

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ & ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

17,5 Μόρια
CME-CPD από
τον Π.Ι.Σ.

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

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

28 Σεπτεμβρίου - 1 Οκτωβρίου 2023
Ξενοδοχείο Du Lac, Ιωάννινα

www.regionalpainpalliativecongress.gr

Υπό την Αιγίδα ESRA Europe



State of the Art Safety Standards in RA
THE EUROPEAN SOCIETY OF REGIONAL
ANAESTHESIA & PAIN THERAPY

Υπό την Αιγίδα EuLAP



EuLAP
European League Against Pain



Ελληνική Εταιρία
Θεραπείας Πόνου και
Παρηγορικής Φροντίδας



European Society of
Regional Anaesthesia - Hellas



Α' Ανασθησιολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών



CBD | ΟΛΙΣΤΙΚΗ, ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ

Η νέα σειρά Tikon CBD περιλαμβάνει 5 προϊόντα και δρα επικεντρωμένα στις ενοχλήσεις της καθημερινότητας ενώ συγχρόνως ωφελεί ολόκληρο τον οργανισμό, παρέχοντας ολιστική, φυσική ισορροπία.



ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ

ANY TIME
5%, 10%, 20% CBD

Περιεκτικότητα: 500mg CBD,
1000mg CBD, 2000mg CBD



ΤΟΝΩΣΗ

DAY TIME
5% CBD & CBG

Περιεκτικότητα: 250mg CBD
& 250mg CBG



ΥΠΝΟΣ

NIGHT TIME
10% CBD & CBN

Περιεκτικότητα: 750mg CBD
& 250mg CBN

- Κανναβινοειδή φυτικής προέλευσης ευρέως φάσματος • Πιστοποιημένες α' ύλες vegan
- Προϊόντα ελεγμένα από ανεξάρτητα πιστοποιημένα εργαστήρια
- Ευχάριστη γεύση εσπεριδοειδών • Δεν περιέχουν την ψυχοδραστική ουσία THC
- Με την εγγύηση του ονόματος TIKUN OLAM

ΜΟΝΟ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ



Tikon Europe Netherlands BV
Kingsfordweg 151, 1043 GR Amsterdam, Netherlands

Υποκατάστημα Ελλάδος
Πανεπιστημίου 25-29, 10564, Αθήνα, Τηλ.: 210 672 9215
tikuneurope.com

Τηλεφωνική γραμμή
εξυπηρέτησης πελατών
800 800 1010 (Χωρίς χρέωση)



ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ

Αγαπητοί Συνάδελφοι, Αγαπητοί Φίλοι,

Η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. σε συνεργασία με την ESRA HELLAS και την Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ σας καλωσορίζουν στο 23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, στα Ιωάννινα, 28 Σεπτεμβρίου – 1 Οκτωβρίου 2023.

Και στο φετινό μας συνέδριο η γνώση, η θέληση, το πείσμα θα μας δώσει τα φτερά και μαζί σας θα πετάξουμε ψηλά!

Εγκριτοι επιστήμονες διεθνούς φήμης θα εισηγηθούν θέματα βασισμένα στα πλέον πρόσφατα δεδομένα τεκμηριωμένης ιατρικής πρακτικής στο πεδίο της περιφερειακής αναισθησίας, της θεραπείας του πόνου και της παρηγορικής φροντίδας.

Επιλέξαμε ξανά τα Ιωάννινα την πόλη των μύθων και των θρύλων, την πόλη των γραμμάτων και των τεχνών.

Σας καλούμε όλους να συμμετέχετε με ενθουσιασμό, να μοιραστούμε τις εμπειρίες και τους σύγχρονους προβληματισμούς για μια ιατρική με το βλέμμα στον άνθρωπο!

Ο αετός σύμβολο ισχύος, ζωτικότητας και αναγέννησης θα σας υποδεχθεί στην Ηπειρο.

Φιλικά
Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής

Οι Πρόεδροι

Ιωάννα Σιαφάκα

Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας,
Θεραπείας Πόνου
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Αρεταίειο Νοσοκομείο

Μαρία Κοκολάκη

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

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



Πρόεδρος
Ιωάννα Σιαφάκα

Αντιπρόεδρος
Φανή Κρεμαστινού

Γενικός Γραμματέας
Νικολίτσα Μπερναλή

Ταμίας
Μαρία Κοκολάκη

Απερχόμενη Πρόεδρος
Αθηνά Βαδαλούκα

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

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ESRA HELLAS - ΖΩΝΗ
ΕΛΛΑΔΑΣ & ΚΥΠΡΟΥ



Πρόεδρος
Ευμορφία Σταυροπούλου

Αντιπρόεδρος
Ελένη Μόκα

Ταμίας
Αλέξανδρος Μακρής

Γενική Γραμματέας
Κασσιανή Θεοδωράκη

Ειδική Γραμματέας
Κρυσταλλία Βιτούλα

Μέλη
Βαρβάρα Φυντανίδου
Εμμανουήλ Γκλιάτης

Εκπρόσωπος Κύπρου
Περικλής Ζαβρίδης

Εκπρόσωπος Ειδικευόμενων
Μαρία Τιλελή

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ
ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ



**Πρόεδροι Οργανωτικής
Επιτροπής**
Ιωάννα Σιαφάκα –
Μαρία Κοκολάκη

**Πρόεδροι Επιστημονικής
Επιτροπής**
Ευνομία Αλεξοπούλου-Βραχνού
Φανή Κρεμαστινού,
Ελένη Μόκα

Μέλη
Αδαμοπούλου Μαρία
Αντωνοπούλου Ελπίδα
Αποστολάκη Στέλλα
Αραμπατζίδου Φανή
Βαγδατλή Κυριακή
Βαδαλούκα Αθηνά
Βαδαλούκας Νίκος
Βαΐτση Αθανασία
Βαξεβανίδου Αρχοντία
Βαρβέρη Μαριάννα
Βασιλοπούλου Γεωργία
Βιτούλα Κρυσταλλία
Γαλανού Πολύμνια
Γαρίνη Ελεάνα
Γεωργιάδου Θεοδώρα
Γκελεβέ Γεωργία
Γκιόση Σύλβια
Γκλιάτης Εμμανουήλ
Γρηγοριάδου Χάρις
Διονυσιώτης Ιωάννης
Ζαβρίδης Περικλής
Ζαΐμη-Κόρδα Ντόνικα
Ζαφειροπούλου Φωτεινή
Ζης Παναγιώτης
Ησαΐα Ελένη-Χριστίνα
Ιατρέλλη Ιωάννα
Ιερόπουλος Πολυχρόνης
Καλλιαρδού Ευαγγελία
Καλφακάκου Βασιλική
Κανδρεβιώτου Στυλιανή
Καντιάνης Αναστάσιος
Καράβης Μιλτιάδης
Κερχανατζίδου Μπέλα
Κετικίδου Ευγενία
Κιαμήλογλου Μπουλέντ
Κολοτούρα Αθηνά
Κοράκη Ελένη
Κοράκης Αλέξανδρος
Κουλούρας Βασίλειος
Κουτσούκου Βικτωρία
Κρητικού Περσεφόνη



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ



Περιφέρεια Μακεδονίας
Ανίσογλου Σουζάνα

Περιφέρεια Θράκης
Χλωροπούλου Πελαγία

Περιφέρεια Θεσσαλίας
Αρναούτογλου Ελένη

Περιφέρεια Νήσων
Καρανίκα Ελλη

Περιφέρεια Κρήτης
Χρονάκης Ιωάννης

Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδος
Μπερναλή Νικολέτα

Περιφέρεια Πελοποννήσου
Μάλλιου Χρυσάνθη

Περιφέρεια Ηπείρου
Τζίμας Πέτρος

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΩΝ



Αμανίτη Αικατερίνη
Αρναούτογλου Ελένη
Δημακοπούλου Αντωνία
Θεοδωράκη Κασσιανή
Μπαϊρακτάρη Αγγελική
Τζίμας Πέτρος
Χλωροπούλου Πελαγία



ΞΕΝΟΙ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Alain Delbos, MD, PhD

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

Prof. Serdar Erdine, MD, FIPP

Founder and Past President of Turkish Society of Algology
Former Member of the executive Board of Neuromodulation Society
Past President of EFIC
Founding member and Past President of WIP
Chair of Board of Examination WIP
Current Member of the Executive Board of WIP

Prof. Belgin ERHAN, MD

Physical Medicine and Rehabilitation specialist, Pain specialist
Professor and Administrative Head of PMR Department, Istanbul Medeniyet University, School of Medicine
Chair of ISCoS Prevention Committee
Member of International Spinal Cord Society (ISCoS) Prevention Committee
Founder and President of National Neurotoxin Society
President of Spinal Cord Injury Study Group of Turkish PMR Specialist Society
President of the Spasticity Study Group of Turkish Society of PMR

Nuala Lucas

Senior Consultant Anaesthesiologist
Northwick Park Hospital, Harrow UK
President Elect of OAA (Obstetrics Anaesthesia Association)
Chair of OAA Education SC
Member of OAA Research & Grants SC
Member of OAA Guidelines SC
IJOA representative

Patrick Narchi

Senior Consultant Anaesthesiologist
Centre Clinical Anguleme France
ESRA France Past President
Chair of ESRA Ambassador Program
Chair of ESRA International Committee

Tania Pastrana

Postdoctoral Research Associate
Department of Palliative Medicine
University Hospital RWTH Aachen, Germany

Dr. Panayiota Petrou, MD

Neurologist, Senior lecturer, Multiple sclerosis and Neuroimmunology Centre
Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel

Prof. Narinder Rawal, MD, PhD, FRCA(Hon), EDRA

Former General Secretary of the ESRA Executive Board
Former Vice Chair of EDRA Board
Department of Anaesthesiology and Intensive Care Örebro University Sweden

Dr. Morne Wolmarans, MBChB FRCA EDRA

Consultant Anaesthetist
Norfolk & Norwich University Hospital, UK
EDRA Chairman
ESRA Past Board Member
RA-UK Past President

ΑΙΓΙΔΕΣ

Το 23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Ανασθησίας, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας οργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. σε συνεργασία με την European Society of Regional Anaesthesia – Hellas ESRA HELLAS και την Α' Ανασθησιολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, με την Υποστήριξη της Περιφέρειας Ηπείρου.



ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.



