης Σχολιασμός: Σ. Ντούβλη, Ε. Καρανίκα
19.30 - 20.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Ι Προεδρείο: Α. Βαδαλούκα, Ειρ. Κουρούκλη, Θ. Τσολερίδης Pain Management and COVID-19 G. Varrassi
20.00 - 20.30	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ Προεδρείο: Ι. Σιαφάκα, Μ. Κοκολάκη, Α. Καντιάνης ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ Παρηγορητική φροντίδα με όρους 21ου αιώνα Α. Τσουρός
20.30	Δείπνο Υποδοχής

10.00 - 16.00

Προσέλευση – Εγγραφές

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

14.00 - 15.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II

Χρόνιος Πόνος I

Προεδρείο: Ρ. Ρουχωτά, Σ. Παπαντωνάκη, Λ. Μάκρα

ΕΑ08 - Εφαρμογή του Τχ360 ως θεραπεία διάσωσης σε δύο καρκινοπαθείς με άτυπη νευραλγία τριδύμου μετά ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία**Μάκρα Λουκία**, Πουλίδα Σοφία

Βοστάνειο Γ.Ν.Ν. Μυτιλήνης

ΕΑ09 - Καταγραφή (Audit) ασθενών του ιατρείου πόνου του ΠαΓΝΗ με νευροπαθητικό πόνο το χρονικό διάστημα 2019-2020**Εμμανουέλα Κουτουλάκη¹**, Αμαλία Μαθιουδάκη², Βασιλεία Νύκταρη^{1,2}, Γεώργιος Στεφανάκης¹, Περικλής Βασιλόγ¹, Σταυρούλα Ηλία², Γεώργιος Φραντζέσκος¹, Αλεξάνδρα Παπαϊωάννου^{1,2}¹Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ)²Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης**ΕΑ10 - Αποτελεσματικότητα ενδοφλέβιας χορήγησης συνδυασμού μαγνησίου και δροπεριδόλης στην αντιμετώπιση νευροπαθητικού και σωματισθητικού χρόνιου πόνου - μελέτη δύο Ιατρείων Πόνου στην Κρήτη**Χρονάκης Ι.¹, Χαϊνάκη Ε.², Πολάκη Ν.³, Σιαφάκα Ι.⁴, Βαδαλούκα Α.⁵¹Διευθυντής Αναισθησιολογίας, Υπεύθυνος Ιατρείου Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΓΝ Ρεθύμνου, ²

Επιμελήτρια Α Αναισθησιολογίας – Ιατρείο Πόνου Βενιζέλειο ΠΓΝ Ηρακλείου

³Επιμελήτρια Β Αναισθησιολογίας Βενιζέλειο ΠΓΝ Ηρακλείου, ⁴Ομότιμος Καθηγήτρια

Αναισθησιολογίας - Θεραπείας Πόνου Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο

Αθηνών, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας και Παρηγορικής Αγωγής ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, ⁵Αν. Καθ. Αναισθησιολογίας – Θεραπείας Πόνου

& Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας και Παρηγορικής Αγωγής ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Επίτιμη Γενική Γραμματέας Παγκόσμιου Ινστιτούτου Πόνου (WIP),

Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Συνδέσμου κατά του Πόνου (EuLAP), τ. Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας

Περιοχικής Αναισθησίας (ESRA)

ΕΑ11 - Χρόνιο περιπρωκτικό άλγος εκδηλωθέν ένα χρόνο μετά από αιμορροϊδεκτομή και εξαίρεση ορθοπρωκτικού συριγγίου: αναφορά περιστατικού**Φανή Κρεμαστινού, Natalia-Francoise Westzaan**, Αντώνης Λουίζος, Αγγελική Γρηγοράκη,

Αθανασία Γκίκα, Αικατερίνη-Μαρία Χριστοδούλου

Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, Αθήνα

ΕΑ12 - Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με Qutenza σε ασθενή με δεσμοειδή τύπου ινωμάτωση-αναφορά περιστατικού**Θεοδώρου Ε., Μπαλή Ε., Μπαμπζέλης Θ., Κατσίκας Ε.**

Ιατρείο πόνου και Αναισθησιολογικό τμήμα Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΕΑ13 - Αποκλεισμός του Σφηνουπέρωιου Γαγγλίου με τη χρήση της ειδικής συσκευής Τχ360 για τη θεραπεία της Νευραλγίας Τριδύμου: πιλοτική μελέτη**Αθανασία Τσαρουχά¹**, Χριστίνα Ορφανού¹, Αικατερίνη Μελεμενή¹, Νικόλαος Φυρφίρης², Κασσιανή Θεοδωράκη¹¹Α' Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ - Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής - Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Γενικό Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Άγιος Σάββας", Αθήνα

10.00 - 16.00

Προσέλευση – Εγγραφές

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV

Περιοχική Αναισθησία II

Προεδρείο: Ε. Σταυροπούλου, Α. Κολοτούρα, Χρ. Μάγκλαρη

EA21 - Η συμβολή του Συνεχούς Αμφοτερόπλευρου Αποκλεισμού της Περιτονίας του Ορθωτή Μυός της Ράχης στη Θωρακοχειρουργική. Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού

Φρειδερίκη Σηφάκη, Δέσποινα Σαρρίδου, Θεοδώρα Αστέρη

Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

EA22 - Αναστροφή υπαραχνοειδούς αναισθησίας σε επικείμενη εγκατάσταση ολικής υπαραχνοειδούς αναισθησίας με τη χρήση διαλύματος Intralipid 20% σε επίτοκο για προγραμματισμένη καισαρική τομή

Πέτρος Καραγκούνης¹, Δημήτρης Επιτρόπου², Μαρίνα Σαγώνα¹, Αστέριος Ρίζος¹

1Μαιευτική κλινική "ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ", Λάρισα, 2Αναισθησιολογικό Τμήμα 404 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

EA23 - Σύγκριση δύο διαφορετικών διαλυμάτων τοπικού αναισθητικού (με ή χωρίς την προσθήκη οπιοειδούς) για την επισκληρίδια μετεγχειρητική αναλγησία μετά από καισαρική τομή

Σπανόπουλος Κωνσταντίνος, Παπαγιαννοπούλου Οφηλία, Κουσίδης Ιωάννης, Αναγνώστου Γεώργιος, Ζωγραφίδου Πολυξένη, Τσιόττσιου Μαρία, Γόγαλη Δέσποινα, Πίνας Δημήτρης, Γρένδα Γεωργία, Ιουλία Γρηγορίου, Γκουτζιομήτρου Ευαγγελία Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου».

EA24 - Αξιολόγηση δύο διαφορετικών μεθόδων αναλγησίας για το τοκετό ανάλογα με τον τρόπο χορήγησης του διαλύματος τοπικού αναισθητικού επισκληριδίας

Κωνσταντίνος Σπανόπουλος, Γεώργιος Αναγνώστου, Ιωάννης Π. Κουσίδης, Οφηλία Παπαγιαννοπούλου, Πολυξένη Ζωγραφίδου, Μαρία Τσιόττσιου, Δέσποινα Γόγαλη, Δημήτριος Πίνας, Γεωργία Γρένδα, Ιουλία Γρηγορίου, Ευαγγελία Γκουτζιομήτρου Γ.Ν.Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

EA25 - Πρόληψη της μαιευτικής υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία για καισαρική τομή με συνεχή έγχυση νοραδρεναλίνης: το είδος και ο χρόνος των χορηγούμενων υγρών έχει σημασία?

Κασσιανή Θεοδωράκη¹, Σοφία Χατζηλιά², Δημήτριος Βαλσαμίδης², Κωνσταντίνα Καλοπίτα², Εμμανουήλ Σταματάκης²

1Α Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

EA26 - Πρόληψη της υπότασης κατά τη διάρκεια εκλεκτικής καισαρικής τομής με συνδυασμό συγχρηρήγησης κολλοειδών και συνεχούς έγχυσης αγγειοσυσπαστικού παράγοντα. Μια συγκριτική τυχαιοποιημένη μελέτη

Ζωή Μασούρου¹, Κασσιανή Θεοδωράκη¹

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

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

09.00 - 10.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III – ESRA HELLAS

Επαναπροσδιορισμός της θέσης της Περιτομικής Ανασθησίας στον 21ο αιώνα

Προεδρείο: Κ. Θεοδωράκη, Α. Τρικούπη, Α. Μπαϊρακτάρη

Περιτομική Ανασθησία: βασικό συστατικό του εξατομικευμένου πολυδύναμου αναλγητικού πλάνου

Δ. Μορέλλα

Περιτομική Ανασθησία σε επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας: προκλήσεις και δυσεπίλυτα ζητήματα

Β. Μπρόζου

Η Χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης και της Ρομποτικής στην Περιτομική Ανασθησία: έχουν Θέση;

Ε. Μόκα

Σχολιασμός: Ε. Σταυροπούλου, Παν. Δήμου

10.30 - 11.00

ΔΙΑΛΕΞΗ II*Προεδρείο:* Ε. Σταυροπούλου, Ε. Κοράκη, Μ. Τιλελή**Optimal Regional Anaesthesia - Analgesia for Knee Surgery: Current Trends & Future Perspectives**

Α. Delbos

11.00 - 11.30

Διάλειμμα – Καφές

11.30 - 12.00

ΔΙΑΛΕΞΗ III*Προεδρείο:* Κ. Θεοδωράκη, Π. Τζίμας, Ε. Μόκα**Is Regional Anaesthesia Worthy with Hospital Business?**

P. Narchi

12.00 - 13.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV

Χρόνιος Πόνος -Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Προεδρείο: Κ. Βαγδατλή, Ε. Κετικίδου, Αικ. Λευκαδίτη

Η αποσυνταγογράφηση απαραίτητη για την βέλτιστη συνταγογράφηση

Γ. Μίχα

Κανναβινοειδή: λύση στον πόνο ή η επόμενη επιδημία;

Χ. Καρανασάση

Νευροπαθητικός πόνος σε άτομα με κάκωση Ν. Μυελού

Ι. Διονυσιώτης

Παρεμβατικές τεχνικές και χρόνιος πόνος: τεκμηριωμένη Ιατρική

Α. Τσαρουχά

Σχολιασμός: Ειρ. Κουρούκλη, Ε. Χρονά

	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
13.30 - 14.00	ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Ι
14.00 - 14.30	ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΙΙ
14.30 - 16.00	Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα
16.00 - 17.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI Παρηγορική Φροντίδα Προεδρείο: Ε. Φιλόπουλος, Σ. Ανίσογλου, Ν. Μπερναλή Ογκολογικά επείγοντα: ΠΦ στα ΤΕΠ Πελ. Χλωροπούλου Θρόμβωση στον ογκολογικό ασθενή. Τι πρέπει να γνωρίζει ο Αναισθησιολόγος Χ. Στάικου Η σύγχρονη τεχνολογία επικοινωνίας στην υπηρεσία της Παρηγορικής Φροντίδας Α. Πετσίτη Σχολιασμός: Φ. Κρεμαστινού, Γ. Αναστασιάδου
17.00 - 18.00	ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΙΙΙ

ΑΙΘΟΥΣΑ Β

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V**Χρόνιος Πόνος II****Προεδρείο:** Χρ. Μάλλιου, Φ. Υφαντίδης, Μ. Μις**EA27 - Electrical stimulation of the auricle in chronic nociceptive pain: neurobiological basis and clinical practice****Giancarlo Bazzoni**^{1,2,3,4}, Alessio Pirino¹, Nikos Daskalakis^{2,4}¹ CERNATEC Research Centre on Auricular Neuromodulation and Complementary Therapies University of Sassari. ² IANMA International Auricular Neuromodulation Academy - Sassari. ³ SIRAA Italian Society of Reflexotherapy, Acupuncture and Auricular Therapy - Torino. ⁴ HMSAA Hellenic Medical Society of Auricular Acupuncture - Member of ICMART**EA28 - Αντιμετώπιση πόνου οφειλόμενου σε άσηπτη νέκρωση κεφαλής μηριαίου και βραχιονίου οστού με βελονισμό****Μουτζούρη Αστέρω**, Τσαρουχά Αθανασία, Σιαφάκα Ιωάννα

Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α΄ Ανασθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

EA29 - Αντιμετώπιση πόνου περιφερικής νευροπάθειας με βελονισμό σε ασθενή με πολλαπλή νωσηρότητα**Μουτζούρη Αστέρω**, Καραναστάση Χρυσούλα, Σιαφάκα Ιωάννα, Τσαρουχά Αθανασία

Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α΄ Ανασθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο. Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

EA30 - Ρινικός αποκλεισμός σφηνοϋπερώιου γαγγλίου για την αντιμετώπιση ημικρανίας
Αναφορά περιστατικούΣοφία Παπαντωνάκη, **Αικατερίνη Λάππα**, Ευαγγελία Γαβριλάκη

Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

EA31 - Θεραπεία νευραλγίας γλωσσοφαρυγγικού με διαδερμική νευροτροποίηση**Χέλμη Λιουμπόβ**, Αυγουστάτου Καλλιρρόη

Ανασθησιολογικό τμήμα-Ιατρείο Πόνου ΓΝ ΣΥΡΟΥ, Ανασθησιολογικό τμήμα-ΜΕΘ και Ιατρείο Πόνου ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

EA32 - Chronic pain in patients with coeliac disease : cross sectional studyIoannou C., **Liampas A.**, Artemiadis AK., Kalampokini S., Bargiotas P., Hadjiageorgiou GM., Zis P. Medical School, University of Cyprus**EA33 - Chronic pain in patients with COVID-19 : cross sectional study****Liampas A.**, Ioannou C., Artemiadis AK., Hadjiageorgiou GM., Zis P.

Medical School, University of Cyprus

09.00 - 10.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ I**Mindfulness:** η εφαρμογή στη διαχείριση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής

Δ. Γιαννούλη

12.30 - 13.30

LIVE DEMONSTRATION**Συντονιστές:** Ε. Μόκα, Εμμ. Γκλιάτης, Μ. Ρεκατσάνα**Peripheral Nerve Blocks for Ankle and Foot Surgery**

A. Delbos

14.30 - 16.00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ II**COVID 19: Γιατρέ μου δεν έχω ανάσα****Συντονιστές:** Μ. Κοκολάκη, Ευ. Γιαβασόπουλος

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI**Χρόνιος Πόνος III****Προεδρείο:** Στ. Κανδρεβιώτου, Μπ. Κιαμήλογλου, Σ. Πουλίδα**ΕΑ34 - Αξιολόγηση των κλιμάκων Πόνου στη ΜΕΘ****Καλλιοντζής Σταύρος¹**, Σαββόπουλος Γεώργιος¹, Παπαγεωργίου Ειρήνη², Γιαννικάκη Αθηνά³, Ανίσογλου Σουζάνα²¹ Νοσηλεύτης ΜΕΘ ΑΝΘ Θεαγένειο² Αναλγησιολόγος-Εντατικολόγος ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο³ Προϊσταμένη ΜΕΘ**ΕΑ35 - Η εμπειρία μας με το επίθεμα βουπρενορφίνης****Παπαγεωργίου Ειρήνη¹**, Γεροσίμου Φώτης², Γρηγοριάδου Παναγιώτα³, Ανίσογλου Σουζάνα¹¹ Αναλγησιολόγος-Εντατικολόγος, ² Αναλγησιολόγος, ³ Νοσηλεύτρια Ιατρείου Πόνου, ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο**ΕΑ36 - Ιατρείο Πόνου στη διάρκεια της πανδημίας covid-19****Παπαγεωργίου Ειρήνη¹**, Γρηγοριάδου Παναγιώτα², Γεροσίμου Φώτης³, Ανίσογλου Σουζάνα¹¹ Αναλγησιολόγος-Εντατικολόγος, ² Νοσηλεύτρια Ιατρείου Πόνου, ³ Αναλγησιολόγος, ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο**ΕΑ37 - Η επίδραση της πανδημίας COVID 19 στους ασθενείς με χρόνιο πόνο του Ιατρείου Πόνου του ΓΝΑ “Λαϊκό”****Αικατερίνη Λιώση**, Ελενη Παπαϊωάννου, Ευθυμία Καλλιοντζή, Ευθύμιος Μαυρομμάτης, Χριστίνα Κουφοπούλου, Άννα Παπαδάκη, Χαρά Παλουμπή, Αικατερίνη Λαμπαδαρίου ΓΝΑ “Λαϊκό”, Αθήνα**ΕΑ38 - Διαδικτυακή παρακολούθηση ασθενών με καρκινικό πόνο κατά την περίοδο του lockdown (κλινική εκτίμηση και follow up)****Ησαΐα Ελένη-Χριστίνα¹**, Αλεξάνδρα Καρρά², Ρηγάκος Γιώργος³, Γιαννοπούλου Γιάννα⁴, Κατσώχη Δέσποινα⁵¹ Αναλγησιολόγος - υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, επιμελήτρια Β' ΕΣΥ νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Παμμακάριστος», Αθήνα² Αναλγησιολόγος επιμελήτρια Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα, ³ Παθολόγος – Ογκολόγος επιμελητής, ⁴ Γ' παθολογική-ογκολογική κλινική Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα, ⁵ Αναλγησιολόγος διευθύντρια ΕΣΥ νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Παμμακάριστος», Αθήνα, ⁶ Ακτινοθεραπευτής – Ογκολόγος διευθύντρια ακτινοθεραπευτικού τμήματος Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ»**ΕΑ39 - Προσέγγιση της σχέσης ινομυαλγίας - διπολικής διαταραχής μέσα από την αναφορά ενδιαφέροντος περιστατικού****Χαϊνάκη Ε., Πολάκη Ν., Μανουκάκης Δ.**

Αναλγησιολογικό τμήμα ΒΓΠΝΗ

ΕΑ40 - Η επίδραση της Ρεφλεξολογίας σε ασθενείς με Ινομυαλγία**Σ. Ραπτοπούλου, Μ. Κουρή, Α. Βαδαλούκα, Α. Τσαρουχά**

Α' Αναλγησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
09.00 - 10.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII Νέα δεδομένα στο Χρόνιο Πόνο Προεδρείο: Χ. Μιχαλολιάκου, Κ. Κωνσταντόπουλος, Ε. Μαθιουδάκης Σύγχρονη ελάχιστα επεμβατική χειρουργική και χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος Β. Νύκταρη VGF: Βιοδείκτης και δυνητικός στόχος για θεραπεία του ΝΠ Μ. Μπαρέκα Μοντέλα Ενοποιημένης Ιατρικής Σ. Ραπτοπούλου Γενετικά Καθοδηγούμενες Θεραπείες στον χρόνιο πόνο Ευκλ. Ράπτης Σχολιασμός: Αικ. Τσιρογιάννη
10.30 - 11.00	ΔΙΑΛΕΞΗ IV Προεδρείο: Α. Μακρή, Χ. Χαντζή, Δ. Σαρρίδου PROMs (Patient Reported Outcome Measures) after Surgery for Patients with Chronic Pain Th. Volk
11.00 - 11.30	Διάλειμμα – Καφές
11.30 - 12.30	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ I
12.30 - 13.00	ΔΙΑΛΕΞΗ V Προεδρείο: Φ. Ντάνου, Α. Αμανίτη, Παν. Χλωροπούλου Recommendations for osteoarthritis S. Coaccioli
13.00 - 13.30	ΔΙΑΛΕΞΗ VI Προεδρείο: Σ. Ανίσογλου Υβριδική καινοτομία στη διαχείριση του Πόνου Ι. Χρονάκης

	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
13.30 - 14.30	ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ II
14.30 - 16.30	Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα
16.30 - 17.30	ΒΗΜΑ ΝΕΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ Προεδρείο: Ι. Σιαφάκα, Κ. Θεοδωράκη, Χ. Στάικου Χρόνιος Πόνος μετά από νοσηλεία σε μονάδες Εντατικής Θεραπείας Δ. Μαλιαμάνης Πόνος στη στοματική κοιλότητα ως επιπλοκή της αντινεοπλασματικής αγωγής Μ. Κουρή Ιατρική Ακριβείας: Εφαρμογή στη διαχείριση και θεραπευτική αντιμετώπιση της Ημικρανίας Θ. Μπάρκουλα
17.30 - 18.00	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΛΗΞΗ – ΒΡΑΒΕΙΑ Ι. Σιαφάκα – Μ. Κοκολάκη
20.30	Δείπνο Συνεδρίου

ΑΙΘΟΥΣΑ Β

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII**Περιεγχειρητική Φροντίδα****Προεδρείο:** Λ. Παλιαλέξη, Αλ. Σπυριδωνίδου**ΕΑ41 - Περιεγχειρητική Αναλγησία σε Μείζονες Ογκολογικές επεμβάσεις για την πρόληψη εγκατάστασης Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου**Διονυσία Μπούρα¹, Ειρήνη Αναστασοπούλου^{1,2}, Παρασκευή Κουφοπούλου³, Κουτούζης Σταύρος¹, Κατσιπουλάκης Αντώνιος¹, Παπαδόπουλος Γιώργος¹, Βαίβα Αναστασία¹, Τσόλου Αρχοντία¹¹Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΟΝΚ«ΟΙ ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», ²Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, ΠΑΔΑ, ³PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Κράτος & Δημόσια Πολιτική (Κατεύθυνση Διοικητικής Επιστήμης), Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Ν.Ο.Π.Ε., ΕΚΠΑ, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, ΔΕΗ Α.Ε., τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων**ΕΑ42 - Περιεγχειρητική Αναλγησία για την πρόληψη εγκατάστασης Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου μετά την Θωρακοτομή**Διονυσία Μπούρα¹, Ειρήνη Αναστασοπούλου^{1,2}, Παρασκευή Κουφοπούλου³, Νικόλαος Αναστασίου⁴, Κατσιπουλάκης Αντώνιος¹, Λαμπροπούλου Κωνσταντίνα¹¹Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΟΝΚ«ΟΙ ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», ²Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, ΠΑΔΑ, ³PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Κράτος & Δημόσια Πολιτική (Κατεύθυνση Διοικητικής Επιστήμης), Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Ν.Ο.Π.Ε., ΕΚΠΑ, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, ΔΕΗ Α.Ε., τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων, ⁴Θωρακοχειρουργικό τμήμα, ΓΟΝΚ«ΟΙ ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»**ΕΑ43 - Η αξία των θωρακοσκοπικών επεμβάσεων σε μη διασωληνωμένους ασθενείς (NIVATS) Καπεζάνος Αθανάσιος¹, Σίντου Ελένη¹, Σφήκα Ελένη², Στρούμπος Χαράλαμπος¹, Πόταρης Κωνσταντίνος²**¹ΠΓΝΠ Πάτρα, ²ΓΝΝΘ “Η Σωτηρία” Αθήνα**ΕΑ44 - Επίδραση της αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης στον μετεγχειρητικό πόνο Σοφία Πουλίδα¹, Λουκία Μάκτρα¹**¹ΓΝ Μυτιλήνης Βοστανείο, Μυτιλήνη, Ελλάδα**ΕΑ45 - Επίδραση της δεξμεδετομιδίνης στο μετεγχειρητικό άγχος στους γηριατρικούς ασθενείς Παναγιώτου Α., Μις Μ., Βαρβαρίδη Ι., Ρωμανά Κ.**

Αναισθησιολογικό τμήμα ΓΝΑ Ευαγγελισμός

ΕΑ46 - Αναισθησιολογική αντιμετώπιση ασθενούς με σύνδρομο Takotsubo για χειρουργική αποκατάσταση κατάγματος ισχίου

Διακομή Μαρία, Μακρής Αλέξανδρος, Τιλελή Μαρία, Ποταμιάνου Στέλλα, Κωνσταντόπουλος Κωνσταντίνος

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας

ΕΑ47 - Μετεγχειρητική αναλγησία με διαδερμικό επίθεμα βουπρενορφίνης σε ασθενή με σύνδρομο διαμερίσματος επί εδάφους κατάγματος έξω κνημιαίου κονδύλου δεξιού γόνατος με πολλαπλές επεμβάσεις για την αποκατάστασή τουΧρονάκης Ι.¹, Κτιστάκης Ι.², Γαρμπή Α.², Χριστογιάννης Χ.² Βροντάκη Ε.³, Δασκαλογιαννάκης Ε.⁴, Ζώτου Β.³, Μαστραντωνάκης Κ.⁵, Βελιβασάκης Γ.⁶
¹Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, ²Α' Ορθοπεδική, ³Αναισθησιολογικό τμήμα, ⁴Ορθοπεδική κλινική, ⁵Β Ορθοπεδική, ⁶ΤΕΠ, Γ.Ν. Ρεθύμνου**ΕΑ48 - ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΞΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΠΛΕΓΜΑ. ΜΙΑ ΑΛΛΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ**Τασούδη Α¹, Ανίσογλου Σ², Χατζημήσιος Κ³, Τασούδης Β.⁴, Ιερόπουλος Π.⁵
¹Ιφροίτητρία Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα, ²Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΜΕΘ&ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο» Θεσσαλονίκης, ³Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν.Κοζάνης, ⁴Αναισθησιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Π.Ν. Λάρισας, ⁵Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Γ.Ν.Κοζάνης

ΑΙΘΟΥΣΑ Β

09.00 - 10.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ III**Κρυονευρόλυση σε Χρόνια Σύνδρομο Πόνου****Συντονιστές:** Δ. Τζαβούλης, Ε. Επισκόπου

14.30 - 16.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ V- ESRA HELLAS**Mastering Plan A Peripheral Nerve Blocks: Οι 7 αποκλεισμοί που κάθε αναισθησιολόγος πρέπει να γνωρίζει****Συντονιστές:** Ε. Σταυροπούλου, Α. Μακρής**I Εισαγωγική Ομιλία – Briefing:** Α. Μακρής**II Σταθμοί Εργασίας****Σταθμός 1.**

Διασκαληνικός και Μασχαλιαίος Αποκλεισμός

Εκπαιδευτές: Εμμ. Γκλιάτης, Ε. Κοράκη**Σταθμός 2.**

Αποκλεισμός Πεδίου Ορθού Κοιλιακού Μυός και Αποκλεισμός Πεδίου της Ομάδας των Ορθωτήρων Μυών της Ράχης (Erector Spinae Plane Block – ESPB)

Εκπαιδευτές: Ε. Γαρίνη, Μ. Μπαρέκα**Σταθμός 3.**

Αποκλεισμός Μηριαίου Νεύρου, Αποκλεισμός στο Κανάλι των Προσαγωγών (Adductor Canal Block – ACB), και Ιγνυακός Αποκλεισμός Ισχιακού Νεύρου

Εκπαιδευτές: Μ. Κούτρα, Β. Μπρόζου**Ερωτήσεις – Σχόλια – Συζήτηση:** Εκπαιδευτές και Εκπαιδευόμενοι**Debriefing:** Ε. Σταυροπούλου

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII

Διάφορα

Προεδρείο: Φρ. Στέλιου, Π. Ιερόπουλος, Χ. Σοϊλεμεζίδου

EA49 - Η εξατομικευμένη φαρμακολογική προσέγγιση στα πρωτόκολλα ταχείας ανάρρωσης μετά από χειρουργική επέμβαση: αναλγητικά και τοπικά αναισθητικά Γεώργιος Παπαγεωργίου¹, Ευάγγελος Μανωλόπουλος²¹Αναισθησιολόγος, Μεταπτυχιακός φοιτητής Κλινικής Φαρμακολογίας και Θεραπευτικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης²Καθηγητής Φαρμακολογίας, Διευθυντής Εργαστηρίου Φαρμακολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης**EA50 - Εκτίμηση της δύσπνοιας σε ασθενείς με Covid 19 με την τροποποιημένη κλίμακα Borg Φλαμπουράρης Β., Καλινόγλου Σ., Κανδρεβίτου Σ., Ραϊτίσιου Μ., Κοκολάκη Μ., Τσιαφάκη Ξ. Αναισθησιολογικό τμήμα, Σισμανόγλειο -Αμαλία Φλέμινγκ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών****EA51 - Μετατραυματικό στρες ασθενών αμέσως μετά την αποδιασωλήνωση στη ΜΕΘ με την κρίσιμη ασθένεια Covid 19**

Φλαμπουράρης Β., Κοκολάκη Μ., Κανδρεβίτου Σ., Παπαδοπούλου Α.

Αναισθησιολογικό τμήμα-ιατρείο πόνου, Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμινγκ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

EA52 - Η χρήση της ρεμφεντανίλης ως συμπληρωματική αναλγητική αγωγή στους ασθενείς που διασωληνώνονται επειγόντως στον όροφο: Περιγραφή από την εμπειρία Covid-19 Μικροβασίλη Μ.¹, Σαμαρτζή Β.², Τριανταφύλλου Κ.², Ρωμανά Κ.³, Παναγιώτου Α.¹¹Επικουρικός Αναισθησιολόγος, ²Ειδικευόμενη Αναισθησιολόγος, ³Διοικητικά και επιστημονικά υπεύθυνη του Αναισθησιολογικού τμήματος, Αναισθησιολογικό τμήμα ΓΝΑ Ευαγγελισμός**EA53 - Εφαρμογή πρωτοκόλλου πολυπαραγοντικής αναλγησίας σε εγκαυματία ασθενή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών**Βασιλεία Νύκταρη^{1,2}, Γεώργιος Παπαστρατηγάκης¹, Περικλής Βασιλός¹, Γεώργιος Στεφανάκης¹, Ελένη Διαμαντάκη¹, Εμμανουέλα Κουτουλάκη¹, Νικόλαος Τσερλικάκης¹, Αλεξάνδρα Παπαϊωάννου^{1,2}¹Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο,²Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο**EA54 - Εμφάνιση διπλωπίας μετά από τοπική αναισθησία. Μια πολύ σπάνια επιπλοκή Εμμανουήλ Καπίρης¹, Κατερίνα Κ. Κοσμά², Φανή Κρεμαστινού³**¹Κλινική Οξέων Περιστατικών Ταρσή, Ψ.Ν.Α. Δρομοκαίτειο, Ψυχίατρος, ²Νευρολογικό Ιατρείο, Ψ.Ν.Α. Δρομοκαίτειο, Διευθύντρια Νευρολόγος, ³Αναισθησιολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Διευθύντρια Αναισθησιολόγος**EA55 - Αποτελέσματα της προληπτικής χορήγησης δεξκετοπροφένης συνδυαστικά με δύο διαφορετικές δόσεις τραμαδόλης στη μετεγχειρητική διαχείριση του πόνου**Παπαδήμα Α.¹, Χριστοδούλου Κ.², Westzaan N.², Κέκελος Π.², Γρηγοράκη Α.², Αθανασιάδου Ε.³, Κουρούκλη Ε.⁴

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθηνών

09.00 - 10.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ (IV) ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Συντονιστές: Αλ. Κατέρδα, Ι. Ντίνος, Φ. Κολοκοτρώνη

Όταν η συμπνία πληγώνει: κατανοώντας και αντιμετωπίζοντας την Κόπωση Συμπνίας στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στην εποχή του COVID 19

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ

08.00 - 09.00

ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ

Διαχείριση του Πόνου και Παρηγορική Φροντίδα σε ασθενείς με COVID 19

Συντονιστές: Μ. Κοκολάκη, Σ. Παπαντωνάκη, Ι. Χρονάκης, Δ. Μαυροειδή

Δορυφορικές Συνεδρίες

13.30 - 14.00

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ I**Προεδρείο:** Θ. Βογιατζάκη, Α. Τσαρουχά

Κλινική εμπειρία από τη χρήση της Ταπενταδόλης: μείωση του Πόνου, αποκατάσταση της Λειτουργικότητας και βελτίωση της Ποιότητας Ζωής
Ε. Αρναούτογλου



14.00 - 14.30

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ II**Προεδρείο:** Ι. Σιαφάκα, Τ. Λεφάκη, Ν. Φυρφίρης

Μορφίνη: ένας διαχρονικός σύμμαχος
Ε. Βραχνού



17.30 - 18.00

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ III**Προεδρείο:** Α. Βαδαλούκα, Ζ. Γαμποπούλου

Δεξκετοπροφαίνη: η λύση στα προβλήματα της περιεγχειρητικής περιόδου
Φ. Κρεμαστινού



Menarini Hellas

Δορυφορικές Συνεδρίες

11.30 - 12.30

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ Ι



Το “Ταξίδι” του Ασθενούς με Χρόνιο Νευροπαθητικό Πόνο:

Προεδρείο: Ε. Βραχνού

(Διαδραστικό Masterclass και Ηλεκτρονική Ψηφοφορία (Televoting) με την Εφαρμογή SLIDO

Η Διαγνωστική Οδύσσεια: Τρέχουσες προκλήσεις και προβληματισμοί

Ι. Σιαφάκα

Η περιπετειώδης αναζήτηση της Ιθάκης: Πρακτική βέλτιστης θεραπευτικής αντιμετώπισης

Α. Βαδαλούκα

Συμπεράσματα - Συζήτηση

13.30 - 14.30

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΙΙ



Επεμβατική Διαχείριση Χρόνιου Πόνου

Προεδρείο: Ι. Σιαφάκα, Δ. Τζαβούλης

Η συμβολή των Ραδιοσυχνοτήτων στη Θεραπεία-Μυοσκελετικού Πόνου

Δ. Τζαβούλης

Νευροπαθητικού Πόνου

Δ. Φιλιππιάδης

Combined Ultrasound and Endoscopic guidance for diagnostics and interventional treatment.

A new technique

R. Van Seventer

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι: Μαιευτικά – Παιδιατρικά θέματα**Επικαιροποιημένες συστάσεις της ESRA: Μετεγχειρητική Αναλγησία μετά από ΚΤ**

Μ. Κλήμη

Η καισαρική τομή είναι χειρουργική επέμβαση που συνοδεύεται από μέτριο έως σοβαρού βαθμού πόνο για τη μητέρα στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Η χορήγηση αποτελεσματικής αναλγησίας βελτιώνει την ανάρρωση της λεχωίδας, αυξάνει την ικανοποίηση και το δεσμό μητέρας – νεογνού, καθιστά εφικτή την άμεση ενασχόλησή της με το νεογνό και απομακρύνει τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου. Η μεταφορά, όμως, φαρμάκων (και ιδιαίτερα των αναλγητικών φαρμάκων) από τη μητέρα στο νεογνό μέσω του θηλασμού και του μητρικού γάλακτος και η επίδραση των φαρμάκων στο νεογνό λαμβάνεται πάντοτε υπόψη από τους θεράποντες ιατρούς, αναισθησιολόγο και μαιευτήρα.

Η ESRA μέσω της διεπιστημονικής ομάδας εργασίας αναισθησιολόγων εξειδικευμένων στη μαιευτική και μαιευτήρων, PROSPECT (Procedure Specific Postoperative Pain Management) δημοσίευσε τον Δεκέμβριο του 2020 τις επικαιροποιημένες συστάσεις για την αναλγησία μετά από καισαρική τομή με περιοχική αναισθησία.

Οι συστάσεις της PROSPECT διακρίνονται σε παρεμβάσεις:

- α) πριν την τομή του δέρματος
- β) διεγχειρητικά, μετά την έξοδο του εμβρύου
- γ) μετεγχειρητικά
- δ) και συστάσεις σχετικά με τη χειρουργική τεχνική

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

I. Επιλογή αναισθητικής τεχνικής για την ελαχιστοποίηση χρήσης οπιοειδών περιεγχειρητικά

II. Προσθήκη μορφίνης 50-100 μg ή διαμορφίνης 300 μg σε υπαραχοειδή αναισθησία ή εναλλακτικά μορφίνης 2-3 mg ή διαμορφίνης 2-3 mg σε επισκληρίδιο αναισθησία.

III. Χορήγηση παρακεταμόλης και ενός μη στεροειδούς αντιφλεγμονώδους φαρμάκου (NSAID) διεγχειρητικά (μετά την έξοδο του εμβρύου) και μετεγχειρητικά.

IV. Χορήγηση εφάπαξ δόσεως iv δεξαμεθαζόνης μετά την έξοδο του εμβρύου διεγχειρητικά (επί απουσία αντενδείξεων).

V. Διήθηση τραύματος, συνεχής έγχυση τοπικού αναισθητικού ή περιφερικά νευρικά blocks (TAP, quadratus lumborum block) εάν δεν έχει χορηγηθεί νευροαξονικά οπιοειδές.

VI. Χειρουργικά, προτείνεται τομή Joel – Cohen, μη συρραφή περιτοναίου και χρήση χειρουργικών clips.

VII. Επιπλέον μετεγχειρητικά, TENS, ακρόαση μουσικής

Οι συστάσεις της ESRA-PROSPECT βασίστηκαν στη συστηματική ανασκόπηση 145 τυχαιοποιημένων μελετών από τις βάσεις δεδομένων MEDLINE, EMBASE & COCHRANE, μελέτες που δημοσιεύθηκαν από τον Μάιο του 2014 έως και τον Οκτώβριο του 2020, επιλέχθηκαν από τους συγγραφείς με συγκεκριμένα κριτήρια και είχαν σαν αντικείμενο έρευνας αναισθησία, αναλγησία και χειρουργική τεχνική σε προγραμματισμένη καισαρική τομή.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι: Μαιευτικά – Παιδιατρικά θέματα**Π.Ο.Υ.: νέες Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου στο παιδί και στον έφηβο****Ι. Πλαϊτάκης**

Ο χρόνιος πόνος στα παιδιά αποτελεί ένα σημαντικό, δημόσιο πρόβλημα υγείας και είναι ένας από τους παράγοντες νοσηρότητας σε αυτή την ηλικιακή ομάδα διότι επηρεάζει αρνητικά τη συναισθηματική, ψυχολογική, φυσική και κοινωνική ανάπτυξη και λειτουργικότητα των παιδιών και εφήβων και έχει επιπτώσεις και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Στις νέες κατευθυντήριες οδηγίες ο ΠΟΥ παρέχει τεκμηριωμένες οδηγίες για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου στις ηλικιακές ομάδες 0 – 19 ετών, με στόχο φαρμακευτικές, ψυχολογικές και φυσιολογικές παρεμβάσεις. Καθορίζονται 3 βασικές αρχές:

1η: Η πρόσβαση στη διαχείριση του πόνου είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα.

2η: Τα παιδιά έχουν το δικαίωμα της υψηλότερης εφικτής πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

3η: Είναι υποχρέωση του κράτους και των επαγγελματιών υγείας να εξασφαλίσουν ότι τα παιδιά και οι οικογένειές τους ή οι έχοντες την επιμέλεια, γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, εξασφαλίζουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας και διατηρούν την εμπιστευτικότητά τους.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες – συστάσεις που προτείνονται από τον ΠΟΥ είναι οι κάτωθι:

1ον. Η φυσικοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με άλλη θεραπεία. Έχει μέτριο αποτέλεσμα στην ένταση του πόνου αλλά βελτιώνει την λειτουργική αναπηρία και τη συμμετοχή στις δραστηριότητες.

2ον. Η ψυχολογική διαχείριση μέσω γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας είτε πρόσωπο με πρόσωπο είτε εξ' αποστάσεως προσφέρει μείωση στην ένταση του πόνου, βελτίωση της λειτουργικής αναπηρίας, του ύπνου, της διάθεσης, της ποιότητας ζωής και επικοινωνίας.

3ον. Η φαρμακευτική θεραπεία (παρακεταμόλη, ΜΣΑΦ, αντιεπιληπτικά, αντικαταθλιπτικά) χορηγείται σύμφωνα με τις ενδείξεις.

4ον. Η χορήγηση της μορφίνης έχει τις ενδείξεις της στο χρόνιο πόνο και σε καταστάσεις όπου η ασθένεια είναι ανίατη.

Η συνταγογράφηση της μορφίνης γίνεται μόνο από επαγγελματίες υγείας με εμπειρία στο αντικείμενο του πόνου. Συμπερασματικά, είναι πρωταρχικής σημασίας και θεμελιώδης στόχος ο πολυπαραγοντικός και διεπιστημονικός έλεγχος του χρόνιου πόνου στα παιδιά και εφήβους.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι: Μαιευτικά – Παιδιατρικά θέματα**Οι πολλά υποσχόμενοι νεώτεροι νευρικοί αποκλεισμοί και οι εφαρμογές τους στα παιδιά**
Λ. Φλούδα

Οι νευρικοί αποκλεισμοί εφαρμόζονται με όλο και μεγαλύτερη συχνότητα στον παιδιατρικό πληθυσμό τα τελευταία χρόνια, εξασφαλίζοντας αποτελεσματική αναλγησία και καλύτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Αυτό οφείλεται στην αποδεδειγμένη ασφάλεια στην εφαρμογή τους (πολλαπλές μελέτες από PRAN και ADAPREF), τη χρήση υπερήχων, την αυξανόμενη τάση πολυπαραγοντικής αναλγησίας, αλλά και την εφαρμογή νεότερων πολλά υποσχόμενων τεχνικών αποκλεισμού νεύρων με έγχυση τοπικού αναισθητικού (και συμπληρωματικών φαρμάκων) σε χώρους του θωρακικού και κοιλιακού τοιχώματος που ορίζονται από περιτονίες (“interfascial plane blocks”: Pecs blocks, Posterior TAP, Serratus Anterior Plane block, Rectus Sheath Block, Quadratus Lumborum blocks, Erector Spinae block, super-inguinal fascia iliaca). Η ευκολία στην εφαρμογή των τελευταίων με τη χρήση υπερήχων, η σχετικά χαμηλή καμπύλη εκμάθησης συγκριτικά με τις παραδοσιακότερες τεχνικές των κεντρικών αποκλεισμών, αλλά κυρίως η ασφάλεια τους, η χαμηλή πιθανότητα σοβαρών επιπλοκών και τα συγκρίσιμα αναλγητικά τους αποτελέσματα σε σχέση με κλασσικότερες περιοχικές τεχνικές οδηγεί στην ολοένα αυξανόμενη εφαρμογή τους.

Σκοπός της παρουσίασης μας είναι να μιλήσουμε για αυτούς τους νεότερους αποκλεισμούς: πώς διενεργούνται, ποιές είναι οι ενδείξεις τους, ποιοί οι περιορισμοί στην εφαρμογή τους στην πράξη, ποιές είναι οι δόσεις των εγχυόμενων φαρμάκων και ποιές οι κατάλληλες συγκεντρώσεις των διαλυμάτων που χρησιμοποιούμε στα μικρότερα αλλά και στα μεγαλύτερα παιδιά, ποιά τα συνοδά φάρμακα που τεκμηριωμένα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε, ποιές είναι οι συχνότερες και ποιές οι σοβαρότερες επιπλοκές που φοβόμαστε, τί θα πρέπει να μας υποψιάσει στο κοιμισμένο παιδί και πώς πρέπει να τις αντιμετωπίσουμε; Τελικά το αποτέλεσμα δικαιολογεί τον κόπο; Θα αναφερθούμε επίσης στην επανεμφάνιση στο προσκήνιο της περιοχικής παιδοαναισθησίας της υπαραχνοειδούς αναισθησίας καθώς και σε κάποια αμφιλεγόμενα στη βιβλιογραφία θέματα σχετικά με τους περιφερικούς αποκλεισμούς στα παιδιά.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Τι μας δίδαξε η Πανδημία COVID-19**Τι μας δίδαξε η πανδημία για τον ασθενή του Ιατρού Πόνου**

Ειρ. Παπαγεωργίου

Αν και η θεραπεία του πόνου έχει περιγραφεί ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, η πανδημία από τη νόσο Covid-19 ανάγκασε τα συστήματα υγείας παγκοσμίως να διαθέσουν εκ νέου τις υγειονομικές παροχές προς τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και άλλα πεδία σχετικά με τον Covid-19. Ταυτόχρονα οι επισκέψεις ασθενών αλλά και οι προγραμματισμένες παρεμβάσεις μειώθηκαν ή σταμάτησαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας με στόχο τη μείωση της διασποράς. Το κλείσιμο των υπηρεσιών πόνου και ο κατ'οίκον εγκλεισμός που επιβλήθηκε από τις κυβερνήσεις, επηρέασε τη διαχείριση του χρόνιου πόνου παγκοσμίως με επιπρόσθετη επίδραση στην ψυχική υγεία των ασθενών.

Ο χρόνιος πόνος είναι πολυδιάστατη νόσος που επιδεινώνει την ποιότητα ζωής, μειώνει την ικανότητα για εργασία και επιδρά στην κοινωνική αλληλεπίδραση με φίλους και οικογένεια. Οι ασθενείς με χρόνια πόνο, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, παρουσίασαν εξάρσεις του πόνου λόγω περιορισμένης προσβασιμότητας, κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και αυξημένου άγχους.

Η τηλεϊατρική προτείνεται ως μέτρο για τη θεραπεία ασθενών με χρόνια πόνο σε μη επείγουσες καταστάσεις. Πρόκειται για επικοινωνία σε πραγματικό χρόνο μέσω μιας οπτικοακουστικής συσκευής. Διάφορες άλλες τεχνικές λύσεις, με διαφορετικό κόστος/όφελος, έχουν χρησιμοποιηθεί για την απομακρυσμένη εκτίμηση και θεραπεία (e-mail, messenger). Η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου αποτελεί το πρώτο και εξαιρετικά χαμηλού κόστους παράδειγμα τηλεϊατρικής. Εντούτοις, λείπουν ακόμα οι αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της τηλεϊατρικής, σύμφωνα με δύο συστηματικές ανασκοπήσεις (Martorella G, 2017 και Slattery BW 2019) και μία Cochrane ανασκόπηση (Eccleston C, 2014). Οι επιδράσεις των ψυχολογικών θεραπειών που διανέμονται μέσω του διαδικτύου για τον πόνο είναι ελπιδοφόρες, αλλά προέρχονται από μικρό αριθμό μελετών και απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Filomena Puntillo. Impact of covid-19 pandemic on chronic pain management: Looking for the best way to deliver care. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2020 Sep; 34(3): 529–537
- 2) Jordi Perez. Telehealth and chronic pain management from rapid adaptation to long-term implementation in pain medicine: A narrative review. Pain Rep. 2021 Mar 9;6(1):e912

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Τι μας δίδαξε η Πανδημία COVID-19**Διαχείριση Χρόνιου Πόνου στους επιζώντες από Covid-19**

B. Τσιρτσιρίδου

Αν και η θεραπεία του πόνου έχει περιγραφεί ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, η πανδημία από τη νόσο Covid-19 ανάγκασε τα συστήματα υγείας παγκοσμίως να διαθέσουν εκ νέου τις υγειονομικές παροχές προς τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και άλλα πεδία σχετικά με τον Covid-19. Ταυτόχρονα οι επισκέψεις ασθενών αλλά και οι προγραμματισμένες παρεμβάσεις μειώθηκαν ή σταμάτησαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας με στόχο τη μείωση της διασποράς. Το κλείσιμο των υπηρεσιών πόνου και ο κατ'οίκον εγκλεισμός που επιβλήθηκε από τις κυβερνήσεις, επηρέασε τη διαχείριση του χρόνιου πόνου παγκοσμίως με επιπρόσθετη επίδραση στην ψυχική υγεία των ασθενών.

