

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ & ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

B

P

A

Y

P

Ω



N

A

10-13 Σεπτεμβρίου
2020
Ξενοδοχείο
DOLCE by WYNDHAM
Βραυρώνα, Αττική

20^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας

23 Μόρια
CME-CPD από
τον Π.Ι.Σ.

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

www.regionalpainpalliativecongress2020.gr

PecFent®

ΠΙΝΙΚΟ ΕΚΝΕΦΩΜΑ ΚΙΤΡΙΚΗΣ ΦΑΙΝΤΑΝΥΛΗΣ



Abstral®

ΥΠΟΓΛΩΣΣΙΑ ΔΙΣΚΙΑ ΚΙΤΡΙΚΗΣ ΦΑΙΝΤΑΝΥΛΗΣ

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως.

Kyowa KIRIN

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

ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ:

anaBIOsis
pharmaceuticals

Αθήνα: Αμαλιάδος 1, 145 64 Κηφισιά, τηλ: 210 271 1020, fax: 210 271 2001
Θεσ/νίκη: 9^η χλμ. Θεσ/νίκης - Μουδανιών, 55535 Θεσ/νίκη,
τηλ: 2310 489360, fax: 2310 489396
email: info@anabiosis.gr • site: www.anabiosis.gr

A_P/Ana/ADV/05.2020

ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ

Αγαπητοί συνάδελφοι, αγαπητοί φίλοι

Σας καλωσορίζουμε στο “20ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας” που πραγματοποιείται στις 10 – 13 Σεπτεμβρίου 2020, στη Βραυρώνα, με ταυτόχρονη διαδικτυακή μετάδοση, τηρώντας όλα τα απαραίτητα μέτρα υγιεινής, με βάση τα υγειονομικά πρωτόκολλα, για την αποφυγή μετάδοσης του COVID-19, προκειμένου να διασφαλισθεί η υγεία και η ασφάλεια των συμμετεχόντων στο συνέδριο.

Το Πανελλήνιο Συνέδριο που διοργανώνει η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. με την ESRA HELLAS και την Α' Αναισθησιολογική Κλινική / Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής ΕΚΠΑ, αποτελεί την κορύφωση των επιστημονικών δραστηριοτήτων μας.

Στο φετινό συνέδριο έγινε σύντμηση του επιστημονικού προγράμματος, με επιλογή επίκαιρων θεμάτων ιατρικής πρακτικής στο πεδίο της Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, διατηρήθηκαν οι ανακοινώσεις σε ειδικές συνεδρίες και προστέθηκαν συνεδρίες που ενημερώνουν για την Παρηγορική φροντίδα και τη Θεραπεία Πόνου στην περίοδο πανδημίας COVID 19, κάνοντας ταυτόχρονα μια αποτίμηση της εμπειρίας που αποκτήθηκε κατά την πρώτη φάση και με στόχο τον σχεδιασμό των επόμενων βημάτων.

Εκ μέρους της Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής ευχαριστούμε τον νυν Πρόεδρο της ESRA κ. Delbos A. και τον επερχόμενο Πρόεδρο Prof.Volk Th., καθώς και τον Πρόεδρο του WIP Prof. Varrassi G. που ως προσκεκλημένοι ομιλητές εξωτερικού μας τιμούν με την ζωντανή παρουσία τους, καθώς επίσης και όλους τους ομιλητές, προέδρους, συντονιστές, σχολιαστές της ημεδαπής για τη θετική τους ανταπόκριση.

Είμαστε σίγουροι ότι για άλλη μια φορά θα ανταποκριθούμε στις προσδοκίες σας.

Σας περιμένουμε όλους, ελπίζοντας στη δημιουργική παρουσία και συμμετοχή στο καινοτόμο επιστημονικό μας πρόγραμμα.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής

Οι Πρόεδροι

Ιωάννα Σιαφάκη

Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας
και Θεραπείας Πόνου
Ιατρική Σχολή Αθηνών, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μαρία Κοκολάκη

Αναισθησιολόγος
Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος
και Ιατρείου Πόνου
Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ»

Δ. Σ. ΠΑΡΗΣΥΑ

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Αμανίτη Αικατερίνη
Αρναούτογλου Ελένη
Θεοδωράκη Κασσιανή
Στάικου Χρυσούλα
Τέφα Λουίζα
Τζίμας Πέτρος
Φυντανίδου Βαρβάρα
Χλωροπούλου Πελαγία

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι
Σιαφάκα Ιωάννα
Κοκολάκη Μαρία

Μέλη
Αλεξοπούλου-Βραχνού Ευνομία
Αναστασιάδου-Ανίσογλου Γεωργία
Αντωνοπούλου Ελπίδα
Βαγδατλή Κυριακή
Βαδαλούκα Αθηνά
Βασιλοπούλου Γεωργία
Γαμποπούλου Ζωή
Γκουτζιομήτρου Ευαγγελία
Δημακοπούλου Αντωνία
Διονυσιώτης Ιωάννης
Θεοδωράκη Κασσιανή
Καλλιαρδού Ευαγγελία
Καπέρδα Αλεξάνδρα
Καραφωτιά Αφροδίτη
Κοράκη Ελενη
Κουτσούκου Βικτωρία
Κρεμαστινού Φανή
Κωνσταντοπούλου Γεωργία
Μακρής Αλέξανδρος
Μανατάκη Αδαμαντία
Μάστορα Ευαγγελία
Μαυρομάτη Πανωραία
Μόκα Ελένη
Μπαϊρακτάρη Αγγελική
Μπαρουξής Δημήτριος
Μπερδούσης Γιάννης
Μπερναλή Νικολέτα
Ντόλκα Σταματία
Ντούβλη Στέλλα
Παλιαλέξη Λεμονιά
Ράπτη Δήμητρα
Στέλιου Φρειδερίκη
Σταυροπούλου Ευμορφία
Τσαρουχά Αθανασία
Υφαντίδης Φώτης
Χλωροπούλου Παναγιώτα
Χρονάκης Ιωάννης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι
Σιαφάκα Ιωάννα
Αλεξοπούλου-Βραχνού Ευνομία

Μέλη
Αμανίτη Αικατερίνη
Ανίσογλου Σουζάνα
Αρναούτογλου Ελένη
Βαδαλούκα Αθηνά
Βογιατζάκη Θεοδοσία
Βουβάκη Αγγέλα
Γιαβασόπουλος Ευάγγελος
Γαρίνη Ελεάννα
Γκλιάτης Εμμανουήλ
Ευαγγέλου Αγγελος
Ζης Παναγιώτης
Ζώτου Μαριάννα
Θεοδωράκη Κασσιανή
Θεοδώρου Ελένη
Καλλιαρδού Ευαγγελία
Καλφακάκου Βασιλική
Καμπέρη Παναγιώτα
Καντιάνης Τάσος
Καρανίκα Ελλη
Κουρούκλη Ειρήνη
Κρεμαστινού Φανή
Λυκούδη Ειρήνη
Μαμμή Γιούλη
Μελά-Καραμανάκου Αργυρώ
Μιχαλολιάκου Χριστίνα
Μπατιστάκη Χρυσάνθη
Μόκα Ελένη
Μπερναλή Νικολέτα
Παλγιμέζη Νίκη
Παπαγεωργίου Ειρήνη
Παπαδόπουλος Γεώργιος
Ρεκατσίνα Μαρίνα
Στάικου Χρυσούλα
Σταυροπούλου Ευμορφία
Συκιώτη Παναγιώτα
Τζίμας Πέτρος
Τσαρουχά Αθανασία
Τσιρογιάννη Αικατερίνη
Χλωροπούλου Πελαγία
Χρονά Ελένη

ΞΕΝΟΙ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Alain DELBOS, MD, PhD
Senior Consultant Anaesthesiologist
Anaesthesiology Department, Clinique, Medipole – Garrone, Toulouse, France
ESRA President
Vice – Chair of ESRA Scientific Committee
Vice – Chair of ESRA Education Committee
Member of PROSPECT Working Group
ESRA France Past President
Board Member of French Society of Anaesthesiology and Reanimation (SFAR)

Prof. Giustino Varrassi, MD, PhD, FIPP
President of World Institute of Pain, President of Paolo Procacci Foundation

Thomas VOLK, Professor, Dr.
Department of Anaesthesiology, Intensive Care and Pain Therapy
Saarland University
Medical Center and Saarland University Faculty of Medicine
ESRA President Elect
Homburg, Germany

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

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Αμανίτη Αικ.	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Α.Π.Θ., Μονάδα Πόνου, Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ"
Αναστασιάδου Γ.	Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ και Ιατρείου Πόνου Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο", Εθελοντικά Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Γιαννιτσών
Ανίσογλου Σ.	Αναισθησιολόγος -Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ & Ιατρείου Πόνου Α.Ν.Θ. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"
Αρμακόλα Φ.	Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, MD, MSc, Επιμελήτρια Β ΚΕΠΠΑ Νοσοκομείο Παίδων "Π. & Α. Κυριακού"
Βαδαλούκα Α.	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 Περιοχικής Αναισθησίας (ESRA)
Βραχνού Ε.	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας", Αθήνα
Γαμποπούλου Ζ.	MD, PhD, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος ΓΝΑ ΚΑΤ και Υπεύθυνος Ιατρείου Αξιολόγησης και Θεραπείας Πόνου
Γαρίνη Ε.	Αναισθησιολόγος Παίδων, ΕΔΑΙC, EDRA, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. Παίδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα
Γεωργιάδου Θ.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Γιαννιτσών
Γεωργιτσγιαννάκος Π.	Αναισθησιολόγος, Επιχειρησιακός Επικεφαλής Β', Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"
Γιαβασόπουλος Ευ.	RN. MSc. Μ.Ε.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 Ερευνας & Εκπαίδευσης - τ. Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ε.Σ.Ν.Ε., Μέλος Πειθαρχικής Επιτροπής ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.
Γκλιάτης Εμμ.	Ιδιώτης Αναισθησιολόγος, Θεσσαλονίκη
Γκουτζιομήτρου Ευ.	Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
Δένδη Α.	MD MSc, Αναισθησιολόγος, Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία"
Δημακοπούλου Α.	MD, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς"
Δήμου Π.	Αναισθησιολόγος, PhD, ΕΔΑΙC, EDRA, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας
Ζώτου Μ.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας"
Ησαΐα Ε.Χ.	MSc, M.D., Αναισθησιολόγος, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου Δ.Θ.Κ.Α. "Υγεία"
Θεοδωράκη Κ.	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Διευθύντρια Α' Αναισθησιολογικής Κλινικής-Κέντρου Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Ιερόπουλος Π.	Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α', ΕΣΥ, Γ.Ν. Κοζάνης
Καλλιαρδού Ευ.	Dr., Διευθύντρια, Επιστημονική Υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος - Ιατρείου Πόνου Νοσοκομείου Παίδων "Π. & Α. Κυριακού"
Κανδρεβιώτου Στ.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Σισμανόγλειο - Α. Φλέμιγκ», Αττική
Καρανασάση Χ.	Αναισθησιολόγος, ΔΕΑΑ, Υπεύθυνη Κέντρου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center
Καραντάνας Α.	Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης Διευθυντής Εργαστηρίου Ιατρικής Απεικόνισης, ΠΑΓΝΗ
Κετικίδου Ευ.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Επιστημονικά Υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Καβάλας

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Κιαμήλογλου Μπ.	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν.Κομοτηνής «Σισμανόγλειο»
Κλήμη Μ.	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. "Αλεξάνδρα"
Κοκκίνης Κ.	Αναισθησιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος- Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας"
Κοκολάκη Μ.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. "Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ" Αττικής
Κοράκη Ε.	Διευθύντρια ΕΣΥ Αναισθησιολογική Κλινική-Ιατρείο Πόνου Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"
Κουρούκλη Ειρ.	MD, PhD, FIPP, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"
Κρεμαστινού Φ.	Αναισθησιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"
Κωνσταντόπουλος Κ.	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος, Ασκληπιείο Βούλας
Κωνσταντοπούλου Γ.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Χρόνιου Πόνου, Γ.Ν.Α. "Σωτηρία"
Λευκαδίου Αικ.	Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ ΜΕΘ, Π.Γ.Ν. Πατρών
Λεφάκη Τ.	Αναισθησιολόγος, Συντονίστρια-Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας"
Λουτσέτη Δ.	Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Κ.Υ. Σητείας
Μάγκλαρη Χ.	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α "Ο Άγιος Σάββας"
Μάκρας Α.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος "Βοσπάνειο" Γ.Ν. Μυτιλήνης
Μακρής Α.	Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα
Μαλισιώβα Α.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Π.Γ.Ν. Παίδων "Π. & Α. Κυριακού", Αθήνα
Μάλλιου Χ.	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ. Γ.Ν.Καλαμάτας
Μαμμή Γ.	Αναισθησιολόγος, Διοικήτρια Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (ΠΓΝΠ)
Μαντουβάλου Τ.	Δημοσιογράφος, Αθηναϊκό Πρακτορείο
Ματσώτα Π.	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας Π.Γ.Ν. "Αττικόν"
Μαυροειδή Δ.	Νοσηλεύτρια, Msc "ΜΕΘ", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Τομεάρχης Ν.Υ. Γ.Ν. "Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ"
Μελά Α.	Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. "Ασκληπιείο Βούλας", Αθήνα
Μις Μ.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
Μίχα Γ.	Αναισθησιολόγος, MD, MSc, PhD, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ-ΓΝ και Μαιευτήριο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου»
Μιχαηλίδου Β.	Νευρολόγος, Επιμελήτρια Α' Νευρολογίας, Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης-Οργανική Μονάδα Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Παπανικολάου
Μιχαολιάκου Χ.	MD, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Χρόνιου Πόνου, Ε.Α.Ν.Π. "Μεταξά"
Μόκα Ε.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Ιδιωτικό Νοσοκομείο Creta Interclinic, ESRA Treasurer, EDRA Board Member, Γενική Γραμματέας ESRA Hellas, Ηράκλειο, Κρήτη

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Μορέλλα Δ.	MD, Αναισθησιολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα-Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν. Α. "ΚΑΤ"
Μπαρέκα Μ. Μπάρτζη Κ. Μπερναλή Ν.	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Παίδων "Π. & Α. Κυριακού" Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Συντονίστρια-Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος-Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Θηβών, Πρόεδρος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Θηβών
Ντίνκα Λ.	Διευθύντρια Αναισθησιολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνη του Τμήματος Διαχείρισης Πόνου και Ανακουφιστικής Φροντίδας Νοσοκομείου "Οι Άγιοι Ανάργυροι", Αθήνα
Ντίνος Ι.	Κλινικός Ψυχολόγος, Γ.Α.Ο.Ν.Α "Άγιος Σάββας", Επιστημονικός Υπεύθυνος του ΚΕ.Υ.Ε.Ε.Ψ.Ο. της Ε.Α.Ε.
Ντόλκα Σ. Ντούβλη Σ.	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α' Γ.Ν. Χανίων Υπεύθυνη Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου
Παλιαλέξη Λ.	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού τμήματος και υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου Γ. Ν Λαμίας
Παπαγεωργίου Ειρ. Παπαδοπούλου-Κοντογιάννη Ε.Δr., Παπαντωνάκη Σ. Παρασκευόπουλος Τ. Πετσίτη Α. Πουλίδα Σ. Ράντης Α. Ρεκατσίνα Μ.	Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' ΜΕΘ-Ιατρείου Πόνου, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό" Αναισθησιολόγος Επιμελήτρια Α' Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Λασιθίου Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ Msc, PhD, Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. Λάρισας MBChB, Αναισθησιολόγος Επιμελήτρια Β, Γ.Ν. Μυτιλήνης Βοστανείο MD, PhD, Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, 251 Γ.Ν. Αεροπορίας MSc, Chronic Pain Clinical Fellow, Whipps Cross Hospital, Barts Health NHS Trust, London, UK
Ρωμανά Κ.	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική Ν.Π.Δ.Δ."
Σάββαρη Π.	Παθολόγος, Συνεργάτης Α' Παθολογικής Κλινικής Νοσοκομείου "Ερρίκος Ντυνάν", Ιατρική Σύμβουλος Pfizer
Σαμώνης Γ.	Ογκολόγος - Λοιμωξιολόγος, Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
Σιαφάκα Ι.	Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας και Θεραπείας Πόνου, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αντιπρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.
Σοϊλεμεζίδου Χ. Σπυριδωνίδου Α. Στάικου Χρ.	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Σύρου Επιμελήτρια Α' Αναισθησιολογίας, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Διδυμοτεύχου MD, PhD, DESA, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Σταματίου Γ.	Αναισθησιολόγος, τ. Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Συντονίστρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Ιασώ Θεσσαλίας
Σταυροπούλου Ε.	Αναισθησιολόγος, MD, PhD, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Κέντρου Πόνου Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Πρόεδρος ESRA Hellas
Στέλιου Φρ. Τζίμας Π.	Διευθύντρια Αναισθησιολόγος, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» Αναπληρωτής Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Τρικούπη Α. Τσαρουχά Α.	Δρ., Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπαγεωργίου" Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο
Τσιφτσιρίδου Β.	Αναισθησιολόγος Διευθύντρια Αναισθησιολογικού τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"
Τσολερίδης Θ.	MD, PgD(c), MA, MSc, PhD(c), Επιμελητής Α' Αναισθησιολογίας Γ.Ν. Ρόδου

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Υφραντίδης Φ.	Επιμελητής Α' Αναισθησιολογίας, Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου "Αχιλλοπούλειο"
Φραντζέσκος Γ.	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος & Υπεύθυνος Ιατρείου Πόνου, ΠΑΓΝΗ
Φυρφίρης Ν. Χαϊνάκη Ειρ. Χαντζή Χ. Χλωροπούλου Πελ.	Αναισθησιολόγος, Επικουρικός Επιμελητής Β', Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας", Αθήνα Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Βενιζέλειο ΓΠΝ Ηρακλείου Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» Αναισθησιολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
Χρονάκης Ι.	Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Β', Υπεύθυνος Ιατρείου Πόνου & Παρηγορικής Γ.Ν. Σύρου
Ψυχογιούς Β.	MD, PhD, Συντονιστής Διευθυντής Ε' Ορθοπαιδικού Τμήματος Γ.Ν. "Ασκληπιείο" Βούλας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

10.00 - 14.00

Προσέλευση – Εγγραφές

ΑΙΘΟΥΣΑ Α - ΛΕΤΟ Ι, ΙΙ, ΙΙΙ

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι**Χρόνιος Πόνος****Προεδρείο:** Λευκαδίτου Αικ., Φυρφίρης Ν., Μάγκλαρη Χρ.**ΕΑ01. Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της υποξείας αυχεναλγίας. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών****Γκίκα Κ.¹**, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Τσαρουχά Α.², Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.³¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο,³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ “ο Άγιος Σάββας”**ΕΑ02. Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της οσφυϊκής σπονδυλικής στένωσης. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών****Κατσαρέλη Μ.¹**, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Σιαφάκα Ι.², Φυρφίρης Ν.³¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο,³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ “ο Άγιος Σάββας”**ΕΑ03. Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της χρόνιας οσφυαλγίας. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών****Σωτηρόπουλος Σ.¹**, Κατσαρέλη Μ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Τσαρουχά Α.², Φυρφίρης Ν.³¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο,³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ “ο Άγιος Σάββας”**ΕΑ04. Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση του χρόνιου αυχενικού πόνου. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών****Σωτηρόπουλος Σ.¹**, Γκίκα Κ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Τσαρουχά Α.², Φυρφίρης Ν.³¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο,³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ “ο Άγιος Σάββας”**ΕΑ05. Αντιμετώπιση νευροπαθητικού πόνου μετά από λαπαροσκόπηση με δερματικό επίθεμα καψαϊκίνης 8%****Σαμαρά Ευ.**, Αλεξοπούλου Κ., Παναγιώτου Ε., Ιατρέλλη Ι., Οικονόμου Σ.

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο, Πειραιάς

ΕΑ06. Στάθμιση του ερωτηματολογίου Opioid Risk Tool (ORT) στον ελληνικό πληθυσμό με χρόνια μη καρκινικό πόνο**Ησαΐα Ε.-Χ.¹**, Ζης Π.², Χιώτης Ι.³, Αντωνογιαννάκης Ε.³, Τσαρουχά Α.⁴, Σιαφάκα Ι.⁴¹Ιατρείο Πόνου Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», ²Νευρολόγος, ³Επίκουρος Καθηγητής ΝευρολογίαςΠανεπιστήμιο Κύπρου, ⁴Γ' Ορθοπαιδική Κλινική Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», ⁴Α' Αναισθησιολογική

Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής Αρεταίειο ΕΚΠΑ

ΕΑ07. Ενδαρθρική χορήγηση κορτικοστεροειδούς υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση σε ασθενή με αρθρίτιδα της κροταφογναθικής άρθρωσης**Τιλελή Μ.¹**, Μακρής Α.¹, Κατραμπασάς Ι.², Καλαμποκίνη Αικ.¹, Τσαγκάρης Μ.¹, Μελά Α. ¹¹Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα, ²Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ

Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα

16.00 - 17.30

ΑΙΘΟΥΣΑ Α - ΛΕΤΟ Ι, ΙΙ, ΙΙΙ**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι****Ζητήματα Πόνου και Περιοχικής Ανααισθησίας στα παιδιά****Προεδρείο:** Μαμμή Γ., Καλλιαρδού Ε.**Σύνδρομο ενισχυμένου μυοσκελετικού πόνου (AMPS) στα παιδιά: διεπιστημονική προσέγγιση**

Αρμακόλα Φ., Μπάρτζη Κ.

Τι νεότερο υπάρχει για την ασφάλεια στην Περιοχική Ανααισθησία στα παιδιά
Ματσώτα Π.**Φάρμακα για το Χρόνιο Πόνο στα παιδιά. Τι μπορούμε, τι δεν πρέπει, τι δεν ξέρουμε**
Δένδη Α.**Σχολιασμός:** Μαλισιώβα Α., Γαρίνη Ε.

17.30 - 18.00

Διάλειμμα - Καφές

18.00 - 19.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙ**Συστάσεις της ΠΑΡΗΣΥΑ για την Παρηγορική Φροντίδα και την υποστήριξη στην Περίοδο Πανδημίας COVID-19****Προεδρείο:** Βαδαλούκα Α., Ζώτου Μ., Πετσίτη Α.**Διαχείριση των ασθενών με πόνο**

Σιαφάκα Ι.

Διαχείριση δύσπνοιας και άλλων συμπτωμάτων σε ασθενείς με COVID-19
Κοκολάκη Μ.**Κριτήρια εισαγωγής στην ΜΕΘ**

Ανίσογλου Σ.

Η ψυχολογική αντιμετώπιση στην κρίση του COVID-19
Ντίνος Ι.**Σχολιασμός:** Κωνσταντοπούλου Γ.

19.30 - 20.00

ΔΙΑΛΕΞΗ Ι**Προεδρείο:** Βαδαλούκα Α., Γκουτζιομήτρου Ευ., Καραναστάση Χ.**Principles for pain management during Covid-19**

G. Varrassi

ΑΙΘΟΥΣΑ Β - ATHENA

14.00 - 15.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II

Περιεγχειρητική Αναισθησία - Αναλγησία

Προεδρείο: Χαϊνάκη Ειρ., Ντόλκα Σ., Κανδρεβιώτου Σ.

ΕΑ08. Χορήγηση πρεγκαμπαλίνης για την αντιμετώπιση της δυσανεξίας των ασθενών στον ουροκαθετήρα μετά από διουρηθρικές ουρολογικές επεμβάσεις
Καλλιοντζή Ε., Μαυρομαμάτης Ε., Παπαϊωάννου Ε., Σάββα Χ., Ντόκα Π., Λαμπαδαρίου Α.
Τμήμα Αναισθησιολογίας, Αντιμετώπισης Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

ΕΑ09. Αξιολόγηση μετεγχειρητικής αναλγησίας σε αρθροσκοπικές επεμβάσεις γόνατος με εφάπαξ αποκλεισμό του σαφηνούς νεύρου στον πόρο των προσαγωγών σε παιδιά
Δένδη Α.¹, Μασούρος Π.², Λαμπρογιώτα Χ.¹, Φλούδα Λ.³, Γαρίνη Ε.⁴, Ευαγγελοπούλου Ε.⁵
¹Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Αθήνα, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Ευαγγελισμός, Αθήνα

ΕΑ10. Διαχείριση επισκληρίδιου καθετήρα σε ασθενή με επείγουσα έναρξη αντιπηκτικής και διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής κατά την μετεγχειρητική περίοδο
Ορφανού Χ., Κουταλάς Ι., Βαλσάμη Σ., Στάικου Χ.
Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΑ11. Ο ρόλος της λιδοκαΐνης στην ταχεία κινητοποίηση του εντέρου σε επεμβάσεις λαπαροσκοπικής ορθοκολικής χειρουργικής
Μάγκλαρη Χ.¹, Συρογιάννη Π.¹, Μπουραζάνη Μ.¹, Λεφάκη Τ.¹, Κορκολής Δ.², Ρόμπου Α.³, Ασημακοπούλου Ε.¹
¹Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας", ²Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας"

ΕΑ12. Charcot –Marie–Tooth disease and regional anaesthesia for caesarian section: case report
Voultsou S., Georgostathis K.
Anaesthetic Department and Pain Therapy, "Olympion" General Hospital, Patra, Greece

ΕΑ13. Πρόληψη της υπότασης κατά τη διάρκεια εκλεκτικής καισαρικής τομής με τη χρήση συνεχούς έγχυσης διαλύματος νοραδρεναλίνης σε σύγκριση με συνεχή έγχυση διαλύματος φαινυλεφρίνης. Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη
Θεοδωράκη Κ.¹, Χατζηλία Σ.², Βαλσαμίδης Δ.³, Σταματάκης Ε.²
¹Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό Και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

ΕΑ14. Ερωτηματολόγιο πρακτικής περιοχικής αναισθησίας στην Ελλάδα και καταγραφή του αποτελέσματος των εκπαιδευτικών προσπαθειών προς αυτή την κατεύθυνση
Θεοδωράκη Κ.¹, Μόκα Ε.², Μακρής Α.³, Σταυροπούλου Ε.⁴
¹Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό Και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Creta InterClinic, ³Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ασκληπιείο Βούλας, ⁴Αναισθησιολογικό Τμήμα Νοσοκομείο ΚΑΤ

ΕΑ15. Περιεγχειρητική χορήγηση Λιδοκαΐνης ή Δεξμεδετομιδίνης για την αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου: διπλά τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, τυχαιοποιημένη μελέτη
Ρεκατσίνα Μ.¹, Θεοδοσοπούλου Π.², Στάικου Χ.²
¹Whipps Cross University Hospital, Barts Health NHS Trust, London, United Kingdom, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική Κέντρο Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών, ΕΚΠΑ

ΑΙΘΟΥΣΑ Β - ATHENA

14.00 - 15.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II

Περιεγχειρητική Αναισθησία - Αναλγησία

Προεδρείο: Χαϊνάκη Ειρ., Ντόλκα Σ., Κανδρεβιώτου Σ.

ΕΑ16. Χρόνος χειρουργείου, Περιοχική αναισθησία και λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων σε ασθενείς με κατάγμα ισχίου: επηρεάζουν την έκβαση;
Καλαμποκίνη Αικ.¹, Τσαγκάρης Μ.¹, Τσιασιώτης Π.², Τιλελή Μ.¹, Ψυχογιός Β.³, Μακρής Α.¹
¹Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα, ²Ε' Ορθοπεδική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα

ΑΙΘΟΥΣΑ ARTEMIS

20.00 - 20.30

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Προεδρείο: Σιαφάκα Ι., Κοκολάκη Μ.

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Ηθικά προβλήματα κατά την θεραπεία βαρέως πασχόντων
Σαμώνης Γ.

20.30

Δείπνο Υποδοχής

10.00 - 14.00

Προσέλευση – Εγγραφές

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ - ZEUS

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III

Χρόνιος Πόνος

Προεδρείο: Παπαντωνάκη Σ., Γεωργιάδου Θ., Μάκρα Λ.

ΕΑ17. Φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της HIV πολυνευροπάθειας

Μουτζούρη Α., Δερβέναγα Ε., Ριτσώτη Λ., Σιαφάκα Ι.

Ιατρείο Πόνου, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

ΕΑ18. Αντιμετώπιση χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου με βελονισμό και Nevralip

Μουτζούρη Α., Κλήμη Π., Μάκρα Λ., Σιαφάκα Ι.

Ιατρείο Πόνου, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

ΕΑ19. Μεξιλετίνη για την αντιμετώπιση επιμένουσας γλωσσοφαρυγγικής νευραλγίας

Rekatsina M.¹, Lewinsohn B.²¹Chronic Pain Clinical Fellow Whipps Cross Hospital, Barts Health NHS Trust, London,²Consultant in Pain Medicine, Whipps Cross Hospital, Barts Health NHS Trust, London

ΕΑ20. Τα συμπληρώματα διατροφής ωφελούν στη διαχείριση του Χρόνιου

Νευροπαθητικού Πόνου;

Κοκολάκη Μ.¹, Κανδρεβιώτη Σ.¹, Νιάκα Α.¹, Γαβρά - Παπασπύρου Αικ.¹, Ραϊτσίου Μπ.²¹Ιατρείο Πόνου Γ.Ν Σισμανόγλειο, ²ΜΕΘ Ν.Ν. Σισμανόγλειο

ΕΑ21. Εφαρμογή Pulsed Radiofrequency σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή για την θεραπεία μεθερπητικής νευραλγίας τριχωτού κεφαλής. Παρουσίαση περιστατικού

Βαδαλούκα Α., Φτούλης Γ., Τζαβούλης Δ.

Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

ΕΑ22. Σύνδρομο απιοειδούς μυός: όταν η συντηρητική θεραπεία ανεπαρκεί

Τσαγκάρης Μ.¹, Μακρής Α.¹, Κατραμπασάς Ι.², Μπίνα Α.¹, Ποταμιάνου Σ.¹,Μελά-Καραμανάκου Α.¹¹Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, ²Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο

Βούλας

ΕΑ23. Αντιμετώπιση ασθενών με Σύνδρομο Μυοπεριτονιακού Πόνου με wet needling

στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Κρήτης

Παπαντωνάκη Σ., Γαβριλάκη Ε., Ανδρεαδάκη Ε., Λουλάκη Θ.

Αναισθησιολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης

ΑΙΘΟΥΣΑ Α - LETO I, II, III

08:30-10:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III – ESRA HELLAS

Εκπαίδευση στην Περιφερική Αναισθησία: Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον

Προεδρείο: Τρικούπη Α., Χαντζή Χ., Μπαρέκα Μ.

Το Curriculum της Περιφερικής Αναισθησίας και η τρέχουσα μεθοδολογία εκπαίδευσης Θεοδωράκη Κ.

Επόμενο βήμα και ανάγκες αλλαγών σε Εθνικό και Διεθνές Επίπεδο: διαφοροποίηση Βασικής Εκπαίδευσης, Επάρκειας και Εξειδίκευσης

Μόκα Ε.

Σχολιασμός: Μελά Α.

10:00-10:30

ΔΙΑΛΕΞΗ II

Προεδρείο: Θεοδωράκη Κ., Κωνσταντόπουλος Κ., Ρωμανά Κ.

Regional anesthesia and hygienic standards

Th. Volk

10:30-11:00

Διάλειμμα - Καφέ

11:00-11:30

ΔΙΑΛΕΞΗ III

Προεδρείο: Σταματίου Γ., Μόκα Ε., Κοράκη Ε.

Live Demonstration with tips and tricks for experts by experts: upper limb

A. Delbos

11:30-13:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV

Θεραπευτικά κενά στην αντιμετώπιση του Χρόνιου Πόνου Οστεοαρθρίτιδας: νέοι

θεραπευτικοί ορίζοντες

Προεδρείο: Βαδαλούκα Α., Σιαφάκα Ι.

Χρόνιος Πόνος οστεοαρθρίτιδας

Βραχνού Ε.

Διάγνωση Οστεοαρθρίτιδας

Καραντάνας Α.

Η εγχείρηση αποτελεί λύση εκλογής στην οστεοαρθρίτιδα;

Ψυχογιός Β.

Νέες θεραπείες στην αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνιο πόνο οστεοαρθρίτιδας

Σάββαρη Π.

	ΑΙΘΟΥΣΑ Α - ΛΕΤΟ Ι, ΙΙ, ΙΙΙ	
13:00-13:30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Ι	
13:30-14:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V Ειδικά σύνδρομα Χρόνιου Πόνου Προεδρείο: Κοκκίνης Κ., Ντίνκα Λ. Ινομυαλγία: ο αόρατος πόνος Κρεμαστινού Φ. Κοιλιοκάκη, ευαισθησία στη γλουτένη και νευροπάθεια Ζης Π. Σχολιασμός: Μιχαηλίδου Β.	
14:30-16:00	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ Ι Παρηγορική Φροντίδα σε Ασθενείς με Covid-19 Συντονιστές: Κοκολάκη Μ., Γιαβασόπουλος Ευ. Παρηγορική φροντίδα. Η εμπειρία μας στη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με Covid-19 Μαυροειδή Δ. Αξιολόγηση - εκτίμηση του βαθμού ετοιμότητας στη διαχείριση των ασθενών με Covid-19 Κοκολάκη Μ. Σχολιασμός: Μαντουβάλου Τ. Θα ακολουθήσει διαδραστική συζήτηση	Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα
16:00-17:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI Παρηγορική σε ευάλωτες ομάδες ασθενών Προεδρείο: Αναστασιάδου Γ., Παπαδοπούλου Ε. Νέες κατευθύνσεις για την βελτίωση της Παρηγορικής φροντίδας ασθενών με αυτισμό Φραντζέσκος Γ. Νοσηλευτική πρακτική στην υποστήριξη ασθενών με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού Μαυροειδή Δ. Stress και διαδικασία λήψης απόφασης για ΚΑΑ στο τελικό στάδιο: Ελληνική πραγματικότητα Τζίμας Π.	
17:30-18:00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΙΙ	

	ΑΙΘΟΥΣΑ Β - ATHENA	
08.00 - 09.00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙV Παρηγορική Θεραπεία και Χρόνιος Πόνος Προεδρείο: Μάλλιου Χρ., Υφαντίδης Φ., Μις Μ. EA24. Η χρήση του βελονιστικού σημείου Ex-KH3 “YIN TANG” για την ανακούφιση του άγχους θανάτου σε ογκολογικούς ασθενείς Κωνσταντίνου Α.¹, Wiedemann K.¹, Αλεξάκης Λ.² ¹ Krankenhaus Nordwest GmbH, Frankfurt am Main, Germany, ² Ανεξάρτητος Ερευνητής EA25. Η Αγωνία, ο Πόνος & η Αναζήτηση Παρηγορικής Θεραπείας την Περίοδο της Πανδημίας σε Ασθενείς με Χρόνια Νοσήματα Χρονάκης Ι.¹, Βαδαλούκα Α.², Σιαφάκα Ι.³, Σταυροπούλου Ε.⁴, Σιαπέρα Β.⁵, Σοϊλεμεζίδου Χ.⁶, Μπερδούσης Ι.⁷ ¹ Αναισθησιολόγος Επ. Β' Υπεύθυνος Ι.Π & Παρηγορικής Γ.Ν. Σύρου, ² Αν. Καθ. Αναισθησιολογίας - Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, Επίτιμη Γενική Γραμματέας Παγκόσμιου Ινστιτούτου Πόνου (WIP), Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Συνδέσμου κατά του Πόνου (EuLAP), Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Περιφερικής Αναισθησίας (ESRA), ³ Ομότιμος Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας-Θεραπείας Πόνου Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁴ Αναισθησιολόγος PhD, EDRA, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό - Ιατρείο Πόνου «ΚΑΤ», ⁵ Διευθύντρια Νεφρολόγος Γ.Ν. Σύρου, ⁶ Δ/ντρια Αναισθησιολόγος – Ιπτάμενη Ιατρός ΕΚΑΒ, ⁷ Νοσηλεύτης, Υπεύθυνος νοσηλευτικής κατ' οίκον νοσηλείας ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. EA26. Ασθενείς τρίτης ηλικίας με χρόνια αυχενικό -θωρακικό πόνο. Θεραπεία με νατριούχο δικλοφενάκη βραδείας αποδέσμευσης Σύρμος Ν.¹, Γιαννούλη Β.², Λογοθέτη Ε.³, Μυλωνάς Α.¹ ¹ Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ² Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³ Γενικό Νοσοκομείο Βόλου EA27. LifeChamps: A Collective Intelligence Platform to Support Cancer Champions Μπαμίδης Π., Μπίλλης Α., Ρέππου Σ. Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη EA28. Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας στο Περιφερικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης Παπαντωνάκη Σ., Γαβριλάκη Ε., Ανδρεαδάκη Ε. Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης EA29. Σχέση πόνου σχετιζόμενου με ακτινο/χημειοακτινοθεραπεία και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Βιβλιογραφική ανασκόπηση Κουρή Μ.¹, Βαδαλούκα Α.¹, Νικολάτου-Γαλίτη Ο.², Βάρδας Ε.², Παπαδοπούλου Ε.², Σιαφάκα Ι.¹ ¹ Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ² Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών	

ΑΙΘΟΥΣΑ Β - ATHENA

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV
 Παρηγορική Θεραπεία και Χρόνιος Πόνος
 Προεδρείο: Μάλλιου Χρ., Υφαντίδης Φ., Μις Μ.

ΕΑ30. Αντιμετώπιση του πόνου σε πανδημία COVID -19
 Κοκολάκη Μ.¹, Κανδρεβιώτη Σ.¹, Γαβρά – Παπασπύρου Αικ.¹, Φλαμπουράρης Β.¹,
 Γιαβασόπουλος Ευ.², Μαυροειδή Δ.²
¹Ιατρείο Πόνου & Π.Φ. Γ.Ν. Αμαλία Φλέμιγκ - Σισμανόγλειο, ² Νοσηλευτική Υπηρεσία Γ.Ν. Αμαλία
 Φλέμιγκ - Σισμανόγλειο

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ - ZEUS

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V
 Χρόνιος Πόνος
 Προεδρείο: Κιαμήλογλου Μπ., Πουλίδα Σ., Λουτσέτη Δ.

ΕΑ31. Καθοδηγούμενη από υπερήχους διήθηση του πρόσθιου σκαληνού μυός για την αντιμετώπιση χρόνιου πόνου, σε ασθενή με νευρογενές σύνδρομο του άνω θωρακικού στομίου. Παρουσίαση περιστατικού
 Κοράκη Ε., Τζανακοπούλου Β., Γκιουλιάβα Α., Πατσέπας Π., Σηφάκη Φ., Μουλαδένιου Φ., Μήτος Γ., Τρικούπη Α.
 Ιατρείο Πόνου, Ανασθησιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

ΕΑ32. Αντιμετώπιση χρόνιας παρασπονδυλικής θωρακαλγίας με RF των ζυγοαποφυσιακών αποφύσεων άμφω
 Τζανακοπούλου Β., Κοράκη Ε., Γκιουλιάβα Α., Στάχταρη Χ., Πατσέπας Π., Μουλαδένιου Φ., Γρηγοριάδης Χ., Τρικούπη Α.
 Ιατρείο Πόνου, Ανασθησιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

ΕΑ33. Χρόνιος αυχενικός -θωρακικός πόνος σε ηλικιωμένους ασθενείς. Συγκριτική επίδραση της μελοξικάμης σε σχέση με τη λορνοξικάμη
 Σύρμος Ν.¹, Γιαννούλη Β.², Λογοθέτη Ε.³, Μυλωνάς Α.¹
¹Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

ΕΑ34. Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της ισχιαλγίας. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών
 Κατσαρέλη Μ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Τσαρουχά Α.², Φυρφίρης Ν.³
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
²Α' Ανασθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο,
³Ανασθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

ΕΑ35. Ασκήσεις mind and body και ινομυαλγία
 Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γκιουρουνιάν Μ.¹, Παρμαξίζογλου Δ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.²
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
²Ανασθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ - ZEUS

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V
 Χρόνιος Πόνος
 Προεδρείο: Κιαμήλογλου Μπ., Πουλίδα Σ., Λουτσέτη Δ.

ΕΑ36. Ο ρόλος της νευροεπιστημονικής εκπαίδευσης στην αντίληψη του πόνου σε ασθενή με χρόνια πόνο
 Βέκιου Σ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Σιαφάκα Ι.², Φυρφίρης Ν.³
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
²Α' Ανασθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο,
³Ανασθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

ΕΑ37. Συστηματική ανασκόπηση: η κλινική αποτελεσματικότητα του βελονισμού στην ινομυαλγία
 Παρμαξίζογλου Δ.¹, Γκιουρουνιάν Μ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.²
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
²Ανασθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

ΕΑ38. Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της οξείας αυχεναλγίας. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών
 Γκίκα Κ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Τσαρουχά Α.², Φυρφίρης Ν.³
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
²Α' Ανασθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο,
³Ανασθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

ΕΑ39. Επίδραση της οστεοαρθρίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών και αποτίμηση κόστους στο Σύστημα Υγείας. Σχεδιασμός και στόχοι της μελέτης «PONOS»
 Σάββαρη Π.¹, Μπαρμπούνη Μ.², Σιαφάκα Ι.³, Σκιαδάς Ι.¹, Ψυχογιός Β.⁴, Βαδαλούκα Α.⁵, Τραφαλής Δ.¹, Σαββίδου Ο.⁶, Βίτσου Ε.², Μένεγας Δ.¹
¹Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρικό Τμήμα Pfizer, ²Τμήμα Οικονομικών της Υγείας και Πρόσβασης των Ασθενών, Pfizer, ³Τμήμα Ανασθησιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ⁴Πέμπτη Ορθοπαιδική Κλινική, Ασκληπιείο Βούλας, ⁵Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, ⁶Πρώτη Ορθοπαιδική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αττικό Νοσοκομείο

	ΑΙΘΟΥΣΑ Α - ΛΕΤΟ Ι, ΙΙ, ΙΙΙ
09:00-10:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII Επίκαιρα θέματα Προεδρείο: Μιχαλολιάκου Χ., Κετικίδου Ε., Χρονάκης Ι. Νέος ορισμός του πόνου: προβληματισμοί Μίχα Γ. Διακοπή οπιοειδών μετά από παρεμβατικές τεχνικές πόνου Τσαρουχά Α. Μέθοδοι αυτοδιαχείρισης του χρόνιου πόνου Ησαΐα Χ. Σχολιασμός: Ντούβλη Σ., Τσιρτσιρίδου Β.
10:30-11:00	MEET THE EXPERT Προεδρείο: Δημακοπούλου Α., Μόκα Ε. Regional Anesthesia and outcome Th. Volk
11:00-11:30	Διάλειμμα - Καφές
11:30-12:30	ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ Ι
12:30-13:00	ΔΙΑΛΕΞΗ IV Προεδρείο: Κουρούκλη Ειρ., Χλωροπούλου Πελ. Ζητήματα Βιοηθικής στις επεμβατικές τεχνικές για τη θεραπεία του Χρόνιου Πόνου Σταυροπούλου Ε.
13:00-13:30	ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΙΙΙ
13:30-16:30	Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα
16:30-17:30	ΒΗΜΑ ΝΕΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ Προεδρείο: Θεοδωράκη Κ., Στάικου Χρ. Η εφαρμογή του ερωτηματολογίου PNQ στον Ελλαδικό χώρο Τσολεριδής Θ. Παρεμβατικές Τεχνικές για τη διαχείριση της οσφυαλγίας Ρεκατσίνα Μ. Ο πόνος στην πλάγια αμυοτροφική σκλήρυνση Γεωργιτσογιαννάκος Π.
17:30-18:00	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΛΗΞΗ – ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ
20:30	Δείπνο Συνεδρίου

	ΑΙΘΟΥΣΑ Β - ATHENA
08.00 - 09.00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI Χρόνιος Πόνος Προεδρείο: Παλιαλέξη Λ., Κλήμη Μελ., Σπυριδωνίδου Αλ. ΕΑ40. Αποτελεσματικότητα, ανεκτικότητα και ασφάλεια χρήσης των κανναβινοειδών στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση Λιαποδημήτρης Δ. Φαρμακοποιοί, MSc Αλγολογία, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α. ΕΑ41. Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση των επώδυνων περιφερικών νευροπαθειών: Μία συστηματική ανασκόπηση Λιάμπας Α.¹, Ρεκατσίνα Μ.², Βαδαλούκα Α.³, Paladini A.⁴, Varrassi G.⁵, Ζης Π¹ ¹ Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, ² Whipps Cross Hospital, Barts Health NHS Trust, ³ Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής αγωγής, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ⁴ Department of MESVA, University of L'Aquila, ⁵ Paolo Procacci Foundation ΕΑ42. Αντιμετώπιση Ανθεκτικής Μεθερπητικής Νευραλγίας με Αποκλεισμό των Μεσοπλεύριων Νευρών Παπαντωνάκη Σ., Γαβριλάκη Ε., Τζανιδάκης Χ., Λουλάκη Θ. Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης ΕΑ43. Αερόβια άσκηση και ινομυαλγία Γκιουρουνλιάν Μ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Παρμαξίζογλου Δ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.² ¹ Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ² Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας" ΕΑ44. Συνδυαστική χρήση συστήματος ταξινόμησης ασθενών βάσει του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου και φυσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με οσφυαλγία Σωτηρόπουλος Σ.¹, Μπομπόνη Α.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Σιαφάκα Ι.2, Φυρφίρης Ν.³ ¹ Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ² Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ³ Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας" ΕΑ45. Συγκριτική μελέτη εμβιομηχανικών παραμέτρων ασθενών με σπονδυλικό πόνο και υγιούς πληθυσμού Μπομπόνη Α.¹, Σταυριανού Π.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.² ¹ Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ² Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας" ΕΑ46. Ενδιαφέρουσα περίπτωση συνδρόμου PARSONAGE-TURNER στο Κέντρο Πόνου του Αρεταίειου Νοσοκομείου της Α' Αναισθησιολογικής Κλινικής Λέκκα Ν., Φυρφίρης Ν., Τσαρουχά Α., Φίλιππας Π., Κορδαλής Ν. Ανδρέου Μ., Ρους Χ., Σιαφάκα Ι. Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθηνών- Α' Πανεπιστημιακή Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής ΕΑ47. Παρουσίαση περιστατικού: αντιμετώπιση χρόνιου γενικευμένου άλγους στις αρθρώσεις και στον αυχένα, με βελονισμό σε ασθενή που πάσχει απο τοπικό σκληρόδερμα Μάλλιου Χ., Βέργη Χ., Κουτούση Χ., Βαλμάς Κ., Εξερτζόγλου Ε., Δημοπούλου Β. Αναισθησιολογικό τμήμα- Ιατρείο Πόνου Γ.Ν.Καλαμάτας

ΑΙΘΟΥΣΑ Β - ATHENA

13.30 - 16.30

Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα

14.00 - 16.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ II - ESRA HELLAS

Νεοεισαχθέντες Περιφερικοί Νευρικοί Αποκλεισμοί στην καθημερινή κλινική πράξη
 Συντονιστές: Σταυροπούλου Ε., Μακρής Α.

I. Εισαγωγή- Briefing

II. Σταθμοί Εργασίας

Σταθμός 1

Ανω άκρο

Μεμονωμένοι Αποκλεισμοί Νεύρων για επεμβάσεις Ωμου: Αποκλεισμοί Υπερπλάτιου και Μασχαλαίου Νεύρου

Παρασκευόπουλος Τ.

Μορέλλα Δ.

Σταθμός 2

Κορμός

Erector Spinae Block (ESB) & Quadratus Lumborum Block (QL)

Γκλιάτης Ε.

Ράντης Α.

Σταθμός 3

Κάτω άκρο PENG block (ισχίο) κ I-pack block (γόνατο)

Γαρίνη Ε.

Δένδη Α.

Συζήτηση

Ερωτήσεις

Debriefing

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ - ZEUS

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII

Διάφορα

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

ΕΑ48. Αντιμετώπιση οξέων επεισοδίων κολικού νεφρού στα ΤΕΠ με χορήγηση υπογλώσσιας φεντανύλης

Σάββα Χ., Μαυρομάτης Ε., Παπαϊωάννου Ε., Καλλιοντζή Ε., Καλογιάννης Ε.,

Παπαδοπούλου Ε., Λαμπαδαρίου Α.

Τμήμα Ανασθησιολογίας, Αντιμετώπισης Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας,

ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

ΕΑ49. Χρονοβιολογική προσέγγιση της ραχιαίας αναισθησίας και μετεγχειρητική αναλγησία σε επίτοκους

Νικουλή Ευ., Καρράς Γ., Κούτσης Β., Αραμπατζίδου Φ., Κιαμήλογλου Μπ.

Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής «Σισμανόγλειο», Κομοτηνή

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ - ZEUS

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII

Διάφορα

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

ΕΑ50. Η επισκληρίδιος ως πρώτη επιλογή αναισθησίας σε μαιευτικές επεμβάσεις στο νοσοκομείο της πρωτεύουσας των Κυκλάδων - Ερμούπολης - Σύρου

Χρονάκης Ι.¹ Σολεΐμετζίδου Χ.², Μπαρκουρή Θ.³, Πανοηλίας Ε.⁴, Λειβαδάρας Ν.⁵

¹Αναισθησιολόγος Επ.Β, Γ.Ν Σύρου, ²Δ/ντρια Αναισθησιολόγος ΓΝ Σύρου – Ιπτάμενη Ιατρός ΕΚΑΒ, ³Αναισθησιολόγος Επ.Β, Γ.Ν Σύρου ⁴Δ/της Αναισθησιολόγος ⁵Δ/της Αναισθησιολόγος

ΕΑ51. Η πρεγκαμπαλίνη ως φάρμακο εκλογής στο σύνδρομο καυσαλγίας στόματος. Αναφορά περιστατικού

Κουρή Μ., Βαδαλούκα Β.

Κέντρο Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΑ52. Παρέμβαση Ιατρείου Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση και οξεία σπονδυλοδισκίτιδα. Παρουσίαση 4 περιστατικών

Λέκκα Ν., Ιβανοβιένε Ρ., Κωνσταντάκη Β., Χαραλάμπους Ν., Παπαχρήστος Ι., Αργυρίου Γ., Δαμιανού Λ., Κορδαλής Ν., Μάτση Γ.

Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

ΕΑ53. Ο βελονισμός ως μέθοδος θεραπείας για την αντιμετώπιση άλγους στην αυχενική και στην οσφυϊκή μοίρα ασθενούς, με ιστορικό συνδρόμου Sjögren και ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Βέργη Χ., Μάλλιου Χ., Κουτούση Χ., Βαλμάς Κ., Δημοπούλου Β., Εξερτζόγλου Ε.

Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας-Ιατρείο Πόνου

ΕΑ54. Κύριες Ψυχικές Αντιδράσεις στο στρες της πανδημίας COVID – 19 σε ένα δημόσιο νοσοκομείο

Κοκολάκη Μ.¹, Γαβρά – Παπασπύρου Αικ.¹, Φλαμπουράρης Β.¹, Ραϊτίσιου Μπ.¹, Ρούσου Ρ.², Σερέτης Σ.², Σαμαρίδης Α.², Ντανάς Ι.²

¹Ιατρείο Πόνου Γ.Ν. Αμαλία Φλέμιγκ- Σισμανόγλειο, ²Αναισθησιολογικό-Νοσηλευτικό Τμήμα Γ.Ν. Αμαλία Φλέμιγκ- Σισμανόγλειο

ΕΑ55. Επώδυνες Παθήσεις Όμου και Κρουστικά Κύματα

Λούτα Α.¹, Μανιάτης Γ.², Σκανδάλης Ν.³¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, PhD(c), ΜΕΘ-Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών,

²Φυσικοθεραπευτής ΜSc, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Νοσηλεύτης ΤΕ, ΜΕΘ, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών

13.30 - 16.30

Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ - ZEUS

14.00 - 16.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ II - ESRA HELLAS

Νεοεισαχθέντες Περιφερικοί Νευρικοί Αποκλεισμοί στην καθημερινή κλινική πράξη

Συντονιστές: Σταυροπούλου Ε., Μακρής Α.

I. Εισαγωγή- Briefing

II. Σταθμοί Εργασίας

Σταθμός 1

Ανω άκρο

Μεμονωμένοι Αποκλεισμοί Νεύρων για επεμβάσεις Ωμου: Αποκλεισμοί Υπερπλάτιου και Μασχαλιαίου Νεύρου

Παρασκευόπουλος Τ.

Μορέλλα Δ.

Σταθμός 2

Κορμός

Erector Spinae Block (ESB) & Quadratus Lumborum Block (QL)

Γκλιάτης Ε.

Ράντης Α.

Σταθμός 3

Κάτω άκρο PENG block (ισχίο) κ I-pack block (γόνατο)

Γαρίνη Ε.

Δένδη Α.

Συζήτηση

Ερωτήσεις

Debriefing

ΑΙΘΟΥΣΑ Α - LETO I, II, III

13:00-13:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ I - BIANEΞ

Προεδρείο: Τσαρουχά Α., Παπαγεωργίου Εφ.

Tapentadol: Συνδυασμός Ισχυρής Αναλγησίας και Καλής Ανοχής Κρεμαστινού Φ.

17:30-18:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ II - MENARINI

Προεδρείο: Γαμποπούλου Ζ., Δήμου Π.

Βελτιώνοντας τη θεραπεία του πόνου περιεγχειρητικά Βαδαλούκα Α.

ΑΙΘΟΥΣΑ Α - ΛΕΤΟ Ι, ΙΙ, ΙΙΙ

11:30-12:30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ Ι - PFIZER

Προεδρείο: Βαδαλούκα Α., Βραχνού Ε.

Ο Νευροπαθητικός Πόνος είναι Εξυπνος
Σιαφάκα Ι.