HELLAS



Το Συνέδριο τελεί υπό την Αιγίδα:



European Society of Regional Anaesthesia



European League Against Pain



Υπουργείου Υγείας



Υπουργείου Παιδείας



Ιατρικής Σχολής Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών



Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



Χειρουργικού Τομέα της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών



Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου



Δήμου Ιωαννιτών

ΟΜΙΛΗΤΕΣ-ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ-ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ-ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ



Αικατερίνη Αμανίτη	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΑΠΘ, Μονάδα Πόνου, Π.Γ.Ν.Θ. “ΑΧΕΠΑ”, Πρόεδρος ΔΣ της ΕΑΕΙΒΕ
Γεωργία Αναστασιάδου	MD, PhD, Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ και Ιατρού Πόνου Α.Ν.Θ. “Θεαγένειο”, Εθελοντικά Υπεύθυνη Ιατρού Πόνου, Γ.Ν. Γιαννιτσών
Σουζάνα Ανίσουγλου	Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Υπεύθυνη Διευθύντρια ΜΕΘ & Ιατρού Πόνου, Α.Ν.Θ “Θεαγένειο”, Θεσσαλονίκη
Ελπίδα Αντωνοπούλου	EDRA, Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Υπεύθυνη Ιατρού Πόνου, Γ.Ν. Ξάνθης
Στυλιανή Αποστολάκη	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα & Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν. Χανίων
Φανή Αραμπατζίδου	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α’, Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν. Κομοτηνής
Ελενα Αργυριάδου	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ, Διευθύντρια Κλινικής Αναισθησιολογίας και Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν “ΑΧΕΠΑ”, Θεσσαλονίκη
Ελένη Αρναούτογλου	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθύντρια Αναισθησιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν Λάρισας
Θεοδώρα Αστέρη Αθηνά Βαδαλούκα	MD PhD, Καρδιοαναισθησιολόγος, Κλινική “Άγιος Λουκάς”, Θεσσαλονίκη Διευθύντρια Κέντρου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αν. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, Απερχόμενη Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., π.Πρόεδρος ESRA, π. Πρόεδρος EuLAP, π. Πρόεδρος Γνωμοδοτικού Συμβουλίου WIP
Αρχοντία Βαξεβανίδου	PhD, Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Γ.Ν.Θ. “Γ. Γεννηματάς - Ο Άγιος Δημήτριος” (Org. Μονάδα Γ.Γεννηματάς), Υπεύθυνη Ιατρού Πόνου, Γ.Ν. “Γ. Γεννηματάς”, Θεσσαλονίκη
Μαριάνθη Βαρβέρη	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Υπεύθυνη Ιατρού Πόνου, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
Αρτεμης Βεκράκου Κρυσταλλία Βιτούλα	Αναισθησιολόγος, Εξειδικευόμενη ΜΕΘ, Γ.Ν. Πατρών Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α’, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. “Ο Ευαγγελισμός”
Θεοδοσία Βογιατζάκη	Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
Ευνομία Βραχνού	Αναισθησιολόγος, τ. Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρού Πόνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
Ελέανα Γαρίνη Φώτης Γεροσίμου	Αναισθησιολόγος , Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Παίδων “Η Αγία Σοφία”, Αθήνα Αναισθησιολόγος - Εξειδικευμένος Εντατικολογίας, ΜΕΘ και Ιατρού Πόνου, Α.Ν.Θ. “Θεαγένειο
Θεοδώρα Γεωργιάδου Γεωργία Γκελεβέ Ευαγγελία Γκουτζιομήτρου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Γιαννιτσών Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Φλώρινας Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. “Παπαγεωργίου”, Θεσσαλονίκη
Χάρις Γρηγοριάδου	Αναισθησιολόγος -Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρού Πόνου, Γ.Ν. Δράμας
Παναγιώτα Δήμου	Αναισθησιολόγος PhD, DESA, EDRA, Διευθύντρια Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπιείου Βούλας
Ιωάννης Ελευ. Διονυσιώτης	Επίκουρος Καθηγητής Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών και Κλινική Κακώσεων Νωτιαίου Μυελού, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο, Πάτρα
Ελένη Επισκόπου	Αναισθησιολόγος MD,CIPS ,FIPP, MSc, Επεμβατική Ακτινολογία, Νοσοκομείο “Metropolitan”

ΟΜΙΛΗΤΕΣ-ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ-ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ-ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ



Άγγελος Ευαγγέλου Περικλής Ζαβρίδης Ντόνικα Ζαΐμη Παναγιώτης Ζης	Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Δρ., MD, MSc, PhD, Αναισθησιολόγος – Αλγολόγος Cyrgus Pain Clinic Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας και Κλινικής Νευροφυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου
Ελένη Χριστίνα Ησαΐα	Αναισθησιολόγος MSc, MD, Επιμελήτρια Ε.Σ.Υ., Υπεύθυνη Ιατρού Πόνου, Ν.Θ.Π. “Παμμακάριστος”
Κασσιανή Θεοδωράκη	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Διευθύντρια Α’ Αναισθησιολογικής Κλινικής, Κέντρου Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, “Αρεταίειο” Νοσοκομείο, Αθήνα
Ιωάννα Ιατρέλλη	Αναισθησιολόγος, PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Πειραιά “ΤΖΑΝΕΙΟ”
Πολυχρόνης Ιερόπουλος Κωνσταντίνος Ιωαννίδης	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας Αναισθησιολόγος, Διευθυντής, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
Ευαγγελία Καλλιαρδού	Dt, Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Επιστημονική υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος - Ιατρού Πόνου, Γ.Ν. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα
Βασιλική Καλφακάκου	Ομότιμη Καθηγήτρια Ιατρικής & Περιβαλλοντικής Φυσιολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Στυλιανή Κανδρεβιώτου Αναστάσιος Καντιάνης Μιλτιάδης Καράβης Αγάθη Καρακώστα Χρυσούλα Καραναστάση	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. “Σισμανόγλειο - Α. Φλέμιγκ” Αττικής Διδάκτωρ Νομικής Φυσίατρος - Εξειδίκευση στην Αλγολογία, ΕΚΠΑ Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων Αναισθησιολόγος DEEA, Υπεύθυνη Κέντρου Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα, Πρόεδρος Πδε Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Κανναβινοειδών
Ευγενία Κετικίδου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Επιστημονικά Υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρού Πόνου Γ.Ν. Καβάλας
Μπουλέντ Κιαμήλογλου	Αναισθησιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρού Πόνου, Γ.Ν. Κομοτηνής
Πελαγία Κλήμη	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. “Αλεξάνδρα”, Αθήνα
Μαρία Κοκολάκη	Αναισθησιολόγος, Υπεύθυνη Διευθύντρια Επιστημονικά - Διοικητικά Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρού Πόνου, Γ.Ν. “Σισμανόγλειο - Α. Φλέμιγκ” Αττικής
Φιλίππα Κολοκοτρώνη	Ψυχολόγος Υγείας, PhD, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Κέντρο Ημέρας Παιδιών-Εφήβων-Νέων Ενηλίκων με Νεοπλασματικές Ασθένειες, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, ΚΕ.Υ.Ε.Ε.Ψ.Ο., Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Πάντειο Πανεπιστήμιο
Αθηνά Κολοτούρα	Αναισθησιολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Μονάδας Πόνου, Γ.Ν. Ελευσίνας “ΘΡΙΑΣΙΟ”
Ελένη Κοράκη	Αναισθησιολόγος, Αν. Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικό Τμήμα - Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας, Γ.Ν. “Παπαγεωργίου”, Θεσσαλονίκη
Ειρήνη Κουρούκλη	MD, PhD, FIPP, Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρού Πόνου, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”, Αθήνα
Φανή Κρεμαστινού	Αναισθησιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρού Πόνου, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α
Ιωάννης Κτιστάκης	Ορθοπαιδικός, Επιμελητής Α’, Γ.Ν. Ρεθύμνου
Κωνσ. Κωνσταντόπουλος	Αναισθησιολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

ΟΜΙΛΗΤΕΣ-ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ-ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ-ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ



Γεωργία Κωνσταντοπούλου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Υπεύθυνη Ιατρείου Χρόνιου Πόνου, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. “Σωτηρία”
Νεκταρία Λέκκα	Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Λεμεσού, Κύπρος
Αικατερίνη Λευκαδίτου	Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ ΜΕΘ, Π.Γ.Ν.Πατρών, Ρίο, Πάτρα
Ειρήνη Λυκούδη	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας “Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων”, Αθήνα
Βιολέτα Λυκούση	Αναισθησιολόγος- Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΤΕΠ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αρτας
Χρυσής Μάγκλαρη	MD, MSc, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Αναισθησιολογικό τμήμα - Ιατρείο Πόνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ”
Αλέξανδρος Μακρής	Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα
Αννα Μαλισιώβα	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Παίδων “Π. & Α. Κυριακού”, Αθήνα
Χρυσάνθη Μάλλιου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Καλαμάτας
Ευαγγελία Μάστορα	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Τρικάλων
Παρασκευή Ματσώτα	Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Μαρία Μις	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. “Ο Ευαγγελισμός”
Γεωργία Μίχα	MD, MSc, PhD, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Ελένη Μόκα	Αναισθησιολόγος, ESRA President, EDRA Examiner, ESRA Hellas Vice - Chair, Επιστημονική Υπεύθυνος Αναισθησιολογικού Τμήματος Creta InterClinic - Hellenic Healthcare Group (HHG)
Ελένη Μουλούδη	Αναισθησιολόγος- Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ Ενηλίκων ΓΝΘ Ιπποκράτειο
Αγγελική Μπαϊρακτάρη	Αναισθησιολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α “ΚΑΤ”, Αθήνα
Μεταξία Μπαρέκα	Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Π.Γ.Ν Λάρισας
Γεώργιος Μπέλλος	Δρ., Γενικός Οικογενειακός Ιατρός -Επιδημιολόγος, Συντονιστής -Διευθυντής, ΚΥ Κορωπίου Αττικής, PhD, MRCP, MBSIM, MPM, Dip.ACUC
Νικολέττα Μπερναλή	Αναισθησιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Θηβών, Πρόεδρος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Θηβών, Γεν. Γραμματέας ΠΑ.ΡΗ.ΣΥ.Α.
Γεώργιος Νασιούλας	PhD, Επιστημονικός Διευθυντής, Genekor MSA
Ιωάννης Ντίνος	Κλινικός ψυχολόγος, Γ.Α.Ο.Ν.Α. “ο Άγιος Σάββας”, Επιστημονικός Υπεύθυνος ΚΕ.Υ.Ε.Ε.Ψ.Ο. της Ε.Α.Ε
Βασιλεία Νύκταρη	Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη
Χριστίνα Ορφανού	Ειδικεύομενη Αναισθησιολογίας, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Λεμονιά Παλιαλέξη	Dr, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Λαμίας
Κωνστ. Παπαγεωργίου	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής Αναισθησιολογίας, Γ.Ν. Αρτας
Ειρήνη Παπαγεωργίου	Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΜΕΘ - Ιατρείου Πόνου, Α.Ν.Θ Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη
Μαριάννα Παπαϊωάννου	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

ΟΜΙΛΗΤΕΣ-ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ-ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ-ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ



Σοφία Παπαντωνάκη	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια, Αναισθησιολογικό Τμήμα και Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης
Αντεια Παρασκευά	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, DESA, Αρεταίειο Νοσοκομείο
Δημήτριος Πέιος	Υπεύθυνος Ιατρείου Λειτουργικής Νευροχειρουργικής, Κλινική Αγ. Λουκάς, Θεσσαλονίκη
Αργυρώ Πετσιτή	MSc, PhD, Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. Λάρισας
Σοφία Πουλίδα	MBChB, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. Μυτιλήνης “Βοστανείο”
Χριστιάνα Προδρόμου	MD, MSc, PhD, Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Αγία Σοφία»
Μαρτίνα Ρεκατσιάνα	MD, MSc, PhD, FFPMRCA, EDPM, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ
Σοφία Ρέππου	Ψυχολόγος, Ερευνήτρια/ Υποψήφια Διδάκτωρ στην Ιατρική Εκπαίδευση
Ευαγγελία Σαμαρά	Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Τμήμα Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν Ιωαννίνων
Δέσποινα Σαρρίδου	Επίκ. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. “ΑΧΕΠΑ”, Θεσσαλονίκη
Φρειδερίκη Σηφάκη	Ειδικός Αναισθησιολόγος, MSc, PhD, Γ.Ν.”Παπαγεωργίου”, Θεσσαλονίκη
Ιωάννα Σιαφάκα	Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας και Θεραπείας Πόνου, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.
Τατιάνα Σιδηροπούλου	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ελιαν Σκουτέλη	Αναισθησιολόγος- Αλγολόγος
Χριστίνα Σοϊλεμεζίδου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Σύρου
Αλίκη Σπυριδωνίδου	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Διδυμότειχου
Εμμανουήλ Σταματάκης	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα
Εφη Σταυροπούλου	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Κέντρου Πόνου, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα - Πρόεδρος ESRA Hellas
Παντελής Στεφάνου	Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος, “Σκυλίτσειο” Γ.Ν. Χίου
Πέτρος Τζίμας	Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Μαρία Τιλελή	Ειδικεύομενη Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. “Ασκληπιείο” Βούλας, Εκπρόσωπος Ειδικευομένων ESRA Ευρώπης και Ζώνης Ελλάδας Και Κύπρου
Αναστασία Τρικούπη	Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
Μιχαήλ Τσαγκάρης	Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Β', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα
Αθανασία Τσαρουχά	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Α' Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Αικατερίνη Τσιρογιάννη	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού & Επιστημονικά Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Κατερίνης
Θεόφιλος Τσολερίδης	MD, PgDip, MA, MSc, PhD, Αναισθησιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ρόδου
Φώτης Υφαντίδης	Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' Αναισθησιολογίας, Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Γ. Ν. Βόλου “Αχιλλοπούλειο”
Ευάγγελος Φιλόπουλος	Πρόεδρος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας
Γεώργιος Φραντζέσκος	Αναισθησιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ Αναισθησιολογίας, Ιατρείο Πόνου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
Νικόλαος Φυρφίρης	Αναισθησιολόγος, MSc, Επιμελητής Α', Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
Γεώργιος Χατζηπλής	Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α', Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν. Χανίων