Ο χρόνιος πόνος είναι πολυδιάστατη νόσος που επιδεινώνει την ποιότητα ζωής, μειώνει την ικανότητα για εργασία και επιδρά στην κοινωνική αλληλεπίδραση με φίλους και οικογένεια. Οι ασθενείς με χρόνια πόνο, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, παρουσίασαν εξάρσεις του πόνου λόγω περιορισμένης προσβασιμότητας, κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και αυξημένου άγχους.

Η τηλεϊατρική προτείνεται ως μέτρο για τη θεραπεία ασθενών με χρόνια πόνο σε μη επείγουσες καταστάσεις. Πρόκειται για επικοινωνία σε πραγματικό χρόνο μέσω μιας οπτικοακουστικής συσκευής. Διάφορες άλλες τεχνικές λύσεις, με διαφορετικό κόστος/όφελος, έχουν χρησιμοποιηθεί για την απομακρυσμένη εκτίμηση και θεραπεία (e-mail, messenger). Η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου αποτελεί το πρώτο και εξαιρετικά χαμηλού κόστους παράδειγμα τηλεϊατρικής. Εντούτοις, λείπουν ακόμα οι αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της τηλεϊατρικής, σύμφωνα με δύο συστηματικές ανασκοπήσεις (Martorella G, 2017 και Slattery BW 2019) και μία Cochrane ανασκόπηση (Eccleston C, 2014). Οι επιδράσεις των ψυχολογικών θεραπειών που διανέμονται μέσω του διαδικτύου για τον πόνο είναι ελπιδοφόρες, αλλά προέρχονται από μικρό αριθμό μελετών και απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Filomena Puntillo. Impact of covid-19 pandemic on chronic pain management: Looking for the best way to deliver care. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2020 Sep; 34(3): 529–537
- 2) Jordi Perez. Telehealth and chronic pain management from rapid adaptation to long-term implementation in pain medicine: A narrative review. Pain Rep. 2021 Mar 9;6(1):e912

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Τι μας δίδαξε η Πανδημία COVID-19**Peripheral neuropathy in the COVID-19 - era**

P. Zis

The term peripheral neuropathy refers to disorders of the peripheral nervous system (PNS) including single and multiple (asymmetric) mononeuropathies, and symmetrical involvement of many nerves (polyneuropathy). Further classification depends on a mixture of phenomenological, neurophysiological, pathological and aetiological parameters. The temporal evolution of symptoms divides polyneuropathy (PN) into acute or chronic. Acute PN e.g. GuillainBarré syndrome (GBS) is rare but an important entity to recognise because whilst at times severe, it is treatable. Most PN are chronic and usually develop over several months.

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is a contagious disease caused by SARS-CoV-2. Symptoms of COVID-19 are variable, but often include fever, cough, headache, fatigue, breathing difficulties, and loss of smell or taste. Neurological complications have been reported in the context of COVID-19 infection both in the acute and sub-acute phase, as part of the post-COVID syndrome or as a result of the vaccination against SARS-CoV-2.

In the acute phase, it has been reported that GBS prevalence is 15 cases per 100,000 SARS-CoV-2 infections. Demyelinating GBSS variant in particular is the most prevalent. Although not necessarily directly caused by SARS-CoV-2, prolonged stay in ICUs is associated with increased risk of ICU related neuro-myopathy. In the chronic phase, preliminary results of ongoing prospective observational studies suggest that patients suffered from COVID-19 have increased risk of developing mild axonal peripheral neuropathy that shows evidence of length dependency.

Interestingly, it has been reported that – even in the absence of electrophysiologically confirmed PN – 1 in 5 patients reported deterioration of pre-existing neuropathic symptoms or development of new neuropathic symptoms, particularly pain, after COVID-19. Such symptoms tend to persist for months.

Further studies are needed to describe the natural history of the PNS involvement during and after COVID-19 infection.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III – ESRA HELLAS: Επαναπροσδιορισμός της θέσης της Περιτομικής Ανασθησίας στον 21ο αιώνα

Περιτομική Ανασθησία: βασικό συστατικό του εξατομικευμένου πολυδύναμου αναλγητικού πλάνου

Δ. Μορέλλα

Το όφελος της πολυδύναμης αναλγησίας προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο περιεγχειριστικός πόνος είναι πλέον καλά αποδεδειγμένο. Η συνεργική δράση των φαρμάκων μεγιστοποιεί την ανακούφιση από τον πόνο με μικρότερες δόσεις και ως εκ τούτου μειώνεται ο κίνδυνος των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Όμως παρά την σημαντική πρόοδο στη χρήση μη οπιοειδών αναλγητικών (μόνα η σε συνδυασμό) δεν είναι πάντα ικανοποιητική η αναλγησία που προσφέρουν. Γι' αυτό ο ρόλος της περιτομικής αναισθησίας είναι καθοριστικός σε ένα πλάνο πολυδύναμης αναλγησίας παρέχοντας σημαντική ενίσχυση στη αντιμετώπιση του περιεγχειριστικού πόνου.

Ποια είναι όμως η κατάλληλη τεχνική αποκλεισμού, ποιες οι δεξιότητες και ποια υποδομή που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί ένα τέτοιο πλάνο?

Η εξατομικευμένη προσέγγιση θα καθορίσει το σωστό μονοπάτι προκειμένου να επιτευχθεί ισορροπημένη και αποτελεσματική διαχείριση του περιεγχειριστικού πόνου. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τους παράγοντες που αφορούν στον ασθενή (φύλο, συνοσηρότητες κ.α.) το είδος της επέμβασης (Χειρουργική τεχνική κ.α.) καθώς και τα μέσα που διαθέτει κάθε τμήμα (εκπαιδευμένο προσωπικό, μηχανήματα υπερήχων κ.α.) μπορεί να γίνει ο κατάλληλος σχεδιασμός ενός πολυδύναμου πλάνου αναλγησίας.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Τι μας δίδαξε η Πανδημία COVID-19**Περιοχική Αναισθησία σε επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας: προκλήσεις και δυσεπίλυτα ζητήματα**
B. Μπρόζου

Οι επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας παρέχουν πλέον υψηλής ποιότητας φροντίδα σε έναν μεγάλο αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων με πρωταρχικό στόχο την ταχεία ανάνηψη αλλά και την ικανοποίηση του ασθενούς, ενώ το υγειονομικό σύστημα επωφελείται από το μειωμένο κόστος. Η περιοχική αναισθησία κερδίζει διαρκώς έδαφος σε επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας. Η περιοχική αναισθησία που επιλέγεται σε κάθε περίπτωση εξαρτάται από την περιοχή της χειρουργικής επέμβασης, την αναμενόμενη διάρκεια του χειρουργείου, τις αναλγητικές ανάγκες και την επιθυμητή διάρκεια της μετεγχειρητικής αναλγησίας. Στις τεχνικές της περιοχικής αναισθησίας συμπεριλαμβάνονται οι κεντρικοί νευραξονικοί αποκλεισμοί, οι περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί, η τοπική διήθηση και η ενδοφλέβια περιοχική αναισθησία (Bier's block). Προτερήματα της περιοχικής αναισθησίας σε σύγκριση με τη γενική αναισθησία αποτελούν η μείωση της μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (PONV), του μετεγχειρητικού πόνου και της χρήσης αναλγητικών, η αυξημένη εγρήγορση, η μείωση της παραμονής στην μεταναισθητική μονάδα φροντίδας (Postanesthesia Care Unit-PACU), καθώς και το μειωμένο κόστος. Ωστόσο, η χρήση της περιοχικής αναισθησίας σε επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας σχετίζεται με διάφορα προβλήματα. Καταρχάς, η περιοχική αναισθησία απαιτεί την ενεργή συνεργασία χειρουργού-αναισθησιολόγου. Επιπρόσθετα, όταν επιλέγεται μια περιοχική τεχνική ως η καταλληλότερη για το χειρουργείο ημέρας προκύπτουν διάφορα ζητήματα όπως ο αυξημένος χρόνος που απαιτείται για τη διενέργεια και την εγκατάσταση της περιοχικής αναισθησίας σε σχέση με τη γενική αναισθησία, ο παρατεταμένος χρόνος ανάνηψης για την πλήρη αποδρομή του αποκλεισμού, η καθυστερημένη κινητοποίηση του ασθενούς. Μία ενδεχόμενη δυσκολία στη διενέργεια της περιοχικής τεχνικής σχετίζεται με διαφόρου βαθμού δυσαρέσκεια του ασθενούς, η αυξημένη κινητικότητα ενός αγχώδους ασθενούς μπορεί να προκαλέσει προβλήματα κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ενώ σε περίπτωση αποτυχίας του αποκλεισμού ο αναισθησιολόγος πρέπει να είναι σε ετοιμότητα για την άμεση μετατροπή της περιοχικής σε γενική αναισθησία. Σε αυτά θα πρέπει να προστεθούν και επιπλοκές που σχετίζονται με την εκάστοτε περιοχική τεχνική και τον χρησιμοποιούμενο τοπικό αναισθητικό παράγοντα, όπως η κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας (postdural puncture headache-PDPH), τα παροδικά νευρολογικά συμπτώματα, η νευρική βλάβη, η επίσχεση ούρων, η τοξικότητα από τοπικό αναισθητικό.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III – ESRA HELLAS: Επαναπροσδιορισμός της θέσης της Περιοχικής Αναισθησίας στον 21ο αιώνα

Η Χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης και της Ρομποτικής στην Περιοχική Αναισθησία: έχουν θέση; Ε. Μόκα

Αναμφισβήτητα, διανύουμε την τέταρτη βιομηχανική επανάσταση, μια ξεχωριστή τεχνολογική και ψηφιακή εποχή, που χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των υπολογιστών, με άμεσο αντίκτυπο στην ανθρωπότητα, καθώς μεταμορφώνεται πλέον ο καθημερινός τρόπος εργασίας και διαβίωσης. Βασικό οδηγό αυτής της αλλαγής αποτελούν τα δεδομένα, που τροφοδοτούνται και ενισχύονται από την Τεχνητή Νοημοσύνη (Artificial Intelligence), ένα μέσο για την εξεύρεση λύσεων σε πολύπλοκα προβλήματα, μέσω «μίμησης» της ανθρώπινης νευρωνικής δραστηριότητας, που έχει ήδη επηρεάσει πολλαπλούς επιστημονικούς κλάδους, διαφορετικούς μεταξύ τους.

Η Τεχνητή Νοημοσύνη (Artificial Intelligence) είναι μια διαδικασία προσομοίωσης της ανθρώπινης νοημοσύνης, που γίνεται από μια μηχανή, ένα σύστημα ηλεκτρονικού υπολογιστή (computer), του οποίου το πρόγραμμα οδηγεί τον υπολογιστή ή το ρομπότ να εκτελεί υπολογισμούς με μεγαλύτερη ακρίβεια, σε όγκο και ταχύτητα σε σχέση με τον άνθρωπο. Με άλλα λόγια αναφέρεται στην ικανότητα μιας μηχανής – ενός προγράμματος υπολογιστή – να αναπαράγει τις γνωστικές λειτουργίες ενός ανθρώπου, όπως είναι η μάθηση, ο σχεδιασμός και η δημιουργικότητα, και να πραγματοποιεί διαδικασίες που σχετίζονται με την ανθρώπινη νοημοσύνη. Η τεχνητή νοημοσύνη καθιστά τις μηχανές ικανές να «κατανοούν» το περιβάλλον τους, να επιλύουν προβλήματα και να δρουν προς την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου. Ο υπολογιστής λαμβάνει δεδομένα, τα επεξεργάζεται και ανταποκρίνεται βάσει αυτών. Τα συστήματα τεχνητής νοημοσύνης είναι ικανά να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους, σε ένα ορισμένο βαθμό, αναλύοντας τις συνέπειες προηγούμενων δράσεων και επιλύοντας προβλήματα με αυτονομία. Τα ρομπότ (Robots – Robotics) αποτελούν μηχανές που διαθέτουν πλήθος αισθητήρων για να ανταλλάσσουν με το εξωτερικό περιβάλλον, και να αλληλοεπιδρούν με αυτό, εκτελώντας μια σειρά προγραμματισμένων ενεργειών.

Στην εποχή της ψηφιακής επανάστασης, είναι πολλαπλές οι εφαρμογές της Τεχνητής Νοημοσύνης και της Ρομποτικής στην Ιατρική, με ιδιαίτερη με ιδιαίτερη έμφαση να έχει ήδη δοθεί στην ειδικότητα της χειρουργικής και στον τομέα της απεικόνισης, και τις πρώτες βιβλιογραφικές αναφορές να εμφανίζονται στα τέλη του περασμένου αιώνα. Στην αναισθησιολογία, ωστόσο, η ανάπτυξη ήταν πιο αργή και η πρώτη προσπάθεια αυτοματοποίησης ήταν η εισαγωγή μηχανογραφημένων μοντέλων φαρμακοκινητικής σε αντλίες συνεχούς έγχυσης φαρμάκων, με αποτέλεσμα την καθιέρωση αντλιών TCI για χορήγηση υπναγωγών (προποφόλης). Ωστόσο, η εφαρμογή της Τεχνητής Νοημοσύνης στον τομέα της Περιοχικής Αναισθησίας παραμένει ακόμη περιορισμένη. Η επιτυχής υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη Περιοχική Αναισθησία στηρίζεται σε συγκεκριμένες βασικές κλινικές δεξιότητες, όπως η ικανότητα ανεύρεσης της βέλτιστης υπερηχογραφικής εικόνας, η ερμηνεία αυτής και η συνεχής οπτική επαφή κατά την πορεία της εισαγόμενης βελόνης και κατά την περινευρική έγχυση και εξάπλωση του χορηγούμενου διαλύματος τοπικού αναισθητικού.

Η ασφάλεια και επιτυχής διεξαγωγή υπερηχογραφικά καθοδηγούμενης περιοχικής αναισθησίας, προϋποθέτει και απαιτεί καλή γνώση της ανατομίας. Ωστόσο, η γνώση της ανατομίας από μόνη της συχνά δεν επαρκεί, και δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την «πρόκληση» απόκτησης και ερμηνείας υπερηχογραφικών εικόνων κατά την εκτέλεση αποκλεισμών περιφερικών νεύρων με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Παρόλο που η τεχνολογία διαρκώς βελτιώνεται, με τα μηχανήματα υπερήχων να παρέχουν μεγαλύτερη ευκρίνεια και καλύτερη ανάλυση εικόνας, φαίνεται ότι η Τεχνητή Νοημοσύνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την λεπτομερέστερη υπερηχογραφική ανίχνευση ποικίλων ανατομικών δομών, με στόχο την επιτυχή και ασφαλή πραγματοποίησης περιφερικών νευρικών αποκλεισμών.

Ένα τμήμα της Τεχνητής Νοημοσύνης, που ονομάζεται η «όραση του υπολογιστή», έχει τύχει ιδιαίτερης προσοχής σε σχέση με τον τομέα ανάλυσης της ιατρικής εικόνας. Χρησιμοποιεί πολλαπλές τεχνικές, που τελικά επιτρέπουν στους υπολογιστές να ερμηνεύουν τον «οπτικό» κόσμο. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται: η διαδικασία απλής εκμάθησης από μεριάς των μηχανών, η εν τω βάθει εκμάθηση, ο τεχνητός νευρώνας και τα συνελκτικά νευρωνικά δίκτυα. Από τις ανωτέρω διαδικασίες, η εν τω βάθει εκμάθηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς μπορεί να οδηγήσει την εκμάθηση των συστημάτων τεχνητής νοημοσύνης (των μηχανών), μέσα από τη χρήση και ανάλυση ευρέων βάσεων ψηφιακών δεδομένων, που στην καθημερινή ιατρική πρακτική είναι συχνά άμεσα διαθέσιμες. Αρκετά συστήματα εν τω βάθει εκμάθησης έχουν αναπτυχθεί και περιγραφεί στη βιβλιογραφία σε σχέση με την περιοχική αναισθησία, εκ των οποίων το ScanNav Anatomy Peripheral Nerve Blocks / PNB (Anatomy Guide) χρησιμοποιεί τεχνικές ανίχνευσης ανατομικών δομών με υπερήχους (B Mode), με δυνατότητα «χρωματισμού» αυτών κατά στρώματα, σε πραγματικό χρόνο, με την εφαρμογή διαδικασιών συνελκτικών νευρωνικών δικτύων. Κατά τη διαδικασία ανάπτυξης αυτού του συστήματος Τεχνητής Νοημοσύνης, ένα ξεχωριστό δίκτυο πληροφοριών δημιουργήθηκε για κάθε ανατομική περιοχή ενδιαφέροντος (την περιοχή που σαρώθηκε για κάθε αποκλεισμό). Βίντεο με υπερήχους για κάθε ανατομική περιοχή κατανεμήθηκαν τυχαία για εκπαίδευση (90%) ή προς έλεγχο και δοκιμή (10%). Δεδομένα κατά την εκπαίδευση για μια συγκεκριμένη ανατομική περιοχή αποτελούνται από ζεύγη εικόνων. Σε κάθε ζεύγος, το πρώτο στοιχείο ήταν μια μη τροποποιημένη εικόνα σταθερού πλαισίου, που έχει ληφθεί από βίντεο υπερήχων της περιοχής ενδιαφέροντος. Το δεύτερο στοιχείο ήταν χειροκίνητα αντίστοιχη επικάλυψη χρώματος τμηματοποιημένης επισήμανσης στην αντίστοιχη εικόνα. Καθώς παρουσιάζονταν σταθερά ζεύγη εικόνων σε πλαίσιο,

το σύστημα Τεχνητής Νοημοσύνης έμαθε να κάνει συσχετίσεις μεταξύ της περιοχής με την επικάλυψη χρώματος και της περιοχής στην αληθή πρωτογενή υπερηχογραφική εικόνα, και έτσι έμαθε να αναδημιουργεί την επιθυμητή επικάλυψη χρώματος σε αντίστοιχη μελλοντική υπερηχογραφική εικόνα. Το 10% των δεδομένων που προορίζονταν για δοκιμές ελέγχου του συστήματος χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος μετά την εκπαίδευση και τη σχετική πρακτική άσκηση. Αυτό αποτελεί μια εποπτευόμενη διαδικασία μηχανικής μάθησης, με την έννοια ότι η μάθηση κατευθύνεται από την ανθρώπινη συμβολή σε κάθε στάδιο. Μια τυπική εκπαίδευση στο σύνολό της αποτελείται από 115.000 ζεύγη εικόνων για κάθε δίκτυο, με συνολικά πάνω από 800.000 εικόνες να έχουν ταυτοποιηθεί, επισημανθεί και χρησιμοποιηθεί.

Το προαναφερθέν σύστημα Τεχνητής Νοημοσύνης, με εφαρμογή στην υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη πραγματοποίηση περιφερικών νευρικών αποκλεισμών, αξιολογήθηκε ως προς την ορθή και ακριβή αυτόματη τοποθέτηση χρώματος στις εκάστοτε ανατομικές δομές. Βρέθηκε ότι η επικάλυψη ανατομικών δομών (αγγείων, μυών, περιτονιών, νεύρων) με χρώμα από το σύστημα Τεχνητής Νοημοσύνης, ήταν χρήσιμη για τον προσδιορισμό των ανατομικών δομών το σε 1330/1334 (99.7%) των περιπτώσεων, και για την επιβεβαίωση της σωστής προβολής υπερηχογραφικής εικόνας σε 273/275 (99.3%) των εξεταζόμενων εικόνων. Η συγκεκριμένη συσκευή έχει λάβει έγκριση για κλινική χρήση στην Ευρώπη και είναι επί του παρόντος υπό έλεγχο από τον αντίστοιχο ρυθμιστικό φορέα στις ΗΠΑ (FDA). Επιπλέον, μια αντικειμενική και ποσοτική αξιολόγηση του συγκεκριμένου συστήματος βρίσκεται σε εξέλιξη για να καθορίσει το ακριβές επίπεδο απόδοσης σε σχέση με τους ανθρώπους, τόσο ειδικούς όσο και μη. Αυτό θα βοηθήσει να προσδιορίσει τη θέση του στην τρέχουσα πρακτική, τις δυνατότητες για το μέλλον, πιθανές ανάγκες βελτίωσης και εξέλιξης, καθώς και το ρόλο του στην υποστήριξη της εκπαίδευσης. Ενώ τέτοια συστήματα τεχνολογίας Τεχνητής Νοημοσύνης δεν είναι χωρίς περιορισμούς και εγγενείς ανακρίβειες, εντούτοις υπάρχουν ήδη αυτοματοποιημένα συστήματα ερμηνείας ιατρικής εικόνας που προσεγγίζουν και μάλιστα ξεπερνούν τις ανθρώπινες επιδόσεις στην ιατρική ερμηνεία εικόνας.

Αναφορικά με τη Ρομποτική στην περιοχική αναισθησία, σε πρόσφατη εκπαιδευτική μελέτη χρησιμοποιήθηκε ο ρομποτικός βραχίονας (Magellan), που καθοδηγείται από ένα χειριστήριο για την αξιολόγηση της καμπύλης εκμάθησης σχετικών τεχνικών. Δοκιμές πραγματοποιήθηκαν σε περιβάλλον προσομοίωσης (nerve phantom), με τις καμπύλες εκμάθησης να βελτιώνονται μετά από 10 εισαγωγές βελόνας σε σύγκριση με τη χειροκίνητη εισαγωγή, αν και τα προαναφερθέντα αποτελέσματα έχουν περιορισμούς (μέγεθος του δείγματος, λίγες επαναλήψεις και έλλειψη κριτηρίων απόδοσης). Η πιο απότομη καμπύλη εκμάθησης πιθανότατα αντανάκλωσε την καινοτομία της τεχνολογίας, καθώς οι χρόνοι ήταν πολύ μεγαλύτεροι στις προηγούμενες δοκιμές. Αυτό το φαινόμενο παρατηρήθηκε επίσης κατά τη δοκιμή συστήματος παρακολούθησης του άκρου της βελόνας των αποκλεισμών και υπογραμμίζει την ανάγκη για ενδεδειγμένη κατάρτιση κατά την υιοθέτηση κάθε νέας τεχνολογίας. Επιπλέον, επισημαίνεται ο κίνδυνος για υπερβολική εμπιστοσύνη στη ρομποτική βοήθεια κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης και της άσκησης. Επομένως, είναι σημαντικό ο σχεδιασμός ρομποτικών παρεμβάσεων στην εκπαίδευση να γίνεται με προσοχή, με τα συστήματα ανατροφοδότησης να βοηθούν και όχι να αντικαθιστούν τη μαθησιακή διαδικασία.

Συμπερασματικά, η Τεχνητή Νοημοσύνη και η Ρομποτική στο μέλλον ίσως συμπληρώνουν την καθημερινή κλινική πρακτική κατά την εφαρμογή τεχνικών περιοχικής αναισθησίας, δεδομένης της δέσμης πολλαπλών δεξιοτήτων που απαιτούνται για την κατανόηση πολύπλοκων ιατρικών ιστορικών, την παρακολούθηση ζωτικών σημείων και την ικανότητα κριτικής σκέψης και λήψης απόφασης σε περίπλοκες καταστάσεις. Στο εγγύς μέλλον, τα ρομποτικά συστήματα αλλά και η Τεχνητή Νοημοσύνη είναι πιθανό να λειτουργήσουν ως αυτόματος πιλότος για τους αναισθησιολόγους, έως ότου απαιτείται μη αυτόματη παράκαμψή τους. Εντούτοις, η λήψη κλινικών αποφάσεων θα παραμείνει βασικό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης νοημοσύνης. Ακόμα και όταν η Τεχνητή Νοημοσύνη τελειοποιηθεί και φθάσει στο σημείο να αποκτήσει ικανότητες δράσης χωρίς την ύπαρξη ανθρώπινου λάθους και χωρίς συναισθηματικές και γνωσιακές προκαταλήψεις, πρέπει να θυμόμαστε ότι υπάρχει πάντα το ενδεχόμενο σφάλματος λόγω μη ορθού προγραμματισμού, καθώς και ότι με βάση τα σημερινά δεδομένα η κριτική σκέψη του αναισθησιολόγου δεν μπορεί να αντικατασταθεί.

Βιβλιογραφία

1. Wehbe M, Giacalone M, Hemmerling T. Robotics and regional anaesthesia. *Curr Opin Anesthesiol*, 2014; 27: 544 – 548.
2. Bowness J, Varsou O, Turbitt L, Burckett – St Laurent D. Identifying anatomical structures on ultrasound: assistive artificial intelligence in ultrasound – guided regional anaesthesia. *Clinical Anatomy*, 2021; 1 – 8.
3. McKendrick M, Yang S, McLeod G. The use of artificial intelligence and robotics in regional anaesthesia. *Anaesthesia*, 2021; 76: 171 – 181.
4. Bowness J, El – Boghdadly K, Burckett – St Laurent D. Artificial intelligence for image interpretation in ultrasound – guided regional anaesthesia. *Anaesthesia*, 2021; 76: 602 – 607.
5. Bowness J, Macfarlane A, Noble A, Higham H, Burckett – St Laurent D. Anaesthesia, nerve blocks and artificial intelligence. *Anaesthesia News*, 2021; 408: 4 – 6.
6. Gungor I, Gunaydin B, Oktar SO, et al. A real-time anatomy identification via tool based on artificial intelligence for ultrasound guided peripheral nerve blocks procedures: an accuracy study.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: Χρόνιος Πόνος – Θεραπευτικές Προσεγγίσεις**Η αποσυνταγογράφηση απαραίτητη για τη βέλτιστη συνταγογράφηση**

Γ. Μίχα

Η αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτελεί την τρίτη παγκόσμια πρόκληση για την ασφάλεια των ασθενών, αναγνωρίζοντας τους πολλαπλούς κινδύνους που απορρέουν από αυτήν. Με μια πρωτοβουλία ενημέρωσης του κοινού που ξεκίνησε το 2017 έχει ως στόχο να μειώσει την πολυφαρμακία κατά 50% την επόμενη 5ετία. Η πολυφαρμακία είναι αρκετά συχνή ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς με πολλαπλές συνοσυσρότητες και σε ασθενείς με χρόνια νόσο. Σχετίζεται με την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, με αυξημένη νοσηλεία σε νοσοκομείο και πτώσεις, ενώ αυξάνει τη θνητότητα. Φαίνεται ότι οι πιθανότητες εμφάνισης των παραπάνω αυξάνεται με τον αριθμό των προσλαμβανόμενων φαρμάκων και οφείλεται στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων και αυτών με την ίδια τη νόσο. Οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης των παραπάνω καθώς έχουν μειωμένη νεφρική και ηπατική λειτουργία αλλά υπάρχουν επιπρόσθετοι παράγοντες σχετιζόμενοι με την πολυφαρμακία όπως είναι το φυναικείο φύλο, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλό εισόδημα, ο αριθμός νοσηλείας σε νοσοκομείο, οι πολλαπλές συνοσυσρότητες και οι επισκέψεις σε πολλαπλούς επαγγελματίες υγείας.

Ο όρος αποσυνταγογράφηση (“deprescribing”) χρησιμοποιήθηκε για να αναδείξει τη σημασία της σταδιακής μείωσης/διακοπής των φαρμάκων μέσα από κάποιες αρχές. Αυτές περιλαμβάνουν, την αναθεώρηση της φαρμακευτικής αγωγής, την ταυτοποίηση φαρμάκων για μείωση, τη διακοπή ή αντικατάσταση, τον προγραμματισμό του πλάνου αποσυνταγογράφησης σε συνεργασία με τον ασθενή, καθώς και την επίβλεψη και υποστήριξή του. Η αποσυνταγογράφηση αποτελεί τη διαδικασία απόσυρσης ενός ακατάλληλου φαρμάκου υπό την επίβλεψη ενός επαγγελματία υγείας με σκοπό να αντιμετωπιστεί η πολυφαρμακία και να βελτιωθεί η έκβαση του ασθενούς. Προς αυτή την κατεύθυνση έχουν γίνει επιτυχείς προσπάθειες σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων (αντιυπερτασικά, στατίνες, αντιψυχωτικά και βενζοδιαζεπίνες) με καλά αποτελέσματα και υπάρχουν ήδη κατευθυντήριες οδηγίες που καταδεικνύουν το βέλτιστο τρόπο απόσυρσης.

Στην περίπτωση των επώδυνων συνδρόμων και τη χορήγηση οπιοειδών η αποσυνταγογράφηση αποτελεί μια ακόμα μεγαλύτερη πρόκληση καθώς λειτουργεί επικουρικά στην αντιμετώπιση της “επιδημίας των οπιοειδών”. Παρουσιάζει ιδιαιτερότητες σχετιζόμενες με τις ιδιότητες των ίδιων των φαρμάκων όπως είναι τα συπτώματα απόσυρσης, ο φόβος των ασθενών για την επανεμφάνιση του πόνου και η αβεβαιότητα των κλινικών ιατρών σχετικά με τη διαδικασία απόσυρσης. Ο στόχος είναι η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό την καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας προς αυτή την κατεύθυνση.

Βιβλιογραφία

1. WHO. WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm [Internet]. Available: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>
2. Elbeddini A, et al. BMJ Open Quality 2021;10:e001509. doi:10.1136/bmjopen-2021-001509

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: Χρόνιος Πόνος – Θεραπευτικές Προσεγγίσεις**Κανναβινοειδή: λύση στον πόνο ή η επόμενη επιδημία;**

Χρ. Καραναστάσης

Η κάνναβη είναι ένα φυτό, αυτοφυές στη χώρα μας, η καλλιέργεια της οποίας προστατευόταν από το Κράτος μέχρι το 1957. Το 1961, κυρίως μετά από πιέσεις των ΗΠΑ, ο ΟΗΕ προχώρησε στην απαγόρευση της χρήσης οποιουδήποτε προϊόντος οποιουδήποτε μέρους του φυτού, με πρόσχημα τις ψυχοτρόπες δράσεις του. Φαίνεται όμως ότι η αληθινή αιτία ήταν η προσπάθεια της Αμερικής να επεκτείνει τη χρήση του βαμβακιού ως κλωστική ίνα, αφού μέχρι τότε τα μεγαλύτερης αντοχής υφάσματα (π.χ. ιστία, τσουβάλια αλλά και σχοινιά) κατασκευάζονταν από το βλαστό της κάνναβης – και άρα η αγορά ήταν ανταγωνιστική. Ωστόσο, οι άνθρωποι σε όλο τον πλανήτη, είχαν μάθει να χρησιμοποιούν το φυτό ως κλωστική ίνα, ως φάρμακο, και ως ψυχαγωγικό μέσο, επομένως κάθε προσπάθεια εξορισμού του ήταν εκ των πραγμάτων καταδικασμένη – όπως ήταν και εκείνη της ποταπαγόρευσης, έχοντας μάλιστα παρόμοιες συνέπειες: την παράνομη οικιακή παραγωγή και χρήση, ενός προϊόντος που απλώς δεν ήθελαν να αποχωριστούν.

Την ίδια εποχή, ο χημικός Raphael Mechulam, κατάφερε να διαχωρίσει ως μόριο την τετραϋδροκανναβινόλη, ενώ τη δεκαετία του '80 ο ίδιος ανακάλυψε ότι τα θηλαστικά παράγουν ουσίες χημικά συγγενείς προς τα κανναβινοειδή – τα ενδοκανναβινοειδή – και μάλιστα, διαθέτουν ειδικούς υποδοχείς σύνδεσης για αυτά. Οι ανακαλύψεις του αναζωπύρωσαν το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για τις πιθανές θεραπευτικές χρήσεις του φυτού. Παράλληλα πολλοί ασθενείς άρχισαν να αναφέρουν ποικίλα οφέλη από τη λήψη της κάνναβης σε διάφορες μορφές. Δυστυχώς, το νομικό πλαίσιο για την διενέργεια συντονισμένης έρευνας στο συγκεκριμένο πεδίο είναι πολύπλοκο, ακόμα και σήμερα, λόγω των απαγορεύσεων και των ελέγχων που υπήρχαν και εν μέρει εξακολουθούν να υπάρχουν. Ένα ακόμα πρόβλημα είναι το ότι στο φυτό παράγονται πάνω από 150 χημικά μόρια που ταυτοποιούνται ως κανναβινοειδή, η δράση των οποίων είναι αλληλένδετη και αλληλοεξαρτώμενη, ενώ στο κλινικό αποτέλεσμα συμβάλλουν και τα τερπένια και φλαβονοειδή που επίσης βρίσκονται σε αφθονία σε αυτό. Έτσι, ο σχεδιασμός μίας προοπτικής μελέτης είναι μαθηματικά αδύνατος, αφού οι πιθανοί συνδυασμοί των δραστικών μορίων είναι κυριολεκτικά άπειροι. Για να επιλυθεί κάπως το πρόβλημα, η βιομηχανία κατασκεύασε χημικά ισοδύναμα / αντίγραφα της τετραϋδροκανναβινόλης, τα οποία κυκλοφόρησαν ως φάρμακα και δοκιμάστηκαν σε πολλές κλινικές καταστάσεις. Δυστυχώς, τα αποτελέσματα από τη χρήση τους ήταν πτωχά – οι υπέρμαχοι του φυτού αποδίδουν το γεγονός αυτό στην απουσία άλλων μορίων κανναβινοειδών, τερπενίων και φλαβονοειδών, τα οποία αποδεδειγμένα συμβάλλουν στις θεραπευτικές δράσεις της κάνναβης (το καλούμενο φαινόμενο entourage). Παρόλ'αυτα, πρώτα ο Καναδάς, στη συνέχεια πολλές ευρωπαϊκές χώρες αλλά και πολιτείες των ΗΠΑ, αναγνωρίζοντας τόσο το αίτημα από τους ασθενείς, όσο και τα ευρήματα από μικρές σειρές κλινικών μελετών, έχουν προχωρήσει στη σύσταση δομημένου πλαισίου για τη συνταγογράφηση και χρήση των κανναβινοειδών για την αντιμετώπιση αρκετών συμπτωμάτων, κατά κανόνα ανθεκτικών στις διαθέσιμες φαρμακευτικές επιλογές. Μεταξύ αυτών είναι η σπαστικότητα και ο πόνος που συνοδεύουν τη σκλήρυνση κατά πλάκας, η καρκινική καχεξία, η ναυτία και ο έμετος της χημειοθεραπείας, ο νευροπαθητικός πόνος της νόσου HIV/AIDS, και ο ανθεκτικός πόνος στα πλαίσια καρκινικής νόσου. Αρκετές από τις παραπάνω ενδείξεις έχουν υιοθετηθεί και στη χώρα μας ήδη από το 2018: αρχικά, κατόπιν επίσημης της Ομάδας Εργασίας μελών της Ελληνικής Ανασθησιολογικής Εταιρείας για τη σύσταση Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων για τα επώδυνα σύνδρομα τα κανναβινοειδή φάρμακα αναγνωρίστηκαν ως πιθανές θεραπευτικές επιλογές, ενώ στη συνέχεια ειδική επιτροπή του ΕΟΦ συνέταξε το «Φύλλο Οδηγιών Χρήσης» για τα κανναβινοειδή φάρμακα που αναμένεται να αιτηθούν άδειας κυκλοφορίας.

Το ισχύον νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα τοποθετεί πλέον τα τελικά προϊόντα της κάνναβης στον Πίνακα Δ' των Ναρκωτικών, γεγονός που σημαίνει ότι η προμήθειά τους γίνεται νόμιμα με την έκδοση της σχετικής Ειδικής Συνταγής Ναρκωτικών. Το μόριο που είναι υπεύθυνο για την ένταξη των κανναβινοειδών φαρμάκων στον Πίνακα είναι η Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη. Πολλά από τα άλλα κανναβινοειδή, κυρίως η κανναβιδιόλη, καθότι δεν έχουν ψυχοτρόπο δράση, κυκλοφορούν ευρώς, χωρίς όμως να ανήκουν στα φάρμακα με την αυστηρή έννοια του όρου. Ως εκ τούτου, δεν συνταγογραφούνται, δεν αποζημιώνονται, αλλά και η χρήση τους δεν επιβλέπεται από κάποιον ειδικό. Παράλληλα, δεν έχει μέχρι σήμερα κατατεθεί στον ΕΟΦ καμία αίτηση για αδειοδότηση φαρμακευτικού σκευάσματος. Πριν από τρία χρόνια, το ΥΥ είχε διαθέσει σχεδόν 70.000 ευρώ για την εισαγωγή μερικών φιαλιδίων του πιο διάσημου μέχρι σήμερα φαρμακευτικού σκευάσματος κάνναβης, τα οποία μετά από πολλές γραφειοκρατικές περιπέτειες, εμφανίστηκαν για μερικές μέρες στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ενώ στη συνέχεια έληξαν και δόθηκαν για καταστροφή. Εάν ένας Έλληνας ασθενής επιθυμεί να προμηθευτεί τα σχετικά

φάρμακα, έχει τρεις επιλογές: είτε νόμιμα μέσω ΙΦΕΤ, μια διαδικασία που υφίσταται μεν θεωρητικά, αλλά δεν έχει ακόμα διεκπεραιωθεί για κανέναν, είτε παράνομα μέσω κυκλωμάτων που εμπορεύονται σκευάσματα αμφίβολης καθαρότητας και αδιευκρίνιστης χημικής σύστασης, είτε καλλιεργώντας το φυτό μόνος του.

Η κάνναβη είναι γενικά ασφαλής – ακόμα και στα πλαίσια της καλούμενης ψυχαγωγικής χρήσης, δεν έχει αναφερθεί κανένας θάνατος από υπερβολική δόση (με την προϋπόθεση ότι δεν συνδυάζεται με αλκοόλ ή άλλες ουσίες που έχουν δράση στο νευρικό σύστημα). Η κάνναβη είναι ένα «καινούργιο» φάρμακο – ακόμα και μέσα στην πανδημία του κορωνοϊού, όλες οι κυβερνήσεις συνεχίζουν να επεκτείνουν το νόμιμο πλαίσιο χρήσης της. Η κάνναβη είναι μόδα – όπως κατά καιρούς είναι πολλά θαυματουργά βότανα. Η κάνναβη είναι τάση – ο κόσμος διεθνώς στρέφεται σε αυτήν όχι μόνο για τις θεραπευτικές, αλλά και για τις κλωστικές και τις βιομηχανικές εφαρμογές της. Η κάνναβη είναι παντού, και όλοι θέλουν να τη χρησιμοποιήσουν. Όμως η χρήση σκευασμάτων αμφίβολης σύστασης, η αυτοκαλλιέργεια, καθώς και η διάθεση κανναβινοειδών χωρίς επίβλεψη, εκθέτουν τους ασθενείς σε πολλούς κινδύνους: ο πιο «αθώος» είναι η χρήση μεγάλων δόσεων κανναβιδιόλης, που όταν δεν λαμβάνεται μετά από σωστή τιτλοποίηση, μπορεί ακόμα και να επιδεινώσει το σύμπτωμα το οποίο αναμένεται να ανακουφίσει. Ένας μεγαλύτερος, είναι η χρήση προϊόντων που περιέχουν προσμίξεις, όπως το neem, ένα φυτικό παρασιτοκτόνο που ενδεχομένως ευθύνεται για την εμφάνιση ναυτίας και εμέτου λόγω νευροτοξικότητας. Ένας άλλος είναι η παράνομη διακίνηση ναρκωτικών.

Η κάνναβη είναι ένα βότανο, αλλά είναι και ένα χημικό εργοστάσιο που δεν χωράει εύκολα στα κουτιά που έχουμε έως τώρα – στη δυτική ιατρική δεν εκπαιδεύμαστε στις φαρμακευτικές χρήσεις των φυτών. Τα κανναβινοειδή είναι φάρμακα, που παρά τις πολλές δυσκολίες που προκύπτουν κατά την ένταξή τους στους φαρμακευτικούς καταλόγους, πρέπει να αντιμετωπίζονται ως τέτοια. Εάν θέλουμε πράγματι να αξιοποιήσουμε τις θεραπευτικές τους ιδιότητες, θα πρέπει να τα διαχειριστούμε με την ίδια υπευθυνότητα που διαχειριζόμαστε όλα τα φάρμακα. Η ανεξέλεγκτη χρήση των αντιβιοτικών, οδήγησε στην εμφάνιση η ανθεκτικών μικροβίων, ενώ η αλόγιστη συνταγογράφηση στην πρόσφατη κρίση των οπιοειδών. Η «λύση» των βενζοδιαζεπινών έχει οδηγήσει πολλούς ηλικιωμένους και μη σε σύνδρομο στέρησης, ενώ παλαιότερα οι αμφεταμίνες που ήταν η συνταγή της επιτυχίας για τους φοιτητές (και τους παχύσαρκους) προκάλεσαν πολλούς θανάτους από καρδιολογικές επιπλοκές. Ως γιατροί έχουμε την υποχρέωση απέναντι στους ασθενείς μας να ενεργούμε πάντα με γνώμονα τη διαφύλαξη της ζωής και της υγείας τους – όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Καμία μαγική θεραπεία δεν υπάρχει, ούτε υπάρχουν «αθώα» φάρμακα. Άλλωστε ο λαός, πολύ σοφά, μιλά για φάρμακα και φαρμάκια: η λελογισμένη χρήση είναι εκείνη που κάνει τη διαφορά. Ας είμαστε συνετοί, και να μην περιμένουμε θαύματα – και τότε εκείνα μπορεί να συμβούν.

Medical use of cannabis and cannabinoids containing products – Regulations in Europe and North America

Ran Abuhasira, Liat Shbiro, Yuval Landschaft. European Journal of Internal Medicine 49 (2018) 2–6

European Pain Federation (EFIC) position paper on appropriate use of cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic pain management. Winfried Häuser, David P Finn, Eija Kalso, Nevenka Krceviski-Skvarc, Hans-Georg Kress, Bart Morlion, Serge Perrot, Michael Schäfer, Chris Wells, Silviu Brill. Eur J Pain 2018 Oct;22(9):1547-1564.

Cannabisnews.gr

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: Χρόνιος Πόνος – Θεραπευτικές Προσεγγίσεις**Νευροπαθητικός πόνος σε άτομα με κάκωση Ν. Μυελού****I. Διονυσιώτης**

Ο νευροπαθητικός πόνος είναι μια επιπλοκή της κάκωσης νωτιαίου μυελού που αντιμετωπίζεται δύσκολα επειδή οι υποκείμενοι μηχανισμοί δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητοί. Ο νευροπαθητικός πόνος της κάκωσης νωτιαίου μυελού χαρακτηρίζεται από επίμονο πόνο και περιγράφεται ως μη φυσιολογική αίσθηση καύσου, αιμωδιών κτλ. Συχνά είναι χρόνιος και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής συμπεριλαμβανομένων των γνωσιακών, συναισθηματικών και σωματικών λειτουργιών και, τελικά, των αποτελεσμάτων της αποκατάστασης.

Ο νευροπαθητικός πόνος της κάκωσης νωτιαίου μυελού μπορεί να εμφανιστεί άνωθεν, κάτωθεν ή στο επίπεδο της νευρολογικής βλάβης. Η διάγνωση είναι δύσκολη λόγω της έλλειψης «επικυρωμένων διαγνωστικών κριτηρίων». Εντούτοις υπάρχουν ποικίλα εργαλεία διαλογής για να βοηθήσουν στη κλινική διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου.

Ο νευροπαθητικός πόνος εξατομικεύεται και στην κάκωση νωτιαίου μυελού. Συνήθως αντιμετωπίζεται με μια σειρά φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων. Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αποτελεσματικό συμπλήρωμα στη φαρμακολογική παρέμβαση, ενισχύοντας τη συνολική επίδραση των ανακουφιστικών παρεμβάσεων για το άτομο με κάκωση νωτιαίου μυελού. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι φυσικά μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά σε συνδυασμό με φαρμακολογική θεραπεία. Οι ψυχολογικές προσεγγίσεις εφαρμόζονται επίσης συχνά στη διαχείριση του πόνου και χρησιμοποιούνται μόνοι ή σε συνδυασμό με φαρμακολογικές και φυσικές θεραπείες.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: Χρόνιος Πόνος – Θεραπευτικές Προσεγγίσεις**Παραεμβατικές τεχνικές και χρόνιος πόνος: τεκμηριωμένη Ιατρική**

Α. Τσαρουχά

Τα τελευταία χρόνια οι παρεμβατικές τεχνικές έχουν κατοχυρώσει αδιαμφισβήτητη τη θέση τους στο θεραπευτικό πλάνο αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου. Η αποτελεσματικότητα των τεχνικών αυτών έχει περιγραφεί σε αρκετές προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες, σε μελέτες παρατήρησης, σε αναδρομικές μελέτες και σε περιστατικά αναφοράς.