Ο Γιατρός είναι πιο Εξυπνος?
Βαδαλούκα Α.

13:00-13:30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΙΙΙ - ANABIOSIS

Προεδρείο: Λεφάκη Τ., Μπερναλή Ν.

Υπερτερεί η διαρρινική χορήγηση
Φεντανύλης στον ασθενή με παροξυσμικό πόνο?
Αμανίτη Αικ.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Ηθικά προβλήματα κατά την θεραπεία βαρέως πασχόντων**Γεώργιος Σαμώνης**

Ογκολόγος-Λοιμωξιολόγος

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας

Ο γιατρός κατά την θεραπεία και νοσηλεία βαρέως πασχόντων αντιμετωπίζει σωρεία ηθικών και ψυχολογικών προβλημάτων που απαιτούν άμεσες λύσεις, εφ' όσον, φυσικά, αυτό είναι δυνατόν. Κύρια θέματα αποτελούν η νόσος που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με δεδομένη θεραπεία και απαιτεί χρήση πειραματικού φαρμάκου και σχετικού πρωτοκόλλου, καθώς και η φροντίδα του ασθενούς τελικού σταδίου, όπου η υποστήριξη αποτελεί τον κανόνα. Οι πειραματικές θεραπείες, απαιτώντας συγκατάθεση του αρρώστου, τον εκθέτουν στην άγνοια της επιστήμης σχετικά με την ύπαρξη γνωστού αποτελεσματικού φαρμάκου. Αυτό μπορεί να επιτείνει το άγχος του, ενώ απαιτεί ιδιαίτερη προσέγγιση από τον γιατρό, που πρέπει να είναι σαφής όσον αφορά τις πιθανές θεραπευτικές δυνατότητες και παράλληλα υποστηρικτικός και έτοιμος να απαντήσει σε πολλές ερωτήσεις. Στην περίπτωση του βαρέως πάσχοντος, που κάθε θεραπευτική δυνατότητα έχει χαθεί, έχει πλέον θέση η υποστηρικτική φροντίδα, που αποτελεί ιδιαίτερο και πολύ σημαντικό κεφάλαιο και προϋποθέτει ειδική εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Εδώ περιλαμβάνεται και η φροντίδα του τελικού σταδίου, όπου η ψυχολογική και ηθική υποστήριξη του ασθενούς και του περιβάλλοντός του είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Ως εκ τούτου, ο επαγγελματίας υγείας απαιτείται να διαθέτει πολύπλευρη καλλιέργεια, γνώση και πείρα για να διαχειρισθεί καταστάσεις και προβλήματα βιολογικά, ψυχολογικά, ηθικά, φιλοσοφικά, κοινωνικά και ατομικές ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν κάθε ασθενή, και πρέπει να προσεγγίζονται με κατανόηση και διακριτικότητα, ακόμα και όταν οι καταστάσεις που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας υγείας, αισθάνεται ότι τον ξεπερνούν.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**Σύνδρομο ενισχυμένου μυοσκελετικού πόνου (AMPS) στα παιδιά: διεπιστημονική προσέγγιση****Αρμακόλα Φ.**

Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, MD, MSc

Επιμελήτρια Β ΚΕΠΠΑ Νοσ. Παίδων Π.&Α. Κυριακού

Το σύνδρομο ενισχυμένου μυοσκελετικού πόνου (AMPS) είναι μια πολύ επώδυνη ιατρική κατάσταση προκαλώντας πόνο οπουδήποτε στο σώμα. Τα επεισόδια πόνου μπορεί να είναι διαλείποντα ή σταθερά, επηρεάζοντας ολόκληρο το σώμα ή μια περιοχή του σώματος. Ο βαθμός πόνου των παιδιών με AMPS είναι πιο έντονος από το αναμενόμενο. Υπάρχουν ποικίλες μορφές που περιλαμβάνει το σύνδρομο όπως παιδιατρική ινομυαλγία, διαλείπων ενισχυμένος πόνος, σύνδρομο σύνθετου περιοχικού πόνου (CRPS) με αυτόνομες αλλαγές, τοπικός ενισχυμένος πόνος χωρίς αυτόνομες αλλαγές

Τρεις είναι οι κύριες αιτίες για ενισχυμένο πόνο: τραυματισμός, ασθένεια και ψυχολογικό στρες. Μπορεί να υπάρχουν άλλοι παράγοντες όπως η ηλικία, η γενετική ή οι ορμόνες που μπορούν επίσης να επηρεάσουν ή /και συνδυασμός αυτών των παραγόντων που οδηγούν στο σύνδρομο ενισχυμένου μυοσκελετικού πόνου (AMPS)

Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη γιατί μπορεί να μην εμφανίζονται όλα τα συμπτώματα AMPS αλλά μπορεί να εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου αλλά και λόγω του ευρέως φάσματος AMPS, αν ο γιατρός δεν έχει δει μια ποικιλία παιδιών με AMPS, μπορεί να μην το αναγνωρίσει.

Η θεραπεία επικεντρώνεται στην επιστροφή στην ευεξία του παιδιού και στην επαναφορά της φυσιολογικής καθημερινότητας όλης της οικογένειας μέσω ενός διεπιστημονικού προγράμματος αποκατάστασης. Ο φυσίατρος, διαμεσολαβητής του παραπέμποντος ιατρού και της ομάδας αποκατάστασης (κατά περίπτωση νοσηλευτής, φυσικοθεραπευτής, υδροθεραπευτής, εργοθεραπευτής, λογοθεραπευτής, γυμναστής, ψυχολόγος, διατροφολόγος και κοινωνικός λειτουργός) προσαρμόζει και παρακολουθεί το εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασής του.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΟΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ (AMPS)

Μπάρτζη Κωνσταντίνα

Το σύνδρομο ενισχυμένου μυοσκελετικού πόνου περιγράφει την μια ιατρική κατάσταση που συνοδεύεται από έντονο πόνο, σε ένα μέλος ή οπουδήποτε στο σώμα. Στη πραγματικότητα τα παιδιά μπορεί να έχουν πόνο στο μεγαλύτερο μέρος ή και ολόκληρο το σώμα τους, με εντοπίσεις συχνά και εκτός των μελών (κοιλιά, θώρακα, κεφαλή) με χαρακτήρα σταθερό ή διαλείποντα και με κάποιες περιόδους ελεύθερες πόνου. Ιδιάζον χαρακτηριστικό αυτού του τύπου πόνου είναι ο εξαιρετικά έντονος χαρακτήρας του, που πολλές φορές εκλαμβάνεται εσφαλμένα ως υπερβολή εκ μέρους του παιδιού. Ο λόγος του ενισχυμένου χαρακτήρα του πόνου αυτού έχει να κάνει με το μηχανισμό γένεσης του. ενώ δηλαδή , υπο φυσιολογικές συνθήκες , η βλάβη των ιστών δημιουργεί ένα σήμα το οποίο μέσω των περιφερικών νευρών ταξιδεύει προς τον νωτιαίο μυελό και εν συνεχεία προς τον εγκέφαλο και αναγνωρίζεται ως οδυνηρό, στη περίπτωση του AMPS υπάρχει ένα βραχυκύκλωμα στον νωτιαίο μυελό με συνεπεία το σήμα του πόνου να οδηγεί και σε μη φυσιολογικά αντανακλαστικά , τα οποία οδηγούν σε ενεργοποίηση και του αυτόνομου νευρικού συστήματος τα οποία σταδιακά οδηγούν σε ενίσχυση του πόνου. Το μη φυσιολογικό αυτό αντανακλαστικό συνήθως πυροδοτείται από τραυματισμό κατά πλειοψηφία, ασθένεια (παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος, λοιμώξεις)ή στρες. Η διάγνωση του AMPS τίθεται εξ αποκλεισμού και δεν υπάρχει κάποια ειδική εξέταση που να επιβεβαιώνει τη διάγνωση. προκειμένου να βοηθηθεί κάποιο παιδί με AMPS είναι πολύ σημαντικό να αρχίσει να χρησιμοποιεί το σώμα του με κανονικό τρόπο διότι το μη φυσιολογικό αντανακλαστικό θα λυθεί με προοδευτικά αυξανόμενη σωματική άσκηση. για την ουσιαστική αντιμετώπιση του πόνου απαιτείται συνεργασία φυσιατρών, φυσικοθεραπευτών, παιδοψυχιατρών και παιδοψυχολόγων. Σχετικά με τη φαρμακολογική θεραπεία παλαιότερα επικρατούσε η άποψη ότι τα αναλγητικά φάρμακα (ΜΣΑΦ, οπιοειδή, στεροειδή)δεν έχουν θέση στη θεραπεία του AMPS διότι φαίνεται να εμποδίζουν την επανεκπαίδευση των νευρών , ωστόσο σήμερα κάποιες μελέτες έχουν δείξει όφελος από τη χρήση κάποιων αντιεπιληπτικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Παρα τη βελτίωση ή υποχώρηση των συμπτωμάτων υπάρχει πιθανότητα υποτροπής του AMPS σ ένα παιδί αν υποστεί τραυματισμούς, ψυχολογικό στρες ή ασθένειες στο μέλλον. σ αυτή τη περίπτωση η θεραπευτική προσέγγιση είναι η ίδια , δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην αντιμετώπιση του παράγοντα του στρες. σχετικά με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών ξεπερνά το πρόβλημα. Τα παιδιά που εφαρμόζουν όλες τις πτυχές της θεραπείας έχουν τη καλύτερη πρόγνωση.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τι νεότερο υπάρχει για την ασφάλεια στην Περιοχική Αναίσθησία στα παιδιά

Π. Ματσώτα

Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Β΄ΠΚΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Η Περιοχική Αναίσθησία (ΠΑ) στα παιδιά εφαρμόζεται συνήθως υπό γενική αναισθησία ή βαθιά καταστολή, επειδή τα παιδιά δεν επιθυμούν τη διατήρηση της συνειδητότητας κατά την επιτέλεση παρεμβατικών τεχνικών και το βασικότερο, δεν συνεργάζονται. Συνεπώς, ένα εύλογο ερώτημα που προκύπτει είναι το κατά πόσον υπό αυτές τις συνθήκες είναι ασφαλής η εφαρμογή της ΠΑ, δεδομένου ότι καταργούνται τα πλεονεκτήματα που διασφαλίζει η συνεργασία του ξυπνητού ασθενούς, όπως η άμεση αναφορά από τον ασθενή πόνου ή παραισθησίας σε περίπτωση επαφής της βελόνας με το νεύρο ή ενδονευρικής έγχυσης του τοπικού αναισθητικού (δηλαδή, ο ασθενής δρα ως “live monitor” της νευρικής βλάβης) ή η έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων σημείων από το ΚΝΣ της συστηματικής τοξικότητας των τοπικών αναισθητικών [local anaesthetic systemic toxicity (LAST)]. Από την άλλη πλευρά, η επιτέλεση της ΠΑ υπό γενική αναισθησία ελαττώνει τις αυτόματες κινήσεις των μη συνεργάσιμων ασθενών που μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές (ατυχηματική ενδαγγειακή έγχυση, τρώση σκληράς, πνευμοθώρακα, κ.λπ.). Την τελευταία δεκαετία, τα σημαντικότερα επιδημιολογικά δεδομένα όσον αφορά στην ασφάλεια του συνόλου των τεχνικών της ΠΑ στα παιδιά προέρχονται από πολυκεντρικές μελέτες που διεξήχθησαν από την French-Language Society of Pediatric Anesthesiologists (ADARPEF) και κυρίως, από το Pediatric Regional Anesthesia Network (PRAN).

Το 2010, η ADARPEF δημοσίευσε τα αποτελέσματα πολυκεντρικής μελέτης παρατήρησης (47 Νοσοκομεία) βάσει των οποίων επί συνόλου 29870 κεντρικών & περιφερικών νευρικών αποκλεισμών (ΠΝΑ), οι οποίοι εφαρμόστηκαν υπό γενική αναισθησία στα παιδιά, το ποσοστό των επιπλοκών ήταν χαμηλό [μέση συνολική συχνότητα: 0.12%, CI 95% (0.09-0.17)], οι επιπλοκές εμφανίζονταν πιο συχνά στα βρέφη <6 μηνών συγκριτικά με τα μεγαλύτερα παιδιά (0.4% vs 0.1%), ενώ οι ΠΝΑ παρουσίασαν 6 φορές μικρότερη συχνότητα επιπλοκών συγκριτικά με τους νευραξονικούς αποκλεισμούς.¹

Το 2012, το PRAN παρουσιάζει τα δεδομένα από 13725 παιδιά στα οποία εφαρμόστηκαν 14917 τεχνικές ΠΑ (95% των αποκλεισμών υπό γενική αναισθησία), εκ των οποίων 65% ήταν νευραξονικοί αποκλεισμοί (40% αφορούσε single-injection caudal blocks) και το 35% ΠΝΑ (εξ αυτών, το 83% αφορούσε ΠΝΑ άνω άκρων). Στη μελέτη αυτή, κανένας θάνατος δεν παρατηρήθηκε, το ποσοστό των νευρολογικών επιπλοκών ήταν πολύ χαμηλό και με παροδική διάρκεια (< 3 μηνών), ενώ λιγότερα συμβάματα παρατηρήθηκαν στους single-injection ΠΝΑ συγκριτικά με τους συνεχείς ΠΝΑ.²

Το 2014, το PRAN δημοσίευσε τα αποτελέσματα πολυκεντρικής μελέτης που διερεύνησε το ερώτημα του κατά πόσον το επίπεδο συνειδητότητας των παιδιών κατά την επιτέλεση της ΠΑ (ξυπνητό vs γενική αναισθησία vs καταστολή) επηρεάζει την ασφάλεια της ΠΑ όσον αφορά στις μετεγχειρητικές νευρολογικές επιπλοκές (post-operative neurologic symptoms, PONS) και τη LAST. Αναλύθηκαν συνολικά 53564 τεχνικές ΠΑ. Σχετικά με τις PONS, η συνολική συχνότητα ήταν 1.31/1000 [υψηλότερη στην καταστολή (8.25) vs ξυπνητά (3.45) vs γενική αναισθησία (0.99)], δεν υπήρξε κανένα περιστατικό με παράλυση, ένας μόνον έφηβος παρουσίασε μόνιμη αιμωδία του 4ου δακτύλου του άκρου ποδός μετά από ΠΝΑ στον ιγνυακό βόθρο υπό καταστολή, ενώ όλες οι άλλες νευρολογικές επιπλοκές αποκαταστάθηκαν. Επίσης, συνέβησαν 5 περιπτώσεις LAST (0.9/1000) κυρίως σε βρέφη, ενώ η συχνότητα της LAST ήταν υψηλότερη σε περιστατικά ξυπνητά ή υπό καταστολή (0.34/1000) σε σχέση με τη γενική αναισθησία (0.08/1000). Συμπερασματικά, η μελέτη υποστηρίζει την εφαρμογή της ΠΑ στα παιδιά υπό γενική αναισθησία σαν τακτική ρουτίνας.³

Τα πιο πρόσφατα δεδομένα του PRAN δημοσιεύθηκαν το 2018 και αφορούν 104393 εφαρμογές ΠΑ σε 91701 παιδιατρικούς ασθενείς, εκ των οποίων το 93.7% επιτελέστηκε υπό γενική αναισθησία. Η μέση συχνότητα των νευρολογικών επιπλοκών ήταν 2.4/10000 και ήταν υψηλότερη στα μεγαλύτερα παιδιά >10 ετών (7.3/10000). Οι νευρολογικές επιπλοκές αφορούσαν κυρίως αισθητικά ελλείμματα που συνήθως υποχωρούσαν μέσα σε 3 μήνες, ενώ δεν παρατηρήθηκε καμία περίπτωση μόνιμης κινητικής βλάβης. Επίσης, δεν βρέθηκε διαφορά στις νευρολογικές επιπλοκές μεταξύ των νευραξονικών και των ΠΝΑ, ενώ η υπερηχογραφική καθοδήγηση δεν φάνηκε

να ελαττώνει τον συνολικό τους κίνδυνο.

Όσον αφορά στη LAST: σοβαρή LAST παρατηρήθηκε σε 7 περιπτώσεις (0.76/10000), εκ των οποίων τα 5 ήταν βρέφη; στα περιστατικά με Caudal ή Επισκληρίδιο αναισθησία είχε γίνει test-dose (με epinephrine); όλα τα περιστατικά με severe LAST αφορούσαν bolus χορηγήσεις τοπικών αναισθητικών, ενώ δεν παρατηρήθηκε severe LAST με τεχνικές συνεχούς έγχυσης; 11 περιστατικά εκδήλωσαν ήπια LAST (υποκειμενικά συμπτώματα ή μικρές μεταβολές στο ΗΚΓ). Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν ότι: τα βρέφη < 6 μηνών έχουν αυξημένο κίνδυνο severe LAST; η ASA και το είδος του νευρικού αποκλεισμού δεν αποτελούν ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες κινδύνου LAST; η χρήση ultrasound ή test dose δεν επηρεάζει τον κίνδυνο για LAST. Καταλήγοντας, η μελέτη επιβεβαιώνει την εφαρμογή της ΠΑ υπό γενική αναισθησία στα παιδιά, επισημαίνοντας όμως, ότι απαιτείται αυξημένη επαγρύπνηση ιδιαίτερα στα βρέφη.4

Όσον αφορά στις συστάσεις για την ασφαλή εφαρμογή της ΠΑ στα παιδιά, το 2015 δημοσιεύθηκαν τα συμπεράσματα της κοινής συμβουλευτικής επιτροπής των ESRA & ASRA που αφορούν τέσσερα επίμαχα ζητήματα: την εφαρμογή της ΠΑ υπό γενική αναισθησία στα παιδιά, την χρήση της test dose, την χρήση του αέρα έναντι του φυσιολογικού ορού (NS) για την τεχνική της απώλειας αντίστασης (LOR) κατά τον εντοπισμό του επισκληρίδιου χώρου και τέλος, τον κίνδυνο επικάλυψης του οξέος συνδρόμου διαμερίσματος (ΟΣΔ). Τα κυριότερα αντίστοιχα συμπεράσματα ήταν: α) η επιτέλεση της ΠΑ υπό γενική αναισθησία ή βαθιά καταστολή αποτρέπει την ενδεδειγμένη πρακτική στα παιδιά; β) η χρήση test dose είναι προαιρετική, μπορεί να σχετίζεται με ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, ενώ οιαδήποτε τροποποίηση του κύματος T ή του καρδιακού ρυθμού μέσα σε 30-90 sec μετά την έγχυση της test dose θα πρέπει να ερμηνευθεί ως ατυχηματική ενδοφλέβια έγχυση μέχρις αποδείξεως του εναντίον; γ) είναι αποδεκτή και η χρήση αέρα και η χρήση NS για τη LOR, ενδεχομένως είναι προτιμότερος ο συνδυασμός τους, ενώ στα νεογνά και τα βρέφη ο όγκος του χορηγούμενου αέρα πρέπει να είναι <1 ml; δ) σχετικά με το ΟΣΔ συνιστάται η χρήση αραιών διαλυμάτων τοπικών αναισθητικών (έως 0.25% σε single injection, 0.1% σε συνεχή έγχυση) και η προσεκτική παρακολούθηση & αξιολόγηση των παιδιών για πιθανή εκδήλωση σημειολογίας ΟΣΔ.5

Εν κατακλείδι, η ασφαλής εφαρμογή της ΠΑ στα παιδιά προϋποθέτει και απαιτεί γνώση των υφισταμένων φαρμακολογικών, ανατομικών και συμπεριφεριολογικών διαφορών, χρήση του κατάλληλου κατά περίπτωση εξοπλισμού, γνώση των ιδιαιτεροτήτων (tips & tricks) των διαφόρων τεχνικών της ΠΑ στα παιδιά και πάνω από όλα, κατάλληλη εκπαίδευση.

Βιβλιογραφία

1. Epidemiology and morbidity of regional anesthesia in children: a follow-up one-year prospective survey of the French-Language Society of Pediatric Anesthesiologists. *Pediatr Anesth* 2010; 20:1061-10.
2. Pediatric Regional Anesthesia Network (PRAN): a multi-institutional study of the use and incidence of complications of pediatric regional anesthesia. *Anesth Analg* 2012;115:1353-64.
3. Asleep Versus Awake: Does It Matter? Pediatric Regional Block Complications by Patient State: A Report From the Pediatric Regional Anesthesia Network. *Reg Anesth Pain Med* 2014;39:279-283.
4. Complications in Pediatric Regional Anesthesia: An Analysis of More Than 100,000 Blocks From the Pediatric Regional Anesthesia Network. *Anesthesiology* 2018;129:721-32.
5. The European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Joint Committee. Practice Advisory on Controversial Topics in Pediatric Regional Anesthesia. *Reg Anesth Pain Med* 2015;40:526-532.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ I: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Φάρμακα για το χρόνιο πόνο στα παιδιά. Τι μπορούμε, τι δεν πρέπει, τι δεν ξέρουμε.

Δένδη Αρτεμης

Αναισθησιολόγος MD, MSc Νοσοκομείο Παίδων “Αγία Σοφία”

Η φαρμακευτική φαρέτρα για το χρόνιο πόνο στα παιδιά χαρακτηρίζεται από έλλειψη υψηλής ποιότητας δεδομένων, λόγω ηθικών και μεθοδολογικών ιδιαιτεροτήτων κατά τη διενέργεια μελετών στον ετερογενή αυτό πληθυσμό. Ως συνέπεια η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια ακόμα και των διαχρονικά χορηγούμενων αναλγητικών δεν είναι ισχυρά τεκμηριωμένες. Όσο μειώνεται η ηλικία ή επιμένει ο πόνος, η χορήγηση χωρίς ένδειξη (off-label) είναι μονόδρομος.

Η παρακαταμολή και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα με κύριο εκπρόσωπο την ιβουπροφαίνη πρωταγωνιστούν στην αντιμετώπιση του ήπιου χρόνιου πόνου. Η αύξηση της έντασης του πόνου ισοδυναμεί φαρμακευτικά με την προσθήκη ενός οπιοειδούς.

Η μορφίνη είναι το οπιοειδές εκλογής σε μέτριο και σοβαρό χρόνιο πόνο έως σήμερα στα παιδιά, υπό την προϋπόθεση ότι εφαρμόζεται εξατομικευμένη τιτλοποίηση της δοσολογίας. Η προσβασιμότητα και η καταλληλότητα του σκεύασματος για τους παιδιατρικούς ασθενείς δεν έχουν εξασφαλιστεί παγκοσμίως.

Στην κατηγορία των οπιοειδών σημειώνονται οι αυστηρότεροι περιορισμοί. Η πεθιδίνη δεν έχει θέση στη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Η κωδεΐνη και η τραμαδόλη, στα πλαίσια γενετικού πολυμορφισμού, ενέχουν κινδύνους αναποτελεσματικής αναλγησίας και εμφάνισης δυνητικά θανατηφόρων ανεπιθύμητων ενεργειών. Η ηλικία και άλλοι παράγοντες κινδύνου μπορούν να καταστήσουν τη χορήγησή τους απαγορευτική.

Νεότερα και παλαιότερα οπιοειδή με ένδειξη στο χρόνιο πόνο των ενηλίκων έχουν χορηγηθεί και στα παιδιά. Ομοίως διαπιστώνεται για την ετερογενή κατηγορία των επιπρόσθετων φαρμάκων. Απουσία συστάσεων, η απόφαση χορήγησης καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την κλινική ικανότητα του θεράποντος ιατρού να προσδιορίσει το προσδοκώμενο όφελος, στην ηλικία, την παθολογία και τον τύπο πόνου κάθε ασθενούς.

Τη φαρμακευτική αγωγή του χρόνιου πόνου στα παιδιά συνοδεύουν περισσότερα ερωτήματα από απαντήσεις. Η διαπίστωση αυτή καθιστά αναγκαία τη διεύρυνση της ερευνητικής προσπάθειας για ασφαλέστερη και αποτελεσματικότερη κλινική πρακτική. Η καθημερινή ανάγκη για αναλγητικό αποτέλεσμα διαμορφώνει προς το παρόν την κλινική στρατηγική φαρμακευτικής επιστράτευσης με στόχο την ανακούφιση του κάθε παιδιατρικού ασθενούς.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΗΣΥΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Διαχείριση ασθενών με πόνο

I. Σιαφάκα

Ομότιμος Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Θεραπείας Πόνου ΕΚΠΑ
Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας

Η Πανδημία COVID 19 έχει επηρεάσει τις ζωές και την υγεία των ανθρώπων παγκόσμια με ενδεχόμενες σοβαρές επιπτώσεις στο μέλλον.

Η εμπειρία του να ζει κάποιος μέσα σε αυτή την Πανδημία, έχει αποδιοργανώσει την καθημερινή ζωή σε όλους τους τομείς, περιλαμβάνοντας και αυτούς που ζούνε με χρόνιο πόνο, αυτούς που έχουν σοβαρό οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS COV -2), τους χορηγούς υγείας και άλλους εργαζόμενους, όπως επίσης κι αυτούς που παραμένουν σωματικά υγιείς.

Οι επιπτώσεις της Πανδημίας εκτείνονται πέρα από την σωματική νόσο, λόγω σοβαρών ψυχοκοινωνικών παραγόντων πρόκλησης stress, που περιλαμβάνουν παρατεταμένη περίοδο περιορισμού διαπροσωπικής επαφής, απομόνωση, φόβο για τη νόσο, μελλοντική αβεβαιότητα και οικονομική ένταση (1).

Η αβεβαιότητα τροφοδοτείται από τα ΜΜΕ συχνά με αντικρουόμενη πληροφόρηση, τις διαφορετικές συστάσεις από υγειονομικές αρχές άγνωστης διάρκειας, και από την πιθανότητα αναζωπύρωσης της νόσου.

Στις συνθήκες αυτές η παροχή Παρηγορικής Φροντίδας είναι εξίσου κρίσιμης σημασίας με την χορήγηση υγρών, αντιπυρετικών και βελτιωτικών της αναπνοής.

Μέσα σε αυτή την έννοια, αποτελεί επιτακτική ανάγκη, οι ιατροί του Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας να διαχειριστούν:

1) Ασθενείς με Πόνο, εξαιτίας της λοίμωξης COVID -19 ή σαν αποτέλεσμα βλάβης οργάνων από τον ιό.

2) Ασθενείς που δεν έχουν μολυνθεί από τον SARS COV-2, με Χρόνιο Πόνο κι εξάρσεις πυροδοτούμενες από παράγοντες κινδύνου όπως κακός ύπνος, αδράνεια, φόβος, κατάθλιψη κι άγχος.

Η Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.), συνειδητοποιώντας την ανάγκη παροχής Παρηγορικής Φροντίδας τόσο σε επίπεδο πρωτοβάθμιας Υγείας όσο και κυρίως στα νοσοκομεία της χώρας μας, αποφάσισε την έκδοση συστάσεων προκειμένου να εφοδιάσει τους λειτουργούς υγείας με την απαραίτητη γνώση για την φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους κατά την πανδημία COVID -19.

Για την συγγραφή χρησιμοποιήθηκαν συστάσεις Ευρωπαϊκών και Παγκόσμιων Επιστημονικών Εταιρειών, ερευνήθηκαν τα δεδομένα της Ελληνικής βιβλιογραφίας και προστέθηκε η πολυετής εμπειρία του εξειδικευμένου ΔΣ της ΠΑ.ΡΗ.ΣΥ.Α.(2)

Ασθενείς με Πόνο σαν αποτέλεσμα της νόσου COVID-19

Οι ασθενείς με COVID –19 μπορεί να παρουσιάσουν μεγάλο εύρος συμπτωμάτων που ξεκινά από αυτούς χωρίς συμπτώματα και εκτείνεται σε αυτούς που αναπτύσσουν σοβαρό αναπνευστικό σύνδρομο. Τώρα είναι επίσης ξεκάθαρο ότι ο ιός SARS COV-2 από μόνος του σχετίζεται με επώδυνα συμπτώματα, που περιλαμβάνουν μυαλγίες, αρθραλγίες, κοιλιακό πόνο, κεφαλαλγία, θωρακικό πόνο. Ακόμη και οι ασθενείς που δεν μεταφέρονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, μπορεί να έχουν πόνο και να απαιτούνται οπιοειδή για τη διαχείρισή τους (3).

Οι σοβαρά νοσούντες ασθενείς με COVID -19 στην ΜΕΘ βιώνουν επίσης σημαντικό πόνο, λόγω παρεμβάσεων, όπως αναρρόφηση ενδοτραχειακού σωλήνα, αλλαγή θέσης, τοποθέτηση γραμμών. Οι ασθενείς στη διάρκεια της νοσηλείας τους έχουν παρατεταμένη περίοδο ακινησίας, ύπνωσης, τεχνητού αερισμού, με κίνδυνο ανάπτυξης συνδρόμου ICU-acquired weakness- που εκτός από την κινητική περιλαμβάνει αισθητική δυσλειτουργία και πόνο.(4)

Τέλος, επιπλοκές που σχετίζονται με την πρηνή θέση στον κατεσταλμένο ασθενή περιλαμβάνουν βραχιόνιο πλεξοπάθεια, εξάρθρωση και κάκωση μαλακών ιστών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε επίμονο νευροπαθητικό και μυοσκελετικό πόνο (5).

Αναφορές για νευρολογικά επακόλουθα από την λοίμωξη COVID-19 αρχίζουν επίσης να εμφανίζονται στη βιβλιογραφία, υποδεικνύοντας την εμπλοκή του κεντρικού και περιφερικού Νευρικού Συστήματος. Συμπτώματα όπως σύγχυση, κεφαλαλγία, ζάλη, ανοσμία, αγευσία και νευροπαθητικός πόνος, περιγράφονται σε αναδρομικές μελέτες κοόρτης και μεμονωμένων περιστατικών (5).

Σταθερός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη Χρόνιου Πόνου, αποτελεί η ύπαρξη αθεράπευτου οξέος πόνου. Είναι πιθανό οι επιβιώσαντες που θυμούνται σοβαρό πόνο και stress στη διάρκεια νοσηλείας τους στη ΜΕΘ, να αναπτύξουν Χρόνιο Πόνο μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (6).

Ατυχώς, η θεραπεία του πόνου και σήμερα στην Πανδημία παραμελείται λαμβάνοντας χαμηλή προτεραιότητα, πτωχή εκτίμηση και διαχείριση. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του πόνου κι άλλων συμπτωμάτων στους ασθενείς αυτούς έχουν ήδη αναπτυχθεί στην Ευρώπη (7) και την Αμερική (8) και περιγράφονται στις πρόσφατες Συστάσεις της Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας – ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. (2). Αυτές έχουν στόχο τη βελτίωση των ασθενών μέσω της πολυπαραγοντικής διαχείρισης των συμπτωμάτων τους.

Ασθενείς με Χρόνιο Πόνο στη διάρκεια της Πανδημίας COVID -19

Ο Χρόνιος Πόνος αποτελεί σοβαρή αιτία του υποφέρειν και της ελαττωμένης ποιότητας ζωής. Οι περισσότεροι ασθενείς με Χρόνιο Πόνο είναι ηλικιωμένοι με συνοσηρότητες και αποτελούν μια από τις πλέον ευάλωτες ομάδες με αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από τον ιό SARS COV-2. Με βάση τις οδηγίες του ΠΟΥ για τον περιορισμό της διασποράς της νόσου COVID-19, όλες οι εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις, οι επισκέψεις και οι παρεμβάσεις σε εξωτερικούς ασθενείς αναβλήθηκαν ή ακυρώθηκαν.(9) Οι ασθενείς με Χρόνιο Πόνο έχουν επηρεασθεί ιδιαίτερα σκληρά, όταν τα Ιατρεία Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας έκλεισαν και οι περισσότερες θεραπευτικές επιλογές όπως ιατρική διαχείριση, φυσιοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη , εναλλακτικές θεραπείες και παρεμβατικές τεχνικές δεν είναι διαθέσιμες.

Η Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας – ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. στην περίοδο αυτή καταβάλλει κάθε προσπάθεια μέσα από το δίκτυο των μελών της και σε συνεργασία με τα Ιατρεία Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας των κρατικών νοσοκομείων να διαχειριστεί εξ αποστάσεως με ασφάλεια ασθενείς με καρκινικό και μη καρκινικό πόνο καθώς και ευπαθείς ομάδες ασθενών(10).

Σημαντικά θέματα που αναδύονται από την υφιστάμενη υγειονομική κρίση κα που είναι αναγκαία να διαχειρισθούν οι ειδικοί του πόνου για τους ασθενείς με Χρόνιο Πόνο είναι:

- 1) Να εξασφαλίσουν τη συνέχιση της φροντίδας και της φαρμακευτικής αγωγής, ιδίως των οπιοειδών
- 2) Να διευκρινίσουν τον ρόλο της τηλεϊατρικής
- 3) Να διατηρήσουν το μοντέλο της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης στη θεραπεία πόνου
- 4) Να εξατομικεύσουν την χρήση ΜΣΑΦ και στεροειδών φαρμάκων
- 5) Να αξιολογήσουν και να καθοδηγήσουν με ασφάλεια επείγουσες και ημιεπείγουσες παρεμβάσεις για να αποφύγουν την νοσηρότητα στους ασθενείς με Χρόνιο Πόνο.
- 6) Να τροποποιήσουν τις συνεχιζόμενες θεραπείες για να ελαττώσουν τον κίνδυνο της COVID -19
- 7) Να λάβουν υπ' όψη τους τις οικονομικές επιπτώσεις της Πανδημίας και τους διαθέσιμους πόρους
- 8) Να λάβουν μέτρα ασφάλειας για την προστασία των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών
- 9) Να αποτρέψουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στη διάρκεια της Πανδημίας και μετά από αυτή.

Αυτές οι Συστάσεις προτείνονται από την ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. για να βοηθήσουν τους λειτουργούς υγείας και δεν αποτελούν κατευθυντήριες οδηγίες. Παρόλα αυτά επειδή η νόσος COVID -19 είναι μια ταχέως εξελισσόμενη κατάσταση, αποτελούν περίληψη της καλύτερης διαθέσιμης τεκμηρίωσης και της γνώμης των ειδικών από το ΔΣ της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. Στην παρούσα φάση θα πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες και δυνατότητες, με βάση την τοπική πολιτική στους εργασιακούς χώρους.

Βιβλιογραφία

- 1.Clauw D.J et al. Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic.Pain 6/9/2020
- 2.Συστάσεις της Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας –ΠΑΡΗΣΥΑ για την Π.Φ και την υποστήριξη κατά την περίοδο της πανδημίας COVID 19. [grpalliative.gr/recommendations/220420](https://www.grpalliative.gr/recommendations/220420)
- 3.Lonell N et al.Characteristics,symptom management and outcome of 101 patients with COVID 19 referred for hospital palliative care. J Pain Symptom Manage April 2020
- 4.Kemp H.I et al. Chronic pain after COVID 19:implications for rehabilitation.BR J Anaesth 2020
- 5.Mao L et al.Neurologic manifestations of hospitalized patients with COVID 19 disease in Wuhan China. JAMA Neurol April 2020
- 6.Li J.Rehabilitation management of patients with COVID 19.Lessons learned from the experience in China. Eur J Phys Rehabil Med 2020.
- 7.Das-TaskForce 2015,Baron R,Binder A et al.Evidence and Consensus based guidelines for the management of delirium,analgesia and sedation in Intensive Care Medicine.Ger Med Sci 2015
- 8.Devlin J Wet al.Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain,agitation/sedation,delirium,immobility and sleep disruption in adult patients in the ICU.Crit Car Med 2018
9. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMIk9WP0d6h6wIVxYb-VCh2yegfaEAAYASAAEgLZZ_D_BwE
- 10.Ι.Σιαφάκας. Η παρηγορική φροντίδα δεν πρέπει να λείπει στους ασθενείς με χρόνιο πόνο. [://www.httpsw.amna.gr/home/article/446416/ISiafaka-sto-APE-MPE-I-parigoriki-frontida-den-prepei-na-leipsei-stous-astheneis-me-chronio-pono-](https://www.httpsw.amna.gr/home/article/446416/ISiafaka-sto-APE-MPE-I-parigoriki-frontida-den-prepei-na-leipsei-stous-astheneis-me-chronio-pono-)

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙ: ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΗΣΥΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Διαχείριση δύσπνοιας και άλλων συμπτωμάτων σε ασθενείς με COVID-19

Κοκολάκη Μαρία

Διευθύντρια Ανασθησιολογικού τμήματος, Ιατρείο πόνου Γ.Ν.Α Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμιγκ

Η λοίμωξη από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 καταγράφηκε τον Δεκέμβριο 2019 στην πόλη Wuhan της Κίνας. Η νόσος COVID-19 οφείλεται σε νέο στέλεχος κορονοϊού. Η επέλαση της νόσου είναι πλέον πραγματικότητα στην χώρα μας. Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών τα συμπτώματα μπορούν να ποικίλλουν από ήπια έως πολύ βαριά, συνήθως εμφανίζονται εντός 7 έως 14 ημερών από την μόλυνση και είναι:

Κλινικά συμπτώματα: βήχας, πυρετός, δύσπνοια, πόνος (μυαλγίες), παραλήρημα, ανομία αγευσία ή δυσγευσία

Λιγότερο συχνά συμπτώματα: πονόλαιμος, ρινική καταρροή 5%, κεφαλαλγία, διάρροια, ναυτία ή έμετος (1-2%)

Οι σημαντικές δράσεις της παρηγορικής φροντίδας (Π.Φ) και της υποστήριξης των ασθενών στην περίοδο της πανδημίας είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Θα αναφερθώ στο βήχα, πυρετό, στη δύσπνοια και στο παραλήρημα.

Αντιμετώπιση βήχα: Οι ασθενείς με COVID-19 μπορεί να έχουν ξηρό ή παραγωγικό βήχα που προκαλείται από βακτηριακή επιλοίμωξη.

Α. μέτρα ατομικής προστασίας (να καλύπτει με ένα χαρτομάντιλο τη μύτη και το στόμα, όταν βήχει ή φταρνίζεται, να πλένει σχολαστικά τα χέρια του)/**Β. μη φαρμακολογικά μέτρα:** λήψη υγρών, χρήση υγραντήρα, λήψη παστίλιας ή καταπραυντικής καραμέλας / **Γ. φαρμακευτική αγωγή** (Αντιβηχικό σιρόπι σε μη παραγωγικό βήχα, κωδεϊνόχο σιρόπι ή εάν αποτύχουν τα παραπάνω, διάλυμα μορφίνης IR peros 2.5mg ανά 4ωρο)

Αντιμετώπιση πυρετού: **1. μη φαρμακολογικά μέτρα:** λήψη υγρών, ψυχρά επιθέματα, ελάττωση θερμοκρασίας δωματίου, αποφυγή αλκοόλ / **2. φαρμακευτική αγωγή.** Παρακεταμόλη 1gr ανά 6ωρο. Δεν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση για συσχέτιση μεταξύ ΜΣΑΦ και επιδείνωσης σε ασθενείς με COVID-19.

Αντιμετώπιση δύσπνοιας: Δύσπνοια είναι η υποκειμενική αίσθηση έλλειψης αέρα. Ο ασθενής περιγράφει «δεν έχω ανάσα». Συνήθως συνοδεύεται από άγχος, stress και αίσθημα πανικού. Η κατάσταση των ασθενών γίνεται πιο βαριά εάν υπάρχει συννοσηρότητα (ΧΑΠ, καρκίνος πνεύμονος τελικού σταδίου κτλ).

1.κοινά μέτρα: χορήγηση O2 και εκτίμηση /**2. μη φαρμακευτική αγωγή:** θέση ανάρροπη, τεχνικές χαλάρωσης, ελάττωση θερμοκρασίας-υγρασίας. Η χρήση ανεμιστήρα και air condition δεν ενδείκνυται / **3. φαρμακευτική αγωγή:** η μορφίνη από το στόμα χρησιμοποιείται ευρέως 2.5-5mg κάθε 4h, SC/IV 1-2mg κάθε 4h, μιδαζολάμη SC 2-3mg pm, λοραζεπάμη 0.5-1mg peros, 0.5-1mg SC/IV

Οι ασθενείς με ελεγχόμενο βήχα και εκκρίσεις δεν θα πρέπει να λαμβάνουν φάρμακα από την στοματική, διαβλενογόνο και ρινική οδό.

Αντιμετώπιση διέγερσης-παραληρήματος: Οι ασθενείς με covid-19 είναι συχνά συγχυτικοί, διεγερτικοί και με παραλήρημα που οφείλεται στη λοίμωξη, υποξαιμία και απομόνωση. Οι εκδηλώσεις αυτές απαιτούν έγκαιρη παρέμβαση.

1. πρόληψη (αντιμετώπιση υποξίας, πόνου και δυσκοιλιότητας), **2. μη φαρμακευτικά μέσα** (εκτίμηση αιτίας, καλή επικοινωνία με τον ασθενή, ενεργοποίηση συγγενών και φροντιστών, επαρκής φωτισμός). **3. φαρμακευτική αγωγή:** μιδαζολάμη SC/IV 2.5-5mg ανά 4ωρο pm, λοραζεπάμη 0.5-1mg κάθε 1-2h pm, αλοπεριδόλη, φάρμακο εκλογής στο παραλήρημα, 0.5mg/24ωρο· μέση αποτελεσματική δόση 2.5mg/24ωρο

Συντημήσεις: PO → peros, SC → subcutaneous υποδορίως, pm → prorenata: εφόσον χρειάζεται, IV → ενδοφλεβίως, IR → άμεσης αποδέσμευσης

Τα συμπτώματα των ασθενών COVID-19 απαιτούν συνεχή αξιολόγηση, επαγρύπνηση και συνεργασία ομάδας.

Βιβλιογραφία

- 1.Association for Palliative Medicine Guidance: <https://apmonline.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-and-Palliative-End-of-Life-and-Bereavement-Care-22March-2020.pdf>, 2. James Downar, and Dori Seccareccia. Palliating a Pandemic: “All Patients Must Be Cared For” Vol. 39 No. 2 February 2010 Journal of Pain and Symptom Management. 3. Jennifer Moore Ballentine. The Role of Palliative Care in a COVID-19 Pandemic <https://www.chcf.org/blog/the-roleof--care-in-a-covid-19-pandemic/> March 2020., 4. Κρεμαστινού Φ. <https://grpalliative.gr/dyspnoia-kai-parigoriki-frontida/> 5. Στάκος Χ., Υφαντίδης Φ., Λογοθέτη Ε., Μασούρου Ζ., Σιαφάκας Ι. Τι γνωρίζουν για τα Ιατρεία Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς. 6. Βραχνού Ε. Γενικές Αρχές Αντιμετώπισης Πόνου Καρκινοπαθούς με Οπιοειδή. https://issuu.com/san-publications/docs/parysia_efimerida_october_2015

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΗΣΥΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Κριτήρια εισαγωγής στην ΜΕΘ

Σ. Ανίσογλου

Η διαθεσιμότητα των ανθρώπινων, αλλά και οικονομικών πόρων για τη στελέχωση και λειτουργία των ΜΕΘ είναι διεθνώς περιορισμένη, ενώ η ζήτηση κλινών ΜΕΘ ειδικά σε ειδικές καταστάσεις όπως είναι μία πανδημία, αυξάνεται συνεχώς.

Για τον λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μην γίνει κατάχρηση των κλινών ΜΕΘ από τη μια πλευρά και να αξιοποιηθούν καλύτερα οι υπάρχουσες κλίνες

Υπάρχουν κριτήρια και κατευθυντήριες οδηγίες για την είσοδο ασθενών σε ΜΕΘ, που λαμβάνουν υπ όψιν τα εξής :

1. Το δικαίωμα του ασθενούς στην ενδεδειγμένη θεραπεία, αλλά και στον αξιοπρεπή θάνατο
2. Τα ηθικά διλήμματα των συγγενών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού,
3. Νομικά, κοινωνικά και θρησκευτικά θέματα,

4. Την χωροταξία και η διοικητική οργάνωση των νοσοκομείων και
5. Το κόστος νοσηλείας σε σχέση με το αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή.

Για τη βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων και την καλύτερη έκβαση των ασθενών, η εισαγωγή ενός ασθενούς στη ΜΕΘ πρέπει να αποφασίζεται με βάση τα εξής κριτήρια):

- 1) ανάγκη ειδικής θεραπείας για την υποστήριξη της ζωής του ασθενούς με τεχνικές που απαιτούν νοσηλεία σε ΜΕΘ,
- 2) ύπαρξη προσωπικού με την απαιτούμενη κλινική εμπειρία
- 3) Καθορισμός προτεραιότητας με βάση της κατάσταση του ασθενούς
- 4) διάγνωση του ασθενούς
- 5) διαθεσιμότητα κλινών ΜΕΘ
- 6) αντικειμενικές παράμετροι κατά την εκτίμηση του ασθενούς
- 7) πιθανότητα ωφέλειας του ασθενούς από την εισαγωγή στη ΜΕΘ 8) πρόγνωση του ασθενούς

Προτεραιότητα εισαγωγής στη ΜΕΘ

1η (Άμεση) προτεραιότητα έχουν οι : Βαριά πάσχοντες ασθενείς που παρουσιάζουν οξεία ανεπάρκεια οργάνων / συστημάτων και χρειάζονται υποστήριξη της ζωής με θεραπευτικές παρεμβάσεις που γίνονται μόνο σε περιβάλλον ΜΕΘ

2η προτεραιότητα έχουν : Ασθενείς ως οι ανωτέρω, με σημαντικά όμως μικρότερη πιθανότητα αποκατάστασης ή/και προσδόκιμο επιβίωσης (

3η προτεραιότητα έχουν οι : Ασθενείς με δυσλειτουργία οργάνων που χρήζουν εντατικού monitoring και/ή ειδική θεραπευτική παρέμβαση. Τέτοιοι είναι οι μετεγχειρητικοί ασθενείς

4η προτεραιότητα έχουν οι : Ασθενείς ως οι ανωτέρω, με σημαντικά όμως μικρότερη πιθανότητα αποκατάστασης ή/και προσδόκιμο επιβίωσης

5η προτεραιότητα : ασθενείς σε τελικό στάδιο της νόσου

Η μεγάλη ηλικία η ύπαρξη κακοήθειας δεν αποτελούν αναγκαστικά αποτρεπτική παράμετρο εισαγωγής ενός ασθενούς στη ΜΕΘ

Ο καθορισμός προτεραιότητας εισαγωγής δεν θα πρέπει να επηρεάζονται από κριτήρια όπως η φυλή, το φύλο, η θρησκεία, η οικονομική κατάσταση, οι σεξουαλικές προτιμήσεις του ασθενούς κλπ).

Κάθε νοσοκομείο, σε συνεργασία με τον διευθυντή της οικείας ΜΕΘ, οφείλει να καθορίζει με σαφήνεια τις πληθυσμιακές ομάδες (παιδιά, ενήλικες), τους ειδικούς πληθυσμούς (νευρολογικούς/νευροχειρουργικούς ασθενείς, εγκαύματα, κλπ) που μπορεί να νοσηλεύει η ΜΕΘ, λαμβάνοντας υπ όψιν τους περιορισμούς κάθε νοσοκομείου (Τεχνολογικός εξοπλισμός, υποστηρικτικές κλινικές/διαγνωστικά εργαστήρια).

Καταλήγοντας πρέπει να εισάγονται στη ΜΕΘ όλοι οι ασθενείς που χρειάζονται υποστηρικτικές παρεμβάσεις (πχ επεμβατικός μηχανικός αερισμός), ή πάσχουν από σύνθετες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις (πχ σήψη), με προτεραιότητα στους ασθενείς με τη μεγαλύτερη πιθανότητα αποκατάστασης/επιβίωσης.

Αυτά ισχύουν και σε καιρό επιδημιών

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΗΣΥΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Η ψυχολογική αντιμετώπιση στην κρίση του Covid-19

Ιωάννης Ντίνος

Κλινικός Ψυχολόγος Γ. Α.Ο.Ν.Α. « ο Άγιος Σάββας »

Επιστημονικός Υπεύθυνος ΚΕ.Υ.Ε.Ε.Ψ.Ο. της Ε.Α.Ε.

Η επικαιρότητα της πανδημίας του covid-19 είναι πρωτοφανής. Πολλοί παράγοντες μπορούν να αυξήσουν τις αντιδράσεις στρες: φόβος προσβολής από την ασθένεια, φόβος για τους οικείους, ανασφάλεια για τη διάρκεια της κρίσης, φόβος για την απώλεια της εργασίας, αίσθημα μοναξιάς, ματαιώσεις, δυσκολία διαχείρισης καθημερινών εργασιών κτλ.

Οι κύριες ψυχικές εκδηλώσεις στους στρεσογόνους παράγοντες αυτής της πρωτοφανούς πραγματικότητας είναι το άγχος και η κατάθλιψη.

Σε γενικές γραμμές οι προσωπικές δυνάμεις του καθένα από μας μάς επιτρέπουν να αντέξουμε τα φυσιολογικά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης:

- Με τη σωστή και ορθολογική ενημέρωση (περιορισμένη έκθεση στις πληροφορίες, και στη χρήση μέσων κοινωνικής δικτύωσης)
- Με την καλύτερη δυνατή οργάνωση του χρόνου και της καθημερινότητας.
- Ισορροπώντας το χρόνο ανάμεσα στην ηλεκτρονική επικοινωνία, τη φυσική άσκηση και την εργασία
- Με τη φροντίδα του εαυτού
- Με τη διατήρηση της επαφής με τους οικείους, τόσο με αυτούς που το έχουν ανάγκη (πράξεις αλληλεγγύης), και με την αποφυγή συζητήσεων αποκλειστικά για την κρίση.
- Με την από-ενοχοποίηση συναισθημάτων θλίψης, άγχους και αγωνίας αλλά και τη μείωση αυστηρών απαιτήσεων από τον εαυτό ως προς τις υποχρεώσεις.

Κάποιοι πληθυσμοί είναι ιδιαιτέρως ευάλωτοι στην εκδήλωση παθολογικών μορφών άγχους και κατάθλιψης:

1. Ασθενείς που πλήττονται από τον κορωνοϊό και χρήζουν νοσηλείας σε απομόνωση
2. Ασθενείς επιβαρυνμένοι με υποκείμενες ασθένειες που αντιμετωπίζουν την απειλή του θανάτου
3. Οι συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται ή χάνουν τη ζωή σε αυτές τις συνθήκες απομόνωσης
4. Το προσωπικό νοσοκομείων (νοσηλεύτές-γιατροί) που βρίσκεται στην πρώτη γραμμή ενάντια στην πανδημία, αλλά και οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις που απαιτούν εντατικοποίηση των εργασιακών τους συνθηκών (σούπερ-μάρκετ, αγαθά πρώτης ανάγκης).
5. Ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα αλλά και εξαρτημένοι από αλκοόλ και ουσίες.
6. Τα παιδιά και οι έφηβοι

Θα πρέπει να αναζητηθεί βοήθεια επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην περίπτωση που παρατηρηθούν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Έλλειψη ενέργειας και μεγάλη δυσκολία στη λειτουργία της καθημερινότητας
- Εμφάνιση ανεξέλεγκτων αρνητικών σκέψεων
- Έντονη απώλεια βάρους και όρεξης
- Έντονη διαταραχή ύπνου (δυσκολία στον ύπνο, συχνά ξυπνήματα μέσα στη νύχτα, εφιάλτες)
- Ανησυχία για το κάθε τι που καταλήγει στην ακινητοποίηση.
- Εμφάνιση κρίσεων πανικού ή έντονου άγχους
- Μεγάλη δυσκολία στην αντιμετώπιση του θανάτου κάποιου συγγενή
- Ξαφνική αύξηση του θυμού και της επιθετικότητας
- Επικράτηση της σκέψης ότι ο θάνατος είναι η καλύτερη επιλογή στη ζωή
- Αδυναμία αποφυγής της ενασχόλησης με ένα κουραστικό γεγονός που καταλήγει στον κατακλυσμό της σκέψης και της καθημερινότητάς.
- Υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών ή αγχολυτικών φαρμάκων

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III ESRA HELLAS:Εκπαίδευση στην Περιοχική Αναισθησία: Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον

Επόμενο βήμα και ανάγκες αλλαγών σε Εθνικό και Διεθνές Επίπεδο: Διαφοροποίηση Βασικής Εκπαίδευσης, Επάρκειας και Εξειδίκευσης

Ελένη Μόκα
Αναισθησιολόγος, Ηράκλειο - Κρήτη

Η περιοχική αναισθησία – αναλγησία αποτελεί αδιαμφισβήτητη έναν από τους ακρογωνιαίους λίθους κατά την περιεγχειρητική διαχείριση των χειρουργικών ασθενών λόγω των πολλαπλών της πλεονεκτημάτων, γεγονόσ που εύλογα εξηγεί τη μεγάλη δημοτικότητα και την άνθιση της τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η εκπαίδευση των Αναισθησιολόγων στην Περιοχική Αναισθησία διεθνώς βρίσκεται ακόμη σε φάση σημαντικής αναδιοργάνωσης, με συγκεκριμένα προγράμματα σπουδών, πιστοποίηση εκπαιδευτών και προγράμματα ελέγχου διδασκόντων και διδασκόμενων. Στην Ελλάδα η κατάσταση ακόμα και σήμερα παρουσιάζει σημαντικά κενά και ανισότητες, με την περιοχική αναισθησία να εφαρμόζεται σε μερικά, λίγα σχετικά νοσοκομεία, το εύρος της να είναι σχετικά μικρό και η εκπαίδευση να παραμένει ακόμη άναρχη. Η κατάσταση μπορεί να βελτιωθεί, αν γίνουν κατανοητά τα πλεονεκτήματα της περιοχικής αναισθησίας – αναλγησίας, με την εκπαίδευση και πιστοποίηση των εκπαιδευτών και τη συστηματοποίηση του περιεχομένου σπουδών και του ελέγχου της εκπαίδευσης των ειδικευομένων.