ΟΜΙΛΗΤΕΣ-ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ-ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ-ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ



- Παναγιώτα Χλωροπούλου** Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Καβάλας
- Πελαγία Χλωροπούλου** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Δ.Π.Θ., Διευθύντρια Πανεπιστημιακής Αναισθησιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης
- Ελένη Χρονά** Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά “Άγιος Παντελεήμων”, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας
- Ιωάννης Χρονάκης** Διευθυντής Αναισθησιολόγος, Υπεύθυνος Ιατρείου Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Γ.Ν. Ρεθύμνου, Μέλος Δ.Σ. ΠΑ.ΡΗ.ΣΥ.Α.
- Χρυσόστ. Χρυσοστόμου** Αναισθησιολόγος, Εξειδικευθείς στην Ιατρική του Πόνου, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Hadassah, Ιερουσαλήμ, Ισραήλ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



ΑΙΘΟΥΣΑ Α

12.00 - 14.00

Προσέλευση – Εγγραφές

14.00 - 15.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι

Περιεγχειρητική Αναλγησία

Προεδρείο: Ε. Σαμαρά, Κ. Παπαγεωργίου, Π. Δήμου

EA01. Ο ρόλος της δεξμετομιδίνης στην αναλγησία κατά τον φυσιολογικό τοκετό
Γρυπιώτης Ι.¹, Καλοπήτα Κ.¹, Στρουμπούλης Κ.¹, Γρυπιώτη Β.¹, Ιορδανίδου Η.¹, Μίχα Γ.², Καρακώστα Α.², Σαμαρά Ε.², Τζίμας Π.²

1 Ανασθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ και Μαιευτήριο Αθηνών «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα
2 Κλινική Ανασθησιολογίας & Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

EA02. Σύγκριση Αποτελεσματικότητας ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK (ESPB), RECTUS SEATH BLOCK (RSB) και Διήθησης Χειρουργικού Πεδίου στην Περιεγχειρητική Διαχείριση του Πόνου σε Χειρουργικές Επεμβάσεις Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής: Πιλοτική Μελέτη

Αλευρογιάννη Φανή¹, Σταυροπούλου Ευμορφία², Τζήμα Χριστίνα³, Κλαυδιανού Ολγα¹, Κηρυμκιρίδου Άννα¹, Μπαϊρακτάρη Αγγελική⁴

1 Ειδικευόμενη Ανασθησιολογίας, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, 2 Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, 3 Επιμελήτρια Α', Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, 4 Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

EA03. Μονόπλευρη πολυριζιτιδα μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία για καισαρική τομή
Ελένη Χατζηλιάδου, Φίλιππος Μίγγος, Ντέγιαν Βελίκοβιτς, Παναγιώτης Σάρλης, Κυριακή Τεστέμπαση, Παναγιώτα Χλωροπούλου, Αικατερίνη Ανδρέου, Σάββας Κευσενίδης, Κωνσταντίνος Γιαννόπουλος, Γρηγόριος Αγγελίδης, Ευγενία Κετικίδου

Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

EA04. Αποκλεισμός του τετράγωνου οσφυϊκού μυός άμφω σε ασθενή με νόσο του Crohn που υποβλήθηκε σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού

Κυριάκος Κυριάκος, Κατερίνα Πράντη, Κατερίνα Σταματοπούλου, Μαρία Μις, Κρυσταλλία Βιτούλα, Κωσταντίνα Ρωμανά

ΓΝΑ Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα

EA05. Ο αποκλεισμός της περιτονίας του εγκάρσιου κοιλιακού μυός για τη διενέργεια επέμβασης σύγκλεισης ειλεοστομίας σε ασθενή αυξημένου περιεγχειρητικού κινδύνου
Πέτρος Γραμμένος, Άννα Γκιουλιάβα, Μαριάννα Φεγγουδάκη, Σταύρος Σαουλίδης, Αικατερίνη Αμανίτη, Δέσποινα Σαρρίδου, Ελένη Αργυριάδου

Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

EA06. Αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός στο επίπεδο του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (TAP block) ως μέθοδος αναισθησίας σε ασθενή με προηγηθείσα ολική λαρυγγεκτομή που υποβλήθηκε σε χειρουργική γαστροστομία

Μελτέμ Περεντέ, Βαΐα Τσαπάρα, Ζήσης Κατσάκης-Γιαννάκης, Μαρία Σταματοπούλου, Σάββας Συμεωνίδης, Βασιλική Τζανακοπούλου

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη



ΑΙΘΟΥΣΑ Α

14.00 - 15.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι

Περιεγχειρητική Αναλγησία

Προεδρείο: Ε. Σαμαρά, Κ. Παπαγεωργίου, Π. Δήμου

EA07. Παρασπονδυλικό Block για την Αντιμετώπιση Θωρακοσκοπικής Αποκατάστασης Ανύψωσης Δε Ημιδιαφράγματος από Ιατρογενή Βλάβη Φρενικού Νεύρου έπειτα από Διασκαληνικό Αποκλεισμό

Μανώλης Γανίτης¹, Βασίλης Βασιλόπουλος¹, Γρηγόρης Μπελιβανάκης², Γιώργος Ντόντος², Μαρία Σφάκα¹, Ελενα Λογοθέτη¹

1 Γενικό Νοσοκομείο Βόλου “Αχιλλοπούλειο”, Βόλος, Ελλάδα, 2 Γενική Κλινική “Ανασσα”, Βόλος, Ελλάδα

EA08. Θωρακικό Παρασπονδυλικό Block ως Αναλγητική Μέθοδος σε Ασθενή με Πολλαπλά Κατάγματα Πλευρών

Βασίλης Βασιλόπουλος¹, Γρηγόρης Μπελιβανάκης², Γιώργος Ντόντος², Μανώλης Γανίτης¹, Ελενα Λογοθέτη¹

1 Γενικό Νοσοκομείο Βόλου “Αχιλλοπούλειο”, Βόλος, Ελλάδα, 2 Γενική Κλινική “Ανασσα”, Βόλος, Ελλάδα

EA09. Μετεγχειρητικός πόνος στη ΜΕΘ από τη σκοπιά του Νοσηλευτή

Καλλιοντζής Σταύρος¹, Παπαγεωργίου Ειρήνη², Ανίσσολο Σουζάνα²

1 Νοσηλεύτης, 2 Ανασθησιολόγος-Εντατικολόγος, ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο

EA10. Σύνδρομο Κούνης στη χειρουργική αίθουσα: Ενα σπάνιο περιστατικό

Γεωργία Γκελεβέ, Μαριέττα Λαυρεντάκη, Γεώργιος Ταϊμπήρης, Αθανάσιος Ντένας, Χαρίλαος Βασιλειάδης, Νικόλαος Τσακίριδης, Ευαγγελία Δούμκου

Ανασθησιολογικό και Χειρουργικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου»

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΙΙ

Περιοχική Αναισθησία

Προεδρείο: Ε. Μάστορα, Γ. Γκελεβέ, Θ. Γεωργιάδου

EA20. Διαχείριση τοκετού κατά τη διάρκεια του πολέμου. Διαφοροποιείται η συνήθης πρακτική;

Γρυπιώτης Ι.¹, Καλοπήτα Κ.¹, Στρουμπούλης Κ.¹, Γρυπιώτη Β.¹, Ιορδανίδου Η.¹, Μίχα Γ.², Καρακώστα Α.², Σαμαρά Ε.², Τζίμας Π.²

1 Ανασθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ και Μαιευτήριο Αθηνών «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα

2 Κλινική Ανασθησιολογίας & Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

EA21. Η χρήση παρακεταμόλης και ΜΣΑΦ ως συμπληρωματική αναλγητική αγωγή σε ασθενείς υπό υπαραχνοειδή αναισθησία σε επεμβάσεις αρθροπλαστικής ισχίου σε σχέση με την εμφάνιση κεφαλαλγίας μετά από πρώιμη κινητοποίηση

Μικροβασίλη Μαρία, Λυκούδη Ειρήνη, Παπαδοπούλου Σταυρούλα, Μακκόρμακ-Πρεκεζέ Μελίνα, Μαστροκώστα Ευαγγελία

Ανασθησιολογικό Τμήμα ΓΝΝΙ «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα



ΑΙΘΟΥΣΑ Α

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΙΙ

Περιοχική Αναισθησία

Προεδρείο: Ε. Μάστορα, Γ. Γκελεβέ, Θ. Γεωργιάδου

EA22. Σημαντικά Υπερηχογραφικά σημεία στα Block Περιτονιών σε πειραματικό μοντέλο: Σημεία μόνης, διπλής και ενδιάμεσης παρυφής

Α. Τριαντόπουλος¹, Β. Μποβιάτσης¹, Π. Δεδοπούλου², Κ. Σούκουλη², Σ. Τσόχατζης²
1 Τμήμα αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, 2 Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

EA23. Πολυπαραγοντική αναλγησία σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις ανοιχτής θωρακοτομής

Γραμμένος Π., Παλάσκα Ε., Χάτσιου Ε., Περτσικάπα Μ., Γκιουλιάβα Α., Αμανίτη Α., Φυντανίδου Β., Σαρρίδου Δ.Γ., Αργυριάδου Ε.
Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

EA24. Αποκλεισμός του ορθωτήρα μυ της ράχης για μετεγχειρητική αναλγησία σε ασθενή με όγκο Rapcoast

Γραμμένος Π., Παλάσκα Ε., Χάτσιου Ε., Θεοδοσιάδης Ε., Γκιουλιάβα Α., Σαρρίδου Δ.Γ., Αργυριάδου Ε.
Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

EA25. Επισκληρίδιο αναλγησία για τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου σε δύο διαφορετικές τεχνικές Ολικής Αρθροπλαστικής Ισχίου

Γεώργιος Ρουσάκης, Δημήτριος Σταθάτος, Μιχαήλ Ναβροζίδης, Φωτεινή Διαμαντοπούλου, Αθανασία Γεωργάκη, Δέσποινα-Φανή Παπαδάκη, Καλλιόπη Χατζησταύρου, Νικόλαος Αναστασίου, Παναγιώτης Γεωργάκης
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

EA26. Η επίδραση της ON-Q ελαστομερούς αντλίας στον έλεγχο του οξέος μετεγχειρητικού πόνου μετά από θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις

Μαυρουδή Ελένη¹, Χατζηκαμάρη Βαρβάρα¹, Γρουσουζάκου Ειρήνη¹, Χρίστογλου Νικόλαος², Σμαραγδής Γεώργιος¹, Φανερωμένος Περικλής¹, Γωγάκος Απόστολος², Παλιούρας Δημήτριος², Μπαρμπετάκης Νικόλαος²
1 Αναισθησιολογικό Τμήμα Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, 2 Θωρακοχειρουργική Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

EA27. Η επίδραση της δεξμετομιδίνης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις

Μαυρουδή Ελένη¹, Μπουζιά Αικατερίνη², Γρουσουζάκου Ειρήνη¹, Μαυρουδή Μελαχρινή³, Ράλλης Θωμάς⁴, Παλιούρας Δημήτριος⁴, Μπαρμπετάκης Νικόλαος⁴, Μπαρέκα Μεταξία², Αρναούτογλου Ελένη²
1 Αναισθησιολογικό Τμήμα Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, 2 Αναισθησιολογική Κλινική ΠΓΝ Λάρισας, 3 3η Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, 4 Θωρακοχειρουργική Κλινική Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

EA28. ADDUCTOR CANAL BLOCK – Τεχνική με χρήση ανατομικών οδηγιών σημείων για μετεγχειρητική αναλγησία σε ολική αρθροπλαστική γόνατος

Τριανταφυλλιά Δήμου¹, Συμέλα Αρβις²
1 Mediterraneo Hospital, Γλυφάδα, Ελλάδα, 2 Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Βούλα, Ελλάδα

EA29. Αντιμετώπιση Πρωκταλγίας

Φραγκούλη Ιωάννα, Νικολοπούλου Μαρία-Ζοζεφίν, Κανδρεβιώτη Στυλιανή, Νιάκα Αναστασία, Κοκολάκη Μαρία
Αναισθησιολογικό τμήμα-Ιατρείο πόνου, Γ.Ν. Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ



ΑΙΘΟΥΣΑ Α

16.00 - 17.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι

Πόνος στο Παιδί

Προεδρείο: Ε. Καλλιαρδού, Ν. Ζαΐμη, Α. Βεκράκου

Παιδιά με γνωσιακά ελλείμματα: Πώς θα εκτιμήσουμε τον πόνο μετεγχειρητικά;
Χ. Προδρόμου

Η επίδραση της γονεϊκής ψυχοσύνθεσης στη διαχείριση του παιδιατρικού πόνου στο ΤΕΠ
Α. Μαλισιώβα

Σχολιασμός: Ε. Γαρίνη

17.00 - 17.30

Διάλειμμα – καφές – Επίσκεψη στην Εκθεση

17.30 - 18.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙ

Παρηγορική Φροντίδα: Μια Επιστήμη, μια Τέχνη

Προεδρείο: Ε. Φιλόπουλος, Γ. Αναστασιάδου, Γ. Κωνσταντοπούλου

Η Παρηγορική Φροντίδα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
Ε. Βραχνού

Ειδίκευση στη Παρηγορική Ιατρική

Φ. Κρεμαστινού

Νομοθετικές Εξελίξεις στον τομέα της Παροχής Παρηγορικής Φροντίδας
Α. Καντιάνης

Σχολιασμός: Ν. Μπερναλή, Ε. Μουλούδη

18.30 - 19.00

ΔΙΑΛΕΞΗ Ι

Προεδρείο: Ι. Σιαφάκα, Ε. Χρονά, Σ. Ρέππου

New concepts in Palliative Care
Τ. Pastrana

19.00 - 19.30

ΔΙΑΛΕΞΗ ΙΙ

Προεδρείο: Α. Delbos, Α. Βαδαλούκα, Π. Ματσώτα

Η Ενσωμάτωση της Διαφορετικότητας στην Περιοχική Αναισθησία και στον Πόνο
Ε. Μόκα

19.30 - 20.30

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Προεδρείο: Ι. Σιαφάκα, Μ. Κοκολάκη

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Βούληση και Γονίδια: Μια ατέρμονη ερωτική σχέση
Β. Καλφακάκου

20.30

Δείπνο Υποδοχής



ΑΙΘΟΥΣΑ Β

12.00 - 14.00

Προσέλευση – Εγγραφές

14.00 - 15.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II

Χρόνιος Πόνος I

Προεδρείο: Χ. Γρηγοριάδου, Σ. Κανδρεβιώτου, Π. Ιερόπουλος

EA11. Case report: Χορήγηση πόσιμης μορφίνης σε ηλικιωμένη με καρκινικό πόνο Παπαγεωργίου Ειρήνη¹, Γεροσίμου Φώτης², Χαρατσής Χρήστος³, Γρηγοριάδου Παναγιώτα³, Τερζή Στέλλα³, Ανίσογλου Σουζάνα¹

1 Ανασθησιολόγος-Εντατικολόγος, 2 Ανασθησιολόγος, 3 Νοσηλεύτρια Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

EA12. Η εμπειρία μας στην αντιμετώπιση του ανθεκτικού περιφερικού πόνου με Περιφερική ή Κεντρική Νευροδιέγερση: Παρουσίαση Περιστατικών

Αλευρογιάννη Φανή¹, Σταυροπούλου Ευμορφία², Σαριδάκη Αγγελική³, Ζαμπετίδης Χρήστος¹, Παπανικολάου Νίκος¹, Μπαϊρακτάρη Αγγελική⁴

1 Ειδικευόμενη-ος Ανασθησιολογίας, ΓΝΑ ΚΑΤ, 2 Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝΑ ΚΑΤ, 3 Επιμελήτρια Α, ΓΝΑ ΚΑΤ, 4 Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ ΓΝΑ ΚΑΤ

EA13. Πώς σχετίζονται: Υπνος και Χρόνιος Πόνος

Μαρία-Ζοζεφίν Νικολοπούλου, Ιωάννα Φραγκούλη, Στυλιανή Κανδρεβιώτη, Ρουθ Ρούσσου*, Παρθενία Ψοφάκη*, Μαρία Κοκολάκη

Ανασθησιολογικό Τμήμα, Ιατρείο Πόνου Γ. Ν. Σισμανόγλειο - Α. Φλέμινγκ Αττικής
*Ανασθησιολογικό Νοσηλευτικό Τμήμα Γ. Ν. Σισμανόγλειο - Α. Φλέμινγκ Αττικής

EA14. Αμιτριπτυλίνη στον Χρόνιο Πυελικό Πόνο: Παρουσίαση Περιστατικού

Μιχαήλ Τσαγκάρης, Ευτυχία Νάκη, Συμέλα Αρβης, Μάγδα Παπαγεωργίου, Αλέξανδρος Μακρής

Ανασθησιολογικό τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

EA15. Διαδερμική παλμική και θερμική θεραπεία με ραδιοσυχνότητες για την αντιμετώπιση χρόνιου πόνου στο Ιατρείο Πόνου του νοσοκομείου μας: Καταγραφή Περιστατικών

Οφηλία Παπαγιαννοπούλου¹, Πολυξένη Ζωγραφίδου¹, Μαριάνθη Βαρβέρη², Ελένη Κοράκη³

1 Ειδικευόμενη Ανασθησιολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

2 Διευθύντρια ανασθησιολογίας ΕΣΥ & Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου <<Παπαγεωργίου>>

Γ.Ν Θεσσαλονίκης

3 Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού, «Παπαγεωργίου»

Γ.Ν Θεσσαλονίκης

EA16. Αποκλεισμός του ελάσσονος ινιακού νεύρου προς αντιμετώπιση χρόνιων πολλαπλών καθημερινών επεισοδίων αθροιστικής κεφαλαλγίας

Οφηλία Παπαγιαννοπούλου¹, Πολυξένη Ζωγραφίδου¹, Μαριάνθη Βαρβέρη², Jobst Rudolf³, Ελένη Κοράκη⁴

1 Ειδικευόμενη Ανασθησιολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

2 Διευθύντρια ανασθησιολογίας ΕΣΥ & Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου «Παπαγεωργίου»

Γ.Ν Θεσσαλονίκης

3 Διευθυντής Νευρολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

4 Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού, «Παπαγεωργίου»

Γ.Ν Θεσσαλονίκης



ΑΙΘΟΥΣΑ Β

14.00 - 15.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II

Χρόνιος Πόνος I

Προεδρείο: Χ. Γρηγοριάδου, Σ. Κανδρεβιώτου, Π. Ιερόπουλος

EA17. Εμπειρία του ιατρείου πόνου σε ασθενείς με Post Thoracotomy Pain Syndrome

Γεωργία Κωνσταντοπούλου¹, Εμμανουήλ Λιόλιος², Πανδώρα Μπέλεση², Πανωραία Σαλάππια¹, Βασιλική Ανδρονάδη¹

1 Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

2 Ειδικευόμενος Ανασθησιολόγος ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

EA18. Αντιμετώπιση της παγίδευσης του Ραχιαίου Νεύρου της Ωμοπλάτης με Υπερηχογραφικές Καθοδηγούμενη Χρήση Παλμικών Ραδιοσυχνότητας

Θαλής Ασημακόπουλος¹, Μαρίνα Ρεκασίνα²

1 6οετής Φοιτητής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο

Αθηνών, Αθήνα, 2 MD, MSc, PhD, FFPMRCA, EDPM, Επίκουρη Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας, Α' Ανασθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

EA19. Αξιολόγηση της θεραπείας με πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια μετά από διπλή φυγοκέντριση σε ασθενείς με τραυματική κάκωση των προσαγωγών: Πρόδρομη Μελέτη

Ευτυχία Νάκη¹, Αλέξανδρος Μακρής¹, Ιωάννης Κατραμπασάς², Γρηγόριος Τσακούμης³, Εμμανουήλ Βουγιούκας³, Μαρία-Ελένη Κουλούρη³, Κωνσταντίνος Κωνσταντόπουλος¹

1 Ανασθησιολογικό τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, 2 Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, 3 Επιστημονικοί συνεργάτες

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV

Περιεχειρητική Αναλγησία – Οξύς Πόνος

Προεδρείο: Γ. Χατζηπλής, Μ. Μις, Ι. Ιατρέλλη

EA30. Ροπιβακαΐνη έναντι ροπιβακαΐνης και δεξμεδετομιδίνης σε υπερηχογραφικά καθοδηγούμενο TAP block επί πλαστικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης. Επιδράσεις σε οξύ και χρόνιο πόνο

Ιωάννης Κουταλάς, Χριστίνα Ορφανού, Κασσιανή Θεοδωράκη

Α' Ανασθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

EA31. Συνεχής περιφερικός νευραξονικός αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου σε ασθενείς με αποφρακτική θρομβοαγγείτιδα (νόσος Buerger): Καταγραφή περιστατικών

Ζωγραφίδου Πολυξένη¹, Παπαγιαννοπούλου Οφηλία¹, Βαρβέρη Μαριάνθη², Κοράκη Ελένη³

1 Ειδικευόμενη Ανασθησιολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης,

2 Διευθύντρια ανασθησιολογίας ΕΣΥ & Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου «Παπαγεωργίου»

Γ.Ν Θεσσαλονίκης, 3 Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού,

«Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

EA32. Ανασθησιολογική προσέγγιση επείγοντος χειρουργείου υπερήλικα ασθενούς με πρωτοδιαγνωσθέντα υποθυρεοειδισμό

Παπαδοπούλου Ανδρονίκη, Παπαγιαννοπούλου Πηνελόπη, Βαξεβανίδου Αρχοντία

Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς»

EA33. Αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός του Θυροειδούς νεύρου για Διουρηθρική εκτομή όγκου κύστης υπό ραχιαία αναισθησία

Μαρία Διακομή, Ντέγιαν Βελικόβιτς, Φίλιππος Μίγγος, Γρηγόρης Αγγελίδης, Ευγενία Κετικίδου

Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα, Ελλάδα



ΑΙΘΟΥΣΑ Β

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV

Περιεχειρητική Αναλγησία – Οξύς Πόνος
Προεδρείο: Γ. Χατζηπλής, Μ. Μις, Ι. Ιατρέλλη

EA34. Αποκλεισμός διαμερίσματος λαγόνιας περιτονίας (FIB) σε 2 ασθενείς με επιβαρυνμένο καρδιολογικό ιστορικό με οξεία ισχαιμία κάτω άκρου

Περεντέ Μελέτι¹, Τσαπάρα Βαία¹, Μένης Απόστολος-Αλκιβιάδης¹, Δημητροπούλου Ιωάννα¹, Στεργίουδα Ζωή¹, Καραμήτσου Αικατερίνη², Τρελλόπουλος Γεώργιος³, Τζανακοπούλου Βασιλική¹