Η εφαρμογή παρεμβατικών τεχνικών -στο πλάνο αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου- πρέπει να καθοδηγείται από την καλύτερη δυνατή επιστημονική τεκμηρίωση, σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου, εξατομικευμένα και σε απόλυτη συνάφεια με την αρχική διάγνωση για τον συγκεκριμένο ασθενή. Η προσεκτική μελέτη και ανάλυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, αποδεικνύει ότι η σωστή επιλογή του ασθενούς, είναι αυτή που αυξάνει την πιθανότητα επιτυχημένης έκβασης. Επιπλέον, για τη σωστή εφαρμογή της παρεμβατικής τεχνικής είναι σημαντική η θεωρητική γνώση, η πρακτική ικανότητα και εμπειρία του θεράποντος ιατρού. Οι δεξιότητες αυτές αποκτώνται μέσω της εξάσκησης και της συνεχόμενης εκπαίδευσης.

Οι παρεμβατικές τεχνικές έχουν εξελιχθεί ραγδαία την τελευταία δεκαετία, ενώ ταυτόχρονα έχουν δημοσιευτεί καλά οργανωμένες και σχεδιασμένες μελέτες, σχετικές με το συγκεκριμένο αντικείμενο. Παρόλα αυτά, ατυχηματική κάκωση και ακόμα και πιο σοβαρά συμβάματα μπορεί να παρατηρηθούν και υπό το πρίσμα της μείωσης των πιθανών επιπλοκών, είναι απαραίτητη η «τυποποίηση» αυτών των τεχνικών.

Μεταξύ του 2009 και του 2011, έχει δημοσιευτεί μια σειρά 26 «evidence based» μελετών, για παρεμβατικές τεχνικές πόνου σύμφωνα με την κλινική διάγνωση. Ο μεγάλος αριθμός δημοσιεύσεων σχετικά με το αντικείμενο μέσα στα επόμενα χρόνια, είχε ως αποτέλεσμα να γίνει αναθεώρηση των δεδομένων αυτών, τα οποία και δημοσιεύθηκαν το 2018, στο περιοδικό *rain practice*.

Με βάση τα δεδομένα από την συγκεκριμένη δημοσίευση μελετήθηκαν συνολικά 113 παρεμβατικές τεχνικές για 28 κλινικές διαγνώσεις χρόνιου πόνου. Ποσοστό 24% των παρεμβάσεων, ήταν καινούργιες σε σχέση με την παλιότερη δημοσίευση, αλλά οι συστάσεις σχετικά με τις παρεμβάσεις τροποποιήθηκαν σε πολύ μικρό ποσοστό (2,6%).

Ο μεγάλος αριθμός των δημοσιεύσεων που μελετήθηκαν στο συγκεκριμένο άρθρο δεικνύει το μεγάλο ενδιαφέρον για την σωστή εφαρμογή των παρεμβατικών τεχνικών. Η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων (quality of evidence) φαίνεται να είναι χαμηλή και η ισχύς των συστάσεων (strength of recommendations) ασθενής. Αυτό όμως οφείλεται στην μεθοδολογία της δημοσίευσης. Το γεγονός ότι το quality of evidence είναι χαμηλό, δε μεταφράζεται στο ότι η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης είναι μικρή, αλλά δεικνύει την αναγκαιότητα σχεδιασμού και πραγματοποίησης κλινικών μελετών. Η διενέργεια όμως προοπτικών τυχαιοποιημένων συγκριτικών μελετών (RCTs) για παρεμβατικές τεχνικές πόνου είναι δύσκολη και παρεμποδίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως το να είναι υψηλή, η άρνηση του ασθενούς να συμμετέχει σε μια κλινική μελέτη όπου υπάρχει περίπτωση να συμπεριληφθεί στην ομάδα καμίας παρέμβασης, καθώς και ηθικά ζητήματα στέρησης μιας τεχνικής που μπορεί να προσφέρει ανακούφιση σε ασθενείς που υποφέρουν από έντονο πόνο.

Μια παρεμβατική, επίσης, τεχνική με χαμηλό quality of evidence και ασθενές strength of recommendation ίσως είναι προτιμότερη από μια θεραπεία με υψηλό quality of evidence, όταν η πρώτη έχει χαμηλότερο ποσοστό κινδύνου για εμφάνιση επιπλοκών και είναι λιγότερο παρεμβατική. Για παράδειγμα σχετικά με την επισκληρίδιο χορήγηση κορτικοστεροειδών σε στένωση του σπονδυλικού σωλήνα, τεχνική με υψηλό quality of evidence βασισμένο σε αρκετές συστηματικές ανασκοπήσεις 13 μελετών δεν φαίνεται να προσφέρει σημαντική διαφορά στην ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο συγκριτικά με την χορήγηση μόνου τοπικού αναισθητικού. Η παρατήρηση αυτή σε συνδυασμό με τις πιθανές επιπλοκές και τις παρενέργειες από τα κορτικοστεροειδή, οδήγησε στη σύσταση εναντίον της χρήσης των κορτικοστεροειδών. Συνστήνεται η επισκληρίδιος χορήγηση τοπικών αναισθητικών. Επίσης, όταν η σύσταση είναι χαμηλή απαιτούνται περισσότερες μελέτες

Γενικά οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν αποκτήσει δημοσιότητα καθώς οι κλινικοί ιατροί έχουν εύκολη πρόσβαση σε αυτές και διευκολύνεται κατά πολύ το κλινικό τους έργο. Ας έχουμε όμως κατά νου πως οι συστάσεις έχουν αξία για συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών και δεν αφορούν πχ έναν ασθενή με συνοσηρότητες. Επίσης, ας μην

ξεχνάμε πως ο πόνος είναι ένα πολύπλοκο, φαινόμενο στο οποίο εμπλέκονται διάφοροι παράγοντες φυσιολογικοί, κοινωνικοοικονομικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντολογικοί, βιολογικοί. Καμία θεραπεία δεν μπορεί να επηρεάσει όλους αυτούς τους παράγοντες και για αυτό συστήνεται η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου αρχικά πρέπει να εφαρμόζεται στο μέγιστο βαθμό συντηρητική αγωγή και στη συνέχεια οι παρεμβατικές τεχνικές. Στην σχεδίαση του θεραπευτικού αλγόριθμου η πρώτη παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η αποτελεσματικότητα της μεθόδου και στη συνέχεια ο βαθμός παρεμβατικότητας.

Τέλος, η ορθή εφαρμογή των παρεμβατικών τεχνικών απαιτούν υψηλό επίπεδο γνώσης, εμπειρίας και εκπαίδευσης και είναι προτιμότερο να πραγματοποιούνται σε εξειδικευμένα κέντρα πόνου.

Βιβλιογραφία

1. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest*. 2006;129:174–181.
2. van Kleef M, Mekhail N, van Zundert J. Evidencebased guidelines for interventional pain medicine according to clinical diagnoses. *Pain Pract*. 2009;9:247–251.
3. Huygen F, Kallewaard JW, van Tulder M et al. Evidence-Based Interventional Pain Medicine According to Clinical Diagnoses: Update 2018. *Pain Practice* 2019;19(6): 664–675.
4. Van Zundert J. Clinical research in interventional pain management techniques: the clinician's point of view. *Pain Pract*. 2007;7:221–229.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI: Παρηγορική Φροντίδα**Ογκολογικά επείγοντα: Παρηγορική Φροντίδα στα ΤΕΠ**

Πελ. Χλωροπούλου

Η αντιμετώπιση ογκολογικών ασθενών στο τμήμα επειγόντων όσον αφορά την παρηγορική φροντίδα παρουσιάζει ολόένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της παρηγορικής φροντίδας στο ΤΕΠ δεν έχει επαρκώς μελετηθεί.

Οι ογκολογικοί ασθενείς οι οποίοι επισκέπτονται συνήθως το τμήμα επειγόντων είναι καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, με πιθανό χρόνο επιβίωσης μικρότερο των έξι μηνών. Αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα ασθενών, αφού μπορεί να πάσχουν από διαφορετικά είδη καρκίνου που στην πλειοψηφία τους είναι ασθενείς μεγαλύτεροι των εξήντα πέντε ετών. Μερικοί από αυτούς δυνατόν να λαμβάνουν παρηγορική φροντίδα στο σπίτι, ενώ κάποιοι άλλοι μπορεί να έρχονται για πρώτη φορά σε επαφή με αυτή στο τμήμα επειγόντων.

Οι ογκολογικοί ασθενείς που αντιμετωπίζονται με παρηγορική φροντίδα στο ΤΕΠ, αποδεδειγμένα παρουσιάζουν βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, ενώ ο χρόνος νοσηλείας τους μειώνεται. Ορισμένοι από τους ασθενείς αυτούς προωθούνται σε κέντρα αποκατάστασης για την καλύτερη αντιμετώπιση τους. Όμως ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών αυτών δεν μεταβάλλεται μετά από την παροχή παρηγορικής φροντίδας στο ΤΕΠ. Παρόλα αυτά, η ικανοποίηση των ασθενών και των οικογενειών τους είναι πολύ μεγάλη όταν οι ασθενείς αυτοί μπορούν επαρκώς να αντιμετωπισθούν και στα ΤΕΠ.

Τα τελευταία χρόνια υπήρξε μια έξαρση ενδιαφέροντος από μέρους των γιατρών των τμημάτων αυτών για την παροχή παρηγορικής φροντίδας με εξαιρετικά αποτελέσματα. Μένει να συνεχιστεί η προσπάθεια αυτή και να μελετηθούν διεξοδικά τα αποτελέσματα.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI: Παρηγορική Φροντίδα**Θρόμβωση στον ογκολογικό ασθενή. Τι πρέπει να γνωρίζει ο Αναισθησιολόγος**
Χρ. Στάικου

Οι ογκολογικοί ασθενείς διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων (κυρίως εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, πνευμονική εμβολή), τα οποία αυξάνουν σημαντικά την νοσηρότητα και θνητότητα στον εύλωτο αυτό πληθυσμό. Ο κίνδυνος θρομβοεμβολών αυξάνεται περαιτέρω κατά την περιεγχειρητική περίοδο, ιδιαίτερα όταν αυτοί οι ασθενείς υποβάλλονται σε μείζονα ογκολογικά χειρουργεία κοιλίας και πυέλου. Διεθνείς Εταιρείες και Ειδικοί έχουν προσεγγίσει το θέμα για να δώσουν απαντήσεις σε κλινικά ερωτήματα σχετικά με την περιεγχειρητική διαχείριση αυτών των ασθενών. Θρομβοπροφύλαξη πρέπει να εφαρμόζεται σε όλους τους ογκολογικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργείο. Η θρομβοπροφύλαξη πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλα φάρμακα και να συνδυάζεται ή όχι με μηχανικά μέτρα. Η μεμονωμένη χρήση μηχανικής θρομβοπροφύλαξης (χωρίς φάρμακα) ενδείκνυται μόνο στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει αντιπηκτική φαρμακευτική αγωγή. Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου προτείνεται η εφαρμογή συνδυασμού φαρμακευτικής και μηχανικής θρομβοπροφύλαξης. Οι παράγοντες κινδύνου του ασθενούς για θρομβοεμβολές, η συνυπάρχουσα παθολογία, το είδος και η διάρκεια της επέμβασης, καθώς -φυσικά- και ο χειρουργικός αιμορραγικός κίνδυνος πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά πριν ληφθεί η απόφαση για το θρομβοπροφυλακτικό σχήμα, τα φάρμακα, τις δόσεις και το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής αυτού. Η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (αποτελεί την πρώτη επιλογή), η μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη (προτιμάται σε σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια: κάθαρση της κρεατινίνης <30 ml/min) και η φονταπαρινόξη (fondaparinux, εκλεκτικός αναστολέας του Xa) μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αν και περαιτέρω έρευνα απαιτείται για την φονταπαρινόξη (δεν προτείνεται από όλες τις Εταιρείες). Δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τη τοποθέτηση φίλτρου στην κάτω κοίλη φλέβα. Η χρήση τέτοιων φίλτρων δεν συστήνεται ως μέτρο ρουτίνας, όμως μπορεί να βοηθήσει σε ασθενείς με εγγύς εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρου ή πνευμονική εμβολή (ειδικά τις πρώτες 2-4 εβδομάδες), σε περιπτώσεις που τα αντιπηκτικά αντενδείκνυνται. Οι κίνδυνοι/πιθανές επιπλοκές της παρέμβασης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Μετεγχειρητικά, η φαρμακευτική θρομβοπροφύλαξη θα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 7-10 ημέρες, ενώ μετά από υψηλού κινδύνου μείζονες επεμβάσεις κοιλίας/πυέλου (λαπαροτομίες ή λαπαροσκοπήσεις) η θρομβοπροφύλαξη θα πρέπει να παρατείνεται και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (έως 4 εβδομάδες μετεγχειρητικά). Οι ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για μείζονα αιμορραγία αλλά και για θρόμβωση θα πρέπει να υποστηρίζονται με μηχανική θρομβοπροφύλαξη αρχικά και το ταχύτερο δυνατό να ξεκινούν και φαρμακευτική αγωγή. Η ταχεία κινητοποίηση είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη και θα πρέπει να ενθαρρύνεται και να εφαρμόζεται όπου είναι εφικτή.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: Νέα δεδομένα στον Χρόνιο Πόνο**Σύγχρονη ελάχιστη επεμβατική χειρουργική και χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος****B. Νύκταρη**

Ο χρόνιος πόνος είναι το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα για το οποίο οι ασθενείς αναζητούν ιατρική περίθαλψη και η χειρουργική επέμβαση είναι η αιτία χρόνιου πόνου στο 22,5% αυτών των ασθενών.¹ «Χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος» (CPSP) ορίζεται ο πόνος που επιμένει τουλάχιστον 3 μήνες μετά από χειρουργική επέμβαση.¹

CPSP εμφανίζεται μετά από διάφορες επεμβάσεις, που κυμαίνονται από απλές (αποκατάστασης κήλης, ΚΤ, εξαγωγές δοντιών) έως πολύπλοκες (θωρακοτομή, ριζική μαστεκτομή ή υστερεκτομή).²

Η έκταση τραύματος ιστών και νευρών και ο βαθμός φλεγμονής διαφέρει ανάλογα με τον τύπο επέμβασης και την προσπέλαση για την ίδια χειρουργική επέμβαση. Δεδομένου ότι υπάρχει μικρότερο ιστικό τραύμα σε ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές επεμβάσεις, αναμένεται λιγότερος χρόνιος πόνος σε σύγκριση με ανοιχτές επεμβάσεις. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δεν είναι πάντα θετικά.

Για παράδειγμα, υπάρχει μειωμένη συχνότητα εμφάνισης CPSP στη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (8,8%) σε σύγκριση με την ανοιχτή (28%). Επίσης, προτείνεται ελάχιστη επεμβατική χειρουργική τεχνική σε ορθοπεδικές επεμβάσεις για περιορισμό της βλάβης ιστών και νευρών.³ Δυστυχώς, οι αρθροσκοπικές επεμβάσεις μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε CPSP λόγω τραυματισμού στα γειννιάζοντα νεύρα.

Στην περίπτωση της θωρακοτομής, πολλοί παράγοντες σχετίζονται με CPSP. Αυτοί περιλαμβάνουν τη χειρουργική προσέγγιση [βιντεο-υποβοηθούμενη θωρακοσκοπική χειρουργική (VATS) έναντι ανοικτής θωρακοτομής], τον τύπο τομής για ανοιχτές επεμβάσεις την εκτομή ή διαστολή πλευρών, την έκταση διατήρησης μεσοπλευρίων νευρών και τη μέθοδο σύγκλεισης των πλευρών στο πέρας της επέμβασης. Ωστόσο, η VATS δεν μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης CPSP, παρά τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης οξέος μετεγχειρητικού πόνου σε σύγκριση με την ανοιχτή θωρακοτομή.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να προτείνουν μια συγκεκριμένη χειρουργική τεχνική για την εξάλειψη της πιθανότητας CPSP, οι χειρουργοί μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο CPSP επιλέγοντας μια ελάχιστη επεμβατική χειρουργική τεχνική, χρησιμοποιώντας προσεκτική προσπέλαση για να αποφευχθεί ο τραυματισμός των νευρών, αποφεύγοντας εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση όποτε είναι δυνατόν, και / ή ελαχιστοποιώντας τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.³

References

1. Bayman EO, Parekh KR, Keech J, Selte A, Brennan TJ. A Prospective Study of Chronic Pain after Thoracic Surgery. *Anesthesiology*. 2017 May;126(5):938-951
2. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, et al. Chronic postsurgical pain in Europe: an observational study. *Eur J Anaesthesiol* 2015; 32: 725-34.
3. Thapa P, Euasobhon P. Chronic postsurgical pain: current evidence for prevention and management. *Korean J Pain*. 2018 Jul;31(3):155-173.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: Νέα δεδομένα στον Χρόνιο Πόνο**Μοντέλα Ενοποιημένης Ιατρικής**

Σ. Ραπτοπούλου

Οι ασθενείς με χρόνια πόνο και χρόνιες παθήσεις, αναζητούν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις στην υγεία τους, να ανακουφίσουν τις παρενέργειες των θεραπειών και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Η ιατρική κοινότητα αναζητά διαρκώς τρόπους να προσφέρει την ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη που έχουν ανάγκη οι ασθενείς. Σ αυτό το πλαίσιο άρχισαν να αναπτύσσονται περισσότερο πλουραλιστικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία συνδυάζουν συμβατικές και συμπληρωματικές προσεγγίσεις με συντονισμένο τρόπο και σε διαφορετικούς βαθμούς.

Τα συστήματα αυτά αναφέρονται ως Integrative (UK) ή Integrated (USA) Medicine. Στα ελληνικά ο όρος αποδίδεται ως “Ενοποιημένη Ιατρική”.

Έχουν αναπτυχθεί δύο κυρίαρχα μοντέλα Ενοποιημένης Ιατρικής.

Στο πρώτο γίνεται επίλεκτικός συνδυασμός Συμπληρωματικών Αγωγών που χορηγούνται επιπροσθέτως στην αγωγή που προτείνει η συμβατική ιατρική, με βάση ενδείξεις που προκύπτουν από την Έρευνα και την Πρακτική - Συμπληρωματικό Μοντέλο.

Στο δεύτερο γίνεται ενσωμάτωση αποκλειστικά τεκμηριωμένων Συμπληρωματικών Αγωγών, στη συνήθη αγωγή - Συνεργατικό Μοντέλο.

Οι δύο τύποι μοντέλων έχουν διαφορετικά επίπεδα αυτονομίας, ελέγχου και ευθύνης μεταξύ των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας. Παρά τις διαφορές τους ως προς τον έλεγχο και την ευθύνη και τα δύο μοντέλα έχουν επίκεντρο τον ασθενή και μια ολιστική προσέγγιση της υγείας του.

Στην Ελλάδα εφαρμόζεται ένα Συμπληρωματικό Μοντέλο Ενοποιημένης Ιατρικής στο Κέντρο Πόνου του Αρεταίειου Νοσοκομείου, στο οποίο συνδυάζονται επίλεκτικά, διάφορες Συμπληρωματικές Αγωγές όπως Ρεφλεξολογία, Σιάτσου, Βελονισμός, Ψυχολογική υποστήριξη, κ.ά., ως επιπρόσθετη αγωγή, για να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη της φαρμακευτικής αγωγής, με ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα και μπορεί να αποτελέσει παράδειγμα για την ανάπτυξη συστημάτων Ενοποιημένης Ιατρικής στην Ελλάδα.

Ένα καλά σχεδιασμένο μοντέλο Ενοποιημένης Ιατρικής, που συνδυάζει κάθε δυνατό μέσο και κάθε διαθέσιμη θεραπεία, με όλες τις δικλίδες ασφαλείας που απαιτούνται, μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό στην επίτευξη του στόχου κάθε ιατρικού συστήματος, που είναι η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της νόσου και των επιπτώσεών της σε όλο το φάσμα της ζωής του ασθενούς.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: Νέα δεδομένα στον Χρόνιο Πόνο**Γενετικά Καθοδηγούμενες Θεραπείες στον Χρόνιο πόνο
Ευκλ. Ράπτης**

Η θεραπεία του χρόνιου πόνου συχνά περιπλέκεται από ανεπιθύμητες ενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων, από απουσία ικανής αποτελεσματικότητας αυτών και από δυνητικά προβληματικές αλληλεπιδράσεις τους. Σε κάποιες περιπτώσεις η γενετική μπορεί να δώσει λύσεις και προβλέπεται ότι στο προσεχές μέλλον η θεραπεία του χρόνιου πόνου θα καθοδηγείται σε σημαντικό βαθμό από το γενετικό υπόβαθρο των ασθενών. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί ο πολυμορφισμός των ενζύμων του κυτοχρώματος (π.χ. P450), η θεμελιώδης γνώση του οποίου συμβάλλει σημαντικά στην αποφυγή αστοχίας και ανεπιθύμητων δράσεων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του χρόνιου πόνου όπως είναι τα οπιοειδή, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και ορισμένοι σταθεροποιητές μεμβράνης (αντιεπιληπτικά). Άλλα παραδείγματα που απαντώνται στη βιβλιογραφία είναι οι πολυμορφισμοί υποδοχέων (π.χ. OPRM1), οι γονότυποι HLA (π.χ. HLA-A*31:01), οι πολυμορφισμοί ενζύμων και μεταφορέων (π.χ. COMT, UGT, ABCB1), κυτταροκινών (π.χ. IL-6), διαύλων ιόντων (π.χ. Nav), μεταγραφικών παραγόντων κ.ά. Η σύγχρονη έρευνα, βασιζόμενη σε δεδομένα από διαυλοπάθειες και την ανάλυση μεταλλάξεων διαύλων ιόντων που ενέχονται στην αίσθηση και αγωγή επώδυνων ερεθισμάτων, επιχειρεί να αναπτύξει θεραπείες που θα αντιμετωπίζουν χρόνια σύνδρομα πόνου με τρόπο στοχευμένο και, ενδεχομένως, ασφαλέστερο. Ταυτόχρονα, η μελέτη της γενετικής επιτρέπει την αναγνώριση νέων τρόπων δράσης φαρμάκων που βρίσκονται ήδη στο οπλοστάσιό μας. Η καθοδηγούμενη από τη γενετική θεραπεία του χρόνιου πόνου αποτελεί εξάλλου στοιχείο της εξατομικευμένης προσέγγισης του πόνου. Συνδυάζοντας γνώσεις φαρμακογενετικής, γονιδιωματικής, πρωτεωμικής, επιγενετικής και νευροφυσιολογίας πιστεύουμε ότι στο μέλλον θα είμαστε σε θέση να προσεγγίζουμε την υποκείμενη παθοφυσιολογία πόνου του εκάστοτε ασθενούς και να προσαρμόζουμε τη θεραπεία στις ανάγκες του. Επιπλέον, η γονιδιακή θεραπεία (π.χ. RNAi, ASOs, CRISPRi-KRAB) αποτελεί άλλη μία ελκυστική προοπτική. Εμπόδια που πρέπει να υπερκεράσουμε είναι η διαθεσιμότητα των μεθόδων γενετικής ανάλυσης και η αποδοτικότητά τους, το κόστος, οι νομικές ασάφειες, η απουσία σχετικών τυχοποιημένων ελεγχόμενων μελετών και ο περιορισμένος αριθμός εγκεκριμένων θεραπειών για το χρόνιο πόνο.

Pain Management and COVID-19

Giustino Varrassi

The still present COVID-19 pandemic, lasting for over 1.5 years, has put the health care systems in a challenging situation. Prioritizing other aspects, pain patients have been practically abandoned, probably because Pain Medicine is not perceived as a priority for the patients. The organization of Pain Clinics and the cares for in-hospital pain management is reduced for quantity and quality [1].

This challenging situation has also been victim of some misinformation. One of them was diffused at the very beginning of the pandemic. The use of NSAIDs, and especially of ibuprofen, was accused to be responsible for an increased risk of potential infection by SARS-CoV [2]. The subtle pathophysiologic mechanism behind this was supposed to be the action of ibuprofen on the angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), also involved in the action of coronaviruses. The shocking theory had obvious consequences, especially for its diffusion in the media, but was rejected immediately after [3] and also reviewed by the same authors [4]. Immediately after, other authors have expressed their perplexities on the topic [5]. Then, all the connections between COVID-19 and NSAIDs were summarized in an extensive review article [6].

The one above is just one of the examples of the disastrous consequences of COVID-19 pandemics on the poor patients suffering for pain, both acute and chronic. Other connected problems were related to the organization of the pain clinics and the network for home care for suffering pain patients.

All these topics will be illustrated and summarized during the lecture. The congress will be an excellent occasion to also collect opinions and feedbacks of the attending Colleagues.

References

1. Puntillo F. et al. Impact of COVID-19 pandemic on chronic pain management: Looking for the best way to deliver care. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2020 Sep;34(3):529-537. DOI: 10.1016/j.bpa.2020.07.001
2. Fang L. et al. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Resp Med.* 2020;8(4):E21. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30116-8
3. Varrassi G. Warning against the use of anti-inflammatory medicines to cure COVID-19: Building castles in the air. *Adv Ther.* 2020;37:1705-1707. DOI: 10.1007/s12325-020-01321-1
4. Fang L. et al. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? Authors' reply. *Lancet Resp Med.* 2020;8(5):E32-E33. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30159-4
5. Pergolizzi et al. The concern about ACE/ARB and COVID-19: Time to hold your horses! *J Am Pharm Ass.* 2020;60(6). DOI: 10.1016/j.japh.2020.06.026
6. Pergolizzi et al. COVID and NSAIDs. A narrative review of knowns and unknowns. *Pain Ther.* 2020;9:353-358. DOI: 10.1007/s40122-020-00173-5

ΔΙΑΛΕΞΗ ΙΙΙ

Is Regional Anaesthesia Worthy with Hospital Business?

Patrick Narchi

The direct costs of anesthesia and analgesia (including anesthesia fee) represents only 2-4% of the total cost of a surgical procedure. the type of surgical procedure or its duration can make regional anesthesia less expensive or more expensive than general anesthesia. However, optimization of the total time spent inside the OR represents the main factor of the total bill (50-60%). Such a reduction in the total OR time leads to a significant decrease in personnel costs which represents 70% of the cost. Thus, scheduling, organizing flow of patients through the OR is the first improving factor to control. In this field, regional anesthesia can significantly reduce this major cost factor through multiple mechanisms: 1- setting a “block room” to perform blocks in a dedicated space outside the OR for high output short surgical procedures (hand surgery cases) improves the efficiency of the OR by 56%. 2- Regional anesthesia techniques reduce the duration of stay in PACU compared to general anesthesia and even allows more easily to encourage PACU bypass (10-82% of patients). 3- Regional anesthesia and analgesia significantly increase the percentage of surgical procedures which are performed on an ambulatory basis, compared to general anesthesia. Such a shift towards ambulatory surgery leads to a major decrease in nursing budgets for the hospital. 4- Finally, all ERAS surgical procedures require somehow the administration of local anesthetics which can go from intravenous lidocaine (associated to general anesthesia), to infiltration techniques, to nerve blocks. In conclusion, Regional anesthesia techniques, when combined to a strict optimisation of the management of patients flow throughout the whole process, are 2 major factors that significantly improve hospital business.

ΔΙΑΛΕΞΗ IV

PROMs (Patient Reported Outcome Measures) after Surgery for Patients with Chronic Pain

Thomas Volk

In line with the new definition of chronic pain outcome measures of pain treatment have shifted from unidimensional scales (NRS, VRS) to multidimensional patient reported outcome measures. The Patient Reported Outcome Measurement Information System (PROMIS) rates across seven domains (pain interference, physical functioning, anxiety, depression, fatigue, sleep disturbance, and the ability to participate in social roles and activities) with four questions in each domain. PROMIS have been shown to be adequate and cross-walks may replace disease specific legacy PROMS. In Europe, data for the general population are available online.

Opioids are an integral part of many chronic pain patients but are not associated with improvement of PROMIS PI (pain interference) and PF (physical function) scores. A consensus group advocated against Buprenorphin tapering before surgery but opioid weaning improves PROMIS profiles for patients undergoing spine surgery and liver transplants. Methadone may be more effective than conventional perioperative short acting opioids, and may also prevent against chronic pain after surgery.

Perioperative low dose Ketamine treatment has been advocated for chronic pain patients. A combination of Methadone and Ketamine showed impressive results in spinal surgery patients. Gabapentinoid treatment should be continued but not initiated for surgery. i.v Lidocaine currently has no clear beneficial impact. Regional anesthesia is generally advocated as its opioid sparing effects are well documented. Whether it provides protection against chronic pain after surgery is less clear.

ΔΙΑΛΕΞΗ V

Recommendations for osteoarthritis

Stefano Coaccioli

Osteoarthritis (OA) represents one of the most important clinical situation characterized by chronic pain (CP), huge number of patients worldwide and large amount of burden for each national health systems.

Moreover, OA is now considered as a syndrome in terms of each articular localization; on the other hands the cartilage remodelling is characterized by an imbalance between degradation and synthesis due to the impact of subchondral bone cytokines production.

OA presents mechanic CP, and inflammatory acute pain in the period of inflammatory flare.

The American College of Rheumatology published the “2012 recommendations for the therapy of OA”: NSAIDs, acetaminophen, opioids, intra-articular steroids, as well as intra-articular viscosupplementation are the cornerstones of the pharmacological recommendations, while weight management and exercises are the most important suggestions for non-pharmacological treatments.

The American Academy of Orthopedic Surgeons published in the 2015 the surgery criteria for OA: both conservative and pharmacological treatments comes firsts the surgical approaches.

It is very important to consider that an early diagnosis of OA and an accurate stadiation of the disease can lead to the early start of a focused therapy, the reduction of evolution towards chronicity, progression, and disability, with a consequent reduction of pain and burden, and, finally, the increasing of quality of life.

Χρόνιος Πόνος μετά από νοσηλεία σε μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Δ. Μαλιαμάνης

Ανάμεσα στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα, εκείνοι πάσχουν από βαριά νόσο, και συνεπώς νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά θνητότητας. Για όσους επιζήσουν, η ανάρρωση είναι μακροχρόνια και περιλαμβάνει διαταραχές και προβλήματα σε επίπεδο σωματικό, γνωσιακό και ψυχολογικό. Συνιστώσα των ανωτέρω αποτελεί και ο χρόνιος πόνος, ο οποίος συχνά υπάρχει μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Προδιαθεσικοί παράγοντες στην ανάπτυξη χρόνιου πόνου μετά από ΜΕΘ αποτελούν ο προϋπάρχων χρόνιος πόνος, η προηγούμενη έκπτωση στην ποιότητα ζωής λόγω άλλων προβλημάτων υγείας, αλλά και η ίδια η βαριά νόσος, η ανάγκη υποστήριξης οργάνων και λειτουργιών και οι πολλαπλές παρεμβάσεις.

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί τροχοπέδη στην επιστροφή στη λειτουργικότητα που είχαν οι ασθενείς πριν τη βαριά νόσο.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, είναι κοινή πρακτική η χορήγηση οπιοειδών κατά το μηχανικό αερισμό των ασθενών, χωρίς παράλληλα να αξιολογείται συστηματικά ο πόνος ή να τιτλοποιούνται οι δόσεις. Στον αντίποδα, η πολυπαραγοντική αναλγησία, η χορήγηση δεξμεδετομιδίνης, κεταμίνης ή επικουρικών για τον πόνο φαρμάκων, καθώς και η εφαρμογή τεχνικών περιοχικής αναλγησίας, προτείνονται ως θεραπευτικές επιλογές εντός της ΜΕΘ, ώστε να προληφθεί η ανάπτυξη χρόνιου πόνου μετά από τη νοσηλεία, αλλά και να αντιμετωπιστεί το ιατρογενές σύνδρομο στέρησης κατά τη διαδικασία απογαλακτισμού από τα οπιοειδή.

Επιπλέον, πρώιμη κινητοποίηση και φυσικοθεραπεία στους μη ασταθείς ασθενείς που ξεκινά ακόμα από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, αλλά και διαρκής συστηματική παρακολούθηση από ομάδα ειδικών, που έγκαιρα αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει τα προβλήματα που ακολουθούν τη βαριά νόσο μετά τη ΜΕΘ, αποτελούν θεμελιώδη συστατικά στην κατεύθυνση της ενίσχυσης της λειτουργικότητας των ασθενών αυτών.

Η επαρκής πληροφόρηση ασθενών και οικείων, η πρόσβαση σε δομές φροντίδας και η αντιμετώπιση του πόνου που υπάρχει κατά την αποκατάσταση, φαρμακολογική και μη, συνεισφέρουν αποφασιστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Πόνος στη στοματική κοιλότητα ως επιπλοκή της αντινεοπλασματικής θεραπείας

Μ. Κουρή

Ο πόνος στη στοματική κοιλότητα (ΣΚ) λόγω των αντινεοπλασματικών θεραπειών αναφέρεται από τους ασθενείς ως το πιο ανησυχητικό σύμπτωμα και η απουσία του αναφέρεται σε προτεραιότητα αμέσως μετά τα «να έχω θεραπευτεί από τον καρκίνο» και «να ζήσω όσο το δυνατόν περισσότερο».

Προκαλεί διατροφικές δυσκολίες, διαταραχές θρέψης, απώλεια βάρους, αφυδάτωση, ανάγκη παρεντερικής διατροφής, διαφοροποίησης ή διακοπής της θεραπείας και παραμονής στο νοσοκομείο, επηρεάζει την πρόγνωση, αυξάνει το κόστος θεραπείας και χειροτερεύει το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επηρεάζει τον ύπνο, την ομιλία, και τη φυσική ευεξία οδηγώντας σε απομόνωση και αποχή από τις κοινωνικές εκδηλώσεις. Εμφανίζεται στο 40%-70% των ασθενών υπό χημειοθεραπεία, στο 80-100% υπό ακτινοθεραπεία κεφαλής-τραχήλου και στο 60%-85% αυτών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Σχετίζεται με τα έλκη της βλεννογονίτιδας και των ερπητικών λοιμώξεων όπως και τα έλκη (σαν άφθες) των στοχευουσών θεραπειών. Η ξηροστομία επιδεινώνει τον πόνο, αυξάνοντας την τριβή στο βλεννογόνο κατά τις στοματικές λειτουργίες, προκαλώντας μεγαλύτερο τραύμα. Οι μυκητιακές λοιμώξεις τροποποιούν τους χαρακτήρες του πόνου (αίσθημα καύσου). Πόνος μπορεί να εμφανισθεί στην οστεοακτινόνεκρωση και στη σχετιζόμενη με φάρμακα οστεονέκρωση των γνάθων λόγω της συνυπάρχουσας φλεγμονής. Η ανοσοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει πόνο διεγείροντας ανοσοφλεγμονώδεις διεργασίες.

Νευροπαθητικός πόνος στη ΣΚ εμφανίζεται κατά τη χημειοθεραπεία λόγω νευροτοξικότητας (πλατίνα και παράγωγα, φθοροουρακίλη, ταζάνες, βινκριστίνη, βινμπλαστίνη) και περιφερικής νευροπάθειας (θαλιδομίδη, λεναλιδομίδη) όπως και κατά την ακτινοθεραπεία κεφαλής-τραχήλου κυρίως λόγω άμεσης νευροτοξικότητας, ινωδών μεταβολών στα περιφερικά νεύρα, μικροαγγειακής ανεπάρκειας, οξειδωτικού στρες και φλεγμονής.

Για την αντιμετώπιση του αλγαισθητικού και του νευροπαθητικού πόνου στη ΣΚ είναι απαραίτητη η «με το ρολόι» χορήγηση αναλγητικής αγωγής (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οπιοειδή) και συνοδών αναλγητικών (γκαμπαπεντινοειδή, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, SNRIs). Επιπλέον γίνεται χρήση στοματικών διαλυμάτων τα οποία περιέχουν αναλγητικά (π.χ. λιδοκαΐνη). Τέλος οι αποκλεισμοί γαγγλίων (αστεροειδούς, γασσερείου, σφυνοϋπεριώου, γλωσσοφαρυγγικού) έχουν πολύ καλά αποτελέσματα.

Ιατρική Ακριβείας: Εφαρμογή στη διαχείριση και θεραπευτική αντιμετώπιση της ημικρανίας **Θ. Μπάρκουλα**

Η ημικρανία αποτελεί συχνή διαταραχή που επηρεάζει αρνητικά σημαντικό ποσοστό ασθενών, με αντίστοιχο κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Πρόκειται για μία νευροαγγειακή νόσο, της οποίας οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί διερευνώνται μέχρι σήμερα. Και ενώ η φλοιώδης μετακινούμενη καταστολή (CSD) και η δυσλειτουργία του τριδυμοαγγειακού συστήματος φαίνεται ότι διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην εμφάνιση της αύρας και του πόνου που χαρακτηρίζει την ημικρανία, η μελέτη του ανθρώπινου γονιδιώματος κατέδειξε τη συμμετοχή αρκετών γονιδίων και νευροπεπτιδίων στην παθογένειά της. Τα νέα δεδομένα καθιστούν αναγκαία την αναζήτηση στοχευμένων μεθόδων στη διάγνωση και θεραπεία της νόσου, δεδομένου ότι οι τρέχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε αρκετές περιπτώσεις εμφανίζουν μικρή αποτελεσματικότητα και σημαντική ανεπιθύμητη δράση.

Σήμερα, η ταχεία ανάπτυξη της γενετικής ανοίγει νέους ορίζοντες στην προσέγγιση της ημικρανίας μέσα από το πρίσμα της Ιατρικής Ακριβείας (Precision Medicine, PM). Η Ιατρική Ακριβείας αποτελεί μία νέα προσέγγιση της θεραπείας και της πρόληψης της νόσου, η οποία συνδυάζει την εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς με το σχεδιασμό και εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Διαφέρει ριζικά από την προσέγγιση του “one size fits all”, οδηγώντας στην καλύτερη κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών των ασθενειών και στην ανάπτυξη καινοτόμων διαγνωστικών και θεραπευτικών επιλογών. Συνδυάζει την αποκωδικοποίηση του γονιδιώματος και τη συσχέτιση της επιστήμης της Βιοχημείας με τη συννοσηρότητα του ασθενούς, προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των θεραπευτικών οδηγιών για την αντιμετώπιση της ημικρανίας και η διερεύνηση της δυνατότητας εφαρμογής τους, σύμφωνα με τα νέα δεδομένα της Ιατρικής Ακριβείας (Precision Medicine, PM). Η διερεύνηση και ταυτοποίηση νέων γενετικών, επιγενετικών, βιοχημικών και άλλων βιοδεικτών θα προσδώσει τη δυνατότητα καλύτερης προσέγγισης του ασθενούς, πιο στοχευμένης θεραπείας και μείωσης του κόστους διαχείρισης της νόσου.

Λεξεις - Κλειδιά : Ημικρανία, Ιατρική Ακριβείας, βιοδείκτες, γονιδίωμα, νευροπεπτίδια, γενετική, θεραπεία.

Mindfulness: η εφαρμογή του στη διαχείριση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής

Δ. Γιαννούλη

“Δεν θα τα βγάλω πέρα με αυτό τον πόνο”, “Γιατί σε μένα;”, “Τι θα κάνω άμα χειροτερέψει;”. Αυτές είναι μερικές από τις σκέψεις που τριγυρίζουν στο μυαλό μας όταν πονάμε πολύ. Γρήγορα νιώθουμε απόγνωση, ανησυχία, στρες, εξάντληση, κατάθλιψη, και μπαίνουμε σε ένα φαύλο κύκλο που εντείνει τον πόνο ακόμα περισσότερο.

Η δυσφορία στον πόνο συμβαίνει σε δύο επίπεδα. Αρχικά, το σώμα νιώθει μία δυσάρεστη αισθητηριακή εμπειρία (Πρωτογενής Πόνος) ως αποτέλεσμα κάποιου τραυματισμού, μίας ασθένειας ή αλλαγής στο νευρικό μας σύστημα. Σε δεύτερο επίπεδο εμφανίζεται ο Δευτερογενής Πόνος που προκύπτει από τις σκέψεις, τις αισθήσεις και τα συναισθήματα που σχετίζονται με τον πόνο και την αντίστασή μας σε αυτόν. Αυτό που τελικά νιώθουμε είναι το αποτέλεσμα και των δύο.

Το Ην. Βασίλειο έχει υιοθετήσει μία περισσότερο ολιστική αντιμετώπιση του πόνου, όπου πέρα από να αναλγητικά φάρμακα προτείνονται και άλλες εναλλακτικές θεραπείες, ανάμεσα στις οποίες είναι το Mindfulness. Το Mindfulness, ή αλλιώς Ενσυνειδητότητα, μας επιτρέπει να ξεχωρίσουμε αυτό που προκαλεί τον πόνο, απαλείφοντας τη δυσφορία που προκαλεί ο Δευτερογενής Πόνος ενώ, πολλές φορές, μπορεί και ο ίδιος ο Πρωτογενής Πόνος να μειωθεί.

Ο Καθηγ. Jon Kabat-Zinn από το Πανεπιστήμιο της Μασαχουσέτης έφερε το Mindfulness από την Ανατολή στο κλινικό περιβάλλον το 1979 για τη διαχείριση του στρες και του πόνου. Από τότε, πολυάριθμες επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι η τεχνική του διαλογισμού ενσυνειδητότητας είναι εξίσου αποτελεσματική με συνταγογραφούμενα παυσίπονα, και γι αυτό πολλές κλινικές στο εξωτερικό παραπέμπουν ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, καρδιοπάθειες, διαβήτη και αρθρίτιδα σε πιστοποιημένα κέντρα που εφαρμόζουν αυτή την πρακτική. Το Mindfulness εφαρμόζεται επίσης στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας, της ημικρανίας, και της ινομυαλγίας, καθώς και άλλων αυτοάνοσων, αλλά και σε περιπτώσεις όπως το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και αυτό του ευερέθιστου εντέρου.

Ένα τέτοιο πρόγραμμα θα γεντούμε στη διάρκεια του Φροντιστηρίου μας. Θα δημιουργήσουμε μια καλύτερη επαφή με το σώμα και την αναπνοή μας, θα αποδεχτούμε τον πόνο ενώ νοιαζόμαστε για τον εαυτό μας, θα αναγνωρίσουμε τις ευχάριστες στιγμές της ζωής μαζί με τις δυσκολίες της, θα συνειδητοποιήσουμε ότι δεν είμαστε μόνοι, αλλά και ότι είναι στο χέρι μας να επιλέξουμε πώς θα ζήσουμε.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Παρηγορική Φροντίδα & Χρόνιος Πόνος

ΕΑ01 Διαχείριση παρηγορικής φροντίδας ογκολογικών ασθενών και στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο στη ΜΕΘ

Σαββόπουλος Γεώργιος¹, Καϊμακάμης Ευάγγελος²

1. MSc Νοσηλεύτης Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, 2. MD, MSc, PhD Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Η διαχείριση της παρηγορικής φροντίδας, αλλά και η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο είναι ένα ζήτημα που απασχολεί σημαντικά το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς οι νοσηλευτές έρχονται καθημερινά σε επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου. Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με το εξωτερικό, η διαχείριση της παρηγορικής φροντίδας, αλλά και η συμπεριφορά των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο, δεν έχουν εκτιμηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί η διαχείριση της παρηγορικής φροντίδας ογκολογικών ασθενών στη ΜΕΘ, καθώς και η στάση, η αντίληψη και η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο.

Υλικό-Μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 100 νοσηλευτές που εργάζονται στο Α.Ν.Θ. Θεαγένειο. Στα πλαίσια της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο DAP-R σχετικά με την αντίληψη και τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο και το ερωτηματολόγιο της Frommelt (FATCOD), σχετικά με την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Επίσης πραγματοποιήθηκε έρευνα σε 30 ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου στη ΜΕΘ του Θεαγένειου, με σκοπό τη διερεύνηση σχετικά με τη διαχείριση της παρηγορικής φροντίδας.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την πρόσληψη πρωτεϊνών αλλά και με τη GCS. Οι ασθενείς που έλαβαν χαμηλό ποσοστό πρωτεϊνών στη ΜΕΘ επέζησαν λιγότερο σε σχέση με αυτούς που έλαβαν υψηλότερο ποσοστό πρωτεϊνών. Ενώ ασθενείς με χαμηλή GCS κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ απεβίωσαν σε μικρότερο χρονικό διάστημα. Όσον αφορά τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο, οι Έλληνες νοσηλευτές φαίνεται να έχουν γενικότερα λιγότερο θετική στάση σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Ενώ βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συμπεριφορά των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο, στην αποδοχή αλλά και στην αποφυγή του θανάτου σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

Συμπεράσματα: Η εντατική θεραπεία μπορεί να παρατείνει τη διαδικασία του θανάτου των ασθενών τελικού σταδίου, καθώς η πιθανότητα επιβίωσης ή επανόδου σε μια ζωή ανεκτή ποιότητας είναι ελάχιστη έως μηδενική. Για αυτό το λόγο ίσως να είναι προτιμότερο οι ασθενείς αυτοί να περνούν τις τελευταίες ημέρες της ζωής τους σε οικείο περιβάλλον.

Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο και την παρηγορική φροντίδα θα μπορούσε να βελτιωθεί μόνο με εξειδικευμένη γνώση και εκπαίδευση, αλλά και με την προετοιμασία των νοσηλευτών να έρθουν αντιμέτωποι με το θάνατο.

ΕΑ02 Αποτίμηση λειτουργίας του Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας στο Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης

Σοφία Παπαντωνάκη, Ευαγγελία Γαβριλάκη

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης, Άγιος Νικόλαος, Ελλάδα

Σκοπός: Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη της επαναλειτουργίας του Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας στο Νοσοκομείο του Αγίου Νικολάου Κρήτης.