Ερευνητικές μελέτες βασισμένες σε ερωτηματολόγια κατέληξαν ότι οι ειδικευόμενοι αναισθησιολογίας δυστυχώς αισθάνονται αρκετά συχνά ανεπαρκώς προετοιμασμένοι να εκτελέσουν περιφερικούς νευρικούς αποκλεισμούς κατά τη λήξη της ειδικότητας. Το τρέχον μοντέλο εκπαίδευσης χαρακτηρίζεται από περιορισμένες ευκαιρίες για την εκτέλεση εξειδικευμένων ή και σε κάποιες περιπτώσεις βασικών παρεμβατικών τεχνικών περιοχικής αναισθησίας και δεν εγγυάται ότι οι διαδικασίες εκτελούνται με ορθό τρόπο ή ότι οι τυχόν επιπλοκές μπορούν να αντιμετωπιστούν κατάλληλα, με αντίκτυπο στη μελλοντική επαγγελματική απόδοση. Σαφώς, το τρέχον μοντέλο εκπαίδευσης στην περιοχική αναισθησία, που βασίζεται στο πρότυπο μαθητείας και πρακτικής στην πορεία του χρόνου (apprenticeship paradigm – time based practice), είναι πλέον ανεπαρκές για το πλήθος των τεχνικών που καλούνται οι ειδικευόμενοι να μάθουν και που αναμένεται να γνωρίζουν επαρκώς κατά τη λήψη της ειδικότητας, ώστε να είναι ασφαλείς κατά την εξέσκηση αυτής μετέπειτα. Επιπρόσθετα, χαρακτηρίζεται ως μη βιώσιμο, αν αποτελεί το μοναδικό μέσο απόκτησης σύνθετων δεξιοτήτων, όπως αυτές που απαιτούνται για την εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας. Υπογραμμίζεται δε η επιτακτική ανάγκη για αλλαγή αυτού, εξαιτίας των περιορισμένων ευκαιριών για κλινική άσκηση και εκπαίδευση (μείωση ωρών εργασίας, εισαγωγή νέων τεχνικών και νέων περιφερικών νευρικών αποκλεισμών, ταχέως μεταβαλλόμενο εκπαιδευτικό περιβάλλον) και υπερτονίζεται η ανάγκη για στροφή προς εκπαιδευτικά πρότυπα που θα διασφαλίζουν τόσο τη γνώση όσο και την επάρκεια, την ικανότητα την απαιτούμενη κλινική απόδοση και την εξειδίκευση. Τέτοια εκπαιδευτικά μοντέλα στον τομέα περιοχικής αναισθησίας περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την προσομοίωση, ανατροφοδότηση και αξιολόγηση των εκπαιδευομένων πριν την εφαρμογή τεχνικών περιοχικής αναισθησίας σε ασθενείς, αλλά και την επάρκεια και εκπαιδευτική ικανότητα των εκπαιδευτών.

Στο πλαίσιο συστηματοποίησης της διαδικασίας αναδιάρθρωσης της εκπαίδευσης στην περιοχική αναισθησία και της διαδικασίας αντίστοιχης διαπίστευσης, φαίνεται ότι για το μέλλον είναι επιβεβλημένη η ανάγκη να βασιζόμαστε στην αξιολόγηση εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων σε συγκεκριμένους τομείς: κατάρτιση, κλινική επάρκεια, απόκτηση δεξιοτήτων, επίδειξη ικανοτήτων και επαρκής επίδοση. Αυτή η προσέγγιση επικεντρώνεται στον εκπαιδευόμενο που καλείται να επιτύχει συγκεκριμένα αποτελέσματα, τα οποία έχουν χαρακτηριστεί ως ορόσημα, και έτσι δεν περιορίζεται απλά δε μια σταθερή, οριοθετημένη και βασισμένη στο χρόνο εκπαίδευση.

Ένα καλά δομημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιοχικής αναισθησίας ιδανικά απαρτίζεται από τρία επίπεδα.

- (1) το περιεχόμενο «τι πρέπει να γνωρίζει» ο εκπαιδευόμενος, που καθορίζεται από τους υπεύθυνους του προγράμματος (curriculum)
- (2) «τι στην πραγματικότητα διδάχθηκε» ο εκπαιδευόμενος από τους εκπαιδευτές
- (3) η εμπειρία του εκπαιδευόμενου από το πρόγραμμα, «τι έμαθε», ώστε να ασκεί με ασφάλεια την περιοχική αναισθησία, διαμέσου αξιολόγησης που περιλαμβάνει πολλαπλές και αξιόπιστες μετρήσεις απόδοσής, πέρα από τις γνώσεις και δεξιότητες

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός τέτοιου εκπαιδευτικού μοντέλου θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της στρατηγικής ολόκληρης της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Η έμφαση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος δεν πρέπει να επικεντρώνεται στη δομή και τις διεργασίες του προγράμματος, αλλά στην αξιολόγηση της έκβασης του προγράμματος. «Τι κάνουν οι εκπαιδευόμενοι και όχι τι κάνουν οι εκπαιδευτές». Η αξιολόγηση της έκβασης της μάθησης καθοδηγεί και εμπνέει τη μάθηση, ενισχύει τις ικανότητες, και έχει προγνωστική αξία για τη μελλοντική κλινική επάρκεια του εκπαιδευόμενου, αλλά ταυτόχρονα και εκπαιδευτικό ρόλο. Εάν, όμως, η αξιολόγηση εστιάζεται μόνον στην τελική πιστοποίηση και στον αποκλεισμό τότε η σημαντική επιρροή της στη μαθησιακή διεργασία χάνεται. Η έγκυρη αξιολόγηση του εκπαιδευόμενου πρέπει να συνοδεύει κάθε επίπεδο απόκτησης ικανοτήτων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται ότι ο εκπαιδευόμενος όχι μόνον έχει αποκτήσει τις γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες, αλλά και είναι σε θέση να τις χρησιμοποιήσει ως ειδικευμένος γιατρός. Ενώ, όμως, οι ικανότητες που σχετίζονται με τις γνώσεις και τις δεξιότητες είναι εύκολο να αξιολογηθούν, δεν συμβαίνει το ίδιο και με τις ικανότητες που σχετίζονται με την κλινική επάρκεια. Σύμφωνα με την πυραμίδα εκπαιδευτικής συμπεριφοράς για την αξιολόγηση των ικανοτήτων ενός εκπαιδευόμενου, τα δύο χαμηλότερα επίπεδα αξιολογούν γνωσιακές λειτουργίες: (1) «γνωρίζει» έχει δηλαδή γνώσεις, (2) «γνωρίζει πώς» - ξέρει να εφαρμόσει τη γνώση (ικανότητες) και ελάχιστα σχετίζονται με τα δύο ανώτερα επίπεδα (3) «δείχνει πως», δείχνει πώς να εφαρμόσει τη γνώση (επίδοση) ή (4) «κάνει» (δράση), και που αξιολογούν τη συμπεριφορά του εκπαιδευόμενου για το πως μπορεί να εφαρμόσει αυτό που γνωρίζει στην πράξη. Ένας εκπαιδευόμενος που «γνωρίζει πώς να κάνει κάτι» δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι «μπορεί να το κάνει» στην καθημερινή πρακτική. Προκειμένου οι εκπαιδευόμενοι να μπορούν να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους στην κλινική πρακτική κατά την εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας, η αξιολόγηση δεν πρέπει να περιορίζεται στην αναγνώριση της κλινικής εμπειρίας των 5 χρόνων της ειδίκευσης, ούτε να βασίζεται μόνον στις τελικές εξετάσεις. Η αξιολόγηση πρέπει να είναι συνεχής σε όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης και να χρησιμοποιεί μεθόδους, που θα ενθαρρύνουν τους εκπαιδευόμενους να προχωρήσουν από το επίπεδο του «δείχνει πως» στο επίπεδο του «κάνει».

Πολλά εργαλεία αξιολόγησης της συνολικής εκπαιδευτικής διαδικασίας είναι διαθέσιμα, και συνίστανται σε αυτά για αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, καθώς και σε άλλα εποικοδομητικής και συνολικής – αθροιστικής αξιολόγησης στο τέλος του εκπαιδευτικού προγράμματος, που θα πρέπει να έχουν ως στόχο να καθορίσουν αν οι εκπαιδευόμενοι έχουν φθάσει σε ένα προκαθορισμένο επίπεδο και να πιστοποιήσουν ότι ολοκλήρωσαν με επιτυχία την εκπαίδευσή τους. Εντούτοις η εκπαιδευτική διαδικασία στην περιοχική αναισθησία επιβάλλεται ως μια δυναμική διεργασία, και έτσι δε σταματά με το πέρας των προαναφερθέντων σταδίων, αλλά συνεχίζει με τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και τη συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη στον τομέα της περιοχικής αναισθησίας.

Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση έγκειται σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, οι οποίες στοχεύουν να διατηρήσουν, να αναπτύξουν ή να αυξήσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες ενός γιατρού, να βελτιώσουν την επαγγελματική απόδοση, αλλά και τις σχέσεις του γιατρού με τους ασθενείς και τους συναδέλφους του. Αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στον συνεχή χαρακτήρα της εκπαίδευσης, διαδικασία η οποία ουδέποτε σταματάει, και είναι ανεξάρτητη από την ηλικία του γιατρού. Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση επικεντρώνεται στην επαγγελματική επάρκεια και έχει στόχο να βελτιώσει και να αναπτύξει την προσωπική απόδοση και την κλινική πρακτική κάθε γιατρού. Γι' αυτό και σήμερα προτιμάται ο όρος συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη (continuing professional development, CPD), που ενσωματώνει αλλά και υπερβαίνει τον όρο συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και συνοπολογίζει τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε γιατρού με βάση την προσωπική του πρακτική. Η συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη είναι μια συνεχής διαδικασία, έξω από την επίσημη προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση, που δίνει τη δυνατότητα σε μεμονωμένους γιατρούς να διατηρήσουν και να βελτιώσουν τα πρότυπα της ιατρικής πρακτικής τους, με την ανάπτυξη των γνώσεων, δεξιοτήτων, και τύπων συμπεριφοράς (attitudes), στοιχεία τα οποία θα εισαγάγουν συγκεκριμένες αλλαγές στην πρακτική τους και θα ωφελήσουν τους ασθενείς. Η συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη αποτελεί εκπαιδευτικό μέσο στην επαγγελματική ζωή του κάθε γιατρού, ο οποίος πρέπει να αναλαμβάνει προσωπικά την ευθύνη για την εφαρμογή της και την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητάς της. Ως βασικό μέσο για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των ιατρικών φροντίδων, η CPD εμπίπτει στην ηθική ευθύνη του κάθε γιατρού. Αποτελεί μέρος του προσωπικού προγράμματος της δια βίου μάθησης κάθε γιατρού από την πρώτη ημέρα στην ιατρική σχολή έως την αποχώρησή του από το επάγγελμα. Συνιστά αναπτυξιακή διαδικασία, διακριτή, όμως, από τις διαδικασίες που επιβεβαιώνουν τη διαρκή καταλληλότητα του γιατρού

για άσκηση της ειδικότητάς του.

Όλα τα ανωτέρω ακούγονται ως ιδανικά, πλην όμως η πραγματικότητα είναι εντελώς διαφορετική. Συνοπτικά, αν και υπάρχει, και θα υπάρχει πάντα, ανάγκη για ανάπτυξη, κατανόηση και εφαρμογή νέων πιο εξειδικευμένων τεχνικών περιοχικής αναισθησίας, μια πιο ρεαλιστική προσέγγιση ίσως να είναι πιο χρήσιμη στους ασθενείς μας. Η έρευνα και η κατάρτιση στην περιοχική αναισθησία απαιτούν μια σκόπιμη στρατηγική για τον εντοπισμό ενός μικρού αριθμού ευπροσάρμοστων «υψηλής αξίας» νευρικών αποκλεισμών, επιτυγχάνοντας και διατηρώντας εκτεταμένη ικανότητα σε αυτές τις δεξιότητες και προωθώντας την εφαρμογή τους σε περιχειρητικά μονοπάτια. Η περιοχική αναισθησία δεν είναι εξειδικευμένα ανώτερα μαθηματικά, ούτε θα έπρεπε να είναι. Με την απομάκρυνση από την έννοια των «πολλών μπλοκ για τους λίγους» σε «μερικά μπλοκ για τους πολλούς», η περιοχική αναισθησία μπορεί να αναπτυχθεί από μια υποειδίκευση σε ένα βασικό συστατικό της ειδικότητας της αναισθησιολογίας, που διατίθεται σε όλους.

Βιβλιογραφία

1. Turbitt L, Mariano ER, El-Boghdady K. Anaesthesia, 2020; 75: 293–297
2. Chuan A, Ramlogan R. BMJ Open, 2019; 9: e030376
3. Sites BD, Chan VW, Neal JM, et al. Reg Anesth Pain Med, 2009; 34: 40–46
4. Smith AF, Greaves JD. Anaesthesia, 2010; 65: 184–191
5. Niazi A, Peng PW, Ho M, et al. Can J Anaesth, 2016 ; 63: 966–972
6. Chuan A, Wan AS, Royse CF, Forrest K. Br J Anaesth, 2018; 120: 264–273

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ: ΝΕΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ

Radiological diagnosis in osteoarthritis

Apostolos Karantanas

Osteoarthritis (OA) is a degenerative joint disorder that primarily affects the elderly population worldwide and represents a major problem in public health. OA can be a) primary or idiopathic which is characterized by absence of an antecedent insult and presence of a genetic component and b) secondary to asymmetric loading, previous trauma/surgery, septic arthritis, avascular necrosis and long standing crystal deposition or inflammatory arthritis. OA can affect both the axial and appendicular skeleton but most commonly is located in the hands, knees and the hip.

OA is considered to represent a global disease of the joint, and thus many structures, including bone, cartilage and soft tissues, are involved. Therefore, an imaging method should be able to assess all or most of these structures. Imaging is a powerful tool which may confirm or exclude the diagnosis of OA, may depict another diagnosis such as insufficiency fracture, and may reveal the underlying cause of an early onset OA.

In routine clinical praxis, plain radiographs (PR) remain the imaging modality of first choice for assessing OA, due to easy access and low cost. Key findings include joint space narrowing, subchondral sclerosis or cyst formation and osteophytosis. Various scoring systems have been developed for semiquantitative evaluation and progress depiction of OA (Kellgren and Lawrence; ORSI). However, PR are limited by the inability to evaluate other than the osseous structures. Interestingly, the agreement between the clinical and radiological findings may be very poor.

CT is an excellent imaging method for evaluating the bones, particularly the cortex. Joint space narrowing, subchondral cyst formation, subchondral sclerosis, and marginal osteophytes, are promptly depicted. Due to lack of overlapping structures and the thin axial sections with multiplanar reconstruction capabilities, it's also able to show osseous loose bodies. Medial femoral cortical buttressing in OA of the hip joint, and subchondral attrition in large joints which represents depression of the subchondral osseous surface without the presence of an insufficiency fracture, are readily assessed with CT. However, ionizing radiation and moderate ability for soft tissue evaluation, limit the routine use of CT in clinical imaging and diagnosis of OA.

The main imaging/pathologic findings in OA, i.e. cartilage damage and subchondral bone marrow lesions (BMLs), cannot be depicted with either PR or CT. In addition, labral degeneration and/or tear in the hip and shoulder joints and meniscal lesions, cannot be depicted. CT arthrography is an excellent means of showing early cartilage degeneration demonstrated as superficial or focal defects, and labral and meniscal tears, because of the high spatial and contrast resolution. It is also able to show development of central osteophytes. CT arthrography is not routinely used because it is invasive and may show such small defects which may be clinically irrelevant.

Ultrasonography (US) has been proved to increase the diagnostic confidence in differentiating OA from inflammatory arthritis by showing erosive changes which are more characteristic of inflammatory disease, particularly in the hands. Due to its multiplanar acquisition and inherent high spatial resolution capability, US may also be useful for identifying osteophytes that may not be seen on X-rays.

MR imaging is currently used for assessing the early findings of OA. MRI can accurately assess both osseous and soft-tissue structures. It can detect BMLs and cartilage loss, both of which are early OA changes and are not visible on PR and CT. Joint effusion and synovitis are easily appreciated. The articular cartilage is best assessed using fluid-sensitive sequences or T1W with arthrography on conventional MR. Newer techniques of cartilage quantification and composition assessment (T2/T2* mapping, T1Rho, DWI, dGEMRIC, et al), are currently under investigation.

Besides diagnosis, imaging including fluoroscopy, ultrasound and CT, can be used for minimally invasive treatment. The latter includes injections of steroids, hyaluronic acid and Platelet-Rich Plasma/stem cells or ablation of nerves for eliminating the pain up to the time of the suggested surgical treatment.

In conclusion, despite known limitations, PR remain the most commonly used modality for OA evaluation. US is mainly applied in the hands being useful for differentiating OA from inflammatory arthropathies but also for guiding therapeutic injections. MR imaging is now established as the most important imaging modality for overall evaluation of OA including diagnosis, follow up and research

Suggested references

Hafezi-Nejad N, Demehri S, Guermazi A, Carrino JA. Osteoarthritis year in review 2017: updates on imaging advancements. Osteoarthritis Cartilage 2018; 26(3): 341-349.
 Hayashi D, Roemer FW, Jarraya M, Guermazi A. Imaging in osteoarthritis. Radiol Clin N Am 2017; 55(5): 1085-1102.
 Karachalios T, Zibis A, Papanagiotou P, Karantanas AH, Malizon KN, Roidis N. MR imaging findings in early osteoarthritis of the knee. Eur J Radiol 2004; 50(3): 225-230.
 Karachalios T, Karantanas AH, Malizon KN. Hip osteoarthritis: what the radiologist wants to know. Eur J Radiol 2007; 63(1): 36-48.
 Mathiessen A, Cimmino MA, Hammer HB et al. Imaging of osteoarthritis (OA): What is new? Best Pract Res Clin Rheumatol 2016;30:653-669.
 Omoumi P, Michoux N, Thienpont E, et al. Anatomical distribution of areas of preserved cartilage in advanced femorotibial osteoarthritis using CT arthrography (Part 1). Osteoarthritis Cartilage 2015;23(1): 83-87.
 Turmezei TD, Fotiadou A, Lomas DJ, Hopper MA, Poole KE. A new CT grading system for hip osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage 2014; 22(10): 1360-1366.
 Wang X, Min Oo W, Liklater JM. What is the role of imaging in the clinical diagnosis of osteoarthritis and disease management? Rheumatology (Oxford) 2018;57(suppl 4): iv51-iv60.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ:ΝΕΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ . Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΛΥΣΗ ΕΚΛΟΓΗΣ?

Β.Ν.ΨΥΧΟΓΥΙΟΣ

Δ/ντης Ε' Ορθοπαιδικού Τμήματος Ασκληπείου ΒΟΥΛΑΣ

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια συχνή πάθηση που προσβάλλει συνήθως άτομα μετά την 5η με 6η δεκαετία της ζωής. Έχει πολυπαραγοντικό υπόστρωμα με κύριες αιτίες το τραύμα, τη φυσιολογική φθορά λόγω γύρανης, γενετική συνιστώσα, πιθανά γονιδιακού χαρακτήρα, αναπτυξιακές δυσπλασίες των αρθρώσεων είτε αυτόνομα είτε ως επακόλουθο άλλων παθήσεων με εκδήλωση και στις αρθρώσεις (πολυσακαχαριδώσεις).

Όποια και αν είναι η αιτία της αρθρίτιδας, τελικά καταλήγει στην αποδόμηση του αρθρικού χόνδρου σε άλλοτε άλλη έκταση, ενδογενή αδυναμία του οργανισμού να ανασυνθέσει το χόνδρο με νέο χόνδρο και κατόπιν ένα καταρράκτη γεγονότων που θα οδηγήσει τελικά στη τυπική εμφάνιση της οστεοαρθρίτιδας.

Οι πάσχοντες από οστεοαρθρίτιδα εμφανίζουν ποικιλία συμπτωμάτων εξαρτώμενα από το ποσοστό προσβολής της άρθρωσης αλλά και το βαθμό προσβολής, δηλαδή το βάθος στο οποίο εκτείνεται το έλλειμμα του χόνδρου.

Τα κύρια συμπτώματα της νόσου είναι το άλγος, ιδιαίτερα μετά από χρήση της άρθρωσης, η δυσκαμψία, ο περιορισμός του εύρους κίνησης, ο κριγμός, η αστάθεια, το οίδημα και η ευαισθησία της άρθρωσης αλλά και η μυϊκή αδυναμία των πέριξ της άρθρωσης μυών.

Όλα αυτά τα συμπτώματα έχουν σοβαρή επίπτωση στη γενικότερη υγεία του ασθενούς με οστεοαρθρίτιδα, καθώς γίνεται περισσότερο επιρρεπής σε πτώσεις, με ότι αυτό συνεπάγεται, καθώς και αύξηση του σωματικού βάρους αλλά και αρνητική επίπτωση στη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος λόγω μειωμένης και πλήρους έλλειψης άσκησης. Η θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας είναι πολυεπίπεδη και άμεσα εξαρτώμενη από το στάδιο της νόσου και τις δυνατότητες του κάθε ασθενούς. Η κίνηση και εν γένει η σωματική άσκηση αποτελεί σημαντικό στοιχείο στο πλάνο θεραπείας. Ασκήσεις διάτασης και ενδυνάμωση των παρακείμενων μυών βοηθάει στη μείωση του φορτίου που λαμβάνουν οι προσβεβλημένες αρθρώσεις. Ασκήσεις που στοχεύουν στην αύξηση του εύρους κίνησης βοηθούν στη μείωση της δυσκαμψίας και κατά συνέπεια βοηθούν στη κίνηση. Η αερόβια άσκηση βοηθάει στο καρδιαγγειακό και προσφέρει στην μείωση του σωματικού βάρους.

Επίσης ασκήσεις ισορροπίας εκγυμνάζουν τους μικρούς μυες της ποδοκνημικής, βοηθούν στην ισορροπία και ελαττώνουν τις πτώσεις.

Η απώλεια βάρους επίσης αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα της θεραπείας καθώς ελαττώνει τον πόνο στις προσβεβλημένες αρθρώσεις και επιβραδύνει την αποδιοργάνωσή τους.

Το επόμενο επίπεδο αντιμετώπισης συνίσταται σε φαρμακευτική αγωγή συνιστάμενη στη χρήση ακεταμινοφαίνης, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (celecoxib, piroxicam, ibuprofen, diclofenac), στεροειδών ουσιών, ναρκωτικών ουσιών (codeine, meperidine, morphine, oxycodone, propoxyphene, tramadol) και νεοτέρων σκευασμάτων που στοχεύουν στην εξάλειψη ή και την απαλοιφή του άλγους τόσο σε περιφερικό όσο και σε κεντρικό επίπεδο.

Τελικό στάδιο θεραπείας και εφόσον έχει εξαντληθεί κάθε προσπάθεια συντηρητικής αγωγής αποτελεί η χειρουργική επέμβαση, το είδος της οποίας εξαρτάται από την άρθρωση που έχει προσβληθεί, το ποσοστό προσβολής και την έκταση της επιφάνειας της βλάβης. Οι τέσσερις κατηγορίες επεμβάσεων είναι η ολική αρthroπλαστική της άρθρωσης, η οστεοτομία (ευθυγραμμισμός των οστών που αποτελούν την άρθρωση που έχει καταστραφεί από αρθρίτιδα), αρthroscopικός καθαρισμός και έκπλυση της άρθρωσης και τέλος η αρthroδεση της άρθρωσης που έχει προσβληθεί από αρθρίτιδα. Το ποιά επέμβαση θα επιλεγεί σε κάθε περίπτωση εξαρτάται από την άρθρωση που έχει προσβληθεί, το είδος και την ποιότητα προσβολής και τις λειτουργικές απαιτήσεις του ασθενούς. Σε κάθε δε περίπτωση η χειρουργική θεραπεία εξατομικεύεται.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ: ΝΕΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ

Νέες θεραπείες στην αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια πόνο οστεοαρθρίτιδας

Π.Σάββαρη

Η σύγχρονη θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας (OA) εστιάζει στη συμπτωματική αντιμετώπιση των ασθενών με σκοπό τη μείωση του πόνου, τη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής τους. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Osteoarthritis Research Society International (OARSI) [1] η συνιστώμενη θεραπεία συνδυάζει μη-φαρμακευτικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την απώλεια σωματικού βάρους, την προσαρμοσμένη αερόβια άσκηση καθώς και ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης. Στη φαρμακευτική φαρέτρα περιλαμβάνονται κατηγορίες φαρμάκων όπως: τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), η παρακεταμόλη, τα οπιοειδή και οι ενδοαρθρικά χορηγούμενες θεραπείες. Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί την τελική λύση σε σοβαρές, συμπτωματικές μορφές OA στις οποίες οι λουπές θεραπείες έχουν αποτύχει.

Ωστόσο, φαίνεται πως οι υπάρχουσες θεραπείες παρέχουν μέτρια αποτελεσματικότητα και εμφανίζουν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως προκύπτει από μελέτες παρατήρησης [2]. Σε μία αναδρομική ανάλυση δεδομένων από τις ΗΠΑ [2] που συμπεριέλαβε 71.116 ασθενείς με OA διαπιστώθηκε ότι τα 2/3 των ασθενών άλλαξαν, τιτλοποιούσαν ή διέκοπταν τη θεραπεία στους 2 μήνες από την έναρξή της με το αντίστοιχο ποσοστό να αυξάνει σε >90% των ασθενών στους 6 μήνες. Το συμπέρασμα των συγγραφέων της μελέτης ήταν ότι η συνήθης αυτή πρακτική οφείλεται στην ανεπαρκή αποτελεσματικότητα και ανοχή των υπαρχουσών θεραπειών.

Επομένως, κρίνεται αναγκαία η εύρεση νέων θεραπειών που θα αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά και με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες τους ασθενείς με OA. Οι μελέτες που βρίσκονται σε εξέλιξη επικεντρώνονται σε μόρια όπως: 1) αναστολείς των αυξητικών παραγόντων που επάγουν τον πόνο [πχ. αναστολείς του Nerve Growth Factor (NGF)], 2) αναστολείς φλεγμονωδών κυτταροκινών (πχ. αναστολείς της ιντερλευκίνης 1-β), 3) επαγωγείς χονδρογένεσης (πχ. οστική πρωτεΐνη-7, αυξητικός παράγοντας ινοβλαστών), 4) αναστολείς οστεογενετικών παραγόντων (πχ. παραθυρεοειδής ορμόνη/σχετιζόμενη με PTH πρωτεΐνη), 5) αναστολείς παραγόντων που προκαλούν υποχόνδρια οστική υπερτροφία (πχ. αναστολείς TGF-β, Wnt/β-catenin μονοπάτι), και 6) αναστολείς παραγόντων αποδόμηση του «στρώματος» (πχ. αναστολείς matrix metalloproteinase 13, Adamts-5 enzyme, και Syndecan-4 enzyme) [3].

Αναφορικά με την πρώτη κατηγορία των αναστολέων του NGF, τρία μονοκλωνικά αντισώματα (fulranumab, fasinumab και tanezumab) δοκιμάζονται επί του παρόντος στην ένδειξη του χρόνιου πόνου. Οι NGF αναστολείς δρουν με κοινό παθοφυσιολογικό μηχανισμό αναλγησίας, που περιλαμβάνει την αναστολή της δέσμησης του NGF στους περιφερικούς νευρικούς υποδοχείς και επομένως την αναστολή της μεταγωγής του ερεθίσματος του πόνου στο ΚΝΣ [4]. Πολλές από τις μελέτες των αναστολέων των NGF έχουν ολοκληρωθεί αναδεικνύοντας σημαντική βελτίωση στον πόνο και τη λειτουργικότητα των ασθενών με OA.

Παραπομπές

1. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, Kraus VB, Lohmander LS, Abbott JH, Bhandari M, Blanco FJ, Espinosa R, Haugen IK, Lin J, Mandl LA, Moilanen E, Nakamura N, Snyder-Mackler L, Trojian T, Underwood M, McAlindon TE. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2019 Jul 3. [Epub ahead of print]
2. Gore M, Sadosky A, Leslie D, Tai KS, Seleznick M. Patterns of therapy switching, augmentation, and discontinuation after initiation of treatment with select medications in patients with osteoarthritis. Clin Ther. 2011;33(12):1914-1931.
3. Zhang W, Ouyang H, Dass CR, Xu J. Current research on pharmacologic and regenerative therapies for osteoarthritis. Bone Res. 2016; 4:15040.
4. Yeh JF, Akinci A, Al Shaker M, et al. Monoclonal antibodies for chronic pain: a practical review of mechanisms and clinical applications. Mol Pain. 2017; 13:1744806917740233.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V: ΕΙΔΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ινομυαλγία: ο αόρατος πόνος

Κρεμαστινού Φανή

Η ινομυαλγία είναι σύνδρομο χρόνιου πόνου με σύνθετη, πολυπαραγοντική και όχι πλήρως γνωστή αιτιοπαθογένεια. Χαρακτηρίζεται από χρόνια εκτεταμένο μυοσκελετικό πόνο, κόπωση και διαταραχές ύπνου.

Αλλά συνήθως συμπτώματα περιλαμβάνουν γνωστική δυσλειτουργία, κεφαλαλγία, παραισθησίες, δυσκαμψία, υπεραλγησία, αλλοδυνία και σημεία ευαισθησίας (tender points).

Μπορεί να συνυπάρχει με διάφορες παθολογικές καταστάσεις όπως το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, η διάμεση κυστίτιδα, ο χρόνιος πνευμονικός πόνος, η ενδομητρίωση, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, το σύνδρομο μετατραυματικού stress, το σύνδρομο ανήσυχων κάτω άκρων, η νόσος της κροταφογοναθικής διαρθρώσεως και το σύνδρομο πρωτοπαθούς δυσμηνόρροιας.

Ο επιπολασμός της ινομυαλγίας στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1% ως 5%, ανάλογα με το δείγμα πληθυσμού και τη μέθοδο.

Προσβάλλει κυρίως γυναίκες (2,5-7 φορές περισσότερο από τους άνδρες). Σπανιότερα προσβάλλει παιδιά και εφήβους. Αν και δεν είναι κακοήθης νόσος αυξάνει τη νοσηρότητα και θνητότητα των πασχόντων.

Τα αρχικά διαγνωστικά κριτήρια έχουν αλλάξει πολλές φορές, γεγονός που δηλώνει ότι υπάρχει δυσκολία στη διάγνωση. Μάλιστα θεωρείται ότι ο μέσος όρος διάγνωσης μπορεί να φτάσει και τα πέντε έτη.

Το 2019 η επιτροπή εμπειρογνομόνων της APTT (ACTION-APS Pain Taxonomy) όρισε τα κάτωθι νέα διαγνωστικά κριτήρια για την ινομυαλγία.

Κεντρικά διαγνωστικά κριτήρια

> 1. MSP (multisite Pain) που ορίζονται ως 6 ή περισσότερες περιοχές πόνου από ένα σύνολο 9 πιθανών περιοχών πόνου (εικόνα).

> 2. Μέτρια ως σοβαρά προβλήματα ύπνου ή κόπωσης.

> 3. Πολλαπλές περιοχές πόνου MSP και κόπωση ή προβλήματα στον ύπνο παρόντα για τουλάχιστον 3 μήνες.

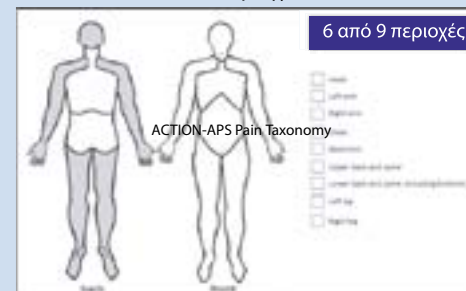
Τα σημεία ευαισθησίας είναι συχνό εύρημα στους πάσχοντες αλλά δεν θεωρούνται πλέον απαραίτητο κλινικό χαρακτηριστικό για τη διάγνωση της ινομυαλγίας.

Ο εργαστηριακός έλεγχος (αιματολογικός ή αιματολογικός) είναι αρνητικός αλλά απαραίτητος για να αποκλείσουμε νόσους με παρόμοια συμπτωματολογία (πχ ρευματοπάθειες).

Η ινομυαλγία θεωρείται κεντρογενές σύνδρομο. Η παθοφυσιολογία της δεν έχει απολύτως διευκρινιστεί. Πάντως θεωρείται ότι τόσο γενετικοί όσο και επιγενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του συνδρόμου.

Η αντιμετώπιση της ινομυαλγίας γίνεται με συνδυασμό μη φαρμακευτικών και φαρμακευτικών θεραπευτικών μεθόδων.

MSP (multisite pain) κριτήριο: ορίζεται ως 6 ή περισσότερες περιοχές πόνου από σύνολο 9 πιθανών περιοχών πόνου



Critical Reviews AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. Lesley M. Arnold et al. The Journal of Pain, Vol 6 (June), 2019: pp611-628

Οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι περιλαμβάνουν φυσικοθεραπεία, ελεγχόμενη άσκηση, τεχνικές χαλάρωσης, shiatsu ή άλλες εναλλακτικές θεραπείες, οξυγονοθεραπεία, υπερβαρικό οξυγόνο, ψυχολογική υποστήριξη καθώς και αλλαγή τρόπου ζωής. Σε περιπτώσεις όμως με έντονη συμπτωματολογία χρειάζεται οπωσδήποτε φαρμακευτική αγωγή με συνδυασμούς φαρμάκων καθώς και εφαρμογή παρεμβατικών τεχνικών (πολυδύναμη αναλγησία).

Γενικά η διαχείριση της ινομυαλγίας απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση και εξατομίκευση.

Αναφορές

1. Srinivasan S, Maloney E, Wright B, Kennedy M, Kallail KJ, Rasker JJ, Häuser W, Wolfe F. The Problematic Nature of Fibromyalgia Diagnosis in the Community. *ACR Open Rheumatol*. 2019 Mar 15;1(1):43-51.
2. Wolfe F, Walitt B, Perrot S, Rasker JJ, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. *PLoS One*. 2018 Sep 13;13(9):e0203755. doi: 10.1371/journal.pone.0203755. eCollection 2018.
3. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy GM, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A, Jones GT. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017 Feb;76(2):318-328.
4. Macfarlane GJ, Barnish MS, Jones GT: Persons with chronic widespread pain experience excess mortality: Longitudinal results from UK Biobank and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 76:1815-1822, 2017
5. Lesley M. Arnold at al. Critical Reviews AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of Pain*, Vol 20, No 6 (June), 2019: pp 611–628
6. Tzadok R, Ablin JN. Current and Emerging Pharmacotherapy for Fibromyalgia. *Pain Res Manag*. 2020. Review.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V: ΕΙΔΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Coeliac disease, gluten sensitivity and peripheral neuropathy

Panagiotis Zis

Gluten-related disorders (GRD) represent a spectrum of diverse clinical entities sharing a common trigger: ingestion of gluten. Most health care workers and the public would be familiar with Coeliac Disease (CD), which is the best recognised GRD. In CD, small bowel enteropathy occurs in genetically susceptible individuals after exposure to the protein gliadin (found in wheat, barley and rye). Classic CD is characterised by gastrointestinal symptoms such as diarrhoea, abdominal bloating and pain, weight loss and evidence of malabsorption. Neurological manifestations of CD include cerebellar ataxia, sensorimotor axonal neuropathy, sensory ganglionopathy, encephalopathy and other less common neurological deficits. Such neurological manifestations are increasingly seen in clinical practice even in the absence of gastrointestinal symptoms. Serological evidence of gluten sensitivity without the presence of enteropathy has previously largely been dismissed by gastroenterologists. In the last few years, however, there has been an improved understanding of gluten sensitivity in the absence of enteropathy, based primarily on the observation that such patients also benefit symptomatically from a gluten free diet (GFD). When it comes to neurological manifestations, we consider as gluten sensitive (GS) patients with positive serology in the form of anti-gliadin IgG and/or IgA (AGA) and/or transglutaminase 6 (TG6) IgG and/or IgA antibodies with or without positivity for transglutaminase 2 (TG2) or endomysial antibodies (EMA).

Gluten neuropathy (GN) is defined as an otherwise idiopathic sporadic large-fiber neuropathy with GS or CD [15]. The commonest types are symmetrical sensorimotor axonal length dependent peripheral neuropathy (about 75% of cases), followed by sensory ganglionopathy, an asymmetric form of pure sensory neuropathy, where the pathology is within the dorsal root ganglia. Involvement of small fibers (Aδ and C fibers) leads to small fibre neuropathy (SFN), which is characteristically painful. Similar to GN, the majority of patients with pure SFN related to GS report a burning sensation in a length-dependent manner (mainly at their soles and palms) however a small proportion of patients present non-length dependent pattern of symptoms suggesting that the predominant pathology lies in the dorsal root ganglia. Though the exact prevalence of gluten-related pure SFN is yet to be confirmed, it is known that more than half of the patients with GN report pain [23], suggesting that small fibres are often involved.

The mean age at diagnosis of GN is 60 years (male to female ratio 3:1). The mean age of symptom onset is 56 years. The most common first manifestation of GN is numbness (36%) followed by tingling sensation (18%). Pain is the first manifestation in one in 8 the patients.

Gluten neuropathy is a slowly progressive condition, which does not lead to a severe disability. The majority of patients can walk independently even years after diagnosis. A minority (10-20%) might need unilateral support, whereas rarely (5-10%) bilateral support is needed. Patients won't be restricted to wheel chair or bed because of GN.

About 25% of the patients have CD and 75% GS. The presence or absence of an enteropathy does not influence the positive effect of a strict GFD. In the largest – to date – cohort of patients with GN, of both the axonal type and sensory ganglionopathy, it has been shown that GFD is protective as it is associated with a significant reduction in peripheral neuropathic pain associated with GN.

GN can cause a significant burden in the overall quality of life (QoL) of patients with GN and, thus, early recognition is important as GFD will have a positive impact.

References

- Hadjivassiliou M, Kandler RH, Chattopadhyay AK, Davies-Jones AG, Jarratt JA, Sanders DS, Sharrack B, Grünewald RA. Dietary treatment of gluten neuropathy. *Muscle Nerve*. 2006 Dec;34(6):762-6.
- Zis P, Rao DG, Sarrigiannis PG, Aeschlimann P, Aeschlimann DP, Sanders D, Grünewald RA, Hadjivassiliou M. Transglutaminase 6 antibodies in gluten neuropathy. *Dig Liver Dis*. 2017 Nov;49(11):1196-1200.
- Zis P, Sarrigiannis PG, Rao DG, Hadjivassiliou M. Quality of Life in Patients with Gluten Neuropathy: A Case-Controlled Study. *Nutrients*. 2018 May 23;10(6). pii: E662. doi: 10.3390/nu10060662.
- Zis P, Sarrigiannis PG, Rao DG, Hadjivassiliou M. Gluten neuropathy: prevalence of neuropathic pain and the role of gluten-free diet. *J Neurol*. 2018 Jul 21. doi: 10.1007/s00415-018-8978-5.
- Zis P, Sarrigiannis PG, Rao DG, Sanders DS, Hadjivassiliou M. Small fiber neuropathy in coeliac disease and gluten sensitivity. *Postgraduate medicine*. 2019 Oct 3;131(7):496-500.
- Zis P, Sarrigiannis P, Artemiadis A, Sanders DS, Hadjivassiliou M. Gluten neuropathy: electrophysiological progression and HLA associations. *J Neurol* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10137-6>

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI: ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΣΕ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Νέες Κατευθύνσεις για την Βελτίωση της Παρηγορικής Φροντίδας Ασθενών με Αυτισμό

Γιώργος Φραντζέσκος

Ενώ το επίπεδο παρηγορικής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο έχει φτάσει σε υψηλό επίπεδο, κάτι αντίστοιχο δεν συμβαίνει με τους αυτιστικούς ασθενείς, παρόλο που οι ασθενείς αυτοί έχουν τις ίδιες ανάγκες, ίσως και περισσότερες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ανάμεσα στους σκοπούς της παρηγορικής φροντίδας είναι και η προσφορά καλύτερης ποιότητας της ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, ανεξάρτητα από την νόσο¹. Οι ανισότητες στην υγεία σε αυτιστικούς ασθενείς επεκτείνονται και στην παρηγορική φροντίδα στο τέλος της ζωής τους. Η πολιτεία πρέπει να διαμορφώνει δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης ισότιμα και για τα άτομα αυτά.

Φάσμα Αυτιστικών Διαταραχών – ΦΑΔ (Autism Spectrum Disorder – ASD)

Ο αυτισμός προέρχεται από την λέξη εαυτισμός (κλεισμένος στον εαυτό του) . Στην περίπτωση του αυτισμού αναφερόμαστε σε “φάσμα”, επειδή υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις. Από τη μια μεριά του φάσματος είναι τα παιδιά που αποκτάνε λόγο περίπου στην ηλικία που πρέπει, με ικανοποιητική νοημοσύνη, αλλά που συμπεριφέρονται ανώριμα συναισθηματικά και κοινωνικά. Στην άλλη πλευρά του φάσματος βρίσκονται τα παιδιά τα οποία έχουν μειωμένη λειτουργικότητα. Συνήθως εμφανίζεται τα 3 πρώτα χρόνια της ζωής, αφορά το 1% του πληθυσμού (Center for Disease Control and Prevention), με σχέση Αγόρια/Κορίτσια 5:1.

Ασθενείς με ΦΑΔ στο τέλος της ζωής

Σαν τέλος της ζωής ορίζεται η πιθανότητα θανάτου εντός ωρών-ημερών (επικείμενος θάνατος) ή των επόμενων 12 μηνών. Οι ασθενείς αυτοί λόγω της ιδιαιτερότητας τους είναι κοινωνικά απομονωμένοι με δυσκολία πρόσβασης στα συστήματα υγείας , έχουν δυσκολία να εκφράσουν συναισθήματα και επιθυμίες για το τέλος. Είναι πιθανό να διαγνωσθούν με καρκίνο καθυστερημένα (φτωχότερη πρόγνωση), αντιμετωπίζουν περισσότερα και πιο σύνθετα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα ενώ και ο μελλοντικός σχεδιασμός μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολος για αυτούς και τις οικογένειες τους. Οι ασθενείς αυτοί απαιτούν πολυπαραγοντική προσέγγιση και καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας την οποία απαρτίζουν γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, φαρμακοποιοί, κοινωνιολόγοι, φυσιοθεραπευτές – εργοθεραπευτές ίσως και ιερείς. Η ομάδα πρέπει να βρίσκεται συχνά και να συζητά πως αισθάνονται τα μέλη της που αντιμετωπίζουν δυσκολία, τι έκαναν καλά αλλά και τι καινούργιο έμαθαν ώστε να εμπλουτίζεται η εμπειρία τους.

Τα συμπτώματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν στο τελικό στάδιο είναι: Πόνος, Δύσπνοια, Ναυτία ή έμετος, Ελαττωμένη όρεξη , Παραλήρημα ή Διέγερση, Κατάθλιψη, Δυσκοιλιότητα, Άγχος.

Λήψη ιστορικού

Η λήψη του είναι δύσκολη αφού το ιατρικό και το λοιπό προσωπικό δεν έχει εμπειρία σε τέτοια περιστατικά. Οι ασθενείς πρέπει να βρίσκονται σε περιβάλλον που νοιώθουν άνετα με τα άτομα που αυτοί επιθυμούν. Απαιτείται χρόνος για να κατανοήσουμε πως επικοινωνεί, να μας εμπιστευθεί, αλλά και να ελέγχουμε συχνά τι κατάλαβε. Η αλλαγή περιβάλλοντος πχ μεταφορά στο νοσοκομείο -ΤΕΠ μπορεί να τους αποδιοργανώνει. Η μεγαλύτερη δυσκολία στην επικοινωνία αφορά στην εντόπιση, στο είδος και στην ένταση του πόνου, αφού στους ασθενείς αυτούς μπορεί να υπάρχουν αισθητικές ανωμαλίες στην επεξεργασία του πόνου και να έχουν υπο- ή υπερευαίσθησία στον πόνο. Όλα τα συνηθισμένα ερεθίσματα σε άτομα με αυτισμό μπορεί να ενισχύσουν τον πόνο ή να έχουν υπερβολικές αντιδράσεις σε ήχους, φώτα ή άλλα ερεθίσματα². Ο πόνος μπορεί να επιτείνεται από προβλήματα του γαστρεντερικού, τον ύπνο, το άγχος κ.α. Επειδή οι ασθενείς με ΦΑΔ έχουν ασυνήθεις τρόπους να εκφράζουν τον πόνο, μπορεί να οδηγήσει στην λανθασμένη εκτίμηση ότι δεν πονούν. Οι ασθενείς αυτοί συχνά υποθεραπεύονται για τον πόνο ή δεν λαμβάνουν καμία θεραπεία³. Οι φροντιστές που γνωρίζουν τον ασθενή πιθανά αναγνωρίζουν τον τρόπο που το άτομο εκφράζει πόνο ή δυσανεξία. Επίσης η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να υποδηλώνει πόνο⁴.

Εργασία για την μέτρηση του πόνου

Επειδή υπάρχει έλλειψη εργαλείων για την εκτίμηση του πόνου σε ΦΑΔ, οι αυτοαναφορές πρέπει να αξιολογούνται πρώτες. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες κλίμακες είναι: The Flacc Pain Scale, Wong-Baker Faces Pain Rating Scale , Non-communicating adult’s και children’s pain checklist και η “Show me where”⁵.

Αντιμετώπιση του πόνου σε ΦΑΔ

Σε γενικές γραμμές ακολουθείται η κλίμακα πόνου της WHO. Όταν πιθανολογούμε πόνο πχ σε ένα ασθενή που αυτοτραυματίζεται, η ομάδα συσκέπτεται για να αποφασίσει, αν η αιτία ήταν ο πόνος ή κάτι άλλο. Αν η ομάδα πιθανολογεί πόνο, ξεκινά δοκιμαστική αναλγητική αγωγή. Αν μετά από αυτό υπάρχει βελτίωση στην συμπεριφορά, τότε πιθανά η αιτία ήταν ο πόνος. Το προσωπικό πρέπει να υποψιάζεται ότι συμπεριφορές που δεν έχουν καθαρή ψυχολογική βάση μπορεί να σημαίνουν την παρουσία πόνου και να είναι ικανό να τις αναγνωρίζει.

Ψυχολογική υποστήριξη

Υποστήριξη τόσο του πάσχοντος όσο και των συνοδών. Πολύτιμη είναι η γνώμη των συνοδών για το πως εκφράζουν τα συναισθήματα φόβου, κατάθλιψης, θυμού. Βοηθά η χρήση του Dis Dat – Disability Distress Assessment Tool⁶

Προετοιμασία του ασθενούς και των οικείων για τα επόμενα στάδια

Γίνεται προσπάθεια να εξηγηθεί η όποια παρέμβαση ακόμη και με εικόνα. Η παρουσία ενός αγαπημένου προσώπου ψυχολογικά βοηθά τον ασθενή. Πρέπει να εξηγηθεί στους οικείους πότε το τέλος πλησιάζει και πως εξελίσσονται τα στάδια (υπνηλία, αδυναμία, αλλαγές της αναπνοής και στο χρώμα του δέρματος).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Academy of Hospice and Palliative Medicine
2. C. S. Allely. The Scientific World Journal Volume 2013, Article ID 916178, 20 pages
3. Ely E. Pain Assessment of Children with Autism Spectrum Disorders. J Dev Behav Pediatr 2016 Jan;37(1):53-61
4. Baldrige H. K. Pain Assessment in People with Intellectual or Developmental Disabilities. AJN : December 2010 Vol. 110, No. 12: 29-35
5. LIVING AND DYING WELL a national action plan for palliative and end of life care in Scotland. Scottish Autism
6. Dis Dat – Disability Distress Assessment Tool

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI: ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΣΕ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Μαυροειδή Δήμητρα

Οι Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελούν μια χρόνια νευροαναπτυξιακή νόσο και ο επιπολασμός στην Ελλάδα υπολογίζεται στο 1,50% . Οι ασθενείς με ΔΑΦ χρειάζονται νοσοκομειακή φροντίδα 4 φορές συχνότερα από τον υπόλοιπο πληθυσμό και παρουσιάζουν 13 φορές μεγαλύτερη ανάγκη για χορήγηση φαρμάκων. Ακόμα, οι ασθενείς με ΔΦΑ, φαίνεται ότι ζουν κατά μέσο όρο 12 έτη λιγότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό, γεγονός που συσχετίζεται εκτός των άλλων και με τη δυσκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης και με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που τους παρέχονται.

Παρ'όλο που υπάρχει μεγάλος όγκος πληροφοριών σχετικά με τις ΔΑΦ, εντούτοις πολύ περιορισμένα δεδομένα υπάρχουν σχετικά με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την επαγρύπνηση που απαιτείται να διαθέτουν οι νοσηλευτές για να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα σε αυτήν την ομάδα ασθενών.

Σκοπός της παρούσας εισήγησης είναι:

I) Να παρουσιαστούν τα ζητήματα εκείνα, τόσο από πλευράς ασθενών με ΔΑΦ, όσο και από πλευράς νοσηλευτών, που αποτελούν φραγμούς στην ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα

II) Να παρουσιαστεί μια τεκμηριωμένη πρόταση για τις τροποποιήσεις που χρειάζεται να γίνουν στην νοσηλευτική πρακτική, καθώς είναι ουσιώδες και αναγκαίο για τους επαγγελματίες υγείας να έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών με ΔΑΦ και των οικογενειών τους προς την κατεύθυνση της καλύτερης έκβασης και της αποτελεσματικής φροντίδας.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI: ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΣΕ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

STRESS ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΚΑΑ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΠΕΤΡΟΣ ΤΖΙΜΑΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Αναισθησιολογίας
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Η διαδικασία λήψης απόφασης αναφορικά με την ιατρική θεραπεία σε συγκεκριμένες περιπτώσεις του τέλους της ζωής ασθενών,, εγείρει ερωτήματα σε σχέση με τις κύριες, διεθνώς αναγνωρισμένες, αρχές ηθικής, ήτοι την αυτονομία, την ωφέλεια, τη μη-βλάβη και τη δικαιοσύνη. Ο σεβασμός στην αυτονομία απορρέει από την αναγνώριση του νόμιμου δικαιώματος και της ικανότητας ενός ατόμου να προβαίνει σε προσωπικές επιλογές. Η κατάσταση τέλους της ζωής καθιστά ιδιαίτερα εύαλωτο τον ασθενή και μπορεί να έχει βαθύτατες συνέπειες στην ικανότητα του να λειτουργήσει αυτόνομα. Η εκτίμηση του βαθμού αυτονομίας των ασθενών και κατά συνέπεια της πραγματικής τους ικανότητας να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης απόφασης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που αφορούν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στο τέλος της ζωής. Οι αρχές της ωφέλειας και της μη βλάβης αναφέρονται στη διπλή υποχρέωση του ιατρού να προσπαθήσει να μεγιστοποιήσει το δυνητικό όφελος και να περιορίσει το δυνατόν περισσότερο τη ζημία που μπορεί να προκύψει από την ιατρική παρέμβαση. Η δυνητική βλάβη μπορεί να είναι όχι μόνο σωματική, αλλά, επίσης, ψυχολογική ή να παίρνει τη μορφή παραβίασης της ιδιωτικότητας του ατόμου. Όταν, σε μια δεδομένη κατάσταση, η θεραπεία, η οποία συζητείται ή εφαρμόζεται, δεν αποδίδει ή δεν αποδίδει πλέον όφελος ή θεωρείται ως σαφώς δυσανάλογη, ο ιατρός μπορεί θεμιτά να αποφασίσει να μην εφαρμόσει ή να διακόψει τη θεραπεία. Και ενώ το θέμα του περιορισμού ή της παύσης μιας θεραπείας, η οποία δεν κομίζει πλέον κανένα όφελος ή έχει γίνει δυσβάστακτη, μπορεί να εγείρεται στις καταστάσεις του τέλους της ζωής, δεν τίθεται θέμα παύσης της παροχής φροντίδας συμπεριλαμβανομένης της ανακουφιστικής αγωγής, η οποία στοχεύει στη διατήρηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η αρχή της δικαιοσύνης διασφαλίζει ότι πως οι πόροι για την υγεία κατανέμονται εξίσου και δίκαια, ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση του ασθενούς χωρίς διακρίσεις με σεβασμό στο δικαίωμα για κάθε ατόμου να απολαμβάνει το σύγχρονο τρέχον πρότυπο φροντίδας.

Στις Ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει μεγάλη μεταβλητότητα στην εφαρμογή των ηθικών πρακτικών. Ο ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας κατοχυρώνει το σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς και προβλέπει την αντιπροσώπευση από τους οικείους στην περίπτωση που ο ασθενής απωλέσει την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων. Επίσης, ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει, ενώ η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δε συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου. Το 2006, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής στην εισήγησή της με θέμα «Τεχνητή παράταση της ζωής», υιοθετεί τις θεμελιώδεις αρχές του «ωφέλειν και του μη βλάπτειν» και υποστηρίζει ότι στον ασθενή τελικού σταδίου «ως αναμφισβήτητο όφελος παραμένει μόνο η ανακούφιση από τους πόνους και την ταλαιπωρία. Αντίθετα, η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών, χωρίς ελπίδα θεραπείας, μπορεί να θεωρηθεί βλάβη». Η Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος συνιστά την αποφυγή χρήσης «επιθετικών μέσων που περισσότερο ταλαιπωρούν και καθόλου δεν θεραπεύουν» και επισημαίνει «το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές, τεχνητή παράταση των φυσικών ορίων της ζωής και διατήρηση μιας κατάστασης επ' αόριστον, με αποτέλεσμα μέχρι και την καταρράκωση της αξιοπρέπειας του ασθενούς».