¹ Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

² Δ' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

³ Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

EA35. Μη αναμενόμενη αύξηση ύψους περιοχικού αποκλεισμού: Παρουσίαση περιστατικού

Γανίτης Εμμανουήλ¹, Κολοκούρης Βενετσάνος², Υφαντίδης Φώτιος³, Σπύρου Ευάγγελος⁴, Βασιλόπουλος Βασίλειος⁵, Λογοθέτη Ελένη⁶

¹ Ειδικευόμενος Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου, ² Επιμελητής Β' Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου

³ Επιμελητής Α Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου, ⁴ Ειδικευόμενος Μαιευτικής-Γυναικολογίας Γ.Ν.Βόλου

⁵ Ειδικευόμενος Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου, ⁶ Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου

Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου

EA36. Η Συμβολή του Υπερηχογραφικά Κατευθυνόμενου Αποκλεισμού του Βραχιόνιου Πλέγματος στην Έκβαση Αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας

Μαρία Διακομή, Φίλιππος Μίγγος, Ελένη Χατζηλιάδου, Ευγενία Κετικίδου

Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα, Ελλάδα

EA37. Οσφυϊκό επισκληρίδιο εμβάλωμα αίματος (blood patch) για την θεραπεία της αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης

Ευαγγελία Σαμαρά¹, Αλέξανδρος Γιαννάκης², Τέφα Λουίζα, Παρασκευάς Τσενικλίδης¹, Γκλόρια-Ευδοξία Ιζουντουεμί¹, Αγάθη Καρακώστα¹, Σπυρίδων Κονιτσιώτης², Πέτρος Τζίμας¹

¹ Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³ Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴ Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

EA38. Παράταση αποκλεισμού πέραν των έξι ωρών μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία σε ορθοπαιδικό χειρουργείο

Βουδατσάκη Ελένη¹, Ιατρέλλη Ιωάννα², Παναγιώτου Ελένη², Οικονόμου Σταυρούλα²

¹ Ειδικευόμενος Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Πειραιάς,

² Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Πειραιάς

EA39. Ιατρική ευθύνη σχετιζόμενη με περιοχική αναισθησία. Μελέτη αποφάσεων ελληνικών δικαστηρίων

Ευαγγελία Σαμαρά¹, Λάμπρος Τζούμας², Κωνσταντίνος Τζούμας², Χρήστος Ντάγκας¹, Αγαθή Καρακώστα¹, Γεώργιος Παπαδόπουλος¹, Πέτρος Τζίμας¹

¹ Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Νομικός, Ιωάννινα

2 Νομικός, Ιωάννινα

Δείπνο Υποδοχής

20:30



ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

12.00 - 14.00

Προσέλευση – Εγγραφές

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V

Διάφορα

Προεδρείο: Λ. Παλιαλέξη, Μ. Παπαϊωάννου, Α. Καρακώστα

EA40. Μετεχειρητική Αναλγησία σε Παιδιά με Μεθόδους Περιοχικής Αναισθησίας

Κατσανεβάκη Α.¹, Μπαρέκα Μ.², Σάλιαρη Ε.², Νταλούκα Μ.², Κοράκη Ε.¹, Αρναούτογλου Ε.²

¹ Αναισθησιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

² Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής,

Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

EA41. Καταπόνηση της άρθρωσης του γόνατος ανάλογα με την κλίση πέλματος κατά την βάδιση

Βαδαλούκα Νίκη Μαρία¹, Βιολάκης Μάνος², Φλώρος Παναγιώτης³

¹ Διπλωματούχος Μηχανολόγος Μηχανικός, ² Ιατρός Ειδικευόμενος Ορθοπεδικής,

³ Ιατρός Ειδικευόμενος Ορθοπεδικής

EA42. Επίτοκος με κύστη Ταίρον: πώς μπορούμε να παρέχουμε μαιευτική αναλγησία και αναισθησία; αναφορά δύο περιστατικών

Χριστίνα Ορφανού, Παναγιώτα Παπαχαραλάμπους, Ιωάννης Κουταλάς, Χριστίνα

Κουφοπούλου, Κασσιανή Θεοδωράκη

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

Αθηνών, Αθήνα

EA43. Αναισθησία ασθενούς σε πρόγραμμα απεξάρτησης με ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ/ΝΑΛΟΞΟΝΗ

Ιζουντουεμί Γκλόρια-Ευδοξία, Σουλιώτης-Λύτρας Κυριάκος, Αθανασοπούλου Ειρήνη,

Γκαρτζονίκα Αθηνά, Πασσιάς Απόστολος, Τζίμας Πέτρος

Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό

Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

EA44. Μαιευτική Αναλγησία στα Δημόσια Μαιευτήρια στην Ελλάδα 2022-2023

Πελαγία Κλήμη¹, Αθανασία Τσαρουχά²

¹ Αναισθησιολόγος, ΓΝ Αλεξάνδρα

² Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

EA45. TAP block άμφω σε ασθενή με παραγκεφαλιδικό σύνδρομο που υπεβλήθη σε μερική γαστρεκτομή

Σταματίνα Νικολοπούλου, Βαγγέλης Παπαγεωργίου, Μαρία Ζαχαριάδη,

Κρυσταλλία Βιτούλα, Κωσταντίνα Ρωμανά

Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, Αθήνα, Ελλάδα

EA46. Επισκληρίδιο αιμάτων ως επιπλοκή υπαραχνοειδούς αναισθησίας σε ασθενή που υποβάλλεται σε ουρολογική επέμβαση

Ολγα Κλαδιανού², Κρυσταλλία Βιτούλα¹, Χριστίνα Τζήμα², Εφη Σταυροπούλου²,

Αγγελική Μπαϊρακτάρη²

¹ ΓΝ Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα, ² ΓΝΑ ΚΑΤ, Αθήνα, Ελλάδα



ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

15.00 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V

Διάφορα

Προεδρείο: Λ. Παλιαλέξη, Μ. Παπαϊωάννου, Α. Καρακώστα

EA47. Πιλοτική στάθμιση του Survey of Pain Attitudes, the brief version στα Ελληνικά SOPA-Brief

Μάλλιου Κωνσταντίνα, Δαλακάκης Ιωάννης, Παπακωνσταντίνου Παναγιώτα,

Αμανίτη Αικατερίνη

Μονάδα Χρόνιου Πόνου, Παν Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ/ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

EA48. Συγκριτική μελέτη χορήγησης αναισθησίας σε παιδιατρικούς ασθενείς για μια ημέρα χειρουργείο με χρήση ελάχιστης δόσης οπιοειδών και χωρίς οπιοειδή

Αικατερίνη Ντουζέπη, Αρτεμη Δένδη, Χρήστος Βαϊόπουλος

ΓΝΠΑ"Π&Α Κυριακού", Αθήνα, Ελλάδα

EA49. Πνευμονικό οίδημα ως πρώτη εκδήλωση προεκλαμψίας κατά τη διάρκεια του τοκετού

Βασίλης Βασιλόπουλος1, **Θεοδώρα Μανιά**, Μανώλης Γανίτης, Μαρία - Ευσταθία

Τζικοπούλου, Βαγγέλης Σπύρου, Ελένη Λογοθέτη

Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Βόλος

20.30

Δείπνο Υποδοχής



ΑΙΘΟΥΣΑ Α

08.00 - 09.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III - ESRA HELLAS

Επίκαιρα Θέματα Περιτομικής Αναισθησίας

Προεδρείο: Ε. Σταυροπούλου, Α. Τρικούπη, Ε. Αντωνοπούλου

Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Πρόληψη και Διαχείριση Κεφαλαλγίας μετά από Τρώση Σκληράς (PDRH)

Κ. Θεοδωράκη

Στρατηγικές Πρόληψης Επίμονου Πόνου μετά από Εφαρμογή Περιτομικής Αναισθησίας

Κ. Βιτούλα

Αποκλεισμός στον Πόρο των Προσαγωγών: Πολλή Συζήτηση για το Τίποτα;

Α. Μακρής

Περιβαλλοντική Βιωσιμότητα: Έχει θέση η Περιτομική Αναισθησία;

Δ. Σαρρίδου

Σχολιασμός: Κ. Κωνσταντόπουλος, Ε. Κοράκη

09.30 - 10.00

ΔΙΑΛΕΞΗ III

Προεδρείο: Μ. Βαρβέρη, Β. Νύκταρη, Π. Κλήμη

Fascial plane blocks for breast surgery; Current evidence

P. Narchi

10.00 - 10.30

ΔΙΑΛΕΞΗ IV

Προεδρείο: P. Narchi, Α. Βαδαλούκα, Ε. Αργυριάδου

Regional Anaesthesia: Time to Hit the Reset Button?

N. Rawal

10.30 - 11.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ I

11.00 - 11.30

Διάλειμμα - καφές - Επίσκεψη στην Εκθεση

11.30 - 12.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ II

12.00 - 12.30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ III



ΑΙΘΟΥΣΑ Α

12.30 - 14.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV

Δύσκολα Αντιμετωπιζόμενος Χρόνιος Πόνος
 Προεδρείο: Γ. Φραντζέσκος, Α. Πετσίτη, Ι. Κτιστάκης

CRPS: Κατευθυντήριες Οδηγίες
 Ι. Χρονάκης

Πόνος Μέλους Φάντασμα: Νεώτερα Δεδομένα
 Π. Ζαβρίδης

Πρωκταλγία
 Ειρ. Λυκούδη

Οστικό Οίδημα
 Α. Κολοτούρα

Σχολιασμός: Ε. Χρονά

14.00 - 16.00

Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα – Επίσκεψη στην Εκθεση

16.00 - 17.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V

Διεταιρική Συνάντηση ΠΑΡΗΣΥΑ & ISCOS (International Spinal Cord Society)

Νευροπαθητικός Πόνος και Κακώσεις Σπονδυλικής Στήλης

Προεδρείο: Μ. Κοκολάκη, Χ. Καραναστάση, Σ. Πουλίδα

Μηχανισμοί ΝΠ σε Κακώσεις Σπονδυλικής στήλης
 Ι. Διονυσιώτης

Updates on Oral Medical Treatments of NP after Spinal Cord Injury
 Β. Erhan

Παρηγορική Φροντίδα σε Ασθενείς με Κακώσεις Σπονδυλικής Στήλης
 Α. Μπαϊρακτάρη

Σχολιασμός: Παν. Χλωροπούλου

17.30 - 18.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ IV



ΑΙΘΟΥΣΑ Β

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI

Χρόνιος Πόνος II
 Προεδρείο: Π. Στεφάνου, Ν. Λέκκα, Χ. Σοϊλεμεζίδου

EA50. Η χρήση της διαδερμικής βουπρενορφίνης στη θεραπεία της οξείας μετα-ερπητικής νευραλγίας: Παρουσίαση περιστατικού
Θεόφιλος Τσολερίδης
 MD, PgDip, MA, MSc, PhD, Διευθυντής ΕΣΥ Αναισθησιολογίας, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

EA51. Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της διαδερμικής νευρόλυσης με ραδιοσυχνότητες στην ένταση του πόνου και στη ποιότητα ζωής των ασθενών σε διάστημα ενός έτους: αποτελέσματα μιας αναδρομικής μελέτης παρατήρησης
Σοφία Παπαντωνάκη¹, Παναγιώτης Βαρδάκης², Ευαγγελία Γαβριλάκη¹, Αικατερίνη Λάππα¹, Πέτρος Αντωνάκης¹, Περικλής Ζαβρίδης³
 1 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης, Ελλάδα, 2 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Ελλάδα, 3 Pain Clinic, Λευκωσία, Κύπρος