Υλικό και Μέθοδος: Καταγράφησαν και χρησιμοποιήθηκαν οι φάκελοι των ασθενών που προσήλθαν στο Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του νοσοκομείου μας.

Αποτελέσματα: Στο Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του νοσοκομείου μας, έχουν αντιμετωπιστεί συνολικά 251 ασθενείς.

Η κατανομή των στατιστικών στοιχείων με βάση το φύλο είναι:

76% των ασθενών είναι γυναίκες -193 ασθενείς

22% των ασθενών είναι άνδρες -57 ασθενείς

Όσο αφορά την ηλικία του πληθυσμού, 62% των ασθενών είναι >65 ετών, ενώ οι παθήσεις που διαχειρίστηκε το Ιατρείο Πόνου ήταν:

68,1% Μυοσκελετικές παθήσεις

20,7% Αυτοάνοσα νοσήματα

4,3% Καρκίνος

3,9% Μεθερπητική νευραλγία

1,9% Κεφαλαλγία

0,8% Νευραλγία Τριδύμου

Οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν για την ανακούφιση των ασθενών από τον χρόνιο ανθεκτικό πόνο, ήταν φαρμακευτικές και επεμβατικές τεχνικές όπως τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα, caudal, ενδοαρθρική έγχυση φαρμάκων, περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί, και εναλλακτικές θεραπείες όπως ο βελονισμός και η ρεφλεξολογία.

Υπήρξε άψογη συνεργασία με τους συναδέλφους ιατρούς του νοσοκομείου μας καθώς και σημαντική προσφορά, εθελοντικά, από επιστημονικό προσωπικό εκτός νοσοκομείου.

Συμπεράσματα: Το Ιατρείο Πόνου κατάφερε να ανακουφίσει την πλειοψηφία των ασθενών από το βασανιστικό σύμπτωμα που λέγεται χρόνιος πόνος και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η επαναλειτουργία του Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του ΓΝΑΝ, σε συνεργασία με τη ΠΑ.ΡΗ.ΣΥ.Α, θα συνεχίσει να προσπαθεί για την ορθότερη αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνιο πόνο, αναδεικνύοντας την ανάγκη ύπαρξης εξειδικευμένων κέντρων αντιμετώπισης του “υποφέρειν” ως αναπόσπαστα τμήματα των νοσοκομείων.

ΕΑ03

Παρηγορική φροντίδα: Λόγια ή άγγισμα στην φάση πριν την διασωλήνωση βαρέως πασχόντων ασθενών με Covid 19

Φλαμπουράρης Βασίλειος, Καλίνογλου Σωτήριος, Κανδρεβιώτου Στέλλα, Νιάκα Αναστασία, Δημητρίου Γεώργιος, Κοκολάκη Μαρία

Αναισθησιολογικό Τμήμα - Ιατρείο Πόνου Γ. Ν. Σισμανόγλειο - Α. Φλέμινγκ Αττικής

Καταγράψαμε την κλινική εμπειρία από το Νοσοκομείο μας που ήταν αποκλειστικά Covid 19.

Υλικό – Μέθοδοι: Μελετήσαμε 154 ασθενείς ηλικίας 38-84 ετών ASA II-III & IV και καταγράψαμε την παρηγορική φροντίδα, λόγια ή άγγισμα στην φάση πριν την διασωλήνωσή τους, στις κλινικές.

Οι προτεραιότητες που καθόριζαν την διαχείριση αυτών των ασθενών βασίστηκαν:

1. Επιβεβαίωση ότι θα πάνε όλα καλά (μοντέλο ολοκληρωμένης φροντίδας, φόβος του θανάτου)

1. Διατήρηση της αξιοπρέπειας με βάση τον ατομικό σεβασμό

2. Προσπάθεια μεταφοράς άμεσα σε ΜΕΘ

3. Ενημέρωση των συγγενών, φίλων (δεξιότητες επικοινωνίας)

4. Ο θεράπων ιατρός συμβάλλει σημαντικά με την σωστή ενημέρωση, στην εμπιστοσύνη για την πορεία του ασθενούς.

5. Υποστηρικτική φροντίδα

Όλοι οι ασθενείς πριν την φάση της διασωλήνωσης, νιώθουν ψυχική εξάντληση, έχουν ανάγκη παρηγορικής φροντίδας για τον Γολγοθά που θα περάσουν.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς στην φάση πριν την διασωλήνωση έχουν ανάγκη παρηγορικής φροντίδας. Είναι μία έκφραση της αληθινά ανθρώπινης στάσης να φροντίσει άμεσα τον ασθενή με Covid 19 που δεν έχει «πια ανάσα – δεν έχει αέρα, γιατρέ βοήθησέ με!».

Η παρηγορική φροντίδα παρέχεται μόνο με λόγια, διότι το άγγισμα δεν είναι εφικτό με τον τρομακτικό προστατευτικό εξοπλισμό που φοράει η ομάδα Αναζωογόνησης.

Συμπεράσματα: Η εμπειρία μας είναι πρωτόγνωρη, μοναδική αλλά και εκπαιδευτική. Μάθαμε δεξιότητες επικοινωνίας με την συνεχιζόμενη εκπαίδευση της Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Παρηγορική Φροντίδα & Χρόνιος Πόνος

ΕΑ04 Η επίδραση του συνδυασμού μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού σε ασθενείς με χρόνιο πόνο στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Σύγκριση με τη χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας. Πρώτα αποτελέσματα

Φωτεινή Παπανικολάου^{1,2}, Μαρία Νταλούκα², Ελένη Λάσδα², Αθανάσιος Χαλκιάς^{1,2}, Ελένη Αρναούτογλου^{1,2}

¹Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, ²Αναισθησιολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

Σκοπός: Η σύγκριση της αποτελεσματικότητας του συνδυασμού μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού σε σχέση με την επισκληρίδια αναλγησία στον χρόνιο πόνο και στην ικανότητα για άσκηση σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία.

Μέθοδος και υλικό: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Ιατρείο Πόνου της Αναισθησιολογικής κλινικής του ΠΓΝΛ (3-12/2020). Συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς με χρόνιο άλγος στην οσφυϊκή μοίρα και VAS 7-9. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν με την χρήση αλγορίθμου σε δύο ομάδες με βάση την θεραπεία που έλαβαν, μάλαξη και ηλεκτροβελονισμός (ΜΗ) ή επισκληρίδια αναλγησία (ΕΑ). Στην ομάδα «ΜΗ» εφαρμόστηκαν 8 συνεδρίες ανά εβδομάδα και στην ομάδα «ΕΑ» 3 επισκληρίδιες ανά 15μέρο. Έγινε καταγραφή του πόνου με την κλίμακα VAS και των ερωτηματολογίων SF-36, POMS, Roland-Morris & Oswestry Questionnaire, καθώς και το Pain Detect για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής έντασης, της λειτουργικότητας-ανικανότητας και της ανίχνευσης του νευροπαθητικού πόνου αντίστοιχα, πριν την θεραπεία και μετά από 8 εβδομάδες. Στις 24 εβδομάδες έγινε καταγραφή του πόνου και της ικανότητας για άσκηση με τηλεφωνική επικοινωνία.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 40 ασθενείς ηλικίας 20-65 ετών. Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στον πόνο και στις υπόλοιπες παραμέτρους μετά από 8 εβδομάδες. Στην αξιολόγηση των 24 εβδομάδων διαπιστώθηκε ότι στην ομάδα «ΜΗ» διατηρήθηκε το αναλγητικό αποτέλεσμα (VAS: 1-3) ενώ 15/20 ασθενείς συμπεριέλαβαν στην καθημερινότητά τους την άσκηση. Στην ομάδα «ΕΑ» όλοι οι ασθενείς είχαν VAS: 3-4, ενώ μόνο οι 5 συμπεριέλαβαν την άσκηση στην καθημερινότητά τους.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού διατήρησε το μακροπρόθεσμο όφελος σε σχέση με την επισκληρίδιο αναλγησία όσον αφορά στο χρόνιο πόνο και στην ικανότητα για άσκηση σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία.

Λέξεις κλειδιά: Μάλαξη, πόνος Επισκληρίδιο.

Βιβλιογραφία:

1. Bogduk, N. (2010). A cure for Back Pain? Pain; 149 (1):7-8.
2. Kumar S, Sharma VP, Shukla R. Comparative efficacy of two multimodal treatments on male and female sub-groups with low back pain (part II). J Back Musculoskeletal Rehab. 23(1):1-9

ΕΑ05 Ηθικά διλήμματα κατά τη διαχείριση σοβαρά εγκαυμάτων: έχει θέση η παρηγορική φροντίδα;

Ελένη Διαμαντάκη, Βασιλεία Νύκταρη^{1,2}, Γιώργος Παπαστρατηγάκης¹, Γιώργος Στεφανάνης¹, Περικλής Βασιλόγ¹, Δημήτρης Κουβιδάκης¹, Αλεξάνδρα Παπαϊωάννου^{1,2}

¹Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, ²Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Παρά την πρόοδο στις στρατηγικές αντιμετώπισης, οι ασθενείς με σοβαρά εγκαυματα εμφανίζουν γρήγορα σύνθετες μεταβολικές αλλαγές και πολυοργανική ανεπάρκεια, που ελαχιστοποιούν την επιβίωση.¹ Ως σοβαρό εκτιμάται το έγκαυμα που περιπλέκεται με μείζον τραύμα ή εισπνευστική βλάβη, το χημικό ή από ηλεκτρικό ρεύμα υψηλής τάσης και γενικά οποιοδήποτε έγκαυμα στους ενηλίκους

που καταλαμβάνει >20% της επιφάνειας σώματος, με εξαίρεση τα επιφανειακά εγκαύματα.¹

Μέθοδοι: Η παρουσίαση ηθικών διλημάτων κατά τη διαχείριση βαρέως πάσχοντος εγκαυματία στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).

Αποτελέσματα: Ασθενής 31 ετών διακομίσθηκε στο ΤΕΠ με εγκαύματα 2ου και 3ου βαθμού >80% της συνολικής επιφάνειας σώματος μετά από έκρηξη δεξαμενής με καυτό νερό και χημικά. Αρχικά προσήλθε ομιλών, χωρίς συριγμό, με υποξυγοναιμία, ταχυπνοικός, αιμοδυναμικά ασταθής με συνεχή αφόρητο, αγωνιώδη πόνο. Συστάθηκε άμεσα διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από αναισθησιολόγους, επειγοντολόγους, ωτορινολαρυγγολόγο, εντατικολόγο και πλαστικό χειρουργό. Από ορισμένα μέλη της ομάδας τέθηκε θέμα για καθυστέρηση χορήγησης αναισθησίας και ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, ώστε να μπορέσει να έχει μια τελευταία επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειάς του που ήταν καθοδόν, καθώς θεωρήθηκε σχεδόν βέβαιος ο επικείμενος θάνατός του. Εντούτοις, αποφασίστηκε η άμεση διασωλήνωση και ο ασθενής τελικά απεβίωσε 4 ώρες αργότερα στη ΜΕΘ μετά από εκσεσημασμένη αιμοδυναμική αστάθεια και πολυοργανική ανεπάρκεια.

Συμπέρασμα: Στη διαχείριση ασθενών με προβλεπόμενη υψηλή θνητότητα συχνά απαιτούνται άμεσες αποφάσεις, ώστε να διατηρηθούν οι ελάχιστες πιθανότητες επιβίωσης. Οι αποφάσεις αυτές πολλές φορές δε λαμβάνουν υπόψη το πραγματικό όφελος και τις επιθυμίες του ασθενούς τη δεδομένη στιγμή, γεγονός που γεννά ορισμένα ηθικά διλήματα. Η επιλογή των ασθενών για παρηγορική φροντίδα χωρίς μεταφορά σε ειδικό κέντρο εγκαύματος, αποτελεί μια δύσκολη απόφαση, ειδικά απουσία τόσο του νομικού πλαισίου όσο και μιας καταγεγραμμένης εκ των προτέρων «ιατρικής διαθήκης» των ασθενών, όπου να είναι σαφείς οι στόχοι φροντίδας με βάση τις αξίες και τις επιθυμίες τους.

Βιβλιογραφία

3. Gerd G Gauglitz, Felicia N Williams. Overview of the management of the severely burned patient. UpToDate, 2021.

ΕΑ06 Η επιρροή ψυχολογικών παραγόντων στην αντίληψη του πόνου στη διαβητική νευροπάθεια

Μαρία Νιανιάρου¹, Ζωή Γαμποπούλου¹, Δήμητρα Σολωμού¹, Μαριάννα Καραθάνου¹, Δήμητρα Παπαδοπούλου¹, Ευμορφία Σταυροπούλου¹
1Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η διαβητική νευροπάθεια αποτελεί μια συχνή επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη καθώς παρατηρείται στο 25-50% των ασθενών. Από αυτούς, στο 50% το άλγος θα συμμετέχει στην κλινική εικόνα. Παράλληλα, είναι βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν την αμφίδρομη σχέση που φαίνεται να υπάρχει. Σε αυτή την εργασία αναλύεται η υπάρχουσα βιβλιογραφία για το ρόλο που δύναται να διαδραματίζουν οι ψυχικές διαταραχές στην εμφάνιση και την αντίληψη του άλγους σε ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μέσω της χρήσης του Pubmed, ως κύρια μεταμηχανή αναζήτησης, με τις λέξεις-κλειδιά “depression” “anxiety” “pain” και “diabetic neuropathy”. Η αναζήτηση περιορίστηκε σε άρθρα της τελευταίας 10ετίας, και οδήγησε σε 189 δημοσιεύσεις. Από αυτές, 13 βρέθηκε ότι συμβαδίζουν με τα κριτήρια της αναζήτησης και χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία αυτής της εργασίας.

Αποτελέσματα: Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση εντοπίζονται μελέτες με συμπέρασμα ότι άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση διαβήτη. Επίσης, η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών όπως το άγχος και η κατάθλιψη συσχετίζονται με περισσότερες επιπλοκές, μειωμένη κινητικότητα και αυξημένη επίπτωση νευροπάθειας. Συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε αυτούς τους ασθενείς είναι ανεξάρτητα συνδεδεμένα με εντονότερο άλγος κατά την διάρκεια του χρόνου. Σε επίπεδο παθογένειας, διαταραχές στην κυτταρική λειτουργία του ΚΝΣ, όπως κεντρική ευαισθητοποίηση και μεταβολές της νευρογλοίας, παρατηρούνται τόσο στο νευροπαθητικό πόνο όσο και στην κατάθλιψη.

Συμπέρασμα: Σε αυτή την ανασκόπηση σημειώνεται η άρρηκτη και αμφίδρομη σύνδεση μεταξύ του άλγους και της κατάθλιψης σε ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια, με έμφαση στην επιρροή που έχει το άγχος και η κατάθλιψη στο νευροπαθητικό πόνο. Με την τεκμηρίωση, τόσο παθοφυσιολογικά όσο και κλινικά, της συσχέτισης ψυχικών διαταραχών με την εμφάνιση επώδυνης διαβητικής νευροπάθειας ανοίγονται νέοι στόχοι τόσο για πρόληψη όσο και για θεραπεία.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Παρηγορική Φροντίδα & Χρόνιος Πόνος

ΕΑ07

Αποτελεσματικότητα, ανεκτικότητα και ασφάλεια χρήσης των κανναβινοειδών στην αντιμετώπιση του πόνου σε ενήλικες ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Λιαποδημήτρης Δημήτριος¹, Φωτάκης Αρης²

¹ Φαρμακοποιός, MSc Αλγολογία, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα, ²Οδοντίατρος, MSc Ρευματολογία-Μυοσκελετική Υγεία, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Σκοπός: Η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ανεκτικότητας και της ασφάλειας των κανναβινοειδών σε ενήλικες ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση και ανθεκτικό πόνο, μέσω εκτέλεσης Συστηματικής Ανασκόπησης και Μετα-Ανάλυσης.

Μέθοδος: Η εργασία πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες της PRISMA. Η αναζήτηση εκτελέστηκε στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, Cochrane και στα μητρώα καταγραφής κλινικών μελετών clinicaltrials.gov και eudract.ema.europa.eu. Συμπεριλήφθηκαν διπλά τυφλές τυχαποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, σε ενήλικες με οποιοδήποτε μορφή πολλαπλής σκλήρυνσης και οι οποίοι πονούν. Συμπεριλάβαμε μελέτες με κανναβινοειδή οποιοδήποτε τύπου, δόσης ή οδού χορήγησης έναντι οποιασδήποτε ομάδας ελέγχου. Ο κίνδυνος μεροληψίας αξιολογήθηκε με το εργαλείο Cochrane Risk of Bias 2. Η αξιοπιστία των ενδείξεων αξιολογήθηκε με το σύστημα GRADE. Η Μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος Review Manager 5.4.

Αποτελέσματα: 6 μελέτες, που συμπεριέλαβαν 798 ασθενείς, αναλύθηκαν ποσοτικά. Τα κανναβινοειδή ήταν στατιστικώς σημαντικά ανώτερα από το εικονικό φάρμακο ως προς τη μείωση της έντασης του πόνου [MD= -0.48 (-0.88 to -0.08)] ενώ οι αποχωρήσεις για οποιοδήποτε λόγο και η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν στατιστικώς σημαντικά περισσότερες για την ομάδα των κανναβινοειδών [RR= 1.63, (1.05 to 2.52), NNT= 19 (8 με 200) και RR= 1.32 (1.12 to 1.55), NNT=6 (3 με 16) αντίστοιχα]. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην εκδήλωση σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι μελέτες μικρής διάρκειας και μικρού αριθμού συμμετεχόντων, καθώς και οι μελέτες με σπρέι THC/CBD (έως και 120mg/120mg ημερησίως), παρουσίασαν σημαντική μείωση του πόνου (0,90 και 0,86 μονάδες σε κλίμακα NRS 0-10 αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Για την αντιμετώπιση του ανθεκτικού πόνου διαφόρων τύπων σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση, τα κανναβινοειδή δεν δίνονταν ποτέ ως μονοθεραπεία, ενώ δίνονταν πάντοτε με τιτλοποίηση. Δεν βρέθηκαν να έχουν σαφές κλινικό όφελος έναντι του εικονικού φαρμάκου σε κανένα μέτρο έκβασης. Τα ευρήματά μας στηρίχθηκαν σε μικρό αριθμό μελετών και συμμετεχόντων. Η ποιότητα των ενδείξεων κρίθηκε ως μέτρια. Το στοματικό σπρέι THC/CBD (έως και 120mg/120mg ημερησίως) εμφανίζει τις περισσότερες πιθανότητες να μπορέσει να αξιοποιηθεί, σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση και πόνο ανθεκτικό στις συμβατικές αναλγητικές αγωγές, αρχικά για μικρό χρονικό διάστημα στη μελλοντική κλινική πράξη.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

1. Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Schünemann, H. J., Tugwell, P., & Knottnerus, A. (2011). GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *Journal of clinical epidemiology*, 64(4), 380-382.
2. Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons.
3. Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), e1-e34.
4. Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.4.1, The Cochrane Collaboration, 2020
5. Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., ... & Higgins, J. P. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *bmj*, 366.
6. Tacconelli, E. (2010). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(4), 226.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Χρόνιος Πόνος I

ΕΑ08 Εφαρμογή του Tx360 ως θεραπεία διάσωσης σε δύο καρκινοπαθείς με άτυπη νευραλγία τριδύμου μετά ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία

Μάκτρα Λουκία, Πουλίδα Σοφία
Βοστάνειο Γ.Ν.Ν. Μυτιλήνης

Εισαγωγή: Το Tx360 είναι συσκευή για ρινική εφαρμογή με στόχο τη διήθηση του σφηνουπεριωίου γαγγλίου. Στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου μας χρησιμοποιήθηκε ως θεραπεία διάσωσης για αντιμετώπιση άτυπης νευραλγίας τριδύμου δυο καρκινοπαθών-παρενέργεια ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας στις οποίες υποβλήθηκαν.

Μέθοδος: Ασθενής 49 ετών με χειρουργηθεν CA γλώσσας, προσήλθε στο Ιατρείο Πόνου για αντιμετώπιση αφόρητου συνεχή πόνου άτυπης νευραλγίας τριδύμου μετά από ακτινοθεραπεία (NRS :10/10 και DN4 :7/10).

Το δεύτερο περιστατικό αφορά ασθενή 74 ετών με χειρουργηθεν Ca οισοφάγου σε υποτροπή, που μετά χημειοθεραπεία με πακλιταξελή (taxol) εμφάνισε επίσης άτυπη νευραλγία τριδύμου. Προσήλθε με έντονο πόνο (NRS:9-10/10 και DN4 :8/10).

Αποφασίστηκε να γίνει και στις δυο περιπτώσεις εφαρμογή του Tx360 με χορήγηση λιδοκαΐνης 2% ως θεραπεία διάσωσης εφόσον υπήρχε διαθέσιμη η συσκευή στο Ιατρείο για έκτακτες περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: Και οι δυο ασθενείς ανακουφίστηκαν άμεσα. Όσον αφορά τον πρώτο, μετά την εφαρμογή αισθάνθηκε σημαντική βελτίωση (NRS : 2/10) και μισή ώρα μετά πήγε στο σπίτι του. Εγινε επανάληψη της εφαρμογής του Tx360 μετά τρεις ημέρες διότι ο πόνος είχε αυξηθεί σταδιακά (NRS:6-7/10). Μετά τη δεύτερη εφαρμογή ο πόνος μειώθηκε σημαντικά (NRS<4/10).

Ο δεύτερος ασθενής μετά την εφαρμογή του Tx360 παρουσίασε άμεσα, μικρότερης έντασης και διάρκειας επεισόδια πόνου (NRS:6-7/10) που σταδιακά την επόμενη ημέρα έγιναν ηπιότερα (NRS:4-5/10). Δεν χρειάστηκε επανάληψη της εφαρμογής.

Και στους δυο χορηγήθηκε πρεγκαμπαλίνη εξ αρχής για τη διατήρηση του αποτελέσματος.

Ανεπιθύμητες ενέργειες δεν παρατηρήθηκαν.

Συμπέρασμα: Η εφαρμογή του Tx360, όταν είναι διαθέσιμο στο Ιατρείο Πόνου, μπορεί να προσφέρει άμεσα ως θεραπεία διάσωσης σε έκτακτες καταστάσεις έντονου πόνου καρκινοπαθών μετά ακτινοθεραπεία-χημειοθεραπεία, όπου η εφαρμογή του έχει ένδειξη.

ΕΑ09 Καταγραφή (Audit) ασθενών του ιατρείου πόνου του ΠαΓΝΗ με νευροπαθητικό πόνο το χρονικό διάστημα 2019-2020

Εμμανουέλα Κουτουλάκη¹, Αμαλία Μαθιουδάκη², Βασιλεία Νύκταρη^{1,2}, Γεώργιος Στεφανάκης¹, Περικλής Βασιλόγ¹, Σταυρούλα Ηλία², Γεώργιος Φραντζέσκος¹, Αλεξάνδρα Παπαϊωάννου^{1,2}

¹Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ)

² Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Εισαγωγή: Ο νευροπαθητικός πόνος οφείλεται σε βλάβη ή νόσο του σωματοαισθητικού νευρικού συστήματος.¹ Στην Ευρώπη αναφέρεται επιπολασμός 6,0-7,7%.^{2,3} Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάλυση των ασθενών που προσήλθαν με νευροπαθητικό πόνο στο ιατρείο πόνου του ΠαΓΝΗ το διάστημα 2019-2020 ως προς τα χαρακτηριστικά τους, το υποκείμενο νόσημα, την αγωγή και την απόκριση στην αγωγή.

Μέθοδος: Στη μελέτη εισήχθησαν ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο (διάγνωση βάσει ερωτηματολογίου Pain Detect). Η ένταση του πόνου αξιολογήθηκε μέσω NRS. Τα δεδομένα είχαν μορφή ποιοτικών ή ποσοτικών μεταβλητών και εκφράστηκαν με μορφή συχνοτήτων και % συχνοτήτων. Ο έλεγχος χ² χρησιμοποιήθηκε για εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών στα ποσοστά ή συσχετίσεων μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών. Η στατιστική ανάλυση έγινε με IBM SPSS Statistics 26.0. Ως όριο αποδοχής τέθηκε α=0,05.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Χρόνιος Πόνος I

Αποτελέσματα: 120 ασθενείς (ηλικία $64,0 \pm 15,1$ έτη, άνδρες 55,8%, ιστορικό καρκίνου 50%, μη εργαζόμενοι 60%) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Αμιγής νευροπαθητικός πόνος εμφανιζόταν στο 43,3% των ασθενών. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα καλοήθους πόνου – με συχνότερη αιτία έρπητα ζωστήρα (23%) και παθήσεις της σπονδυλικής στήλης (14%)– και ομάδα κακοήθους πόνου (συχνότερα λόγω καρκίνου γυναικολογικού, μαστού ή πνεύμονα). Οι ομάδες δεν διέφεραν ως προς τα κύρια συμπτώματα –καυσαλγία (46,7%), αλλοδυνία (23,3%), υπεραλγησία (28,3%)– ούτε ως προς την εντόπιση του πόνου (συχνότερα σε κάτω άκρα και πύελο). Και στις δύο ομάδες καταγράφηκαν διαταραχές ύπνου –χειρότερη ποιότητα στον κακοήθη (36,7% VS 16,7%)– και κακή ψυχολογική κατάσταση (33,9% στον καλοήθη, 28,8% στον κακοήθη πόνο). Η χρήση ΜΣΑΦ ήταν πιο συχνή στον καλοήθη (58,3% VS 15,9%, $p < 0.001$), ενώ των αντικαταθλιπτικών στον κακοήθη πόνο (61,7% VS 28,3%, $p < 0.001$). Και στις δύο ομάδες αναφερόταν μείωση του VAScore $> 30\%$ ως απόκριση στην αρχική αγωγή και ανάλογη μείωση σε περαιτέρω τροποποίησή της.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο ήταν κυρίως > 50 ετών, ανέφεραν πιο συχνά καυσαλγία και βίωναν επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (ποιότητα του ύπνου, ψυχολογική κατάσταση).

Βιβλιογραφία:

4. International Association For The Study Of Pain. IASP Pain Terminology/

1. Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. J pain. 2006 apr;7(4):281-9. Doi: 10.1016/j.jpain.2005.11.008. Pmid: 16618472.

2. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence Of Chronic Pain With Neuropathic Characteristics In The General Population: Pain. 2008 Jun;136(3):380-7.

ΕΑ10

Αποτελεσματικότητα ενδοφλέβιας χορήγησης συνδυασμού μαγνησίου και δροπεριδόλης στην αντιμετώπιση νευροπαθητικού και σωματισταθητικού χρόνιου πόνου - μελέτη δύο Ιατρείων Πόνου στην Κρήτη

Χρονάκης Ι.¹, Χαϊνάκη Ε.², Πολάκη Ν.³, Σιαφάκα Ι.⁴, Βαδαλούκα Α.⁵

1 Διευθυντής Αναίσησιολογίας, Υπεύθυνος Ιατρείου Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΓΝ Ρεθύμνου.

2 Επιμελήτρια Α Αναίσησιολογίας – Ιατρείο Πόνου Βενιζέλειο ΠΓΝ Ηρακλείου. 3 Επιμελήτρια Β Αναίσησιολογίας Βενιζέλειο ΠΓΝ Ηρακλείου, 4 Ομότιμος Καθηγήτρια Αναίσησιολογίας – Θεραπείας Πόνου Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας και Παρηγορικής Αγωγής ΠΑΡΗ. ΣΥ.Α., Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. 5 Αν. Καθ. Αναίσησιολογίας – Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας και Παρηγορικής Αγωγής ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Επίτιμη Γενική Γραμματέας Παγκόσμιου Ινστιτούτου Πόνου (WIP), Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Συνδέσμου κατά του Πόνου (EuLAP), τ. Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Περιφερειακής Αναίσησιολογίας (ESRA)

Εισαγωγή: Η δροπεριδόλη είναι φαρμακευτικό σκεύασμα με πολλές φαρμακολογικές ιδιότητες κι έχει χρησιμοποιηθεί ως αναλγητικό, αντιψυχωσικό, αντιεμετικό και κατασταλτικό (1). Είναι ανταγωνιστής των υποχέων d_2 ντοπαμίνης, σεροτονίνης, ισταμίνης, νικοτινικών και μουςκαρινικών χολινεργικών υποδοχέων, δοσοεξαρτώμενος αγωνιστής/ανταγωνιστής GABA υποδοχέων, αγωνιστής των α_2 αδρενεργικών υποδοχέων, ενώ προκαλεί αναστολή των καναλιών νατρίου παρόμοια με τη λιδοκαΐνη και ενισχύει τους m υποδοχείς των οπιοειδών. Όλες αυτές οι δράσεις εξηγούν το ρόλο του ως αναλγητικό, αντιψυχωσικό, αντιεμετικό, κατασταλτικό (2). Το μαγνήσιο φαίνεται να δρα ως ανταγωνιστής των NMDA υποδοχέων και έχει χρησιμοποιηθεί στον οξύ και χρόνιο πόνο (3) (4). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της συνδυασμένης χορήγησης δροπεριδόλης, μαγνησίου σε ασθενείς με χρόνια πόνο.

Μέθοδος: Σε ασθενείς άνω των 18 ετών που προσέρχονταν στο ιατρείο χρόνιου πόνου των δυο νοσοκομείων χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως δροπεριδόλη έως 2,5mg και μαγνήσιο 1gr. Αποκλείστηκαν ασθενείς με οποιοδήποτε βαθμό κολποκοιλιακού αποκλεισμού και νεφρική ανεπάρκεια. Εκτιμήθηκε η ύπαρξη νευροπαθητικού στοιχείου με το ερωτηματολόγιο DN4. Εκτιμήθηκε το αναλγητικό αποτέλεσμα χρησιμοποιώντας την κλίμακα VAS και NPS σε δυο φάσεις: πριν οποιαδήποτε παρέμβαση, μετά τη

χορήγηση μαγνησίου και δροπεριδόλης. Υπολογίστηκε το ποσοστό μεταβολής στις κλίμακες πόνου μετά τη χορήγηση μαγνησίου και δροπεριδόλης.

Αποτελέσματα: 43 ασθενείς περιλήφθηκαν στη μελέτη. Στους 28 ασθενείς συνυπήρχε νευροπαθητικός πόνος. Υπήρξε 40%-50% μείωση της έντασης του πόνου μετά τη χορήγηση των δύο φαρμάκων. Επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός μαγνησίου, δροπεριδόλης έχει αναλγητικό αποτέλεσμα τόσο στο σωματοαισθητικό όσο και στο νευροπαθητικό πόνο. Δεν αξιολογήθηκε η μακροπρόθεσμη επίδραση στην ένταση του πόνου.

Βιβλιογραφία:

1. Edward W. Boyer, MD, PhD. Droperidol Is Back (and Here's What You Need to Know). ACEP. 2019, Vol. 38, 9.
2. John R Richards 1, Irina N Richards, Gal Ozery, Robert W Derlet. Droperidol analgesia for opioid-tolerant patients. J Emerg Med. Οκτ 2011, Vol. 41, 4, pp. 389-396.
3. Park, Rex BHSC, Ho Anthony M et al. Efficacy and Safety of Magnesium for management of chronic pain in Adults: A systematic review. Anesthesia & Analgesia. 2020, Vol. 131, 3, pp. 764-775.
4. Hyun-Jung Shin, Hyo-Seok Na, Sang-Hwan Do. Magnesium and Pain. Nutrients . 2020, Vol. 12, p. 2184.

ΕΑ11

Χρόνιο περιπρωκτικό άλγος εκδηλωθέν ένα χρόνο μετά από αιμορροϊδεκτομή και εξαίρεση ορθοπρωκτικού συριγγίου: αναφορά περιστατικού

Φανή Κρεμαστινού, **Natalia-Francoise Westzaan**, Αντώνης Λουίζος, Αγγελική Γρηγοράκη, Αθανασία Γκίκα, Αικατερίνη-Μαρία Χριστοδούλου

Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, Αθήνα

Ασθενής ηλικίας 49 ετών περεπέμφθη στο Ιατρείο πόνου, λόγω εμμένοντος περιπρωκτικού άλγους από διαιτίας, που εκδηλώθηκε 1 έτος μετά από αιμορροϊδεκτομή και εξαίρεση ορθοπρωκτικού συριγγίου. Ελάμβανε καθημερινά επί δύο έτη 8 mg λορνοξικάμης δις ημερησίως για ανακούφιση των συμπτωμάτων της. Ανέφερε ότι ο πόνος της ήταν παρόμοιος με αυτόν που την οδήγησε στο προηγούμενο χειρουργείο αλλά ανέφερε επίσης μεγάλη επιδείνωση των συμπτωμάτων της στην καθιστή θέση καθώς και στη βάδιση. Η ασθενής αρχικά δεν ανέφερε τραυματισμό στη γλουτιαία περιοχή. Η κλινική εξέταση έδειξε ευαισθησία και έντονο πόνο μετά από πίεση στην οπίσθια περιοχή του κόκκυγα και 2 σημεία πυροδότησης (trigger points) στον δεξιό ελάσσονα γλουτιαίο, ενώ η δακτυλική εξέταση ήταν αρνητική. Από την κλινική εξέταση επίσης αποκλείστηκε το σύνδρομο απιοειδούς μυός.

Ετέθη η διάγνωση της ιδιοπαθούς κοκκυγοδυνίας και παραπέμφθηκε για CT και MRI ιεροκοκκυγικής χώρας. Μετά τον απεικονιστικό έλεγχο και κατόπιν επιμονής μας στο ιστορικό της ανακάλεσε στη μνήμη της προηγούμενα πτώση, στην οποία δεν έδωσε σημασία γιατί αρχικά τουλάχιστον δεν είχε έντονο πόνο. Θεραπευτικά αντιμετωπίστηκε με διήθηση της περί τον κόκκυγα περιοχής με ροπιβακαΐνη και βηματαμεθαζόνη καθώς και μερικές συνεδρίες διήθησης του επώδυνου σπασμού στον ελάσσονα γλουτιαίο. Διεκόπη η χορήγηση της λορνοξικάμης και αντικαταστάθηκε με παρακεταμόλη σε συνδυασμό με τραμαδόλη. Σταδιακά τα συμπτώματά της βελτιώθηκαν, διέκοψε την αναλγησία και επανήλθε στην εργασία της. Συνεστήθη κινησιοθεραπεία, χρήση βοηθήματος (ειδικό μαξιλάρι) για το κάθισμα και επανέλεγχος. Από διμήνου είναι ελεύθερη συμπτωμάτων.

Συζήτηση: Η κοκκυγοδυνία είναι ένα από τα δευτερεύοντα συμπτώματα της αιμορροειδοπάθειας που προκαλείται από έντονη έλξη και ερεθισμό των ανεγκτήρων μυών του πρωκτού. Η συγκεκριμένη ασθενής απέδωσε το περιπρωκτικό άλγος σε αποτυχία της επεμβάσεως και υποτροπή της αιμορροειδοπάθειας διότι βίωσε παρόμοια συμπτωματολογία με αυτήν προ της αιμορροϊδεκτομής. Η καλή κλινική εξέταση και ο ακόλουθος απεικονιστικός έλεγχος βοήθησε στη διάγνωση της μετατραυματικής κοκκυγοδυνίας και στη σωστή θεραπευτική αντιμετώπισή της.

5. Patrick M Foye. Coccydynia: Tailbone Pain. Review. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2017 Aug;28(3):539-549.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Χρόνιος Πόνος I

ΕΑ12 Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με Qutenza σε ασθενή με δεσμοειδή τύπου ινωμάτωση-αναφορά περιστατικού

Θεοδώρου Ε., Μπαλή Ε., Μπαμπζέλης Θ., Κατσίκια Ε
 Ιατρείο πόνου και Αναισθησιολογικό τμήμα Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Το επίθεμα καψαϊκίνης 8% χρησιμοποιείται ευρέως στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Λίγες μελέτες και αναφορές για την αποτελεσματικότητα του υπάρχουν ως σήμερα με μοναδική την αναφορά του παρακάτω περιστατικού.

Μέθοδος: Ασθενής, άρρεν, 38χρόνων προσήλθε στο Ιατρείο του νοσοκομείου μας με γνωστό ιστορικό δεσμοειδούς τύπου ινωμάτωση, προς αντιμετώπιση του πόνου του με εντόπιση στην αριστερά υπερκλείδια χώρα. Ο ασθενής πάσχει από ατρακτοκυτταρικό μεσεγχυματογενές νεόπλασμα, του οποίου η διάγνωση τέθηκε με χειρουργική βιοψία από εξειδικευμένο θωρακοχειρουργικό τμήμα. Η βλάβη 10,7x09x5,8 εκατοστών αναπτύσσεται στα κατώτερα όρια της αιστεράς τραχηλικής χώρας με επέκταση υποκλείδιως έως το πλάγιο τόξο της 3ης πλευράς αριστερά. Η εν λόγω εξεργασία διηθεί γειτονικούς μύες και ασκεί διηθητικά και πιεστικά φαινόμενα στις γειτονικές οστικές δομές (υποκλείδια αγγεία –βραχιόνιο πλέγμα). Η διάγνωση του ΝΠ πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου DN4. Η αξιολόγηση της έντασης του πόνου έγινε βάσει της κλίμακας NPRS και ήταν αρχικώς 8/10. Επιλέχθηκε ως θεραπεία του, το επίθεμα καψαϊκίνης 8%, λόγω έντονων ανεπιθύμητων αντιδράσεων από τις άλλες κατηγορίες φαρμάκων διαχείρισης νευροπαθητικού πόνου που είχε δοκιμάσει.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής βελτιώθηκε ικανοποιητικά σε μεγάλο βαθμό ως προς τον πόνο του. Συγκεκριμένα στον επόμενο επανέλεγχο και στις τακτικές του επισκέψεις στο Ιατρείο με ς ο πόνος του ήταν 2-3/10. Ο ασθενής υποβάλλεται στη συγκεκριμένη θεραπεία εδώ και ένα χρόνο κάθε 2,5-3 μήνες.

Συμπέρασμα: το Qutenza είναι αποτελεσματικό στο νευροπαθητικό πόνο που προκαλείται από τη συγκεκριμένη πάθηση. Είχε σημαντική επίδραση στον πόνο, στην ποιότητα ζωής και στην απόδοση στην εργασία του συγκεκριμένου ασθενή.

ΕΑ13 Αποκλεισμός του Σφηνουπτερώιου Γαγγλίου με τη χρήση της ειδικής συσκευής Tx360 για τη θεραπεία της Νευραλγίας Τριδύμου: πιλοτική μελέτη

Αθανασία Τσαρουχά¹, Χριστίνα Ορφανού¹, Αικατερίνη Μελεμενί¹, Νικόλαος Φυρφίρης², Κασσιανή Θεοδωράκη¹
¹Α' Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ - Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής - Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Γενικό Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Άγιος Σάββας", Αθήνα

Εισαγωγή: Το σφηνουπτερώιο γάγγλιο (Sphenopalatine ganglion - SPG) βρίσκεται στον περυγοϋπερώιο βόθρο και είναι το μοναδικό γάγγλιο που βρίσκεται εκτός της κρανιακής κοιλότητας. Η Νευραλγία Τριδύμου (NT) αποτελεί ένδειξη για αποκλεισμό του σφηνουπτερώιου γαγγλίου, ιδίως σε περιπτώσεις ανθιστάμενες στη φαρμακευτική θεραπεία.

Στόχος αυτής της μελέτης παρατήρησης, είναι να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα αυτού του αποκλεισμού, στη θεραπεία της NT, με τη χρήση μιας μη παρεμβατικής διαρρινικής προσέγγισης, εφαρμόζοντας τοπικό αναισθητικό με τη συσκευή ρινικού εφαρμογέα Tx360.

Μέθοδοι: Η μελέτη αφορά ασθενείς με νευραλγία τριδύμου, ανθεκτική στην θεραπεία. Στους ασθενείς διενεργήθηκε συμπληρωματικά της φαρμακευτικής αγωγής, αποκλεισμός SPG, χρησιμοποιώντας την ειδική συσκευή Tx360 και χορηγούνταν 0.3ml λιδοκαΐνης 2%, αμφοτερόπλευρα, μια φορά την εβδομάδα, για χρονικό διάστημα 8 εβδομάδων. Οκτώ ασθενείς, προσήλθαν με κλασική ή άτυπη NT του 2ου ή 3ου κλάδου μερικώς ή ολικώς ανθιστάμενη στη θεραπεία και VAS=8-9. Οι ασθενείς ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, χωρίς ουσιαστική βελτίωση της συμπτωματολογίας τους.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν σημαντική ανακούφιση από τον πόνο VAS =5-6, (3 ασθενείς από την πρώτη εφαρμογή) και μείωση του καθημερινού αριθμού κρίσεων. Συγκεκριμένα,

με την ολοκλήρωση της θεραπείας οι 6 από αυτούς ήταν εντελώς ελεύθεροι συμπτωμάτων, 1 ανέφερε σημαντική βελτίωση και της έντασης του πόνου και του αριθμού των κρίσεων και 1 δεν παρατήρησε καμία βελτίωση, ούτε στην ένταση ούτε στον αριθμό των κρίσεων. Το θετικό δε αποτέλεσμα έχει διαρκέσει έως και 3 μήνες για κάθε ασθενή. Σε κανέναν ασθενή δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπέρασμα: Τα πρόδρομα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδεικνύουν ότι ο επαναλαμβανόμενος αποκλεισμός του σφηνοϋπερώιου γαγγλίου, με την ειδική συσκευή Txyz60, μπορεί να αποτελεί μια εύκολη, γρήγορη, ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία της Νευραλγίας Τριδύμου. Απαιτούνται περαιτέρω σχετικές διπλές-τυφλές, τυχαιοποιημένες μελέτες για πιο οριστικά αποτελέσματα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Περιοχική Αναισθησία I

ΕΑ14 Σημεία διπλής και μονής υπερηχογενούς παρυφής στον υδροεντοπισμό διαμερίσματος πειραματικού μοντέλου

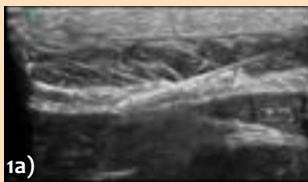
Α.Τριαντόπουλος¹, Π.Δεδοπούλου², Α.Αθανασοπούλου¹ Κ.Γκέκα², Θ.Μπούζη¹, Χ.Αραχωβίτη²,
¹Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, ²Τμήμα Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η επίτευξη του σωστού υδροεντοπισμού στα block διαμερίσματος αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας. Με τη χρήση υπερήχου αγγίζει το 80% , ποσοστό το οποίο πλησιάζει το 100%. Αυτή η πειραματική μελέτη αναφέρεται στις αιτίες αποτυχίας οι οποίες αγγίζουν το 20% περίπου πιθανότατα λόγω της έγχυσης του τοπικού αναισθητικού μεταξύ επιμούου και περιτονίας και όχι μεταξύ περιτονίας και περιτονίας όπως θα έπρεπε να είναι. Αυτό οδηγεί στις χαρακτηριστικές υπερηχογραφικές εικόνες: με το σημείο διπλής παρυφής (σωστό σημείο) και το σημείο μονής παρυφής (λανθασμένο σημείο)

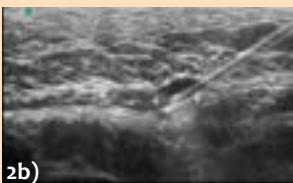
Μέθοδοι: Η πειραματική αυτή μελέτη διενεργήθηκε με τη χρήση κοιλιακών απονευρώσεων πτωματικών χοίρων τη χρήση υπερήχου και τη χρήση βελονών επισκληριδίου.

Αρχικά, δημιουργήθηκαν οι ανάλογες υπερηχογραφικές εικόνες, και ακολούθως, πραγματοποιήθηκε η χειρουργική έκθεση του άκρου της βελόνας και η κατανομή του τοπικού αναισθητικού.

Αποτελέσματα: Οι εικόνες 1a και 1b δείχνουν την χαρακτηριστική υπερηχογραφική εικόνα με το σημείο διπλής παρυφής ύστερα απο την σωστή τοποθέτηση της βελόνας και την έγχυση ύστερα απο χειρουργική έκθεση του άκρου της βελόνας- εικόνα 1c



Η έγχυση μεταξύ επιμούου και περιτονίας δίνει την ψευδώς εντύπωση σωστου εντοπισμού .Η εικόνα 2a δείχνει την λανθασμένη θέση της βελόνας. Και η εικόνα 2b το σημείο μονής παρυφής. Το οποίο επιβεβαιώνεται με την χειρουργική έκθεση της βελόνας στην εικόνα 2c



Συμπεράσματα: Το σημείο διπλής παρυφής στον υπέρηχο είναι σημαντικό για την σωστή έγχυση του τοπικού αναισθητικού. Εν αντιθέσει, με το σημείο μονής παρυφής, το οποίο οδηγεί στην συσσώρευση του τοπικού αναισθητικού μεταξύ επιμούου-περιτονίας και την πιθανή αποτυχία του block.

ΕΑ15

Ο συνεχής αποκλεισμός των νεύρων του καναλιού των προσαγωγών (Continuous Adductor Canal Block-CACB) με τοπικό αναισθητικό- ικανοποιητική λύση για αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς μετά από Ολική Αρθροπλαστική Γόνατος

Τριανταφυλλιά Δήμου, Αννα Σπανομανώλη, M. Vezirgiannis
Mediterraneo Hospital, Athens Greece, St Mary's Hospital London, U.K

Σκοπός: Η αντιμετώπιση του πόνου μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος εξυπηρετεί την άνεση του ασθενή, προάγει την κινητικότητα της άρθρωσης και προστατεύει από σοβαρές συστηματικές επιπλοκές. Η παρούσα μελέτη εκτιμά τη συμβολή του συνεχούς αποκλεισμού των νεύρων του καναλιού των προσαγωγών με τοπικό αναισθητικό για αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου μετά από ολική γόνατος. Ο Πόρος των Προσαγωγών είναι ένας ινομυωδης σωλήνας στο έσω τριτημόριο του μηρού. Περιέχει τμήμα του σαφηνούς νεύρου, το νεύρο του έσω πλατεως και την τελική μοίρα του θυροειδούς νεύρου.