Δυστυχώς δεν υπάρχουν επαρκή δημοσιευμένα στοιχεία για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων που αφορούν στην Ελληνική πραγματικότητα. Φαίνεται, όμως, πως συχνά οι ασθενείς και η οικογένεια δεν ενημερώνονται για την πρόγνωση της νόσου, υπάρχει έντονη η πεποίθηση ότι οι ασθενείς δεν πρέπει να πεθαίνουν στις κλινικές, αλλά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και υπάρχει παράλληλα εμφανής αδυναμία διαχείρισης του νοσηλευόμενου

ασθενούς που βρίσκεται στο τέλος της ζωής του. Αιτίες αποτελούν η ελλιπής εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού και η άρνηση της ελληνικής κοινωνίας από την οποία προέρχονται οι Ιατροί να συνδιαλλαγεί με ένα φυσιολογικό γεγονός, όπως είναι ο θάνατος. Τα ίδια προβλήματα αναφέρονται και στη διαχείριση του ασθενούς που βρίσκεται στο τέλος της ζωής του και νοσηλεύεται στη ΜΕΘ. Η αδυναμία διαχείρισης του προβλήματος του ασθενούς στο τέλος της ζωής, έχει ως αποτέλεσμα να επικρατεί συχνά το δόγμα «θεραπεία μέχρι το τέλος», οι επιθυμίες του ασθενούς πριν την ασθένεια συνήθως να αγνοούνται, η οικογένεια να μη συμμετέχει, συνήθως, στις αποφάσεις απόσυρσης αγωγής και η οικογένεια ποτέ σχεδόν να μη βρίσκεται δίπλα στον ασθενή που πεθαίνει. Επίσης, η απουσία σαφούς νομικού πλαισίου και κατευθυντήριων οδηγιών από την ελληνική επιστημονική κοινότητα και τις επιστημονικές επιτροπές αφήνει ένα θολό τοπίο, με αποτέλεσμα να επικρατεί ο φόβος της ποινικής δίωξης σε περίπτωση που εφαρμοσθούν οδηγίες μη παροχής ή απόσυρσης θεραπευτικών μέσων. Η μη κλιμάκωση και η απόσυρση της αγωγής και η εντολή για μη αναζωογόνηση συνιστούν ιατρικά δόκιμες, ηθικά αποδεκτές και παγκόσμια διαδεδομένες πρακτικές. Η δημιουργία θέσεων ομοφωνίας από την επιστημονική κοινότητα, η προσπάθεια νομικής κατοχύρωσής τους και εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού κρίνονται επιβεβλημένες.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Οδηγός για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την ιατρική θεραπεία σε καταστάσεις τέλους της ζωής (Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations). Council of Europe, December 2014.
2. Κατσανούλας Κ. Ηθικά διλήμματα, προτελευταίες αποφάσεις και αποκλιμάκωση θεραπείας στη Μ.Ε.Θ. Ελληνικό Περιοδικό Περιεχειρητικής Ιατρικής 2009; 7:54-66.
3. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης Κατευθυντήριες οδηγίες για την Αναζωογόνηση 2015. Κεφάλαιο 11. Η ηθική της αναζωογόνησης και των αποφάσεων στο τέλος της ζωής.
4. Baskett PJ, Lim A. The Varying Ethical Attitudes Towards Resuscitation in Europe. Resuscitation 2004 Sep;62(3):267-73.
5. Νόμος 3418 (ΦΕΚ Α΄ 287/28.11.2005). Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Άρθρα 12, 29.
6. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Εισήγηση σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής. Αθήνα, 2006.
7. Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος. Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής: Βασικές θέσεις επί της ηθικής της ευθανασίας. Αθήνα, 2002.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ

Νέος ορισμός του πόνου: προβληματισμοί

Γεωργία Μίχα

Αναισθησιολόγος, MD, MSc, PhD

Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ- ΓΝ και Μαιευτήριο Αθηνών «Ελενα Βενιζέλου»

Το 1975 η νεοσυσταθείσα Διεθνής Ένωση για την Μελέτη του Πόνου (IASP) ήρθε αντιμέτωπη με την πρόκληση της δημιουργίας ενός ορισμού για τον πόνο, που θα περιελάμβανε της σημαντικές επιστημονικές εξελίξεις στην κατανόηση των μηχανισμών του πόνου και ταυτόχρονα θα έδινε την πραγματική διάσταση του πόνου για τον ασθενή που τον βιώνει και για τον επαγγελματία υγείας που καλείται να τον αντιμετωπίσει. Ο ορισμός που δημιουργήθηκε είναι ότι ο πόνος αποτελεί: «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία σχετιζόμενη με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης». Ο ορισμός αυτός έγινε ευρέως αποδεκτός από την επιστημονική κοινότητα και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Στην πορεία των ετών και με την εξέλιξη της έρευνας γύρω από τον πόνο, τους μηχανισμούς του και τις συνιστώσες του, ασκήθηκε κριτική στον υπάρχοντα ορισμό. Η περιγραφή του ως «δυσάρεστη εμπειρία» φαίνεται ανεπαρκής για να περιγράψει την ποιότητα της επώδυνης εμπειρίας, από τη στιγμή που το ερωτηματολόγιο McGill Pain Questionnaire έχει 3 διαφορετικές κατηγορίες για να περιγράψει ο ασθενής ποιοτικά τον πόνο που βιώνει. Επίσης δεν συμπεριλαμβάνει τις γνωστικές και κοινωνικές παραμέτρους της επώδυνης εμπειρίας που αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την ολιστική αντιμετώπισή της. Κριτική επίσης έχει ασκηθεί στο ότι ο ορισμός στηρίζεται στην αυτό-αναφορά γεγονός που αποκλείει ομάδες όπως τα νεογνά και τα βρέφη αλλά και άτομα με αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας.

Το 2017 η IASP δημιούργησε μια ομάδα που σκοπό είχε την επικαιροποίηση του ορισμού. Τον Αύγουστο του 2019 προτάθηκε από την ομάδα αυτή ένας νέος ορισμός που έμεινε στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τον πόνο προς σχολιασμό με σκοπό την βέλτιστη απόδοσή του. Ο νέος προτεινόμενος ορισμός του πόνου είναι: «Μια αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που προκαλεί αποστροφή και προκαλείται ή προσομοιάζει αυτή που προκαλείται από πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών». Διευκρινίζουν ότι ο πόνος είναι μια υποκειμενική εμπειρία που επηρεάζεται σε άλλοτε άλλο βαθμό από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, ότι η επώδυνη εμπειρία δεν μπορεί να περιοριστεί σε αλγαισθητικές οδούς και αποτελεί μια βιωματική επέκταση της αντίληψης που έχουν για τον πόνο. Επισημαίνουν επίσης ότι πρέπει να γίνεται σεβαστή και αποδεκτή η αναφορά μιας επώδυνης εμπειρίας ενός ατόμου. Αναφέρουν ότι παρόλο που ο πόνος έχει έναν προσαρμοστικό ρόλο παρουσιάζει ανεπιθύμητες επιδράσεις στην λειτουργικότητα, στην κοινωνική και ψυχολογική διάσταση του ατόμου. Τέλος αναφέρουν ότι η λεκτική οδός δεν είναι ο μόνος τρόπος έκφρασης του πόνου και η αδυναμία έκφρασης δεν αναιρεί την πιθανότητα ένα ανθρώπινο ή μη ανθρώπινο ον να βιώνει πόνο.

Βιβλιογραφία

1. Treede R-D. The IASP definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. PAIN Reports 2018:e643
2. <https://www.iasppain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218>

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ

Μέθοδοι αυτοδιαχείρισης του χρόνιου πόνου

Ησαΐα Ελένη-Χριστίνα MSc.MD.

Αναισθησιολόγος, Υπεύθυνη του Ιατρείου Πόνου Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία»

Ο πόνος είναι ένα κοινό σύμπτωμα που συνοδεύει ποικίλες καταστάσεις και παθολογίες, όταν όμως επιμένει γίνεται ο ίδιος ο πόνος νόσος, με τις ανάλογες επιπτώσεις στην λειτουργικότητα, την εργασία, τον ύπνο και την ψυχολογία του ασθενή. Ο πόνος είναι μία δυσάρεστη υποκειμενική εμπειρία με αντικειμενικές όμως συνέπειες στην καθημερινότητα, στην κοινωνική ζωή και την ψυχοσύνθεση του ατόμου.. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη το 19% του ενήλικου πληθυσμού υποφέρει από μιας μορφής χρόνιου πόνου ενώ μόλις ένα μικρό ποσοστό αυτών λαμβάνει την κατάλληλη βοήθεια για το πρόβλημα του.

Ο πόνος όπως έχει οριστεί από το Παγκόσμιο Ινστιτούτο Μελέτης του Πόνου(IASP) είναι η δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με μία πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μια τέτοιας βλάβης. Ωστόσο όταν ο πόνος διαρκεί πέρα της προβλεπόμενης διάρκειας της επουλωτικής διαδικασίας παύει να αποτελεί σύμπτωμα και γίνεται ο ίδιος ο πόνος ένα σημαντικό και επίμονο πρόβλημα για τα άτομα που υποφέρουν από χρόνιο άλγος ανεξάρτητου αιτιολογίας.

Οι άνθρωποι που ταλαιπωρούνται από χρόνιες παθήσεις, σχετιζόμενες με πόνο, αντιμετωπίζουν καθημερινές προκλήσεις στη διαχείριση των συμπτωμάτων τους, την τροποποίηση των ρόλων και των ευθυνών τους και βέβαια την αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων τους ως συνέπεια του πόνου. Ένα από τα πιο δύσκολα θέματα προς επίλυση είναι η αίσθηση του να χάνει ο ασθενής τον έλεγχο της ζωής του. Ο πόνος επηρεάζει τη φυσική υπόσταση του ατόμου αλλά παράλληλα και την ικανότητα του να κάνει σχέδια για το μέλλον, να συμμετέχει σε δραστηριότητες ή να λαμβάνει μέρος σε κοινωνικές πτυχές της ζωής. Βασικός στόχος των παρεμβάσεων αυτοδιαχείρισης του πόνου είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να ανακτήσουν τον έλεγχο σε αυτό που τους συμβαίνει. Να μάθουν να ζουν κατά πώς επιθυμούν και όχι κατά πώς τους υποδεικνύει η συμπτωματολογία τους. Καθώς η πλειοψηφία των ανθρώπων αντιλαμβάνεται τον πόνο σαν ένα οξύ γεγονός, ως μια παροδική κατάσταση η οποία αμβλύνεται σχετικά γρήγορα με την κατάλληλη παρέμβαση, φαρμακευτική αγωγή ή με την πάροδο του χρόνου, καταστάσεις που αφορούν πόνο μη βελτιούμενο σε βάθος χρόνου, γίνονται δύσκολα κατανοητές και συνήθως αναζητούνται ουσιαστικές αποδείξεις για να εξηγηθεί το φαινόμενο ύπαρξης άλγους χωρίς την παρουσία εμφανούς βλάβης. Το γεγονός αυτό από μόνο του πυροδοτεί μια διαδικασία αμφισβήτησης της φύσης, της έντασης ή της πραγματικής παρουσίας πόνου από το περιβάλλον, την οικογένεια και πολλές φορές ακόμα και από τους ίδιους τους υγειονομικούς φορείς καθώς καμία θεραπευτική προσέγγιση δεν φαίνεται να αποδίδει ή να ανακουφίζει τον ασθενή. Η επέκταση της ιατρικής γνώσης πέρα από το δεδομένο βιοϊατρικό μοντέλο της παθολογίας του ιστού, με πληροφορίες που αφορούν τους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται και επηρεάζουν περιφερικές και κεντρικές εκδηλώσεις νευροπλαστικότητας και απάντησης στο αλγείνο ερέθισμα, είναι χρήσιμη για την κατανόηση των βιολογικών υποστρωμάτων που σχετίζονται με συναισθηματικές και γνωστικές συμπεριφορές για την μετάβαση από την αυτορρύθμιση στην απορρύθμιση του οργανισμού σε χρόνια σύνδρομα πόνου.

Η αποδοχή της κατάστασης και η κατανόηση της χρονιότητας και της πολυπλοκότητας του πόνου ως φαινόμενο είναι το πρώτο και το πλέον απαραίτητο βήμα πριν το άτομο να είναι έτοιμο να αντιληφθεί την σημασία της αυτοδιαχείρισης. Οι θεράποντες ιατροί διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης, παρέχοντας συμβουλές, λύνοντας απορίες και ερωτηματικά, αλλά ακόμα βοηθώντας στην αντιμετώπιση των εμποδίων που δύναται να προκύψουν, ενώ σημαντική πρέπει να είναι και η ενθάρρυνση των προσπαθειών αυτοδιαχείρισης των ασθενών τους.

Οι στρατηγικές που διδάσκονται αφορούν την αντιμετώπιση των προκλήσεων που προκύπτουν σε ατομικό επίπεδο, αλλά και στο σύνολο, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και αποτελεσματικότητας του ασθενή σε αυτό που βιώνει.

Ο χρόνιος πόνος ως νόσος απαιτεί καθημερινή αξιολόγηση και διαχείριση από το προσβεβλημένο άτομο. Υπάρχουν ορισμένα μοτίβα πάνω στα οποία βασίζονται οι ειδικοί στην αυτοδιαχείριση, τα οποία καθορίζουν τις προτάσεις και τα καθήκοντα που συνδέονται με μοντέλα αυτοδιαχείρισης για την βελτίωση της ποιότητας ζωής σε χρόνιες παθήσεις και αφορούν:

- Γνωστικές και συμπεριφορικές τεχνικές για την διαχείριση των συμπτωμάτων
- Σωστή εφαρμογή της ιατρικής θεραπείας με την χρήση κατάλληλων φαρμάκων αλλά και την ανάπτυξη μιας συνεργικής σχέσης εμπιστοσύνης με τους παρόχους υγείας
- Επιλογή για εφαρμογή συμπληρωματικών θεραπειών ή χειρουργικών επεμβάσεων όπου χρειάζεται
- Αντιμετώπιση των συναισθηματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων μιας χρόνιας πάθησης
- Διαμόρφωση ή ακόμα και τροποποίηση οικογενειακών, κοινωνικών και εργασιακών ρόλων για την διατήρηση μιας σχετικής ομαλότητας στη ζωή του ασθενή.

Σίγουρα οι προκλήσεις της καθημερινότητας θα είναι διαφορετικές για το κάθε άτομο ενώ ακόμα ενδέχεται να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Η προσαρμοστικότητα στα νέα δεδομένα και η εξατομίκευση της εκπαίδευσης στην αυτοδιαχείριση είναι το κλειδί για ένα πετυχημένο πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης.

Η ικανότητα του ατόμου και του λειτουργού υγείας στο να αξιολογήσει την κατάσταση αλλά και να αναζητήσει τις πηγές και τις δυνάμεις που μπορούν να βοηθήσουν τον ίδιο στην εφαρμογή ενός πλάνου δράσης, είναι προαπαιτούμενα για την έναρξη ενός προγράμματος αυτοδιαχείρισης. Ο καθορισμός της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι σημαντικός καθώς θα πρέπει να σταθμιστούν παράγοντες όπως θέληση για εκπαίδευση και εξάσκηση δεξιοτήτων, παρατηρητικότητα, ενδυνάμωση, ενθάρρυνση, επεξεργασία συναισθημάτων, επικοινωνία, ανατροφοδότηση, υποστήριξη και αρκετά ακόμη. Σκοπός είναι η βελτίωση της εμπιστοσύνης στον εαυτό με σκοπό να πετύχουμε την βέλτιστη λειτουργικότητα, αποδοχή των περιορισμών που προκύπτουν καθώς και την υιοθέτηση θετικότερων τρόπων σκέψης, έκφρασης και συμπεριφοράς.

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα με παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης σε περιστατικά χρόνιου πόνου καθώς και αποδείξεις που αναφέρουν το όφελος των τεχνικών αυτοδιαχείρισης για τη βελτίωση του πόνου, της ψυχικής ισορροπίας και της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την συνολική υγεία του άσχοντα. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι οι περισσότερες μέθοδοι μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής τρεις μεγάλες κατηγορίες:

1. Το Stanford model of chronic disease self-management που παρέχει τεχνικές και εργαλεία για ενίσχυση της γνώσης και των δεξιοτήτων στην διαχείριση του χρόνιου πόνου όπως επίσης των κοινωνικών, φυσικών και συναισθηματικών του συνεπειών.
 2. Γνωσιακή -συμπεριφορική θεραπεία που χρησιμοποιεί στρατηγικές για να βοηθήσει στον εντοπισμό των σχέσεων μεταξύ των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών και να ενθαρρύνει τις θετικές συμπεριφορές
 3. Αποδοχή της κατάστασης και δέσμευση στη θεραπεία με έμφαση στην αλλαγή συμπεριφορών που υποκινούνται από το φόβο του άλγους, είναι μέθοδοι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε άτομα που επιθυμούν να αναλάβουν εκ νέου τον έλεγχο στη ζωή τους παρά τον πόνο που αντιμετωπίζουν
- Τα άτομα με χρόνιο πόνο ζουν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους εκτός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, βρίσκονται στο σπίτι με τις οικογένειές τους. Σε αυτό το πλαίσιο καλούνται να διαχειριστούν τις συνέπειες της κατάστασης του πόνου τους στη ζωή τους κάθε μέρα. Χωρίς τις σωστές πληροφορίες, την εκπαίδευση και την καθοδήγηση το μονοπάτι της αυτοδιαχείρισης είναι δύσκολο και απογοητευτικό. Μέσα από προγράμματα όπως το Health coaching, οι λειτουργοί υγείας μπορούν να παρέχουν τεκμηριωμένες γνώσεις και να διαμορφώσουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για τον άρρωστο, που προωθεί υγιείς και θετικές συμπεριφορές απέναντι στο πρόβλημα, ενισχύει την απόκτηση δεξιοτήτων αυτό- διαχείρισης και θεμελιώνει την απόφαση για ανάληψη δράσης με σκοπό την αλλαγή. Η διαδικασία μπορεί να ξεκινήσει με απλά βήματα όπως υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, διακοπή καπνίσματος, τακτική άσκηση, μεταβολές στις συνήθειες ύπνου, διαχείριση του στρες, σωστές διατροφικές επιλογές και να προσαρμοστεί εξατομικευμένα λαμβάνοντας υπόψη τις επιθυμίες και τις ανάγκες του ασθενή.

Η δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων υγείας που μπορούν να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν τις διαδικασίες

μετάβασης από την οξεία φάση στον χρόνιο πόνο και αντίστοιχα να βοηθήσουν για την θεραπεία του, αποτελεί σημαντική στρατηγική παρέμβασης στο πρόβλημα, όπως επίσης και προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών σε σχέση με την νόσο τους με σκοπό την ενδυνάμωση και υποστήριξη τους. Σε κάθε περίπτωση η ανακούφιση από τον πόνο αλλά και από τα συμπτώματα που προκύπτουν από μια νόσο είναι κάτι που αποτελεί δικαίωμα του αρρώστου και οφείλουμε να το παρέχουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο έτσι ώστε ο ίδιος να συνεχίσει να ζει καλά, να μάχεται με αξιοπρέπεια, να διεκδικεί το αύριο, να πιστεύει στη θεραπεία και να ελπίζει για την ίαση.

1. Living a healthy life with chronic pain. LeFort SM et al: Bull Publishing; 2015.
2. Patient self-management of chronic disease in primary care. Lorig KR, Bodenheimer T, Holman H et al. JAMA 2002; 288: 2469-2475
3. The pain course: an RCT comparing a remote-delivered chronic pain management program when provided online and workbook formats. Dear BF et al PAIN 2017;158(7):1289-1301.
4. Health Coaching for Patients With Chronic Illness. Heather D. Bennett, MD, et al FAMILY PRACTICE MANAGEMENT | www.aafp.org/fpm | September/October 2010
5. Health coaching interventions for persons with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis protocol . Boehmer et al. Systematic Reviews (2016) 5:146

ΔΙΑΛΕΞΗ

Regional anaesthesia and hygiene

Th. Volk

The true incidence of infectious complications related to regional anaesthesia and analgesia is not known but like any invasive procedure it has the potential for severe sequelae. We believe that the overall incidence of infectious complications for single shot block is rare and increases with invasiveness. Registry analysis indicate that catheter related infection rates are in the order of 3-4% and typically become apparent after day 4¹. Infection rates increase with BMI in peripheral catheters² and diabetes³. A single shot antibiotic may be protective⁴.

Basic hygienic standards (removal of jewellery, accurate hand disinfection, clean environment) are to be applied. A face mask to cover nose and mouth, a surgical hair cap and sterile gloves are essential parts of any block. For catheter placements a sterile gown with long arms is recommended and also a sterile cover for the ultrasound probe (including the cable when catheters are placed). Skin disinfectant should be alcohol-based and contain a remanent ingredient (chlorhexidine or octenidine). Catheter tunneling may be protective when thoracic epidural catheters are used⁵. When patient related factors (diabetes, obesity, immune suppression) and procedural factors (intended catheter use > 4 days, catheter site) are carefully weighed, an antibiotic prophylaxis may be taken into consideration.

¹Bomberg et al. Anesthesiology 2018 Apr;128(4):764-773.

²Bomberg et al. Acta Anaesthesiol Scand. 2015 Sep;59(8):1038-48.

³ Bomberg et al. Reg Anesth Pain Med 2015 Jan-Feb;40(1):16-21.

⁴ Bomberg et al. Anesthesiology 2016 Sep;125(3):505-15

⁵ Bomberg et al. Br J Anaesth. 2016 Apr;116(4):546-53.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Regional anesthesia and outcome

Th. Volk

Typically those who perform regional anesthesia are convinced that it impacts outcome. There is no doubt, that regional anesthesia is the most effective measure to avoid immediate postoperative pain. In the last years the term “outcome” has undergone extensive review to be clarified in the context of anesthesiology¹. Moreover, the opioid crisis has pushed to a more comprehensive view rather than a numerical pain scale alone without context. The classical view of measuring postoperative complications (including failure to rescue or death) will in the future be extended by broader scores including quality of recovery (e.g. QoR-15), Postoperative Morbidity survey (POMS)² or the Clavien-Dindo Scale³. As these scores do not cover the early phase after discharge the days alive and at home up to 30 days after surgery (DAH30), EuroQol 5 Dimension and the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS) have been validated^{4,5}. Trials to now demonstrate meaningful outcomes beyond early effects and attributable to regional anesthesia are underway. As an example QoR-15 was used as a primary outcome measure in a trial where erector spinae plane block was nicely shown to be superior to serratus anterior plane block for minimally invasive thoracic surgery⁶. However, for the time being, “classical” outcome parameters affected by regional anesthesia are strong in vascular surgery (shunt patency, myocardial infarction, nerve injury and all cause mortality). In orthopedic surgery best available evidence⁷ favours neuraxial anesthesia supported by large registries in UK⁸ and USA^{9,10}. Independent from the type of surgery there are strong signals that avoiding regional anesthesia is associated with an increased risk for respiratory complications.

¹Myles PS et al. Br J Anesth, 120: 705e711, 2018.

²Grocott MO et al. J Clin Epidemiol 60:919-28, 2007.

³Dindo D et al. Ann Surg. 240:205-13, 2004.

⁴Jerath A et al. Anesthesiology 131:84–93, 2019.

⁵Shulman MA et al. Anesthesiology. 122:524-36, 2015.

⁶Finnerty DT et al. Br J Anaesth. 2020 Jul 10.

⁷Memtsoudis S et al. Br J Anaesth. 123: 269-287, 2019

⁸Lenguerrant E et al. Lancet Infect Dis. 19:807-808, 2019

⁹Wilson JM et al. Clin Orthop Relat Res. 478:80-8, 2020.

¹⁰Wilson JM et al. J Arthroplast 34:1417-1422, 2019.

ΒΗΜΑ ΝΕΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ PATIENT NEUROTOXICITY QUESTIONNAIRE (PNQ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

Τσολερίδης Θεόφιλος, MD, PgD(c), MA, MSc, PhD(c)

Επιμελητής 'Α Αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου, Ρόδος

Σκοπός: Η CIPN χαρακτηρίζεται από έλλειψη πρόληψης και θεραπείας όπως και δυσχέρεια διαχείρισης, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση της νόσου επιφέροντας συνέπειες στην καθημερινή ζωή των ασθενών και στη θεραπεία τους. Έπειτα από τη γλωσσική προσαρμογή στα Ελληνικά του PNQ, ακολούθησε η εφαρμογή του σε ασθενείς στον Ελλαδικό χώρο με σκοπό τη διαπίστωση της χρησιμότητάς του ως διαγνωστικό εργαλείο, καθώς και τον έλεγχο πλήρωσης των απαραίτητων χαρακτηριστικών που οφείλει να έχει ένα τέτοιο διαγνωστικό εργαλείο.

Υλικό & Μέθοδος: Επιλέχθηκαν 100 ασθενείς, ανεξαρτήτως φύλου, κάτω των 80 ετών, ανεξαρτήτως νόσου που θα υποβάλλονταν για πρώτη φορά σε χημειοθεραπεία, ανεξαρτήτως κοινωνικού και εκπαιδευτικού υπόβαθρου. Η CIPN εκτιμήθηκε με βάση τη σύγκριση του PNQ το οποίο συμπληρώθηκε από τους ασθενείς και του «ιατροκεντρικού» ερωτηματολογίου NCI-CTCAE το οποίο συμπληρώθηκε από τον επιβλέποντα ιατρό. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά την έναρξη της χημειοθεραπείας και έπειτα από τον 2ο, 4ο και 6ο κύκλο της χημειοθεραπείας και ακολούθησε συγκριτική και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων χαρακτηρίζοντάς το απλό, κατανοητό και καθόλου χρονοβόρο. Η σύγκρισή του PNQ με το NCI-CTCAE το επιβεβαίωσε ως πιο ευαίσθητο διαγνωστικό εργαλείο για την ανάδειξη της CIPN. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων επιβεβαίωσε τα απαραίτητα χαρακτηριστικά τα οποία οφείλει να έχει ένα ερωτηματολόγιο (ευελιξία, συσχέτιση, εγκυρότητα, ανταποκρισιμότητα, ευαισθησία, αξιοπιστία και ακρίβεια).

Με τη γλωσσική στάθμιση του PNQ στα ελληνικά, προστίθεται ένα δυνατό διαγνωστικό εργαλείο στη φαρέτρα του κλινικού ιατρού και καθίσταται δυνατή η κατάστρωση στρατηγικών για την αντιμετώπιση του τεράστιου αλγολογικού προβλήματος της CIPN.

Βιβλιογραφία:

1. F.H.Hausheer, R.L.Schilsky, S.Bain, et al.Diagnosis, management, and evaluation of chemotherapy induced peripheral neuropathy. Semin.Oncol.2006 Feb;33(1):15-49.
- 2) P.H. Hilken, M.J. van den Bent, Chemotherapy-induced peripheral neuropathy J Peripher Nerv Syst, 2 (1997), pp. 350-361.
- 3) V.T. DeVita Jr, S. Hellman, S.A. Rosenberg (Eds.) ((ed 7)), Cancer: Principles and Practice of Oncology, vol 2,Lippincott, Philadelphia, PA (2005), pp. 2603-2607
- 4) U.K.Misra, J.Kalita, P.P.Nair. Diagnostic Approach To Peripheral Neuropathy Ann Indian Acad Neurol 2008 Apr-Jun; 11(2): 89-97
- 5) P.Zis, P.G.Sarigiannis, D.G.Rao, C.Hewamadumma, M.Hadjivassiliou. Chronic idiopathic axonal polyneuropathy: a systematic review J Neurol (2016) 263: 1903-1910
- 6) P.Zis, A.Paladini, A.Piroli, P.C.McHugh, G.Varrassi, M.Hadjivassiliou. Pain as a First Manifestation of Paraneoplastic Neuropathies: A Systematic Review and Meta-Analysis Pain Ther (2017) 6:143-151
- 7) C.Acquadro, K.Conway, C.Giroudet, et al. Linguistic validation manual for patientreported outcomes (PRO) instruments. Lyon: Mapi Research Institute;2004.p.15-7
- 8) R.V.Seventer, C.Vos, W.Meerdering, et al. Linguistic validation of the DN4 for use in international studies. Eur Jour Pain 14 (2010) 58-63
- 9) Kurihara M, Shimizu H, Tsuboi K, et al. Development of quality of life questionnaire in Japan: quality of life assessment of cancer patients receiving chemotherapy. Psychooncology 8:355–363
- 10) Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 85:365–376.

ΒΗΜΑ ΝΕΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ

Σύγχρονες παρεμβατικές (μη χειρουργικές) τεχνικές για τη διαχείριση της οσφυαλγίας

Ρεκατσίνα Μαρτίνα

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ο επιπολασμός της οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής των ενηλίκων εκτιμάται να είναι 60-70% στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες (1). Οι συχνότερες αιτιολογίες περιλαμβάνουν το μυοπεριτοναϊκό πόνο, τον πόνο που προέρχεται από τη δυσλειτουργία των ζυγοαποφυσιακών ή των ιερολαγόνιων αρθρώσεων, το δισκογενή πόνο (δισκοκήλη, εκφυλισμός δίσκου), τη σπονδυλική στένωση, την αποτυχημένη χειρουργική επέμβαση στη μέση (FBSS), την οστεοαρθρίτιδα, το τραύμα, την παραμόρφωση (σκολίωση, κύφωση) και τα συμπίεστικά κατάγματα (οστεοπόρωση)(2). Λιγότερο συχνά αίτια αποτελούν η οστεομυελίτιδα, οι όγκοι, η ινομυαλγία καθώς και αυτοάνοσα σύνδρομα (πχ αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα). Το ιστορικό του ασθενούς, η φυσική εξέταση και οι διαγνωστικοί έλεγχοι είναι σημαντικά στοιχεία για την ακριβή διάγνωση και ταυτοποίηση της παθοφυσιολογίας του ασθενούς (2).

Μετά από την εντόπιση της αιτίας του πόνου, ακολουθώντας τους κατάλληλους αλγόριθμους, οι παρεμβάσεις είναι οι ακόλουθες:

1. Παρέμβαση στις οσφυϊκές ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις (lumbar facet joints): Οι ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις της οσφυϊκής χώρας νευρώνονται από τους μεσαίους κλάδους (medial branches) του οπίσθιου πρωτεύοντος κλάδου (dorsal rami). Ο πόνος που προκύπτει από αυτές τις αρθρώσεις αντιμετωπίζεται με medial branch blocks και εφαρμογή ραδιοσυχνότητας, καθώς και με ενδοαρθρικές ενέσεις στεροειδών. Οι τελευταίες έδειξαν περιορισμένα ή ακόμα και αρνητικά αποτελέσματα σε τυχαιοποιημένες μελέτες και δε συνιστώνται. Εφόσον τα διαγνωστικά μπλοκ των medial branches προσφέρουν σημαντική ανακούφιση το επόμενο στάδιο είναι η εφαρμογή ραδιοσυχνότητας (συνήθως 80°C για 60 δευτερόλεπτα) με σκοπό πιο μακροχρόνιο όφελος (διάρκειας 6-12 μήνες ή και περισσότερο). Οι επιπλοκές της τεχνικής είναι σπάνιες και περιορίζονται κυρίως σε πόνο/οίδημα στη θέση εισαγωγής της βελόνας και προσωρινή έξαρση του πόνου (2).

2. Παρέμβαση στις νωτιαίες ρίζες: Για την αντιμετώπιση του ριζτικού πόνου εφαρμόζονται διαγνωστικοί αποκλεισμοί στο νωτιαίο γάγγλιο και επι επιτυχούς αναλγησίας εφαρμόζεται στη συνέχεια παλμική ραδιοσυχνότητα (pulsed radiofrequency- PRF), δηλαδή την εφαρμογή ρεύματος υψηλής τάσης σε μικρές δόσεις. Η παραγόμενη θερμοκρασία διαχέεται στο πεδίο, μεταξύ των παλμών, παράγοντας ένα ισχυρό ηλεκτρομαγνητικό πεδίο το οποίο μπορεί να διακόψει τη μεταβίβαση σήματος και να εμποδίσει τη γέννηση δυναμικών ενέργειας και έκτοπης νευρικής δραστηριότητας(3). Η εφαρμογή PRF (42°C για 4 λεπτά) στα νωτιαία γάγγλια αποδείχτηκε πιο αποτελεσματική -για περισσότερους από τρεις μήνες- σε σχέση με τη διατηρηματική έγχυση στεροειδών (3, 4, 5).

3. Παρέμβαση στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις (sacroiliac joints): Οι αρθρώσεις αυτές αποτελούν σημαντική πηγή πόνου σε ασθενείς με σπονδυλοαρθροπάθειες, καθώς και με προχωρημένη ηλικία ή μετά από οσφυϊκή σπονδυλοδεσία (2). Η νέυρωση προέρχεται από τον κοιλιακό κλάδο των Ο4 και Ο5 ραχιαίων νεύρων, από το άνω γλουτιαίο νεύρο καθώς και από τους οπίσθιους κλάδους των Ο5-12. Σημαντικό είναι πως η νέυρωση μπορεί να ποικίλει ανάμεσα στους ασθενείς προσδίδοντας διαφορετικά μοτίβα αναφερόμενου πόνου(6). Η εφαρμογή ραδιοσυχνότητας μετά από επιτυχημένους διαγνωστικούς αποκλεισμούς προσφέρει και σε αυτή την περίπτωση μακροχρόνια αναλγησία για περίπου 3-6 μήνες, με σημαντικά βελτιωμένη λειτουργικότητα (2).

4. Παρέμβαση στο μεσοσπονδύλιο δίσκο: Α)Πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (Platelet-Rich Plasma- PRP): Όταν η κλινική εξέταση, η μαγνητική τομογραφία και η παρεμβατική δισκογραφία (provocative discography) συνηγορούν υπέρ δισκογενούς πόνου μπορεί να χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά έγχυση πλάσματος πλούσιου σε αιμοπετάλια. Η διαδικασία λαμβάνει χώρα υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση, όπου 1,5-2ml PRP εγχύονται στον πυρήνα του δίσκου. Τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά και η αναλγησία φτάνει μέχρι και το ένα έτος(7). Β) Θεραπεία με βλαστοκύτταρα: Προκαταρκτικά αποτελέσματα από ζωικά μοντέλα και κλινικές δοκιμές δείχνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα εμφύτευσης μεσεγχυματικών κυττάρων ως πιθανή θεραπεία για την αναγέννηση του μεσοσπονδύλιου δίσκου και την αποκατάσταση της εξωκυτταρικής ουσίας (extracellular matrix), προσδίδοντας ανακούφιση από τον πόνο (8).

5. Παρέμβαση για τη σπονδυλική στένωση: Οι ιεροκοκκυγικές επισκληρίδιες εγχύσεις (caudal epidural) στεροειδούς

παρέχουν σημαντική, αν και προσωρινή (<3 μηνών), αναλγησία με τα καλύτερα υποστηρικτικά τεκμήρια σε κλινικές δοκιμές ασθενών με χωλότητα εξαιτίας σπονδυλικής στένωσης (2).

6. Παρέμβαση για τον ουλώδη ιστό του επισκληριδίου χώρου: Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις οι ασθενείς επωφελούνται σημαντικά από την τεχνική Racz (Νευροπλαστική - Συμφυσιόληση με καθετήρα Racz), ιδιαίτερα όταν υπάρχουν ενδείξεις ουλώδους ιστού (επισκληρίδιας ίνωσης), πχ μετά από FBSS ή μετά από πεταλεκτομή (9).

7. Εμφύτευση νευροδιεγέρτη -Spinal cord stimulation: Σε πόνο που δεν ανταποκρίνεται σε καμία από τις προαναφερθείσες τεχνικές, μπορεί να εφαρμοστεί μόνιμη νευροδιέγερση μέσω επισκληρίδιων ηλεκτροδίων στα επίπεδα της σπονδυλικής στήλης που σχετίζονται με τον πόνο. Τα αποτελέσματα είναι αρκετά ικανοποιητικά, καθώς προσδίδουν σε 50-60% των ασθενών ανακούφιση >50%, όμως υπάρχει αρκετά υψηλό ποσοστό επιπλοκών (2, 10).

Βιβλιογραφία

1. https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/Ch6_24LBP.pdf?ua=1#:~:text=The%20lifetime%20prevalence%20of%20non,incidence%20%25%20per%20year.
2. Urits, I., Burshtein, A., Sharma, M. et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Curr Pain Headache Rep 23, 23 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0757-1>
3. Boxem, Koen & Huntoon, Marc & Fipp, Jan & Patijn, Jacob & Kleef, Maarten & Joosten, Elbert. (2014). Pulsed Radiofrequency: A Review of the Basic Science as Applied to the Pathophysiology of Radicular Pain A Call for Clinical Translation. Regional anesthesia and pain medicine. 39. 149-159. 10.1097/AAP.000000000000063\
4. Khalifa OY, Saadalla AE. Steroids versus pulsed radiofrequency in treatment of radicular pain due to lumbar disc prolapse: a randomized clinical trial. Res Opin Anesth Intensive Care [serial online] 2017 [cited 2020 Aug 13];4:184-7. Available from: <http://www.roaic.eg.net/text.asp?2017/4/4/184/216451>
5. Kwak SG, Lee DG, Chang MC. Effectiveness of pulsed radiofrequency treatment on cervical radicular pain: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018;97(31):e11761. doi:10.1097/MD.00000000000011761
6. Wong M, Sinkler MA, Kiel J. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Sacroiliac Joint. [Updated 2020 Apr 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-.
7. Urits, I., Viswanath, O., Galasso, A.C. et al. Platelet-Rich Plasma for the Treatment of Low Back Pain: a Comprehensive Review. Curr Pain Headache Rep 23, 52 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0797-6>
8. Urits, I., Capuco, A., Sharma, M. et al. Stem Cell Therapies for Treatment of Discogenic Low Back Pain: a Comprehensive Review. Curr Pain Headache Rep 23, 65 (2019)
9. Gabor B. Racz, James E. Heavner, Jeffrey P. Smith, Carl E. Noe, Adnan Al-Kaisy, Tomikichi Matsumoto, Sang Chul Lee and Laszlo Nagy Epidural Lysis of Adhesions and Percutaneous Neuroplasty at Racz, G., & Noe, C. E. (Eds.). (2014). Pain and Treatment
10. Odonkor CA, Orman S, Orhurhu V, Stone ME, Ahmed S. Spinal Cord Stimulation vs Conventional Therapies for the Treatment of Chronic Low Back and Leg Pain: A Systematic Review of Health Care Resource Utilization and Outcomes in the Last Decade. Pain Med. 2019;20(12):2479-2494. doi:10.1093/pm/pnz185

ΒΗΜΑ ΝΕΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ

Ο πόνος στην πλάγια αμυοτροφική σκλήρυνση

Γεωργιτισσιαννάκος Πέτρος

Εισαγωγή

Η πλάγια αμυοτροφική σκλήρυνση (amyotrophic lateral sclerosis-ALS) είναι μια σπάνια νευροεκφυλιστική νόσος με θανατηφόρο έκβαση, μετά από 2-4 χρόνια από την εμφάνισή της.¹ Η εκφύλιση του νευρικού συστήματος περιλαμβάνει τον ανώτερο και κατώτερο κινητικό νευρώνα με εμφάνιση κυρίως στον προμήκη και στον νωτιαίο μυελό, προκαλώντας σταδιακή αδυναμία των άκρων, δυσφαγία, δυσαρθρία και αναπνευστική ανεπάρκεια. Η εκφύλιση των κινητικών νευρώνων είναι η επικρατέστερη αιτία αναπηρίας καθόλη την πορεία της νόσου και τελικά η αιτία θανάτου στους ασθενείς με ALS. Οι αισθητικές δομές του κεντρικού νευρικού συστήματος συνήθως δεν επηρεάζονται, παρόλ αυτά, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν το αντίθετο σε νευροπαθολογικό^{2,3}, απεικονιστικό^{4,5}, και κλινικό επίπεδο^{3,6,7} όπως και σε πειραματικό επίπεδο σε ποντίκια^{8,9}.

Ο πόνος σαν σύμπτωμα ήταν πολύ παραμελλόμενος μέχρι και πριν από 10 χρόνια¹⁰. Αυτό οφειλόταν στην παρανόηση ότι η ALS είναι μια αμιγώς κινητική νόσος, έτσι οι ιατροί δεν ρωτούσαν τους ασθενείς για τον πόνο^{10,11}, καθώς ούτε για αλλά μη κινητικά συμπτώματα. Την τελευταία δεκαετία όμως διαπιστώθηκε η μεγάλη ποικιλία των συμπτωμάτων αναμεσα στους ασθενείς με ALS ενώ πολλές έρευνες εστιάστηκαν στον πόνο¹¹⁻¹⁶, επιβεβαιώνοντας τις προηγούμενες παρατηρήσεις¹⁷⁻¹⁹.

Επιδημιολογία του πόνου στην ALS

Υπάρχουν λίγες συστηματικές μελέτες για τον πόνο στους ασθενείς με ALS. Η αναφερθείσα συχνότητα ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό, από 15%^{18,23,24} έως 85%^{12,15,22,25-28}

Η αξιολόγηση του πόνου στην κλινική πράξη

Παρά την υψηλή συχνότητα του πόνου της ALS και την αρνητική επίδρασή της στην ποιότητα ζωής των ασθενών, τόσο η Αμερικάνικη νευρολογική εταιρία²⁰ όσο και οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές για την κλινική διαχείριση της ALS²¹, αναφέρουν τη θεραπεία της, αλλά δεν προτείνουν προληπτική εξέταση αυτού του συμπτώματος κατά τη διάρκεια της νόσου.

Οι μελέτες που αξιολόγησαν τον πόνο σε ασθενείς με ALS, χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο για την καταγραφή σύντομου πόνου (Brief Pain Inventory questionnaire)^{12,15,22,25,27}, ένα εργαλείο αυτοαναφοράς που μετρά τον τρέχοντα πόνο και την ένταση του κατά την προηγούμενη εβδομάδα καθώς και την επίδρασή του στη σωματική, εργασιακή και κοινωνική δραστηριότητα, στη διάθεση και στον ύπνο. Περαιτέρω εργαλεία, όπως η κλίμακα του νευροπαθητικού πόνου (the Neuropathic Pain Scale), το σύντομο ερωτηματολόγιο McGill Pain, το ευρετήριο των συμπτωμάτων του νευροπαθητικού πόνου, το ερωτηματολόγιο διαγνωστικού ελέγχου του νευροπαθητικού πόνου και άλλα ερωτηματολόγια, έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες^{23,26}.

Τύποι πόνου

Οι πρωτοπαθείς αιτίες του πόνου στην ALS περιλαμβάνουν πόνο με νευροπαθητικά χαρακτηριστικά όπως αυθόρμητο, τύπου καψίματος, και προκλητό όπως αλλοδυνία, υπεραλγησία, και παραισθησίες. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να επηρεάσουν τα περιφερικά άκρα, μπορεί να είναι εστιακά ή διάχυτα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα μιας κλινικής μελέτης²², σχετικά με τον νευροπαθητικό πόνο σε ασθενείς με ALS δεν παρείχαν αρκετά στοιχεία για αυτόν τον τύπο του πόνου. Στην μελέτη, στην ομάδα ελέγχου, κανένας ασθενής δεν είχε στοιχεία νευροπαθητικού πόνου στο Pain Detect Questionnaire. Οι 33 (79%) από τους 42 ασθενείς με ALS είχαν μια βαθμολογία λιγότερο από 12 στα 38, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο πόνος τους ήταν αλγαισθητικής φύσης²².

Η σπαστικότητα και οι κράμπες είναι επίσης κοινές αιτίες πόνου σε ασθενείς με ALS. Οι τελευταίες παρουσιάζονται στο ένα τέταρτο των ασθενών³⁸. Οι κράμπες προέρχονται από την αστάθεια των κινητικών μονάδων στο επίπεδο των περιφερικών κινητικών νευρώνων, όπως φαίνεται με τις ηλεκτρομυογραφικές μελέτες και συνδέονται συνήθως με την

μυϊκή απονεύρωση²⁹.

Η φαγούρα αναφέρθηκε μεταξύ των μη κινητικών συμπτωμάτων σε περίπου 35% των ασθενών με ALS²², αλλά η μελέτη δεν παρείχε στοιχεία σχετικά με την χρήση οπιοειδών, η οποία χρησιμοποιήθηκε στο 29% των ασθενών, καθιστώντας την συσχέτισή της με την ALS ασαφή. Εκτός από την εμφάνιση σε ένα ευρύ φάσμα συστηματικών, δερματολογικών και νευρολογικών ασθενειών^{30,31}, ο κνησμός μπορεί να είναι παρενέργεια φαρμάκων όπως οπιοειδή και χλωροκίνη²².

Οι δευτερογενείς αιτίες αλγαισθητικού πόνου της ALS παρουσιάζονται καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, όπου η ατροφία, η αδυναμία των μυών και η παρατεταμένη ακινησία προκαλούν εκφυλιστικές μεταβολές στον συνδετικό ιστό, τα οστά και τις αρθρώσεις που προκαλούν στον μυοσκελετικό πόνο. Ο πόνος στις αρθρώσεις είναι συχνός και οι ασθενείς τον αναφέρουν συχνά στον ώμο, ως αποτέλεσμα της απώλειας ισχύος του περιομοπλατιαίου μυός³³.

Η πίεση του δέρματος μπορεί να προκαλέσει έλκη, ενώ μερικοί ασθενείς παραπονιούνται επίσης για διάχυτο και ανεξήγητο πόνο, κυρίως στην τελευταία φάση της νόσου.

Ο μη επεμβατικός αερισμός είναι μια άλλη αιτία δευτερογενούς πόνου ή δυσφορίας, λόγω της επαφής με τη μάσκα. Οι δερματικές αλλοιώσεις, ιδιαίτερα τα έλκη ρινός, είναι επίπονες επιπλοκές και κοινοί λόγοι για την αποτυχία του μη επεμβατικού αερισμού.

Σε μία μελέτη 37 ασθενών με ALS σε επεμβατικό αερισμό³⁴, πάνω από το 80% των ασθενών ανέφεραν πόνο ως αποτέλεσμα της παραμονής της τραχειοστομίας στην ίδια φυσική θέση, για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Το 70% δήλωσε ότι η τραχειοστομία προκαλούσε πίεση η τράβηγμα στον λαιμό και έντονο πόνο, ενώ το 50% ανέφερε ότι η εμπειρία του πόνου σχετιζόταν και με την αναρρόφηση του σάλιου ή του φλέγματος.

Επιπλέον, μια μελέτη ασθενών με ALS³⁵ παρουσίασε ότι παρόλο που ο μηχανικός αερισμός διορθώνει τον υποαερισμό και ανακουφίζει από τη δύσπνοια, μπορεί να αυξήσει την ευαισθησία στον πόνο. Η δύσπνοια ενεργοποιεί τον ανασταλτικό έλεγχο του πόνου, όπως αποδεικνύεται από την ανασταλτική επίδρασή της σε επώδυνα ερεθίσματα³⁶ και το αντανάκλαστικό RIII³⁷.

Η πρόοδος του πόνου κατά την πορείας της νόσου.

Τα αποτελέσματα των μελετών^{12,13,16,19} έχουν δείξει ότι ο πόνος είναι πιο συχνός στα προχωρημένα στάδια της νόσου και δείχνουν μια συσχέτιση με την εξέλιξη της λειτουργικής βλάβης. Άλλες μελέτες^{17,22} δεν ανέφεραν διαφορά στη συχνότητα μεταξύ της πρώιμης και της όψιμης φάσης της νόσου ή έδωσαν έμφαση στην απουσία της συσχέτισης, μεταξύ της διάρκειας της ALS και της σοβαρότητας του πόνου^{30,31}.

Μετά από μελέτες³⁸ κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα ζωής, το 52% των ασθενών με ALS ανέφεραν σχεδόν σταθερό πόνο που το βαθμολόγησαν ως μέτριο ή σοβαρό. Σε άλλες, ανέφεραν πόνο σε ποσοστό μεγαλύτερο από 75% και στους περισσότερους ήταν ανεξέλεγκτος.⁴⁰

Οι μηχανισμοί πόνου στην ALS

Στους ασθενείς με ALS, η σχέση μεταξύ του αισθητικού συστήματος του πόνου και της βλάβης του ανώτερου και κατώτερου κινητικού νευρώνα, δεν είναι καλά κατανοτή. Η γνώση των μηχανισμών του πόνου μπορεί να μην είναι αποφασιστική στην κλινική πρακτική, για να αποφασιστούν οι αναλγητικές θεραπείες. Η κατανόηση του τύπου του πόνου θα πρέπει να προσεγγιστεί χρησιμοποιώντας τα υπάρχοντα αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για τον νευροπαθητικό πόνο, τον αλγαισθητικό πόνο και την κεντρική ευαισθητοποίηση^{41,42}.

Η κεντρική ευαισθητοποίηση είναι η αυξημένη απάντηση των νευρώνων του κεντρικού νευρικού συστήματος, που σε ανώδυνα ερεθίσματα προκαλούν την αίσθηση του πόνου^{42,43}.

Θεραπεία του πόνου στην ALS

Η ανάγκη των ασθενών με ALS είναι η ανακούφιση του πόνου τους και η πρόληψή του από το να γίνει χρόνια. Θα πρέπει λοιπόν να υιοθετηθούν οι κατάλληλες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων των φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, με σκοπό να παρέχεται στους ασθενείς εξατομικευμένη θεραπεία. Οι φαρμακολογικές θεραπείες (πίνακας 1) είναι κυρίως για νευροπαθητικό πόνο, ενώ οι μη φαρμακολογικές στρατηγικές (πίνακας 2) είναι γενικά πιο αποτελεσματικές για τις δευτερογενείς αιτίες του πόνου.

Συμπεράσματα

Ο επιπολασμός του πόνου σε ασθενείς με ALS εξακολουθεί να μην είναι καθορισμένος, εξαιτίας τόσο της έλλειψης μελετών όσο και των ποικίλων μεθοδολογιών που χρησιμοποιούνται. Συνεπώς, απαιτούνται μελέτες τόσο για την έναρξη και την πορεία του πόνου σε πολλούς ασθενείς, καθώς και μελέτες επικεντρωμένες στις επιδράσεις της νοητικής βλάβης και κατά συνέπεια στην αντίληψη του πόνου, που μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών μελετών.

Η ανομοιογένεια των μηχανισμών που αποτελούν τη βάση των ποικίλων εκδηλώσεων του πόνου στην ALS και η απρόβλεπτη εξέλιξη της νόσου, υπογραμμίζουν την ανάγκη μιας ατομικώς προσαρμοσμένης και πολυεπιστημονικής προσέγγισης της διαχείρισης της. Οι προσεκτικές και έγκαιρες αξιολογήσεις είναι απαραίτητες για τη σωστή αντιμετώπιση του πόνου, ιδιαίτερα στα μεταγενέστερα στάδια, όταν οι ασθενείς εμφανίζουν αναπνευστική ανεπάρκεια και σοβαρή μείωση της κινητικότητας.