EA52. Ενδιαφέρουσα περίπτωση αντιμετώπισης χρόνιου πόνου σε ασθενή με μετατραυματικό εξελκυσμό βραχιονίου πλέγματος προ 15 έτη, στο ιατρείο πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού
Λέκκα Νεκταρία¹, Γαβρά Αικατερίνη¹, Χαραλάμπους Νατάσα¹, Χριστοδούλου Ιωάννα¹, Παπαχρήστος Ιωάννης¹, Κορδαλής Νικόλαος²
 1 Ιατρείο Πόνου Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού
 2 Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Κλινική Αγίου Παντελεήμονα Λευκωσία

EA53. Απολογισμός του Ιατρείου Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού κατά τα έτη 2021-2022
 Αικατερίνη Γαβρά, Νεκταρία Λέκκα, Χάρης Χατζηευαγγέλου, Νίνα Ομπολασβίλη, Κυριάκος Σιακαλλής, Ράσα Ιβανοβιένε
 Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λεμεσός, Κύπρος

EA54. Ο ρόλος της Διεπιστημονικής ομάδας στη λειτουργία του Ιατρείου Πόνου
Γακουμή Ευτυχία¹, Μάκτρα Λουκία², Πουλίδα Σοφία³, Τατατόρης Πάρης⁴
 1 Κλινική Ψυχολόγος ΚΕΦΙΑΠ Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης, 2 Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης, 3 Αναισθησιολόγος Επιμελήτρια Α' Αναισθησιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης
 4 Φυσικοθεραπευτής Msc Διαχείρισης Γήρανσης και Χρονίων Νοσημάτων, Υπεύθυνος Εργαστηρίου Φυσικοθεραπείας Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης

EA55. Η βελτιστοποιημένη περιεγχειρητική αναλγησία μπορεί να ελαττώσει τη συχνότητα και την ένταση του Πόνου Μέλους φάντασμα (Παρουσίαση περιστατικού)
Ι. Κτιστάκης¹, Ε. Αποκορωνιωτάκη², Ι. Χρονάκης³, Ι. Σιαφάκα⁴
 1 Επιμ. Α Κλινικής Ορθοπαιδικής & Τραυματολογίας Γ.Ν. Ρεθύμνου
 2 Νοσηλεύτρια αναισθησιολογίας – θεραπείας πόνου & Π.Φ. Γ.Ν. Ρεθύμνου
 3 Διευθ. Αναισθησιολογικό τμήμα – Ιατρείο Πόνου & Π.Φ. Γ.Ν. Ρεθύμνου
 4 Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας - Θεραπείας Πόνου & Π.Φ. Ιατρική σχολή ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας

EA56. Αντιμετώπιση Χρόνιας Οσφυαλγίας σε μεσήλικες ασθενείς με χορήγηση Τραμαδόλης-Παρακεταμόλης
Νικόλαος Χ.Σύρμος^{1,2}, Ελένη Λογοθέτη³, Βασίλειος Βασιλόπουλος³, Αργύριος Μυλωνάς¹
 1 ΤΕΦΑΑ-Α.Π.Θ., 2 Γ.Ν. Βόλου



ΑΙΘΟΥΣΑ Β

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI

Χρόνιος Πόνος II

Προεδρείο: Π. Στεφάνου, Ν. Λέκκα, Χ. Σοϊλεμεζίδου

EA57. Ενδοαρθρική έγχυση διαλύματος φαιντανύλης, δεξαμεθαζόνης, κλονιδίνης, ροπιβακαΐνης και δεξτροζίνης κατά του πόνου από οστεοαρθρίτιδα γόνατος: Παρουσίαση περιστατικού

Θεόφιλος Τσολερίδης¹, Αλέξανδρος Πίττας²

1 MD, PgDip, MA, MSc, PhD Διευθυντής ΕΣΥ Ανασθησιολογίας, Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

2 MD, Επιμελητής Α Ορθοπεδικής, Ορθοπεδικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

EA58. Αντιμετώπιση χρόνιας Οσφυαλγίας-Ισχιαλγίας σε Ερασιτέχνες αθλητές με χορήγηση Νατριούχου Δικλοφενάκης

Νικόλαος Χ. Σύρμος¹, Ελένη Λογοθέτη², Αργύριος Μυλωνάς¹, Χρήστος Γρηγοριάδης³, Σωτήριος Κώττας³

1 ΤΕΦΑΑ-Α.Π.Θ., 2 Γ.Ν. Βόλου, 3 Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου

EA59. Παρέμβαση ιατρείου πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού σε ασθενή με έντονο, χρόνιας νευροπαθητικό πόνο, με δεξιά πλεξοπάθεια βραχιονίου πλέγματος ως επιπλοκή, λόγω θέσης του μέλους, σε πολύωρη χειρουργική επέμβαση

Λέκκα Νεκταρία, Βασιλική Κωνσταντάκη, Μυριάνθη Αγγελίδου, Χάρης Χατζηευαγγέλου, Κορδαλής Νικόλαος, Κατερίνα Γαβρά

Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λεμεσός-Κύπρος

09.00 - 10.00

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

Η Ενσωμάτωση των Ψυχοκοινωνικών Μεταβλητών στην Κλινική Πρακτική στα Ιατρεία Πόνου και ΠΦ

Εισηγητές: Ι. Ντίνος, Φ. Κολοκοτρώνη

11.00 - 11.30

Διάλειμμα – καφέ – Επίσκεψη στην Εκθεση

14.00 - 16.00

Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα – Επίσκεψη στην Εκθεση

16.00 - 17.30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ II



ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII

Επικαιροποίηση Γνώσεων

Προεδρείο: Β. Λυκούση, Α. Βαξεβανίδου, Κ. Ιωαννίδης

EA60. Πώς η αποδοχή του χρόνιου πόνου επηρεάζει την εμπειρία του. Μία κοντινή ματιά στη συμβολή του MINDFULNESS μέσα από το ερωτηματολόγιο CPAQ-8

Δέσποινα Γιαννούλη¹, Ντόνικα Ζαΐμη², Γιώργος Φρατζέσκος³, Μαρία Κοκολάκη⁴

1 Πιστοποιημένη Δασκάλα Mindfulness, 2 Ανασθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Ανασθησιολογικό Τμήμα, Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», 3 Διευθυντής Ανασθησιολογίας, Ιατρείο Πόνου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου-ΠΑΓΝΗ, 4 Διευθύντρια Ανασθησιολογίας, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνη Ανασθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Αττικής «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ»

EA61. Ενδοαρθρική έγχυση ναλουρονικού οξέος στην οστεοαρθρίτιδα γόνατος: Σύνομη Ανασκόπηση

Μ. Ρεκατσίνια¹, Ι. Σιαφάκα², Α. Βαδαλούκα³

1 MD, MSc, PhD, FFPMRCA, EDPM, Επίκουρη Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας, Α' Ανασθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, 2 Ομότιμη Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας - Θεραπείας Πόνου & Π.Φ. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, 3 Αναπλ. Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

EA62. Ν-Ακετυλοκυστεΐνη: Μια Αναδυόμενη Επικουρική Θεραπεία για την Ανακούφιση του Πόνου και την Ενίσχυση της Αναλγησίας

Θαλής Ασημακόπουλος¹, Κασσιανή Θεοδωράκη²

1 6οιτής Φοιτητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Ανασθησιολογική Κλινική Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, 2 MD, PhD, DESA, Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας, Διευθύντρια Α' Ανασθησιολογικής Κλινικής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

EA63. Πλήρως εμφυτευμένα συστήματα Αναλγησίας (IDDS)

Βαδαλούκα Α.¹, Ρεκατσίνια Μ.², Σιαφάκα Ι.³

1 Αναπλ. Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2 MD, MSc, PhD, FFPMRCA, EDPM, Επίκουρη Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας, Α' Ανασθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα 3 Ομότιμη Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας - Θεραπείας Πόνου & Π.Φ. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας

EA64. Μυοπεριτονιακός πόνος: αντιμετώπιση στο Ιατρείο Πόνου & Π.Φ. Γ.Ν. Ρεθύμνου

Βαδαλούκα Α.¹, Χρονάκης Ι.², Κτιστάκης Ι.², Αποκορωνιωτάκη Ε.², Κουτσιπετσίδης Β.², Μαμαλάκη Α.²

1 MD, PhD, FIPP, Αν. Καθ. Ανασθησιολογίας - Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, π. Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκού Συνδέσμου κατά του Πόνου (EuLAP), 2 Ανασθησιολογικό τμήμα, Ιατρείο Πόνου & Π.Φ. - Κλινική Ορθοπεδικής & Τραυματολογίας Γ.Ν. Ρεθύμνου

EA65. Ο ρόλος της διατροφής στην αντιμετώπιση της ινομυαλγίας:

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Νιανιάρου Μαρία¹, Σαριδάκη Αγγελική², Σταυροπούλου Ευμορφία²

1 Κλινική Φυσιολογίας Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ, 2 Ανασθησιολογική Κλινική & Ιατρείο Πόνου Γ.Ν. Ιπποκράτειο, 3 Ανασθησιολογική Κλινική & Ιατρείο Πόνου ΓΝΑ ΚΑΤ



ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII

Επικαιροποίηση Γνώσεων

Προεδρείο: Β. Λυκούση, Α. Βαξεβανίδου, Κ. Ιωαννίδης

EA66. Τοξικότητα και δοσοξαρτώμενοι θάνατοι από Γκαμπαπεντινοειδή
Λάμπρου Ρωξάνη¹, Μανωλόπουλος Ευάγγελος¹, Βάβουρα Πολυξένη², Μίχα Μαντώ²,
 Χλωροπούλου Πελαγία²

1 Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

2 Πανεπιστημιακή Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

EA67. Η συμβολή του mirror therapy στη διαχείριση χρόνιων επώδυνων συνδρόμων:
Ανασκόπηση μελετών

Κελίδου Μ.¹, Σιαφάκα Ι.², Βαδαλούκα Α.³, Τσαρουχά Α.⁴

1 Φυσικοθεραπεύτρια, MSc Αλγολογία, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

2 Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Θεραπείας Πόνου, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

3 Αναπλ. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 4 Αναπλ. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

EA68. Ασθενής με καρκινικό πόνο και ταυτόχρονα κακή χρήση οπιοειδών και υπεραλγησία από τα οπιοειδή: αναφορά περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
Παναγιώτης Βαρδάκης¹, Εμμανουέλα Κουτουλάκη¹, Γεώργιος Φραντζέσκος¹,
 Βασιλεία Νύκταρη^{1,2}

1 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, 2 Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

EA69. Η κετοφόλη σαν ανώτερος κατασταλτικός παράγοντας στην προσπάθεια μείωσης του κινδύνου εμφάνισης αναπνευστικών και καρδιαγγειακών επιδράσεων και βελτίωσης επιπέδων του πόνου κατά τη διάρκεια χορήγησης καταστολής και αναλγησίας, ανασκόπηση

Λαμπριανή Παπαγεωργίου^{1,3}, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Χρυσούλα Στάικου^{2,3}

1 Αναισθησιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος,

2 Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

3 Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα



ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

10.00 - 11.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ I

13.00 - 15.30

INTERACTIVE CLINICAL WORKSHOP

How to solve common obstetrical problems

Chairpersons: N. Lucas, K. Theodoraki, A. Paraskeva

My patient wants a GA for elective CS – should I convince her for epidural and how to counsel her?

N. Lucas

The epidural has stopped working and she is 7 cm dilated - should I reinstitute the catheter?

T. Sidiropoulou

Failed intubation during CS – optimal management

E. Stamatakis

My patient has pain during CS: What can I do?

F. Sifaki

My patient has a blood pressure of 190/115 and the obstetricians want to deliver her – what are the main issues I need to consider?

N. Lucas

My patient has had a PPH of 1000ml after a vaginal delivery – what can I do to optimize anaesthetic management?

N. Lucas

My patient has a headache after delivery – how shall I manage?