Μέθοδος: Μελετήσαμε 60 άρρενες ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική γόνατος, ηλικίας 60-80 ετών. Όλοι έλαβαν ραχιαία αναισθησία με ροπιβακαΐνη 20 mg. Στους 30 ασθενείς εφαρμόστηκε αποκλεισμός καναλιού προσαγωγών και στους 30 όχι.

Στους 30 ασθενείς χορηγήθηκαν 20ml 0,2% ροπιβακαΐνη σαν αρχική δόση. Τοποθετήθηκε 21-G καθετήρας (όλα υπό υπερηχογραφική παρακολούθηση) και συνεχίστηκε η χορηγήσιμη 125 ml ροπιβακαΐνης 0,2% με 5ml/hr για 48 hr

Όλοι οι ασθενείς έλαβαν το ίδιο πρωτόκολλο αντιμετώπισης μετεγχειρητικού πόνου.

Αξιολογήθηκαν:

1. Ο πόνος ηρεμίας (VAS) στις 4,12, και 48 ώρες.

2. Ο χρόνος ευθειασμού κνήμης

Επίσης οι ακόλουθες παράμετροι:

1. Κεφαλαλγία

2. Ναυτία

3. Εμετός

4. Δυσκοιλιότητα

5. Ξηροστομία

6. Κνησμός

7. Επίσχεση ούρων

8. Υπνηλία

Αποτελέσματα: Το VAS score στις 4,12,48 ώρες, η συχνότητα ενεργοποίησης του συστήματος PCA και η συνολική ποσότητα τραμαδόλης ήταν στατιστικά μικρότερες στην ομάδα του CACB.

Ο χρόνος ευθειασμού κνήμης ήταν σαφέστατα μικρότερος και λιγότερο επώδυνος στην ομάδα του CACB.

Οι υπόλοιπες παράμετροι επίσης ήταν σημαντικά μειωμένες στην ομάδα CACB.

Συμπέρασμα: Η μετεγχειρητική χορήγηση CACB συμβάλλει εξαιρετικά στη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε Ολική Αρθροπλαστική Γόνατος. Ταυτόχρονα μειώνει την κατανάλωση οπιοειδών και τις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών. Το CACB μπορεί να αποτελέσει σοβαρό όπλο στη λίστα των τεχνικών αντιμετώπισης μετεγχειρητικού πόνου μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος.

Λέξεις-κλειδιά: Ολική Αρθροπλαστική Γόνατος, Αντιμετώπιση Μετεγχειρητικού Πόνου, CACB

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Περιοχική Αναισθησία I

ΕΑ16 Εμφάνιση τοξικότητας μετά από τοπική διήθηση ροπιβακαΐνης σε χειρουργικό τραύμα νεφροπαθούς

Χαρά Σάββα, Ευθυμία Καλλιωντζή, Ελένη Παπαϊωάννου, Δημήτριος Καρούσος, Αικατερίνη Λιώση, Δέσποινα Δαναοσύη, Αικατερίνη Λαμπαδαρίου
Τμήμα Αναισθησιολογίας, Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής ΓΝΑ “Λαϊκό”

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού τοξικότητας από χορήγηση ροπιβακαΐνης για τοπική διήθηση χειρουργικού τραύματος σε νεφροπαθή.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 49 ετών, με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη. Από το ατομικό αναμνηστικό ανέφερε υπέρταση, ενώ δεν είχε γνωστές αλλεργίες.

Από το χειρουργικό αναμνηστικό ανέφερε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή και τοποθέτηση περιτοναϊκού καθετήρα προ 7ετίας, και είχε υποβληθεί σε οδοντιατρικές επεμβάσεις υπό τοπικό αναισθητικό χωρίς επιπλοκές.

Από την προεγχειρητική κλινικό και παρακλινικό έλεγχο δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα, πλην των αναμενόμενων. Η ασθενής διεγχειρητικά ήταν αιμοδυναμικά σταθερή. Κατά την επαναιμάτωση, δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη αιμοδυναμική μεταβολή (ΑΠ: 140/70mmHg, 62 σφύξεις/min). Πριν τη σύγκλειση του χειρουργικού τραύματος έγινε διήθηση με ροπιβακαΐνη 0,375% 20ml. Μετά από 18', κατά τη συρραφή του δέρματος, παρατηρήθηκε απότομη πτώση της ΑΠ και της καρδιακής παροχής (από 7,1 σε 2,5 L/min). Χορηγήθηκαν άμεσα H₁, H₂ αναστολείς και φαινελϋφρίνη, ενώ ΣΑΠ <65mmHg. Με χορήγηση νοραδρεναλίνης στάγδην διατηρήθηκαν τιμές ΣΑΠμεταξύ 80-90mmHg. Χορηγήθηκαν ταχέως κρυσταλλοειδή και κλήθηκαν καρδιολόγοι, διενεργήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα χωρίς ευρήματα (καλή συστολική λειτουργία) και στάλθηκε τροπονίνη η οποία ήταν αρνητική. Οι χειρουργοί αποφάσισαν διερεύνηση του χειρουργικού τραύματος, χωρίς τελικά ανεύρεση αιμορραγίας. Η ασθενής σταθεροποιήθηκε περίπου μια ώρα μετά το σύμβαμμα και αποφασίστηκε αποδιασωλήνωση και μεταφορά στη ΜΕΘ, για παρακολούθηση. Η ασθενής κατά την αφύπνιση της παραπονέθηκε για μούδιασμα γλώσσας.

Μετά διμήνιο, η ασθενής με καλή νεφρική λειτουργία, προσήλθε στο χειρουργείο για αφαίρεση του περιτοναϊκού καθετήρα. Το πρωτόκολλο αναισθησίας ήταν κοινό. Χορηγήθηκε ροπιβακαΐνη 0,375% σε μικρότερο όγκο (10ml) για τοπική διήθηση, οπότε εμφάνισε ξανά εικόνα ίδια με την προηγούμενη αλλά σε πιο ήπια μορφή, η οποία αντιμετωπίστηκε άμεσα με στάγδην χορήγηση νοραδρεναλίνης. Μετά την αποδιασωλήνωση, η ασθενής ανέφερε μεταλλική γεύση, η οποία έθεσε τη διάγνωση της τοξικότητας. Συμπεράσματα: Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η τοπική διήθηση με ροπιβακαΐνη φαίνεται να προκάλεσε εικόνα τοξικότητας παρότι στο φύλλο οδηγιών του σκευάσματος δεν αναφέρεται κάτι σχετικό. Σε εκτεταμένη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας δε βρέθηκε παρόμοιο σύμβαμμα.

ΕΑ17 Περιφερικός νευρικός αποκλεισμός για τον ακρωτηριασμό άκρου ποδός σε ασθενή υψηλού κινδύνου: αναφορά περιστατικού

Σοφία Παπαντωνάκη, Αικατερίνη Λάππα, Μαρία Δερμιτζάκη, Αθανασία Δραγατσίκη,
Σταύρος Χοχλιδάκης
Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης, Λασίθι, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι Περιφερικοί Νευρικοί Αποκλεισμοί παρουσιάζουν πολλά πλεονεκτήματα τα οποία τους καθιστούν μια ιδιαίτερα χρήσιμη αναισθησιολογική πρακτική.

Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδείξουμε την αποτελεσματικότητα των περιφερικών νευρικών αποκλεισμών σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για αναφορά περιστατικού για την οποία χρησιμοποιήσαμε στοιχεία από το αρχείο του αναισθησιολογικού τμήματος του νοσοκομείου μας.

Ανδρας 68 ετών, προσήλθε στο νοσοκομείο μας για την αντιμετώπιση οστεομυελίτιδας αριστερού άκρου ποδός. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται Αρτηριακή Υπέρταση, Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου Ι και Στεφανιαία Νόσος με Οξύ Εμφραγμα του Μυοκαρδίου προ 25ημέρου. Κρίθηκε απαραίτητος ο ακρωτηριασμός αριστερού άκρου ποδός λόγω οστεομυελίτιδας στα πλαίσια διαβητικής αγγειοπάθειας. Λόγω της επιβαρυνμένης γενικής κατάστασης ο ασθενής κρίθηκε υψηλού αναισθησιολογικού κινδύνου (ASA IV-E). Προτάθηκε ο περιφερικός νευρικός αποκλεισμός ως η ασφαλέστερη αναισθησιολογική αντιμετώπιση, την οποία ο ασθενής αποδέχτηκε. Εγινε περιφερικός αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου στον ιγνυακό βόθρο- οπίσθια προσπέλαση- και χορήγηση Ropivacaine 5 mg/ml (40ml συνολικά) μετά τον εντοπισμό του με βελόνη 22 G μήκους 50mm και νευροδιεγέρτη. Επιπλέον, έγινε έγχυση του ίδιου τοπικού αναισθητικού (7ml) υποδορίως, ξεκινώντας από το κνημιαίο κύρτωμα και προς τα έσω έως την οπίσθια επιφάνεια της κνήμης για τον αποκλεισμό του σαφηνούς νεύρου. Ο ασθενής παρακολουθούνταν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας έως και την έξοδο του από τη χειρουργική αίθουσα με ΗΚΓ, παλμική οξυμετρία, μη επεμβατική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης ενώ είχε τεθεί σε χορήγηση O₂ 2l μέσω ρινικού καθετήρα.

Αποτελέσματα: Επιτεύχθηκε πλήρης αισθητικός αποκλεισμός 20 λεπτά μετά την ολοκλήρωση της έγχυσης του τοπικού αναισθητικού ενώ στον ασθενή διεγχειρητικά χορηγήθηκαν μόνο 2 mg μιδαζολάμης. Η συνολική διάρκεια της επέμβασης ήταν 90 λεπτά. Το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικά ο ασθενής έλαβε μόνο παρακεταμόλη 1000mg/6ωρο αναφέροντας VAS (0-2).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, οι περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί αποτελούν μια ασφαλή εναλλακτική της γενικής αναισθησίας ή των κεντρικών νευρικών αποκλεισμών λόγω των ελάχιστων συστηματικών επιδράσεων, παρέχοντας επαρκή αναλγησία στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

Βιβλιογραφία

1. M. Canales et.al. The Popliteal Nerve Block in Foot and Ankle Surgery: An Efficient and Anatomical Technique. J.Anesth. Clin Res 2015;6:8
2. Oliver N. Schipper et.al. Ankle Block vs Single Shot Popliteal Fossa Block as Primary Anesthesia for Forefoot Operative Procedures: Prospective, Randomized, Comparison. American Orthopaedic Foot and Ankle Surgery 2017

ΕΑ18 Η συμβολή του Αμφοτερόπλευρου Αποκλεισμού της Περιτονίας του Ορθωτή Μυός της Ράχης στη μείωση των περιεγχειρητικά χορηγούμενων οπιοειδών στους ασθενείς που υποβάλλονται σε Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή

Φρειδερίκη Σηφάκη^{1,3}, Ιωάννης Μαντζώρος², Ελένη Κοράκη³, Στέλλα Μπαγντασαριάν³, Παναγιώτης Χρηστίδης³, Βαία Τσαπάρα³, Κασσιανή Θεοδωράκη¹

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

2Δ' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 3Αναισθησιολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (ΛΧ), μία από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις της γενικής χειρουργικής συνοδεύεται από μέτριο έως και σοβαρό μετεγχειρητικό πόνο. Ο Αποκλεισμός της Περιτονίας του Ορθωτή Μυός της Ράχης (ESPB) είναι ένας αποκλεισμός του κορμού που πραγματοποιείται για λόγους μετεγχειρητικής αναλγησίας σε ποικιλία χειρουργικών επεμβάσεων. Στη μελέτη αυτή, αναζητήσαμε τη συμβολή του ως περιεγχειρητική μέθοδο αναλγησίας, στη μείωση των περιεγχειρητικά χορηγούμενων οπιοειδών, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΛΧ.

Μέθοδοι: Η συγκεκριμένη μελέτη σχεδιάστηκε ως διπλή τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη, προοπτική μελέτη. 60 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν στην Ομάδα C (ESPB με N/S 0,9%), στην Ομάδα D (ESPB με ροπιβακαΐνη 0,375%, δεξμεδετομιδίνη 1 γ/kg) και στην Ομάδα R (ESPB με ροπιβακαΐνη 0,375%). Το ESPB πραγματοποιήθηκε αμφοτερόπλευρα πριν την εισαγωγή στη Γενική Αναισθησία, με υπερηχογραφική καθοδήγηση. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τις δοκιμασίες ANOVA, two-way ANOVA for repeated measures, Kruskal-Wallis και Spearman.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς παρέμειναν αιμοδυναμικά σταθεροί και δεν καταγράφηκαν μείζονες επιπλοκές καθ'όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική διεγχειρητική χορήγηση ρεμφεντανύλης μεταξύ των τριών Ομάδων. Η μέση κατανάλωση μορφίνης μέχρι και 24 ώρες μετεγχειρητικά, τα μέσα σκορ πόνου σε όλες τις χρονικές στιγμές καταγραφής και ο χρόνος κινητοποίησης των ασθενών βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά μικρότεροι στην Ομάδα D σε σχέση με την Ομάδα C καθώς και στην Ομάδα R σε σχέση με την Ομάδα C, αλλά δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ των Ομάδων R και D. Τα σκορ ικανοποίησης βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερα στην Ομάδα D σε σχέση με την Ομάδα C.

Συμπέρασμα: Η πραγματοποίηση του ESPB με ροπιβακαΐνη ή με ροπιβακαΐνη σε συνδυασμό με δεξμεδετομιδίνη στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΧ είναι μια καινοτόμος, ασφαλής και απλή μέθοδος που συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της περιεγχειρητικής αναλγησίας, στην αποφυγή των επιπλοκών που προκύπτουν από τη χορήγηση οπιοειδών και στην επίτευξη πολυδύναμης αναλγησίας.

ΕΑ19

Αντιμετώπιση του συνδρόμου αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης με επισκληρίδιο εμβάλωμα αίματος (epidural blood patch): μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή

Ζωή Μασούρου¹, Νικόλαος Παπαγιαννάκης², Δήμος-Δημήτριος Μητσικώστας², Κασσιανή Θεοδωράκη¹
¹ Α Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ² Α Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός: Η αυτόματη ενδοκράνια υπόταση αποτελεί ένα σπάνιο σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια τόσο ως προς την κλινική του εικόνα όσο και ως προς την πρόγνωσή του και το οποίο μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές, όπως το σχηματισμό υποσκληριδίου αιματώματος. Στόχος της κάτωθι περιγραφής περιστατικών είναι να τονίσει ότι η αυτόματη ενδοκράνια υπόταση συνιστά μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση για τον ιατρό, καθώς μπορεί να εμφανιστεί με ένα μεγάλο εύρος συμπτωμάτων, μπορεί να προκαλέσει υποσκληρίδιο αιμάτωμα και εάν η συντηρητική θεραπεία αποτύχει, τότε η τεχνική του επισκληρίδιου εμβάλωματος αίματος (epidural blood patch) μπορεί να είναι σωστή για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενούς και την αναστροφή της δυνητικά επικίνδυνης πορείας της ενδοκράνιας υπότασης. Αν και η ακριβής αιτιολογία του συνδρόμου παραμένει ασαφής, πιστεύεται ότι οφείλεται σε διαφυγή εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) από κάποιο σημείο στο κεντρικό νευρικό σύστημα ή σε χαμηλή πίεση ENY.

Παρουσίαση περιστατικού: Στην παρούσα σειρά συμπεριλήφθηκαν τρεις ασθενείς (δύο άνδρες και μια γυναίκα) ηλικίας 38-53 ετών, οι οποίοι εμφάνισαν όχι μόνο σημεία ορθοστατικής κεφαλαλγίας αλλά και συνοδά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας δύο υποσκληριδίων αιματωμάτων σε έναν εξ αυτών. Οι ασθενείς δεν ανταποκρίθηκαν στη συντηρητική θεραπεία και συνεπώς, δεδομένης της κλινικής και ακτινολογικής τους εικόνας που συνηγορούσαν υπέρ της διάγνωσης της αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης λόγω διαφυγής ENY, παρατέμφθηκαν στην Αναισθησιολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας για τη διενέργεια epidural blood patch (EBP). Η ακριβής εστία διαφυγής ENY είχε ταυτοποιηθεί με απεικονιστικές εξετάσεις, όπως η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και σπονδυλικής στήλης. Οι τρεις ασθενείς υπεβλήθησαν σε EBP με τη χρήση 18G επισκληριδίου βελόνας μεταξύ των επιπέδων Θ11-Ο3. Υπό άσηπτες συνθήκες πραγματοποιήθηκε συλλογή 30-43 ml αυτόλογου αίματος από την αριστερή βασιλική φλέβα, το οποίο και χορηγήθηκε στον επισκληρίδιο χώρο. Στην πράξη, πραγματοποιήθηκαν δυο οσφυϊκές (Ο1-Ο2, Ο2-Ο3) και μια θωρακική (Θ11-Θ12) επισκληριδίες χορηγήσεις αίματος. Το ενδιαφέρον έγκειται στο γεγονός ότι και οι τρεις ασθενείς ανέφεραν πλήρη ανακούφιση των συμπτωμάτων τους μετά τα EBP, η οποία επιβεβαιώθηκε και με τη βελτίωση της ακτινολογικής τους εικόνας.

Συμπέρασμα: Στην παρούσα αναφορά περιγράφονται τρία περιστατικά αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης με σημεία διαφυγής ENY που προέρχονταν από διάφορα επίπεδα του σπονδυλικού σωλήνα (αυχενικό, θωρακικό και οσφυϊκό). Η διενέργεια epidural blood patch κατάφερε να αποκαταστήσει τον όγκο του ENY και να ανακουφίσει τα επίμονα συμπτώματα των ασθενών. Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί σημαντικό διαγνωστικό εργαλείο που παρόλη την πιθανή αποτυχία ανάδειξης της ακριβούς

εντόπισης της διαφυγής ENY, μπορεί να συμβάλλει στην ανάδειξη εμμέσων σημείων χαμηλού όγκου αυτού. Η διενέργεια επισκληριδίου εμβολώματος αίματος αποτελεί μια καθιερωμένη και αποτελεσματική τεχνική αντιμετώπισης της αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης όταν αποτυγχάνει η συντηρητική θεραπεία.

Βιβλιογραφία

1. Limaye K, Samant R, Lee RW. Spontaneous intracranial hypotension: diagnosis to management. Acta Neurol Belg 2016; 116:119-25
2. Mokri B. Spontaneous low pressure, low CSF volume headaches: spontaneous CSF leaks. Headache 2013; 53:1034-53

ΕΑ20

Επίδραση iv χορήγησης Dexmedetomidine στον κινητικό και αισθητικό αποκλεισμό υπερήλικων ασθενών που υποβάλλονται σε υπαραχνοειδή αναισθησία για υποκεφαλικά κατάγματα ισχίου

Μανωλαράκη Μαρία¹, Λαζανάκη Ευαγγελία¹, Γεωργαλή Ελευθερία¹, Χαϊνάκη Ειρήνη¹, Πολάκη Νεκταρία¹, Στρούμπος Χαράλαμπος²

¹Αναισθησιολογικό τμήμα Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου, ²Καρδιοθωρακοχειρουργική κλινική ΠΓΝ Πατρών

Εισαγωγή: Επίδραση διεγχειρητικής χορήγησης δύο σχημάτων iv καταστολής με dexmedetomidine (Ομάδα D) ή propofol (Ομάδα P) σε υπερήλικες ασθενείς ≥ 80 ετών που υποβλήθηκαν σε υπαραχνοειδή αναισθησία για κατάγματα ισχίου στη διάρκεια κινητικού, αισθητικού αποκλεισμού, στο επίπεδο πόνου (κλίμακα VAS), και αναγκών MTX αναλγησίας καθώς και πιθανές επιπλοκές από τη χορήγηση των δυο ανωτέρω σχημάτων καταστολής έως και 48 h MTX.

Μέθοδος: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 60 ασθενείς ASA I-III που υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις καταγμάτων ισχίου. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν υπαραχνοειδή αναισθησία με διάλυμα τοπικού αναισθητικού Levobupivacaine 0.5% 10 mg + Fentanyl 20 μ g. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η ομάδα (D) έλαβε καταστολή με dexmedetomidine σε δόση 0.3 μ g/Kg σε 10 min και έγχυση 0.3-0.5 μ g/Kg/h. Η ομάδα (P) έλαβε καταστολή με propofol 10-30 mg bolus και ακολούθησε έγχυση 10-25 μ g/Kg/min ώστε να επιτευχθεί επίπεδο μέτριας καταστολής. Η χορήγηση καταστολής διακόπηκε στο τέλος της επέμβασης.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών των δύο ομάδων. Η πλήρης εγκατάσταση του κινητικού (Bromage I) και αισθητικού αποκλεισμού (VAS=0 επίπεδο Θ_{10}) και στις δύο ομάδες έγινε σε 15 min από την υπαραχνοειδή έγχυση. Η διάρκεια του κινητικού αποκλεισμού στην ομάδα P ήταν 2.42 h $\pm$ 17,35 min ενώ στην ομάδα D 4,13 h $\pm$ 15,55 min.

Ο χρόνος υποχώρησης του αισθητικού αποκλεισμού κατά δύο δερμοτόμια ήταν 2.98 h $\pm$ 30.21 min (ομάδα P) και 4.54 h $\pm$ 39.21 min (ομάδα D).

Οι ασθενείς της ομάδας D ζήτησαν πρώτη φορά αναλγησία (VAS > 3) MTX σε 19.8 h $\pm$ 2.76 h ενώ της ομάδα P σε 4.16 h $\pm$ 1 h

Δεν υπήρξαν σημαντικές αιμοδυναμικές διαταραχές στους ασθενείς και των δύο ομάδων.

Συμπέρασμα: Η διεγχειρητική ενδοφλεβια χορήγηση dexmedetomidine παρατείνει σημαντικά τόσο τον αισθητικό όσο και τον κινητικό αποκλεισμό υπερήλικων ασθενών που υποβάλλονται σε υπαραχνοειδή αναισθησία για επιδιόρθωση υποκεφαλικών καταγμάτων ισχίου, αυξάνει σημαντικά την διάρκεια της MTX αναλγησίας και μειώνει τις απαιτήσεις σε αναλγητικά σκευάσματα 48 ώρες MTX

Kubre J et al. Single dose intravenous dexmedetomidine prolongs spinal anesthesia with hyperbaric bupivacaine. Anesth Essays Res. 2016 May-Aug; 10(2): 273-277

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιοχική Αναισθησία I

ΕΑ21

Η συμβολή του Συνεχούς Αμφοτερόπλευρου Αποκλεισμού της Περιτονίας του Ορθωτή Μυός της Ράχης στη Θωρακοχειρουργική. Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού

Φρειδερίκη Σηφάκη, Δέσποινα Σαρρίδου, Θεοδώρα Αστέρη
Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Ο μετεγχειρητικός πόνος των ασθενών μετά από θωρακοχειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι μέτριος έως και σοβαρός, ενώ συχνά καταγράφεται η μετάπτωσησή του σε χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο. Η διαχείρισή του μπορεί να επιτευχθεί με πραγματοποίηση θωρακικής επισκληρίδιου, νευρικών αποκλεισμών του κορμού και τεχνικών πολυδύναμης αναλγησίας. Παρουσιάζουμε αυτό το ενδιαφέρον περιστατικό με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συνεχούς αμφοτερόπλευρου αποκλεισμού της περιτονίας του ορθωτή μυός της ράχης (ESPB) ως μια μέθοδο περιεγχειρητικής αναλγησίας, σε έναν ασθενή που υποβλήθηκε σε λοβεκτομή.

Μέθοδοι: Πρόκειται για παχύσαρκο ασθενή 59 ετών, ASA III, ο οποίος υποβλήθηκε, υπό γενική αναισθησία, σε λοβεκτομή του δεξιού άνω και μέσω λοβού, λόγω καρκίνου. Ο ασθενής έπασχε από αποφρακτική υπνική άπνοια, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και υπερχοληστερολαιμία. Το ESPB πραγματοποιήθηκε στο επίπεδο Θ5 με χρήση υπερηχογραφικής καθοδήγησης και χορήγηση ροπιβακαΐνης 0,375%, ενώ τοποθετήθηκε καθετήρας συνεχούς έγχυσης, για την αποφυγή περιεγχειρητικής χορήγησης μεγάλων δόσεων οπιοειδών.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός διεγχειρητικά και καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του, χωρίς ανάγκη χορήγησης οπιοειδών. Κάθε 12 ώρες και για 2 ημέρες, του χορηγούνταν 20 ml Ροπιβακαΐνης 0,375% από κάθε καθετήρα συνεχούς έγχυσης, ενώ η μετεγχειρητική αναλγησία του περιελάμβανε τη χορήγηση Παρακεταμόλης 1000 mg κάθε 6 ώρες. Τα σκορ στην κλίμακα πόνου ήταν <3, με αυξημένα σκορ ικανοποίησης του ασθενή από τη μετεγχειρητική αναλγησία.

Συμπεράσματα: Η πραγματοποίηση του συνεχούς ESPB, σε συνδυασμό με τη χορήγηση ενδοφλέβιων αναλγητικών παραγόντων, συμβάλλει στην επίτευξη ασφαλούς, περιεγχειρητικής, πολυδύναμης αναλγησίας, ελεύθερης από οπιοειδή, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ανοιχτή θωρακοτομή. Σίγουρα, περισσότερες μελέτες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν για την επιβεβαίωση αυτών των αποτελεσμάτων.

ΕΑ22

Αναστροφή υπαραχνοειδούς αναισθησίας σε επικείμενη εγκατάσταση ολικής υπαραχνοειδούς αναισθησίας με τη χρήση διαλύματος Intralipid 20% σε επίτοκο για προγραμματισμένη καισαρική τομή

Πέτρος Καραγκούνης¹, Δημήτρης Επιτρόπου², Μαρίνα Σαγώνα¹, Αστέριος Ρίζος¹
¹Μαιευτική κλινική "ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ", Λάρισα, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα 404 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: αναστροφή ολικής υπαραχνοειδούς αναισθησίας

Παρουσίαση περιστατικού: Επίτοκος 28 ετών, 1.62m και 72kg, με ελεύθερο ιστορικό, φυσιολογική πορεία εγκυμοσύνης και φυσιολογικές εργαστηριακές εξετάσεις, προγραμματίζεται για ΚΤ στο δεύτερο παιδί της (λόγω προηγηθείσας ΚΤ).

Αποφασίζεται και εφαρμόζεται υπαραχνοειδής αναισθησία στο επίπεδο Ο3-Ο4 με ατραυματική βελόνη 25G pencil point με οδηγό και χρήση Ropivacaine 7,5mg/ml ποσότητα 2ml + 20mcg Fentanyl. Η τεχνική παραμένει άσηπτη, αναίμακτη και ανεπίπλοκη έως την ολοκλήρωσή της.

Μετά την αναισθησία η επίτοκος τίθεται σε ύπτια θέση με ελαφρά αριστερή κλίση του σώματος.

Τοποθετείται καθετήρας ουροδόχου κύστεως και ξεκινά η χειρουργική αντισηψία του δέρματος.

Τρία λεπτά μετά την αναισθησία η επίτοκος παρουσιάζει πτώση ΑΠ με τιμές 85/45 mmHg οπότε και χορηγείται Ephedrine 10mg iv. (τιμές ΑΠ προ αναισθησίας 130/60 mmHg).

Η επίτοκος παραπονείται για δυσκολία στην αναπνοή και μερικά λεπτά αργότερα παρουσιάζει αδυναμία κατάποσης, δυσκολία στην αναπνοή, αδυναμία άνω άκρων και βράγχος φωνής. Προ της εγκατάστασης ολικής υπαραχνοειδούς αναισθησίας αποφασίζεται η χορήγηση διαλύματος intralipid 20%. Ξεκινά άμεσα η χορήγηση 20ml διαλύματος iv bolus και στη συνέχεια στάγδην χορήγηση 100ml με άμεσα αποτελέσματα. Η αδυναμία κατάποσης υποχωρεί μετά από 10-15 λεπτά καθώς και η αδυναμία άνω άκρων και το βράγχος φωνής ενώ βελτιώνεται σημαντικά η αναπνοή της, χωρίς την ανάγκη αναισθησιολογικής υποστήριξης. Αξιοσημείωτο είναι πως στο τέλος της επέμβασης, η οποία είχε διάρκεια 50 λεπτά, η επίτοκος έχει ανακτήσει κινητικότητα κάτω άκρων και είναι ικανή να μεταφερθεί στο φορείο μόνη της. Τυπικά συμπτώματα ολικής υπαραχνοειδούς αναισθησίας αποτελούν η πτώση ΑΠ, η δυσκολία στην αναπνοή, η αδυναμία των άνω άκρων που προηγούνται ενδεχόμενης καρδιακής ανακοπής και τα οποία μπορεί να εμφανιστούν μερικά λεπτά μετά την έγχυση του τοπικού αναισθητικού[1]. Μερικές φορές τα συμπτώματα είναι άτυπα και δύσκολο να αναγνωριστούν[2].

Συμπέρασμα: Η χρήση διαλύματος intralipid 20% αποτελεί μια αποτελεσματική, σχετικά άμεση και ασφαλή επιλογή σε παρουσία ολικής υπαραχνοειδούς αναισθησίας.

6. Gillies ID, Morgan M (1973) Accidental total spinal analgesia with bupivacaine. Anaesthesia 28: 441-445

1. Siddik-Sayyid SM, Gellad PH, Aouad MT (2012) Total spinal block after spinal anesthesia following ongoing epidural analgesia for cesarian delivery. J Anesth 26: 312-313

ΕΑ23

Σύγκριση δύο διαφορετικών διαλυμάτων τοπικού αναισθητικού (με ή χωρίς την προσθήκη οπιοειδούς) για την επισκληρίδια μετεγχειρητική αναλγησία μετά από καισαρική τομή

Σπανόπουλος Κωνσταντίνος, Παπαγιαννοπούλου Οφηλία, Κουσίδης Ιωάννης, Αναγνώστου Γεώργιος, Ζωγραφίδου Πολυξένη, Τσιότσιου Μαρία, Γόγαλη Δέσποινα, Πίνας Δημήτρης, Γρένδα Γεωργία, Ιουλία Γρηγορίου, Γκουτζιομήτρου Ευαγγελία
Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι η σύγκριση όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια αλλά και τις πιθανές παρενέργειες ανάμεσα σε ένα διάλυμα ροπιβακαίνης 0,25% και σε αυτό ροπιβακαίνης 0,2% αναμεμιγμένης με 0,025mg/ml μορφίνη, όταν αυτά χορηγούνται σε συνεχή επισκληρίδια έγχυση για τη μετεγχειρητική αναλγησία μετά από καισαρική τομή.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήσαμε 55 επίτοκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή με συνδυασμένη ραχιαία-επισκληρίδια αναισθησία. Αρχικά χορηγήθηκαν υπαραχνοειδώς 2 έως 2,3ml ροπιβακαίνης 0,75% (15mg-17,25mg) μαζί με 0,3ml (0,015mg) φεντανύλης, διαμέσου βελόνης G27 και στη συνέχεια τοποθετήθηκε ο επισκληρίδιος καθετήρας, διαμέσου της βελόνης Tuohy, για τη μετεγχειρητική αναλγησία. 2 ώρες μετά την αρχική υπαραχνοειδή χορήγηση της αναισθησίας ώστε να υποβληθούν οι επίτοκες στην καισαρική τομή – και αφού πλέον η διαδικασία της επέμβασης είχε ολοκληρωθεί - η ομάδα Α (n=29) ξεκίνησε να λαμβάνει διαμέσου του επισκληρίδιου καθετήρα διάλυμα ροπιβακαίνης 0,25% με ρυθμό χορήγησης 7ml/h, ενώ η ομάδα Β (n=26) ξεκίνησε να λαμβάνει διάλυμα ροπιβακαίνης 0,2% αναμεμιγμένης με 0,025mg/ml μορφίνης, με τον ίδιο ρυθμό χορήγησης. Αξιολογήθηκαν ο βαθμός του κινητικού και αισθητικού αποκλεισμού (κάνοντας χρήση των Bromage score και VAS score 1-10) 2h, 4h, 8h και 12h μετά το πέρας της επέμβασης. Επίσης αξιολογήθηκαν οι αιμοδυναμικές παράμετροι (αρτηριακή πίεση και καρδιακή συχνότητα) κατά τις ίδιες χρονικές στιγμές.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες όσον αφορά τον αισθητικό αποκλεισμό και το αναλγητικό αποτέλεσμα (VAS score) όμως υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον κινητικό αποκλεισμό, ο οποίος ήταν πιο έντονος στην ομάδα Α (Bromage score στην ομάδα Α 0,7±0,5 vs 0,2±0,4 στην ομάδα Β, p=0,002). Τέλος, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις αιμοδυναμικές παραμέτρους ανάμεσα στις δύο ομάδες κατά τις χρονικές στιγμές που έγιναν οι μετρήσεις.

Συμπεράσματα: Η χρήση στην ομάδα Β συνδυασμού του τοπικού αναισθητικού (ροπιβακαίνη 0,2%) μαζί με μορφίνη 0,025mg/ml εξασφάλισε μια εξίσου αποτελεσματική αναλγησία σε σχέση με αυτή της ομάδας Α (ροπιβακαίνη 0,25%) προσφέροντας παράλληλα σημαντικά χαμηλότερο κινητικό αποκλεισμό.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιοχική Αναισθησία I

ΕΑ24 Αξιολόγηση δύο διαφορετικών μεθόδων αναλγησίας για το τοκετό ανάλογα με τον τρόπο χορήγησης του διαλύματος τοπικού αναισθητικού επισκληριδώς

Κωνσταντίνος Σπανόπουλος, Γεώργιος Αναγνώστου, Ιωάννης Π. Κουσίδης, Οφηλία Παπαγιαννοπούλου, Πολυξένη Ζωγραφίδου, Μαρία Τσιόττσιου, Δέσποινα Γόγαλη, Δημήτριος Πίνας, Γεωργία Γρένδα, Ιουλία Γρηγορίου, Ευαγγελία Γκουτζιομήτρου
Γ.Ν.Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Η χρήση ενός διαλύματος τοπικού αναισθητικού μαζί με οποιοσδήποτε σε συνεχή έγχυση επισκληριδώς στον τοκετό είναι αμφιλεγόμενη. Θεωρείται από πολλούς ότι παρατείνει χρονικά το δεύτερο στάδιο του τοκετού, αυξάνει τη συχνότητα εμβρυοσυλκίας καθώς και τη συνολικά χορηγούμενη δόση του φαρμάκου χωρίς όμως να βελτιώνει την αναλγησία σε σύγκριση με τη χρήση του ιδίου διαλύματος σε διαλείπουσες εφάπαξ δόσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Η μελέτη αυτή σχεδιάστηκε έτσι ώστε να συγκρίνει αυτές τις δύο τεχνικές.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη αυτή συμπεριλήφθηκαν 60 επίτοκες, μονότοκες. Η επισκληριδία αναλγησία ξεκίνησε με μια εφάπαξ έγχυση 10ml ροπιβακαίνης 0.1% και στις δύο ομάδες. Η ομάδα Α έλαβε στη συνέχεια ροπιβακαίνη 0.15% με φεντανύλη 2μg/ml σε συνεχή έγχυση με ρυθμό 10ml/h για όλη τη διάρκεια του τοκετού, ενώ η ομάδα Β λάμβανε την ίδια ωριαία δόση αλλά σε εφάπαξ χορηγήσεις των 5ml ανά 30 min επισκληριδώς. Και οι δύο ομάδες είχαν τη δυνατότητα χορήγησης εφάπαξ επιπλέον δόσεων 5ml του ιδίου διαλύματος (αλλά όχι σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 20min ανάμεσα στις επιπλέον δόσεις). Αξιολογήθηκαν η συνολική ποσότητα του τοπικού αναισθητικού που έλαβαν οι επίτοκες, η διάρκεια του 2ου σταδίου και η μέθοδος του τοκετού (υποβοηθούμενος ή μη, ή καισαρική τομή), η κινητική ικανότητα των επιτόκων με τη μέθοδο Bromage και η ένταση του πόνου με την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) ανά 20min.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξαν διαφορές στη διάρκεια του τοκετού (one way ANOVA), στο Bromage score των επιτόκων και στη μέθοδο τοκετού ανάμεσα στις ομάδες (x2 test). Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις καταγραφές την έντασης του πόνου ανάμεσα στις ομάδες (two-way ANOVA για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις), όμως σε κάποιες μεμονωμένες χρονικές στιγμές η ομάδα Α παρουσίασε υψηλότερες τιμές VAS score παρόλο που έλαβε μεγαλύτερη ποσότητα του τοπικού αναισθητικού στο σύνολο σε σχέση με την ομάδα Β (180ml v/s 162ml, p=0.04).

Συμπέρασμα: Η χρήση της διαλείπουσας εφάπαξ υποχρεωτικής έγχυσης αντί της συνεχούς υποχρεωτικής έγχυσης συνοδεύεται από χαμηλότερη συνολική κατανάλωση και κατά διαστήματα ικανοποιητικότερη αντιμετώπιση του πόνου.

ΕΑ25 Πρόληψη της μαιευτικής υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία για καισαρική τομή με συνεχή έγχυση νοραδρεναλίνης: το είδος και ο χρόνος των χορηγούμενων υγρών έχει σημασία?

Κασσιανή Θεοδωράκη¹, Σοφία Χατζηλία², Δημήτριος Βαλσαμίδης², Κωνσταντίνα Καλοπίτα², Εμμανουήλ Σταματάκης²

1Α Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σκοπός: Η ραχιαία αναισθησία κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής μπορεί να επιπλακεί από υπόταση με ανεπιθύμητες ενέργειες τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Πρόσφατα έχει αναδειχτεί η ευνοϊκή δράση της νοραδρεναλίνης ως αγγειοσυσπαστικού παράγοντα στο μαιευτικό πληθυσμό. Μία άλλη τεχνική που χρησιμοποιείται ευρέως στην πρόληψη της υπότασης είναι η χορήγηση υγρών. Οι τελευταίες ενδείξεις σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία υποδηλώνουν ότι ο συνδυασμός χορήγησης υγρών και αγγειοσυσπαστικών παραγόντων πρέπει να αποτελεί την κύρια στρατηγική για την πρόληψη και αντιμετώπιση της μαιευτικής υπότασης. Ο στόχος αυτής της τυχαιοποιημένης μελέτης

ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του συνδυασμού συνεχούς έγχυσης νοραδρεναλίνης και προχορήγησης κολλοειδών έναντι του συνδυασμού συνεχούς έγχυσης νοραδρεναλίνης και συγχορήγησης κρυσταλλοειδών στην πρόληψη της υπότασης κατά τη διάρκεια εκλεκτικής καισαρικής τομής υπό συνδυασμένη υπαραχνοειδή-επισκληρίδιο αναισθησία

Υλικό & Μέθοδος: 100 επίτοκες τυχαιοποιήθηκαν είτε σε προχορήγηση 5 mL/kg υδροξυαιθυλάμυλου πριν τη ραχιαία αναισθησία (προχορήγηση κολλοειδούς) είτε σε συγχορήγηση 10 mL/kg διαλύματος Ringer's Lactate με έναρξη χορήγησης συγχρόνως με την υπαραχνοειδή έγχυση (συγχορήγηση κρυσταλλοειδούς). Και στις δύο ομάδες χορηγήτο συγχρόνως νοραδρεναλίνη σε συνεχή έγχυση με έναρξη χορήγησης συγχρόνως με την υπαραχνοειδή έγχυση. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η επίπτωση της υπότασης (ΣΑΠ<80% της baseline τιμής). Παράλληλα υπήρξε καταγραφή της επίπτωσης της σοβαρής υπότασης (ΣΑΠ<80 mmHg), της συνολικής δόσης της χορηγηθείσας bolus εφεδρίνης, τυχόν ανεπιθύμητων δράσεων στην επίτοκο ενώ καταγράφηκαν η οξεοβασική οσορροπία, τα αέρια αίματος και το Apgar score του νεογνού.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην επίπτωση της υπότασης (13.7% vs. 16.3%, $p=0.933$) ή της σοβαρής υπότασης (0% vs. 4%, $p=0.238$) μεταξύ της ομάδας προχορήγησης κολλοειδών και της ομάδας συγχορήγησης κρυσταλλοειδών αντίστοιχα. Η χορηγηθείσα δόση εφεδρίνης ήταν 0[0-15] mg (median [range]) στην ομάδα προχορήγησης κολλοειδούς έναντι 0[0-10] mg (median[range]) στην ομάδα συγχορήγησης κρυσταλλοειδούς ($p=0.807$). Δεν αναδείχτηκαν σημαντικές διαφορές στις ανεπιθύμητες δράσεις στην επίτοκο ή στις νεογνικές εκβάσεις μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα: Η επίπτωση της υπότασης κατά τη διάρκεια εκλεκτικής καισαρικής τομής είναι χαμηλή και συγκρίσιμη όταν χρησιμοποιείται συνεχής έγχυση νοραδρεναλίνης σε συνδυασμό είτε με προχορήγηση κολλοειδών είτε με συγχορήγηση κρυσταλλοειδών. Ενδεχομένως υπάρχει μια οριακή υπεροχή της προχορήγησης κολλοειδών στην πρόληψη της σοβαρής υπότασης, για την οποία όμως στο παρόν πρωτόκολλο δεν ανεδείχθη στατιστική σημαντικότητα. Φαίνεται ότι το βέλτιστο σχήμα για την πρόληψη της μαιευτικής υπότασης είναι ο συνδυασμός χορήγησης υγρών και σύγχρονης χορήγησης προφυλακτικά ενός αγγειοσυσπαστικού παράγοντα όπως η νοραδρεναλίνη.

Βιβλιογραφία:

7. Fitzgerald JP, et al. Prevention of hypotension after spinal anaesthesia for caesarean section: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Anaesthesia* 2020; 75:109–21
1. Rijs K, et al. Fluid loading therapy to prevent spinal hypotension in women undergoing elective caesarean section. Network meta-analysis, trial sequential analysis and meta-regression. *Eur J Anaesthesiol* 2020; 37:1126-32

ΕΑ26

Πρόληψη της υπότασης κατά τη διάρκεια εκλεκτικής καισαρικής τομής με συνδυασμό συγχορήγησης κολλοειδών και συνεχούς έγχυσης αγγειοσυσπαστικού παράγοντα. Μια συγκριτική τυχαιοποιημένη μελέτη

Ζωή Μασούρου¹, Κασσιανή Θεοδωράκη¹

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

Σκοπός: Η ραχιαία αναισθησία θεωρείται σήμερα ως αναισθητική μέθοδος εκλογής στην καισαρική τομή αλλά μπορεί να επιπλακεί από υπόταση, με σοβαρές επιπτώσεις για την επίτοκο και για το νεογνό. Μία από τις δόκιμες τακτικές για την πρόληψη της υπότασης είναι η χορήγηση διαλύματος συνεχούς έγχυσης φαινυλεφρίνης, η οποία όμως μπορεί να οδηγήσει σε μέσω των τασεουποδοχέων επαγόμενη αντανakλαστική βραδυκαρδία της μητέρας, με δυσμενείς επιδράσεις στην καρδιακή παροχή. Σε αυτό το πλαίσιο, έχει προταθεί η χρήση νοραδρεναλίνης, η οποία έχει και ασθενή αγωνιστική δράση στους β-αδρενεργικούς υποδοχείς οπότε ενδεχομένως συνδέεται με μικρότερη τάση για ελάττωση της καρδιακής συχνότητας και της καρδιακής παροχής. Μία άλλη τεχνική που χρησιμοποιείται ευρέως στην πρόληψη της υπότασης είναι η χορήγηση υγρών. Συγκεκριμένα, η συγχορήγηση κολλοειδών έχει αποδειχτεί ότι αποτελεί αποτελεσματική στρατηγική στην πρόληψη της μαιευτικής υπότασης. Ο στόχος αυτής της τυχαιοποιημένης διπλής τυφλής μελέτης ήταν να αναδειχτεί αν η προσθήκη χορήγησης διαλύματος φαινυλεφρίνης ή νοραδρεναλίνης επιπλέον της συγχορήγησης κολλοειδών εξασφαλίζει μεγαλύτερη σταθερότητα της αιμοδυναμικής κατάστασης της επιτόκου και ευνοϊκότερο μεταβολικό pro

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιοχική Αναισθησία I

file στο νεογνό, σε σχέση με την απλή συγχορήγηση κολλοειδών κατά τη διάρκεια εκλεκτικής καισαρικής τομής υπό συνδυασμένη υπαραχνοειδή-επισκληρίδιο αναισθησία.

Υλικό & Μέθοδος: 120 επίτοκες τυχαιοποιήθηκαν σε συνεχή έγχυση είτε φαινυλεφρίνης 50 µg/min (ομάδα P) είτε νοραδρεναλίνης 4 µg/min (ομάδα N) είτε placebo (ομάδα C). Τα χορηγούμενα διαλύματα χορηγούνταν με ρυθμό 30 ml/h προς εξασφάλιση της τυφλής φύσης της μελέτης ενώ συγχρόνως και στις τρεις ομάδες έλαβε χώρα συγχορήγηση διαλύματος υδροξυαιθυλάμυλου 10 mL/kg, με έναρξη χορήγησης συγχρόνως με την υπαραχνοειδή έγχυση (τεχνική συγχορήγησης). Πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η επίπτωση της υπότασης ($SAP < 80\%$ της baseline τιμής). Παράλληλα καταγράφηκαν οι αιμοδυναμικές μεταβλητές της επιτόκου σε συγκεκριμένα χρονικά σημεία με τη χρήση μη επεμβατικής μεθόδου (Edwards Lifesciences ClearSight System), η επίπτωση αντιδραστικής υπέρτασης, βραδυκαρδίας, η απαίτηση για bolus χορήγηση αγγειοσυσπαστικών παραγόντων καθώς και η οξεοβασική ισορροπία, τα αέρια αίματος και το Apgar score του νεογνού.