Βιβλιογραφία

- Kiernan MC, Vucic S, Cheah BC, et al. Amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet* 2011; 377: 942-55.
- Kato S, Kawata A, Oda M, Arai N, Komori T, Tanabe H. Absence of SOD1 gene abnormalities in familial amyotrophic lateral sclerosis with posterior column involvement without Lewy-body-like hyaline inclusions. *Acta Neuropathol* 1996; 92: 528-33.
- Wakabayashi K, Horikawa Y, Oyake M, Suzuki S, Morita T, Takahashi H. Sporadic motor neuron disease with severe sensory neuropathy. *Acta Neuropathol* 1998; 95: 426-30.
- Cohen-Adad J, Zhao W, Keil B, et al. 7-T MRI of the spinal cord can detect lateral corticospinal tract abnormality in amyotrophic lateral sclerosis. *Muscle Nerve* 2013; 47: 760-62.
- Iglesias C, Sangari S, El Mendili MM, Benali H, Marchand-Pauvert V, Pradat PF. Electrophysiological and spinal imaging evidences for sensory dysfunction in amyotrophic lateral sclerosis. *BMJ Open* 2015; 5: e007659.
- Isaacs JD, Dean AF, Shaw CE, Al-Chalabi A, Mills KR, Leigh PN. Amyotrophic lateral sclerosis with sensory neuropathy: part of a multisystem disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: 750-53.
- Pugdahl K, Fuglsang-Frederiksen A, de Carvalho M, et al. Generalised sensory system abnormalities in amyotrophic lateral sclerosis: a European multicentre study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: 746-49.
- Guo YS, Wu DX, Wu HR, et al. Sensory involvement in the SOD1-G93A mouse model of amyotrophic lateral sclerosis. *Exp Mol Med* 2009; 41: 140-50.
- Sassone J, Taiana M, Lombardi R, et al. ALS mouse model SOD1G93A displays early pathology of sensory small fibers associated to accumulation of a neurotoxic splice variant of peripherin. *Hum Mol Genet* 2016; 25: 1588-99.
- Wicks P. Reassessing received wisdom in ALS—pain is common when studied systematically. *Eur J Neurol* 2012; 19: 531-32.
- Handy CR, Krudy C, Boulis N, Federici T. Pain in amyotrophic lateral sclerosis: a neglected aspect of disease. *Neurol Res Int* 2011; 2011: 403808.
- Chio A, Canosa A, Gallo S, et al. Pain in amyotrophic lateral sclerosis: a population-based controlled study. *Eur J Neurol* 2012; 19: 551-55.
- Rivera I, Ajroud-Driss S, Casey P, et al. Prevalence and characteristics of pain in early and late stages of ALS. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 2013; 14: 369-72.
- Moisset X, Cornut-Chauvinc C, Clavelou P, Pereira B, Dalle R, Guy N. Is there pain with neuropathic characteristics in patients with amyotrophic lateral sclerosis? A cross-sectional study. *Palliat Med* 2015; 30: 486-94.
- Stephens HE, Lehman E, Raheja D, et al. Pain in amyotrophic lateral sclerosis: Patient and physician perspectives and practices. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 2015; 17: 21-29.
- Raheja D, Stephens HE, Lehman E, Walsh S, Yang C, Simmons Z. Patient-reported problematic symptoms in an ALS treatment trial. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 2016; 17: 198-205.
- Drake ME, Jr. Chronic pain syndrome in amyotrophic lateral sclerosis. *Arch Neurol* 1983; 40: 453-54.
- de Castro-Costa CM, Oria RB, Machado-Filho JA, et al. Amyotrophic lateral sclerosis. Clinical analysis of 78 cases from Fortaleza (northeastern Brazil). *Arquivos de neuro-psiquiatria* 1999; 57: 761-74.
- Ganzini L, Johnston WS, Hoffman WF. Correlates of suffering in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology* 1999; 52: 1434-40.
- Miller RG, Jackson CE, Kasarskis EJ, et al. Practice parameter update: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: multidisciplinary care, symptom management, and cognitive/ behavioral impairment (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2009; 73: 1227-33.
- Andersen PM, Abrahams S, Borasio GD, et al. EFNS guidelines on the clinical management of amyotrophic lateral sclerosis (MALS)- revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2012; 19: 360-75.
- Wallace VC, Ellis CM, Burman R, Knights C, Shaw CE, Al-Chalabi A. The evaluation of pain in amyotrophic lateral sclerosis: a case controlled observational study. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 2014; 15: 520-27.
- Truini A, Biasiotta A, Onesti E, et al. Small-fibre neuropathy related to bulbar and spinal-onset in patients with ALS. *J Neurol* 2015; 262: 1014-18.
- Dalla Bella E, Lombardi R, Porretta-Serapiglia C, et al. Amyotrophic lateral sclerosis causes small fiber pathology. *Eur J Neurol* 2016; 23: 416-20.

- Hanisch F, Skudlarek A, Berndt J, Kornhuber ME. Characteristics of pain in amyotrophic lateral sclerosis. *Brain Behav* 2015; 5: e00296.
- Pizzimenti A, Aragona M, Onesti E, Inghilleri M. Depression, pain and quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis: a cross-sectional study. *Funct Neurol* 2013; 28: 115-19.
- Jensen MP, Abresch RT, Carter GT, McDonald CM. Chronic pain in persons with neuromuscular disease. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 1155-63.
- Abe Y, Miyashita M, Ito N, et al. Attitude of outpatients with neuromuscular diseases in Japan to pain and use of analgesics. *J Neurol Sci* 2008; 267: 22-27.
- Miller TM, Layzer RB. Muscle cramps. *Muscle Nerve* 2005; 32: 431-42.
- Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Chronic pruritus. *N Engl J Med* 2013; 368: 1625-34.
- Misery L, Brenaut E, Le Garrec R, et al. Neuropathic pruritus. *Nat Rev Neurol* 2014; 10: 408-16.
- Reich A, Stander S, Szepietowski JC. Drug-induced pruritus: a review. *Acta Derm Venereol* 2009; 89: 236—44.
- Ho DT, Ruthazer R, Russell JA. Shoulder pain in amyotrophic lateral sclerosis. *J Clin Neuromuscul Dis* 2011; 13: 53-55.
- Hirano YM, Yamazaki Y, Shimizu J, Togari T, Bryce TJ. Ventilator dependence and expressions of need: a study of patients with amyotrophic lateral sclerosis in Japan. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1403-13.
- Dangers L, Laviolette L, Georges M, et al. Relieving dyspnoea by non-invasive ventilation decreases pain thresholds in amyotrophic lateral sclerosis. *Thorax* 2016; published online Aug 9. DOI:10.1136/thoraxjnl-2016-208544.
- Bouvier G, Laviolette L, Kindler F, et al. Dyspnea-pain counterirritation induced by inspiratory threshold loading: a laser-evoked potentials study. *J Appl Physiol* (1985) 2012; 112: 1166-73.
- Morelot-Panzini C, Demoule A, Straus C, et al. Dyspnea as a noxious sensation: inspiratory threshold loading may trigger diffuse noxious inhibitory controls in humans. *J Neurophysiol* 2007; 97: 1396-404.
- Goy ER, Carter J, Ganzini L. Neurologic disease at the end of life: caregiver descriptions of Parkinson disease and amyotrophic lateral sclerosis. *J Palliat Med* 2008; 11: 548-54.
- Oliver D. The quality of care and symptom control—the effects on the terminal phase of ALS/MND. *J Neurol Sci* 1996; 139 (suppl): 134-36.
- Veronese S, Valle A, Chio A, Calvo A, Oliver D. The last months of life of people with amyotrophic lateral sclerosis in mechanical invasive ventilation: a qualitative study.
- Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener 2014; 15: 499-504.
- Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; 152 (suppl 3): S2-15.
- Meyer RA, Campbell IT, Raja SN. Peripheral neural mechanisms of nociception. In: Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1995: 13-44.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ01 Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της υποξείας αυχεναλγίας. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών

Γκίκα Κ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Τσαρουχά Α.², Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.³
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Ο πόνος στην περιοχή του αυχένα ή αυχεναλγία είναι πολύ συχνός. Με βάση τη διάρκεια του ο αυχενικός πόνος που διαρκεί πάνω από 7 ημέρες έως και 3 μήνες ονομάζεται υποξύς. Η πρώιμη παρέμβαση σε αυτόν συνήθως επιφέρει ταχύτερη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης και αποτρέπει τη μετάπτωση στη χρονιότητα. Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι η επικαιροποίηση των υπάρχουσών κλινικών οδηγιών μετά από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με την χρήση MESH Terms στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Science Direct, Scopus, Google Scholar και Pedro. Αρχικά αναζητήθηκαν κλινικές οδηγίες και στην συνέχεια έγινε αναζήτηση τυχαιοποιημένων κλινικά μελετών οι οποίες χρησιμοποιούσαν την διάταση ως μέρος του θεραπευτικού προγράμματος ή ως μονοθεραπεία, με σκοπό τα αποτελέσματά τους να χρησιμοποιηθούν για την επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών. Τα αποτελέσματα συλλέχθηκαν με την μορφή της κλίμακας PICO.
Αποτελέσματα: Βρέθηκαν δύο κλινικές οδηγίες για την αντιμετώπιση του υποξύ αυχενικού πόνου, όπου και οι δύο συστήνουν την διάταση ως θεραπευτικό μέσο είτε ως μονοθεραπεία είτε ως συνδυαστική θεραπεία. Από την συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν πέντε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων τους προκύπτει ότι η διάταση προκαλεί σημαντική διαφορά στην μείωση του πόνου, την αύξηση της λειτουργικότητας και την αύξηση του εύρους τροχιάς της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.
Συμπεράσματα: Η τεχνική διάτασης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αυτόνομη μορφή θεραπείας, όπως ορίζουν και οι κλινικές οδηγίες ωστόσο ο συνδυασμός της με κάποια άλλη θεραπευτική τεχνική φαίνεται να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα. Οι κλινικές οδηγίες πρέπει να επικαιροποιηθούν ως προς τις παραμέτρους εφαρμογής των διατάσεων και να προτείνεται η συνδυαστική τους χρήση ως μέρος ενός ευρύτερου προγράμματος θεραπείας.

ΕΑ02 Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της οσφυϊκής σπονδυλικής στένωσης. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών

Κατσαρέλη Μ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Σιαφάκα Ι.², Φυρφίρης Ν.³
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Η οσφυϊκή σπονδυλική στένωση είναι μία πάθηση που εμφανίζεται συνήθως μετά τη μέση ηλικία και φαίνεται να επικρατεί στο 30% των ηλικιωμένων ατόμων. Κύριο σύμπτωμα της νόσου είναι ο πόνος, ενώ παρατηρείται και μυϊκή αδυναμία κατά τη βάδιση. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών σχετικά με τη χρήση της διάτασης ως θεραπευτικό μέσο για την αντιμετώπισή της.
Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Science Direct, Scopus, Google Scholar και Pedro με συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά. Αρχικά, αναζητήθηκαν κλινικές οδηγίες και στην συνέχεια έγινε αναζήτηση τυχαιοποιημένων κλινικά δοκιμών, οι οποίες χρησιμοποιούσαν την διάταση ως μέρος του θεραπευτικού προγράμματος. Τα αποτελέσματα συλλέχθηκαν με την μορφή της κλίμακας PICO.
Αποτελέσματα: Συνολικά, για την οσφυϊκή σπονδυλική στένωση βρέθηκαν κλινικές οδηγίες από δύο οργανισμούς. Βάσει αυτών υποστηρίζεται ότι για την αντιμετώπιση των ασθενών απαραίτητη θεωρείται η χρήση της διάτασης σε συνδυασμό με κάποια άλλη θεραπευτική μέθοδο. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκαν τέσσερις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, στις οποίες η διάταση αποτελεί μέρος ενός φυσικοθεραπευτικού προγράμματος. Σε όλες τις έρευνες η χρήση αυτών των τεχνικών είχε θετικά αποτελέσματα ως προς τον πόνο, τη λειτουργικότητα και την ικανότητα βάδισης. Συνεπώς, οι μελέτες αυτές συμφωνούν με την χρήση της διάτασης και είναι ικανές να συμπληρώσουν τα ελλείμματα των κλινικών οδηγιών. Οι πιο συνήθεις μυϊκές ομάδες εφαρμογής των

διατάσεων είναι οι οπίσθιοι μηριαίοι, ο απιοειδής και ο τετράγωνος οσφυϊκός. Έχει βρεθεί ότι 3-5 επαναλήψεις τεχνικών διάτασης με διατήρηση θέσης για 30 δευτερόλεπτα σε κάθε επανάληψη συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων.
Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, η πρόσφατη αρθρογραφία συμπληρώνει τα ελλείμματα των υπάρχουσών κλινικών οδηγιών αναφορικά με τη χρήση της διάτασης και προσθέτει τα απαραίτητα στοιχεία για τις παραμέτρους εφαρμογής της.

Βιβλιογραφία:
1. Minetama, M. et al., 2019. Supervised physical therapy vs. home exercise for patients with lumbar spinal stenosis: a randomized controlled trial. The Spine Journal, pp. 1310-1318.
2. Rousing, R. et al., 2019. Danish national clinical guidelines for surgical and nonsurgical treatment of patients with lumbar spinal stenosis. European Spine Journal, p. 1386–1396.
3. Schneider, et al., 2019. Comparative Clinical Effectiveness of Nonsurgical Treatment Methods in Patients With Lumbar Spinal Stenosis: A Randomized Clinical Trial. Physical Medicine and Rehabilitation.

ΕΑ03 Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της χρόνιας οσφυαλγίας. Επικαιροποίηση των κλινικών

Σωτηρόπουλος Σ.¹, Κατσαρέλη Μ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Τσαρουχά Α.², Φυρφίρης Ν.³
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Η οσφυαλγία είναι μία μυοσκελετική πάθηση εξαιρετικά συχνή που υπολογίζεται ότι θα επηρεάσει το 70% - 80% του παγκόσμιου πληθυσμού. Έχει αρκετά υψηλό κόστος καθώς στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι μόνο το άμεσο κόστος για κάθε ασθενή ανέρχεται σε 8386 \$ ανά έτος. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία μεταστροφή στην διαχείριση της με έμφαση στην άσκηση. Οι τεχνικές διάτασης αποτελούν μία εύκολη και αυτόνομη ως προς την εκτέλεση θεραπευτική τεχνική. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις συστάσεις των κλινικών οδηγιών σχετικά με την χρήση της και να τις επικαιροποιήσει.
Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με την χρήση MESH Terms στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Science Direct, Scopus, Google Scholar και Pedro. Αρχικά αναζητήθηκαν κλινικές οδηγίες και στην συνέχεια έγινε αναζήτηση τυχαιοποιημένων κλινικά μελετών οι οποίες χρησιμοποιούσαν την διάταση ως μέρος του θεραπευτικού προγράμματος ή ως μονοθεραπεία, με σκοπό τα αποτελέσματά τους να χρησιμοποιηθούν για την επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών. Τα αποτελέσματα συλλέχθηκαν με την μορφή της κλίμακας PICO.
Αποτελέσματα: Βρέθηκαν συνολικά δέκα κλινικές οδηγίες στην αγγλική γλώσσα οι οποίες αφορούσαν την χρόνια οσφυαλγία. Όλες προτείνουν την διάταση ως θεραπευτική προσέγγιση για την συγκεκριμένη πάθηση, χωρίς ωστόσο να δίνουν σαφείς οδηγίες για τις παραμέτρους εφαρμογής τους. Η ανασκόπηση των τυχαιοποιημένων κλινικών ερευνών κατέληξε σε δεκαεφτά μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού και οι οποίες, επίσης, συμφωνούν με την χρήση της διάτασης στον πληθυσμό αυτό. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η διάταση μειώνει τον πόνο, την κατάθλιψη και την λειτουργική ανικανότητα, αυξάνει το εύρος τροχιάς και βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Συνεπώς, οι μελέτες αυτές συμφωνούν με την χρήση της διάτασης και συμπληρώνουν τα ελλείμματα των κλινικών οδηγιών.
Συμπεράσματα: Συμπερασματικά η πρόσφατη αρθρογραφία επικυρώνει τις υπάρχουσες κλινικές οδηγίες όπου η διάταση προτείνεται ως θεραπευτικό μέσο στην χρόνια οσφυαλγία και η παρούσα μελέτη συστήνει την επικαιροποίηση τους με την εισαγωγή κατάλληλων παραμέτρων για την δημιουργία κλινικά σημαντικής διαφοράς στον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών.

Βιβλιογραφία:
1. Airaksinen, O. et al., 2006. European guidelines for the management of chronic low back pain. Eur Spine J, pp. 192-300.
2. Suh, J. et al., 2019. The effect of lumbar stabilization and walking exercises on chronic low back pain. Medicine Open.
3. Tuzun, E. et al., 2017. Effectiveness of dry needling versus a classical physiotherapy program in patients with chronic low-back pain: a single-blind, randomized, controlled trial. J. Phys. Ther. Sci., pp. 1502-1509.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ04 Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση του χρόνιου αυχενικού πόνου. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών

Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γκίκα Κ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Τσαρουχά Α.², Φυρφίρης Ν.³
 ¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Αγιος Σάββας"

Σκοπός: Ο χρόνιος αυχενικός πόνος έχει διάρκεια τουλάχιστον τριών μηνών και μπορεί να επικρέει σημαντική αναπηρία σε ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού καθώς ο επιπολασμός της νόσου έχει υπολογιστεί λίγο πάνω από 2%. Η άσκηση βιβλιογραφικά παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην διαχείριση της νόσου. Καθώς η διάταση είναι μία εύκολη και αρκετά συχνά αυτόνομα πραγματοποιούμενη μορφή άσκησης η παρούσα συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει ως σκοπό την επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών βάσει της βιβλιογραφίας.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με την χρήση MESH Terms στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Science Direct, Scopus, Google Scholar και Pedro. Αρχικά αναζητήθηκαν κλινικές οδηγίες και στην συνέχεια έγινε αναζήτηση τυχαιοποιημένων κλινικά δοκιμών οι οποίες χρησιμοποιούσαν την διάταση ως μέρος του θεραπευτικού προγράμματος ή ως μονοθεραπεία, με σκοπό τα αποτελέσματά τους να χρησιμοποιηθούν για την επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών. Τα αποτελέσματα συλλέχθηκαν με την μορφή της κλίμακας PICO.

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκαν δέκα κλινικές οδηγίες για τον χρόνιο αυχενικό πόνο. Στο σύνολο τους προτείνουν την χρήση της θεραπευτικής άσκησης και τέσσερις από αυτές συμπεριλαμβάνουν την χρήση διάτασης ενώ σε δύο δεν αναφέρεται χωρίς να αποσαφηνίζεται αν θεωρείται μέρος του προγράμματος άσκησης. Οσον αφορά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών για την χρήση της διάτασης βρέθηκαν εννέα αποτελέσματα που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Στις περισσότερες μελέτες η διάταση χρησιμοποιούνταν ως μέρος ενός ευρύτερου προγράμματος θεραπευτικής άσκησης και μόνο δύο ως μονοθεραπεία. Από τα αποτελέσματα τους η διάταση προκάλεσε σημαντική διαφορά στην μείωση του πόνου και στην αύξηση της λειτουργικότητας και του εύρους τροχιάς.

Συμπεράσματα: Η μελέτη ανέδειξε την αναγκαιότητα να επικαιροποιηθούν οι υπάρχουσες κλινικές οδηγίες ως προς τον ρόλο της διάτασης στην αντιμετώπιση του χρόνιου αυχενικού πόνου με την σύσταση να περιγράφονται οι κατάλληλες παράμετροι για την επίτευξη κλινικά σημαντικής διαφοράς.

ΕΑ05 Αντιμετώπιση νευροπαθητικού πόνου μετά από λαπαροσκόπηση με δερματικό επίθεμα καψαϊκίνης 8%

Σαμαρά Ευ., Αλεξοπούλου Κ., Παναγιώτου Ε., Ιατρελλή Ι., Οικονόμου Σ.
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο, Πειραιάς

Σκοπός: Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό νευροπαθητικού πόνου μετά από λαπαροσκοπική αφαίρεση κύστης νεφρού, που αντιμετωπίστηκε με δερματικό επίθεμα καψαϊκίνης 8% (Qutenza®).
Υλικό & Μέθοδος: Γυναίκα ασθενής 54 ετών παραπέμφθηκε στο ιατρείο μας από ιατρό της Ουρολογικής κλινικής, λόγω επίμονου άλγους, ένα έτος μετά από λαπαροσκοπική αφαίρεση κύστης (ΑΡ) νεφρού. Η ασθενής είχε κατά άλλα ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, δεν ανέφερε καμία λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ήταν μη καπνίστρια. Η επέμβαση ήταν επιτυχής, χωρίς ανεπιθύμητα συμβάματα και η ασθενής είχε πάρει εξιτήριο την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Σύμφωνα με το ιστορικό, ο πόνος ξεκίνησε μια εβδομάδα μετεγχειρητικά, με εντόπιση αριστερά παρασπονδυλικά και περιοδική αντανάκλαση στη σύστοιχη βουβωνική περιοχή. Ο απεικονιστικός έλεγχος που διενεργήθηκε από τους θεράποντες ιατρούς δεν αποκάλυψε ιδιαίτερα ευρήματα. Η αντικειμενική εξέταση αποκάλυψε αλλοδυνία, επώδυνη αντίληψη του κρύου και μειωμένη αισθητικότητα στην πάσχουσα περιοχή, χωρίς εμφανείς δερματικές βλάβες. Τα σκορ των ερωτηματολογίων ήταν Pain Detect:24 και DN4:7, με NRS:8.

Προτάθηκε η εφαρμογή επιθέματος καψαϊκίνης 8%, μια επιλογή την οποία η ασθενής αποδέχτηκε. **Αποτελέσματα:** 10 ημέρες μετά την εφαρμογή, η ασθενής ανέφερε NRS:2. Ένα μήνα μετά, η υποχώρηση του πόνου παρέμενε, η περιοχή της αλλοδυνίας είχε μειωθεί κατά το ήμισυ και τα νευροπαθητικά χαρακτηριστικά είχαν υποχωρήσει. Επίσης, η αντανάκλαση στη βουβωνική χώρα δεν υπήρχε πια. Η ασθενής

δήλωσε ικανοποιημένη με το αποτέλεσμα και εξέφρασε την επιθυμία να επαναλάβει τη συνεδρία όταν το ενδεχόμενο διάστημα θα παρέρχονταν.

Συμπεράσματα: Το επίθεμα καψαϊκίνης 8% θα μπορούσε να είναι μια κατάλληλη εναλλακτική θεραπεία στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου μετά από λαπαροσκόπηση, καθώς φαίνεται να είναι αποτελεσματικό και καλά ανεκτό από τους ασθενείς.

ΕΑ06 Στάθμιση του ερωτηματολογίου Opioid Risk Tool (ORT) στον ελληνικό πληθυσμό με χρόνιο μη καρκινικό πόνο

Ησαΐα Ε.-Χ.¹, Ζης Π.², Χιώτης Ι.³, Αντωνογιαννάκης Ε.³, Τσαρουχά Α.⁴, Σιαφάκα Ι.⁴
 ¹Ιατρείο Πόνου Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», ²Νευρολόγος, ³Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας Πανεπιστήμιο Κύπρου., ⁴Γ' Ορθοπαιδική Κλινική Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», ⁴Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής Αρεταίειο ΕΚΠΑ

Σκοπός: Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν η εφαρμογή ενός εργαλείου διαλογής για τους κινδύνους που σχετίζονται με την χρήση συνταγογραφούμενων οπιοειδών φαρμάκων για την θεραπεία του χρόνιου μη καρκινικού πόνου στην κλινική ιατρική πρακτική. Αυτή θεωρήθηκε ως η πλέον κατάλληλη στιγμή για τη διεξαγωγή αξιολόγησης στον ελληνικό πληθυσμό καθώς εξελίσσεται σε παγκόσμιο επίπεδο το φαινόμενο γνωστό ως “opioid crisis” ή αλλιώς “opioid epidemics”. Η προσδοκία του εργαλείου που επιλέχθηκε (Opioid Risk Tool/ ORT) ήταν να σταθμιστεί σε έλληνες ασθενείς με στόχο να εφαρμοστεί επιτυχώς ως μέθοδος πρόληψης συμπεριφορών όπως η κατάχρηση και ο εθισμός που μπορούν να αποφέρουν σημαντικά προβλήματα στους ασθενείς αλλά να χρησιμοποιηθεί και ως βοήθημα για την ορθότερη πρακτική χορήγηση των οπιούχων σκευασμάτων από τους έλληνες ιατρούς.

Υλικό και μέθοδος: Στην μελέτη πήραν μέρος 187 ασθενείς που προσήλθαν για εξέταση και θεραπεία στο Ιατρείο Πόνου και σε Ορθοπαιδική Κλινική του ιδίου θεραπευτηρίου. Όλοι οι ασθενείς εμφάνιζαν χρόνιο πόνο ποικίλης αιτιολογίας και έλαβαν αναλγητική αγωγή με οπιοειδή σκευάσματα εξατομικευμένα ανάλογα της βαθμίδας του άλγους που παρουσίαζαν. Οι ασθενείς κληθήκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ORT (Opioid Risk Tool) μετά από σχετική ενημέρωση. Η παρακολούθηση των ασθενών έως της ανακούφισης της συμπτωματολογίας του άλγους ήταν σε εβδομαδιαία βάση και κατόπιν η επικοινωνία ήταν μηνιαία μέχρι την συμπλήρωση ενός έτους. Στην διάρκεια αυτής της περιόδου κάθε περίεργη συμπεριφορά, απόδειξη ή αναφορά που μπορεί να σχετιζόταν με κατάχρηση ή κακή χρήση των συνταγογραφούμενων οπιοειδών σκευασμάτων καταγράφονταν στον φάκελο του ασθενή.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι από τα άτομα που δεν είχαν καμία παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, το 91.9% (n=125) κατατάχθηκαν στο χαμηλό επίπεδο κινδύνου του ORT ενώ μόλις το 8.1% (n=11) κατατάχθηκαν στο μέτριο επίπεδο κινδύνου του ORT. Αντίθετα, από τα άτομα που εμφάνισαν τουλάχιστον μια παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, το 66.7% (n=34) κατατάχθηκαν στο μέτριο επίπεδο κινδύνου του ORT και το 25.5% (n=13) κατατάχθηκαν στο υψηλό επίπεδο κινδύνου του ORT. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άντρες (n=23, 36.5%) είναι πιο πιθανό να έχουν τουλάχιστον μια παρεκκλίνουσα συμπεριφορά σε σύγκριση με τις γυναίκες (n=28, 22.6%), $\chi^2(1)=4.085$, $p=0.043<0.05$.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το εργαλείο ORT μπορεί να είναι σημαντικό στην πρόβλεψη παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς ασθενών που λαμβάνουν οπιοειδή συνταγογραφούμενα σκευάσματα για την θεραπεία του χρόνιου άλγους μη καρκινικής αιτιολογίας. Η προβλεπτική ικανότητα του εργαλείου επιβεβαιώθηκε τόσο στους άντρες όσο και τις γυναίκες. Η επιτυχία αυτού αξιολογήθηκε με βάση την ικανότητα του εργαλείου ORT να αναπτυχθεί, να εφαρμοστεί και να χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό ασθενών.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ07 Ενδαρθρική χορήγηση κορτικοστεροειδούς υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση σε ασθενή με αρθρίτιδα της κροταφογναθικής άρθρωσης

Τιλελή Μ.¹, Μακρής Α.¹, Κατραμπασάς Ι.², Καλαμποκίνη Αικ.¹, Τσαγκάρης Μ.¹, Μελά Α.¹
¹Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα, ²Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα

Σκοπός: Η οστεοαρθρίτιδα της κροταφογναθικής άρθρωσης (ΚΓΑ) εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς άνω των 50 ετών και συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Φαίνεται να οφείλεται στην υπέρχρηση της άρθρωσης λόγω βρυγμού και προκαλεί ποικίλου βαθμού πόνο και δυσλειτουργία. Περιγράφουμε περιστατικό οστεοαρθρίτιδας ΚΓΑ που αντιμετωπίστηκε με ενδαρθρική έγχυση βηταμεθαζόνης και τοπικού αναισθητικού (ΤΑ) μετά από την αποτυχία των μεθόδων πρώτης γραμμής.

Υλικό & Μέθοδος: Ασθενής θήλυ 60 ετών, με ιστορικό ινομυαλγίας υπό αγωγή με ντουλοξετίνη, αλπραζολάμη και φυσιοθεραπείες, προσήλθε με διεγνωσμένη οστεοαρθρίτιδα της αριστερής ΚΓΑ από έτους. Προηγηθείσες θεραπείες με παρακεταμόλη, ετορικοξίμπη, έγχυση σε trigger points του μασητήρα μυός, ειδική διατροφή και ειδικούς νάρθηκες (mouth guards) δεν είχαν αποδώσει. Εμφάνιζε σφύζων πόνο, εντονότερο κατά τη μάσηση, έως 9 – 10/10 στην αριθμητική κλίμακα πόνου (NRS). Επιπλέον ανέφερε περιορισμό ανοίγματος του στόματος και έντονο τριγμό σε κάθε κίνηση της κάτω γνάθου, ο οποίος διαπιστώθηκε και στην κλινική εξέταση. Η ασθενής ανέφερε διαταραχές ύπνου τις οποίες απέδιδε στην αρθραλγία. Αποφασίσθηκε η χορήγηση 6mg φωσφορικής/οξικής βηταμεθαζόνης και λιδοκαΐνης 1%, ενδαρθρικά, υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση. Η έγχυση του φαρμάκου έγινε στο άνω αρθρικό διάστημα, πάνω από τον αρθρικό δίσκο.

Αποτελέσματα: Μετά την έγχυση ο πόνος υφέθηκε πλήρως (NRS:0). Την επόμενη ημέρα η ασθενής ανέφερε επανεμφάνιση πόνου (NRS:4) που ανταποκρίθηκε μερικώς στην παρακεταμόλη. Ο πόνος μειωνόταν σταδιακά τις επόμενες ημέρες και 6 εβδομάδες μετά η ασθενής επανήλθε ελεύθερη πόνου, με ύφεση των διαταραχών ύπνου αλλά με εμμένων τριγμό κατά την κίνηση της άρθρωσης. Η εικόνα παρέμεινε η ίδια και 3 μήνες αργότερα.

Συμπεράσματα: Αν και η βιβλιογραφία δεν αποσαφηνίζει τη συμβολή της ενδαρθρικής έγχυσης βηταμεθαζόνης και ΤΑ στην αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας ΚΓΑ, το περιστατικό που περιγράφουμε φαίνεται να επιβεβαιώνει το ότι η μέθοδος ενδείκνυται για τους ασθενείς αυτούς. Το παρατεταμένο χρονικά αποτέλεσμα, ίσως να οφείλεται στην αντιφλεγμονώδη δράση της βηταμεθαζόνης με αποτέλεσμα τη βελτίωση της κινητικότητας της ΚΓΑ μετά τη μείωση του πόνου, που οδήγησε στη βελτίωση της αιματικής κυκλοφορίας και της κιναισθησίας διακόπτοντας το φαύλο κύκλο πόνου - αποφυγής δραστηριότητας - μυϊκής αδυναμίας - αυξημένης ευαισθησίας στον πόνο.

Βιβλιογραφία:

1. Stoustrup P, et al. Temporomandibular joint steroid injections in patients with juvenile idiopathic arthritis: an observational pilot study on the long-term effect on signs and symptoms. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2015
2. Singh J., et al. Treatment of Temporomandibular Joint Arthritis with Triamcinolone Acetonide and Hyaluronic Acid Injection: An Observational Study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* . 2019
3. Chakraborty A, et al. Ultrasound-Guided Temporomandibular Joint Injection for Chronic Postthymomandibulectomy Jaw Pain. *A Case Rep*. 2016

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΙ: ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ-ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

ΕΑ08 Χορήγηση πρεγκαμπαλίνης για την αντιμετώπιση της δυσανεξίας των ασθενών στον ουροκαθετήρα μετά από διουρηθρικές ουρολογικές επεμβάσεις

Καλλιοντζή Ε., **Μαυρομμάτης Ε.**, Παπαϊωάννου Ε., Σάββα Χ., Ντόκα Π., Λαμπαδαρίου Α.
Τμήμα Αναισθησιολογίας, Αντιμετώπισης Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας ΓΝΑ «ΑΛΙΚΟ

Εισαγωγή: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της χορήγησης πρεγκαμπαλίνης για την αντιμετώπιση της προκαλούμενης δυσανεξίας στον ουροκαθετήρα τριπλού αυλού στους ασθενείς κατόπιν διουρηθρικών ουρολογικών επεμβάσεων.

Υλικό & Μέθοδος: Σε προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη, μελετήθηκαν συνολικά 146 άρρενες ασθενείς 38-82 ετών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διουρηθρικές ουρολογικές επεμβάσεις (διουρηθρική εκτομή κυστικών θηλωμάτων ή ευμεγέθους προστατικού αδένος), οι οποίες απαιτούν παραμονή σκληρού ουροκαθετήρα τριπλού αυλού μετεγχειρητικά (MTX) για πλύσεις και διατήρηση της ούρησης, η οποία συνήθως είναι αδύνατη λόγω οίδηματος της περιοχής. Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες (Α: ομάδα πρεγκαμπαλίνης, Β: ομάδα ελέγχου-control group). Σε όλους τους ασθενείς της ομάδας Α χορηγήθηκε πρεγκαμπαλίνη 75mg x2 per os, με έναρξη το βράδυ πριν την επέμβαση και καθ'όλη τη διάρκεια παραμονής του ουροκαθετήρα. Στους ασθενείς της ομάδας Β χορηγήθηκαν τα συνήθη παυσίπονα ή σπασμολυτικά (παρακεταμόλη 1gr, παρεκοξίμπη 40mg, υοσκίνη 10mg iv), που χρησιμοποιούνται κατ'επίκληση για την αντιμετώπιση της δυσανεξίας από τον ουροκαθετήρα. Καταγράφηκαν τα ζωτικά σημεία των ασθενών προεγχειρητικά (ΠΧ) και ανά ώρα για το πρώτο μη 24ωρο, η ένταση του πόνου με την οπτική αναλογική κλίμακα και οι επιπρόσθετες ανάγκες σε παυσίπονα και σπασμολυτικά, επεισόδια διέγερσης, παρενέργειες και λοιπά συμβάμματα ανά ομάδα ασθενών.

Αποτελέσματα: Δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, το χρόνο παραμονής τους στο νοσοκομείο, και συνεκδοχικά και του καθετήρα, όπως και οι ΠΧ τιμές αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και συχνότητας (ΚΣ) μεταξύ των δύο ομάδων. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντική αύξηση της ΑΠ και ΚΣ ΜΤΧστην ομάδα Β σε σχέση με τις προεγχειρητικές και την ομάδα Α (P<0,005). Η ένταση του πόνου και οι φαρμακευτικές ανάγκες για την αντιμετώπιση της δυσανεξίας ήταν επίσης υψηλότερες στην ομάδα Β (p<0,001), εκ της οποίας 11 ασθενείς εμφάνισαν διέγερση, και 12 ΜΤΧ αιμορραγία σε σχέση με 4 ασθενείς της ομάδας Α, η οποία σχετίστηκε με αύξηση της ΑΠ και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

Συμπεράσματα: Η περιεγχειρητική χορήγηση πρεγκαμπαλίνης φαίνεται να μειώνει σημαντικά τη δυσανεξία από τον ουροκαθετήρα κατόπιν διουρηθρικών ουρολογικών επεμβάσεων. Περισσότερες μελέτες και μεγαλύτερο δείγμα ασθενών απαιτούνται για περαιτέρω τεκμηρίωση του ανωτέρω αποτελέσματος.

ΕΑ09 Αξιολόγηση μετεγχειρητικής αναλγησίας σε αρθροσκοπικές επεμβάσεις γόνατος με εφάπαξ αποκλεισμό του σαφηνούς νεύρου στον πόρο των προσαγωγών σε παιδιά

Δένδη Α.¹, Μασούρος Π.², Λαμπρογιώτα Χ.¹, Φλούδα Α.³, Γαρίνη Ε.⁴, Ευαγγελοπούλου Ε.⁵
¹Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Αθήνα, ²Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Ευαγγελισμός, Αθήνα

Σκοπός: Η υποθεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου σε παιδιά δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο. Ο αποκλεισμός στον πόρο των προσαγωγών εκπροσωπεί μια σχετικά νέα, πολλά υποσχόμενη μέθοδο μετεγχειρητικής αναλγησίας σε επεμβάσεις γόνατος, με ελάχιστα βιβλιογραφικά δεδομένα στον παιδιατρικό πληθυσμό. Σκοπός της μελέτης είναι η αναδρομική αξιολόγηση της μετεγχειρητικής αναλγησίας σε παιδιά 8-16 ετών μετά από αρθροσκοπικές επεμβάσεις γόνατος που είχαν υποβληθεί σε εφάπαξ αποκλεισμό του σαφηνούς νεύρου στον πόρο των προσαγωγών.

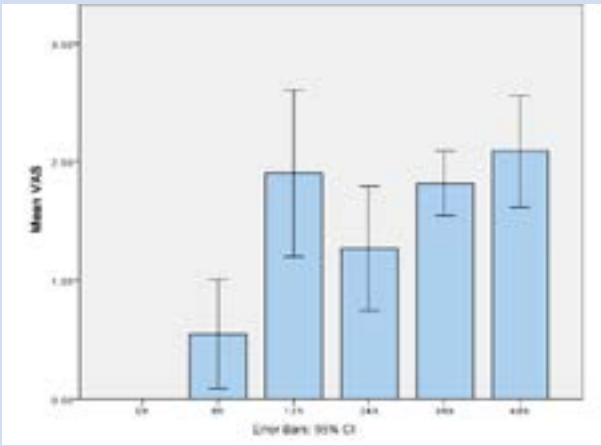
Υλικό & Μέθοδος: Αναζητήθηκαν στο αναισθησιολογικό αρχείο του τμήματος παιδιά 8-16 ετών που υποβλήθηκαν σε αρθροσκοπικές επεμβάσεις γόνατος και εφάπαξ αποκλεισμό στον πόρο των προσαγωγών υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, κατά τη χρονική περίοδο Μάρτιος 2018 - Μάρτιος 2020. Παράλληλα συλλέχθηκαν τα καταγεγραμμένα δεδομένα του μετεγχειρητικού πόνου βάση της οπτικής αναλογικής κλίμακας (Visual Analogue Scale) στις 0-8-12-24-36-48 ώρες, καθώς και η συνολική κατανάλωση αναλγητικών (δόσεις ιβουπροφαίνης). Τα ανωτέρω στοιχεία συγκεντρώθηκαν και αξιολογήθηκαν.

Αποτελέσματα: Συνολικά 11 παιδιά ηλικίας 10-16 ετών πληρούσαν τα κριτήρια. Ο αποκλεισμός είχε πραγματοποιηθεί υπό γενική αναισθησία, με χορήγηση διαλύματος ροπιβακαΐνης 0,2% 15-20 mL και

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ-ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

κλονιδίνης 1mcg/kg εφάπαξ. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται ως εξής:

Mean (SD)	VAS						Analgesics consumption 0.90 (0.83)
	0h	8h	12h	4h	36h	48h	
	0 (0)	0.55 (0.69)	1.9 (1.04)	1.27 (0.79)	1.82 (0.40)	2.09 (0.70)	



Συμπέρασμα: Ο αποκλεισμός του σαφηνούς νεύρου στον πόρο των προσαγωγών με διάλυμα ροπιβακαΐνης 0,2% και κλονιδίνης υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση φαίνεται να αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο μετεγχειρητικής αναλγησίας, σε παιδιά που υποβάλλονται σε αρθροσκοπικές επεμβάσεις γόνατος.

Βιβλιογραφία:
1. Groenewald CB, Rabbitts JA, Schroeder DR, et al. Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children. Paediatr Anaesth. 2012;22:661–668.
1. Chen JY, Li N, Xu YQ. Single shot adductor canal block for postoperative analgesia of pediatric patellar dislocation surgery: a case-series report. Medicine (Baltimore). 2015;94:e2217.
Suresh SA, Ecoffey CL, Bosenberg AD, et al. The European society of regional anaesthesia and pain therapy/American society of regional Anesthesia and Pain Medicine recommendations on local anesthetics and adjuvants dosage in pediatric regional anesthesia. Reg Anesth Pain Med 2018;43: 211–216.

ΕΑ10 Διαχείριση επισκληριδίου καθετήρα σε ασθενή με επείγουσα έναρξη αντιπηκτικής και διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής κατά την μετεγχειρητική περίοδο

Ορφανού Χ., Κουταλάς Ι., Βαλσάμη Σ., Στάικου Χ.
Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή και σκοπός: Το επισκληρίδιο αιμάτωμα αποτελεί μια σπάνια, αλλά πιθανώς ολέθρια επιπλοκή της επισκληριδίου τεχνικής. Η επείγουσα έναρξη πολλαπλής αντιθρομβωτικής αγωγής κατά την περιεγχειρητική περίοδο σε ασθενή με επισκληρίδιο καθετήρα μπορεί να επιπλέξει την κατάσταση καθώς δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την ιδανική χρονική στιγμή αφαίρεσης του καθετήρα.

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζουμε τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την αφαίρεση in situ επισκληριδίου καθετήρα σε ασθενή, ο οποίος ετέθη άμεσα μετεγχειρητικά σε επείγουσα τριπλή αντιθρομβωτική θεραπεία με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (ΗΧΜΒ), ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επέμβαση Whipple με ανακατασκευή πυλαίας φλέβας και παρουσίασε μετεγχειρητικά οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Διενεργήθηκαν εξετάσεις 3 ώρες μετά τη λήψη της ασπιρίνης και της κλοπιδογρέλης που έδειξαν ότι ο αριθμός αιμοπεταλίων, ο χρόνος προθρομβίνης και ο χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστικής ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Η ανάλυση λειτουργικότητας αιμοπεταλίων (Platelet Function Analysis – PFA-200) ανέδειξε παθολογικές τιμές (αυξημένες τιμές COL/EPI και COL/ADP, που αμφότερες υποδείκνυαν αναστολή της λειτουργίας των αιμοπεταλίων). Η τιμή του αντι-Χα, 4 ώρες μετά την χορήγηση της

ΗΧΜΒ ήταν εντός θεραπευτικού εύρους. Παράλληλα, η περιστροφική θρομβοελαστομετρία (rotational thromboelastometry - ROTEM) έδειξε ένα σχετικά ικανοποιητικό συνολικό προφίλ πήκτικότητας. Αποφασίστηκε η αφαίρεση του καθετήρα στο υπολογιζόμενο ναδίρ δραστηριότητας των λαμβανόμενων αντιθρομβωτικών φαρμάκων με βάση το φαρμακοκινητικό τους προφίλ και τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου. Ο καθετήρας αφαιρέθηκε 26 ώρες μετά την τελευταία δόση διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής και η επόμενη δόση ελήφθη 2 ώρες μετά την αφαίρεση, ενώ η ενοξαπαρίνη διεκόπη για 24 ώρες και συνεχίστηκε 6 ώρες μετά. Στο επόμενο 24ωρο διενεργήθηκε τακτικός νευρολογικός έλεγχος για τυχόν ανησυχητικά σημεία και συμπτώματα ανάπτυξης επισκληριδίου αιματώματος. Δεν σημειώθηκαν επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Ο έλεγχος και η παρακολούθηση της πήκτικότητας και της λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων με αναλύσεις παρά τη κλίνη του ασθενούς (point-of-care) μπορεί να παρέχουν χρήσιμη καθοδήγηση για την αφαίρεση ενός επισκληριδίου καθετήρα, ειδικά σε επιπλεγμένες περιπτώσεις.

Λέξεις-κλειδιά: αφαίρεση επισκληριδίου καθετήρα, αντιαιμοπεταλιακά, αντιθρομβωτική θεραπεία, περιστροφική θρομβοελαστομετρία, ROTEM

ΕΑ11 Ο ρόλος της λιδοκαΐνης στην ταχεία κινητοποίηση του εντέρου σε επεμβάσεις λαπαροσκοπικής ορθοκολικής χειρουργικής

Μάγκλαρη Χ.¹, Συρογιάννη Π.¹, Μπουραζάνη Μ.¹, Λεφάκη Τ.1, Κορκολής Δ.², Ρόμπου Α.², Ασημακοπούλου Ε.¹
¹Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας", ²Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας"

Η περιεγχειρητική IV χρήση λιδοκαΐνης έχει συσχετιστεί με σημαντικά μειωμένο χρόνο έναρξης εντερικών κινήσεων τόσο σε ανοιχτές όσο και σε λαπαροσκοπικές επεμβάσεις.^{1,3} Η συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικού ειλεού, η οποία είναι σημαντική αιτία καθυστερημένης εξόδου από το νοσοκομείο σε επεμβάσεις παχέος εντέρου, μειώνεται σε ορισμένες μελέτες. Είναι επί του παρόντος ασαφές εάν αυτό οφείλεται στη μείωση των οπιοειδών ή εάν υπάρχουν άλλες άμεσες ευεργετικές δράσεις της λιδοκαΐνης στο έντερο ή ένα αντιφλεγμονώδες αποτέλεσμα.² Απαιτούνται μεγάλης κλίμακας μελέτες για την μέτρηση του αποτελέσματος και την αξιολόγηση της βέλτιστης δόσης και της διάρκειας χορήγησης.¹

ΣΚΟΠΟΣ: Η επίδραση της ενδοφλέβιας συνεχούς έγχυσης λιδοκαΐνης στην μετεγχειρητική κινητοποίηση του εντέρου, μετά από ορθοκολικές λαπαροσκοπικές επεμβάσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης. Από 01/09/2019 έως 01/06/2020, επιλέχθηκαν 40 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική χειρουργική καρκίνου παχέος εντέρου. Στους 20 από αυτούς χορηγήθηκε περιεγχειρητικά ενδοφλέβια έγχυση λιδοκαΐνης στα πλαίσια πολυπαραγοντικής αναλγησίας, με δόσολογία 1mg/kg εφάπαξ δόση μετά την εισαγωγή στην αναισθησία και στη συνέχεια διάλυμα ενδοφλέβιας συνεχούς έγχυσης λιδοκαΐνης 1-2mg/kg/h κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και την παραμονή στην ανάνηψη. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς με κολποκοιλιακό αποκλεισμό και διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας. Αξιολογήθηκε ο χρόνος έναρξης των εντερικών κινήσεων μετεγχειρητικά, καταγράφοντας τη διάβαση αερίων και εντερικού περιεχομένου. Τα αποτελέσματα της καταγραφής συγκρίθηκαν με 20 ασθενείς, οι οποίοι δεν έλαβαν λιδοκαΐνη και αποτελούν την ομάδα ελέγχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

	ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ	
	ΟΜΑΔΑ ΛΙΔΟΚΑΪΝΗΣ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
DAY 1	2	0
DAY 2	11	2
DAY 3	5	8
DAY 4	2	9
DAY 5	0	1

Με χ^2 14,378, 4 βαθμούς ελευθερίας και $p < 0,006182$ ($p < 0,05$) συμπεραίνουμε ότι η περιεγχειρητική ενδοφλέβια έγχυση λιδοκαΐνης συνδέεται με τη γρήγορη κινητοποίηση του εντέρου. Κανείς ασθενής δεν εμφάνισε ειλεό, και μόνο ένας ασθενής στην ομάδα της λιδοκαΐνης παρουσίασε μετεγχειρητική ναυτία, γεγονός που τεκμηριώνεται και βιβλιογραφικά.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ-ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η περιεγχειρητική έγχυση λιδοκαΐνης φαίνεται να έχει αξία στους ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπικές κοιλιακές επεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της κολεκτομής. Παρουσιάζει σημαντική μείωση της διάρκειας του μετεγχειρητικού παραλυτικού ειλέου, της μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου, μειώνει τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο και συμβάλλει στην ταχύτερη ανάρρωση.

- (1) Meta-analysis of the Effect of Perioperative Intravenous Lidocaine on Return of Gastrointestinal Function After Colorectal Surgery, C Cooke, E D Kennedy, I Foo, S Nimmo, D Speake, H M Paterson, N T Ventham, Tech Colopectol. 2019 Jan;23(1):15-24. doi: 10.1007/s10151-019-1927-1.
- (2) Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018 U. O. Gustafsson, M. J. Scott, M. Hubner, J. Nygren, N. Demartines, N. Francis, T. A. Rockall, T. M. Young-Fadok, A. G. Hill, M. Soop, H. D. de Boer, R. D. Urman, G. J. Chang, A. Fichera, H. Kessler, F. Grass, E. E. Whang, W. J. Fawcett, F. Carli, D. N. Lobo, K. E. Rollins, A. Balfour, G. Baldini, B. Riedel & O. Ljungqvist, World Journal of Surgery volume 43, pages659–695(2019)
- (3) Dunn LK, Durieux ME (2017) Perioperative use of intravenous lidocaine. Anesthesiology 126:729–737

EA12 Charcot –Marie–Tooth disease and regional anaesthesia for caesarian section: case report

Voultso S., Georgostathis K.
Anaesthetic Department and Pain Therapy, “Olympion” General Hospital, Patra, Greece

Background: Charcot-Marie-Tooth disease (CMT) is a group of inherited conditions that damage the peripheral nerves. This disease is characterised by demyelination, secondary axonal loss, and neurogenic muscle atrophy, affecting about one in 2,500 people. The symptoms of CMT usually start to appear between the ages of 5 and 15, although they sometimes start to develop into middle age or later. CMT is a prolonged and slowly progressive disease, making the everyday tasks more and more difficult. There is a wide variability of genotypic and phenotypic subgroups. At least 25 genes are known to be involved, and over 70 subtypes have been identified, some of which, they have important anaesthetic implications. Anaesthetic method for CMT may vary according to each clinical symptom. Preexisting neurologic disease of the peripheral nervous system is a challenge to both patients and anaesthetists who wish to use regional anesthesia techniques. Moreover, because the possibility of the disease becoming worse, this is distressing for some anaesthetists, while current guidelines are equivocal offering the clinician only a limited basis for decision making. We present a case CMT that underwent Combined Spinal- Epidural Anaesthesia for Caesarian Section.

Methods: A 37 year old woman, ASA II, G3P3, at 38 weeks gestation was admitted to the maternity ward of our Hospital for Elective Caesarian Section due to two previous Caesarian Sections. The patient had a history of CMT, diagnosed in childhood. In the admission she was wheelchairbound with paraplegia and scoliosis. The symptoms were associated with diaphragm and four vocal cords paralysis. Also she had developed mild obstructive lung disease due to diaphragm paralysis. The muscle tone for the lower limbs on MRC scale was 0/5. Hypoesthesia deep and superficial was present. She was informed about risks and benefits of Regional Anaesthesia and she was happy to proceed and consented for the procedure. The CSE technique was performed with 18G Tuohy needle at the L3-L4 level on sitting position. The depth of epidural space was at 5cm and the epidural catheter was left in 4cm. The Spinal Anaesthesia was gained with Ropivacaine 0,75% 1.7ml and Fentanyl 10µg through a 27G needle. The level of sensory block was at T3-T4. She was haemodynamically stable and no vasopressors required. The Caesarian Section lasted 1 hour and was uneventful. At the end of the procedure, 2mg morphine was administered epidurally for post-operative analgesia and the epidural catheter was removed.

Results: There was complete recovery of the sensory block after four hours. The patient was discharged 4 days after delivery, without any complications. In our case, adverse effects of Combined Spinal-Epidural Anaesthesia used for Caesarian Section were not detected and was no any impact on the disease course noted by Regional Anaesthesia.

Conclusion: Even though there are no clear guidelines about the anaesthetic management for these patients, there are convincing data in bibliography to support Regional Anaesthesia. It is crucial to understand the risks and plan appropriately in order to minimise them. Our case demonstrated that Combined Spinal Epidural technique is safe and effective to be used and we strongly recommend it.

References:

- 1) Joana Carvalho, PhD. Pregnancy, Delivery Complications Not Higher in Women With CMT, Study Reports. May 2020. European Journal of Neurology.
- 2) Dr. Dong Ho Park, Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Eulji University Medical Center, Daejeon, Korea.

Archives of Clinical and Medical Case Reports 4 (2020): 138-152.

3) Adam K. Jacob, Sandra L. Kopp, and James R. Hebl. Regional Anesthesia in the Patient with Preexisting Neurologic Disease. NYSORA

4) Macy Brock 1, Cherry Guinn, Monica Jones. Anesthetic management of an obstetric patient with Charcot-Marie-Tooth disease: a case study. AANA J 2009 Oct;77(5):335-7.

5) Matilde Laura1, Mariola Skorupinska1, Karen Bull1, Survey of Pregnancy in Charcot Marie Tooth Disease Patients, ABN Annual Meeting, 17–19 May 2016, The Brighton Centre, Brighton 179

EA13 Πρόληψη της υπότασης κατά τη διάρκεια εκλεκτικής καισαρικής τομής με τη χρήση συνεχούς έγχυσης διαλύματος νοραδρεναλίνης σε σύγκριση με συνεχή έγχυση διαλύματος φαινυλεφρίνης. Μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη

Θεοδωράκη Κ.¹, Χατζηλία Σ.², Βαλσαμίδης Δ.², Σταματάκης Ε.²

¹Α' Ανασθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό Και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

²Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

Σκοπός: Η ραχιαία αναισθησία κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής μπορεί να επιπλακεί από υπόταση, με ενίοτε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες για την επίτοκο και το νεογνό. Η συνήθως χρησιμοποιούμενη σε αυτό το πλαίσιο φαινυλεφρίνη μπορεί να οδηγήσει σε αντανάκλαστική βραδυκαρδία και επαγόμενη από αυτήν πτώση της καρδιακής παροχής. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση μιας σταθερής έγχυσης νοραδρεναλίνης με μια σταθερή έγχυση φαινυλεφρίνης κατά τη διάρκεια εκλεκτικής καισαρικής τομής υπό συνδυασμένη ραχιαία-επισκληρίδιο αναισθησία.

Υλικό και Μέθοδος: 82 επίτοκες χωρίς συννοσηρότητες τυχαίοποιήθηκαν σε συνεχή έγχυση είτε νοραδρεναλίνης 4 µg/min είτε φαινυλεφρίνης 50 µg/min, η οποία ξεκίνησε συγχρόνως με τη χορήγηση του διαλύματος τοπικού αναισθητικού υπαραχνοειδώς. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η επίπτωση τυχόν βραδυκαρδίας στην επίτοκο. Παράλληλα καταγράφηκαν οι αιμοδυναμικές μεταβλητές της επιτόκου σε συγκεκριμένα χρονικά σημεία, η επίπτωση είτε υπότασης είτε αντιδραστικής υπέρτασης, η απαίτηση για bolus χορήγησης είτε εφεδρίνης είτε ατροπίνης καθώς και η οξεοβασική ισορροπία, τα αέρια αίματος και το Apgar score του νεογνού.

Αποτελέσματα: Η επίπτωση της βραδυκαρδίας και η απαίτηση για χορήγηση ατροπίνης διεγχειρητικά ήταν μικρότερες στην ομάδα της νοραδρεναλίνης σε σύγκριση με την ομάδα της φαινυλεφρίνης (4.8% vs. 31.7%, p=0.004 και 2.4% vs. 24.3%, p=0.01, αντιστοίχως). Το εμβρυικό pH και η συγκέντρωση της γλυκόζης στο εμβρυικό αίμα ήταν υψηλότερα στην ομάδα της νοραδρεναλίνης (p=0.027 και 0.019, αντιστοίχως). Δεν υπήρξε διαφορά στην επίπτωση υπότασης, αντιδραστικής υπέρτασης, στην απαίτηση για χορήγηση bolus αγγειοσυσπαστικού παράγοντα ούτε στα Apgar scores των νεογνών.