N. Lucas

MCQs with Slido - Audience Interactive Participation

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

09.00 - 10.00

Problem - Based Learning Discussion

Πόνος και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες: Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Συντονιστές: Π. Τζίμας, Μ. Κοκολάκη

Εισηγητές: Ε. Σαμαρά, Γ. Μίχα



ΑΙΘΟΥΣΑ Α

08.30 - 10.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI

Διατροφή και Χρόνιος Πόνος: Μία Βιωματική Σχέση

Προεδρείο: Ν. Φυρφίρης, Μπ. Κιαμήλογλου, Χ. Μάγκλαρη

Εντερικό Μικροβίωμα και η σχέση του με τον Πόνο

Γ. Μπέλλος

Γλουτένη και Επώδυνη Περιφερική Νευροπάθεια

Π. Ζης

Δίαιτα χαμηλή σε υδατάνθρακες (Ketogenic) στη βελτίωση του Χρόνιου Πόνου

Ειρ. Παπαγεωργίου

Νευρογενής Ανορεξία και Χρόνιος Πόνος

Αικ. Τσιρογιάννη

Σχολιασμός:

Πελ. Χλωροπούλου

10.00 - 10.30

ΔΙΑΛΕΞΗ V

Προεδρείο: Ε. Κουρούκλη, Ε. Επισκόπου, Μ. Μπαρέκα

Ethics in Pain Management

S. Erdine

10.30 - 11.30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ I

11.30 - 12.00

Διάλειμμα – Καφές – Επίσκεψη στην Εκθεση

12.00 - 13.00

ΔΙΑΛΕΞΗ VI

How Could We Change Our Expectations of Multimodal Analgesia?

Προεδρείο: Ε. Μόκα, Θ. Αστέρη

Procedural Pain Trajectories: Are Single-Shot Blocks Worthwhile?

Morne Wolmarans



ΑΙΘΟΥΣΑ Α

13.00 - 14.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII

Ατενίζοντας το μέλλον

Προεδρείο: Θ. Βογιατζάκη, Ε. Γκουτζιομήτρου, Πελ. Χλωροπούλου

Next Generation Sequencing στη Διαχείριση του Πόνου

Γ. Νασιούλας

Transitional Pain Services

Π. Τζίμας

Integrated Pain Management: Ιατρική Ενδείξεων ή Black Box?

Ε. Κετικίδου

Ηλεκτρομαγνητικές Συχνότητες: Μπορούν να λειτουργήσουν ως Διαχειριστές Πόνου;

Α. Ευαγγέλου

Σχολιασμός: Χ. Ησαΐα

14.30 - 15.30

Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα – Επίσκεψη στην Εκθεση

15.30 - 16.00

ΔΙΑΛΕΞΗ VII

Προεδρείο: Σ. Παπαντωνάκη, Θ. Τσολερίδης, Φ. Υφαντίδης

Εκφυλιστική Νόσος Σπονδυλικής Στήλης στο Γηριατρικό Ασθενή

Μ. Καράβης

16.00 - 17.30

ΑΝΟΙΚΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ

Πώς θα ήθελα να Εκπαιδευτώ στην Περιφερική Αναισθησία, στη Θεραπεία Πόνου και στην Παρηγορική Φροντίδα

Εκπαιδευτές: Ε. Αρναούτογλου, Α. Τσαρουχά, Ε. Σταυροπούλου

Εκπαιδευόμενοι: Μ. Τιλελή, Χρ. Ορφανού, Φ. Γεροσίμου

17.30 - 18.00

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

20.30

Δείπνο Συνεδρίου



ΑΙΘΟΥΣΑ Β

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII

Παρηγορική Φροντίδα

Προεδρείο: Αικ. Λευκαδίτη, Χ. Μάλλιου, Σ. Αποστολάκη

EA70. Η επίδραση της ενδοφλέβιας έγχυσης λιδοκαΐνης σε λαπαροσκοπικές χολοκυστεκτομές: μια προοπτική μελέτη παρατήρησης

Παναγιώτης Βαρδάκης², Λοΐζος Χατζηγεωργίου¹, Κλαούντια Αθητάκη¹, Αικατερίνη Λάππα¹, Άννα Κασσωτάκη¹, Νικόλαος Μουδατσάκης¹, Σοφία Παπαντωνάκη¹
 1 Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης, Άγιος Νικόλαος Κρήτης, Ελλάδα
 2 Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης, Ελλάδα

EA71. Επίπτωση χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου σε γυναίκες με καρκίνο μαστού και ο ρόλος των θωρακικών διηθήσεων διεγχειρητικά, στην προσπάθεια μείωσης της εμφάνισής τουΝ. Λέκκα¹, Α. Χαραλάμπους¹, Χρ. Δημητρίου¹, Κ. Θεοδωράκη²

1 Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού
 2 Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθηνών, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

EA72. Ανασκόπηση και ερευνητικές υποθέσεις αναφορικά με τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υποκειμενική εμπειρία του πόνου, τον φόβο επανεμφάνισης της νόσου και την ποιότητα ζωής σε επιβιώσαντες από καρκίνο Φιλίππα Κολοκοτρώνη¹, Δρ Φώτιος Αναγνωστόπουλος²

1 Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας", Αθήνα, Ελλάδα
 2 Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα, Ελλάδα

EA73. Περιφερικός Αποκλεισμός Γλωσσοφαρυγγικού Νεύρου ως μέθοδος αναλγησίας σε ασθενή με μετακτινική ωταλγία και επώδυνη δυσκαταποσίαΠερεντέ Μελέτη¹, Παπαγιαννοπούλου Οφηλιά², Ζωγραφίδου Πολυξένη², Μητράγκας Απόστολος², Βαρβέρη Μαριάνθη², Κοράκη Ελένη²

1 Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»
 2 Ιατρείο Πόνου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

EA74. Η Ανακούφιση του πόνου του ως ένα μείζον ανθρώπινο δικαίωμαΜαρία (Μαρίζα) Λαμπράκη¹, Γιώργος Πατεράκης², Ειρήνη Βογιατζάκη³, Βαΐτσης Κουτσιπετσίδης⁴, Αικατερίνη Χορτατζάκη⁵, Ιωάννα Λαδάκη⁶

1 Προϊσταμένη ΜΕΘ, MPH MSc Bioethics, MSc© Χρόνιων νοσημάτων, ΑΣΠΑΙΤΕ-ΕΠΠΑΙΚ, Εξ. Κοινωνική Νοσηλευτική, Εξ Ειδική Αγωγή, Γ.Ν. Αγ. Νικολάου, 2 Ειδ. Γενικός Ιατρός, Γ.Ν. Καρπάθου, 3 Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτικός, MSc ΔΜΥ, MSc Κριτική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση Εκπαιδευτικών, Ηράκλειο Κρήτης, 4 Νοσηλεύτρια Υπ. Αναισθ/κού Γ.Ν. Ρεθύμνου, Κρήτης, 5 Νοσηλεύτρια Τ.Ε Αναισθησιολογικό Γ.Ν. Χανίων, Κρήτης, 6 Νοσηλεύτρια Τ.Ε, Χειρ/ου Γ.Ν. Ρεθύμνου Κρήτης

EA75. Διερεύνηση των στόχων φροντίδας κοντά στο τέλος της ζωής σε ασθενείς και επαγγελματίες υγείαςΣοφία Τσιμπραηλίδου¹, Εμμανουέλα Κουτουλάκη², Παναγιώτης Βαρδάκης¹, Αλεξάνδρα Παπαϊωάννου^{1,2}, Κωσταντίνος Λασιθιωτάκης², Βασιλεία Νύκταρη^{1,2}

1 Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Ελλάδα, 2 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Ελλάδα

EA76. Πρώιμη ένταξη της παρηγορικής φροντίδας στην ογκολογία

Ειρήνη Παπαγεωργίου, Φώτης Γεροσίμου, Χρήστος Χαρατσής, Σουζάνα Ανίσογλου Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη



ΑΙΘΟΥΣΑ Β

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII

Παρηγορική Φροντίδα

Προεδρείο: Αικ. Λευκαδίτη, Χ. Μάλλιου, Σ. Αποστολάκη

EA77. Η αξιολόγηση του αισθήματος ντροπής των συγγενών/φροντιστών ανοιακών ασθενών με τις κλίμακες "Greek other as shamer scale" και "Greek experience of shame scale"

Χριστίνα Σακογιάννη¹, Ευδοξία Σάλιαρη¹, Χριστόφορος Ράβρας¹, Κατερίνα Μπουζιά¹, Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου¹, Αργυρώ Πετσότη¹, Μαρία Νταλούκα¹, Μεταξία Μπαρέκα¹, Μαίρη Γκούβα², Αρναούτογλου Ελένη¹

1 Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα
 2 Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

EA78. Ένα τεχνολογικό οικοσύστημα υποστήριξης της Παρηγορικής Φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή

Σοφία Ρέππου, Δρ Βασίλειος Κιοσσές, Γεώργιος Ντακάκης, Ηρακλής Τσουπούρογλου, Χριστίνα Πλωμαρίτη, Δρ Νίκη Πανδριά, Αννίτα Βαρέλλα,

Καθηγητής Παναγιώτης Δ. Μπαμίδης
 Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

EA79. Εγκαιρη Εισαγωγή στην Παρηγορική Φροντίδα για ηλικιωμένους ασθενείς με μη κακοήθεις χρόνιες παθήσεις: μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή

Σοφία Ρέππου, Γεώργιος Μπαξεβάνης, Παναγιώτης Δ. Μπαμίδης
 Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

09.00 - 10.00

Live Demonstration

Συντονιστές: Ε. Κοράκη, Μ. Ρεκατσίνα

Peripheral Nerve Blocks for Ankle and Foot Surgery
 A. Delbos

11.30 - 12.00

Διάλειμμα – Καφές – Επίσκεψη στην Εκθεση

14.30 - 15.30

Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα – Επίσκεψη στην Εκθεση

20.30

Δείπνο Συνεδρίου



ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΧ

Συμπληρωματικές Θεραπείες

Προεδρείο: Φ. Αραμπατζίδου, Αλ. Σπυριδωνίδου, Χ. Χρυσοστόμου

EA80. Αντιμετώπιση του πόνου με βελονισμό σε γυναίκες με ινομυαλγία και υστερεκτομή Μουτζούρη Αστέρω, Σιαφάκα Ιωάννα, Τσαρουχά Αθανασία

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

EA81. Η Συμβολή της ενσυνειδητότητας και συμμόνιας στη διαχείριση του χρόνιου πόνου και η εικόνα στο follow up 3 μήνες αργότερα

Δέσποινα Γιαννούλη¹, Ντόνικα Ζαΐμη², Γιώργος Φρατζέσκος³, Μαρία Κοκολάκη⁴

1 Πιστοποιημένη Δασκάλα Mindfulness – ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., 2 Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια

ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», 3 Διευθυντής

Αναισθησιολογίας, Ιατρείο Πόνου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου-ΠΑΓΝΗ,

4 Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνη Αναισθησιολογικού

Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Αττικής «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»

EA82. Η Αλλαγή της εμπειρίας του χρόνιου πόνου μέσα από την παρέμβαση MINDFULNESS – Αξιολόγηση σε 48 ασθενείς

Δέσποινα Γιαννούλη¹, Ντόνικα Ζαΐμη², Γιώργος Φρατζέσκος³, Μαρία Κοκολάκη⁴

1 Πιστοποιημένη Δασκάλα Mindfulness, 2 Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ,

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»,

3 Διευθυντής Αναισθησιολογίας, Ιατρείο Πόνου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

Ηρακλείου-ΠΑ.Γ.Ν.Η., 4 Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνη

Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Αττικής «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»

EA83. Παρουσίαση περιστατικού: Αντιμετώπιση Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου με ΠΡΕΓΚΑΜΠΑΛΙΝΗ PER OS και Βελονισμό

Μαρία Νιανιάρου¹, Σοφία Σιβετίδου¹, Ελισάβετ Τζανή¹, Ευμορφία Σταυροπούλου²,

Αγγελική Σαριδάκη³, Αικατερίνη Κοτρώνη¹

1 Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ, Αθήνα, 2 Αναισθησιολογική Κλινική

& Ιατρείο Πόνου ΓΝΑ ΚΑΤ, 3 Αναισθησιολογική Κλινική & Ιατρείο Πόνου Γ.Ν. Ιπποκράτειο

EA84. Η αποτελεσματικότητα του ιατρικού βελονισμού στην αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας

Ευαγγελία Τζαμάκου, Βιργινία Τανού, Γεώργιος Ρουσάκης, Φωτεινή Διαμαντοπούλου,

Παναγιώτης Σωτηριάδης, Mohamed Abdullah, Ευφροσύνη Μπαλάσκα, Ντάλι

Μουρατσασβίλι, Παναγιώτης Γεωργιάκης

Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

EA85. Βελτίωση ασθενούς με Long Covid Syndrome με τη χρήση βελονισμού στο Ιατρείο Πόνου

Γεωργία Κωνσταντοπούλου¹, Εμμανουήλ Λιόλιος², Πανδώρα Μπέλεση²,

Πανωραία Σαλάππα¹, Βασιλική Ανδρονάδη¹

1 Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

2 Ειδικευόμενος Αναισθησιολόγος ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

EA86. Διέγερση του καρπιαίου σημείου βελονισμού PC6 για πρόληψη μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου σε ουρολογικά χειρουργεία. Σειρά περιστατικών.