Αποτελέσματα: Η επίπτωση της υπότασης ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα C έναντι της ομάδας P καθώς και στην ομάδα C έναντι της ομάδας N ($p=0.024$ και 0.073 , αντίστοιχα). Ο αριθμός των bolus χορηγήσεων αγγειοσυσπαστικού παράγοντα ήταν υψηλότερος στην ομάδα C έναντι της ομάδας P καθώς και στην ομάδα C έναντι της ομάδας N ($p=0.001$ και 0.003 , αντίστοιχα). Η επίπτωση της βραδυκαρδίας ήταν υψηλότερη στην ομάδα P έναντι της ομάδας N ($p=0.018$). Η επίπτωση αντιδραστικής υπέρτασης ήταν υψηλότερη στην ομάδα P έναντι της ομάδας N καθώς και στην ομάδα P έναντι της ομάδας C ($p=0.029$ και 0.005 , αντίστοιχα). Η ανάγκη για τροποποίηση του ρυθμού έγχυσης ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα P έναντι της ομάδας N καθώς και στην ομάδα P έναντι της ομάδας C ($p<0.001$ και $p=0.002$, αντίστοιχα). Το pH του αίματος της ομφαλικής φλέβας ήταν υψηλότερο στις ομάδες N και P έναντι της ομάδας C ($p<0.001$), το PO_2 του αίματος της ομφαλικής φλέβας ήταν υψηλότερο στην ομάδα N έναντι της ομάδας C ($p=0.023$) ενώ τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος της ομφαλικής φλέβας ήταν υψηλότερα στην ομάδα N σε σχέση με την ομάδα C ($p=0.025$) καθώς και στην ομάδα N σε σχέση με την ομάδα P, χωρίς ανάδειξη στατιστικής σημαντικότητας. Αυξημένες αγγειακές αντιστάσεις (SVRI) και αυξημένες τιμές SAP σε συγκεκριμένες χρονικές φάσεις αναδείχτηκαν στην ομάδα P έναντι των άλλων δύο ομάδων ενώ τέλος δεν υπήρξαν διαφορές στα Apgar scores των νεογνών.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός συνεχούς έγχυσης νοραδρεναλίνης και συγχορήγησης κολλοειδών διαφαίνεται ότι αποτελεί το βέλτιστο τρόπο διαχείρισης καθώς εξασφαλίζει αιμοδυναμική σταθερότητα και ευνοϊκό οξεοβασικό προφίλ του νεογνού κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής, με πλεονεκτήματα και έναντι του συνδυασμού συνεχούς έγχυσης φαινυλεφρίνης-συγχορήγησης κολλοειδών και έναντι της συγχορήγησης κολλοειδών χωρίς τη συνεχή έγχυση κάποιου αγγειοσυσπαστικού παράγοντα. Η υψηλότερη συγκέντρωση γλυκόζης στο εμβρυικό αίμα στην ομάδα N μπορεί να οφείλεται στην επαγόμενη από κατεχολαμίνες διέγερση του μεταβολισμού της γλυκόζης καθώς και σε ελάττωση της απελευθέρωσης ινσουλίνης μέσω διέγερσης των β-υποδοχέων.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Χρόνιος Πόνος II

EA27 Electrical stimulation of the auricle in chronic nociceptive pain: neurobiological basis and clinical practice

Giancarlo Bazzoni^{1,2,3,4}, Alessio Pirino¹, Nikos Daskalakis^{2,4}

¹ CERNATEC Research Centre on Auricular Neuromodulation and Complementary Therapies University of Sassari.

² IANMA International Auricular Neuromodulation Academy - Sassari

³ SIRAA Italian Society of Reflexotherapy, Acupuncture and Auricular Therapy – Torino

⁴ HMSAA Hellenic Medical Society of Auricular Acupuncture - Member of ICMART

Nociceptive pain results from the activation of sensory receptors to noxious stimuli (nociceptors). Several Authors argue that the term chronic nociceptive pain should not be used only when the pain persists for some time but only when signs and symptoms of sensitization are present. Prolonged or intense exposure to these stimuli enhances the responsiveness of nociceptive nerve fibers, as in the case of exposure to chemical mediators during inflammation.

Over time there is an increase action-potential firing and transmitter release in the dorsal horn of the spinal cord, where somatosensory information is processed. Dorsal horn neurons react to the rising input with heightened excitability, a process termed central sensitization. Central sensitization generates an exaggerated response to painful stimuli (hyperalgesia) and contributes to pain elicited by normally non-painful stimuli (allodynia).

The inhibitory action of t-VNS (transcutaneous Vagus Nerve Stimulation) together with enhanced brain plasticity, as well as anti-inflammatory effects, counteract the mechanism of central sensitization.

The Auricular Neuromodulation (ANM) is a therapeutic technique based on the stimulation of the outer ear through different methods (microneedles, beads, electrical stimulation); it can be considered the modern and scientific evolution of the auricular acupuncture.

The ANM is scientifically based on the particular innervation of the ear, mainly supplied from the trigeminal and vagus nerves and from the cervical plexus. Therefore, through the ANM we can get a noninvasive auricular vagal, trigeminal and spinal stimulation-modulation, which allows to treat functional disorders or several diseases including chronic nociceptive pain.

In order to further validate the effectiveness of auricular stimulation in the treatment of chronic (persistent) nociceptive pain, a study was conducted at CERNATEC Research Center on Auricular Neuromodulation and Complementary Therapies of the University of Sassari, within the period January 2016 – 2020.

Ninety (90) patients, suffering from chronic (persistent) nociceptive pain (> 3 months - < 6 months) in the upper limb, were divided by computerized randomization into 3 groups (A, B e C) of 30. All the participants received CEA (Continuous Ear Acupuncture) with one semi-permanent needle (SPN), positioned on a RPPP (Reflex Painful at Pressure Point) homolateral to the pain site. ATENS (Auricular Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) has been associated to this stimulation. ATENS has been operated in real and sham form, depending on the patient's group.

ATENS stimulation length: 20 minutes each time for 3 days a week for 2 weeks.

- 1) In the patients of the Group A the RPPP was stimulated with real ATENS;
- 2) In the patients of the control Group B the RPPP was stimulated with sham ATENS (device not working);
- 3) In the patients of the control Group C the stimulation has been practiced on an "ineffective" point on the lobe.

The pain was evaluated by utilizing the VAS (Visual Analogue Scale).

The VAS was administered before the first therapeutic session (Pressure Pain Test + CEA + ATENS) (To) and after 7 days (T1), 14 days (T2).

Significant differences in pain score were observed at T1, T2. Pain reduction is present in both groups, but is significantly higher in the group A, treated on the effective ear point. The study confirms the efficacy of auricular stimulation in the treatment of nociceptive chronic (persistent) pain.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Χρόνιος Πόνος II

ΕΑ28 Αντιμετώπιση πόνου οφειλόμενου σε άσηπτη νέκρωση κεφαλής μηριαίου και βραχιονίου οστού με βελονισμό

Μουτζούρη Αστέρω, Τσαρουχά Αθανασία, Σιαφάκα Ιωάννα
Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η άσηπτη νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου και του βραχιονίου οστού είναι συχνή αιτία μυοσκελετικής αναπηρίας αγνώστου αιτιολογίας. Διάφοροι παράγοντες τραυματικοί και μη (κορτιζόνη, δρεπανοκυτταρική αναμία, χρήση αλκοόλ) έχουν ενοχοποιηθεί. Ο βελονισμός θεωρείται μία ασφαλής θεραπεία αντιμετώπισης του μυοσκελετικού πόνου.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού αντιμετώπισης πόνου οφειλόμενου σε άσηπτη νέκρωση κεφαλής του μηριαίου και του βραχιονίου οστού λόγω χρήσης κορτιζόνης.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για γυναίκα 61 ετών με αφόρητο πόνο στα ισχία και στους ώμους από 6μηνου (VAS=10) υπό αγωγή με τραμαδόλη και αντιφλεγμονώδη. Ο πόνος συνοδεύεται με δυσκολία στη βάδιση και στις κινήσεις των άνω άκρων. Η ασθενής παραπέμπεται από Ορθοπαιδικό στο ιατρείο πόνου και Παρηγορικής Αγωγής με διάγνωση άσηπτης νέκρωσης κεφαλής μηριαίων και βραχιονίων οστών.

Από το ιστορικό της αναφέρονται:

2007-2013: ιδιοπαθής θρομβοπενία η οποία αντιμετωπίστηκε με κορτιζόνη. Δεκέμβριος 2019 έως σήμερα: Νόσος Devic, η οποία αντιμετωπίζεται με κορτιζόνη και ριτουξιμπη.

Απρίλιος 2021. Διάγνωση νέκρωσης κεφαλής μηριαίων και βραχιονίων οστών.

Για την αντιμετώπιση του πόνου έγινε συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής (πρεγκαμπαλίνη, οξυκοδόνη με παρακεταμόλη) και βελονισμού.

Εγιναν συνολικά δεκαπέντε συνεδρίες βελονισμού (1συνεδρία/εβδομάδα) παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή. Κάθε συνεδρία είχε διάρκεια 30 min. Σημεία βελονισμού που επιλέχθηκαν: ΠΕ4, ΠΕ15, Π1, ΛΕ9,10,11,12, ΛΕ3, Α.Α8, ΤΘ5 ΟΚ40, ΣΠ9,10, ΣΤ36,32, ΧΚ30,41,34,ΟΚ40.

Αποτελέσματα: Μετά την εφαρμογή των πρώτων πέντε συνεδριών βελονισμού παρατήρηθηκε 50% μείωση της βαθμολογίας πόνου (VAS=5).

Στο τέλος των δεκαπέντε συνεδριών καταγράφηκε περαιτέρω μείωση του πόνου

(VAS=3), βελτίωση της κινητικότητας και ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης.

Συμπεράσματα: Ο βελονισμός μπορεί να συμπεριληφθεί στη συντηρητική θεραπεία της νέκρωσης κεφαλής μηριαίου και βραχιονίου οστού ανακουφίζοντας τον ασθενή από τον πόνο και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του.

Βιβλιογραφία:

- Jafarian AA, Farhoodi A, Momeni M, Babaei MR M, Kazemikhoo N. Clinical and Radiographic Alterations in Bilateral Avascular Necrosis of the Femoral Head Following Laser Acupuncture: A Case Report. J Lasers Med Sci 2018 Spring;9(2):149-15 doi 10.15171/jlms.2018.28
- Ladas E, Rooney D, Taromina K, Ndao DH, Kelly KM. The safety of acupuncture in children and adolescents with cancer therapy-related thrombocytopenia. Support Care Cancer (2010) 18:1487–1490 DOI 10.1007/s00520-010-0926-6
- Fabrizio GC, Gonçalves E, Santos da Cunha K, Kahl C, Guedes dos Santos JL, Erdmann AL. Care management of a patient with Devic's Disease in Primary Health Care DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017024603345>
- Hongguang Jin, Linhui Li, Wen Yu, Yong Fu, Jin et al. The efficacy of acupuncture and moxibustion for early and middle-stage osteonecrosis of the femoral head A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (2021) 100:22

ΕΑ29

Αντιμετώπιση πόνου περιφερικής νευροπάθειας με βελονισμό σε ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα

Μουτζούρη Αστέρω, Καρανασάση Χρυσούλα, Σιαφάκα Ιωάννα, Τσαρουχά Αθανασία
Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο.
Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

Εισαγωγή: Η Επώδυνη Περιφερική Νευροπάθεια χαρακτηρίζεται από βλάβη του περιφερικού νευρικού συστήματος και είναι συχνό εύρημα πολλών συστηματικών παθήσεων. Ο Βελονισμός έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να έχει ευνοϊκή επίδραση στη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού αντιμετώπισης πόνου οφειλόμενου σε περιφερική νευροπάθεια σε ασθενή με πολλαπλή νοσηρότητα και στην οποία εφαρμόστηκε συμπληρωματική θεραπεία με βελονισμό.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για γυναίκα 74 ετών με αφόρητο πόνο στα κάτω άκρα (VAS=10) από 7ετίας και δυσκολία βάδισης Η ασθενής είχε λάβει πολλαπλά φαρμακευτικά σχήματα στο παρελθόν, με συνδυασμούς φαρμάκων πρώτης και δεύτερης γραμμής, χωρίς ικανοποιητικό αποτέλεσμα.

Η εντόπιση του πόνου αφορά στα κάτω άκρα από τα πόδια έως τα γόνατα. Η ασθενής αναφέρει ισχυρό αφόρητο πόνο μεγάλης έντασης (VAS=10) και συμπτωματολογία νευροπάθειας (αιμωδία, κάψιμο, αίσθηση πάγου, βάδιση πάνω σε παγάκια και καρφιά, DN4 = 9)

Από το ιστορικό της αναφέρονται: Δύο οστεοτομίες και δύο αρθροπλαστικές στο αριστερό ισχίο λόγω στρεπτοκοκκικής αρθρίτιδας στην ηλικία των 4 ετών, ολική υστερεκτομή, τρία εμφράγματα του μυοκαρδίου και αγγειοπλαστικές, ολική αρθροπλαστική δεξιού γόνατος, αποιος διαβήτης, ρευματοειδής αρθρίτιδα, πνευμονικό απόστημα από σταφυλόκοκκο, κατάθλιψη, χρήση οινόπνευματος και καπνού. Λόγω των πολλαπλών προβλημάτων και των πολλών φαρμάκων που ελάμβανε για τα συνοδά νοσήματα, αποφασίστηκε, συνδυαστική αναλγητική θεραπεία με τα φάρμακα που ήδη λάμβανε σε χαμηλή δοσολογία και βελονισμό.

Αρχικά στην ασθενή έγιναν 15 συνεδρίες (2 συνεδρίες/εβδομάδα).

Ακολούθησε διακοπή του βελονισμού για 2 μήνες και στη συνέχεια έγιναν 5 συνεδρίες (1 συνεδρία/εβδομάδα) και στη συνέχεια 2 συνεδρίες (1 συνεδρία/μήνα)

Επιλέχθηκαν τα κάτωθι σημεία βελονισμού: ΠΕ4 άμφω, Shenpen άμφω, ΤΘ5 άμφω, Σ36 άμφω, Σπλήνας 9, ΟΚ6οΒαχ13, Ν3 και παρασπονδυλικά.

Αποτελέσματα: Ήδη από την δεύτερη συνεδρία είχε βελτίωση στη βαθμολογία του πόνου και στη διάρκεια βάδισης.

Μετά από την εφαρμογή 15 συνεδριών ο πόνος της ελαττώθηκε κατά 50%, και η ικανότητα βάδισης αυξήθηκε (2-3 ώρες/ημέρα)

Στο τέλος της περιόδου μελέτης η ασθενής ήταν ικανοποιημένη με την αναλγητική θεραπεία (VAS=3, DN4=4) μπορούσε να βαδίζει χωρίς πόνο και δήλωνε ευχαριστημένη από την συνολική προσφερθείσα φροντίδα, που ήταν αποτέλεσμα της συνεργασίας μεταξύ Κέντρων Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής.

Συμπεράσματα: Δεκαπέντε συνεχείς συνεδρίες βελονισμού μαζί με επτά επαναληπτικές συνεδρίες μετά από δύο μήνες, σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή, έδειξαν κλινικό όφελος στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του νευροπαθητικού πόνου της ασθενούς.

Μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και μακροχρόνια παρακολούθηση θα συμβάλλουν στη τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων μας.

Βιβλιογραφία:

- Dimitrova A, Murchinson C, Oken B. The Case for Local Needling in Successful Randomized Controlled Trials of Peripheral Neuropathy: A Follow-Up Systematic Review. MEDICAL ACUPUNCTURE Volume 30, Number 4, 2018. DOI: 10.1089/acu.2018.129
- Dimitrova A. Introducing a Standardized Acupuncture Protocol for Peripheral Neuropathy: A Case Series, MEDICAL ACUPUNCTURE Volume 29, Number 6, 2017. DOI: 10.1089/acu.2017.1242
- Schroder S, Liepert J, Rempis A, Greten JH. Acupuncture treatment improves nerve conduction in peripheral neuropathy. European Journal of Neurology 2007, 14: 276-281
- Jiang HL, Zhang Q, Du YZ, Meng XG, Ban HP, Lu YT. Acupuncture method for diabetic peripheral neuropathy: a protocol for a Bayesian network meta-analysis. Medicine 2021 Mar 12;100(10):e24967.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Χρόνιος Πόνος II

ΕΑ30 Ρινικός αποκλεισμός σφηνουπερώιου γαγγλίου για την αντιμετώπιση ημικρανίας: Αναφορά περιστατικού

Σοφία Παπαντωνάκη, Αικατερίνη Λάππα, Ευαγγελία Γαβριλάκη
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

Σκοπός: Η ημικρανία είναι η δεύτερη συχνότερη μορφή κεφαλαλγίας μετά τη κεφαλαλγία τάσεως. Αφορά συνολικά το 11% του πληθυσμού παγκοσμίως, ενώ είναι 3 φορές συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ημικρανία επηρεάζει σε σοβαρό βαθμό τη λειτουργικότητα των ασθενών στο 53,7%. Σκοπός μας είναι να περιγραφεί η αποτελεσματικότητα του αποκλεισμού του σφηνουπερώιου γαγγλίου σε ασθενή με χρόνια ανθεκτική ημικρανία.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για παρουσίαση περιστατικού για την οποία χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από το αρχείο του ιατρείου μας.

Γυναίκα 45 ετών, με χρόνια ημικρανία από ζετίας, προσήλθε στο ιατρείο με έντονη ημικρανία (VAS 10). Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται ημικρανία επιδεινούμενη τα τελευταία 2 έτη (>15 επεισοδίων μηνιαίως), με κεφαλαλγία η οποία εντοπίζεται μονόπλευρα, υψηλής έντασης και με παλλόμενο χαρακτήρα. Συνοδεύεται από ναυτία, έμετο, ζαλάδα, κόπωση και αδυναμία ενώ μετά την υποχώρηση του οξέος πόνου η ασθενής περιγράφει γνωσιακές δυσλειτουργίες, κατάθλιψη και αδυναμία.

Η φαρμακευτική αγωγή που ελάμβανε για την ημικρανία ήταν 1 Παρακεταμόλη 1000mg ανά 6ωρο, Σετραλίνη 100 mg ημερησίως, Αμιτριπτυλίνη 25 mg/24ωρο και Ριζατριπτάνη 10mg για την αντιμετώπιση της κρίσης. Της προτάθηκε να γίνει ρινικός αποκλεισμός σφηνουπερώιου γαγγλίου, την οποία και δέχτηκε. Χορηγήθηκαν 0,6 ml Xylocaine 2% σε κάθε ρώθωνα μέσω ρινικού καθετήρα (TX 360).

Αποτελέσματα: Εφαρμόστηκαν συνολικά 4 θεραπείες (1 ανά 30 ημέρες). Μετά το πέρας της πρώτης συνεδρίας η ασθενής αναφέρει ανακούφιση από το πόνο στα πρώτα 15 λεπτά (VAS 6) με μόνη παρενέργεια τη δακρύρροια. Εγινε σταδιακή μείωση έως διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής που ελάμβανε διατηρώντας μόνο τη Ριζατριπτάνη για την αντιμετώπιση τυχόν κρίσεων, ενώ τέθηκε σε προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας με Προπρανολόλη.

Η ασθενής μετά το πέρας των συνεδριών αναφέρει VAS 0 χωρίς κανένα επεισόδιο οξέος πόνου και πλήρη επάνοδο της φυσιολογικής δραστηριότητας της.

Συμπεράσματα: Ο ρινικός αποκλεισμός σφηνουπερώιου γαγγλίου αποτελεί μία απλή αποτελεσματική και μη επώδυνη μέθοδο αντιμετώπισης της χρόνιας ημικρανίας χωρίς σοβαρές παρενέργειες.

Βιβλιογραφία

- 1.M.Binfalah et al. Sphenopalatine Ganglion Block for the Treatment of Acute Migraine Headache. Pain Research and Treatment Vol.2018, Article ID 2516953, 6 pages
- 2.Kelly Spector BS et.al. A New Look at Sphenopalatine Ganglion Blocks for Chronic Migraine. Practical Pain Management 12 Articles in Volume 16, Issue 1, 2017

ΕΑ31 Θεραπεία νευραλγίας γλωσσοφαρυγγικού με διαδερμική νευροτροποποίηση

Χέλμη Λιουμπόβ, Αυγουστάτου Καλλιρρόη

Αναισθησιολογικό τμήμα-Ιατρείο Πόνου ΓΝ ΣΥΡΟΥ, Αναισθησιολογικό τμήμα-ΜΕΘ και Ιατρείο Πόνου ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

Background: Η νευραλγία του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου συνδέεται με επαναλαμβανόμενα επεισόδια σοβαρού άλγους στην γλώσσα, τον λαιμό, τα ώτα και τις αμυγδαλές, που δύναται να διαρκεί από λίγα δευτερόλεπτα έως λεπτά και με μονόπλευρη εντόπιση και να προκαλέσει έως και ανακοπή.

Παρουσίαση περιστατικού: Ο ασθενής 69 ετών μετά καρδιοπνευμονική παράκαμψη και τοποθέτηση σφαγίτιδος ως κεντρικής φλέβας δεξιά ενεφάνισε συστοίχως την συμπτωματολογία με απότοκο υποθρεψία του ασθενούς εξ αδυναμίας επαρκούς σίτισης.

Η μαγνητική εγκεφάλου και η αγγειογραφία δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. (Fig.1,2). Μετά την αποτυχία της συντηρητικής φαρμακευτικής αγωγής (καρβαμαζεπίνη) ο ασθενής υπεβλήθη σε συνδυασμό αυτής με επαναλαμβανόμενους νευρικούς αποκλεισμούς με ροπιβακαΐνη 0.25%, κλονιδίνη, και δεξαμεθαζόνη. Την αρχική ύφεση ακολούθησε νέα επιδείνωση οπότε υπεβλήθη σε νευροτροποποίηση (percutaneous electrical nerve stimulation/PENS) του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου με την χρήση ήπιας καταστολής. Χρησιμοποιήθηκε ο STIMPOD NMS450 (Xavant/TELEFLEX) στα 5-8mA, 2Hz με 10min για την πρώτη φορά και από 20min για τις επόμενες 4 διαδοχικές συνεδρίες PENS με ύφεση στην κλίμακα VAS (0-10) από 8-9 σε 3. Επίσης έλαβε αντίστοιχη υποστήριξη της θρέψης με πόσιμα υπερπρωτεϊνικά σκευάσματα, από τα οποία επίσης απογαλατίσθηκε επιτυχώς, όπως και από την αναλγητική αγωγή. Συζήτηση: Η νευραλγία του γλωσσοφαρυγγικού είναι σπανιότατη, ενώ την αντιμετώπιση καθυστερεί η σύγχυση της με την νευραλγία τριδύμου, δυσχεραίνοντας την αντιμετώπιση. Λόγω της σπανιότητας της νόσου οι χειρουργικές τεχνικές δεν είναι ανεπτυγμένες όσο στο τρίδυμο αφενός, αλλά ούτε και η κλινικώς αποδοτικότερη επιλογή. Συμπέρασμα: Η νευροτροποποίηση του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου απεδείχθη η συμφέρουσα επιλογή για τον ασθενή που ανύψωσε τον ουδό του πόνου ευοδώνοντας την δράση της φαρμακευτικής αγωγής.

Burfield L et al Glossopharyngeal neuralgia associated with cardiac syncope.

BMJ Case Rep 2016. doi:10.1136/bcr-2015-214104

Gaitour E et al. Glossopharyngeal neuralgia secondary to vascular compression in a patient with multiple sclerosis: a case report. Journal of Medical Case Reports 2012, 6:213

Pratap JN, Shankar RK, Goroszeniuk T Co-injection of clonidine prolongs the anesthetic effect of lidocaine skin infiltration by a peripheral action. Anesth Analg. 2007 Apr;104(4):982-3.

Ruiz-Juretschke F, et al Glossopharyngeal neuralgia in the context of a Chiari type I malformation, Journal of Clinical Neuroscience 2012 ;19(4) : 614–616

Blue R Endoscopic Microvascular Decompression for Vagoglossopharyngeal Neuralgia Cureus 2020 Dec 29;12(12):e12353. doi: 10.7759/cureus.12353.

EA32 Chronic pain in patients with coeliac disease : cross sectional study

Ioannou C., Liampas A., Artemiadis AK., Kalampokini S., Bargiotas P., Hadjigeorgiou GM., Zis P.
Medical School, University of Cyprus

Background: Coeliac disease (CD) is a long-term autoimmune disorder that primarily affects the small intestine. Classic symptoms include gastrointestinal problems such as chronic diarrhoea, abdominal distention, malabsorption, loss of appetite, and among children failure to grow normally. Often patients present with neurological manifestations, such as cerebellar ataxia and peripheral neuropathy, even in the absence of any gastrointestinal symptoms. Chronic pain is a major determinant of poor quality of life in patients with coeliac disease, however it has been previously shown that a strict gluten free diet is beneficial in dramatically reducing the odds of suffering from pain. The aim of this cross-sectional study was to establish the prevalence of chronic pain in patients with coeliac disease.

Methods: Patients with CD and healthy volunteers were prospectively evaluated. Pain was assessed with the use of the painDETECT and the DN4 questionnaires.

Results: Sixty-one patients with CD (79% females, mean age 39.6±12.9 years) and 61 age and gender matched healthy volunteers were recruited. Patients had a diagnosis of CD for a mean of 6.7±4.7 years (ranging from 0 to 18 years). The prevalence of chronic pain was 57% in the healthy volunteers group and 59% in the CD group (p=0.854). In both groups the prevalence of neuropathic pain was established to be 20%.

The most commonly reported painful area in both groups was low back pain (26% in the CD group and 20% in the healthy control group).

In the CD group, patients with pain were significantly older compared to patients without pain (43.6±12.5 years vs 33.8±11.4 years, p=0.003). No differences between these two sub-groups were found regarding gender, BMI or CD duration.

Conclusions: Chronic pain is very prevalent in CD and is very similar to the prevalence observed in the general population.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Χρόνιος Πόνος II

EA33 Chronic pain in patients with COVID-19 : cross sectional study

Liampas A., Ioannou C., Artemiadis AK., Hadjigeorgiou GM., Zis P.
Medical School, University of Cyprus

Background: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is a contagious disease caused by SARS-CoV-2. Symptoms of COVID-19 are variable, but often include fever, cough, headache, fatigue, breathing difficulties, and loss of smell or taste. Neurological complications include cerebrovascular incidents, acute polyneuropathy and myelitis. The aim of this cross-sectional study was to establish the prevalence of chronic pain in COVID-19 patients.

Methods: All participants were prospectively evaluated. Pain was assessed with the use of the painDETECT and the DN4 questionnaires.

Results: Fifty-two COVID-19 patients (67% females, mean age 48.4 ± 16.1 years) and 52 age and gender matched healthy volunteers were recruited. Patients were evaluated on average 4.2 ± 2.9 months after being diagnosed with COVID-19. From the classic acute COVID-19 symptoms, 50% had anosmia/hyposmia, 48% ageusia/hypogeusia, 48% fatigue, 40% cough, 39% headache, 35% myalgias and 31% fever.

The prevalence of chronic pain was 70% in the COVID-19 group and 73% in the healthy volunteer group. The most commonly reported painful area in both groups was lower back (35% in the COVID-19 group and 31% in the healthy control group). In 7 patients chronic pain (6 neuropathic, 1 nociceptive) developed after COVID-19 whereas 3 patients reported worsening of their pre-existing chronic pain (2 neuropathic, 1 nociceptive). In the COVID-19 group, patients with pain were significantly older compared to patients without (51.8 ± 17.0 years vs 40.9 ± 10.7 years, $p=0.022$). No differences between the two sub-groups were found regarding gender, BMI, COVID-19 symptoms, COVID-19 symptoms duration or interval since COVID-19 infection.

Conclusions: Chronic pain is very prevalent in patients suffered from COVID-19 and its prevalence is similar to the prevalence observed in the general population. However, one in 5 COVID-19 patients reports that chronic pain developed or deteriorated after their infection. Chronic pain, particularly neuropathic, should be considered as a symptom of the post-COVID syndrome.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος III

ΕΑ34 Αξιολόγηση των κλιμάκων Πόνου στη ΜΕΘ

Καλλιοντζής Σταύρος¹, Σαββόπουλος Γεώργιος¹, Παπαγεωργίου Ειρήνη², Γιαννικάκη Αθηνά³, Ανίσογλου Σουζάνα²

¹ Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΑΝΘ Θεαγένειο

² Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο

³ Προϊσταμένη ΜΕΘ

Εισαγωγή: Η αξιολόγηση του πόνου σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Θεαγένειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και οι οποίοι, λόγω της βαρύτητας της κατάστασής τους, αδυνατούν να τον εκφράσουν, αποτέλεσε το αντικείμενο αυτής της εργασίας.

Μέθοδος: Καταγράφηκαν οι διάφορες διεργασίες, επώδυνες και μη, που διενεργεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε όλες τις βάρδιες του 24ώρου. Εγινε αξιολόγηση του πόνου των ασθενών με τη χρήση δύο γνωστών κλιμάκων πόνου, της Behavioral Pain Scale (BPS) και της Critical Care Pain Observation Scale (CPOT) καθώς και με την παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών τους. Επίσης, σημειώθηκε η λήψη και η δοσολογία αναλγητικών φαρμάκων.

Εγιναν 160 παρεμβάσεις σε 28 ασθενείς σε διάρκεια 4 μηνών, με τον αριθμό των επώδυνων ερεθισμάτων να είναι μεγαλύτερος από αυτόν των μη επώδυνων. Προέκυψε ότι οι κλίμακες πόνου αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια των διαφόρων παρεμβάσεων σε σχέση με την ηρεμία, δηλαδή τόσο σε σχέση με το πριν όσο και σε σχέση με το μετά, καθώς και ότι υπήρξε συσχέτιση μεταξύ τους. Καθοριστική σημασία στη διάγνωση του πόνου είχαν και τα ζωτικά σημεία, αφού διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις τιμές της συστολικής και της μέσης αρτηριακής πίεσης καθώς και της καρδιοαναπνευστικής συχνότητας, στα διάφορα χρονικά στιγμιότυπα. Η πιο επώδυνη παρέμβαση αποδείχθηκε η φυσικοθεραπεία. Ενα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι ότι όσο αυξανόταν η συνεχής χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, τόσο μειωνόταν οι τιμές των κλιμάκων πόνου. Η χορήγηση εφάπαξ αναλγησίας φάνηκε επίσης ότι συνέβαλλε σημαντικά στη μείωση των κλιμάκων πόνου. Τέλος, ο χρόνος παραμονής στη ΜΕΘ, η διάρκεια της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής καθώς και η επιβίωση των ασθενών σχετιζόταν τόσο με τις τιμές των κλιμάκων πόνου όσο και με τη χορήγηση επιπλέον αναλγησίας.

Συμπεράσματα: οι κλίμακες πόνου BPS και CPOT, αποτέλεσαν σημαντικό εργαλείο για την ανίχνευση του πόνου στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς και αναδείχθηκε ο ρόλος της βέλτιστης αναλγησίας στην καλύτερη έκβασή τους.

ΕΑ35 Η εμπειρία μας με το επίθεμα βουπρενορφίνης

Παπαγεωργίου Ειρήνη¹, Γεροσίμου Φώτης², Γρηγοριάδου Παναγιώτα³, Ανίσογλου Σουζάνα¹

¹ Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, ² Αναισθησιολόγος, ³ Νοσηλεύτρια Ιατρείου Πόνου, ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο

Εισαγωγή: Η κρίση των οπιοειδών στις ΗΠΑ συνεχίζει να αποτελεί σημαντική αιτία αύξησης της θνητότητας και της θνησιμότητας. Ιδανικά, μια εναλλακτική επιλογή των παραδοσιακών οπιοειδών (με κυρίως αγωνιστική δράση στους μ υποδοχείς) θα έπρεπε α) να παρέχει επαρκή ανακούφιση από τον πόνο και β) να σχετίζεται με προφίλ χαμηλού κινδύνου. Ενώ αρχικά η βουπρενορφίνη χρησιμοποιήθηκε σε ασθενείς χρήστες οπιοειδών, η μοναδική της δομή ως μικτός αγωνιστής-ανταγωνιστής των υποδοχέων των οπιοειδών, υπόσχεται ανακούφιση από τον πόνο με χαμηλότερο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να αναδείξει το όφελος αλλά και τους πιθανούς κινδύνους από την εφαρμογή του επιθέματος βουπρενορφίνης.

Μέθοδος: Καταγράψαμε σε χρονικό διάστημα 6 (έξι) μηνών 19 ασθενείς, 15 γυναίκες και 4 άνδρες,

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος III

με καρκινικό πόνο. Οι ασθενείς είχαν υψηλό NRS στην πρώτη επίσκεψη (μέσος όρος 8,9) ενώ ήδη βρίσκονταν σε αγωγή με οπιοειδή και σε όλους έγινε έναρξη επιθέματος βουπρενορφίνης.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς είχαν μέση ηλικία 63,47 έτη, το 15% είχε νεφρική δυσλειτουργία και ποσοστό 60% παρουσίαζαν και στοιχεία νευροπαθητικού πόνου συνεπεία πρόσφατης ακτινο ή/και χημειοθεραπείας. Στην επανεκτίμηση, ένα μήνα μετά, οι μισοί ασθενείς ανέφεραν επαρκή αναλγησία (μείωση του NRS εισαγωγής κατά 30% τουλάχιστον), χωρίς σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες στην ομάδα χωρίς αναλγητικό όφελος ήταν έμετοι, δυσκοιλιότητα και οιδήματα άκρων (ποσοστό 20%).

Συμπεράσματα: Η βουπρενορφίνη έχει αναλγητικό όφελος και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς με χρόνιο καρκινικό πόνο αλλά χρειαζόμαστε περισσότερα δεδομένα για να εκτιμήσουμε αν η βουπρενορφίνη μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, αλλά και στη μείωση της θνητότητας και της θνησιμότητας από τη χρήση των οπιοειδών.

Βιβλιογραφία:

Buprenorphine for chronic pain: a review of the clinical effectiveness. Ottawa (ON); Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017.

Aiyer R, Gulati A et al: Treatment of chronic pain with various buprenorphine formulations: A systematic review of clinical studies. Anesth Analg 2018

ΕΑ36 Ιατρείο Πόνου στη διάρκεια της πανδημίας covid-19

Παπαγεωργίου Ειρήνη¹, Γρηγοριάδου Παναγιώτα², Γεροσίμου Φώτης³, Ανίσογλου Σουζάνα¹

¹ Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, ² Νοσηλεύτρια Ιατρείου Πόνου, ³ Αναισθησιολόγος, ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο

Εισαγωγή: Ο πόνος αποτελεί κοινό σύμπτωμα μεταξύ των καρκινοπαθών. Εντούτοις, δεν ελέγχεται επαρκώς σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών. Ειδικά κατά την περίοδο της πανδημίας covid-19, το πρόβλημα έγινε μεγαλύτερο και πολλοί ασθενείς με χρόνιο πόνο παρέμειναν αδιάγνωστοι και κυρίως χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σκοπός: Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδείξει το έργο του πολυδύναμου Ιατρείου Πόνου του ΑΝΘ Θεαγένειο που εν μέσω πανδημίας δεν έκλεισε ούτε μία ημέρα.

Μέθοδος: Καταγράψαμε για χρονικό διάστημα ενός χρόνου και συγκεκριμένα από τον Μάρτιο του 2020 έως και τον Μάρτιο του 2021, το συνολικό αριθμό των επισκέψεων στο Ιατρείο Πόνου αλλά και τον αριθμό των νέων ασθενών.

Αποτελέσματα: Συνολικά επισκέφτηκαν το Ιατρείο Πόνου 7508 ασθενείς, εκ των οποίων οι 303 ήταν καινούργια περιστατικά. Το προηγούμενο έτος (Μάρτιος 2019-Μάρτιος 2020) είχαμε 7626 επισκέψεις, εκ των οποίων οι 384 ήταν νέοι ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη προσέλευση σε εξειδικευμένη βοήθεια αποτελεί σημαντικό τμήμα της ολιστικής αντιμετώπισης του χρόνιου ή οξέως καρκινικού ή μη πόνου. Με βάση τα παραπάνω, η λειτουργία του Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής φροντίδας του ΑΝΘ Θεαγένειο δεν επηρεάστηκε από τις συνθήκες της πανδημίας και συνέχισε να εξυπηρετεί τις ανάγκες της ευπαθούς ομάδας των ασθενών με πόνο.

Βιβλιογραφία:

Effects of the COVID-19 pandemic on chronic pain in Spain: a scoping review María T Carrillo-de-la-Peña 1, Alberto González-Villar 2, Yolanda Triñanes Pain Rep 2021 Feb 16;6(1):e899.

ΕΑ37

Η επίδραση της πανδημίας COVID 19 στους ασθενείς με χρόνιο πόνο του Ιατρείου Πόνου του ΓΝΑ “Λαϊκό”

Αικατερίνη Λιώση, Ελενη Παπαϊωαννου, Ευθυμία Καλλιωντζή, Ευθύμιος Μαυρομμάτης, Χριστίνα Κουφοπούλου, Άννα Παπαδάκη, Χαρά Παλουμπή, Αικατερίνη Λαμπαδαρίου
ΓΝΑ “Λαϊκό”, Αθήνα

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της έντασης του πόνου και της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνιο καλοήγη πόνο, κατά τη διάρκεια των εγκλεισμών (lockdowns) στην πανδημία COVID 19.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 119 ασθενείς με χρόνιο καλοήγη πόνο, από το Ιατρείο Πόνου του «ΓΝΑ Λαϊκό» των οποίων ο πόνος βρισκόταν υπό έλεγχο προ της πανδημίας. Σε όλους τους ασθενείς δόθηκαν ερωτηματολόγια από την έναρξη του πρώτου lockdown ως τη λήξη του δεύτερου, όπου μετρώσαν παράμετροι όπως η ένταση του πόνου, η ικανότητα για εργασία, οι σχέσεις με την οικογένεια, το φιλικό περιβάλλον, η ερωτική επιθυμία, ο βαθμός ψυχικής ευφορίας, κατάθλιψης, αισιοδοξίας, πιθανότητα αυτοκτονικών τάσεων σε κλίμακα 1-10 ανά τρίμηνο, και μελετήθηκαν τα αποτελέσματα. Όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν επίσης, τα ίδια ερωτηματολόγια με βάση την προ-COVID περίοδο. Καταγράφηκαν: επιπλέον ανάγκες σε αναλγητικά, τροποποίηση ή προσθήκη επιπλέον αγωγής, και η συχνότητα επαφών με το ιατρείο Πόνου και σύγκριση με την εποχή πριν την πανδημία. Ακολούθησε σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο lockdowns, του ενδιάμεσου διαστήματος και της προτέρας κατάστασής τους.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών επέδειξε στατιστικά σημαντική επιδείνωση των παραμέτρων που μετρήθηκαν, και μάλιστα εντονότερη, κατά την περίοδο του δεύτερου lockdown, αύξηση της καταγραφόμενης έντασης του πόνου, αύξηση των αναγκών σε αναλγητικά, προσθήκη αντικαταθλιπτικών και αύξηση επαφών με το Ιατρείο Πόνου, σε σχέση με την περίοδο πριν την πανδημία.

Συμπεράσματα: Τα lockdowns εξ' αιτίας της πανδημίας COVID 19 επηρέασαν δυσμενώς την ποιότητα ζωής και την ένταση του πόνου των ασθενών με χρόνιο καλοήγη πόνο, με αύξηση συχνότητας επαφών με το Ιατρείο Πόνου και ενίσχυση και τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής.

ΕΑ38

Διαδικτυακή παρακολούθηση ασθενών με καρκινικό πόνο κατά την περίοδο του lockdown (κλινική εκτίμηση και follow up)

Ησαΐα Ελένη-Χριστίνα¹, Αλεξάνδρα Καρρά², Ρηγάκος Γιώργος³ Γιαννοπούλου Γιάννα⁴ Κατσώχη Δέσποινα⁵

¹Αναισθησιολόγος - υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, επιμελήτρια Β' ΕΣΥ νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Παμμακάριστος», Αθήνα

²Αναισθησιολόγος επιμελήτρια Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα, ³Παθολόγος – Ογκολόγος επιμελήτης, ^{Γ'} παθολογική-ογκολογική κλινική Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα, ⁴Αναισθησιολόγος διευθύντρια ΕΣΥ νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Παμμακάριστος», Αθήνα, ⁵Ακτινοθεραπευτής – Ογκολόγος διευθύντρια ακτινοθεραπευτικού τμήματος Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ»

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης παρατήρησης και καταγραφής ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα e-health προσέγγισης κατά την διάρκεια του lockdown σε ασθενείς με καρκινικό πόνο ποικίλης διαγνωστικής αιτιολογίας. Λόγω της καθολικής απαγόρευσης κυκλοφορίας, των περιορισμών επισκεψιμότητας σε δομές υγείας καθώς και των απαιτήσεων για κοινωνική και σωματική αποστασιοποίηση εξαιτίας της πανδημίας του COVID-19 θεωρήσαμε ότι αυτή ήταν η κατάλληλη συγκυρία για να υιοθετήσουμε πρακτικές εξ' αποστάσεως αξιολόγησης και παρακολούθησης των ασθενών μας.

Μέθοδος: Έχοντας προηγούμενη θετική εμπειρία από το 1ο lockdown με την εφαρμογή της αύλης συνταγογράφησης σε φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις αποφασίστηκε η εκμετάλλευση νέων καναλιών επαφής με τους ασθενείς μας, όπως οι διαδικτυακές πλατφόρμες επικοινωνίας Skype, Zoom, Viber, What's'app αλλά και κοινωνικών δικτύων όπως το Facebook, που προσφέρει μέσω του Messenger την δυνατότητα βιντεοκλήσης άρα και άμεσης οπτικής επαφής.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος III

Σε πρώτη φάση έγινε μια διαλογή 24 ασθενών που στηρίχτηκε κατά βάση, πέρα από την απαραίτητη προϋπόθεση της ύπαρξης καρκινικού άλγους στην εξοικείωση του ιδίου του ασθενή ή του φροντιστή του με την τεχνολογία κινητό, tablet, ηλεκτρονικός υπολογιστής. Η επικοινωνία μετά την πρώτη κλινική εκτίμηση στο ιατρείο ή ενδονοσοκομειακά γινόταν με εβδομαδιαία συχνότητα σε προκαθορισμένη ώρα για τον κάθε ασθενή εκτός εκτάκτων αναγκών. Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής μοντέλα αξιολόγησης και διαβάθμισης πόνου: Pain Rating Scale British Pain Society (Greek version) SOCRATES (pain assessment), VAS (visual analog scale), NRS (numerical rating scale), PSQ – 3 (sleep questionnaire), DN4 (neuropathic pain questionnaire) σε όλους τους ασθενείς καθώς και ένα ερωτηματολόγιο εκτίμησης των προσφερόμενων εξ'αποστάσεως ιατρικών υπηρεσιών, το οποίο συμπληρώθηκε μετά το πέρας της όλης παρακολούθησης. **Συμπεράσματα:** Από την μελέτη καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (75%) αξιολόγησε πολύ ικανοποιητικά την διαχείριση του άλγους του μέσω των ηλεκτρονικών εφαρμογών καθώς και τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών (21 σύνολο) παρουσίασε βελτίωση ή σταθεροποίηση συμπτωμάτων, όσο αφορά αποκλειστικά τον πόνο και όχι την πρόοδο της νόσου. Ωστόσο απαιτείται περισσότερη έρευνα και συγκριτικά μοντέλα για να μπορούμε να τεκμηριώσουμε ασφαλή συμπεράσματα.

ΕΑ39 Προσέγγιση της σχέσης ινομυαλγίας - διπολικής διαταραχής μέσα από την αναφορά ενδιαφέροντος περιστατικού

Χαϊνάκη Ε., Πολάκη Ν., Μανουκάκης Δ.
Αναισθησιολογική τμήμα ΒΓΠΝΗ

Εισαγωγή: Αναφέρεται ότι 21% των ασθενών με ινομυαλγία εμφανίζουν συνοσηρότητα με διπολική διαταραχή (1) και αντίστροφα 50% των σθενών με διπολική διαταραχή εμφανίζουν σύνδρομο χρόνιου πόνου συμπεριλαμβανομένης της ινομυαλγίας (2). Ινομυαλγία και διπολική διαταραχή φαίνεται να μοιράζονται τον ίδιο παθοφυσιολογικό μηχανισμό (3). Σκοπός της αναφοράς περιστατικού είναι η έμφαση στη συσχέτιση ινομυαλγίας και διπολικής διαταραχής προκειμένου να βελτιωθεί η προσέγγιση των ασθενών αυτών

Μέθοδος: Γυναίκα 45 ετών προσήλθε στο Ιατρείο Πόνου με αναφερόμενη ινομυαλγία σε παρ'όξυνση από 6μήνου. Λάμβανε ημερήσια θεραπεία με venflaxine 300mg, Aripiprazole 10mg, gabapentin 1800mg, mirtazapine 30mg καθώς και συνδυασμό παρακεταμόλης/ κωδεΐνης που αντιστοιχούσαν σε 4γρ παρακεταμόλη και 500mg κωδεΐνη ημερησίως και διαδερμική μπουπρενορφίνη 70mcg. Επιπρόσθετα, είχε κάνει διηθήσεις σημείων πυροδότησης και ενδοαρθρικές εγχύσεις στα γόνατα.