Συμπεράσματα: Μια σταθερή συνεχής έγχυση νοραδρεναλίνης είναι εξίσου αποτελεσματική στην αποφυγή της υπότασης κατά τη διάρκεια της περιοχικής αναισθησίας για καισαρική τομή σε σύγκριση με μια σταθερή συνεχή έγχυση φαινυλεφρίνης, έχοντας ως πλεονέκτημα την αποφυγή της επαγόμενης από φαινυλεφρίνη βραδυκαρδίας. Το πιο ευνοϊκό οξεοβασικό προφίλ του νεογνού με τη χρήση της νοραδρεναλίνης μπορεί να οφείλεται σε καλύτερη διατήρηση της πλακουντιακής αιματικής ροής με τη χρήση της νοραδρεναλίνης λόγω της β-δράσης της, ενώ η υψηλότερη συγκέντρωση γλυκόζης στο εμβρυικό αίμα στην ίδια ομάδα μπορεί να οφείλεται στην επαγόμενη από κατεχολαμίνες διέγερση του μεταβολισμού της γλυκόζης καθώς και σε ελάττωση της απελευθέρωσης γλυκόζης μέσω διέγερσης των β-υποδοχέων.

Βιβλιογραφία

1. Mercier FJ, Augè M, Hoffmann C, Fischer C, Le Gouez A (2013) Maternal hypotension during spinal anesthesia for caesarean delivery. Minerva Anestesiol 79:62-73
1. Kinsella SM, Carvalho B, Dyer RA, et al (2018) International Consensus Statement on the Management of Hypotension With Vasopressors During Caesarean Section Under Spinal Anaesthesia. Anaesthesia 73:71-92
2. Mets B (2016) Should Norepinephrine, Rather Than Phenylephrine, Be Considered the Primary Vasopressor in Anesthetic Practice? Anesth Analg 122:1707-1714
3. Carvalho B, Dyer RA (2015) Norepinephrine for Spinal Hypotension During Cesarean Delivery: Another Paradigm Shift? Anesthesiology 122:728-730

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ-ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

ΕΑ14 Ερωτηματολόγιο πρακτικής περιοχικής αναισθησίας στην Ελλάδα και καταγραφή του αποτελέσματος των εκπαιδευτικών προσπαθειών προς αυτή την κατεύθυνση

Θεοδωράκη Κ.¹, Μόκα Ε.², Μακρής Α.³, Σταυροπούλου Ε.⁴
¹Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό Και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Creta InterClinic, ³Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ασκληπιείο Βούλας, ⁴Αναισθησιολογικό Τμήμα Νοσοκομείο ΚΑΤ

Σκοπός: Λόγω του έντονου ενδιαφέροντος στην εφαρμογή τεχνικών περιοχικής αναισθησίας διεθνώς καθώς και της επιτακτικής ανάγκης εκπαίδευσης των αναισθησιολόγων σε αυτές, το Ελληνικό Τμήμα της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Περιοχικής Αναισθησίας (ESRA Hellas) οργανώνει ένα αρκετά δημοφιλές στην ελληνική αναισθησιολογική κοινότητα Εφαρμοσμένο Σεμινάριο Περιοχικής Αναισθησίας κατά την τελευταία 10ετία. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν διτλός: αφενός η διερεύνηση της τρέχουσας πρακτικής της περιοχικής αναισθησίας στην Ελλάδα και αφετέρου η αξιολόγηση του προαναφερθέντος Σεμιναρίου από τους ίδιους τους συμμετέχοντες.

Υλικό και Μέθοδος: Η μελέτη έλαβε χώρα μέσω της συμπλήρωσης ανώνυμου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο μεταφορτώθηκε στον ιστοχώρο SurveyMonkey και 825 Έλληνες αναισθησιολόγοι των οποίων τα στοιχεία βρισκόνταν σε ηλεκτρονική λίστα αλληλογραφίας της ESRA Hellas, κλήθηκαν μέσω email να απαντήσουν σε αυτό. Το ερωτηματολόγιο ήταν με τέτοιο τρόπο κρυπτογραφημένο ώστε οι απαντήσεις να συλλεχθούν μέσω του ιστοχώρου SurveyMonkey, με τρόπο που να εξασφαλίζει την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από ερωτήσεις που στόχο είχαν να καταγράψουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων και την τρέχουσα ατομική πρακτική εφαρμογής τεχνικών περιοχικής αναισθησίας. Τέλος, συνελήγησαν και πληροφορίες που αφορούσαν την εμπειρία των ερωτηθέντων από το προαναφερθέν Σεμινάριο Περιοχικής Αναισθησίας.

Αποτελέσματα: Έγινε συλλογή και ανάλυση 424 συμπληρωθέντων ερωτηματολογίων, το οποίο αντιστοιχεί σε ποσοστό συμπλήρωσης 51,4%. Οι αναισθησιολόγοι που έχουν παρακολουθήσει το Εφαρμοσμένο Σεμινάριο της ESRA Hellas δήλωσαν ότι έχουν μεγαλύτερη εξοικείωση με την εφαρμογή περιφερικών αποκλεισμών με τη χρήση νευροδιέγερσης ή/και υπερήχων καθώς και καλύτερη γνώση όσον αφορά την πραγματοποίηση κεντρικών αποκλεισμών με τη χρήση υπερήχων σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν παρακολουθήσει το Σεμινάριο (P<0,001). Οι αναισθησιολόγοι που έχουν παρακολουθήσει το Σεμινάριο είναι επίσης λιγότερο πιθανό να εφαρμόζουν αποκλειστικά τεχνικές γενικής αναισθησίας στα Νοσοκομεία τους ενώ είναι και πιο θετικοί στο να λάβουν μέρος στις εξετάσεις για την απόκτηση του Ευρωπαϊκού Διπλώματος Περιοχικής Αναισθησίας (P<0,001 και p=0,002 αντιστοίχως). Τόσο οι Αναισθησιολόγοι που έχουν παρακολουθήσει το Σεμινάριο όσο και αυτοί που δεν το έχουν παρακολουθήσει θεωρούν το Σεμινάριο αξιόλογο (p=0,313) ενώ αυτοί που το έχουν παρακολουθήσει καταθέτουν προτάσεις για την περαιτέρω βελτίωσή του. Τέλος, και οι δύο ομάδες συμφωνούν στο ότι ο κύριος λόγος για τη χρήση περιοχικών τεχνικών είναι η εξασφάλιση καλύτερης μετεγχειρητικής αναλγησίας (p=0,573) καθώς και στο ότι το μεγαλύτερο εμπόδιο στην εφαρμογή τεχνικών περιοχικής αναισθησίας είναι η ελλιπής εκπαίδευση σε αυτές (p=0,991).

Συμπεράσματα: Διαφάνεται ότι το Εφαρμοσμένο Σεμινάριο Περιοχικής Αναισθησίας της ESRA Hellas εκπληρώνει τους μέχρι τώρα στόχους του ενώ με βάση τις απαντήσεις των ερωτηθέντων για τα αδύναμα σημεία του θα καταβληθεί προσπάθεια από τους διοργανωτές ώστε να βελτιωθεί περισσότερο στους επόμενους Κύκλους και να υπάρξει παρακολούθησή του από τη συντριπτική πλειοψηφία των Ελλήνων Αναισθησιολόγων.

ΕΑ15 Περιεγχειρητική χορήγηση Λιδοκαΐνης ή Δεξμεδετομιδίνης για την αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου: διπλά τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, τυχαιοποιημένη μελέτη

Ρεκατσίνια Μ.¹, Θεοδοσοπούλου Π.², Στάικου Χ.²
¹Whipps Cross University Hospital, Barts Health NHS Trust, London, United Kingdom, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική Κέντρο Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για τον αναισθησιολόγο και η αναζήτηση συνόδων αναλγητικών φαρμάκων με σκοπό τη μείωση της κατανάλωσης οπιοειδών, συνεχίζεται. Μελετήσαμε την περιεγχειρητική χορήγηση λιδοκαΐνης ή δεξμεδετομιδίνης, έναντι εικονικού φαρμάκου, για την αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου.

Υλικό και Μέθοδος: Στην παρούσα προοπτική, διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη, 91 γυναίκες, 30-70 ετών, ASA I-II, προγραμματισμένες για κοιλιακή υστερεκτομή ή ινομυωματεκτομή, έλαβαν λιδοκαΐνη (LID), δεξμεδετομιδίνη (DEX) ή εικονικό φάρμακο (Control). Πριν την εισαγωγή στην αναισθησία, όλες οι ασθενείς ελάμβαναν διάλυμα

0.9 ml/kg/h για 10 λεπτά, ακολουθούμενο από έγχυση 0.15 ml/kg/h έως το τελευταίο ράμμα. Οι σύριγγες ήταν πανομοιότυπες και περιείχαν είτε λιδοκαΐνη 10 mg/ml (δόση φόρτισης: 1.5 mg/kg, δόση διατήρησης: 1.5 mg/kg/h), ή δεξμεδετομιδίνη 4 mcg/ml (δόση φόρτισης: 0.6 mcg/kg, δόση διατήρησης: 0.6 mcg/kg/h), ή NaCl 0.9%. Αμέσως μετεγχειρητικά οι ασθενείς είχαν πρόσβαση σε PCA αντλία μορφίνης. Αξιολογούνταν η ένταση του πόνου (NRS:0-10), η ναυτία, η κατανάλωση αναλγητικών και αντιεμετικών φαρμάκων την 1η, 4η και 8η ώρα μετεγχειρητικά, καθώς και η ποιότητα ύπνου και η ικανοποίηση των ασθενών το πρώτο 24ωρο.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν στοιχεία από 81 γυναίκες (μέση ηλικία 48 έτη). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατανάλωση μορφίνης μεταξύ των ομάδων LID και Control την 1η μετεγχειρητική ώρα (p=0,017). Επίσης, η δεξμεδετομιδίνη αποδείχθηκε ανώτερη του εικονικού φαρμάκου (p=0,041) στην πρόληψη της άμεσης μετεγχειρητικής ναυτίας (1η ώρα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα NRS scores πόνου σε καμία χρονική στιγμή, ούτε στη χρήση αναλγησίας ή αντιεμετικών διάσωσης, στην ποιότητα ύπνου και στην ικανοποίηση το πρώτο 24ωρο.

Συμπεράσματα: Η διεγχειρητική χορήγηση λιδοκαΐνης δείχνει κάποια ενθαρρυντικά αποτελέσματα σχετικά με τη μείωση της κατανάλωσης οπιοειδών άμεσα μετά την έξοδο από το χειρουργείο. Η δεξμεδετομιδίνη φαίνεται να έχει προστατευτικό ρόλο σχετικά με τη ναυτία άμεσα μετεγχειρητικά, αλλά όχι με τον οξύ μετεγχειρητικό πόνο.

ΕΑ16 Χρόνος χειρουργείου, Περιοχική αναισθησία και λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων σε ασθενείς με κατάγμα ισχίου: επηρεάζουν την έκβαση;

Καλαμποκίνη Αικ.¹, Τσαγκάρης Μ.¹, Τσιασιώτης Π.², Τιλελή Μ.¹, Ψυχogiός Β.³, Μακρής Α.¹
¹Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα, ²Ε' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα

Σκοπός: Τα κατάγματα του ισχίου αποτελούν σημαντικότερο πρόβλημα δημόσιας υγείας σε ηλικιωμένους πληθυσμούς, καθώς η αυξημένη συχνότητα και η καθυστερημένη αντιμετώπισή τους, συνοδεύονται από υψηλά ποσοστά επιπλοκών και θνητότητας. Σκοπός της μελέτης μας είναι να αξιολογήσουμε, σε ασθενείς με κατάγματα ισχίου, τον αντίκτυπο του χρόνου διεξαγωγής της χειρουργικής επέμβασης και της πιθανής λήψης αντιπηκτικών φαρμάκων στη μετεγχειρητική τους πορεία και τη θνητότητα.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 130 ασθενείς, που προσήλθαν στη διάρκεια ενός έτους, στην Ε' Ορθοπαιδική Κλινική του νοσοκομείου μας, με διατροχαντήριο ή υποκεφαλικό κατάγμα ισχίου. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η λήψη ή μη αντιπηκτικών πριν το κατάγμα καθώς και ο χρόνος επέμβασης σε σχέση με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο (< 48 ώρες, 48 – 72 ώρες, > 72 ώρες). Όλοι οι ασθενείς χειρουργήθηκαν υπό περιοχική αναισθησία. Με βάση τα προαναφερθέντα δεδομένα, συγκρίναμε το χρόνο νοσηλείας και τη θνητότητα των ασθενών ενδοноσοκομειακά, 3 μήνες και 6 μήνες μετεγχειρητικά.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 82 ± 9,5 έτη, με τις γυναίκες να αποτελούν το 77,69% του συνόλου. 50 ασθενείς (38,46%) λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή, εκ των οποίων, οι 39 χειρουργήθηκαν μετά τις πρώτες 48 ώρες. Συνολικά, πέθαναν 28 ασθενείς (21,53%) εκ των οποίων οι 2 (1,54%) άμεσα μετεγχειρητικά, οι 4 (3,08%) εντός τριμήνου και οι 22 (16,92%) εντός εξαμήνου. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 82,14% των θανόντων χειρουργήθηκαν μετά τις πρώτες 48 ώρες, ενώ το 71,42% αυτών λάμβανε αντιπηκτική αγωγή κατ' οίκον. Επιπρόσθετα, όπως η θνητότητα, έτσι και η διάρκεια νοσηλείας μετεγχειρητικά, παρατηρήθηκε ότι αυξήθηκε ανάλογα με την καθυστέρηση διενέργειας του χειρουργείου (4,4 ± 0,7 έναντι 5,6 ± 0,9 ημέρες).

Συμπεράσματα: Η καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης (>48 ώρες) σε ασθενείς με κατάγματα ισχίου φαίνεται ότι αυξάνει τα ποσοστά θνητότητας και το χρόνο νοσηλείας τους. Η λήψη αντιπηκτικών δεν θα πρέπει να καθυστερεί την έγκαιρη αντιμετώπιση ανάλογων περιστατικών, προκειμένου να πληρούνται τα κριτήρια για τη χορήγηση περιοχικής αναισθησίας. Επομένως, τα άσχημα νέα, είναι ότι ο χρόνος πετάει. Τα καλά νέα είναι ότι είμαστε εμείς ο πιλότος. (Michael Altshuler).

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΙΙ: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ17 Φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της HIV πολυνευροπάθειας

Μουτζούρη Α., Δερβέναγα Ε., Ριτσώτη Λ., Σιαφάκα Ι.
Ιατρείο Πόνου, Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η περιφερική νευροπάθεια είναι η πιο συχνή επιπλοκή της HIV λοίμωξης και συχνά σχετίζεται με την ίδια τη νόσο ή με την αντιρετροϊκή αγωγή.
Σκοπός: Η αντιμετώπιση του πόνου της HIV νευροπάθειας.
Υλικό και μέθοδος: Το Σεπτέμβριο 2017 άνδρας 49 ετών προσέρχεται στο ιατρείο πόνου με συμπτώματα νευροπάθειας τύπου κάλτσας (πόνος, αιμωδία, κάψιμο) υπό αγωγή με Lyrica.
Ιστορικό: Λοίμωξη HIV το 2004 και θεραπεία με αντιρετροϊκή αγωγή. Σύνδρομο προστριβής λαγονοκνημιαίας ταινίας το οποίο ο αντιμετωπίζεται με φυσικοθεραπεία. Πολλαπλές λοιμώξεις από έρπητα ζωστήρα με λήψη ακυκλοβίρης.
Ιούλιος 2017: Διαγνώστηκε με HIV πολυνευροπάθεια μεγάλων και μικρών νευρικών ινών.
Αρχικά αντιμετωπίστηκε με βελονισμό και συνέχιση του Lyrica.
Εγιναν 12 συνεδρίες (1/εβδομάδα) βελονισμού με ύφεση του πόνου (vas=0) και διακοπή Lyrica. Στη συνέχεια 8 συνεδρίες βελονισμού (1συνεδρία/μήνα) και έναρξη Nevralip (600mg/ημέρα).
Νοέμβριος 2018: Εμφάνισε ατοπική δερματίτιδα με έντονο κνησμό στη ράχη και έλαβε 30 συνεδρίες φωτοθεραπείας UVB χωρίς αποτέλεσμα. Επίσης εμφάνισε έρπητα ζωστήρα αριστερά Θ4-Θ7 και έλαβε Ζονίραx για 3 μήνες.
Ιανουάριος 2019: Ρεφλεξολογία 12 συνεδρίες (1/εβδομάδα) και στη συνέχεια 6 συνεδρίες (1/15μέρες).
Ιούλιος 2019: Κολύμπι για 2μήνες καθημερινά.
Σεπτέμβριος 2019: Εναρξη CBD 2%.
Οκτώβριος 2019: Φυσικοθεραπεία για το σύνδρομο προστριβής λαγονοκνημιαίας ταινίας. Υφεση κνησμού στον κορμό.
Μάρτιος 2020: Διακοπή του Nevralip και εμφάνιση αιμωδίας στα άνω άκρα τύπου γαντιού. Αρχισε πάλι τη λήψη του Nevralip με άμεση υποχώρηση των συμπτωμάτων.
Ιούνιος 2020 έως σήμερα. Ο ασθενής λαμβάνει Nevralip, CBD, κολυμπά καθημερινά και δεν αναφέρει συμπτώματα (Vas=0)
Αποτελέσματα: 1. Βελτίωση των συμπτωμάτων 2.Μείωση του πόνου 3. Διατήρηση του αποτελέσματος
Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να φανεί αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση του πόνου της HIV νευροπάθειας.

Βιβλιογραφία
1. Amaniti A, Sardeli Chr, Fyntanidou V, Oikonomou P and Grosomanidis V: Pharmacologic and Non-Pharmacologic Interventions for HIV-Neuropathy Pain. A Systematic Review and a Meta-Analysis Medicina 2019, 55, 762.
2. Nicholas PK, Kemppainen JK, Canaval GE, Corless IB, Sefcik EF, Nokes KM, Bain CA, Kirksey KM, Eller LS, Dole PJ, Hamilton MJ, Coleman CL, Holzemer WL, Reynolds NR, Portillo CJ, Bunch EH, Wantland DJ, Voss J, Phillips R, Tsai YF, Mendez MR, Lindgren TG, Davis SM, Gallagher DM: Symptom management and self-care for peripheral neuropathy in HIV/AIDS. AIDS Care 2007 Feb;19(2):179-89. doi: 10.1080/09540120600971083
3. Phillips K, Skelton W, Hand G. Effect of acupuncture administered in a group setting on pain and subjective peripheral neuropathy in persons human immunodeficiency virus disease. J Altern Complement Med2004 Jun;10(3):449-55. doi: 10.1089/1075553041323678

ΕΑ18 Αντιμετώπιση χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου με βελονισμό και Nevralip

Μουτζούρη Α., Κλήμη Π., Μάκρα Λ., Σιαφάκα Ι.
Ιατρείο Πόνου, Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Το 10% ασθενών μετά από επέμβαση αναπτύσσουν χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο. Ο πόνος αυτός αρχικά ξεκινά ως οξύς πόνος είναι δύσκολος στην αντιμετώπιση του και τελικά μεταπίπτει σε χρόνιο πόνο με νευροπαθητικά στοιχεία επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς.
Σκοπός: Η αντιμετώπιση χρόνιου μετεγχειρητικού νευροπαθητικού πόνου με βελονισμό και Nevralip
Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα ασθενής ηλικίας 43 ετών προσήλθε στο ιατρείο πόνου με χρόνιο νευροπαθητικό πόνο από γετία μετά από χειρουργική αφαίρεση οστεώματος αριστερού μετωπιαίου κόλπου. Ο πόνος εντοπιζόταν στο τριχωτό της κεφαλής, στο μέτωπο, στο πρόσωπο και στα δόντια της άνω γνάθου. Ήταν

συνεχής κατά τη διάρκεια της ημέρας και πολύ έντονος (Vas=10 και DN4=9). Η ασθενής επίσης ανέφερε ναυτία, ζάλη, αυπνία, φόβο και εκνευρισμό.
Από το ατομικό αναμνηστικό ανέφερε κωνοειδή εκτομή τραχήλου μήτρας, φλυκταινώδη ψωρίαση και αλλεργίες τις οποίες είχε αντιμετωπίσει με ομοιοπαθητική. Τέλος ανέφερε παρενέργειες στη λήψη πρεγκαμπαλίνης και Lonarid N τα οποία είχε λάβει για τον πόνο.
Λόγω της έντονης συμπτωματολογίας, του φόβου της ασθενούς για παρενέργειες φαρμάκων και της επιθυμίας της αποφασίσθηκε όπως η αντιμετώπιση του πόνου γίνει με βελονισμό.
Η διάρκεια της θεραπείας με βελονισμού διήρκεσε 10 εβδομάδες (1/συνεδρία/εβδομάδα). Η επιλογή των σημείων βελονισμού έγινε με βάση τον πόνο και τα συνοδά συμπτώματα. Στο τέλος της θεραπείας με βελονισμό δόθηκε Nevralip 600mg/ημέρα.
Αποτελέσματα: 1. Μείωση του πόνου από την 1η συνεδρία (Vas=3)
2. Στο τέλος της θεραπείας η ένταση του πόνου ήταν Vas=2 και το DN4=3.
3. Βελτιώθηκαν η ζάλη, η ναυτία, η αυπνία και η λειτουργικότητα της ασθενούς
4. Τρείς και 6 μήνες μετά η ασθενής ήταν ελεύθερη συμπτωμάτων (Vas=2).
Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός βελονισμού με Neurapil μπορεί να είναι αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση χρόνιου νευροπαθητικού μετεγχειρητικού πόνου.

Βιβλιογραφία
1. Cabýoglu MT, Ergene N, Tan U: The mechanism of acupuncture and clinical applications. 2006 Feb;116(2):115
2. Xu J, Zhang FQ, Pei J, Ji J. Acupuncture for migraine without aura: a systematic review and meta-analysis.J Integr Med. 2018 Sep;16(5):312-321
3. Kelly RB and Willis J: Acupuncture for Pain. Am Fam Physician2019 Jul 15;100(2):89-96.
4. Coeytaux RR, Deanna Befus: Role of Acupuncture in the Treatment or Prevention of Migraine, Tension-Type Headache, or Chronic Headache Disorders. Headache . 2016 Jul;56(7):1238-40.
5. Paul Glare , Karin R Aubrey2, Paul S Myles: Transition from acute to chronic pain after surgery. 2019 Apr 13;393(10180):1537-1546. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30352-6.

ΕΑ19 Μεξιλετίνη για την αντιμετώπιση επιμένουσας γλωσσοφαρυγγικής νευραλγίας

Rekatsina M.¹, Lewinsohn B.²
¹Chronic Pain Clinical Fellow Whipps Cross Hospital, Barts Health NHS Trust, London, ²Consultant in Pain Medicine, Whipps Cross Hospital, Barts Health NHS Trust, London

Θεωρητικό υπόβαθρο
Η γλωσσοφαρυγγική νευραλγία (ΓΝ) είναι ένα σπάνιο σύνδρομο πόνου κατά μήκος της αισθητηριακής κατανομής του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου, που χαρακτηρίζεται από ένα σύντομο επεισόδιο οξέος πόνου (δευτερόλεπτα έως λεπτά), με απότομη έναρξη και απότομη διακοπή. Ο πόνος συνήθως προκαλείται από βήχα, ομιλία ή κατάποση. Επιδημιολογικά εμφανίζεται σε ποσοστό 0,7: 100.000 του πληθυσμού και αντιπροσωπεύει περίπου το 1% όλων των τύπων κρανιακών νευραλγιών, ενώ φαίνεται να έχει την ίδια επίπτωση και στα δύο φύλα (1). Περίπου το 10% των ασθενών εμφανίζουν έντονη συμμετοχή παρασυμπαθητικού κατά τη διάρκεια της έξαρσης, με βραδυκαρδία, υπόταση, συγκοπτικό επεισόδιο, επιληπτικές κρίσεις ή ακόμη και καρδιακή ανακοπή (2).
Παρουσίαση περιστατικού / Προτεινόμενη διαχείριση
Αναφέρουμε την περίπτωση άνδρα 63 ετών, με ιστορικό ΓΝ από εννέα έτη, η οποία αρχικά διαγνώστηκε ως νευραλγία τριδύμου. Τα συμπτώματά του κυμαίνονταν από μικρά επεισόδια έξαρσης πόνου -30 δευτερόλεπτα- (περιλάμβαναν: αυτί, κάτω γνάθο, φάρυγγα, βάση της γλώσσας), και προκαλούνταν κυρίως από την κατάποση, έως επεισόδια χωρίς εμφανή αιτία πρόκλησης, επιδεινούμενα με την πάροδο του χρόνου. Ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο αρκετές φορές για επιδείνωση του πόνου (NRS 10/10) ή για στηθάγχη/δύσπνοια ηρεμίας κατά τη διάρκεια των επεισοδίων πόνου.
Στο παρελθόν είχε χρησιμοποιήσει αμιτριπτυλίνη, ντουλοξετίνη, λαμοτριγίνη, ινδομεθακίνη, παρακεταμόλη, διαζεπάμη, τοπιραμάτη, ενδοφλέβια έγχυση φαιντολίνης και μορφίνη με ελάχιστο ή καθόλου όφελος. Η γκαμπαπεντίνη και η καρβαμαζεπίνη λόγω προηγούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών, δεν ήταν ανεκτές. Για την αντιμετώπιση του επιμένουστος πόνου δοκιμάσαμε ενδοφλέβια έγχυση λιδοκαΐνης 4mg/kg και καθώς υπήρξε άμεση πλήρης ανακούφιση (η οποία διήρκεσε λίγες ώρες) αποφασίσαμε να συνταγογραφίσουμε ένα παρόμοιο φάρμακο, τη μεξιλετίνη, σε αρχική δόση 100mg x2. Με περαιτέρω τιτλοποίηση 150mg x2 στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, ο ασθενής αναφέρει σημαντικά βελτιωμένη ποιότητα ύπνου και εξάρσεις με ανεπαίσθητο πόνο (NRS 1-2/10).

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΙΙ: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Συζήτηση / Συμπέρασμα

Η μεξιλετίνη είναι ένας αποκλειστής διαύλων νατρίου που έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου και θεωρείται αποτελεσματικός σε ασθενείς που έχουν ανταποκριθεί στην ενδοφλέβια λιδοκαΐνη. Ως εκ τούτου, μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη στην επιμένουσα ΓΝ, η οποία ανταποκρίνεται στη λιδοκαΐνη. Ωστόσο, καθώς η κλινική αξία της μεξιλετίνης αμφισβητείται λόγω των σημαντικών παρενεργειών της (ναυτία, πονοκέφαλος, ξηροστομία κ.α) και της πιθανότητας ανάπτυξης ταχυφρυλαξίας μετά από παρατεταμένη χρήση (3), οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί. Η ειλικρινής επικοινωνία με τους ασθενείς αποτελεί το κλειδί για τη θέσπιση ενός μακροχρόνιου σχεδίου διαχείρισης του πόνου και επιτρέπει την εξέταση περαιτέρω επιλογών και επεμβατικών προσεγγίσεων (χειρουργική επέμβαση, μπλοκ νεύρου κ.λπ.).

Βιβλιογραφία

1. Shah RJ, Padalia D. Glossopharyngeal Neuralgia. [Updated 2020 Mar 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541041/>
2. Singh, P. M., Kaur, M., & Trikha, A. (2013). An uncommonly common: Glossopharyngeal neuralgia. Annals of Indian Academy of Neurology, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.107662>
3. Carroll IR, Kaplan KM, Mackey SC. Mexiletine therapy for chronic pain: survival analysis identifies factors predicting clinical success. J Pain Symptom Manage. 2008;35(3):321-326. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.04.022

ΕΑ20 Τα συμπληρώματα διατροφής ωφελούν στη διαχείριση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου;

Κοκολάκη Μ.¹, Κανδρεβιώτη Σ.¹, Νιάκα Α.¹, Γαβρά - Παπασπύρου Αικ.¹, Ραϊτσίου Μπ.²
¹Ιατρείο Πόνου Γ.Ν Σισμανόγλειο, ²ΜΕΘ Ν.Ν. Σισμανόγλειο

Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε από τα συμπληρώματα διατροφής τα αντιοξειδωτικά φάρμακα, εάν ωφελούν στον Χρόνιο Νευροπαθητικό Πόνο. **Υλικό - μέθοδος:** Μελετήσαμε 22 ασθενείς, εκ των οποίων 12 είχαν διαβητική νευροπάθεια και 10 νευροπάθεια από χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 62 – 80 ετών, ASA, II, III. Χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η Α' ομάδα (11 ασθενείς) έλαβε pregabalin, zaldiar (παρακεταμόλη/τραμαδόλη), ντουλοξετίνη και Μ.Σ.ΑΦ (για 1 εβδομάδα). Η Β' ομάδα (11 ασθενείς) έλαβε τα ίδια φάρμακα με επιπλέον το αντιοξειδωτικό α' λιποϊκό οξύ (neuralip). **Αποτελέσματα:** οι ασθενείς της Α' ομάδας σε 2 εβδομάδες είχαν πόνο με την κλίμακα VAS > 7. Η Β' ομάδα VAS > 7. Σε 4 εβδομάδες η Α' ομάδα VAS < 6, η Β' ομάδα VAS < 5. Σε 8 εβδομάδες η Α' ομάδα VAS < 4, η Β' ομάδα VAS < 3. Σε 2 μήνες η Α' ομάδα VAS < 3, η Β' ομάδα VAS < 2 και μειώθηκε η δόση της pregabalin. **Συμπέρασμα:** Φαίνεται το α-λιποϊκό οξύ να έχει θετική αναλγητική δράση στον Χρόνιο Νευροπαθητικό Πόνο και να συντελεί στην μείωση των δόσεων των φαρμάκων, άρα και στην μείωση των παρενεργειών τους.

ΕΑ21 Εφαρμογή Pulsed Radiofrequency σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή για την Θεραπεία μεθερπητικής νευραλγίας τριχωτού κεφαλής. Παρουσίαση περιστατικού

Βαδαλούκα Α., Φτούλης Γ., Τζαβούλης Δ.
Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Η μεθερπητική νευραλγία εμφανίζεται σαν επίπτωση του οξέως έρπητα ζωστήρα σε ποσοστό πάνω του 46% σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών. Συχνά χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη αλλοδυνία και υπεραλγησία που έχει σαν αποτέλεσμα την μειωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών για μήνες και χρόνια μετά την αποδρομή της οξείας φάσης του έρπητα ζωστήρα. Ο πόνος της μεθερπητικής νευραλγίας επηρεάζει επίσης τον ύπνο και τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α πρώτης γραμμής θεραπεία είναι η πρεγκαμπαλίνη με τραμαδόλη και το patch της καψαϊκίνης ενώ δεύτερη γραμμή θεραπείας τα αντικαταθλιπτικά (SNRI) και το patch της λιδοκαΐνης. Τα ισχυρά οπιοειδή αποτελούν τρίτη γραμμή θεραπείας καθώς και οι παρεμβατικές τεχνικές. **Σκοπός** της μελέτης είναι η παρουσίαση περιστατικού με μεθερπητική νευραλγία τριχωτού κεφαλής με στόχο 1)Τον σχολιασμό της προηγούμενης θεραπείας που ελάμβανε ο ασθενής και 2)Την επιτυχή εφαρμογή Pulsed radiofrequency **Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής ηλικίας 58 ετών προσήλθε στο Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών πάσχων από μεθερπητική νευραλγία προ διαιτίας στο τριχωτό της κεφαλής

αριστερά και ελάμβανε TTS fentanyl 325 μγ/h ανά 48 ώρες, abstral 200x4, neurontine 300x8 mg , cymbalta 60x1 mg, xanax 0,5 mg x3.Ο ασθενής με την συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή εμφάνιζε εντονώτατο πόνο VAS=8-10,DN4=6 και συνεχή υπνηλία. Αποφασίσθηκε η σταδιακή αποδέσμευση του ασθενούς από τα ισχυρά οπιοειδή με την χρήση υποδόριας χορήγησης catapresan, διακοπή του neurontine και η αντικατάστασή του από lyrica και η μείωση της δόσης του xanax. Συμπληρωματικά αποφασίστηκε η εφαρμογή Pulsed radiofrequency του μείζονος και ελάσσονος ινιακού νεύρου 2 φορές σε διάστημα 1 μηνός. Ο ασθενής σε διάστημα δύο μηνών έκανε ανεξάρτηση των ισχυρών οπιοειδών και λαμβάνει μόνο patch 12μγ/h, lyrica 600 mg /day, cymbalta 120 mg/day, xanax 0,5. Ο πόνος του μειώθηκε σημαντικά VAS=3-4 ενώ βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής του. **Συμπέρασμα:** Η εφαρμογή Pulsed Radiofrequeny αποτελεί παρεμβατική τεχνική σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή που βελτιώνει την ποιότητα ζωής ασθενών με μεθερπητική νευραλγία.

ΕΑ22 Σύνδρομο αποιειδούς μυός: όταν η συντηρητική θεραπεία ανεπαρκεί

Τσαγκάρης Μ.¹, Μακρής Α.¹, Κατραμπασάς Ι.², Μπίνα Α.¹, Ποταμιάνου Σ.¹, Μελά-Καραμανάκου Α.¹
¹Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, ² Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Σκοπός: Το σύνδρομο αποιειδούς μυός (Piriformis syndrome) είναι μια περιφερική νευρίτιδα που προκαλείται από την παγίδευση του ισχιακού νεύρου από τον ομώνυμο μυ κατά την διέλευσή του από το ισχιακό τρήμα. Χαρακτηρίζεται από πόνο στο γλουτό και το ισχίο που μπορεί να επεκτείνεται στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού ή και περιφερικότερα, μιμούμενος την τυπική ισχιαλγία. Μπορεί να οφείλεται στην υπέρχρηση του μυός ή επαναλαμβανόμενο τραύμα αυτού. Συνήθως η θεραπεία είναι συντηρητική, όμως σε περίπτωση που αυτή αποτύχει, προχωράμε σε παρεμβατικές τεχνικές, χωρίς να υπάρχουν όμως σαφή δεδομένα για το ποια από αυτές είναι αποδεδειγμένα πιο αποτελεσματική. Περιγράφουμε την εμπειρία μας από την υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση έγχυση κορτικοστεροειδούς και τοπικού αναισθητικού. **Υλικό & Μέθοδος:** Εξετάσαμε έξι ασθενείς ηλικίας 42 έως 61 ετών, 4 γυναίκες και 2 άνδρες, με σύνδρομο αποιειδούς, που ακολούθησαν συντηρητική θεραπεία με ειδικές ασκήσεις και ΜΣΑΦ για διάστημα άνω των 3 μηνών χωρίς επαρκές αποτέλεσμα. Αποφασίσθηκε η χορήγηση 6mg φωσφορικής/οξικής βηταμεθαζόνης και 5 ml ροπιβακαΐνης 0.2% ενδομυϊκά. Η έγχυση έγινε υπο υπερηχογραφική καθοδήγηση, σε 2 σημεία εντός του αποιειδούς μυός, με τον ασθενή σε πρηνή θέση, με επιμήκη απεικόνιση του μυός, προώθηση της βελόνης εντός ακουστικού πεδίου και αποφυγή έγχυσης πλησίον του ισχιακού νεύρου. Η Αριθμητική Κλίμακα Πόνου (NRS) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση του πόνου. **Αποτελέσματα:** Μετά την έγχυση ο πόνος υφέθηκε πλήρως (NRS:0), τόσο κατά την πίεση της επώδυνης περιοχής, όσο και κατά την επανάληψη των προηγούμενων επώδυνων κινήσεων από τον ασθενή. Μία ασθενής εμφάνισε σημεία ήπιου κινητικού αποκλεισμού του ισχιακού νεύρου διάρκειας δύο ωρών. Εξι εβδομάδες μετά την παρέμβαση οι 5 ασθενείς ήταν ασυμπτωματικοί με ήπιες ενοχλήσεις περιστασιακά. Χωρίς να λαμβάνουν παυσίπονα, συνέχιζαν μόνο τις ασκήσεις τους. Δήλωσαν απολύτως ικανοποιημένοι από τη διαχείριση του προβλήματός τους. Σε μία ασθενή έγινε επανάληψη της διαδικασίας 3 εβδομάδες μετά την πρώτη λόγω μη επαρκούς αποτελέσματος. **Συμπεράσματα:** Αν και η βιβλιογραφία δεν αποσαφηνίζει τη συμβολή των τοπικών εγχύσεων στο επίμονο σύνδρομο αποιειδούς, η έγχυση τοπικού αναισθητικού και κορτικοστεροειδούς υπό υπερηχογραφική παρακολούθηση φαίνεται να είναι ασφαλής και αποτελεσματική, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα, όποτε και επιτρέπει στους ασθενείς να εκτελούν τις ειδικές εκτατικές ασκήσεις, που αποτελούν την κυρίως θεραπεία τους, χωρίς πόνο. Συμβάλλει λοιπόν ως κομμάτι της πολυπαραγοντικής (multimodal) αντιμετώπισης του συνδρόμου.

Βιβλιογραφία

1. Chang A, Varacallo M. Piriformis Injection. [Updated 2020 May 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan
2. Bardowski EA, Byrd JWT. Piriformis Injection: An Ultrasound-Guided Technique. Arthrosc Tech. 2019;8(12):e1457-e1461. Published 2019 Nov 13. doi:10.1016/j.eats.2019.07.033

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

EA23 Αντιμετώπιση ασθενών με Σύνδρομο Μυοπεριτονιακού Πόνου με wet needling στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Κρήτης

Παπαντωνάκη Σ., Γαβριλάκη Ε., Ανδρεαδάκη Ε., Λουλάκη Θ.
Αναισθησιολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης

Εισαγωγή: Ο μυοπεριτονιακός πόνος (myofascial pain), αποτελεί το συχνότερο αναφερόμενο μυοσκελετικό πρόβλημα και την κύρια αιτία προσέλευσης σε Ιατρεία Πόνου, στο 80% των ασθενών που τα επισκέπτονται. Το Σύνδρομο Μυοπεριτονιακού Πόνου, είναι ένα περιοχικό σύνδρομο πόνου (οξείας ή χρονίου) που εντοπίζεται σε μια μυϊκή ομάδα και χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή πολλών επώδυνων στη πίεση σημείων, τα οποία αποκαλούνται πυροδοτικά σημεία (trigger points TP).
Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής wet needling σε ασθενείς με μυοπεριτονιακό πόνο.

Υλικό και Μέθοδος: Στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου μας, αντιμετωπίστηκαν με Σύνδρομο Μυοπεριτονιακού Πόνου, 25 ασθενείς, 20 γυναίκες και 5 άνδρες. Οι ηλικίες των ασθενών κυμάνθηκαν από 32 έως 65 ετών. Από αυτούς, 15 προσήλθαν με οσφυαλγία εξαιτίας παρουσίας TP στους θωρακοοσφυϊκούς παρασπονδυλικούς μύες, 5 με ραιβόκρανο και αυχεναλγία εξαιτίας TP στον ανελκτήρα μυ της ωμοπλάτης, 3 με άτυπη ημικρανία και παρουσία TP στον άνω τραπεζοειδή και στερνοκλειδομαστοειδή, ενώ 2 ήταν οι ασθενείς με παγωμένο ώμο και TP στον υποπλάτιο μυ. Όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή πριν την επίσκεψη τους στο Ιατρείο Πόνου, (αντιφλεγμονώδη, παρακεταμόλη, μυοχαλαρωτικά), χωρίς αποτέλεσμα. Η διάρκεια του συνδρόμου κυμάνθηκε από 3 μήνες έως και 1 έτος.

Πραγματοποιήθηκαν διηθήσεις εντός των πυροδοτικών σημείων με τοπικό αναισθητικό (Ροπιβακαίνη 5 mg/ml), συνεδρίες που κυμάνθηκαν από 3 έως 5 συνολικά.

Αποτελέσματα: Πολύ καλά αποτελέσματα είχε το 20% των ασθενών (5) από την πρώτη συνεδρία με μείωση του VAS score από 10 στο 5. Σημαντική ελάττωση του πόνου (VAS score 2-3) και βελτίωση της κινητικότητας εμφάνισε το 32% (8) στην τρίτη συνεδρία και το 48% (12) στην τέταρτη συνεδρία, ενώ VAS score 0 είχε το 100% των ασθενών στην 5η συνεδρία.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση του συνδρόμου μυοπεριτονιακού πόνου, με διήθηση των σημείων πυροδότησης με τοπικό αναισθητικό, προσφέρει ταχεία ανακούφιση από τον πόνο, αποτρέποντας την χρονιότητα και την ταλαιπωρία του ασθενούς.

Βιβλιογραφία

1. Mehl J. Desai et al.(2013). Myofascial Pain Syndrome: A Treatment Review . P Pain Ther 2:21-36
2. W. Evan Rivers et al. (2015). Signs and Symptoms of Myofascial Pain: An International Survey of Pain Management Providers and Proposed. Preliminary Set of Diagnostic Criteria. Original Research Article. Pain Medicine 16:1794-1805
3. Myofascial Pain and Treatment : Editorial . A critical overview of the current myofascial pain literature- November 2018. Journal of Bodywork & Movement Therapies

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

EA24 Η χρήση του βελονιστικού σημείου Ex-KH3 “YIN TANG” για την ανακούφιση του άγχους θανάτου σε ογκολογικούς ασθενείς

Κωνσταντίνου Α.¹, Wiedemann K.¹, Αλεξάκης Α.²
¹Krankenhaus Nordwest GmbH, Frankfurt am Main, Germany, ²Ανεξάρτητος Ερευνητής

Σκοπός: Σκοπός είναι η καταγραφή επαναλαμβανόμενου μοτίβου, το οποίο παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια συνεδριών βελονισμού σε ογκολογικούς ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσίαση σειράς περιπτώσεων (case series) τεσσάρων (4) ογκολογικών περιστατικών, ασθενών τελικού σταδίου, νοσηλευόμενων σε τμήμα παρηγορητικής ιατρικής οι οποίοι έλαβαν συμπληρωματικά κατά τις διάρκειες της νοσηλείας τους συνεδρίες βελονισμού. Στόχος των συνεδριών ήταν α) η βελτίωση των κατά περίπτωση συμπτωμάτων (δύσπνοια, ναυτία και έμετος, χρόνια οσφυαλγία) και β) η ανακούφιση του ψυχικού άγχους. Σε όλους τους ασθενείς η τελευταία βελόνα που τοποθετήθηκε ήταν στο σημείο Ex-KH3 “Yin Tang” με την ένδειξη ανακούφιση ψυχικής ανησυχίας. (1)

Αποτελέσματα: Και στους τέσσερις ασθενείς παρατηρήθηκε στην τελευταία συνεδρία αμέσως μετά το βελονισμό στο σημείο Ex-KH3 “Yin Tang” α) η άμεση υποχώρηση του γενικευμένου άγχους και της ανησυχίας β) η έλευση του ύπνου εντός διαστήματος δευτερολέπτων γ) η κατάληξη του ασθενή σε χρονικό διάστημα λίγων λεπτών έως μίας ώρας, χωρίς δυσφορία, παρά το γεγονός ότι ο άμεσος θάνατός δεν ήταν κλινικά αναμενόμενος.

Συμπεράσματα: Στη συγκεκριμένη σειρά ασθενών τον βελονισμό του Ex-KH3 “Yin Tang” ακολούθησε η μείωση του ψυχικού άγχους -ειδικότερα του άγχους θανάτου- καθώς και ο γρήγορος ανώδυνος θάνατος. Περαιτέρω μελέτες είναι αναγκαίες για την διερεύνηση ενός πιθανού συσχετισμού και την αξιοποίηση του φαινομένου στον τομέα της παρηγορητικής ιατρικής.

Βιβλιογραφία

1. Hecker H U, Steveling A, Peuker E. Praxis Lehrbuch Akupunktur, Haug Verlag, Stuttgart 2017

EA25 Η Αγωνία, ο Πόνος & η Αναζήτηση Παρηγορικής Θεραπείας την Περίοδο της Πανδημίας σε Ασθενείς με Χρόνια Νοσήματα

Χρονάκης Ι.¹, Βαδαλούκα Α.², Σιαφάκα Ι.³, Σταυροπούλου Ε.⁴, Σιαπέρα Β.⁵, Σοϊλεμεζίδου Χ.⁶, Μπερδούσης Ι.⁷
¹Αναισθησιολόγος Επ. Β΄ Υπεύθυνος Ι.Π & Παρηγορικής Γ.Ν. Σύρου, ²Αν. Καθ. Αναισθησιολογίας – Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, Επίτιμη Γενική Γραμματέας Παγκόσμιου Ινστιτούτου Πόνου (WIP), Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Συνδέσμου κατά του Πόνου (EuLAP), Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Περιοχικής Αναισθησίας (ESRA), ³Ομότιμος Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας-Θεραπείας Πόνου Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁴Αναισθησιολόγος PhD, EDRA, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό - Ιατρείο Πόνου «ΚΑΤ», ⁵Διευθύντρια Νεφρολόγος Γ.Ν. Σύρου, ⁶Δ/ντρια Αναισθησιολόγος – Ιπτάμενη Ιατρός ΕΚΑΒ, ⁷Νοσηλεύτης, Υπεύθυνος νοσηλευτικής κατ' οίκον νοσηλείας ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Σκοπός: Ο χρόνιος πόνος, η αναζήτηση και η λήψη θεραπείας εν καιρώ πανδημίας επιφέρουν πρόσθετη αγωνία και άγχος στον ασθενή που το βιώνει. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την πρόκληση που δημιουργεί μια τέτοια κατάσταση στον θεράποντα ιατρό, ώστε να βρει τρόπους να επικοινωνήσει με τον ασθενή που το βιώνει εξ αποστάσεως και να προσπαθήσει να θεραπεύσει τον πόνο του, κυρίως με τη φαρμακευτική - θεραπευτική του αγωγή αλλά και προσφέροντας παρηγορική του φροντίδα, όπου αυτή μπορεί να βοηθήσει η ακόμη και να δράσει θεραπευτικά.

Υλικό & μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά 23 ασθενείς με χρόνιο πόνο, 9 με κακοήγη νοσήματα και 14 με άλλες υποκείμενες νόσους. Την περίοδο της πανδημίας και οι 23 αυτοί ασθενείς έλαβαν ημιτελή η και καθόλου θεραπεία μετά την αρχική διάγνωση της νόσου τους. Η μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε στο Ιατρείο πόνου και παρηγορικής αγωγής ήταν απλή και αποτελεσματική. Εγινε χρήση δικτύων τηλεϊατρικής, άυλης συνταγογράφησης και συμβουλευτικής παρηγορικής προσέγγισης.

Αποτελέσματα: Την περίοδο της πανδημίας ασθενείς με χρόνιο πόνο σε έδαφος κακοήθειας αλλά και άλλων νοσημάτων, έλαβαν ελλιπή ή και καθόλου αγωγή, μιας και η πρόσβαση τους στα νοσοκομεία και τις κατάλληλες δομές ήταν από δύσκολη έως αδύνατη. Οι περισσότεροι στρέψαμε το βλέμμα μας στον καινούργιο και απειλητικό για τις ζωές μας νέο ιό (covid 19) που μπήκε ξαφνικά και επιθετικά στη ζωή μας. Τα νοσοκομεία και οι ΜΕΘ σε όλη την υφήλιο αλλά και στη χώρα μας, προετοιμαζόταν να δεχτούν νοσούντες απο covid 19 και να ανταπεξέλθουν στη νέα τάξη πραγμάτων, κλείνοντας την πόρτα στα τακτικά περιστατικά από το φόβο της εξάπλωσης της νόσου. Οι ήδη ταλαιπωρημένοι ασθενείς με χρόνιο πόνο και υποκείμενα νοσήματα ένιωσαν την αγωνία τους για την πορεία της υγείας τους να κορυφώνεται και τον πόνο που αυτή προκαλεί να μεγαλώνει. Τα ιατρεία πόνου και παρηγορικής μέσας από την τηλεϊατρική και την άυλη συνταγογράφηση πρόσφεραν όχι

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

μόνο ανακούφιση στον πόνο αλλά και παρηγοριά, εμψύχωση και αισιοδοξία στους χρόνιους πάσχοντες και τους φροντιστές αυτών.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο την περίοδο της πανδημίας βίωσαν τη δική τους ψυχολογική "επιδημία". Το εξειδικευμένο προσωπικό των ιατρείων πόνου στάθηκε δίπλα τους και τους πρόσφερε Παρηγορική και Θεραπευτική στήριξη με κάθε εφικτό τρόπο, αποδεικνύοντας πως τίποτα δεν είναι ακατόρθωτο όταν υπάρχει θέληση και υψηλό αίσθημα ευθύνης. Η επιτυχία αυτής της προσπάθειας μας δίνει το ερέθισμα να προσπαθήσουμε στο μέλλον να βελτιώσουμε με νέους τρόπους προσέγγισης την θεραπεία και την ανακούφιση όλων των ασθενών των οποίων η πρόσβαση σε εξειδικευμένες δομές είναι δύσκολη ή και αδύνατη λόγω κοινωνικών συνθηκών ή της ίδιας της κλινικής τους κατάστασης. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι πολλοί ασθενείς με χρόνιο πόνο και δυσκολίες πρόσβασης στις εξειδικευμένες δομές, μας χρειάζονται δίπλα τους να τους στηρίζουμε, γιατί τα συναισθήματα που βιώνουν είναι παρόμοια με η χωρίς πανδημία.

ΕΑ26 Ασθενείς τρίτης ηλικίας με χρόνιο αυχενικό-θωρακικό πόνο. Θεραπεία με νατριούχο δικλοφενάκη βραδείας αποδέσμευσης

Σύρμος Ν.¹, Γιαννούλη Β.², Λογοθέτη Ε.³, Μυλωνάς Α.¹
¹Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η επίδραση της νατριούχου δικλοφενάκης, βραδείας αποδέσμευσης, σε περιπτώσεις χρόνιου αυχενικού-θωρακικού πόνου σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 10 περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών με χρόνιο αυχενικό-θωρακικό πόνο. Εύρος ηλικίας 65 με 75 έτη και μέση ηλικία τα 70 έτη. Σε όλους χορηγήθηκε νατριούχος δικλοφενάκη 75 mg, βραδείας αποδέσμευσης, δύο φορές την ημέρα, για χρονικό διάστημα 10 ημερών

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε στους 9 από τους 10 πάσχοντες (90%), ύφεση των συμπτωμάτων και υποχώρηση των σκελετικών ενοχλήσεων, γεγονός που βελτίωσε την καθημερινή τους δραστηριότητα.

Συμπεράσματα: Ο χρόνιος αυχενικός-θωρακικός πόνος, επηρεάζει αρνητικά όλες τις δραστηριότητες αλλά κυρίως την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων ασθενών. Φαίνεται ότι η χορήγηση του σχήματος αυτού, έχει πολύ καλά αποτελέσματα σε επώδυνες καταστάσεις.

ΕΑ27 LifeChamps: A Collective Intelligence Platform to Support Cancer Champions

Μπαμίδης Π., Μπίλλης Α., Ρέππου Σ.
Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η αυξανόμενη ηλικία και οι συννοσηρότητες συνδέονται συχνά με χαμηλότερη χρήση επιθετικών θεραπειών του καρκίνου, καθώς και με υψηλότερη παραμέληση για τις προτιμήσεις των ασθενών σε θέματα υποστήριξης της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία (HRQOL). Το LifeChamps στοχεύει στην ανάπτυξη μίας πλατφόρμας συλλογικής ευφυίας για την προσφορά εξατομικευμένων υποστηρικτικών υπηρεσιών φροντίδας και υγείας, σχετικών με την παρακολούθηση, πρόγνωση και πρόληψη σε μεγαλύτερης ηλικίας καρκινοπαθείς και στις οικογένειες τους.

Υλικό & Μέθοδος: Το LifeChamps σκοπεύει να παρέχει υποστήριξη στους τελικούς χρήστες, δηλ. ασθενείς, οικογένειες και επαγγελματίες υγείας, μέσω μίας ολοκληρωμένης λύσης βασισμένης στα δεδομένα μεγάλου όγκου για την παρακολούθηση και υποστήριξη της ποιότητας ζωής και στην διευκόλυνση της έγκυρης και έγκαιρης λήψης κλινικής απόφασης στο σημείο παροχής φροντίδας. Η μηχανή τεχνητής νοημοσύνης και ανάλυσης δεδομένων που αποτελεί μέρος της λύσης που θα παρέχει το LifeChamps, η οποία λειτουργεί τόσο στο νέφος όσο και στο κινητό άκρο του δικτύου, θα είναι σε θέση να διακρίνει ποιοι παράγοντες επηρεάζουν περισσότερο την ποιότητα ζωής των ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας έπειτα από την θεραπεία για τον καρκίνο.