Ατομικό αναμνηστικό: διπολική διαταραχή τύπου II από 20ετία, Ινομυαλγία από 10ετία και υποθυρεοειδισμό. Κοινωνικό ιστορικό: έγγαμη με δύο παιδιά που εργαζόταν ως διοικητικό προσωπικό σε δημόσια υπηρεσία.

Αντικειμενική εξέταση: δυσκαμψία αυχένα, σημεία ευαισθησίας, WPI=9 και SSS=7. Ερωτηματολόγιο PHQ-9 = 20/27.

Πολυπαραγοντική προσέγγιση. Τροποποίηση φαρμακευτικής αγωγής για την ινομυαλγία. Επικοινωνία με τον ψυχίατρο της προκειμένου να τροποποιηθεί η αγωγή για τη διπολική διαταραχή. Συμπληρωματική θεραπεία με βελονισμό. Επαναξιολόγηση της ασθενούς με VAS score και ποσότητας αναλγητικών μετά από κάθε θεραπεία και VAS και PHQ-9 στο τέλος της θεραπείας και τρεις μήνες μετά.

Αποτελέσματα: Υπήρξε προοδευτική μείωση της έντασης του πόνου και πλήρη ύφεση μετά την τρίτη θεραπεία. Αντίστοιχη μείωση των αναλγητικών. Το PHQ-9 έδωσε 5/27 στο τέλος της θεραπείας και 7/27 τρεις μήνες μετά.

Συμπεράσματα: Η ινομυαλγία και η διπολική διαταραχή μπορούν να συνυπάρχουν σε έναν ασθενή και η συμπτωματολογία της μιας να επισκιάζει ή να επιδεινώνει τη συμπτωματολογία της άλλης. Απαιτείται πολυπαραγοντική προσέγγιση των ασθενών αυτών προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματική αντιμετώπιση και συνεργασία με το θεράποντα ψυχίατρο αυτών των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. PA KUDLOW, JD ROSENBLAT, CR WEISSMAN, DS CHA, R KAKAR, RS McINTYRE, V SHARMA. PREVALENCE OF FIBROMYALGIA AND CO-MORBID BIPOLAR DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW AND METANALYSIS. JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS. DEC 2015, σσ. 134-142.
2. STUBBSB, EGGERMONT L, MITCHELL AJ et al. THE PREVALENCE OF PAIN IN BIPOLAR DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW AND LARGE SCALE METANALYSIS. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2015, Τόμ. 131, 2, σσ. 75-88.
3. BORTOLATO B, BERK M, MAES M, McINTYRE RS, CARVALHO AF. FIBROMYALGIA AND BIPOLAR DISORDER: EMERGING EPIDIOLOGICAL ASSOCIATIONS AND SHARED PATHOPHYSIOLOGY. CURRENT MOLECULAR MEDICINE. 2016, Τόμ. 16, σσ. 119-136.
4. Ying Xia, Xiaoding Cao, Gencheng Wu, Jieshi Cheng. Acupuncture Therapy for Neurological Diseases: A Neurobiological View. London New York : Springer Heidelberg Dordrecht. ISBN 978 3 642 10855 6.

EA40 Η επίδραση της Ρεφλεξολογίας σε ασθενείς με Ινομυαλγία

Σ. Ραπτοπούλου, Μ. Κουρή, Α. Βαδαλούκα, Α. Τσαρουχά

Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να διερευνήσει την επίδραση της Ρεφλεξολογίας ως add-on θεραπεία σε ασθενείς με Ινομυαλγία, που λαμβάνουν πρεγκαμπαλίνη σαν θεραπεία.

Η μελέτη διεξήχθη από τον Σεπτέμβριο 2017 έως τον Φεβρουάριο 2020.

Συμπεριλήφθηκαν 79 ασθενείς (74 γυναίκες και 5 άνδρες) με μέση ηλικία τα 54,6 έτη.

Κριτήρια ένταξης:

- Διάγνωση Ινομυαλγίας > 1 χρόνο
- Διάρκεια πόνου > 1 χρόνο
- Ενταση πόνου > 6 σε κλίμακα VAS
- Μη χρήση Ρεφλεξολογίας στο παρελθόν

Δείκτες έκβασης:

- Πρωτογενής στόχος: Μείωση τιμής πόνου περισσότερο από 30% στους 3 μήνες.
- Δευτερογενείς στόχοι: Λειτουργικότητα (ως προς τη δυσκαμψία και τη δυνατότητα εργασίας) στους 3 μήνες.

Σε όλους τους ασθενείς η διάγνωση της Ινομυαλγίας έγινε με τη συμπλήρωση του - σταθμισμένου στα Ελληνικά - ερωτηματολογίου FIRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool). Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το ερωτηματολόγιο έντασης πόνου στην κλίμακα VAS καθώς και με παρατήρηση, συνεντεύξεις, ημερολόγια.

Όλοι οι ασθενείς έλαβαν φαρμακευτική αγωγή με Πρεγκαμπαλίνη με συνιστώμενη δοσολογία 75-600 mg ημερησίως.

Οι 44 ασθενείς (56%) έλαβαν κανονικά τη φαρμακευτική αγωγή και καταγράφηκε μείωση της μέσης τιμής του πόνου κατά 50%.

35 ασθενείς (44%) δεν έφτασαν στη μέγιστη δοσολογία λόγω παρενεργειών και έγινε διακοπή του φαρμάκου στα 450 mg ημερησίως. Αυτοί οι ασθενείς δέχθηκαν 14 συνεδρίες Ρεφλεξολογίας, διάρκειας 20 λεπτών, σε 12 εβδομάδες, με σκοπό την επίτευξη του επιθυμητού αναλγητικού αποτελέσματος. Καταγράφηκε μείωση του πόνου > 65% και σημαντική βελτίωση στους δευτερογενείς δείκτες της λειτουργικότητας (αισθητά μειωμένη πρωινή δυσκαμψία, αυξημένη δυνατότητα εργασίας).

Η Ρεφλεξολογία μπορεί να είναι επωφελής ως add-on θεραπεία σε ασθενείς με Ινομυαλγία, που δεν μπορούν να λάβουν τις συνιστώμενες δοσολογίες της φαρμακευτικής τους αγωγής.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Περιεγχειρητική Φροντίδα

ΕΑ41

Περιεγχειρητική Αναλγησία σε Μείζονες Ογκολογικές επεμβάσεις για την πρόληψη εγκατάστασης Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου

Διονυσία Μπούρα¹, Ειρήνη Αναστασοπούλου^{1,2}, Παρασκευή Κουφοπούλου³, Κουτούζης Σταύρος¹, Κατσιπουλάκης Αντώνιος¹, Παπαδόπουλος Γιώργος¹, Βαΐβα Αναστασία¹, Τσόλου Αρχοντία¹

¹Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΟΝΚ«ΟΙ ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», ²Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, ΠΑΔΑ, ³PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Κράτος & Δημόσια Πολιτική (Κατεύθυνση Διοικητικής Επιστήμης), Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Ν.Ο.Π.Ε., ΕΚΠΑ, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, ΔΕΗ Α.Ε., τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων

Εισαγωγή: Η Περιεγχειρητική Αναλγησία σε Μείζονες Ογκολογικές επεμβάσεις για την πρόληψη εγκατάστασης Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου δύναται να περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, συνοδών φαρμάκων, αλλά και επεμβατικών τεχνικών σε όλα τα στάδια της επέμβασης. Η επίτευξη του βέλτιστου αναλγητικού αποτελέσματος προϋποθέτει την συνεργασία τόσο του ασθενή όσο και του χειρουργού και του αναισθησιολόγου.

Σκοπός: Η ανάδειξη των αναλγητικών οφελειών για τον ογκολογικό ασθενή που υποβάλλεται σε επέμβαση όταν έχει λάβει την κατάλληλη περιεγχειρητική αγωγή και ξεκινά με αναλγητική προστασία πριν την διενέργεια της χειρουργικής τομής έως και την πλήρης αποκατάστασή του, όσον αφορά την αποφυγή εγκατάστασης χρόνιου νευροπαθητικού πόνου

Υλικό & Μέθοδος: Βιβλιογραφική και αρθρογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικές πηγές(PubMed, Scopus, hesmo.org, asco.org, uicc.org, SignaVitae) που συνάδουν απόλυτα με τον τρόπο λειτουργίας και την τήρηση των πρωτοκόλων του τμήματος μας και αφορούν την πρόληψη εγκατάστασης Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις ογκολογικών ασθενών.

Αποτελέσματα: Μέγιστα αναλγητικά αποτελέσματα και αποφυγή εγκατάστασης χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, όμως πάντοτε λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ογκολογικοί ασθενείς μετεγχειρητικά έχουν επίφοβη αναπνοή με τους επεμβατικούς τρόπους αναλγησίας και να είμαστε σε επιφυλακή προκειμένου να ελαττώσουμε την χρήση των οπιοειδών και των παρενέργειών τους στους ασθενείς αυτούς, επιτυγχάνουμε ακολουθώντας τα κάτωθι:

- 1) Επιλέγουμε, όταν τα περιστατικά μας το επιτρέπουν, το συνδυασμό γενικής και επισκληρίδιου αναισθησίας για την επίτευξη του μέγιστου αναλγητικού αποτελέσματος τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά.
- 2) Πριν την διενέργεια της τομής χορηγούμε ενδοφλεβίως ΜΣΑΦ, παρακεταμόλη, δεξαμεθαζόνη 8mg, ανταγωνιστή NMDA υποδεχών (Ketamine 30mg) και διηθούμε τοπικά το σημείο της τομής με διάλυμα Ropivacaine 2%.
- 3) Κατά την διάρκεια του χειρουργείου, χορηγούμε ενδοφλεβίως προσαρμόζοντας τις δόσεις ανά ασθενή και ανάλογα με την χρονική διάρκεια της επέμβασης λιδοκαΐνη, φεντανύλη, ρεμφεντανύλη, μορφίνη, τραμαδόλη, Mg, κεταμίνη.
- 4) Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα αποφυγής της μετάπτωσης του οξέως μετεγχειρητικού πόνου στον χρόνιο νευροπαθητικό πόνο. Συνεχίζουμε την στάγδην χορήγηση ροπιβακαΐνης 2% από τον επισκληρίδιο καθετήρα. Στην φάρετρα μας διαθέτουμε και χορηγούμε παρακεταμόλη, τραμαδόλη, δεξκετοπροφαΐνη, οξυκοδόνη per os, PCA μορφίνης, τοποθετούμε θυριδωτούς καθετήρες με ελαστομερείς αντλίες ροπιβακαΐνης 2%, patch lidocaine και διενεργούμε αποκλεισμούς νεύρων. Διατηρούμε αρχείο καταγραφής μετεγχειρητικής αναλγητικής πορείας των ασθενών μας που συμπληρώνεται από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Συμπεράσματα: Η Περιεγχειρητική αναλγησία αποτελεί βασικό μέλημά μας σε όλα τα ογκολογικά περιστατικά που υποβάλλονται σε μείζονες επεμβάσεις, προκειμένου να προληφθεί η εγκατάσταση χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, δεδομένου ότι πρόκειται για ιδιαίτερα επιβαρυνμένους ασθενείς με έντονα προβλήματα σχετιζόμενα με το άλγος.

ΕΑ42

Περιεγχειρητική Αναλγησία για την πρόληψη εγκατάστασης Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου μετά την Θωρακοτομή

Διονυσία Μπούρα¹, Ειρήνη Αναστασοπούλου^{1,2}, Παρασκευή Κουφοπούλου³, Κουτούζης Σταύρος¹, Κατσιπουλάκης Αντώνιος¹, Παπαδόπουλος Γιώργος¹, Βαΐβα Αναστασία¹, Τσόλου Αρχοντία¹

¹Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΟΝΚ«ΟΙ ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», ²Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, ΠΑΔΑ, ³PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Κράτος & Δημόσια Πολιτική (Κατεύθυνση Διοικητικής Επιστήμης), Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Ν.Ο.Π.Ε., ΕΚΠΑ, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής & Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορητικής φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο
³ Προϊσταμένη ΜΕΘ

Εισαγωγή: Η σωστή περιεγχειρητική αναλγητική διαχείριση Θωρακοχειρουργικών περιστατικών αποτελεί βασικό παράγοντα επιτυχούς έκβασης της επέμβασης, έχοντας διαμορφώσει τις ιδανικότερες συνθήκες τόσο για τον θωρακοχειρουργό όσο και για τον αναισθησιολόγο, αλλά κυρίως για την αποφυγή μετεγχειρητικού πόνου για τον ασθενή. Ενα ποσοστό 5%-67% των θωρακοτομημένων περιστατικών αναφέρει post thoracotomy, χρόνιο σύνδρομο μετεγχειρητικού πόνου με διάρκεια που φτάνει και τα 20 έτη.

Σκοπός: Η ανάδειξη των αναλγητικών οφελειών για τον ασθενή που υποβάλλεται σε θωρακοχειρουργική επέμβαση όταν έχει λάβει την κατάλληλη περιεγχειρητική αγωγή και ξεκινά με αναλγητική προστασία πριν την διενέργεια της χειρουργικής τομής έως και την πλήρης αποκατάστασή του όσον αφορά την αποφυγή εγκατάστασης χρόνιου νευροπαθητικού πόνου. Η πλήρης αναλγητική προστασία προϋποθέτει καλή συνεργασία και αποδοχή του ασθενή, του χειρουργού και του αναισθησιολόγου.

Υλικό & Μέθοδος: Βιβλιογραφική και αρθρογραφική ανασκόπηση (PubMed, Scopus, SignaVitae) σε επιστημονικά βιβλία και άρθρα αναφερόμενα σε περιεγχειρητική αναλγησία σε θωρακοτομές.

Αποτελέσματα: Στην προσπάθειά μας για την πρόληψη εγκατάστασης Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου μετά την Θωρακοτομή λαμβάνουμε πάντοτε υπόψη ότι οι θωρακοτομημένοι ασθενείς μετεγχειρητικά έχουν επίφοβο αναπνοή με τους επεμβατικούς τρόπους αναλγησίας και είμαστε σε επιφυλακή προκειμένου να ελαττώσουμε την χρήση των οπιοειδών και των παρενεργειών τους στους ασθενείς αυτούς. Μέγιστα αναλγητικά αποτελέσματα και αποφυγή εγκατάστασης χρόνιου νευροπαθητικού πόνου επιτυγχάνουμε ακολουθώντας τα κάτωθι:

1) Πριν την διενέργεια της τομής χορηγούμε ενδοφλεβίως ΜΣΑΦ, παρακεταμόλη, δεξαμεθαζόνη 8mg, ανταγωνιστή NMDA υποδεχών (Ketamine 30mg) και διηθούμε τοπικά το σημείο της τομής με διάλυμα Ropivacaine 2%.

2) Κατά την διάρκεια του χειρουργείου, χορηγούμε ενδοφλεβίως προσαρμόζοντας τις δόσεις ανά ασθενή και ανάλογα με την χρονική διάρκεια της επέμβασης λιδοκαΐνη, φεντανύλη, ρεμιφεντανύλη, μορφίνη, τραμαδόλη, Mg, κεταμίνη.

3) Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα αποφυγής της μετάπτωσης του οξέως μετεγχειρητικού πόνου στον χρόνιο νευροπαθητικό πόνο. Στην φαρέτρα μας διαθέτουμε και χορηγούμε παρακεταμόλη, τραμαδόλη, δεξκετοπροφαίνη, οξυκοδόνη per os, PCA μορφίνης, τοποθετούμε θυριδωτούς καθετήρες με ελαστομερείς αντλίες ροπιβακαΐνης, patch lidocaine, διενεργούμε θωρακική επισκληρίδιο με αντλίες ροπιβακαΐνης και μεσοπλεύριους αποκλεισμούς νέρων. Διατηρούμε αρχείο καταγραφής μετεγχειρητικής αναλγητικής πορείας των ασθενών μας που συμπληρώνεται από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Συμπεράσματα: Η περιεγχειρητική αναλγησία αποτελεί βασικό μέλημά μας σε όλα τα θωρακοχειρουργικά περιστατικά προκειμένου να προληφθεί η post thoracotomy, εφαρμόζουμε για την επίτευξη της αναλγητικής αγωγής σε όλα τα στάδια της επέμβασης ενώ επίσης διατηρούμε αρχείο ελέγχου της αναλγησίας και μετεγχειρητικά.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Περιεγχειρητική Φροντίδα

ΕΑ43 Η αξία των θωρακοσκοπικών επεμβάσεων σε μη διασωληνωμένους ασθενείς (NIVATS)

Καπεζάνος Αθανάσιος¹, Σίντου Ελένη¹, Σφήκα Ελένη², Στρούμπος Χαράλαμπος¹, Πόταρης Κωνσταντίνος²
¹ΠΓΝΠ Πάτρα, ²ΓΝΝΘ “Η Σωτηρία” Αθήνα

Εισαγωγή: Οι θωρακοσκοπικές επεμβάσεις προσφέρουν σημαντικό όφελος στους ασθενείς.¹ Μέρος των οποίων τυγχάνουν σημαντικής έκπτωσης της αναπνευστικής τους λειτουργίας, γεγονός που καθιστά δύσκολη ή ακόμα και αποτρεπτική την κλασσική προσέγγιση της γενικής αναισθησίας υπό αερισμό ενός πνεύμονα. Προσεγγίσαμε 10 ασθενείς αυτού του είδους με θωρακικό παρασπονδυλικό αποκλεισμό υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και ήπια καταστολή.

Μέθοδος: Επιλέξαμε 10 ασθενείς με σημαντική έκπτωση της αναπνευστικής τους λειτουργίας FEV1≤50% με/χωρίς συνοδά νοσήματα και ASA≈3 προκειμένου να υποβληθούν σε θωρακοσκοπική επέμβαση άνευ διασωλήνωσης (NIVATS).^{2,3,4} Οι χειρουργικές επεμβάσεις αφορούσαν κυρίως βιοψίες θώρακα-υπεζωκότα και 2 εξ' αυτών τμηματεκτομές. Ενημερώθηκαν πλήρως για κάθε βήμα και συμφώνησαν εγγράφως. Εξασφαλίστηκε ένα ήρεμο χειρουργικό περιβάλλον με ήπια χαμηλή μουσική το οποίο συμβάλει στην συναισθηματική αποφόρτιση των ασθενών.^{5,6} Οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε καθιστή θέση και πραγματοποιήθηκαν οι TPVB σε έξι επίπεδα T3-T8 με Single-shoot έγχυση ροπιβακαΐνης 0.5% 5mg/kg υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση με εφαρμογή in-plane τεχνικής.^{7,8,9,10,11} Στην συνέχεια τοποθετήθηκαν σε πλάγια θέση θωρακοτομής (Lateral Decubitus) και έλαβαν προποφόλη 1% δόση εισαγωγής 20/40mg και στη συνέχεια 1-2.5mg/kg σε συνεχή έγχυση. Η μέθοδος επιλέχθηκε έναντι τις θωρακικής επισκληριδίου ως πιο ανεπίπλεκτη και πιο ασφαλή για τον ασθενή.^{12,13,14,15,16}

Αποτελέσματα: Χρησιμοποιώντας μια απλή και εύκολη τεχνική,σε συνδιασμό με ήπια καταστολή καταφέραμε να πραγματοποιήσουμε με επιτυχία και τα 10 αυτά περιστατικά. Σημαντικά στοιχεία είναι: αιμοδυναμική σταθερότητα, γρήγορη ανάνηψη άμεσα μετεγχειρητικά, χαμηλά ποσοστά ναυτίας και έμμετου, μικρή παραμονή του θωρακικού σωλήνα και κατ' ομολογία των χειρουργών θώρακος οι συγκρίσιμες χειρουργικές συνθήκες με την κλασσική μέθοδο.

Συμπέρασμα: Η εισαγωγή του υπερήχου και η εξέλιξη των τοπικών αναισθητικών προσθέτει αρκετά νέα όπλα στη φαρέτρα του σύγχρονου αναισθησιολόγου. Μια παλιά τεχνική που αναφέρεται πρώτη φορά το 1903, όπως ο παρασπονδυλικός αποκλεισμός, τα τελευταία χρόνια έρχεται να δώσει λύσεις σε περιστατικά μη προσεγγίσιμα. Σίγουρα το παρόν αλλά και το μέλλον ανήκει στις τεχνικές περιοχικής αναισθησίας.

Βιβλιογραφία

1. Sedrakyan A, van der Meulen J, Lewsey J, et al. Video assisted thoracic surgery for treatment of pneumothorax and lung resections: systematic review of randomised clinical trials., Thorax. 2005 Mar; 60(3):238. /BMJ2004;329:1008–10/ doi:10.1136/thx.2004.1a0138 [PubMed]
2. Ming-Hui Hung, Hsao-Hsun-Hsu et al, Nonintubated thoracoscopic surgery: state of art and future directions, J Thorac Dis.2014 Jan; 6(1):2-9. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2014.01.16 [PubMed]
3. Federico Tacconi, Eugenio Pompeo. Non-intubated video-assisted thoracic surgery: where does evidence stand?. J Thorac Dis. 2016 Apr;8(Suppl 4): S364-S375. Doi: 10.21037/jtd.2016.04.39 [PubMed]
4. Isabella Matelmann, Johanne Broschewitz et al, Procedural times in early non-intubated VATS program a propensity score analysis, BMC Anesthesiology 21, Article number:44(2021) [BMJ Anesthesiology]
5. Lepage C, Drolet P, et al, Music decreasesedative requirements during spinal anesthesia. Anesth Analg 2001 Oct;93(4):912-6. Doi: 10.1097/00000539-200110000-00022. [PubMed]
6. Bradt J, Dileo C, et al, Music interventions for perioperative anxiety. Cochrane Database Syst rev. 2013 Jun 6;(6):CD006908. Doi: 10.1002/14651858.CD006908.pub2. [PubMed]
7. Francine D'Ercole, Harendra Arora et al. Paravertebral block for thoracic surgery. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2018 Apr;32(2):915-927. Doi: 10.1053/J.Jvca.2017.10.003.Epub 2017 Oct 4. [PubMed]
8. E Piraccini, E A Pretto Jr et al. Analgesia for thoracic surgery: the role of paravertebral block. HSR Proc Intensive Care Cardio-vasc Anesth.2011;3(3):157-160 [PubMed]
9. Zhi Hu, Dan Liu et al. The efficacy of thoracic paravertebral block for thoracoscopic surgery. Medicine (Bltimore). 2018 Dec; 97(51): e13771. Doi: 10.1097/MD.00000000000013771 [PubMed]
10. Boohwi Hong, ChaeSeong Lim et al. Thoracic paravertebral block with adjuvant dexmedetomidine in video-assisted thoracoscopic surgery: a randomized, double-blind study. J Clin Med.2019 Mar; 8(3): 352. doi: 10.3390/jcm8030352. [PubMed]

11. Seosamn C O Riain, Brian O Donnell et al. Thoracic paravertebral block using real-time ultrasound guidance. *Anesth Analg*. 2010 Jan 1;110(1):248-51. doi: 10.1213/ANE.0b013e3181c35906. Epub 2009 Nov 21. [PubMed]
12. M Messina, F Boroli et al. A comparison of epidural vs. paravertebral blockade in thoracic surgery. *Minerva anestesiologica*. 2009 Nov;75(11):616-21. [PubMed]
13. Soniya Biswas, Reetu Verma et al. Comparison between Thoracic Epidural and Thoracic Paravertebral Block for Post Thoracotomy Pain Relief. *J Clin Diagn Res*. 2016 sep; 10(9):UC08-UC12. doi: 10.7860/JCDR/2016/19159.8489 [PubMed]
14. Joyce H Y Yeung, Simon Gates et al. Paravertebral block versus thoracic epidural for patients undergoing thoracotomy. Review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 21;(2):CD009121. Doi: 10.1002/1451858.CD009121.pub2 [PubMed]
15. H Freise, H K Van Aken. Risks and benefits of thoracic epidural anaesthesia. Review. *Br J Anaesth*. 2011 Dec;107(6):859-68. Doi: 10.1093/bja/aer339. Epub 2011 nov 4. Risks and complications of thoracic epidural anaesthesia [PubMed]
16. R Scherer, m Schmutzler et al. Complications related to thoracic epidural analgesia: a prospective study in 1071 surgical patients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1993 may;37(4):370-4. Doi: 10.1111/j.1399-6576.1993.tb03731.x. [PubMed]

ΕΑ44

Επίδραση της αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης στον μετεγχειρητικό πόνο

Σοφία Πουλίδαι, Λουκία Μάκραι
1ΓΝ Μυτιλήνης Βοσπάνειο, Μυτιλήνη

Εισαγωγή: Σκοπός της μελέτης είναι να εκθέσουμε συνοπτικά και να αξιολογήσουμε στοιχεία που παρουσιάζουν αν το ψυχολογικό υπόβαθρο, και ιδιαιτέρως η αγχώδης διαταραχή και η κατάθλιψη, εμπλέκονται στο μηχανισμό του μετεγχειρητικού πόνου, να εξετάσουμε με τι μηχανισμούς επιδρούν στην ένταση του πόνου και να αναφέρουμε με ποιές μεθόδους μπορούμε να εκτιμήσουμε και να αντιμετωπίσουμε τον πόνο μετά από χειρουργική επέμβαση σε αυτή την ευάλωτη ομάδα ασθενών.

Μέθοδοι: Ως μέθοδος χρησιμοποιήθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση των σχετικών άρθρων κυρίως της τελευταίας δεκαετίας, στη βάση δεδομένων MEDLINE και αξιοποιήθηκαν 15 άρθρα.

Αποτελέσματα: Κλινικές μελέτες μας έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου σχετίζεται άμεσα με τα επίπεδα άγχους όπως και με την κατάθλιψη. Η υποθεραπεία και η καθυστέρηση στην αντιμετώπιση του οξέως πόνου μπορεί να οδηγήσει σε χρονιότητα του πόνου με αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή και τη λειτουργικότητα των ασθενών. Υπάρχουν νευροβιολογικοί παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να εξηγήσουν περαιτέρω την επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στον πόνο ειδικά μετά από χειρουργικές επεμβάσεις.

Συμπέρασμα: Το 'ψυχολογικό' κομμάτι του οξέως μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να αξιολογηθεί στην προεγχειρητική περίοδο με σκοπό να ανακουφιστεί η έντονη αρνητική ψυχολογική εμπειρία του πόνου μετά από το χειρουργείο, με τη χρήση τόσο φαρμακοθεραπείας όσο και κατάλληλης ψυχοθεραπείας. Σημαντική είναι και η παρακολούθηση από ψυχολογικής άποψης των ασθενών μετά από το χειρουργείο, διότι παρατηρείται ότι ο ψυχολογικός φαινότυπος των ασθενών μεταβάλλεται τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες. Η καταστροφολογία επιδρά στην αυξημένη ένταση πόνου, οπότε πρέπει να γίνεται αντίστοιχη τροποποίηση των κλινικών παρεμβάσεων. Η ψυχοκοινωνική και ψυχοφυσιολογική εκτίμηση είναι μεγάλης σημασίας για τον εντοπισμό ασθενών υψηλού κινδύνου, ώστε η αντιμετώπισή τους να είναι εξατομικευμένη αλλά και να υπάρξει στοχευμένος προληπτικός προεγχειρητικός σχεδιασμός. Η ετερογένεια του πληθυσμού των ασθενών προς χειρουργείο οδηγεί στην ανάγκη για περαιτέρω μελέτες που θα εξετάσουν θεραπευτικά σχήματα εξατομικευμένα για κάθε ιδιαίτερη ομάδα ασθενών.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Περιεγχειρητική Φροντίδα

ΕΑ45 Επίδραση της δεξμεδετομιδίνης στο μετεγχειρητικό άγχος στους γηριατρικούς ασθενείς

Παναγιώτου Α., Μις Μ., Βαρβαρίδη Ι., Ρωμανά Κ.
Αναισθησιολογικό τμήμα ΓΝΑ Ευαγγελισμός

Στόχος: Ο γηριατρικός πληθυσμός υποβάλλεται σε χειρουργικές επεμβάσεις τέσσερις φορές περισσότερο από τους μη ηλικιωμένους και ο αριθμός αυτός αυξάνεται σταδιακά. Στο μέλλον, η πλειοψηφία των χειρουργικών ασθενών θα είναι άνω των 65 ετών και πολλοί από αυτούς άνω των 80 ετών. Οι αιτίες του περιεγχειρητικού άγχους είναι πολυπαραγοντικές και επηρεάζουν το περιεγχειρητικό αποτέλεσμα. Εκτός από τη γνωστική δυσλειτουργία, σημαντικές μεταβολές εμφανίζονται και στο καρδιαγγειακό σύστημα, γεγονός που προδιαθέτει για σημαντικές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια προοπτική μελέτη σε διαδοχικούς ασθενείς άνω των 65 ετών που υποβλήθηκαν σε αριστερή κολεκτομή υπό γενική αναισθησία στο ΓΝΑ Ευαγγελισμός τον Ιανουάριο – Φεβρουάριο 2021. Οι ασθενείς μοιράστηκαν σε δύο ομάδες: την ομάδα D (N=20) που έλαβε προς το τέλος του χειρουργείου μια στάγδην έγχυση δεξμεδετομιδίνης 0.3 – 0.5 mcg/kg/h μέχρι και 30' πριν την απομάκρυνση από την μεταναισθητική ανάνηψη, και την ομάδα P (N=20) που δεν έλαβε κάποιο επιπλέον φάρμακο. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά με την απλοποιημένη κλίμακα κατάθλιψης, ανησυχίας και στρες DASS-21. Ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης, άνοιας, ψυχιατρικών παθήσεων και χρόνιο πόνο αποκλείστηκαν.

Αποτελέσματα: Προεγχειρητικά και οι δύο ομάδες εμφάνισαν παρόμοια επίπεδα άγχους ($D = 14 \pm 3$ και $P = 14 \pm 4$, μέτριο προς σοβαρό άγχος) και μέτριο προς σοβαρό στρες ($D = 26 \pm 6$, $P = 25 \pm 6$). Οι ασθενείς που έλαβαν δεξμεδετομιδίνη εμφάνισαν μετεγχειρητικά ήπια προς μέτρια επίπεδα άγχους ($D = 7 \pm 4$), έναντι της ομάδας που δεν έλαβε (12 ± 6) όπου άμεσα μετεγχειρητικά παρέμεινε σε μέτριο προς σοβαρό άγχος. Επιπλέον, όσον αφορά το στρες μετεγχειρητικά η ομάδα D εμφάνισε κανονικό προς ήπιο στρες (10 ± 8), ενώ η ομάδα P εμφάνισε ήπια προς μέτρια επίπεδα στρες (14 ± 7). Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε σημαντική βραδυκαρδία, αποκορεσμό ή σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια.

Συμπέρασμα: Φαίνεται πως η χρήση της δεξμεδετομιδίνης στους ασθενείς τρίτης ηλικίας ως φάρμακο για την ήπια αφύπνιση των γηριατρικών ασθενών είναι μια ασφαλής επιλογή καθώς μειώνει τα συμπτώματα άγχους και το μέγεθος του στρες χωρίς απειλητικές επιπλοκές.

ΕΑ46 Αναισθησιολογική αντιμετώπιση ασθενούς με σύνδρομο Takotsubo για χειρουργική αποκατάσταση κατάγματος ισχίου

Διακομή Μαρία, Μακρής Αλέξανδρος, Τιλελή Μαρία, Ποταμιάνου Στέλλα,
Κωνσταντόπουλος Κωνσταντίνος
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπείου Βούλας

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Takotsubo (TTS) συνιστά οξεία αναστρέψιμη δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας με τη μορφή οξείας κατεχολαμινικής κρίσης του μυοκαρδίου χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο και έχει σχετιστεί με σημαντική θνητότητα. Η βέλτιστη αναισθησιολογική διαχείριση των ασθενών με TTS παραμένει ασαφής. Παρουσιάζουμε την αντιμετώπιση ασθενούς με TTS που παρουσιάστηκε για χειρουργική αποκατάσταση κατάγματος ισχίου.

Μέθοδοι: Ασθενής θήλυ 80 ετών, μετά υποκεφαλικό κάταγμα του ισχίου, εμφάνισε δύσπνοια με οπισθοστερνικό άλγος. Ο διαγνωστικός έλεγχος αποκάλυψε αυξημένους δείκτες μυοκαρδιακής νέκρωσης και παθολογικά ευρήματα από το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα. Η αριστερή κοιλιογραφία και η στεφανιογραφία χωρίς ευρήματα έθεσαν τη διάγνωση TTS.

Μετά τον αρχικό έλεγχο της οξείας μυοκαρδιακής κρίσης, η ασθενής προγραμματίστηκε να υποβληθεί σε ημιολική αρθροπλαστική ισχίου υπό ραχιαία αναισθησία. Αφού λάβαμε τη γραπτή συγκατάθεσή

της, αρχικά πραγματοποιήθηκε αποκλεισμός του διαμερίσματος της λαγόνιας περιτονίας (ΑΔΛΠ) (30 ml ροπιβακαΐνης 0,5% / 8 mg δεξαμεθαζόνη) και 20 λεπτά μετά η ασθενής τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση για την υπαραχνοειδή χορήγηση 3ml λεβοβουπιβακαΐνης 0,5%. Δέκα λεπτά πριν την υπαραχνοειδή ένεση του τοπικού αναισθητικού, χορηγήθηκε ενδοφλεβίως δεξμετομιδίνη αρχικά εφάπαξ σε δόση 1 mcg/kg και ακολούθως σε συνεχή έγχυση με ρυθμό 0,5mcg/kg/hour. Ο ρυθμός έγχυσης μειώθηκε σε 0,25 mcg/kg/hour 30 λεπτά αργότερα εξαιτίας 40% πτώσης της αρτηριακής πίεσης κάτωθεν της τιμής αναφοράς και διατηρήθηκε μέχρι το τέλος της επέμβασης.

Αποτελέσματα: Καμιά επιπλοκή δεν παρουσιάστηκε στη μετεγχειρητική περίοδο. Η ασθενής περπάτησε τη 2η μέρα και μια εβδομάδα μετά πήρε εξιτήριο.

Συμπέρασμα: Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αναφορές διεγχειρητικής χορήγησης δεξμετομιδίνης σε ασθενείς με TTS. Η αποφυγή των αδρενεργικών αγωνιστών και η έναρξη αντι-αδρενεργικής θεραπείας συνάδουν με την παθογένεση του συνδρόμου. Βασικός στόχος μας ήταν να ελέγξουμε την απάντηση στο στρες_{2,3}, με τη διενέργεια του ΑΔΛΠ για τη διευκόλυνση της περιεγχειρητικής αναλγησίας, καθώς και με τη χορήγηση δεξμετομιδίνης, ενός παράγοντα με κατασταλτικές, αγγολυτικές και αναλγητικές ιδιότητες.

Βιβλιογραφία

8. Dias A, Núñez Gil IJ, Santoro F, Madias JE, Pelliccia F, Brunetti ND, et al. Takotsubo syndrome: State-of-the-art review by an expert panel - Part 1. Cardiovasc Revasc Med. 2019;20:70-79.
1. Hessel EA 2nd, London MJ. Takotsubo (stress) cardiomyopathy and the anesthesiologist: enough case reports. Let's try to answer some specific questions! Anesth Analg. 2010;110:674-679.
2. Lilitis E, Dermitzaki D, Avgenakis G, Heretis I, Mpelantis C, Mamoulakis C. Takotsubo Cardiomyopathy after Spinal Anesthesia for a Minimally Invasive Urologic Procedure. Case Rep Anesthesiol. 2017;2017:8641641.

ΕΑ47 Μετεγχειρητική αναλγησία με διαδερμικό επίθεμα βουπρενορφίνης σε ασθενή με σύνδρομο διαμερίσματος επί εδάφους κατάγματος έξω κνημιαίου κονδύλου δεξιού γόνατος με πολλαπλές επεμβάσεις για την αποκατάστασή του

Χρονάκης Ι.¹, Κτιστάκης Ι.², Γαρμπή Α.², Χριστογιάννης Χ.² Βροντάκη Ε.³, Δασκαλογιαννάκης Ε.⁴, Ζώτου Β.³, Μαστραντωνάκης Κ.³, Βελιβασάκης Γ.⁶
 1Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, 2 Α' Ορθοπεδική, 3 Αναισθησιολογικό τμήμα, 4Ορθοπεδική κλινική, 5Β Ορθοπεδική, 6ΤΕΠ, Γ.Ν. Ρεθύμνου

Εισαγωγή: Η βουπρενορφίνη είναι ημισυνθετικό οπιοειδές το οποίο χρησιμοποιείται για την θεραπευτική υποκατάσταση των οπιοειδών και ως μέτρια ισχυρό αναλγητικό σε μικρότερες δόσεις για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Η βουπρενορφίνη άρχισε να χρησιμοποιείται ως αναλγητικό τη δεκαετία του 1980. Η βουπρενορφίνη, σε αντίθεση με άλλα οπιοειδή, όταν λαμβάνεται δεν προκαλεί ευφορία. Το σύνδρομο διαμερίσματος είναι μία επώδυνη και δυνητικά σοβαρή παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπάρχει αύξηση της πίεσης στο εσωτερικό των μυών σε επικίνδυνα επίπεδα λόγω αιμορραγίας ή οιδήματος.

Οι ασθενείς νιώθουν έντονο, οξύ, αβάστακτο κατά την περιγραφή τους πόνο που δύσκολα υποχωρεί ακόμα και με ισχυρά οπιοειδή.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η αναλγητική ιδιότητα και αποτελεσματικότητα του επιθέματος βουπρενορφίνης όχι μόνο σε χρόνια από τον πόνο περιστατικά αλλά και σαν μετεγχειρητική αναλγησία σε ασθενείς με σύνδρομο διαμερίσματος που για την αποκατάσταση του τραύματος θα χρειαστούν πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις.

Μέθοδος: 36 ετών με ελεύθερο ιστορικό εισήχθη στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μετά από κάκωση δεξιού γόνατος από μερικών ωρών με θορυβώδη συμπτωματολογία δεξιού κάτω άκρου. Διαπιστώθηκε κάταγμα του έξω κνημιαίου κονδύλου (Schatzker II). Κατά τον νευραγγειακό έλεγχο διαπιστώθηκε: διαταραχή αισθητικότητας στον άκρο πόδα και μερική αδυναμία ραχιαίας κάμψης ποδός. Η προσπάθεια παθητικής κινητοποίησης των δακτύλων οδηγούσε σε οξύ διαξιφιστικό άλγος. Εγινε triplex αγγείων όπου και αποκλείστηκε εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση. Η διάγνωση του συνδρόμου διαμερίσματος τέθηκε κλινικά και αποφασίστηκε άμεση χειρουργική αντιμετώπιση με διάνοιξη των τεσσάρων διαμερισμάτων της κνήμης με δύο επιμήκεις τομές έσω και έξω - παροχέτευση ευμεγέθους

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Περιεγχειρητική Φροντίδα

αιματώματος από το πρόσθιο διαμέρισμα της κνήμης και εξωτερική οστεοσύνθεση μηρού-κνήμης - το τραύμα έμεινε ανοικτό. Η αποκατάσταση του κατάγματος και η σύγκλειση του τραύματος έγινε σε 4 διαδοχικά στάδια εντός 30 ημερών. Στον ασθενή προτιμήθηκε η ραχιαία μέθοδος αναισθησίας και σαν αναλγητική μετεγχειρητική αγωγή τοποθετήθηκε διαδερμικό έμπλαστρο βουπρενορφίνης 70mcg σε συνδυασμό με ενδοφλέβια χορήγηση παρακεταμόλης 1gr 3 φορές την ημέρα. Εγινε σταδιακή μείωση βουπρενορφίνης σε διάστημα 30 ημερών όσο διήρκεσε η όλη χειρουργική αποκατάσταση και η σύγκλειση τραύματος με εξωτερική οστεοσύνθεση του ασθενή.

Αποτελέσματα: Ο οξύς και συνεχής πόνος εμφανίζεται συχνότατα κατά τη μετεγχειρητική περίοδο κυρίως σε ασθενείς με κατάγματα οστών που οδηγούν σε σύνδρομο διαμερίσματος και πολλές φορές δεν υποχωρεί ιδανικά για τον ασθενή με απλά αναλγητικά, ακόμα και αν τα ενισχύσουμε με ενδοφλέβια χορήγηση οπιοειδών. Με την τοποθέτηση επιθέματος βουπρενορφίνης στο συγκεκριμένο ασθενή, ο πόνος όχι μόνο μειώθηκε αισθητά αλλά δεν χρησιμοποιήσαμε στον ασθενή κανένα άλλο αναλγητικό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αφού ο πόνος κατά την περιγραφή του ήταν Visual Analogue Scale (VAS) 2 έως 3 την 1η εβδομάδα και 1 έως 2 μετέπειτα.

Συμπέρασμα: Οι αναισθησιολόγοι είναι κατεξοχήν εξοικειωμένοι με τη χρήση των αναλγητικών φαρμάκων και τις μεθόδους χορήγησής τους. Η μετεγχειρητική εφαρμογή των αναλγητικών μεθόδων αποτελεί συνέχεια της διεγχειρητικής αντιμετώπισης του πόνου και όλο ένα τα νέα φαρμακευτικά σκευάσματα μας δίνουν το ερέθισμα, την περιέργεια αλλά και την πρόκληση να τα χρησιμοποιήσουμε όπου κρίνουμε ότι έχουν το υπόβαθρο αλλά και την ένδειξη για μια ομαλή και σωστή αναλγησία για την αποθεραπεία από τον πόνο ασθενών. Το επίθεμα βουπρενορφίνης λοιπόν δεν έχει μόνο θέση στον χρόνιο κακοήγη πόνο, αντιθέτως με τη σωστή χρήση και την παρακολούθησή του έχει θέση και μας αποφέρει μια ικανοποιητική και ασφαλή αναλγησία σε επίπονα περιστατικά όπως το σύνδρομο διαμερίσματος μετά από κάταγμα έξω κνημιαίου κονδύλου δεξιού γόνατος.

Βιβλιογραφία: 1. Scandinavian Journal of Pain 1 (2010) 122–14 - A 6-months, randomised, placebo-controlled evaluation of efficacy and tolerability of a low-dose 7-day buprenorphine transdermal patch in osteoarthritis patients naïve to potent opioids, 2. Current Medical Research and Opinion Volume 30, 2014 Is buprenorphine transdermal patch equally safe and effective in younger and elderly patients with osteoarthritis-related pain? Results of an age-group controlled study, 3. Search strategy: MEDLINE, EMBASE and AdisBase search terms were 'buprenorphine' and ('patch' or 'transdermal' or 'transdermal patch' or 'administration, topical' or 'transdermal drug administration'), 4. Searches were last updated 10 November 2011. Selection: Studies in patients with chronic non-malignant pain who received lower-dose transdermal buprenorphine. Inclusion of studies was based mainly on the methods section of the trials. When available, large, well controlled trials with appropriate statistical methodology were preferred. Relevant pharmacodynamic and pharmacokinetic data are also included, 5. Index terms: Buprenorphine, transdermal, lower-dose, non-malignant pain, pharmacodynamics, pharmacokinetics, therapeutic use, tolerability, 6. Expert Review of Neurotherapeutics, 7. Expert Review of Neurotherapeutics Accepted author version posted online: 18 Apr 2018. Journal of Pain Research 2021;14 871–879 Transdermal Buprenorphine for Acute Pain in the Clinical Setting: A Narrative Review

ΕΑ48

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΞΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΠΛΕΓΜΑ. ΜΙΑ ΑΛΛΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Τασούδη Α.¹, Ανίσογλου Σ.², Χατζημήσιος Κ.³, Τασούδης Β.⁴, Ιερόπουλος Π.⁵

¹ Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα.

² Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΜΕΘ&ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο» Θεσσαλονίκης.

³ Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν. Κοζάνης

⁴ Αναισθησιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Π.Ν. Λάρισας.

⁵ Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Γ.Ν. Κοζάνης

Εισαγωγή: Ο οξύς ή χρόνιος μετεγχειρητικός νευροπαθητικός δερματικός πόνος μπορεί να είναι παρενέργεια οποιασδήποτε τομής μετά από χειρουργική επέμβαση [1]. Εως σήμερα, οι περισσότερες βιβλιογραφικές μελέτες αναφέρονται στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου με τη χρήση ενδοφλέβιων σκευασμάτων (οπιοειδή, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και παρακεταμόλη) [2,3].

Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν την χρήση επιθεμάτων Λιδοκαΐνης και Βουπρενορφίνης [4,5]. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την αναλγητική δράση και το πιθανό κόστος που μπορούν να προσφέρουν διαφορετικές ομάδες θεραπευτικών σκευασμάτων στην αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου σε επεμβάσεις Βουβωνοκήλης.

Μέθοδος: Δημιουργήθηκαν 4 ομάδες των 20 ασθενών για κάθε κατηγορία των εξής σκευασμάτων: Α) Ομάδα χορήγησης ενδοφλέβια Παρεκοξίμπης 40 mg x 2 ανά 24 ώρες και Τραμαδόλη 100mg επί πόνου (rescue dose). Β) Ομάδα χορήγησης ενδοφλέβια Τραμαδόλης 100mg x 3 ανά 24 ώρες και Παρεκοξίμπης 40 mg επί πόνου. Γ) Ομάδα διαδερμικών επιθεμάτων Λιδοκαΐνης 5% ανά 12 ώρες και Τραμαδόλη 100mg επί πόνου. Δ) Ομάδα διαδερμικών επιθεμάτων Βουπρενορφίνης 35mg ανά 72 ώρες και Παρεκοξίμπης 40 mg επί πόνου. Σε όλες τις ομάδες χορηγήθηκε συστηματικά και Παρακεταμόλη 1g x 3 ανά 24 ώρες. Ο πόνος μετρήθηκε ανά τακτά χρονικά διαστήματα με βάση την κλίμακα NRS (numerical rating scale). Επίσης, καταγράφηκαν οι επιπλέον δόσεις αναλγητικών που χορηγήθηκαν επί πόνου ανά ασθενή σε έκαστη ομάδα. Τέλος υπολογίστηκε το κόστος αναλγησίας για έκαστο ασθενή. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με Kruskal-Wallis ανάλυση και ακολούθησε η Man-Whitney U test.

Αποτελέσματα: Η μέγιστη αναλγητική δράση επιτεύχθηκε με την ακόλουθη σειρά: Βουπρενορφίνη 35mg> Λιδοκαΐνης 5%> Τραμαδόλης 100mg > Παρεκοξίμπης 40mg, ενώ με την ίδια ακριβώς σειρά το κόστος μετακινήθηκε από το χαμηλότερο στο υψηλότερο ανά ασθενή.

Συμπέρασμα: Τα διαδερμικά επιθέματα Βουπρενορφίνης και Λιδοκαΐνης δύναται να αποτελέσουν εναλλακτική λύση για τη αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου στις επεμβάσεις χειρουργικής αποκατάστασης Βουβωνοκήλης με πλέγμα, αν και περισσότερες μελέτες χρειάζονται για την αποσαφήνιση πιθανών παρενεργειών τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thomazeau J1,2,Rouquette A3,4, Martinez V1, Rabuel C5,Prince N6, Laplanche JL6, Nizard R5, Bergmann JF2,6, Perrot S1,7, Lloret-Linares C2,6. Acute pain Factors predictive of post-operative pain and opioid requirement in multimodal analgesia following knee replacement. Eur J Pain. 2016 May;20(5):822-32.
2. Bell S, Rennie T, Marwick CA, Davey P. Effects of peri-operative nonsteroidal anti-inflammatory drugs on post-operative kidney function for adults with normal kidney function. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Nov 29;11:CD011274.
3. Ruiz-Tovar J et al. Postoperative pain after laparoscopic sleeve gastrectomy: comparison of three analgesic schemes (isolated intravenous analgesia, epidural analgesia associated with intravenous analgesia and port-sites infiltration with bupivacaine associated with intravenous analgesia). Surg Endosc. (2017).Jan;31(1):231-236.
4. Hans G, Joukes E, Verhulst J, Vercauteren M. Verauteren. Management of neuropathic pain after surgical and non-surgical trauma with lidocaine 5% patches: study of 40 consecutive cases. Curr Med Res Opin. 2009;25:2737-2743.
5. Sameer N Desai, Santhoshi V Badiger, Shreesha B Tokurt and Prashanth A Naik1. Safety and efficacy of transdermal buprenorphine versus oral tramadol for the treatment of post-operative pain following surgery for fracture neck of femur: A prospective, randomised clinical study. Indian J Anaesth. 2017 Mar; 61(3): 225-229.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Διάφορα

ΕΑ49 Η εξατομικευμένη φαρμακολογική προσέγγιση στα πρωτόκολλα ταχείας ανάρρωσης μετά από χειρουργική επέμβαση: αναλγητικά και τοπικά αναισθητικά

Γεώργιος Παπαγεωργίου¹, Ευάγγελος Μανωλόπουλος²

¹Αναισθησιολόγος, Μεταπτυχιακός φοιτητής Κλινικής Φαρμακολογίας και Θεραπευτικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

²Καθηγητής Φαρμακολογίας, Διευθυντής Εργαστηρίου Φαρμακολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Το πρωτόκολλο ταχείας ανάρρωσης μετά από χειρουργική επέμβαση { Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)} ξεκίνησε την δεκαετία του 1990 ως fast track recovery από τον πρωτοπόρο Δανό χειρουργό H. Kehlet ο οποίος παρατήρησε βελτίωση στην ταχύτητα ανάρρωσης, μείωση επιπλοκών και νοσηρότητας των ασθενών μετά από λαπαροσκοπική κολεκτομή εφαρμόζοντας μια σειρά παρεμβάσεων για την ελάττωση του χειρουργικού στρες¹. Στη πορεία των ετών η προσπάθεια αυτή συστηματοποιήθηκε, οργανώθηκε και συστήθηκε η ERAS Society, η οποία σποτελείται από επιστήμονες διαφόρων κλάδων των Επιστημών Υγείας (χειρουργούς, αναισθησιολόγους, διατροφολόγους, νοσηλευτές, κλινικούς φαρμακολόγους κ.ά.). Η ERAS Society είναι υπεύθυνη για την επιστημονική σύσταση των κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων που είναι διαθέσιμα στο διαδίκτυο και πλέον αφορούν μια ευρεία γκάμα χειρουργικών επεμβάσεων (γενικής χειρουργικής, ήπατος, παγκρέατος, μαιευτικά, νευροχειρουργικά, ορθοπεδικά κ.ά.) η οποία διαρκώς επεκτείνεται μιας και τα οφέλη της εφαρμογής πρωτοκόλλου ταχείας ανάρρωσης μετά από χειρουργική επέμβαση εξαπλώνονται και επιβεβαιώνονται με αξιόπιστα δεδομένα². Η κλινική Φαρμακολογία κατέχει εξέχοντα ρόλο σε αυτά τα πρωτόκολλα μέσα από την χρήση ποικίλων φαρμακευτικών ουσιών για την επίτευξη των κλινικών στόχων. Η γνώση της φαρμακοδυναμικής, της φαρμακοκινητικής, της φαρμακογονιδιωματικής, των αλληλεπιδράσεων μεταξύ φαρμάκων και των ανεπιθύμητων ενεργειών παίζει ουσιαστικό ρόλο την βελτίωση του επιπέδου φροντίδας και στην ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών και ο κλινικός Φαρμακολόγος είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ομάδας του ERAS. Με αυτή την εργασία θα συνοψίσουμε τις πιο πρόσφατες φαρμακολογικές ιδιότητες των αναλγητικών και τοπικών αναισθητικών που χρησιμοποιούνται στα πρωτόκολλα του ERAS με στόχο να εστιάσουμε στον συνδυασμό εκείνων των ιδιοτήτων των φαρμάκων που εξυπηρετούν καλύτερα την φιλοσοφία του πρωτοκόλλου με την μέγιστη δυνατή ασφάλεια και τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπλέον θα συμπεριλάβουμε φαρμακογονιδιωματική, όπου αυτή είναι διαθέσιμη, με σκοπό να στοιχειοθετήσουμε τα οφέλη μιας σύγχρονης, πιο εξατομικευμένης φαρμακοθεραπευτικής προσέγγισης στον χειρουργικό ασθενή.

1. L Bardram, P Funch-Jensen, P Jensen, M E Crawford , H Kehlet. Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia and early oral nutrition and mobilisation, Lancet 1995; 345: 763-64

2. ERAS Society, www.erassociety.org, accessed August 20, 2020

ΕΑ50 Εκτίμηση της δύσπνοιας σε ασθενείς με Covid 19 με την τροποποιημένη κλίμακα Borg

Φλαμπουράρης Β., Καλινόγλου Σ., Κανδρεβιώτου Σ., Ραϊτσίου Μ., Κοκολάκη Μ., Τσιαφάκη Ξ.

Αναισθησιολογικό τμήμα, Σισμανόγλειο -Αμαλία Φλέμινγκ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Η δύσπνοια στους ασθενείς με Covid 19 είναι συχνό και βασανιστικό σύμπτωμα.

- Δύσπνοια ή βράχυνση της αναπνοής είναι η αίσθηση που συνδέεται με βλάβη της λειτουργίας της αναπνοής. Άλλοι ορισμοί περιγράφουν «ως δυσκολία στην αναπνοή», δεν έχω ανάσα.
- Εμφανίζεται στο 64% των ασθενών με Covid 19.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της δύσπνοιας χρησιμοποιώντας την κλίμακα Borg που εκτιμάει την λειτουργική κατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας.

1 - 10 Borg Rating of Perceived Exertion Scale	
0	Rest
1	Really Easy
2	Easy
3	Moderate
4	Fast of Hard
5	Hard
6	
7	Really Hard
8	
9	Really, Really Hard
10	Maximum, just like top hardest race

Υλικό-Μέθοδος: Αξιολόγηση της δύσπνοιας σε όλο 92 ασθενείς με Covid 19 με μια κατηγορική διαβάθμιση 10 σημείων με αντίστοιχη λεκτική περιγραφή (από 0 καθόλου δύσπνοια μέχρι το 10 μέγιστη δύσπνοια) ανωτέρω πίνακας. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 44-78 ετών. Οι 50 ασθενείς ήταν παχύσαρκοι ΒΣ > 90 kg με συννοσηρότητες (υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II)

Η εκτίμηση με την κλίμακα Borg έγινε από ειδικευμένο αναισθησιολογο του ιατρείου πόνου.

Αποτελέσματα: εκτιμήθηκαν 12 ασθενείς με μέτρια δύσπνοια, 30 ως κάπως σοβαρή δύσπνοια, 46 με πολύ σοβαρή δύσπνοια και 4 με μέγιστη δύσπνοια (ανυπόφορη) όπου διασωληνωθηκαν άμεσα εκτιμώντας και άλλους παράγοντες. Δεν υπάρχει διεθνώς αποδεκτός τρόπος εκτίμησης της δύσπνοιας, συνήθως χρησιμοποιούνται κλίμακες που εκτιμούν την αναπνευστική δυσχέρεια (respiratory distress observation scale).

Συμπεράσματα : Η κλίμακα Borg χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία στους ασθενείς με Covid 19. Κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά την «δύσπνοια» ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου. Φαίνεται όμως ότι η αξιολόγηση της δύσπνοιας με την κλίμακα Borg και την συνεκτίμηση κι άλλων παραγόντων, οδηγεί στην ασφαλέστερη παρακολούθηση των βαρέων πασχόντων με Covid 19.

ΕΑ51

Μετατραυματικό στρες ασθενών αμέσως μετά την αποδιασωλήνωση στη ΜΕΘ με την κρίσιμη ασθένεια Covid 19

Φλαμπουράρης Β., Κοκολάκη Μ., Κανδρεβιώτου Σ., Παπαδοπούλου Α.

Αναισθησιολογικό τμήμα-ιατρείο πόνου, Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμινγκ Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εάν νοσηλευτείτε σε ΜΕΘ, τότε αυτό αποτελεί από μόνο του ένα τραυματικό δυσάρεστο γεγονός. Στους ασθενείς που εισάγονται επειγόντως στη ΜΕΘ παρέχεται ένα ευρύ φάσμα μηχανημάτων (αναπνευστήρων- monitors κ.ο.κ.) για την ασφαλή παρακολούθησή τους).

Σκοπός: Η καταγραφή της σωματικής και συναισθηματικής δυσάρεστης εμπειρίας κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ.

Υλικό- Μέθοδος: Μελετήθηκαν 18 ασθενείς ηλικίας 44-82 ετών ASA II-III, 12 άνδρες και 6 γυναίκες.

Συμπληρώναμε το εξής ερωτηματολόγιο:

- 1) Η επικοινωνία ήταν δύσκολη;
- 2) Το περιβάλλον είναι τρομακτικό;
- 3) Έχετε αϋπνία; (Σας ενοχλούν οι θόρυβοι των monitors, ο αναπνευστήρας, ο φωτισμός;)
- 4) Πόνος από τις επώδυνες παρεμβάσεις κλίμακα VAS.
- 5) Μυϊκή αδυναμία
- 6) Αποπροσανατολισμός, αναζήτηση οικογένειας.
- 7) Συναισθηματικές αλλαγές (θυμός, επιθετικότητα, διέγερση).
- 8) Δυσκολία στην κατάποση (λήψη υγρών).

Αποτελέσματα:

1. Δυσκολία στην επικοινωνία, στην έκφραση λόγου 8 ασθενείς.
2. Στην ερώτηση αν το περιβάλλον είναι τρομακτικό, απάντησαν ναι 14.
3. Αϋπνία οι 12.
4. Πόνος 16 ασθενείς με VAS > 8

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Διάφορα

5. Μυϊκή αδυναμία οι 18.

6. Αναζήτηση οικογένειας οι 11.

7. Επιθετικότητα, διέγερση οι 6.

8. Δυσκολία στη λήψη υγρών οι 12.

Συμπτώματα όπως η μυϊκή αδυναμία, αϋπνία εξακολουθούν να είναι πολύ συχνά και 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Συμπεράσματα: Οι μήνες από το μετατραυματικό stress ασθενών Covid 19 στη ΜΕΘ φαίνονται να είναι διαφορετικές, πρωτόγνωρες και ιδιαίτερες αγχώδεις. Οι ασθενείς χρειάζονται μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ μακρά ψυχολογική θεραπεία δηλαδή απευαισθητοποίησης. Απαιτείται σχέδιο «ξεκινάω να αξιοποιώ ξανά τη ζωή μου».

ΕΑ52 Η χρήση της ρεμφεντανίλης ως συμπληρωματική αναλγητική αγωγή στους ασθενείς που διασωληνώνονται επειγόντως στον όροφο: Περιγραφή από την εμπειρία Covid-19

Μικροβασίλη Μ.¹, Σαμαρτζή Β.², Τριανταφύλλου Κ.², Ρωμανά Κ.³, Παναγιώτου Α.¹

¹Επικουρικός Αναισθησιολόγος, ²Ξεδικευόμενη Αναισθησιολόγος, ³Διοικητικά και επιστημονικά υπεύθυνη του Αναισθησιολογικού τμήματος, Αναισθησιολογικό τμήμα ΓΝΑ Ευαγγελισμός

Στόχος: Η πανδημία Covid 19 έφερε την ιατρική κοινότητα αντιμέτωπη με την ανάπτυξη στρατηγικών για τη διαχείριση των βαρέως πασχόντων διασωληνωμένων ασθενών εκτός ΜΕΘ έως τη μεταφορά τους σε ΜΕΘ. Η δύσκολη τιτλοποίηση των κλασσικών υπναγωγών στον όροφο, καθώς και των νευρομυϊκών αποκλειστών δημιούργησε την ανάγκη για τη χρήση της ρεμφεντανίλης.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μελέτη καταγραφής στο ΓΝΑ Ευαγγελισμός κατά τη διάρκεια Μάρτιος

- Μάιος 2021 όπου καταγράψαμε τους ασθενείς που διασωληνώθηκαν με λοίμωξη Covid-19 και τη διαχείριση τους μέχρι τη μεταφορά τους σε ΜΕΘ.

Σε 17 περιστατικά (Group N) χορηγούσαμε προποφόλη 6 mg/kg/hr και μιδαζολάμη 0.1 mg/kg/hr. Στα επόμενα 20 περιστατικά (Group R) συγχρηγήσαμε στάγδην ρεμφεντανίλη με δόση 0, 2- 0,3 mg/h αναλόγως των αναγκών των ασθενών. Στόχος μας ήταν ο μηδενισμός των σημείων πόνου στους διασωληνωμένους της κλίμακας CPOT.

Αποτελέσματα: Η χρήση της ρεμφεντανίλης στους διασωληνωμένους ασθενείς του ορόφου μείωσε τις ανάγκες χορήγησης προποφόλης από 6mg/kg/hr σε 3 mg/kg/h με συνεπακόλουθη τη μείωση της χρήσης των αγγειοσυσπαστικών. Επίσης μείωσε την ανάγκη για χρήση νευρομυϊκού αποκλειστή. Οι ασθενείς που τους χορηγήθηκε ρεμφεντανίλη δεν είχαν εκφράσεις πόνου, επεισόδια κίνησης σώματος και μυϊκή ένταση, ούτε συμπτώματα ασύγχρονου αερισμού.

Συμπέρασμα: Η ρεμφεντανίλη είναι ένα οπιοειδές που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια και εύκολη τιτλοποίηση στον όροφο ως συμπληρωματικό φάρμακο καταστολής σε διασωληνωμένο ασθενή εκτός ΜΕΘ, που μειώνει τις ανάγκες για τα βασικά υπναγωγά φάρμακα, αλλά και τη χορήγηση αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων, καθώς φαίνεται να μηδενίζει την κλίμακα πόνου CPOT στους διασωληνωμένους.

ΕΑ53 Εφαρμογή πρωτοκόλλου πολυπαραγοντικής αναλγησίας σε εγκαυματία ασθενή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

Βασιλεία Νύκταρη^{1,2}, Γεώργιος Παπαστρατηγάκης¹, Περικλής Βασιλόγης¹, Γεώργιος Στεφανάκης¹, Ελένη Διαμαντάκη¹, Εμμανουέλα Κουτουλάκη¹, Νικόλαος Τσερλικάκης¹, Αλεξάνδρα Παπαϊωάννου^{1,2}

¹Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, ²Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Η επιβίωση μετά από σοβαρό έγκαυμα έχει αυξηθεί σημαντικά και η πρόγνωση δεν περιορίζεται μόνο στην επιβίωση ή στη λειτουργικότητα, αλλά επεκτείνεται στην εξασφάλιση ποιότητας ζωής

χωρίς πόνο. Η αντιμετώπιση του πόνου είναι από τις πιο καίριες προκλήσεις της φροντίδας του σοβαρά εγκαυματία και περιλαμβάνει φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές μεθόδους.

Μέθοδοι: Αναφορά διαχείρισης πόνου σε εγκαυματία ασθενή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Αποτελέσματα: Ασθενής άρρεν 37 ετών διακομίσθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με εγκαύματα άκρων χειρών και κάτω άκρων άμφω, περινέου και κατώτερης κοιλιακής χώρας, μετά έκρηξη δεξαμενής και διαρροής ατμού και χημικών. Η εγκαυματική βλάβη μερικού πάχους καταλάμβανε περίπου το 25% της συνολικής επιφάνειας σώματος.

Κατά την αρχική ABCDE εκτίμηση του ασθενούς δε διαπιστώθηκε άμεσα απειλητική για τη ζωή κατάσταση και η προσοχή στράφηκε στην αντιμετώπιση του πόνου (αναφερόμενο VAS score 10). Τοποθετήθηκαν βρεγμένες κομπρέσες στην εγκαυματική περιοχή και χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως παρακεταμόλη 1g, τιτλοποιημένα μορφίνη 10mg, πεθιδίνη 100mg, κεταμίνη 60 mg, δεξαμεθαζόνη 8mg, παρεκοξίμπη 40mg και μιδαζολάμη 3mg, χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε αντλία PCA με ταυτόχρονη συνεχή έγχυση και δυνατότητα κατ'επύκλισης χορήγησης διαλύματος μορφίνης, κεταμίνης, λιδοκαΐνης και μιδαζολάμης, οπότε και παρατηρήθηκε βελτίωση (VAS score 5/10). Η αναλγησία με PCA και συστηματική χορήγηση παρακεταμόλης συνεχίστηκε και στον χειρουργικό θάλαμο, όπου παρέμεινε για 24 ώρες με σταθερά βελτιούμενη κλινική εικόνα (VAS score 4/10). Το 2ο 24ωρο αποφασίστηκε η μεταφορά του ασθενούς σε εξειδικευμένο κέντρο εγκαυμάτων.

Συμπέρασμα: Ο εγκαυματικός πόνος είναι σύνθετος και απρόβλεπτος, καθώς εμφανίζει χαρακτηριστικά αλγαισθητικού, ψυχογενούς και νευροπαθητικού πόνου, με έντονο το στοιχείο της υπεραλγησίας. Δυστυχώς, παρά την αναγνώριση της σημασίας της αναλγησίας στη διαχείριση των εγκαυμάτων, οι ασθενείς αυτοί συχνά υποθεραπεύονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Απαιτείται η συνεχής επανεκτίμηση και καταγραφή του πόνου και η εφαρμογή εξατομικευμένων πρωτοκόλλων πολυπαραγοντικής αναλγησίας, με έμφαση στη χρήση PCA αντλιών σε περιβάλλοντα αυξημένης παρακολούθησης.

ΕΑ54 Εμφάνιση διπλωπίας μετά από τοπική αναισθησία. Μια πολύ σπάνια επιπλοκή

Εμμανουήλ Καπίρης¹, Κατερίνα Κ. Κοσμά², Φανή Κρεμαστινού³

1Κλινική Οξέων Περιστατικών Ταρσή, Ψ.Ν.Α. Δρομοκαΐτειο, Ψυχίατρος, 2Νευρολογικό Ιατρείο, Ψ.Ν.Α. Δρομοκαΐτειο, Διευθύντρια Νευρολόγος, 3Αναισθησιολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Διευθύντρια Αναισθησιολόγος

Εισαγωγή: Η τοπική αναισθησία κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών επεμβάσεων θεωρείται γενικά ασφαλής αφού σπανίως αναφέρονται παρενέργειες με συνηθέστερη αυτή της αναφυλαξίας. Οι οφθαλμολογικές επιπλοκές όπως η διπλωπία που παρουσιάζεται παρακάτω αφορούν το 0.1% των επιπλοκών.

Μέθοδος: Γυναίκα 57 ετών υποβλήθηκε σε αναισθησία των οπισθίων άνω φατνιακών νεύρων για την έμφραξη του 1ου γομφίου της άνω γνάθου δεξιά. Χορηγήθηκε αμπούλα Articaine Hydrochloride 4% with Adrenaline 1:100,000 με βελόνα 30 gauge. Αμέσως αργότερα ανέφερε ζάλη και διπλωπία και παραπέμφθηκε για εξέταση από ειδικό. Η ψυχιατρική εξέταση δεν ανέδειξε ενεργό ψυχοπαθολογία πλην της παρουσίας φόβου και ανησυχίας. Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε οριζόντια διπλωπία και αδυναμία απαγωγής του οφθαλμού δεξιά. Δεν παρατηρήθηκε πτώση βλεφάρου και η αντίδραση της κόρης ήταν φυσιολογική. Τα συμπτώματα αποδόθηκαν σε πάρεση του έξω ορθού λόγω βλάβης του απαγωγού νεύρου. Η διάγνωση και η παροδική φύση των συμπτωμάτων επικοινωνήθηκε με την ασθενή. Συνεστήθη επιπωματισμός του οφθαλμού για να μειωθεί το αίσθημα της ζάλης. Τα συμπτώματα απέδραμαν σταδιακά μετά από περίπου 90min.

Αποτελέσματα: Από τη βιβλιογραφία προέκυψε ότι διπλωπία παρουσιάζεται συχνότερα σε νευρικούς αποκλεισμούς της άνω γνάθου (77.8% vs 57.1% της κάτω γνάθου) και ειδικότερα σε αναισθησία των οπισθίων άνω φατνιακών νεύρων. Πέραν της ακαταλληλότητας της θέσης του νευρικού αποκλεισμού η υπόθεση της διαφυγής του φαρμάκου στο φλεβικό σύστημα θεωρείται ο πιθανότερος μηχανισμός. Η συμπτωματική διαφυγή του φαρμάκου στο φλεβικό δίκτυο καταλήγει αρχικά στον πτερυγοειδή φλεβώδη κόλπο και τελικά στο φλεβώδη όπου και εδράζεται το απαγωγό νεύρο. Η επιπλοκή μπορεί να οφείλεται σε ανατομικές παραλλαγές.

Συμπεράσματα: Η διπλωπία λόγω τοπικής αναισθησίας είναι πολύ σπάνια και συνήθως παροδική. Ωστόσο

πρέπει να αναγνωρίζεται καθώς δημιουργεί φόβο στον ασθενή και μπορεί να εγείρει ιατροδικαστικά ζητήματα. Γενικά συστήνεται : αναρρόφηση πριν την έγχυση, άμεση διακοπή της επέμβασης και παραπομπή του ασθενούς επί εμμονής των συμπτωμάτων.

References:

1. Aguado-Gil JM, Barona-Dorado C, Lillo-Rodríguez JC, De la Fuente-González DS, Martínez-González JM. Ocular complications following dental local anesthesia. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011;16: e688– e693.
2. Steenen SA, Dubois L, Saeed P, de Lange J. Ophthalmologic complications after intraoral local anesthesia: case report and review of literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012; 113: e1– e5.
3. Freuen NF, Feil BA, Nortal NS. The clinical anatomy of complications observed in a posterior superior alveolar nerve block. FASEB J. 2007;21:776.

ΕΑ55

Αποτελέσματα της προληπτικής χορήγησης δεξκετοπροφένης συνδυαστικά με δύο διαφορετικές δόσεις τραμαδόλης στη μετεγχειρητική διαχείριση του πόνου

Παπαδήμα Α.¹, Χριστοδούλου Κ.², Westzaan Ν.², Κέκελος Π.², Γρηγοράκη Α.², Αθανασιάδου Ε.³, Κουρούκλη Ε.⁴

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθηνών

Εισαγωγή: Σε ασθενείς με μέτριο έως σοβαρό πόνο, είναι δύσκολο να επιτευχθεί αποτελεσματική αναλγησία με ένα μόνο φάρμακο και, επομένως, τα αναλγητικά φάρμακα συνήθως συνδυάζονται για να επιτευχθεί ο βέλτιστος έλεγχος του πόνου, καθώς ο συνδυασμός αναλγητικών είναι συχνά ιδιαίτερα αποτελεσματικός.^{1,2}

Στόχος της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η αναλγητική αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του συνδυασμού ενδοφλέβιων αναλγητικών δεξκετοπροφαίνης (50mg) και τραμαδόλης (100mg) έναντι δεξκετοπροφαίνης (50mg) και τραμαδόλης (200mg) σε μέτριο έως σοβαρό οξύ πόνο μετά από ολική λαρυγγεκτομή.

Υλικό & Μέθοδος: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 36 ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε μερική ή ολική λαρυγγεκτομή. Οι ασθενείς ήταν ενήμεροι για τη μελέτη καθώς προσκόμισαν τη γραπτή συγκατάθεση τους. Κατά την τακτική προεγχειρητική εκτίμηση αποκλείστηκαν οι ασθενείς στους οποίους υπήρχε αντένδειξη χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων. Οι ασθενείς που ήταν στην ομάδα Α έλαβαν 50 mg δεξκετοπροφένης i.v. και 100 mg τραμαδόλης i.v. και οι ασθενείς στην ομάδα Β έλαβαν 50 mg δεξκετοπροφένης i.v. και 200 mg τραμαδόλης i.v., 10 λεπτά προ χειρουργείου. Τις τρεις πρώτες μέρες μετεγχειρητικά, εκτιμήθηκε η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου, η ανησυχία καθώς και η ανακούφιση από τον πόνο χρησιμοποιώντας την κλίμακα VAS (0-10). Οι δύο άκρες της κάθε γραμμής επισημαίνονται ως «κανένας πόνος» με «χειρίστος πόνος», «καμία ανησυχία» με «μέγιστη ανησυχία» και «καμία ανακούφιση του πόνου» με «απόλυτη ανακούφιση του πόνου». Η πρώτη αξιολόγηση του πόνου έγινε άμεσα μετά την αφύπνιση, πριν ο ασθενής μεταφερθεί στο χώρο της ανάνηψης, όπου στην κλίμακά μας αντιστοιχεί στην ώρα ο καθώς επίσης κάθε 6 ώρες το πρώτο 24ωρο, και κάθε 8 ώρες τις επόμενες 48 ώρες, μέχρι να συμπληρωθούν 72 ώρες μετεγχειρητικά. Οι ασθενείς καλούνταν να αξιολογήσουν την ένταση του πόνου και της ανησυχίας που αισθάνονταν ακριβώς πριν τη χορήγηση των αναλγητικών. Παράλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό κατέγραφε την καρδιακή συχνότητα (κερκιδικός παλμός), την αρτηριακή πίεση και την αναπνευστική συχνότητα.

Αποτελέσματα: Τα δημογραφικά και βασικά χαρακτηριστικά ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες. Οι ασθενείς της ομάδας Β μετά την αφύπνιση εμφάνισαν σημαντικά ($P<0,05$) λιγότερο πόνο (μέση τιμή κλίμακας VAS 2,5) συγκριτικά με την ομάδα Α (μέση τιμή κλίμακας VAS 4,1). Στην ομάδα Β παρατηρήθηκε μείωση 30% στην ανάγκη χορήγησης φεντανύλης [median 0,1 (0-0,3) mg] σε σύγκριση με την ομάδα Α [median 0,15 (0,05-0,35)], στη μονάδα μετεγχειρητικής φροντίδας ($P<0,05$). Επίσης παρατηρήθηκε μείωση της ναυτίας και του εμέτου στους ασθενείς της ομάδας Α, καθώς και μεγαλύτερη ικανοποίηση ($P<0,05$), συγκριτικά με τους ασθενείς της ομάδας Β.

Συμπεράσματα: Ο πόνος των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργείο λάρυγγα λόγω κακοήθειας μπορεί να φτάσει σε πολύ υψηλά επίπεδα, ειδικά τις πρώτες ώρες μετεγχειρητικά. Ο συνδυασμός δεξκετοπροφένης 50 mg τραμαδόλης 200mg παρέχουν επαρκή αναλγησία με μεγάλη διάρκεια στη μονάδα μετεγχειρητικής φροντίδας σε περιπτώσεις μέτριου προς σοβαρού πόνου.

1. Raffa RB, et al. Expert Opin Pharmacother. 2012;13(9):1261–70.

2. Moore RA, et. al. Eur J Pain. 2012;16(4):585–91.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Το Συνέδριο πραγματοποιείται στον Άγιο Νικόλαο Κρήτης **16-19 Σεπτεμβρίου 2021**, στο ξενοδοχείο Wyndham Grand Crete Mirabello Bay (τηλ. +30 28410 28400)

Στον ευρύτερο χώρο του Συνεδρίου λειτουργεί: η Γραμματεία του Συνεδρίου, η Εκθεση Φαρμακευτικών προϊόντων, Ιατρικών οργάνων και μηχανημάτων καθώς και η Εκθεση Ιατρικών Εκδόσεων

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ/COVID-19

> Θα τηρηθούν αυστηρά όλες οι κατευθυντήριες οδηγίες και τα υγειονομικά πρωτόκολλα λειτουργίας για την έναρξη των υβριδικών συνεδρίων τόσο για το συνεδριακές αίθουσες όσο και για το χώρο της έκθεσης-γραμματείας συνεδρίου, όπως ανακοινώθηκαν επισήμως από το Υπουργείο

> Η είσοδος θα γίνεται με σειρά προτεραιότητας μέχρι την συμπλήρωση των επιτρεπόμενων ατόμων ανά συνεδρία, ενώ όλοι οι υπόλοιποι εγγεγραμμένοι Σύεδροι θα μπορούν να παρακολουθούν μέσω της ψηφιακής πλατφόρμας αναμετάδοσης του Συνεδρίου, χρησιμοποιώντας τους κωδικούς που έχουν λάβει στο email τους

> Υποχρεωτική η χρήση μάσκας και τήρηση των κανόνων υγιεινής και αποστάσεων από όλο το προσωπικό του χώρου (γραμματεία, υπάλληλοι, συνεργεία κλπ)

> Υποχρεωτική η χρήση μάσκας στους εσωτερικούς χώρους του συνεδριακού κέντρου από όλους τους συμμετέχοντες
> Η απολύμανση των χεριών με αντισηπτικό είναι υποχρεωτική κατά την είσοδο στο συνεδριακό κέντρο. Διαθέσιμα dispensers με αντισηπτικό θα υπάρχουν στους χώρους του συνεδριακού

> Βασική προϋπόθεση για την έλευση στο συνεδριακό χώρο είναι η προσκόμιση και η επίδειξη πιστοποιητικού εμβολιασμού ή πιστοποιητικού νόσησης σε ισχύ (6 μήνες)

Το προσωπικό του γραφείου διοργάνωσης ERA ΕΠΕ έχει εκπαιδευτεί πλήρως και πιστοποιηθεί για την προφύλαξη και αυστηρή τήρηση μέτρων πρόληψης από τον SARS-CoV-2 για τον Συνεδριακό Τουρισμό, Εστίαση, Τουριστικά Καταλύματα, Τουριστικά Γραφεία.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΓΓΡΑΦΗ	Εως 15/6/2021	Μετά τις 15/6/2021
Ειδικευμένοι	200 €	200 €
Ειδικευόμενοι	150 €	170 €
Νοσηλεύτες	140 €	150 €
Άνεργοι Αναισθησιολόγοι	Δωρεάν	
Φοιτητές	Δωρεάν	
Κλινικά Φροντιστήρια *	Δωρεάν	

Οι ανωτέρω τιμές εγγραφών επιβαρύνονται με 24% ΦΠΑ

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

Παρακολούθηση των επιστημονικών Συνεδριάσεων, Επισκέψεις στον Εκθεσιακό χώρο, Συνεδριακό Υλικό, Ελαφρύ Γεύμα, Συμμετοχή στην Τελετή Έναρξης την Πέμπτη 16 Σεπτεμβρίου 2021, Διαλείμματα καφέ, Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό παρακολούθησης.

Το δικαίωμα συμμετοχής για Φοιτητές Ιατρικής περιλαμβάνει:

Παρακολούθηση των επιστημονικών Συνεδριάσεων, Επισκέψεις στον Εκθεσιακό χώρο, Συνεδριακό Υλικό, Διαλείμματα καφέ, Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό παρακολούθησης

Παρακολούθηση στο αντίστοιχο Κλινικό Φροντιστήριο, Διαλείμματα καφέ, Πιστοποιητικό Παρακολούθησης.

Απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής στα Κλινικά Φροντιστήρια είναι η εγγραφή στο κυρίως Συνέδριο.

***ΠΡΟΣΟΧΗ ΘΑ ΤΗΡΗΘΕΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ**

LIVE STREAMING

Λόγω των Υγειονομικών Πρωτοκόλλων που ισχύουν για τα Συνέδρια, θα υπάρχει ταυτόχρονη αναμετάδοση των Συνεδριάσεων.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Το Επιστημονικό Πρόγραμμα του Συνεδρίου αποτελείται από Διαλέξεις, Στρογγυλά Τραπέζια, Συναντήσεις με τους Ειδικούς, Βήμα Νέων Ομιλητών, Κλινικά Φροντιστήρια και Ελεύθερες Ανακοινώσεις.

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Οι διαλέξεις αφορούν θέματα ιδιαίτερου κλινικού και θεωρητικού ενδιαφέροντος που θα αναπτύξουν προσκεκλημένοι ομιλητές διεθνούς κύρους με ιδιαίτερη ενασχόληση στο αντικείμενο που θα αναπτύξουν.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ

Τα θέματα ειδικά επιλεγμένα θα καλύψουν ζητήματα αμφιλεγόμενα, νέες μεθόδους καθημερινής πρακτικής στην Περιφερειακή Αναισθησία και Αναλγησία, την εφαρμογή τους στην αντιμετώπιση του Οξέος και Χρόνιου πόνου, καθώς και επίκαιρα θέματα στην Περηγορική Ιατρική.

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΙΣ

Ευχαριστούμε τις φαρμακευτικές εταιρείες Brain Theurapeutics, Impackt, Menarini, Vianex και Viatrix για τη συμμετοχή τους στις εργασίες του Συνεδρίου.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Η κάθε ανακοίνωση θα διαρκεί 8' και θα ακολουθεί συζήτηση 2 λεπτών. Η καλύτερη εργασία θα κριθεί από ειδική Επιτροπή και θα βραβευθεί.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

Στους Συνέδρους θα χορηγηθούν 23 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME) από τον Π.Ι.Σ. Το πιστοποιητικό θα σταλεί ηλεκτρονικά μετά την ολοκλήρωση του Συνεδρίου.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Εναρκτήρια Τελετή: Η Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου θα γίνει την **Πέμπτη 16 Σεπτεμβρίου 2021** και ώρα **20.00** στο Συνεδριακό Ξενοδοχείο Wyndham Grand Crete Mirabello Bay.

Δείπνο Υποδοχής: θα πραγματοποιηθεί μετά την Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου, για τους Συνέδρους, βάσει του επιτρεπτού αριθμού συμμετεχόντων.

Οι κοινωνικές εκδηλώσεις του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθούν με την τήρηση όλων των απαιτούμενων πρόσφατων υγειονομικών πρωτοκόλλων.

ΔΕΙΠΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Δείπνο του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί βάσει του επιτρεπτού αριθμού συμμετεχόντων, το **Σάββατο 18 Σεπτεμβρίου** και ώρα 20.30 σε χώρο επιλεγμένο από την Οργανωτική Επιτροπή. Το κόστος ανέρχεται στο ποσό των 70€ ανά άτομο

ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

Εκθεσιακός χώρος για φαρμακευτικές εταιρείες και ιατρικές εκδόσεις που έχουν σχέση με την περιοχική αναισθησία και θεραπεία πόνου θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου.

ΟΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Οι αίθουσες διεξαγωγής του Συνεδρίου θα είναι εξοπλισμένες με data video projector για παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Το υλικό θα πρέπει να παραδίδεται μία τουλάχιστον ώρα πριν τη συνεδρίαση στην ειδική γραμματεία.

ΓΛΩΣΣΑ

Επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου θα είναι η Ελληνική. Οι διαλέξεις των Ξένων Ομιλητών θα δοθούν στα **Αγγλικά**.

ΔΙΑΜΟΝΗ

Για την διευκόλυνση των Συνέδρων, δωμάτια έχουν προκρατηθεί στο Συνεδριακό Ξενοδοχείο **Διαμονή ανά δωμάτιο με πρωινό & φόρους – Τελευταία ημερομηνία κρατήσεων δωματίων 15/07/2021**

Όνομα Ξενοδοχείου	Cat	Μονόκλινο/Δίκλινο
Wyndham Grand Crete Mirabello Bay Συνεδριακό Ξενοδοχείο	5*	150 €

Από 1/1/2018 επιβάλλεται φόρος υπέρ του Δημοσίου με την ονομασία «Φόρος Διαμονής» σε ξενοδοχεία και λοιπά τουριστικά καταλύματα. Ο φόρος αυτός επιβάλλεται ανά ημερήσια χρήση δωματίου ως εξής: • 5 αστέρων: 4,00€ Ο φόρος αυτός είναι πληρωτέος από τον κάθε συμμετέχοντα/πελάτη κατά την αναχώρησή του από το ξενοδοχείο

ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ -ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Για την επιβεβαίωση των εγγραφών απαιτείται πλήρης εξόφληση

Το Δικαίωμα Συμμετοχής στο Συνέδριο **δεν επιστρέφεται**.

Απαιτείται προκαταβολή 50% για την επιβεβαίωση κράτησης διαμονής & αεροπορικών εισιτηρίων

Εξόφληση έως τις 30 Ιουνίου 2021

Για ακυρώσεις διαμονής μέχρι τις 30/6/2021: **δεν υπάρχουν ακυρωτικά τέλη**

Για ακυρώσεις διαμονής από 30/6/2021 έως 10/7/2021: **50% ακυρωτικά τέλη επί του συνολικού κόστους διαμονής**

Για ακυρώσεις διαμονής μετά τις 10/7/2021 **100% ακυρωτικά τέλη επί του συνολικού κόστους διαμονής**

Η πληρωμή της Συμμετοχής και της Διαμονής **μπορεί να γίνει με:**

-Τραπεζικό έμβασμα στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: **ΕΡΑ ΕΠΕ** - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307,

IBAN No GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307 αναφέροντας το **όνομα του Συνεδρίου & το όνομα του συμμετέχοντος**

-Με πιστωτική κάρτα

Η Γραμματεία θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου, στο Ξενοδοχείο Wyndham Grand Crete Mirabello Bay



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ

ΕΡΑ ΕΠΕ – Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα, Τηλ: 210 3634944, Fax: 210 3631690, e-mail: info@era.gr, Web Site: www.era.gr

LYRICA®

PREGABALIN



Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία



UPJOHN HELLAS Ε.Π.Ε. Λ. Μεσογείων 253-255, Ν. Ψυχικό 154 51, Αθήνα, Ελλάδα,
ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ 148421801000, Τηλ: (+30) 2100 100 002

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

Η Οργανωτική Επιτροπή του
21ου Πανελληνίου Συνεδρίου Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας

Ευχαριστεί
για την ενεργό συμμετοχή και υποστήριξη στην πραγματοποίηση του Συνεδρίου

τον ΠΛΑΤΙΝΕΝΙΟ ΧΟΡΗΓΟ



τον ΧΡΥΣΟ ΧΟΡΗΓΟ



τους ΑΡΓΥΡΟΥΣ ΧΟΡΗΓΟΥΣ



τους ΚΥΡΙΟΥΣ ΧΟΡΗΓΟΥΣ
για τη συμμετοχή και την οικονομική τους ενίσχυση



Επίσης ευχαριστεί τους Χορηγούς



Ευχαριστούμε για την υποστήριξή τους



ΔΗΜΟΣ
ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ



Algecia

Pregabalin



ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ			ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ
ALGECIA CAPS	25MG/CAP	BTX28	1,78 €
ALGECIA CAPS	50MG/CAP	BTX28	5,33 €
ALGECIA CAPS	75MG/CAP	BTX28	3,85 €
ALGECIA CAPS	100MG/CAP	BTX28	6,72 €
ALGECIA CAPS	150MG/CAP	BTX28	7,13 €
ALGECIA CAPS	200MG/CAP	BTX28	8,16 €
ALGECIA CAPS	300MG/CAP	BTX28	12,21 €

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη
ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ,
σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.
Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία

Λεωφ. Μαραθώνος 95, Πικέρμι Αττικής 190 09, Τηλ.: 210 60 39 326-9

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης • Παπαδιαμαντοπούλου 41, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 74 88 712

•Εθνικής Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459 920-1



Τεχνολογία που προστατεύει, υποστηρίζει & σώζει ζωές!

Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΑΣ | Ολιστική διαχείριση του ιατρικού εξοπλισμού στις μονάδες οξείας φροντίδας συμβάλλοντας στην προσπάθεια μείωσης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (ΧΡΓ, ΜΕΘ, ΜΕΝΝ, ΜΑΦ, ΤΕΠ κ.α).

- Τακτικός έλεγχος της ποιότητας (καθαρότητας από προσμίξεις) και έλεγχος τυχόν μικροβιακών επιμολύνσεων του δικτύου Ιατρικών αερίων.
- Χωροταξική διάταξη "κάθετης" τοποθέτησης του εξοπλισμού - με χρήση στηλών οροφής για παροχή ιατρικών αερίων - «ΟΛΑ ΣΤΟΝ ΑΕΡΑ»
- Αναβαθμισμένος σύγχρονος εξοπλισμός, εφοδιασμένος με κλινικά προγράμματα για μείωση χρόνου παραμονής του ασθενούς στη ΜΕΘ και για αποτελεσματικότερα και ασφαλέστερα Χειρουργεία.
- Χρήση αναλωσίμων μιας χρήσης έναντι των πολλαπλών χρήσεων για μεγαλύτερη ασφάλεια και αποφυγής ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Συγκεκριμένα Πρωτόκολλα καθαρισμού και απολύμανσης του εξοπλισμού για να ενσωματωθούν στα ήδη υπάρχοντα πρωτόκολλα της ΜΕΘ & ΧΡΓ.
- Ηλεκτρονικό Σύστημα αυτόματης καταγραφής των Ιατρικών δεδομένων (PDMS) και των ζωτικών παραμέτρων των ασθενών με κοινή βάση σε ΧΡΓ, ΜΕΘ κ.λπ., με έμφαση στην προστασία των προσωπικών δεδομένων (GDPR).
- Μέσα Ατομικής προστασίας των εργαζομένων στα ΧΡΓ, ΜΕΘ και συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού στην σωστή χρήση του εξοπλισμού ΧΡΓ, ΜΕΘ.
- Εξειδικευμένα συμβόλαια πλήρους συντήρησης του εξοπλισμού, με δυνατότητα αντικατάστασης παλαιών μηχανημάτων, αναβαθμίσεις λογισμικού, πιστοποίησης ορθής λειτουργίας, αναβάθμισης του χώρου κ.λπ.

Your Specialist in Acute Care since 1889!

Dräger Hellas S.A.
Ελ. Βενιζέλου 150, Ν. Ιωνία | 142 31 | +30 210 2821809 | www.draeger.gr

Dräger. Technology for Life®

Dräger

**Impact
Factor**
0.630

Signa Vitae *Signs of life*

*Journal of Anesthesia, Intensive Care,
Emergency and Pain Medicine*

 an open Access Journal by MRE

 **Clarivate
Web of Science™**



Scopus Preview

etc.



Editor-in-Chief
Prof. Giustino Varrassi



Vol. 17, Issue 1, January



Vol. 17, Issue 2, March



Vol. 17, Issue 3, May



Vol. 17, Issue 4, July



Vol. 17, Issue 5, September

*Issue 6, 2021
COMING
SOON...*

Signa Vitae

Print ISSN: 1334-5605

Online ISSN: 1845-206X

©2021 MRE Press. All rights reserved



<https://www.signavitae.com/>



bridion®
sugammadex



Παρακαλώ συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πριν τη συνταγογράφηση.



MSD A.Φ.Β.Ε.Ε., ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, Άλιμος 174 56, Αττική,
Αρ. ΓΕΜΗ 121808101000, Τηλ: 2109897300, E-MAIL: dpoc_greece@merck.com
www.msd.gr

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

DynastatTM **IM/IV**

parecoxib sodium for injection



Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.



Pfizer Ελλάς Α.Ε.,
Λ. Μεσογείων 243, Ν. Ψυχικό 15451, Αθήνα, Ελλάδα,
Τηλ. Επικοινωνίας 210-6785800,
Αριθ. Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000
Pfizer Ελλάς Α.Ε. (Cyprus Branch)
Λεωφόρος Αθαλάσσης 26, 2018 Λευκωσία, Κύπρος,
Τηλ.: 22817690

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