Αποτελέσματα: Πλαισιωμένο από ένα σύστημα παροχής συμβουλών, το LifeChamps θα μπορεί να προσφέρει παράλληλα εξατομικευμένες υπηρεσίες υγείας, όπως παρακολούθηση συμπτωμάτων, θεραπεία και αποκατάσταση. Η πλατφόρμα LifeChamps θα αναπτυχθεί μέσω της συν-δημιουργίας με τους τελικούς χρήστες (Vennik, van de Bovenkamp, Putters, & Grit, 2016) και στη συνέχεια θα επικυρωθεί σε τέσσερα πολυεθνικά σενάρια πιλοτικών εφαρμογών, με στόχο την επίδειξη της εφαρμογής και της εγκυρότητάς της στην παροχή υπηρεσιών πρόγνωσης, φροντίδας και παροχής συμβουλών

Συμπεράσματα: Το LifeChamps θα συντελέσει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των πολύπλοκων συνθηκών που προκαλούνται από τις θεραπείες για τον καρκίνο, την παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους βασιζόμενο σε τρεις πυλώνες: την Πρόβλεψη, την Φροντίδα και την Συμβουλευτική.

Βιβλιογραφία
1. Bovenkamp, Hester & Vennik, Femke & Grit, Kor. (2014). Co-production in Health Care: Rhetoric and Practice. International Review of Administrative Sciences. 82. 10.1177/0020852315570553.

ΕΑ28 Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας στο Περιφερικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης

Παπαντωνάκη Σ., Γαβριλάκη Ε., Ανδρεαδάκη Ε.
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτίμηση της λειτουργίας του Ιατρείου Πόνου στο Νοσοκομείο του Αγίου Νικολάου Κρήτης, στα 2 χρόνια λειτουργίας του.

Υλικό & Μέθοδος: Καταγράφησαν και χρησιμοποιήθηκαν οι φάκελοι των ασθενών που προσήλθαν στο Ιατρείο Πόνου του νοσοκομείου μας, στη διάρκεια περίπου 2 ετών.

Αποτελέσματα: Το Ιατρείο Πόνου του νοσοκομείου μας, επισκέφτηκαν 201 ασθενείς, οι οποίοι έπασχαν από διαφόρων ειδών χρόνιο πόνο. Συγκεκριμένα, οι παθήσεις οι οποίες αντιμετωπίστηκαν ήταν Οσφυαλγία, Ισχιαλγία, Σύνδρομο Μυοπεριτονιακού πόνου, Ινομυαλγία, Μεθερπητική Νευραλγία, Νευραλγία Τριδύμου, Διαβητική Νευροπάθεια, Ωμαλγία, Ημικρανία και Καρκινικός πόνος.

Οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν για την ανακούφιση των ασθενών από τον χρόνιο ανθεκτικό πόνο, ήταν είτε φαρμακευτικές είτε 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: Με Το Ιατρείο Πόνου ανακούφισε την πλειοψηφία των ασθενών από το βασανιστικό σύμπτωμα που λέγεται πόνος. Το Ιατρείο Πόνου θεωρήθηκε "καταφύγιο" όπως το αποκάλεσαν οι περισσότεροι ασθενείς. Σύμφωνα με την δική τους εμπειρία "ανακουφίστηκαν, μπορούν να γελάσουν και να κοιμηθούν". Η λειτουργία των Ιατρείων Πόνου πρέπει να θεωρηθεί αναπόσπαστο τμήμα ενός νοσοκομείου και απαιτείται η ανάγκη εξάπλωσης τους και σε περιφερικές περιοχές.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ29 Σχέση πόνου σχετιζόμενου με ακτινο/χημειοακτινοθεραπεία και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Κουρή Μ.¹, Βαδαλούκα Α.¹, Νικολάτου-Γαλίτη Ο.², Βάρδας Ε.², Παπαδοπούλου Ε.², Σιαφάκα Ι.¹
¹Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός: Η ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ) και η χημειοακτινοθεραπεία (ΧΑΚΘ) είναι συνήθεις θεραπευτικές μέθοδοι στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου (ΚΚΤ). Ο ΚΚΤ και η θεραπεία του επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών. Ο σχετιζόμενος με τη θεραπεία πόνος εξουθενώνει τους ασθενείς. Σκοπός της ανασκόπησης είναι η ανάδειξη της σχέσης του πόνου λόγω ΑΚΘ/ΧΑΚΘ και της ΠΖ των ασθενών με ΚΚΤ. **Υλικό και Μέθοδος:** Η αναζήτηση έγινε στη βάση δεδομένων Pubmed (2000-2019) χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: HEAD and NECK CANCER, PAIN, QUALITY of LIFE, HEAD and NECK NEOPLASMS, HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE. Επιπροσθέτως έγινε αναζήτηση στις βιβλιογραφικές αναφορές των άρθρων και των ανασκοπήσεων που ευρέθηκαν. Συμπεριελήφθησαν άρθρα στην αγγλική γλώσσα στα οποία τα στατιστικά αποτελέσματα του συσχετισμού του πόνου με την ΠΖ ήταν δημοσιευμένα. **Αποτελέσματα:** Συμπεριελήφθησαν 12 άρθρα (από 652) με συνολικό αριθμό 1540 ασθενών αξιολογημένων σε διαστήματα από 2 εβδομάδες από την έναρξη της ΑΚΘ/ΧΑΚΘ έως και 20 χρόνια μετά το πέρας της θεραπείας. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση (p<0.01) βρέθηκε ανάμεσα στον πόνο και την μείωση των επιπέδων ΠΖ κατά τη 2η και 3η εβδομάδα της ΑΚΘ/ΧΑΚΘ. Παρόμοια ευρήματα (p<0.025) αναφέρονταν και από την 4η εβδομάδα ΑΚΘ/ΧΑΚΘ έως και 5 χρόνια μετά το πέρας αυτής. **Συμπεράσματα:** Η συσχέτιση μεταξύ πόνου και μείωσης του επιπέδου ΠΖ είναι στατιστικά σημαντική. Επιπρόσθετα καταδεικνύεται η έλλειψη δεδομένων παρά τα υψηλά ποσοστά παρουσίας πόνου στους ασθενείς με ΚΚΤ. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου είναι επιτακτική ούτως ώστε να επιτευχθεί και βελτίωση των επιπέδων της ΠΖ.

ΕΑ30 Αντιμετώπιση του πόνου σε πανδημία COVID -19

Κοκολάκη Μ.¹, Κανδρεβιώτη Σ.¹, Γαβρά – Πατασπούρου Αικ.¹, Φλαμπουράρης Β.¹, Γιαβασόπουλος Ευ.², Μαυροειδή Δ.²
¹Ιατρείο Πόνου & Π.Φ. Γ.Ν. Αμαλία Φλέμιγκ – Σισμανόγλειο, ²Νοσηλευτική Υπηρεσία Γ.Ν. Αμαλία Φλέμιγκ – Σισμανόγλειο

Η πανδημία με Covid 19 προκαλεί διεθνώς ανείπωτο πόνο, οικονομική καταστροφή και κοινωνική απομόνωση. Η αντιμετώπισή του πόνου αποτελεί προϋπόθεση μεταξύ των αρχικών συμπτωμάτων και της δυναμικά σοβαρής εξέλιξης, για μια δυνατή και ανθεκτική κοινωνία. **Σκοπός** της μελέτης μας ήταν να καταγράψουμε την εμπειρία μας. **Υλικό – μέθοδος:** Μελετήσαμε 16 ασθενείς, 10 άνδρες κι 6 γυναίκες, ηλικίας 32 – 80 ετών. ASA I, II, III. Οι ασθενείς προσήλθαν στα ΤΕΠ με δύσπνοια, βήχα, πυρετό, κόπωση. Μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο μας και τη διάγνωση, έγινε κλινική εκτίμηση του πόνου σε όλους τους ασθενείς. Τα αίτια του πόνου ήταν ο πυρετός, οι μυαλγίες, η κόπωση, πονοκέφαλος, θωρακαλγία, η συνοσπρότητα και οι συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, στρες). Με την κλίμακα VAS ο πόνος ήταν > 8. Εκτιμήθηκαν επίσης: “προσωπικοί” και περιβαλλοντικοί παράγοντες, λειτουργική ικανότητα, το ψυχολογικό υπόβαθρο του ασθενούς, η γνωστική λειτουργία και το επάγγελμα. 10 ασθενείς έλαβαν τραμαδόλη και 6 ασθενείς παρακεταμόλη 3gr/24ωρο. Σε 3 ασθενείς μετά από 1 εβδομάδα προστέθηκε αντικαταθλιπτικό (ντουλοξετίνη 30 – 60mg/ ημερησίως). **Συμπεράσματα:** Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς που νόσησαν από covid – 19 παίζει καθοριστικό ρόλο στη συνολική αντιμετώπιση της κρίσης από την πανδημία. Απαιτείται διεπιστημονική προσέγγιση και εκτίμηση των αναγκών. Η δική μας εμπειρία στηρίχτηκε στην ολοκληρωμένη εκπαίδευση της ομάδας από την ΠΑΡΗ. ΣΥ.Α. που από την ίδρυσή της δίνει ιδιαίτερο βάρος στην εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας που λειτουργούν στο πεδίο του Πόνου και της Παρηγορικής Φροντίδας.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ31 Καθοδηγούμενη από υπερήχους διήθηση του πρόσθιου σκαληνού μυός για την αντιμετώπιση χρόνιου πόνου, σε ασθενή με νευρογενές σύνδρομο του άνω θωρακικού στομίου. Παρουσίαση περιστατικού

Κοράκη Ε., Τζανακοπούλου Β., Γκιουλιάβα Ά., Πατσέπας Π., Σηφάκη Φ., Μουλαδένιου Φ., Μήτσος Γ., Τρικούπη Α. Ιατρείο Πόνου, Αναισθησιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Το νευρογενές σύνδρομο του άνω θωρακικού στομίου (Thoracic Outlet Syndrome - TOS) είναι μία σπάνια νόσος, που προκαλεί έντονο καυστικό άλγος στην περιοχή του τραχήλου και του σύστοιχου άνω άκρου. Διάφορα ανατομικά αίτια προκαλούν πίεση του βραχιονίου πλέγματος και οδηγούν στην εμφάνιση του συνδρόμου, προκαλώντας σημαντικό περιορισμό της δραστηριότητας, καθώς το άλγος περιγράφεται ως ανθεκτικό στη συνήθη αναλγητική αγωγή. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση της αξίας της καθοδηγούμενης διήθησης σε πάσχοντα από το σύνδρομο ασθενή. **Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής ηλικίας 50 ετών με σύνδρομο του άνω θωρακικού στομίου προσήλθε στο ιατρείο πόνου αιτιώμενη άλγος στην περιοχή του ώμου και του αντιβραχίου από τριετίας. Σύμφωνα με μαγνητική τομογραφία τραχήλου, διαπιστώθηκε ότι το βραχιόνιο πλέγμα πιεζόταν από υπερτροφικό πρόσθιο σκαληνό μυ. Συγκεκριμένα, ο μυς είχε μέγεθος τριπλάσιο του φυσιολογικού στο ύψος του έβδομου αυχενικού σπονδύλου. Η συστηματική φαρμακευτική αγωγή και τη φυσικοθεραπεία επέφεραν μέτρια αποτελέσματα με κλίμακα πόνου 6 στα 10 χωρίς περιόδους ελεύθερες άλγους. Αποφασίσθηκε η επεμβατική διήθηση του πρόσθιου σκαληνού. Υπό την καθοδήγηση υπερήχων, αναγνωρίστηκε ο αριστερός πρόσθιος σκαληνός και εντοπίστηκε το παχύτερο σημείο στο οποίο ήταν εμφανής έντονη ίνωση. Στη θέση αυτή χορηγήθηκε τοπικό αναισθητικό (ροπιβακαΐνη 0.2% 4ml) και 3mg δινατριούχος φωσφορική και 3mg οξική βηταμεθαζόνη. **Αποτελέσματα:** Η ύφεση των συμπτωμάτων ήταν άμεση και η ασθενής ανέφερε απουσία πόνου. Δεν παρατηρήθηκε κινητικός αποκλεισμός, αναφέρθηκε όμως άλγος κατά την έγχυση των φαρμάκων. Η ασθενής παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων 6 μήνες μετά τη διήθηση. **Συμπεράσματα:** Η γνώση της ανατομίας και των υπερήχων για τον περιφερικό αποκλεισμό των νευρών μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση και άλλων κλινικών καταστάσεων χρόνιου πόνου με τη στοχευμένη χορήγηση αναλγησίας και αντιφλεγμονωδών.

ΕΑ32 Αντιμετώπιση χρόνιας παρασπονδυλικής θωρακαλγίας με RF των ζυγοαποφυσιακών αποφύσεων άμφω

Τζανακοπούλου Β., **Κοράκη Ε.**, Γκιουλιάβα Ά., Στάχταρη Χ., Πατσέπας Π., Μουλαδένιου Φ., Γρηγοριάδης Χ., Τρικούπη Α. Ιατρείο Πόνου, Αναισθησιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Η συνεχής εφαρμογή ραδιοσυχνοτήτων (RF) προκαλεί θερμική βλάβη επί των νευρών με αποτέλεσμα την διακοπή της μετάδοσης του πόνου λόγω μόνιμης βλάβης. Η ζυγοαποφυσιακή άρθρωση ως αιτία πόνου της σπονδυλικής στήλης, μπορεί να αποτελέσει στόχο αυτής της παρέμβασης. Στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση της εφαρμογής αυτής στη χρόνια παρασπονδυλική θωρακαλγία. **Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής ηλικίας 81 ετών προσήλθε στο Ιατρείο μας με έντονο, αλλά εντοπισμένο, θωρακικό άλγος παρασπονδυλικά δεξιά. Κατά τη διερεύνηση από Νευρολόγο και Ορθοπαιδικό δεν βρέθηκε κάποιος αιτιολογικός παράγοντας. Η ασθενής κατέφυγε στο Ιατρείο αφού το άλγος επέμενε τα τελευταία 12 έτη και έχοντας λάβει αγωγή με ποικίλα φαρμακευτικά σχήματα χωρίς σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων. Ο πόνος περιγράφεται αφόρητος με την Οπτική Κλίμακα Πόνου και βαθμολογείται 10/10. Σε συνεργασία με Νευροχειρουργό, αποφασίστηκε λόγω της εντοπισμένης κατανομής του άλγους, να γίνει συνεχές RF στις ζυγοαποφυσιακές αποφύσεις, στο Θ6-Θ7 και Θ7-Θ8 δεξιά. **Αποτελέσματα:** Η ασθενής ανέφερε ύφεση του άλγους κατά 80%. Σε δυο μήνες επαναλήφθηκε η συνεδρία, με αποτέλεσμα την εξαφάνιση του άλγους για ένα χρόνο χωρίς την ανάγκη λήψης άλλων σκευασμάτων αναλγησίας. **Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή συνεχούς RF στις ζυγοαποφυσιακές αποφύσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση του εντοπισμένου χρόνιου θωρακικού άλγους με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ33 Χρόνιος αυχενικός -θωρακικός πόνος σε ηλικιωμένους ασθενείς. Συγκριτική επίδραση της μελοξικάμης σε σχέση με τη λορνοξικάμη

Σύρμος Ν.¹, Γιαννούλη Β.², Λογοθέτη Ε.³, Μυλωνάς Α.¹

¹Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η επίδραση της μελοξικάμης σε σχέση με την λορνοξικάμη σε περιπτώσεις χρόνιου αυχενικού-θωρακικού πόνου σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 8 περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών με χρόνιο αυχενικό-θωρακικό πόνο. Εύρος ηλικίας 65 με 75 έτη και μέση ηλικία τα 69 έτη. Σε 4 (Α ΟΜΑΔΑ) χορηγήθηκε, μελοξικάμη 7,5 mg δύο φορές την ημέρα, για χρονικό διάστημα 10 ημερών και σε άλλους 4 (Β ΟΜΑΔΑ) χορηγήθηκε, λορνοξικάμη 8 mg δύο φορές την ημέρα, για χρονικό διάστημα 10 ημερών.

Αποτελέσματα: Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκαν στους 3 από τους 4 πάσχοντες (75%) ύφεση των συμπτωμάτων και υποχώρηση των σκελετικών ενοχλήσεων, γεγονός που βελτίωσε το σύνολο την καθημερινής τους δραστηριότητας.

Συμπεράσματα: Ο χρόνιος αυχενικός-θωρακικός πόνος επηρεάζει αρνητικά κυρίως την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων ασθενών. Φαίνεται ότι η χορήγηση του σχήματος αυτού έχει καλά αποτελέσματα σε χρόνιες επώδυνες καταστάσεις.

ΕΑ34 Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της ισχιαλγίας. Επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών

Κατσαρέλη Μ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Τσαρουχά Α.², Φυρφίρης Ν.³

¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορητικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Η ισχιαλγία οφείλεται σε πίεση οσφυϊκών και ιερών ριζών, κυρίως τις Ο5 και Ι1 ρίζες, με επιπολασμό 3-5% στο παγκόσμιο πληθυσμό. Σκοπό της μελέτης αποτελεί η επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών αναφορικά με τη χρήση της διάτασης ως θεραπευτικό μέσο στην ισχιαλγία.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, Science Direct, Scopus, Google Scholar και Pedro με συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά. Αρχικά αναζητήθηκαν κλινικές οδηγίες και στην συνέχεια έγινε αναζήτηση τυχαιοποιημένων κλινικά δοκιμών, οι οποίες χρησιμοποιούσαν την διάταση ως μέρος του θεραπευτικού προγράμματος ή ως μονοθεραπεία με σκοπό τα αποτελέσματά τους να χρησιμοποιηθούν για την επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών. Τα αποτελέσματα συλλέχθηκαν με την μορφή της κλίμακας PICO

Αποτελέσματα: Συνολικά, βρέθηκαν τρεις κλινικές οδηγίες για την ισχιαλγία. Σε δύο από αυτές προτείνεται η διάταση σε συνδυασμό με κάποια άλλη θεραπευτική τεχνική, ενώ μία δεν αναφέρει αν πρέπει να χρησιμοποιείται ή όχι. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκαν εφτά τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που πηλούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, οι οποίες συμπεριλάμβαναν τη διάταση ως μέρος του προγράμματος θεραπείας. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν οι διατάσεις Straight Leg Raise (SLR) και Slump Stretch για την πρόκληση τάσης στο ισχιακό νεύρο. Σε όλες τις έρευνες η χρήση αυτών των τεχνικών είχε θετικά αποτελέσματα ως προς τον πόνο, τη λειτουργικότητα και το εύρος τροχιάς. Φαίνεται ότι η μέγιστη δραστηριότητα των τεχνικών αυτών επιτυγχάνεται με την εφαρμογή 3-5 επαναλήψεων σε κάθε πλευρά και διατήρηση της θέσης για 30-60 δευτερόλεπτα ώστε να επιτευχθεί κλινικά σημαντική διαφορά.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, οι υπάρχουσες κλινικές οδηγίες χρειάζεται να επικαιροποιηθούν και να προσθέσουν την τάση του νευρικού ιστού και τις κατάλληλες παραμέτρους των τεχνικών που εφαρμόζονται για να επιτευχθεί, ως μία αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με ισχιαλγία.

Βιβλιογραφία

1. Kreiner, D. S. et al., 2012. Clinical Guidelines for Diagnosis and Treatment of Lumbar Disc Herniation with Radiculopathy, s.l.: North American Spine Society.
2. Patel, N. & Sharma, S., 2018. A comparative study on effects of two different techniques of neural tissue mobilization in subjects with lumbosacral radiculopathy. International Journal of Physiology, Nutrition and Physical Education, pp. 91-95.
3. Satpute, K., Hall, T., Bisen, R. & Lokhande, P., 2019. The Effect of Spinal Mobilization With Leg Movement in Patients With Lumbar Radiculopathy A Double Blind Randomized Controlled Trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.

ΕΑ35 Ασκήσεις mind and body και ινομυαλγία

Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γκιουρουνιάν Μ.¹, Παρμαξίζογλου Δ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.²

¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Τα τελευταία χρόνια στην αντιμετώπιση της ινομυαλγίας η βιβλιογραφία αναδεικνύει όλο και περισσότερο τον θεραπευτικό ρόλο συμπληρωματικών μεθόδων θεραπείας όπως ο διαλογισμός και η άσκηση. Ο σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση της δραστηριότητας mind and body προγραμμάτων ασκήσεων σε ασθενείς με ινομυαλγία.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων Google Scholar, Pubmed, Science Direct και σύμφωνα με τα εξής κριτήρια: α) πλήρη δημοσιευμένα άρθρα στην Αγγλική γλώσσα, β) συστηματικές ανασκοπήσεις, γ) κλινικές δοκιμασίες, δ) τυχαιοποιημένες μελέτες που σχετίζονται με την επίδραση της θεραπευτικής άσκησης στην ινομυαλγία, ε) book reviews, στ) case study, ζ) μετα-ανάλυσεις, η) χρονικό διάστημα δημοσιευμένων μελετών από 2009 έως 2020 με την χρήση σχετικών Mesh Terms.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν συνολικά 10 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές και μία μετα-ανάλυση που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής αποκλεισμού. Φαίνεται ότι, η Yoga και το Tai Chi δρουν άμεσα στον πόνο μειώνοντας τον, ελαττώνοντας τα tender points καθώς βελτιώνουν τη διάθεση των ασθενών μειώνοντας παράλληλα το άγχος. Επιπρόσθετα το Tai Chi βελτίωσε την ισορροπία και την ποιότητα ύπνου των ασθενών. Το Qigong- μία μέθοδος θεραπευτικής άσκησης της παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής - και οι ασκήσεις Pilates επίσης βελτιώνουν τον πόνο και την κόπωση βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Οι έρευνες αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των mind and body ασκήσεων, στην ανακούφιση από τα συμπτώματα της ινομυαλγίας με κυριότερη την αναλγητική τους δράση και την επίδρασή τους στη ισορροπία και κυρίως την ισορροπία των ασθενών. Αυτά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα θα πρέπει να ενισχυθούν περαιτέρω με περισσότερες και καλύτερης ποιότητας μελέτες. Ωστόσο η χρήση τους θα πρέπει να προτείνεται σε ασθενείς με ινομυαλγία καθώς δεν έχουν παρενέργειες ενώ αντιθέτως μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση της γενικότερης υγείας των ασθενών.

Βιβλιογραφία

- Carson, J. W., Carson, K. M., Jones, K. D., Mist, S. D., & Bennett, R. M. (2011). Follow-up of Yoga of Awareness for Fibromyalgia Results at 3 Months and Replication in the Wait-list Group.
- Liu, W., Zahner, L., Cornell, M., Le, T., Ratner, J., Wang, Y., et al. (2012). Benefit of Qigong Exercise in Patients With Fibromyalgia: A Pilot Study.

ΕΑ36 Ο ρόλος της νευροεπιστημονικής εκπαίδευσης στην αντίληψη του πόνου σε ασθενή με χρόνια πόνο

Βέκιου Σ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Σιαφάκα Ι.², Φυρφίρης Ν.³

¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορητικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Ο χρόνιος πόνος μπορεί να συμβάλει στην αναπηρία, την κατάθλιψη, το άγχος, τις διαταραχές ύπνου, την κακή ποιότητα ζωής και το αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης καθώς αποτελεί μία σύνθετη κατάσταση. Τα νεότερα δεδομένα προτείνουν πως η καλύτερη προσέγγιση στη θεραπεία περιλαμβάνει ο συνδυασμός φαρμακολογικών και μη παρεμβάσεων, όπως η φυσικοθεραπεία. Αυτή η μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της νευροεπιστήμης στον πόνο, τη λειτουργικότητα/ αναπηρία, την κινησιοφοβία, τις πεποιθήσεις του φόβου και την κατανόηση της νευροφυσιολογίας του πόνου.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση σε τέσσερες διεθνείς βάσεις δεδομένων Pubmed, ScienceDirect, Scopus και Pedro. Στη μελέτη αυτή συμπεριλήφθηκαν όλες οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές που αξιολογούσαν την αποτελεσματικότητα της ΝΕ ως μοναδική θεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους όπως η δια χειρός θεραπεία, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη αποτελούσαν μελέτες που είχαν δημοσιευτεί τα τελευταία 10 χρόνια διεθνείς βάσεις δεδομένων και ασθενείς μεγαλύτεροι από 18 ετών. Η εξαγωγή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα PICO.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Αποτελέσματα: Με βάση τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού συγκεντρώθηκαν 9 Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Μελέτες. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών δείχνουν πως η ΝΕ είτε σα μονοθεραπεία είτε ως μέρος της φυσικοθεραπευτικής προσέγγισης σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, βελτιώνει την κατανόηση σχετικά με τους νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς του πόνου. Επίσης, βελτιώνει τα επίπεδα του πόνου, τη λειτουργικότητα, την κινησιοφοβία και την καταστροφολογία. Οι καταστάσεις κυμαίνονταν από χρόνιο πόνο στην αυχενική ή οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης έως και ινομυαλγία, υποδεικνύοντας ένα ποικίλο και ευρύ φάσμα καταστάσεων στις οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ΝΕ ως μία αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση.

Συμπεράσματα: Τα τρέχοντα ερευνητικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι η χρήση της ΝΕ μπορεί να παράγει στατιστικά και κλινικά σημαντική διαφορά στη μείωση του πόνου, στη βελτίωση της κατανόησης των μηχανισμών του πόνου από τον ασθενή, στη μείωση της αναπηρίας και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και στη βελτίωση της λειτουργίας και της ποιότητας ζωής. Συμπεράσματα: Η εφαρμογή συνεχούς RF στις ζυγοαποφυσιακές αποφύσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση του εντοπισμένου χρόνιου θωρακικού άλγους με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΕΑ37

Συστηματική ανασκόπηση: η κλινική αποτελεσματικότητα του βελονισμού στην ινομυαλγία

Φαρμαξίλογλου Δ.¹, Γκιουρουνλιάν Μ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.²
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Μέχρι σήμερα στην αντιμετώπιση της ινομυαλγίας δεν έχει υπάρξει οριστική και απόλυτα αποτελεσματική θεραπεία με αποτέλεσμα οι ασθενείς να υποβάλλονται σε διαφορετικές φαρμακευτικές αγωγές και κυρίως να εφαρμόζονται ταυτόχρονα αρκετές συμπληρωματικές θεραπείες. Μία αρκετά διαδεδομένη συμπληρωματική θεραπεία είναι ο βελονισμός. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συστηματική βιβλιογραφική διερεύνηση της κλινικής αποτελεσματικότητας του βελονισμού στην ινομυαλγία.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με την χρήση MESHTerms στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Science Direct, Scopus, Google Scholar και Pedro. Συμπεριλήφθηκαν, τυχαιοποιημένες κλινικές οδηγίες και συστηματικές ανασκοπήσεις από το έτος 2008-2020 σε αγγλική και ελληνική γλώσσα με συγκεκριμένα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Τα αποτελέσματα συλλέχθηκαν με την μορφή της κλίμακας PICO.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν συνολικά δεκαεννέα τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές και επτά συστηματικές ανασκοπήσεις τις βιβλιογραφίας. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων τους προέκυψε ότι ο βελονισμός είτε ως μονοθεραπεία αλλά κυρίως ως συμπληρωματική θεραπεία μειώνει τον πόνο αλλά και συνοδές ψυχολογικές διαταραχές της νόσου όπως την κατάθλιψη, το άγχος ενώ προκαλεί σημαντική διαφορά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ινομυαλγία.

Συμπεράσματα: Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε την χρησιμότητα του βελονισμού ως μία συμπληρωματική θεραπεία σε ασθενείς με ινομυαλγία τόσο όσον αφορά τον πόνο και την ποιότητα ζωής αλλά και σε ψυχολογικές διαταραχές κοινές στον πληθυσμό της νόσου.

Βιβλιογραφία
Díaz-Toral, L. G., Banderas-Dorantes, T. R., & Rivas-Vilchis, J. F. (2017). Impact of Electroacupuncture Treatment on Quality of Life and Heart Rate Variability in Fibromyalgia Patients.
Stival, R. S., Cavalheiro, P. R., Stasiak, C., Galdino, D. T., Hoekstra, B. E., & Schafranski, M. D. (2014). Acupuncture in fibromyalgia: a randomized, controlled study addressing the immediate pain response.
Vas, J., Santos-Rey, K., Navarro-Pablo, R., Modesto, M., Aguilar, I., Campos, M. Á., et al. (2016). Acupuncture for fibromyalgia in primary care: a randomised controlled trial.
Zucker, N. A., Tsodikov, A., Mist, S. D., Cina, S., Napadow, V., & Harris, R. E. (2017). Evoked Pressure Pain Sensitivity Is Associated with Differential Analgesic Response to Verum and Sham Acupuncture in Fibromyalgia.

ΕΑ38

Ο ρόλος της διάτασης στη διαχείριση της οξείας αυχεναλγίας. Επικαιροποίηση των κλινικών

Γκίκα Κ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Τσαρουχά Α.², Φυρφίρης Ν.³
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Ο οξύς αυχενικός πόνος είναι ένα πολύ συχνό μυοσκελετικό επώδυνο πρόβλημα, συνήθως μηχανικής αιτιολογίας αν και στο 50-80% των περιπτώσεων δεν είναι δυνατόν να μπορεί να οριστεί με ακρίβεια το ακριβές αίτιο. Βασιζόμενοι σε αυτήν την επιδημιολογία και την δεδομένη ανικανότητα που προκαλεί ο πόνος, πολλοί οργανισμοί δημοσίευσαν κλινικές οδηγίες, στις οποίες θα μπορούσε να στηριχτεί τόσο ο επαγγελματίας υγείας, όσο και ο ασθενής για τη διαχείρισή του.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με την χρήση MESH Terms στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Science Direct, Scopus, Google Scholar και Pedro. Αρχικά αναζητήθηκαν κλινικές οδηγίες και στην συνέχεια έγινε αναζήτηση τυχαιοποιημένων κλινικά μελετών οι οποίες χρησιμοποιούσαν την διάταση ως μέρος του θεραπευτικού προγράμματος ή ως μονοθεραπεία, με σκοπό τα αποτελέσματά τους να χρησιμοποιηθούν για την επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών. Τα αποτελέσματα συλλέχθηκαν με την μορφή της κλίμακας PICO.

Αποτελέσματα: Η ανασκόπηση των κλινικών τυχαιοποιημένων δοκιμών κατέληξε σε μόλις τρεις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Από την σύνθεση των αποτελεσμάτων τους προκύπτει ότι η διάταση ακόμα και ως μονοθεραπεία προκαλεί σημαντική διαφορά στην μείωση του πόνου ενώ μπορεί να εφαρμοστεί και συνδυαστικά με άλλες τεχνικές. Συνολικά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η διάταση προσφέρει μεγαλύτερο θεραπευτικό όφελος όταν συνδυάζεται με άλλες θεραπευτικές τεχνικές τόσο στον πόνο όσο και τη λειτουργική ικανότητα, το άγχος και την ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης έδειξαν πως η συμφωνούν απόλυτα με τις ήδη δημοσιευμένες κλινικές οδηγίες που συνιστούν την διάταση ως μέθοδο που βελτιώνει τον πόνο, τη λειτουργική ικανότητα, το άγχος και την ποιότητα ζωή των ασθενών. Πραγματοποιείται επίσης επικαιροποίηση των ήδη υπαρχουσών κλινικών οδηγιών και συμπλήρωση των ελλειμμάτων, που αφορούν τις παραμέτρους εφαρμογής της διάτασης και στοχεύουν στη διαχείριση του οξέος αυχενικού πόνου.

ΕΑ39

Επίδραση της οστεοαρθρίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών και αποτίμηση κόστους στο Σύστημα Υγείας. Σχεδιασμός και στόχοι της μελέτης «PONOS»

Σάββαρη Π.¹, Μπαρμπούνη Μ.², Σιαφάκα Ι.³, Σκιαδάς Ι.¹, Ψυχογιός Β.⁴, Βαδαλούκα Α.⁵, Τραφαλής Δ.¹, Σαββίδου Ό.⁶, Βίτσου Έ.², Μένεγας Δ.¹

¹Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρικό Τμήμα Pfizer, ²Τμήμα Οικονομικών της Υγείας και Πρόσβασης των Ασθενών, Pfizer, ³Τμήμα Αναισθησιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ⁴Πέμπτη Ορθοπεδική Κλινική, Ασκληπιείο Βούλας, ⁵Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, ⁶Πρώτη Ορθοπεδική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αττικό Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) αποτελεί ένα από τα πιο συχνά ρευματολογικά νοσήματα και αιτία μειωμένης λειτουργικότητας στον γενικό πληθυσμό (1-3). Εκτός από τη φυσική επιβάρυνση, η ΟΑ συνδυάζεται με συννοσηρότητες και επιπλοκές που προκαλούν σημαντικό οικονομικό κόστος (4). Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, τα οποία να αξιολογούν αντικειμενικά το κλινικό φορτίο της νόσου, την επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών και το εθνικό σύστημα υγείας.

Στόχος της μελέτης μας είναι να ποσοτικοποιήσουμε το φορτίο της μετρίου-σοβαρού βαθμού ΟΑ και να αποτυπώσουμε το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπρόσθετα, θα αξιολογηθεί ο οικονομικός αντίκτυπος της διαχείρισης της νόσου στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για μια μη-παρεμβατική, συγχρονική, προοπτική, επιδημιολογική μελέτη, η οποία συλλέγει πρωτογενή δεδομένα διαδοχικά από 200 ασθενείς. Ενήλικες ασθενείς με συμπτωματική και ακτινολογικά επιβεβαιωμένη μετρίου έως σοβαρού βαθμού (Kellgren-Lawrence 3-4) ΟΑ ισχίου ή γόνατος μπορούν να ενταχθούν στη μελέτη. Οι ασθενείς θα πρέπει επίσης να παρουσιάζουν ανεπαρκή ανταπόκριση ή δυσανεξία στην παρακεταμόλη και / ή στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) και / ή σε ένα οποιοδήποτε φάρμακο. Όλοι οι ασθενείς θα ενταχθούν σε μία επίσκεψη από τα 11 κέντρα της μελέτης (κλινικές ορθοπεδικές, ρευματολογίας ή αναισθησιολογίας) σε περίοδο δύο μηνών. Η μελέτη θα καταγράψει μόνο την συνήθη κλινική πρακτική και δεν θα επηρεάσει σε καμία περίπτωση την απόφαση

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

του ιατρού για την κατάλληλη θεραπεία στους ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ΟΑ.

Αποτελέσματα: Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης είναι να αξιολογήσουμε τον πόνο (Pain - P), τα συμπτώματα (Symptoms - S), τους περιορισμούς στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Activity limitations daily living – ADL), το βαθμό ικανότητας συμμετοχής σε δραστηριότητες αθλητισμού και αναψυχής (Function in sport and recreation - SP), καθώς και την ποιότητα ζωής (Quality of life - QOL) των ασθενών με ΟΑ μέσω αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων, ειδικών για την οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος (ερωτηματολογία HOOS / KOOS) (5,6). Επιπρόσθετο καταληκτικό σημείο είναι η καταγραφή της άμεσης και έμμεσης χρήσης πόρων υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζονται με τον υπό εξέταση πληθυσμό (πχ. διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία, φροντίδα ασθενών). Οι δευτερογενείς στόχοι της μελέτης είναι να περιγραφούν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ΟΑ (π.χ. κοινωνικο-δημογραφικές πληροφορίες, συννοσηρότητες), οι κατηγορίες της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν καθώς και η ποιότητα ζωής τους (QoL) μέσω του ερωτηματολογίου εκτίμησης της ποιότητας ζωής EQ-5D-3L, τόσο με το περιγραφικό σύστημα (descriptive system) όσο και με την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS scale) (7). Όλα τα δεδομένα θα συλλεχθούν από την ιατρική συνέντευξη, τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών και μέσω ειδικά δομημένων ερωτηματολογίων.

Συμπεράσματα: Η μελέτη θα παρέχει δεδομένα πραγματικού κόσμου για τον πόνο, τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ΟΑ και θα περιγράψει το φορτίο της νόσου, όπως αυτό αποτυπώνεται κατά τη χρήση πόρων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Βιβλιογραφία:

1. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyiannis F, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Greece: A cross-sectional population-based epidemiological study. The ESORDIG Study. J Rheumatol 2003; 30:1589-601.
2. Andrianakos AA, Miyakis S, Trontzas P, et al. The burden of the rheumatic diseases in the general adult population of Greece. The ESORDIG study. Rheumatology Oxford 2005; 44:932-8.
3. Dieppe P, Cushnaghan J, Tucker M, Browning S, Shepstone L. The Bristol 'OA500 study': progression and impact of the disease after 8 years. Osteoarthritis Cartilage 2000; 8:63-8.
4. Hunter DJ, McDougall JJ, Keefe FJ. The symptoms of osteoarthritis and the genesis of pain. Rheum Dis Clin North Am. 2008;34(3):623-43.
5. HOOS Scoring 2013. Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) Scoring instructions, June 2013. Available at: <http://www.koos.nu/> [accessed on 05 June 2020]
6. KOOS Scoring 2012. KOOS Scoring. August 2012. Available at: <http://www.koos.nu/> [accessed on 05 June 2020]
7. [https://euroqol.org/EQ-5D-3L User Guide](https://euroqol.org/EQ-5D-3L/UserGuide)

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ40 Αποτελεσματικότητα, ανεκτικότητα και ασφάλεια χρήσης των κανναβινοειδών στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Λιαποδημήτρης Δ.

Φαρμακοποιός, MSc Αλγολογία, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

Σκοπός: Η αδυναμία ολοκληρωτικής εξάλειψης του χρόνιου πόνου και οι σύγχρονες απαιτήσεις ανάπτυξης αποτελεσματικότερων θεραπευτικών επιλογών με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, κρίνουν επιτακτική την αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ανεκτικότητας και της ασφάλειας των Κανναβινοειδών, μέσω πραγματοποίησης Συστηματικής Ανασκόπησης και Μετα-Ανάλυσης των ευρημάτων. **Υλικό & Μέθοδος:** Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, Cochrane και στα μητρώα καταγραφής κλινικών μελετών clinicaltrials.gov και eudract.ema.europa.eu. Συμπεριλήφθηκαν διπλά τυφλές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, παράλληλου ή διασταυρούμενου τύπου, με ενήλικες ασθενείς υπό οποιαδήποτε μορφή χρόνιου πόνου διάρκειας τουλάχιστον 3 μηνών, που λαμβάνουν Κανναβινοειδή, σε οποιαδήποτε δόση, μορφή, οδό χορήγησης, σε σύγκριση με Placebo ή οποιοδήποτε παράγοντα. Μέτρα έκβασης που συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν ήταν η μείωση της έντασης του πόνου, οι αποχωρήσεις λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών και η εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων. Η αξιοπιστία των ενδείξεων αξιολογήθηκε ξεχωριστά με βάση τα κριτήρια του συστήματος GRADE. Η Μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος RevMan 5.3 της Cochrane, εφαρμόζοντας το μοντέλο Random Effects.

Αποτελέσματα: Προέκυψαν συνολικά 1960 αποτελέσματα σε όλες τις βάσεις δεδομένων. 76 σχετικές μελέτες μελετήθηκαν περαιτέρω, με 57 από αυτές να μη πληρούν τα κριτήρια συμπερίληψης. Από τις 19 μελέτες που συμπεριλήφθηκαν οι 14 συνέκριναν τα Κανναβινοειδή με Placebo και αναλύθηκαν ποσοτικά. Βρέθηκε στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της έντασης του πόνου στην ομάδα των Κανναβινοειδών [MD=-0.43 (-0.64 έως -0.21)]. Αντίθετα, οι αποχωρήσεις λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών και η εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων ήταν στατιστικώς σημαντικά λιγότερες στην ομάδα του Placebo. [RR=2,65 (1.82 έως 3,84) με NNTH= 13 (10 έως 20) και RR=1.54 (1.08 έως 2,19) με NNTH= 34 (18 έως 216) αντίστοιχα].

Συμπεράσματα: Η ποιότητα ενδείξεων των μέτρων έκβασης κρίθηκε χαμηλή έως μέτρια. Η μείωση της έντασης του πόνου υπέρ των Κανναβινοειδών αποδείχθηκε μικρή και κλινικά μη σημαντική (MD<2). Αν και τα Κανναβινοειδή παρουσιάστηκαν ως λιγότερο ανεκτά και λιγότερο ασφαλή, οι υψηλές τιμές NNTH (>10) μαρτυρούν την απουσία κλινικά σημαντικών διαφορών έναντι του Placebo στους τομείς αυτούς. Ο υψηλός βαθμός ανομοιογένειας μεταξύ των κλινικών δοκιμών, οι μεθοδολογικοί περιορισμοί τους και η έλλειψη μελετών υψηλής ποιότητας περιορίζουν την δυνατότητα εξαγωγής ισχυρών και γενικεύσιμων συμπερασμάτων. Σχετικά με τα Κανναβινοειδή, απαιτείται πλέον πιο στοχευμένη έρευνα σε συγκεκριμένα είδη χρόνιου πόνου.

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. Tacconelli, E. (2010). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. The Lancet Infectious Diseases, 10(4), 226.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ41 Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση των επώδυνων περιφερικών νευροπαθειών: Μία συστηματική ανασκόπηση

Λιάμπας Α.¹, Ρεκατσίνια Μ.², Βαδαλούκα Α.³, Paladini Α.⁴, Varrassi G.⁵, Ζης Π.1
¹Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου, ²Whipps Cross Hospital, Barts Health NHS Trust, ³Κέντρο Πόνου και Παρηγορητικής αγωγής, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ⁴Department of MESVA, University of L'Aquila, ⁵Paolo Procacci Foundation

Εισαγωγή: Ο περιφερικός νευροπαθητικός πόνος (ΠΝΠ) προκύπτει είτε οξέως είτε στη χρόνια φάση μίας βλάβης ή πάθησης του περιφερικού νευρικού συστήματος. Συχνά η φαρμακολογική προσέγγιση στη διαχείρισή του είναι ανεπαρκής και γι αυτό χρειάζονται νέες θεραπείες που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με τρέχουσες διαθέσιμες θεραπείες. Ο στόχος αυτής της συστηματικής ανασκόπησης ήταν να αξιολογήσει τα δεδομένα, που προκύπτουν από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες οι οποίες αξιολογούν τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία του ΠΝΠ.

Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε συστηματική αναζήτηση στο PubMed και το clinicaltrials.gov στις 12/04/2020.

Αποτελέσματα: Συνολικά εντοπίσαμε 18 μελέτες (16 δημοσιευμένες, 2 μη δημοσιευμένες) διαφόρων μη φαρμακολογικών τεχνικών. Αυτές ήταν σε ασθενείς με διαβητική πολυνευροπάθεια (n=12), ασθενείς με προκαλούμενη από χημειοθεραπεία πολυνευροπάθεια (CIPN) (n=5) και σε ασθενείς με πολυνευροπάθεια σχετιζόμενη με HIV (n=1).

Το καλύτερο επίπεδο ενδείξεων (επίπεδο II) υπάρχει για την επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια και συγκεκριμένα για δύο τεχνικές ως επικουρικές στη φαρμακολογική θεραπεία: τη διέγερση του νωτιαίου μυελού (spinal cord stimulation) όταν χρησιμοποιείται σε ασθενείς με ανθεκτικό στη φαρμακοθεραπεία πόνο και τον επαναλαμβανόμενο διακρανιακό μαγνητικό ερεθισμό του κινητικού φλοιού. Χαμηλότερο επίπεδο ενδείξεων (επίπεδο III) προκύπτει για την επικουρική θεραπεία με στατικό μαγνητικό πεδίο στον προκαλούμενο από την άσκηση πόνο σε ασθενείς με διαβητική πολυνευροπάθεια.

Επίπεδο ενδείξεων III προκύπτει και για τη χρήση του βελονισμού ως μονοθεραπεία και της νευροανάδρασης (neurofeedback), είτε ως επικουρικής είτε ως μονοθεραπευτικής προσέγγισης, για την αντιμετώπιση της επώδυνης CIPN.

Συμπεράσματα: Περισσότερες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες θα πρέπει να διεξαχθούν προκειμένου να ρίξουν φως στη χρήση των διαφόρων μη φαρμακευτικών προσεγγίσεων σε ασθενείς με περιφερικό νευροπαθητικό πόνο και άλλων αιτιολογιών.

Λέξεις κλειδιά: Περιφερικός πόνος; αντιμετώπιση; μη φαρμακευτική

ΕΑ42 Αντιμετώπιση Ανθεκτικής Μεθερπητικής Νευραλγίας με Αποκλεισμό των Μεσοπλευρίων Νευρών

Παπαντωνάκη Σ., Γαβριλάκη Ε., Τζανιδάκης Χ., Λουλάκη Θ.
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης

Εισαγωγή: Η Μεθερπητική Νευραλγία (MEN) ορίζεται ως ο πόνος ή ανώμαλες αισθήσεις με δερματομακρή κατανομή που εμφανίζεται ή επιμένει 120 ημέρες μετά την έναρξη της ερπητικής λοίμωξης. Ανήκει στην ομάδα χρόνιου περιφερικού νευροπαθητικού πόνου. Εμφανίζεται στο 15% του πληθυσμού με ερπητική λοίμωξη.

Ο "αδιάλλακτος" πόνος της MEN παρεμποδίζει τον ασθενή από το να πραγματοποιήσει ακόμη και τις απλούστερες και αναγκαίες καθημερινές του δραστηριότητες, ελαττώνοντας σε σοβαρό βαθμό την ποιότητα ζωής αυτών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση δύνων περιστατικών με Ανθεκτική Μεθερπητική Νευραλγία, τα οποία αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με αποκλεισμό των μεσοπλευρίων νευρών.

Υλικό & Μέθοδος: Δύο ασθενείς, με MEN, προσήλθαν στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου μας, γυναίκες, 58 ετών και 78 Kg ASA I (ασθενής nr.1), και 55 ετών 70 Kg ASA I (ασθενής nr.2). Οι ασθενείς ανέφεραν ερπητική λοίμωξη προ 5 μήνου στη δεξιά θωρακική περιοχή με δερματομακρή κατανομή 05-08 ασθενής nr.1 και 08-011 ασθενής nr.2. Εκτοτε αναφέρουν έντονο καυστικό άλγος στην προσβεβλημένη περιοχή του δέρματος (VAS 8-9) με έντομη αλλοδυνία και υπεραλγησία, τόσο ώστε δεν ανέχονται ούτε το άγγιγμα από το ίδιο τους το ρούχο. Οι ασθενείς είχαν λάβει την αντική αγωγή που τους είχε συνταγογραφηθεί έγκαιρα, ενώ για την αντιμετώπιση του πόνου είχαν τεθεί σε Αντιφλεγμονώδη, Παρακεταμόλη, Τραμανδόλη, και Πρεγκαμπαλίνη έως την ημέρα της επίσκεψής τους στο ιατρείο, ενώ στην ασθενή nr.2 είχαν τεθεί και τα διαδερμικά επιθέματα Καψαϊκίνης 8%, φαρμακευτικές παρεμβάσεις, που δεν είχαν επιφέρει βελτίωση της κλινικής κατάστασης των ασθενών. Αφού αρνήθηκαν την τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα, αποφασίστηκε να

πραγματοποιηθεί αποκλεισμός των αντίστοιχων μεσοπλευρίων νευρών της πάσχουσας περιοχής. Χορηγήθηκε συνολικά όγκος διαλύματος 20 ml με Ropivacaine 5mg/ml 19ml + 1 ml Celestone Chronodose) αποκλείοντας τα αντίστοιχα μεσοπλευρία νεύρα της πάσχουσας περιοχής συν ένα επίπεδο άνωθεν και κάτωθεν της επώδυνης περιοχής (συνολικά 5 επίπεδα). Η εκτίμηση του πόνου έγινε αμέσως μετά τον αποκλεισμό με τη κλίμακα VAS, στις 7, 14, 30 και 60 ημέρες μετά. Πραγματοποιήθηκαν 3 συνολικά συνεδρίες για την εκάστοτε ασθενή (1 ανά 7 ημέρες), ενώ συνέχιζαν την αγωγή με Πρεγκαμπαλίνη (600 mg σε 2 δόσεις), Παρακεταμόλη 4 gr ημερησίως, και διεκόπη η Τραμανδόλη στην 2η συνεδρία αφού και οι 2 ασθενείς ανέφεραν VAS score 5.

Επίσης άρχισε σταδιακή μείωση της Πρεγκαμπαλίνης (75mg την εβδομάδα).

Στη 3η συνεδρία αναφέρουν VAS score 2-3 ενώ στις 30 και 60 ημέρες μετά 3 και 0 αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Ο αποκλεισμός μεσοπλευρίων νευρών μπορεί να αντιμετωπίσει επιτυχώς την Ανθεκτική στην φαρμακευτική αγωγή Μεθερπητική Νευραλγία.

Βιβλιογραφία

1. Young Hoon Jeon (2015). Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Practical Consideration for Prevention and Treatment. Korean J Pain Vol. 28, No 3: 177-184
2. Kim HJ et al. (2017). Effects of applying nerve blocks to prevent postherpetic neuralgia in patients with acute herpes zoster: a systematic review and meta-analysis. Korean J Pain Vol. 30, No. 1: 3-17.

ΕΑ43 Αερόβια άσκηση και ινομυαλγία

Γκιουρουνλιάν Μ.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Παρμαζίζογλου Δ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.²

¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Η ινομυαλγία ως νόσος εκτός από τον σωματικό πόνο προκαλεί ένα εύρος ψυχολογικών διαταραχών. Τα οφέλη της άσκησης στον πόνο και οι μηχανισμοί δράσης της έχουν διερευνηθεί διεξοδικά. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνήσει με συστηματικό τρόπο την επίδραση της αερόβιας άσκησης στην ινομυαλγία και τα πιθανά οφέλη της τόσο στον πόνο όσο και στις ψυχολογικές διαταραχές που παρατηρούνται στον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, Science Direct, Scopus, Google Scholar και Pedro σύμφωνα με τα εξής κριτήρια: α) πλήρη δημοσιευμένα άρθρα στην Αγγλική γλώσσα, β) συστηματικές ανασκοπήσεις, γ) κλινικές δοκιμασίες, δ) τυχαιοποιημένες μελέτες που σχετίζονται με την επίδραση της θεραπευτικής άσκησης στην ινομυαλγία, ε) bookreviews, στ) casestudy, ζ) μετα-αναλύσεις, η) χρονικό διάστημα δημοσιευμένων μελετών από 2009 έως 2020 με την χρήση σχετικών MeshTerms.

Αποτελέσματα: Συνολικά βρέθηκαν 12 μελέτες εκ των οποίων 11 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές και μία μετα-ανάλυση που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής – αποκλεισμού. Συμπεριλήφθηκαν ασκήσεις αερόβιας προπόνησης είτε στην ξηρά είτε στο νερό, μεταξύ των οποίων και μελέτες που χρησιμοποιούσαν βάρδια και χορό. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει σημαντική ελάττωση του πόνου των ασθενών, του αριθμού των tender point καθώς και του γενικού αισθήματος εξάντλησης. Επίσης, βελτιώθηκε η γενική ψυχική κατάσταση των ασθενών και μειώθηκε η κατάθλιψη. Επιπρόσθετα οφέλη ήταν η βελτίωση της φυσικής κατάστασης των ασθενών και η καρδιοαναπνευστική τους ικανότητα και η ισορροπία.

Συμπεράσματα: Από την ανασκόπηση προκύπτει ότι η αερόβια άσκηση στην ινομυαλγία έχει ευεργετικά αποτελέσματα στον πόνο και σε συσχετιζόμενες με την πάθηση ψυχολογικές διαταραχές.

Βιβλιογραφία

- Espí-Lopez, G. V., Ingles, M., Ruescas-Nicolau, M.-A., & Moreno-Segura, N. (2016). Effect of low-impact aerobic exercise combined with music therapy therapy on patients with fibromyalgia. A pilot study. Matsumoto, S., Shimodono, M., Etoh, S., Miyata, R., & Kawahira, K. (2010). Effects of thermal therapy combining sauna therapy and underwater exercise in patients with fibromyalgia. Segura-Jimenez, V., Gatto-Cardia, C. M., Martins-Pereira, C. M., Delgado-Fernandez, M., Aparicio, V. A., & Carbonell-Baeza, A. (2017). Biodanza Reduces Acute Pain Severity in Women With Fibromyalgia.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ44 Συνδυαστική χρήση συστήματος ταξινόμησης ασθενών βάσει του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου και φυσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με οσφυαλγία

Σωτηρόπουλος Σ.¹, Μπομπόνη Α.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Σιαφάκα Ι.², Φυρφίρης Ν.³
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Α' Αναισθησιολογική Κλινική-Κέντρο Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ³Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Τα τελευταία χρόνια πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την προσπάθεια δημιουργίας προγνωστικών εργαλείων για ασθενείς με οσφυαλγία αλλά και κατανομής τους σε θεραπευτικά πρωτόκολλα βάσει διαφόρων συστημάτων ταξινόμησης σε κατάλληλη θεραπεία. Ο σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει τον συνδυασμό του προγνωστικού εργαλείου StartBack με το σύστημα ταξινόμησης θεραπευτικής παρέμβασης TreatmentBasedClassification (TBC).
Υλικό - Μέθοδος: Από ένα εργαστήριο φυσικοθεραπείας στην περιοχή της Αθήνας σε διάστημα 36 μηνών επιλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας ένα δείγμα 126 ασθενών (77 Γυναίκες, 49 Άντρες, μ.ο. Ηλικίας 49.2 ± 9.5). Όλοι οι ασθενείς είχαν ολοκληρώσει πριν την έναρξη της θεραπείας το ερωτηματολόγιο StartBack για τον χωρισμό τους σε ομάδες κινδύνου (χαμηλού, μεσαίου και υψηλού) και το FearAvoidanceBeliefsQuestionnaire για την ταξινόμησή τους σε θεραπευτικό σχήμα ενώ η σταθμισμένη έκδοση στα ελληνικά του RolandMorrisDisabilityQuestionnaire (RMDQ) χρησιμοποιήθηκε ώστε να καταγραφεί η πρόοδος τους.
Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν τα εξής:

Ομάδα	Total N=126	Male	Female	Mean Age	Treatment sessions	Treatment Time (days)	RMDQ*
Ομάδα Α (Χαμηλού Κινδύνου)	38	13	25	48.9	1.7±0.4	4.8 ±1.3	(-) 94.8%±1.1%
Ομάδα Β (Μεσαίου Κινδύνου)	40	18	22	47.8	4.2± 1.2	14.2±3.8	(-) 95%±1.1%
Ομάδα Γ (Υψηλού Κινδύνου)	48	18	30	50.1	7.1 ±2.2	22.3±5.1	(-) 93.8%±1.5%

*το RMDQ χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης βελτίωσης της κατάστασης των ασθενών
Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μία συνδυαστική προσέγγιση με κατάταξη ασθενών με οσφυαλγία σε ομάδες κινδύνου βάσει του ψυχοκοινωνικού μοντέλου, συνδυαστικά με ταξινόμηση τους σε κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα φυσικοθεραπείας μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση τους, να βελτιώσει την κατανόηση τόσο του φυσικοθεραπευτή όσο και των ασθενών σχετικά με τον χρόνο αποκατάστασης τους αλλά και του συνόλου των απαιτούμενων φυσικοθεραπευτικών συνεδριών.

ΕΑ45 Συγκριτική μελέτη εμβιομηχανικών παραμέτρων ασθενών με σπονδυλικό πόνο και υγιούς πληθυσμού

Μπομπόνη Α.¹, Σταυριανού Π.¹, Σωτηρόπουλος Σ.¹, Γεωργούδης Γ.¹, Φυρφίρης Ν.²
¹Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΓΑΟΝΑ "ο Άγιος Σάββας"

Σκοπός: Ο χρόνιος πόνος της σπονδυλικής στήλης, αποτελεί μια συχνή παθολογική κατάσταση. Δεδομένου των πολλαπλών επιπτώσεων που έχει στην ποιότητα ζωής, υφίσταται ως ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας με ιδιαίτερα σημαντικό επιπολασμό. Παρά την έλλειψη ενδείξεων για την συσχέτιση αυτών των επώδυνων μυοσκελετικών καταστάσεων της σπονδυλικής στήλης με την ανατομική των κάτω άκρων και του πέλματος, φαίνεται πως αυτή η παθολογική κατάσταση επηρεάζει τόσο την κατανομή των φορτίων όσο και την ανατομική τους δομή. Οι εμβιομηχανικές μετρήσεις έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν για αυτό το σκοπό, με ανάμεικτα αποτελέσματα. Επομένως, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αξιολογηθούν στατικά και δυναμικά φορτία του πέλματος κατά τη διάρκεια της στάσης και της βάδισης, καθώς και κλινικά στοιχεία της ισορροπίας σε ασθενείς με χρόνια πόνο στην σπονδυλική στήλη και η σύγκριση τους με τον υγιή πληθυσμό.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκε δείγμα 26 ατόμων [13 ασθενείς με χρόνια σπονδυλικό πόνο 22-68 ετών (6 άνδρες, 7 γυναίκες) και 13 υγιείς 22-60 ετών (8 άνδρες, 5 γυναίκες)], με τις μετρήσεις να πραγματοποιούνται στο Εργαστήριο Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με τη χρήση ψηφιακού πελματογράφου της Sensormedica, Ιταλίας. Για να διασφαλιστεί η αντικειμενικότητα και η αμεροληψία χρησιμοποιήθηκε προτυποποιημένο πρωτόκολλο για να μετρηθούν οι πιέσεις κατά τη στάση, την βάδιση και την ισορροπία (διποδική και μονοποδική).
Αποτελέσματα: Χρησιμοποιήθηκε η συνήθης μεθοδολογία με χρήση των μέσων όρων των παραμέτρων προκειμένου να γίνει η στατιστική ανάλυση (SPSS v.20). Σε αντίθεση με το μεγαλύτερο τμήμα της βιβλιογραφίας, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών και των υγιών συμμετεχόντων (p>0.05), με εξαίρεση δύο από τις 40 παραμέτρους τις στατικής ανάλυσης όπου διαπιστώθηκε μειωμένη πίεση στο πρόσθιο έσω τμήμα του δεξιού ποδιού και στο οπίσθιο έσω τμήμα του αριστερού ποδιού για τους ασθενείς συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό.
Συμπεράσματα: Τα άτομα με χρόνια πόνο στην σπονδυλική στήλη παρουσιάζουν μεταβολές σε κάποιες παραμέτρους της στατικής ανάλυσης πιέσεων σε σχέση με του υγιείς και μένει να διερευνηθεί αν η τροποποίηση αυτών των παραμέτρων θα μπορούσε να επιφέρει βελτίωση των συμπτωμάτων.

ΕΑ46 Ενδιαφέρουσα περίπτωση συνδρόμου PARSONAGE-TURNER στο Κέντρο Πόνου του Αρεταίειου Νοσοκομείου της Α΄ Αναισθησιολογικής Κλινικής

Λέκκα Ν., Φυρφίρης Ν., Τσαρουχά Α., Φίλιππας Π., Κορδαλής Ν. Ανδρέου Μ., Ρους Χ., Σιαφάκα Ι.
Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθηνών- Α΄ Πανεπιστημιακή Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής

Σκοπός: Παρουσίαση ενός περιστατικού που παραπέμφθηκε στο Κέντρο Πόνου του Αρεταίειου Νοσοκομείου της Α΄ Αναισθησιολογικής Κλινικής για περαιτέρω αντιμετώπιση, άνδρα 55 ετών, με νευραλγική μυοατροφία βραχιονίου πλέγματος αρ. άνω άκρου.
Υλικό και μέθοδος: Άνδρας 53 ετών, εμφάνισε προ 2 έτη, αιφνίδια αδυναμία απαγωγής πρόσθιας κάμψης αριστερού άνω άκρου και έντονο επίμονο άλγος αυχένα και ώμου, με επιδείνωση τις νυχτερινές ώρες. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου-ΑΜΣΣ-αρ. ώμου και η αξονική θώρακα, ήταν χωρίς ευρήματα, ενώ το ηλεκτρομυογράφημα κατέδειξε υποξεία νευρογενή βλάβη αρ. κατανομής ανωτέρου βραχιονίου πλέγματος. Από τον θεράποντα Νευρολόγο-όπου και διαγνώστηκε, του χορηγήθηκαν: κορτικοστεροειδή από το στόμα, αντιφλεγμονώδη χάπια, εντατικές φυσιοθεραπείες, πρεγκαμπαλίνη και σύμπλεγμα βιταμινών Β. Αποτελέσματα: 4 μήνες μετά από την έναρξη της θεραπείας βελτιώθηκαν τα συμπτώματα και η μυική ισχύς, χωρίς πλήρη επάνοδο, ενώ 13 και 18 μήνες αργότερα είχε ξανά υποτροπή για 2 εβδομάδες, με πλήρη μυϊκή παράλυση και πόνο. Στο τελευταίο επεισόδιο έγινε μόνο έγχυση όζοντος στο βραχιόνιο πλέγμα και συνέχιση της οζονοθεραπείας με αφαιμαζομεταγγίσεις στο Κέντρο πόνου του Αρεταίειου Νοσοκομείου, με ταχεία βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς.
Συζήτηση: Το σύνδρομο Parsonage-Turner είναι μία σπάνια νευρολογική διαταραχή (1/100.000), που εκδηλώνεται με αιφνίδια έναρξη πόνου στον ώμο και στο χέρι και ακολουθεί μακρά περίοδος αδυναμίας του άκρου. Ονομάζεται επίσης «οξεία βραχιόνιος νευρίτιδα» ή «ιδιοπαθής νευροπάθεια βραχιονίου πλέγματος» και τα αίτια εμφάνισης παραμένουν άγνωστα. Πιθανολογούνται διαταραχές του ανοσολογικού συστήματος, ιοί, μετατραυματικά αίτια, ρευματολογικά νοσήματα κ.α. Έχουν δοκιμαστεί διάφορες θεραπείες, όπως κορτικοστεροειδή συστηματικά στις εξάρσεις, TENS, ηλεκτροβελονισμός, φυσιοθεραπεία, διηθήσεις με κορτικοστεροειδή, κοινά αναλγητικά, καθώς και γκαμπαμπεντίνη, καρβαμαζεπίνη και αμινοτριπτυλίνη, για θεραπεία νευροπαθητικού πόνου. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν αυτόματη ύφεση συμπτωμάτων μετά από μήνες, ενώ άλλοι συνεχίζουν με εξάρσεις και υφέσεις. Ωστόσο, υπάρχουν και εκείνοι που μένουν αδιάγνωστοι με υπολειπόμενο χρόνο πόνο και σοβαρά νευρολογικά ελλείμματα. Η οζονοθεραπεία μπορεί να δρα θεραπευτικά μέσω του μηχανισμού ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος.
Συμπεράσματα: Απαιτείται ταχεία διερεύνηση με καλή νευρολογική εκτίμηση, ηλεκτρομυογράφημα και μαγνητική τομογραφία προς αποκλεισμό νοσολογικών οντοτήτων που χρήζουν άλλης αντιμετώπισης, ώστε να αντιμετωπιστεί ο πόνος και η μακροπρόθεσμη πορεία των ασθενών.

Βιβλιογραφία:
1. Van Alfen N, van Eijk JJ, Ennik T, et al. Incidence of neuralgic amyotrophy (Parsonage Turner syndrome) in a primary care setting—a prospective cohort study. PLoS One 2015;10:e0128361
2. Sneag DB, Rancy SK, Wolfe SW, et al. Brachial Plexitis or Neuritis? MRI features of lesion distribution in Parsonage-Turner syndrome. Muscle Nerve. 2018;58(3):359-66
3. Sharma M., Hudson J. Ozone gas is an effective and practical antibacterial agent. Am J Vol 36, No 8

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΕΑ47 Παρουσίαση περιστατικού: αντιμετώπιση χρόνιου γενικευμένου άλγους στις αρθρώσεις και στον αυχένα, με βελονισμό σε ασθενή που πάσχει απο τοπικό σκληρόδερμα

Μάλλιου Χ., Βέργη Χ., Κουτούση Χ., Βαλμάς Κ., Εξερτζόγλου Ε., Δημοπούλου Β.
Αναισθησιολογικό τμήμα- Ιατρείο Πόνου Γ.Ν.Καλαμάτας

Σκοπός: Να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα των θεραπειών βελονισμού σε ασθενή με ανθεκτικό χρόνιο πόνο που πάσχει από τοπικό σκληρόδερμα .
Εισαγωγή: Το σκληρόδερμα αποτελεί μία σχετικά σπάνια(στην Ελλάδα 2500 περιστατικά), αυτοάνοση νόσο του συνδετικού ιστού. Οι πρώτες περιγραφές της νόσου ίσως να ξεκινούν ήδη από το 400 π.Χ., όταν ο Ιπποκράτης περιέγραψε ασθενείς με «πεπαχυσμένο δέρμα» και στοιχεία που σήμερα είναι γνωστά ότι συνυπάρχουν στη νόσο αυτή. Χαρακτηρίζεται από αγγειοπάθεια που οδηγεί σε ιστική ισχαιμία και διέγερση των ινοβλαστών με καταληκτικό γεγονός τη συσώρευση κολλαγόνου και τη δημιουργία ίνωσης. Μεταξύ των άλλων παρουσιάζεται χρόνιος πόνος και περιορισμός στην κίνηση που ωφελούνται στις δύσκαμπτες και συχνά φλεγμένους αρθρώσεις, στους πιο πυκνούς τένοντες, στους αδύναμους μύες και στα συχνά δερματικά έλκη των δακτύλων των χεριών.
Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για παρουσίαση περιστατικού για την οποία χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από τον φάκελο του ασθενή στο ιατρείο μας. Γυναίκα 75 ετών προσήλθε στο ιατρείο μας λόγω έντονου πόνου VAS:9-10 στις αρθρώσεις και στον αυχένα, ιδιαίτερα στον αγκώνα αλλά και στις μικρές αρθρώσεις των χεριών. Πονούσε ιδιαίτερα τη νύχτα και η ένταση του πόνου αυξανόταν στον κλινοστατισμό αλλά και στην κίνηση. Λόγω του πόνου δεν είχε καλή κινητικότητα, απέφευγε τις εξόδους, ο ύπνος της ήταν κακός και η ψυχολογία της επιβαρυνμένη. Η κατάσταση αυτή χειροτέρευε στις περιόδους που υπήρχε έντονη υγρασία στην ατμόσφαιρα . Από το ιστορικό της ασθενούς διαπιστώθηκε ότι το 1986 τέθηκε η διάγνωση της σκληροδερμίας. Η ασθενής κατά την κλινική εξέταση, παρουσίαζε σκληρύνωση και λέπτυνση του δέρματος του προσώπου, των αρθρώσεων του αγκώνα και των δακτύλων των χεριών με δακτυλικά έλκη. Ιδιαίτερα η άρθρωση του δεξιού αγκώνα ήταν πρησμένη και δύσκαμπτη, και η κινητικότητα του αυχένος και των άλλων αρθρώσεων αρκετά περιορισμένη Γι'αυτο τον λόγο ήταν σε θεραπεία με φυσιοθεραπείες. Επιπλέον παρουσίαζε Γ.Ο.Π. Για την νόσο της παρακολουθείται από συνάδελφο ρευματολόγο ο οποίος της χορηγεί αμλοδιπίνη, πεντοξυφυλλίνη, παντοπραζόλη, κορτιζόνη, δονεπεξίλη και μεθοτραξάτη. Για τον πόνο ελάμβανε νιμεσουλίδη και παρακεταμόλη σχεδόν 3 gr. την ημέρα. Στην πρώτη επίσκεψη, της χορηγήσαμε Tramal 50 mg x4 και Norgesic 1x2. Παρουσίασε έντονο έμετο και ναυτία στο Tramal, έγινε η διακοπή του και της προτάθηκε ο βελονισμός ως μια εναλλακτική θεραπεία την οποία και αποδέχτηκε. Το πρωτόκολλο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε τα παρακάτω σημεία άμφω: (Π.Ε. 4, Π.Ε. 14, Χ.Κ. 20, Χ.Κ. 14, ΠΕΡ. 6, Ο.Κ. 60, Στ 36, trs αυχένος και πλάτης καθώς και στις αρθρώσεις των δακτύλων των άνω άκρων. Ωτοβελονισμός άμφω: (σημείο αναλγησίας 29 και Shen men).
Αποτελέσματα: Ήδη από την πρώτη συνεδρία η ασθενής πονούσε λιγότερο. Είχε μια βελτίωση του πόνου στην κίνηση με VAS:6-7, χρειαζόταν λιγότερη παρακεταμόλη, διέκοψε την νιμεσουλίδη και άρχισε να βγαίνει από το σπίτι. Η ψυχολογική της κατάσταση βελτιώθηκε καθώς κατάλαβε πως είναι εφικτό να αντιμετωπίσει τον πόνο χωρίς να προσθέσει επιπλέον φάρμακα στα ήδη πολλά που έπαιρνε λόγω της νόσου. Συνέχισε τις συνεδρίες ανά 10 ημέρες και στην 5η συνεδρία είχε πια σταθερή βελτίωση με VAS:2-3 και μόνο στην κίνηση. Μέχρι και σήμερα στις περιόδους με πολλή υγρασία επαναλαμβάνουμε ένα κύκλο 3 συνεδριών βελονισμού ανά 10 ημέρες διατηρώντας σταθερά την βελτίωση του πόνου.
Συμπεράσματα: Στην συγκεκριμένη ασθενή το γενικευμένο άλγος αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με βελονισμό.

Βιβλιογραφία:
1. Περιοδικό The doktor 220 τεύχος
Ελευθέριος Πέλεχας, PhD, MSc, MAC, Ειδικευόμενος Ρευματολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
Αλέξανδρος Α. Δρόσος, MD, FAcR, Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
2. The rheumatologist
Pain Perspective in Scleroderma
July 12, 2011 • By Susan L. Williams Judge, MN, ARNP

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: ΔΙΑΦΟΡΑ

ΕΑ48 Αντιμετώπιση οξέων επεισοδίων κολικού νεφρού στα ΤΕΠ με χορήγηση υπογλώσσιας φεντανύλης

Σάββα Χ., Μαυρομάτης Ε., Παπαϊωάννου Ε., Καλλιοντζή Ε., Καλογιάννης Ε., Παπαδοπούλου Ε., Λαμπαδαρίου Α.
Τμήμα Αναισθησιολογίας, Αντιμετώπισης Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της χορήγησης υπογλώσσιας φεντανύλης σε ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ με επεισόδιο κολικού νεφρού και η σύγκρισή της με την ως σήμερα χορηγούμενη αγωγή.
Υλικό & Μέθοδος: Σε προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη, κατανεμήθηκαν τυχαία 68 ασθενείς 19-62 ετών, που προσήλθαν στα ΤΕΠ με κολικό νεφρού (Α=34, Β=34). Στους ασθενείς της ομάδας Α χορηγήθηκε υπογλώσσια φεντανύλη 100μg και στην ομάδα Β δικλοφενάκη 75mg κατά τη συνήθη πρακτική. Καταγράφηκαν και στις δύο ομάδες η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, η ένταση του πόνου με την οπτική αναλογική κλίμακα, οι ανάγκες σε επιπρόσθετη αναλγησία, παρενέργειες φαρμάκων και τυχόν ασυννοδά συμβάμματα.
Αποτελέσματα: Οι ασθενείς της ομάδας Α εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ένταση του πόνου (1-2) και ταχύτερη ανακούφιση (7-11min) σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας Β (1-4) και 26-44min αντίστοιχα, ενώ σε 8 ασθενείς της ομάδας Β απαιτήθηκε επιπρόσθετη αναλγησία (πεθιδίνη 50mg iv σε 100ml N/S). Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη δράση των φαρμάκων δεν παρατηρήθηκαν σε κανένα ασθενή από τις δύο ομάδες, ενώ 2 και 3 ασθενείς των ομάδων Α και Β αντίστοιχα εμφάνισαν επεισόδια εμέτου, τα οποία όμως αποδόθηκαν στον έντονο πόνο. Σε 6 ασθενείς της ομάδας Α απαιτήθηκε επανάληψη της υπογλώσσιας φεντανύλης προ της αποχώρησης από το νοσοκομείο (87±12min), με μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο 128±23min και 141±24min για τις ομάδες Α και Β αντίστοιχα.
Συμπεράσματα: Η υπογλώσσια χορήγηση φεντανύλης φαίνεται να υπερτερεί στατιστικά ως προς την ταχύτητα ανακούφισης του πόνου, τις ανάγκες χορήγησης επιπρόσθετης αναλγησίας και δεν διαφέρει ως προς ανεπιθύμητες ενέργειες, σε σχέση με την καθιερωμένη αγωγή αντιμετώπισης οξέος πόνου από κολικό νεφρού στα ΤΕΠ. Κατά τη διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο και τη διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά αυξημένη συχνότητα ανάγκης επαναληψιμότητας της δόσης αναλγησίας στην ομάδα της υπογλώσσιας φεντανύλης. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για τεκμηρίωση των ανωτέρω.

ΕΑ49 Χρονοβιολογική προσέγγιση της ραχιαίας αναισθησίας και μετεγχειρητική αναλγησία σε επίτοκους

Νικούλη Ευ., Καρράς Γ., Κούτσης Β., Αραμπατζίδου Φ., Κιαμήλογλου Μπ.
Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής «Σισμανόγλειο», Κομοτηνή

Σκοπός: Προηγούμενη μελέτη μας χρονοβιολογίας στη μαιευτική αναισθησία ανέδειξε διαφορές στη διάρκεια δράσης του τοπικού αναισθητικού, εξαρτώμενες από την ώρα χορήγησης του, και κirkάδια ρυθμικότητα στην αντίληψη του μετεγχειρητικού πόνου. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η εύρεση χρονικού παραθύρου σχετιζόμενου με την ώρα χορήγησης της ραχιαίας αναισθησίας, για την έγκαιρη χορήγηση αναλγησίας με στόχο τη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
Υλικό & Μέθοδος: Σε 75 επίτοκες, ASA II, πρωτοτόκοι έως τριτοτόκοι, χορηγήθηκε υπαραχνοειδώς διάλυμα ίδιας δοσολογίας και συγκέντρωσης (chirocaine 13mg & fentanyl 0.01mg) για επείγουσα ή προγραμματισμένη καισαρική τομή. Οι επίτοκες χωρίστηκαν σε 5 ομάδες των 15 ατόμων (ομάδα Α 08:00 - 12:00, Β: 12:00 -16:00, Γ: 16:00-20:00, Δ: 20:00 - 00:00, Ε: 00:00-08:00). Ελέγχθηκε και καταγράφηκε η διάρκεια του αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού μετά το πέρας του χειρουργείου, ανα 15 min, ως την αποδρομή της αναισθησίας, και η ένταση του πόνου στην πρώτη μετεγχειρητική αναλγητική απαίτηση (NRS). Η στατική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το SPSS v 19.0.
Αποτελέσματα: Η διάρκεια του αισθητικού, κινητικού αποκλεισμού και της αναλγησίας ήταν μεγαλύτερη μεταξύ 08:00 ως 16:00 (ομάδες Α, Β) (p<0.001). Η μεγαλύτερη ένταση του πόνου στην πρώτη μετεγχειρητική αναλγητική απαίτηση ήταν μεταξύ 00:01 ως 08:00 (ομάδα Ε) (p<0.001). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο χρόνο απαίτησης μετεγχειρητικής αναλγησίας μεταξύ των ομάδων Α, Β και Ε (p<0.005).
Συμπεράσματα: Αν και στην αντίληψη του πόνου εμπλέκονται κι άλλοι παράγοντες όπως μαιευτικοί, φαρμακολογικοί, ιδιοσυγκρασία του ατόμου, μορφωτικό επίπεδο, κ.α., η έντασή του ποικίλει μετά την αποδρομή της αναισθησίας πιθανώς λόγω των κirkάδιων διακυμάνσεων. Συμπερασματικά, η ώρα χορήγησης της ραχιαίας αναισθησίας δημιουργεί τις συνθήκες πρόβλεψης ενός χρονικού παραθύρου, εντός του οποίου πρέπει να χορηγηθεί μετεγχειρητική αναλγησία, εύρημα που απαιτεί περαιτέρω μελέτη.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: ΔΙΑΦΟΡΑ

ΕΑ50 Η επισκληρίδιος ως πρώτη επιλογή αναισθησίας σε μαιευτικές επεμβάσεις στο νοσοκομείο της πρωτεύουσας των Κυκλάδων - Ερμούπολης - Σύρου

Χρονάκης Ι.¹ Σολείμεζίδου Χ.², Μπαρκούρη Θ.³, Πανοηλίας Ε.⁴, Λειβαδάρας Ν.⁵
¹Αναισθησιολόγος Επ.Β, Γ.Ν Σύρου, ²Δ/ντρια Αναισθησιολόγος Γ.Ν Σύρου – Ιπτάμενη Ιατρός ΕΚΑΒ, ³Αναισθησιολόγος Επ.Β, Γ.Ν Σύρου, ⁴Δ/της Αναισθησιολόγος, ⁵Δ/της Αναισθησιολόγος

Σκοπός: Το Γ.Ν Σύρου είναι το Πρώτο οργανωμένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα της επαναστατημένης και Ελεύθερης Ελλάδας, λειτουργεί από το 1825 και διαθέτει το μοναδικό σωζόμενο αρχείο, αρχής γενομένης από το 1834. Απαριθμεί 130 κλίνες εκ των οποίων οι 15 ανήκουν στο μαιευτικό-γυναικολογικό τμήμα, στο οποίο υπηρετούν 3 γυναικολόγοι και 10 μαίες. Στο αναισθησιολογικό τμήμα απασχολούνται 4 αναισθησιολόγοι οι οποίοι αναλαμβάνουν την αναισθησία όλων των μαιευτικών περιστατικών, που είναι πάνω από 180 ετησίως . Είναι το μεγαλύτερο και το καλύτερα επανδρωμένο νοσοκομείο στο νόμο Κυκλάδων και εξυπηρετεί ασθενείς από όλα τα άλλα νησιά, των οποίων ο πληθυσμός αυξάνεται κατακόρυφα κατά τη διάρκεια της τουριστικής περιόδου. Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσουμε την επισκληρίδιο ως πρώτη επιλογή αναισθησίας στις μαιευτικές επεμβάσεις στο νοσοκομείο μας.

Υλικό & Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα των 2 τελευταίων ετών όπως αυτά προκύπτουν από τα αρχεία που διαθέτουμε και τα διαγράμματα αναισθησίας των γυναικών που υποβλήθηκαν σε ανώδυνο φυσιολογικό τοκετό και καισαρική τομή. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή με επισκληρίδιο αναισθησία και τοποθέτηση αντλίας συνεχούς έγχυσης φαρμάκου για αναλγησία το πρώτο καλύτερα επανδρωμένο νοσοκομείο, ήταν τα 28 έτη. Το 70% ήταν πρωτοτόκες με μέση ηλικία κύησης 38 εβδομάδων και πέντε ημερών. Για την επισκληρίδιο χρησιμοποιήθηκε βελόνη Tuohy 18G, άσπρη τεχνική με την μέθοδο της απώλειας αντίστασης και δοκιμαστική δόση λιδοκαΐνης 2%, 3 ml. Φάρμακο επιλογής παρορείν 0,75% σε συνδυασμό με φρεντανύλη.

Αποτελέσματα: Το 95% των επιτόκων υποβλήθηκαν σε επισκληρίδιο αναισθησία/αναλγησία. Τα αποτελέσματα ήταν τα αναμενόμενα σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία. Η επιλογή της επισκληρίδιος αναισθησίας συνέβαλε στην ομαλή και ασφαλή διεξαγωγή του φυσιολογικού τοκετού και προσέφερε μετεγχειρητική αναλγησία τουλάχιστον για 24 ώρες σε όσες γυναίκες υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή, εξασφαλίζοντας εξαιρετικές συνθήκες τόσο για τις επίτοκες, όσο για τα νεογνά και τους γυναικολόγους.

Συμπεράσματα: Η επισκληρίδιος αναισθησία/αναλγησία είναι μια μέθοδος που ξεκίνησε από τον Hingson και Edwards το 1900-1930. Εξακολουθεί να είναι η μόνη μέθοδος αναλγησίας, μετά την εμφάνιση της βουπιβακαΐνης, η οποία προσφέρει το πλεονέκτημα του μειωμένου κινητικού αποκλεισμού, ενώ συμπληρώθηκε από την εμφάνιση της ροπιβακαΐνης, για την ανακούφιση από τους πόνους του τοκετού, εξακολουθώντας μέχρι και σήμερα να θεωρείται η βασίλισσα της αναισθησίας.. Η καταγραφή της 2 ετούς εμπειρίας μας σε ένα μικρό δευτεροβάθμιο νοσοκομείο της νησιωτικής χώρας με ολιγομελή τμήματα και αντίξοες πολλές φορές συνθήκες στην εκτέλεση της ιατρικής πράξης, την ανέδειξε ως πρώτη γραμμή αντιμετώπισης, παρέχοντας την καλύτερη και πιο ασφαλή επιλογή αναισθησίας / αναλγησίας των γυναικών που προσέρχονται για τοκετό. Σημειωτέον πως η πρώτη επισκληρίδιος στο νοσοκομείο μας έγινε το 1986 με χορήγηση βουπιβακαΐνης. Στόχος μας η συνεχής βελτίωση και η συμμόρφωση μας με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες που δίδουν την μαιευτική αναισθησία, έτσι ώστε να έχουμε πάντα την πιο ασφαλή και εξειδικευμένη προσέγγιση της επιτόκου.

Βιβλιογραφία:
1. Malzack R. The puzzle of pain basic New York 1973 2. Ιπποκράτης Γυναικολογία και μαιευτική μετάφραση Δημήτριος Λυπουρλής Εκδόσεις ΖΗΤΡΟΣ 3. Snow J. On chloroform and other anesthetics: their action and administration. John Churchill, London, 1858. (Reprinted by the American Society of Anesthesiologists, Chicago, 1950) 4. Βασικές αρχές αναισθησιολογίας (Robert K. Stoelting – Ronald D Miller) ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 5. Παπανικολάου Νίκου, Α. (1999). Οδοιπορικό στην Ιστορία της Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος» Μαρία Γρ. Παρισιάνου. 6. Πανοηλίας Ε. 1984 Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών ΕΚΠΑ – «Μεταβολή αιμοδυναμικών παραμέτρων κατά την επισκληρίδιο έγχυση βουπιβακαΐνης και αδρεναλίνης στον τοκετό» 7. Our Experience with the Hingson-Edwards Technique of Continuous Caudal Analgesia –Jan 1944, Can Med Assoc J.8. Λειβαδάρας, Ν. (2012 Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης) Το πρώτο Νοσοκομείο της επαναστατημένης και ελεύθερης Ελλάδας στην Ερμούπολη Σύρου, ανάλυση των πρώτων 7341 περιστατικών (1834-1835)

ΕΑ51 Η πρεγκαμπαλίνη ως φάρμακο εκλογής στο σύνδρομο καυσalgίας στόματος. Αναφορά περιστατικού

Κουρή Μ., Βαδαλούκα Α.
Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός: Το σύνδρομο καυσalgίας στόματος [burning mouth syndrome (BMS)] είναι μια χρόνια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από πόνο, δυσφορία ή αίσθημα καύσου στον στοματικό βλεννογόνο, με νευροπαθητικά στοιχεία, χωρίς την παρουσία εκλυτικών κλινικών παραγόντων. Εμφανίζεται κατά συντριπτική πλειοψηφία στο γυναικείο φύλλο, 3 έως 20 φορές περισσότερο από τους άντρες, συνήθως κατά ή μετά την εμμηνόπαυση. Σε αυτό το περιστατικό χορηγήθηκε πρεγκαμπαλίνη, φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου (ΝΠ). **Υλικό και Μέθοδος:** Ασθενής 75 ετών, γυναίκα, προσήλθε στην κλινική με έντονο πόνο στην στοματική κοιλότητα Ο πόνος αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης [0-10 Numeric Rating Scale (NRS)] και ο ΝΠ με τη χρήση του Douleur Neuropathique 4 (DN4) ερωτηματολογίου. Η στοματική κοιλότητα ελεγχόταν κλινικά για την ύπαρξη ελκώνσεων και μυκητιακών ή ερπητικών λοιμώξεων. Κατά την πρώτη επίσκεψη η ασθενής ανέφερε πόνο, NRS=9 και DN4=5 (καύσο, ηλεκτρικό ρεύμα, μυρμήγκιασμα, βελονίες και τσιμπήματα, φαγούρα). Υπήρχε κλινική εικόνα καντιντίασης κυρίως στη σκληρή υπερώα κάτω από την οδοντοστοιχία. Δόθηκε φλουκοναζόλη 100mg την ημέρα για 15 ημέρες, 150mg τραμαδόλη την ημέρα και πρεγκαμπαλίνη, η οποία τιτλοποιήθηκε στα 600mg την ημέρα. Συνστήθηκε η αφαίρεση της οδοντοστοιχίας τη νύχτα. Στην επανεξέταση μετά από ένα μήνα, η ασθενής ανέφερε NRS=4 και DN4=2. Υπήρχε μείωση κατά 50% στο αίσθημα καύσου και στις βελονίες και τα τσιμπήματα. Η αγωγή έγινε καλά αποδεκτή χωρίς παρενέργειες. **Συμπέρασμα:** Η ταυτόχρονη χορήγηση πρεγκαμπαλίνης, τραμαδόλης και φλουκοναζόλης βελτίωσε τα συμπτώματα. Η πρεγκαμπαλίνη θα μπορούσε να θεωρηθεί φάρμακο εκλογής σε ασθενείς με BMS, λαμβάνοντας υπ΄ όψη την το νευροπαθητικό στοιχείο του BMS.

ΕΑ52 Παρέμβαση Ιατρείου Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση και οξεία σπονδυλοδισκίτιδα. Παρουσίαση 4 περιστατικών

Λέκκα Ν., Ιβανοβιένε Ρ., Κωνσταντάκη Β., Χαραλάμπους Ν., Παπαχρήστος Ι., Αργυρίου Γ., Δαμιανού Λ., **Κορδαλής Ν.,** Μάτση Γ.
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

Σκοπός: Παρουσίαση 4 περιστατικών της Νεφρολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού με έντονη ραχιαλγία ή οσφυαλγία τύπου κατάγματος χωρίς ιστορικό κάκωσης σε ασθενείς αιμοκαθαρόμενους με μόνιμο κεντρικό καθετήρα.

Υλικό και μέθοδος: Μέση ηλικία των 4 ασθενών 76έτη. Συχνές συνεδρίες αιμοκάθαρσης (3 την εβδομάδα). Συνοδά προβλήματα υγείας: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης. Κλινική εικόνα: έντονη ευαισθησία σε σπονδύλους με παρσπονδυλικό μυϊκό σπασμό, περιορισμό κινήσεων και σε ένα εξ΄ αυτών ριζοπάθεια. Εμπύρετο με θετική αιμοκαλλιέργεια και θετικούς δείκτες φλεγμονής. Επιβεβαίωση με μαγνητική τομογραφία σε όλους τους ασθενείς. Αντιμετώπιση: κλινικοστατισμός με χορήγηση ενδοφλέβιας αντιβίωσης και διαχείριση του πόνου με παρακεταμόλη 1 gr Χ 3, γκαμπαπεντίνη 300mg μετά από κάθε αιμοκάθαρση και αυτοκόλλητο επίθεμα φρεντανύλης ανά 72 ώρες.

Αποτελέσματα: Ένας των ασθενών κατέληξε μία εβδομάδα μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο λόγω σηπτικής καταπληξίας.. Βελτίωση της κλινικής εικόνας των υπολοίπων ασθενών που συνέχισαν την αγωγή τους από το στόμα.

Συζήτηση: Η οξεία σπονδυλοδισκίτιδα εμφανίζεται με οξύ άλγος στην οσφυ ή πιο σπάνια θωρακο-οσφυϊκή ή στον αυχένα και σε αιμοκαθαρόμενους ασθενείς ενοχοποιείται η αποίκιση του κεντρικού καθετήρα της αιμοδιάλυσης. Ο πόνος είναι συνεχής και δύσκολα διαχειρίσιμος, με έντονη ευαισθησία, με περιορισμό κινήσεων και αντανάκλαση στο ισχίο ή στην κοιλιά. Σε ποσοστό 10-20% ο πόνος συνοδεύεται από νευρολογική σημειολογία. Η κλινική εικόνα συνοδεύεται στο ένα τρίτο των ασθενών από εμπύρετο με θετικές αιμοκαλλιέργειες. Οι αιματογενείς λοιμώξεις πολύ σπάνια προκαλούν πυογενή δισκίτιδα ή οστεομυελίτιδα των σπονδυλικών σωμάτων. Η θνητότητα φτάνει στο 70% όταν συνοδεύεται από απόστημα. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με διαδερμική βιοψία, σπινθηρογράφημα οστών και με μαγνητική τομογραφία που αποτελεί και τη μέθοδο εκλογής.

Συμπεράσματα: Σε κάθε αιμοκαθαρόμενο ασθενή με αιφνίδια έναρξη πόνου στη σπονδυλική στήλη με ή χωρίς πυρετό πρέπει να ακολουθεί διερεύνηση με μαγνητική για τον έγκαιρο εντοπισμό κι άμεση έναρξη θεραπείας πυογόνου σπονδυλοδισκίτιδας.

Βιβλιογραφία: 1. Taylor G, Gravel D, Johnston L, Embil J, Holton D, PatonS. Prospective surveillance for primary bloodstream infections occurring in Canadian Hemodialysis units. Infect Control Hosp Epidemiol 2002; 23: 716-720. 2. Malawski SK, Lukawski S. Pyogenic infection of the spine. Clin Orthop 1991; 272: 58-66.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: ΔΙΑΦΟΡΑ

ΕΑ53 Ο βελονισμός ως μέθοδος θεραπείας για την αντιμετώπιση άλγους στην αυχενική και στην οσφυϊκή μοίρα ασθενούς, με ιστορικό συνδρόμου Sjögren και ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Βέργη Χ., Μάλλιου Χ., Κουτούση Χ., Βαλμάς Κ., Δημοπούλου Β., Εξερτζόγλου Ε.
Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας-Ιατρείο Πόνου

Εισαγωγή:Το σύνδρομο Sjogren είναι ένα συστηματικό αυτοάνοσο νόσημα, στο οποίο τα λεμφοκύτταρα προσβάλλουν και καταστρέφουν τους εξωκρινείς αδένες, σιελογόνους και δακρυκούς.Συχνά συνοδεύεται από άλλες ρευματικές παθήσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος και η σκληροδερμία με αποτέλεσμα εκτός απο την ξηροφθαλμία και την ξηροστομία που είναι τα κύρια συμπτώματα, ο ασθενής που νοσεί, να παρουσιάζει πόνο στις αρθρώσεις ,αίσθημα κόπωσης και κατάθλιψη. Επίσης μπορούν να επηρεαστούν και άλλα συστήματα όπως το πεπτικό ,το αναπνευστικό και το δέρμα. **Σκοπός:** Να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα του βελονισμού σε ασθενή με ιστορικό συνδρόμου Sjogren και ρευματοειδούς αρθρίτιδας που προσήλθε στο ιατρείο, με χρόνιο πόνο στον αυχένα και στην οσφυϊκή μοίρα ,ανθεκτικό στα αναλγητικά.

Υλικά και μέθοδος: Πρόκειται για παρουσίαση περιστατικού,για την οποία χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από το φάκελο του ασθενούς στο ιατρείο μας.Γυναίκα ασθενής 71 ετών ,με ατομικό ιστορικό σύνδρομο Sjogren και ρευματοειδή αρθρίτιδα,παραπέμφθηκε στο ιατρείο μας από ιδιώτη ορθοπαιδικό για δυνατούς πόνους στον αυχένα και την οσφυϊκή μοίρα.Κατά την προσέλευση της στο ιατρείο ,η ασθενής ανέφερε αρχικά σκόρπιο πόνους VAS 8 έως 9 και είχε εξαντλήσει άλλες αναλγητικές μεθόδους ,τόσο φαρμακευτικές θεραπείες όσο και φυσιοθεραπείες.Επίσης ως συνοδά συμπτώματα ανέφερε υπερβολική κόπωση, κατάθλιψη,γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.Η ασθενής από το έντονο άλγος είχε περιορίσει την καθημερινή της δραστηριότητα.

Για τα αυτοάνοσα νοσήματα ήταν σε φαρμακευτική αγωγή με υδροξυχλωροκίνη, πιλοκαρπίνη και κορτικοστεροειδή. Στην ασθενή έγινε συνταγογράφηση πρεγκαμπαλίνης και της προτάθηκε και ο βελονισμός ως θεραπεία την οποία και αποδέχτηκε.

Το πρωτόκολλο με τα βελονιστικά σημεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα παρακάτω:

Σώμα:Π.Ε. 4, ΟΚ 6ο, Χ.Κ 2ο, Κ.Α 2ο,Τ.Θ 15, Π.Ε 14, ΟΚ 4ο, Σπ 6, Χ.Κ.3ο ,ΕΧ-ΗΝ 3

και σημεία πυροδότησης (trigger points) στην περιοχή του αυχένα και της οσφυϊκής μοίρας.

Αυτί:shen men, καρδιά (100)

Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 14 συνεδρίες βελονισμού,μία κάθε εβδομάδα.Μετά την έβδομη συνεδρία παρουσίασε σημαντική μείωση της έντασης του πόνου , ενώ στην κλίμακα πόνου η ασθενής ανέφερε σκόρπιο πόνου VAS 3 έως 4.

Ακολούθησαν συνεδρίες συντήρησης μία κάθε μήνα, ενώ σήμερα 2 χρόνια μετά συνεχίζει να έχει μια καθημερινότητα φυσιολογική, με καλή ψυχολογία και με ελάχιστο πόνο.

Συμπέρασμα: Η αντιμετώπιση του πόνου με βελονισμό σε ασθενή με σύνδρομο Sjogren και ρευματοειδή αρθρίτιδα φαίνεται να είναι μια εναλλακτική θεραπεία με καλά αποτελέσματα ,αρκεί να συνοδεύεται από επαναληπτικές συνεδρίες.

Βιβλιογραφία:

Bowman SJ. Primary Sjogren's syndrome. Lupus. 2018;27(1_suppl):32-35. doi:10.1177/0961203318801673
1 Pei -Chi Chou, Heng -Hi Chu Clinical Efficacy of Acupuncture on Rheumatoid Arthritis and Associated Mechanisms: A Systemic Review.Evid Based Comlement Alternat Med.2018;April

ΕΑ54 Κύριες Ψυχικές Αντιδράσεις στο στρες της πανδημίας covid – 19 σε ένα δημόσιο νοσοκομείο

Κοκολάκη Μ.¹, Γαβρά – Παπασπύρου Αικ.¹, Φλαμπουράρης Β.¹, Ραϊτσίου Μπ.¹, Ρούσου Ρ.², Σερέτης Σ.², Σαμαρίδης Α.², Ντανάς Ι.²

¹Ιατρείο Πόνου Γ.Ν. Αμαλία Φλέμιγκ- Σισμανόγλειο, ²Αναισθησιολογικό-Νοσηλευτικό Τμήμα Γ.Ν. Αμαλία Φλέμιγκ- Σισμανόγλειο

Σκοπός μας ήταν να καταγράψουμε τους παράγοντες που συνετέλεσαν στην αύξηση των αντιδράσεων στου στρες από την έναρξη της πανδημίας Covid -19.

Υλικό – μέθοδος: μελετήσαμε 50 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε γιατρούς και νοσηλευτές του νοσοκομείου μας.

Οι ερωτήσεις αφορούσαν:

1. Φόβο προσβολής από την ασθένεια

2. Φόβο για τους οικείους
3. Συναισθηματική διαταραχή (άγχος, στρες)
4. Ασφάλεια για την διάρκεια της κρίσης
5. Αίσθημα μοναξιάς
6. Δυσκολία διαχείρισης καθημερινών εργασιών
7. Πράξεις αλληλεγγύης

Αποτελέσματα:

- | | | | |
|----|----|---|-----|
| 1. | 30 | > | 60% |
| 2. | 25 | > | 50% |
| 3. | 40 | > | 80% |
| 4. | 42 | > | 84% |
| 5. | 35 | > | 70% |
| 6. | 20 | > | 40% |
| 7. | 48 | > | 96% |

Συμπέρασμα:

Οι προσωπικές δυνάμεις του ασθενούς ήταν τα κλειδιά για να αντέξουμε την αύξηση των ψυχικών αντιδράσεων. Σημαντικό

ΕΑ55 Επώδυνες Παθήσεις Ωμου & Κρουστικά Κύματα

Λούτα Α.¹, Μανιάτης Γ.², Σκανδάλης Ν.¹

¹ΜΕΘ - Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών, ²Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή: Η ασβεστολιθική τενοντίτιδα του ώμου είναι μια κοινή, οξεία ή χρόνια, επώδυνη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ασβεστοποιήσεις στους τένοντες της περιστροφικής μανσέτας, η οποία αναφέρεται ως στροφικό περικάλυμμα του ώμου ή και ως στροφικό πέταλο του ώμου (Rotator Cuff Tears). Το ασβεστολιθικό υλικό αποτελείται από μία συλλογή ασβεστίου σε κρυσταλλική ή άμορφη μορφή. Το υλικό μπορεί να διεγείρει μια περιβάλλουσα οξεία φλεγμονώδη απόκριση όταν ολοκληρη η μάζα παίρνει στείρα χημικά χαρακτηριστικά αποστήματος

Οι καταθέσεις ασβεστίου στο τένοντα περιστροφικού πετάλου είναι μια κοινή διαταραχή του ώμου. Οι αποθέσεις ασβεστίου μπορεί να είναι υπό μορφή ασβεστολιθικής τενοντίτιδας ή δυστροφικής ασβεστοποίησης. Κλασικά, η κατάσταση επιδεινώνεται σε συνάρτηση με το χρόνο και είναι κοινό να εμφανίζονται και άλλα σημάδια εκφυλιστικών αλλαγών.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να περιγραφεί η παθολογική κατάσταση της ρήξης τενόντων του στροφικού πετάλου καθώς και να δώσει μια εμπεριστατωμένη περιγραφή του ESWT. Ως εναλλακτική λύση, η ελάχιστη επεμβατική εξωσωματική θεραπεία με κρουστικό κύμα (ESWT) έχει θεωρηθεί ως μια αποτελεσματική επιλογή θεραπείας για την αντιμετώπιση της ασβεστολιθικής τενοντίτιδας στον ώμο, πριν από τη χειρουργική επέμβαση.

Συμπεράσματα: Η αιτία της εναπόθεσης ασβεστίου στην περιστροφική μανσέτα είναι ακόμα άγνωστη. Η μειωμένη τοπική ποσότητα οξυγόνου καθώς και η υποξία έχουν προταθεί ως ένας πιθανός παράγοντας. Οι περισσότερες μελέτες διαπίστωσαν υψηλότερη επίπτωση στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Παρόλα αυτά, παραμένει ένα φλέγον ερώτημα για την παγκόσμια φυσικοθεραπευτική κοινότητα, το οποίο χρήζει περισσότερης έρευνας και μελέτης για τη διεξαγωγή αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

Λέξεις Κλειδιά : Calcific Tendonitis, Rotator Cuff, Extracorporeal Shockwave Therapy (ESWT)

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τόπος & Χρόνος

Το Συνέδριο πραγματοποιείται στη Βραυρώνα 10-13 Σεπτεμβρίου 2020, στο ξενοδοχείο Dolce by Wyndham (τηλ: 22940 71000). Στον ευρύτερο χώρο του Συνεδρίου θα λειτουργήσουν: η Γραμματεία του Συνεδρίου & η Εκθεση Φαρμακευτικών προϊόντων, Ιατρικών οργάνων και μηχανημάτων

Σημαντικές Επισημάνσεις / COVID-19

Θα τηρηθούν αυστηρά όλες οι κατευθυντήριες οδηγίες και τα υγειονομικά πρωτόκολλα λειτουργίας για την έναρξη των φυσικών συνεδρίων τόσο για το συνεδριακές αίθουσες όσο και για το χώρο της έκθεσης-γραμματείας συνεδρίου, όπως ανακοινώθηκαν επισήμως στις 3 Ιουλίου 2020.

Υποχρεωτική η χρήση μάσκας και τήρηση των κανόνων υγιεινής και αποστάσεων από όλο το προσωπικό του χώρου (γραμματεία, υπάλληλοι, συνεργεία κλπ), ενώ είναι προαιρετική για τους συνέδρους στους εξωτερικούς χώρους του συνεδριακού κέντρου εφόσον τηρούνται αποστάσεις ασφαλείας.

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

Το Συνέδριο θα αναμεταδοθεί ζωντανά μέσω live streaming.

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 30/6/2020	Μετά τις 30/6/2020
Ειδικευμένοι	200 €	200 €
Ειδικευόμενοι	150 €	170 €
Νοσηλευτές	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 / Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο/ Ηλεκτρονικό τελικό πρόγραμμα & βιβλίο περιλήψεων/Ηλεκτρονικό Μοριοδοτημένο πιστοποιητικό παρακολούθησης/ Διάλειμμα καφέ & γεύματος/ Συμμετοχή στην Τελετή Εναρξης του Συνεδρίου

Το δικαίωμα συμμετοχής στα Κλινικά Φροντιστήρια περιλαμβάνει:

Παρακολούθηση στο αντίστοιχο Κλινικό Φροντιστήριο, Διαλέγματα καφέ, Ηλεκτρονικό Πιστοποιητικό Παρακολούθησης. Απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής στα Κλινικά Φροντιστήρια είναι η εγγραφή στο κυρίως Συνέδριο.

***ΠΡΟΣΟΧΗ ΘΑ ΤΗΡΗΘΕΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ**

LIVE STREAMING

Σύμφωνα με τα Υγειονομικά Πρωτόκολλα που ισχύουν για τα Συνέδρια, θα υπάρχει ταυτόχρονη αναμετάδοση των Συνεδριάσεων.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Το Επιστημονικό τα Πρόγραμμα του Συνεδρίου αποτελείται από Διαλέξεις, Στρογγυλά Τραπέζια, Συναντήσεις με τους Ειδικούς, 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 Περιοχική Αναισθησία και Αναλγησία, την εφαρμογή τους στην αντιμετώπιση του Οξέος και Χρόνιου πόνου, καθώς και επίκαιρα θέματα στην Παρηγορική Ιατρική στην περίοδο της πανδημίας COVID-19.

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΙΣ

Ευχαριστούμε τις φαρμακευτικές εταιρείες Anabiosis, Βιανέξ, Menarini και Upjohn για τη συμμετοχή τους στις εργασίες του Συνεδρίου.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Η κάθε ανακοίνωση θα διαρκεί 7'. Οι εργασίες θα κριθούν από ειδική Επιτροπή και θα απονεμηθούν ένα Βραβείο και ένας Έπαινος.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

Στους Συνέδρους θα χορηγηθούν 23 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME) από τον Π.Ι.Σ. Τα πιστοποιητικά παρακοπούθησης θα αποσταλούν ηλεκτρονικά μετά τη λήξη του συνεδρίου.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Εναρκτήρια Τελετή: Η Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου θα γίνει την Πέμπτη 10 Σεπτεμβρίου 2020 και ώρα 20.00 στο Συνεδριακό Ξενοδοχείο Dolce. Θα ακολουθήσει Δείπνο Υποδοχής για όλους τους Συνέδρους. Δείπνο Συνεδρίου: Το Δείπνο του Συνεδρίου θα γίνει το Σάββατο 12 Σεπτεμβρίου 2020 και ώρα 20.30. Οι κοινωνικές εκδηλώσεις θα πραγματοποιηθούν με την τήρηση όλων των απαιτούμενων υγειονομικών πρωτοκόλλων.

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 H/Y. 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 κρατήσεως δωματίων 30/6/2020**

Όνομα Ξενοδοχείου	Cat	Μονόκλινο/Δίκλινο
Dolce	4*	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: • 4 αστέρων: 3,00€ Ο φόρος αυτός είναι πληρωτέος από τον κάθε συμμετέχοντα/πελάτη κατά την αναχώρησή του από το ξενοδοχείο

ΔΕΙΠΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Δείπνο του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί για όλους τους Συνέδρους το Σάββατο 12 Σεπτεμβρίου 2020 και ώρα 20.30 σε χώρο επιλεγμένο από την Οργανωτική Επιτροπή. Το κόστος ανέρχεται στο ποσόν των 70€ ανά άτομο.

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

- Οριστική εξόφληση εγγραφών 30 Ιουνίου 2020
- Οριστική εξόφληση δωματίων 30 Ιουνίου 2020
- Ακυρώσεις δωματίων έως 10 Ιουλίου 2020 χρεώνονται με 50% ακυρωτικά
- Ακυρώσεις δωματίων μετά τις 10 Ιουλίου 2020 χρεώνονται με 100% ακυρωτικά

Η πληρωμή της Συμμετοχής και της Διαμονής μπορεί να γίνει μ:

-Ταχυδρομική Επιταγή σε διαταγή : **ERA ΕΠΕ – Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα.**
-Τραπεζικό έμβασμα στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: ERA 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 Dolce.



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ

ERA 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



Pfizer Ελλάς Α.Ε. Λ. Μεσογείων 253-255 Ν. Ψυχικό 154 51, Αθήνα, Ελλάδα,
Τηλ. Επικοινωνίας 2100 100 002, Αριθ. Γ.Ε.Μ.Η 148421801000

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

PP-LYR-GRC-0119-JUL20

Η Οργανωτική Επιτροπή του
20ου 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



CUREPLAST



Επίσης ευχαριστεί τους Χορηγούς



Ευχαριστούμε το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών και την Εταιρεία GENERAL ELECTRIC για την υποστήριξή τους



GE Healthcare



VELLOFENT®
Fentanyl citrate



VEL KTX 02.4/16

ANGELINI

SANDOZ A Novartis
Division

PREG 07/2020

Pregabalin Sandoz

Pregabalin

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την πλήρη
Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

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

Προωθούμενο από την εταιρεία

FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

Αθήνα: Μονής Δομάστας 6, 12133 Περιστέρι
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

SANDOZ A Novartis
Division

Κάτοχος Αδείας Κυκλοφορίας
Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl, Αυστρία
Υπεύθυνος επικοινωνίας
Novartis (Hellas) S.A.C.I. / Sandoz division,
Φραγκοκκλησιάς 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»

Eliquis[®] apixaban

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

PP-ELI-GRC-0306-NOV19



PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε. Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51, Αθήνα, Ελλάδα
Τηλ. επικοινωνίας: 210 6785800, Αριθ. Γ.Ε.Μ.Η. 000242901000

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



L/Ana/ADV/03.2019

Lygabrin
πρεγκαμπαλίνη

anaBIOsis
pharmaceuticals

Αθήνα: Αμαλιάδος 1, 145 64 Κηφισιά, τηλ.: 210 2711020, fax: 210 2712001
Θεσ/νίκη: 9^ο χλμ. Θεσ/νίκης - Μουδανιών, 55535 Θεσ/νίκη, τηλ.: 2310 489360, fax: 2310 489396
email: info@anabiosis.gr • www.anabiosis.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 HELLAS A.E.
Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό,
Τηλ. Επιστημονικής Ενημέρωσης: 210 6785800, Τηλ. Παραγγελιών: 210 8199060.
Pfizer Hellas AE 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»