Χήτου Ζωή¹, Καρακώστα Αγάθη¹, Κάτσιου Φαίδρα¹, Τσαμπαλάς Σταύρος², Μίχα Γεωργία¹,

Σαμαρά Ευαγγελία¹, Τζίμας Πέτρος¹

1 Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής

Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα.

2 Ουρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα.



ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

08.00 - 09.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΧ

Συμπληρωματικές Θεραπείες

Προεδρείο: Φ. Αραμπατζίδου, Αλ. Σπυριδωνίδου, Χ. Χρυσοστόμου

EA87. Reversible splenian lesion syndrome (RESLES) μετά από εμπύρετη λοίμωξη σε νεαρή ασθενή: παρουσίαση περιστατικού

Ζωγραφίδου Πολυξένη¹, Παπαγιαννοπούλου Οφρηλιά¹, Βαρβέρη Μαριάνθη²,

Κοράκη Ελένη³

1 Ειδικευόμενη Αναισθησιολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης, 2 Διευθύντρια

αναισθησιολογίας ΕΣΥ & Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

3 Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού, «Παπαγεωργίου»

Γ.Ν Θεσσαλονίκης

EA88. Οι απόψεις των εφήβων για τις επιπτώσεις από την κατανάλωση του αλκοόλ στην περιοχή του Αγίου Νικολάου Κρήτης

Μαρία (Μαρίζα) Λαμπράκη¹, Γιώργος Πατεράκης², Βαΐτση Κουτσιπετσίδης³,

Ειρήνη Βογιατζάκη⁴, Ιωάννα Λαδάκη⁵, Αικατερίνη Χορτατζάκη⁶

1 Προϊσταμένη ΜΕΘ, MPH MSc Bioethics, MSc© Χρόνιων νοσημάτων, ΑΣΠΑΙΤΕ-ΕΠΠΑΙΚ,

Εξ. Κοινωνική Νοσηλευτική, Εξ Ειδική Αγωγή, Γ.Ν. Αγ. Νικολάου, 2 Ειδ. Γενικός Ιατρός

Γ.Ν. Καρπάθου, 3 Νοσηλεύτης Υπ. Αναισθ/κού Γ.Ν. Ρεθύμνου, Κρήτης, 4 Νοσηλεύτρια,

Εκπαιδευτικός, MSc ΔΜΥ, MSc Κριτική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση Εκπαιδευτικών,

Ηράκλειο Κρήτης, 5 Νοσηλεύτρια ΤΕ, Χειρ/ου Γ.Ν. Ρεθύμνου Κρήτης,

6 Νοσηλεύτρια Τ.Ε Αναισθ/κού Γ.Ν. Χανίων, Κρήτης

EA89. Long COVID Syndrome and NOCEBO Effect

Φραγκούλη Ιωάννα, Νικολοπούλου Μαρία-Ζοζεφίν, Κανδρεβιώτη Στυλιανή,

Νιάκα Αναστασία, Κοκολάκη Μαρία

Αναισθησιολογικό τμήμα-ιατρείο πόνου, Γ.Ν Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ

11.30 - 12.00

Διάλειμμα – Καφές – Επίσκεψη στην Εκθεση

13.00 - 14.30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΙΙΙ

14.30 - 15.30

Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα – Επίσκεψη στην Εκθεση

15.30 - 17.00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΙV ESRA HELLAS

Η χρήση των υπερήχων για παρεμβάσεις σε επώδυνα σύνδρομα

Συντονιστές: Ε. Σταυροπούλου, Α. Μακρής

Εισαγωγή - Briefing

Ομιλήτης: Α. Μακρής

Σταθμός 1: Αντιμετώπιση Οσφυαλγίας (Επισκληρίδιος Εγχυση – Caudal – Facets)

Εκπαιδευτές: Α. Μακρής – Μ. Τσαγκάρης

Σταθμός 2: Αντιμετώπιση Πόνου στην Αρθρωση του Ισχίου (Εγχύσεις Ενδαρθρικές – στον

Απιοειδή Μυ – στον Τροχαντήρα)

Εκπαιδευτές: Ε. Σταυροπούλου – Ε. Κοράκη

Σταθμός 3: Αντιμετώπιση Θωρακικού πόνου (Μεσοπλεύριοι - Erector spinae –

Παρασπονδυλικοί Αποκλεισμοί)

Εκπαιδευτές: Κ. Βιτούλα – Μ. Τιλελή

Debriefing - Συμπεράσματα, Ερωτήσεις και Συζήτηση

Ομιλήτης: Ε. Σταυροπούλου

20.30

Δείπνο Συνεδρίου



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ


ΑΙΘΟΥΣΑ Α

10.00 - 11.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ I

Προεδρείο: Μ. Κοκολάκη

Ολική Αθροπλαστική Γόνατος και Πολυπαραγοντική Αναλγησία: Ο ρόλος της Ταπενταδόλης
Ε. Αρναούτογλου


Με την ευγενική χορηγία της  BIANEE

11.30 - 12.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ II

Προεδρείο: Σ. Ανίσογλου, Ι. Χρονάκης

Η Φαρμακευτική Κάνναβη στον Πόνο και στην Παρηγορική Φροντίδα
Ι. Σιαφάκα

Με την ευγενική χορηγία της  Lavipharm

12.00 - 12.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ III

Προεδρείο: Π. Ζαβρίδης, Στ. Αποστολάκη

Εφαρμογή Ραδιοσυχνοτήτων στον Χρόνιο Καλοήγη Πόνο
Μ. Ρεκατσίνα


Με την ευγενική χορηγία της  MEDICAL WARE

17.30 - 18.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ IV

Προεδρείο: Α. Βαδαλούκα

Περιεχειρητητική Αναλγησία: Σύγχρονοι Προβληματισμοί, Τεκμηριωμένη Ιατρική
Πρακτική & Μελλοντικές Προοπτικές
Ε. Μόκα

Με την ευγενική χορηγία της  Menarini Hellas

ΑΙΘΟΥΣΑ Β

16.00 - 17.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ II

Κανναβινοειδή: Ποιά, Πότε και Πώς?

Προεδρείο: Ι. Σιαφάκα, Ε. Βραχνού, Ε. Σκουτέλη

Εισαγωγή
Γ. Μίχα

Κλινικά Σενάρια και Πρακτικές Οδηγίες
Π. Πέτρου

Με την ευγενική χορηγία της  PHARMASEP


ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

10.00 - 11.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ I

Η Κρυοαναλγησία στην παρεμβατική θεραπεία του πόνου

Εκπαιδευτές: Α. Τσαρουχά, Δ. Πέλιος

Με την ευγενική χορηγία της  KALTEQ



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

10.30 - 11.30

ΑΙΘΟΥΣΑ Α

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ I

Παθοφυσιολογία και οι Υποκείμενοι Μηχανισμοί του Νευροπαθητικού Πόνου. Ο ρόλος της
Πρεγκαμπαλίνης στη θεραπεία του ΝΠ. Τι μας έχει διδάξει η κλινική εμπειρία
Προεδρείο: Α. Βαδαλούκα

Η Παθοφυσιολογία και οι Υποκείμενοι Μηχανισμοί του Νευροπαθητικού Πόνου. Ο ρόλος
της Πρεγκαμπαλίνης στη θεραπεία του ΝΠ
Αικ. Αμανίτη

Κλινικά Σενάρια για ΝΠ
Α. Τσαρουχά

Συμπεράσματα-Συζήτηση

Με την ευγενική χορηγία της  VIATRIS

ΑΙΘΟΥΣΑ Γ

13.00 - 14.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ III

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΣΥΡΜΑΤΟΥ
ΦΟΡΗΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ 3ης ΓΕΝΙΑΣ

Συντονισμός: Α. Τσαρουχά, Μ. Ρεκατσίνα

I. Εισαγωγή - Briefing
Ομιλητής: Α. Χατζηπαναγιώτου


II. Σταθμοί Εργασίας για Εφαρμοσμένη Κλινική Πρακτική με τη Χρήση Υπερήχων

Σταθμός Εργασίας 1.
Αποκλεισμός Ινιακών Νεύρων για την Αντιμετώπιση της Κεφαλαλγίας
Εκπαιδευτής: Α. Τσαρουχά

Σταθμός Εργασίας 2.
Αποκλεισμός Υπερπλάτιου Νεύρου για Αντιμετώπιση Αλγεινών Συνδρόμων
της Κατ' Ωμον Αρθρωσης
Εκπαιδευτής: Μ. Ρεκατσίνα

Σταθμός Εργασίας 3.
Αποκλεισμός Αρθρικών Νευρικών Κλάδων του Γόνατος (Genicular Nerves) για
την Αντιμετώπιση Αλγεινών Συνδρόμων της Κατά Γόνυ Αρθρωσης
Εκπαιδευτής: Ε. Επισκόπου

III. Debriefing - Συμπεράσματα, Ερωτήσεις και Συζήτηση
Ομιλητής: Μ. Βαρβέρη

Με την ευγενική χορηγία της  ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ

Βούληση και γονίδια: μια ατέρμονη ερωτική σχέση?

Βασιλική Καλφακάκου

Η δόμηση φυσικών και βιολογικών συστημάτων όπως, αναπνευστικό, κυκλοφορικό, νευρικό, αναδύεται από το χάος τρισεκατομμυρίων κυτάρων ακολουθώντας αλγορίθμους της μορφοκλασματικής (fractal) γεωμετρίας και βασικό συντελεστή την κυταρική μεμβράνη.

Η κυταρική μεμβράνη, ένας υγρός οργανικός κρύσταλλος, με δομή προσιδιάζουσα εξαιρετικά τους κρυστάλλους των ηλεκτρονικών υπολογιστών, αποτελεί την διεπαφή κυτάρου – περιβάλλοντος, καθώς υποδέχεται και προωθεί τα περιβαλλοντικά ενεργειακά σήματα, με στόχο τα γονίδια, το γενετικό μας υλικό.

Η σημασία των γονιδίων στην μετα-Δαρβινική εποχή, ιδίως μετά την ανακάλυψη της διπλής έλικας του DNA απέκτησε αιτιοκρατικό χαρακτήρα, καθώς αυτά και η κληρονομικότητα τους θεωρήθηκαν αναπόφευκτο πεπρωμένο κάθε ατόμου. Ο 21ος αιώνας όμως επανέφερε μέσω της επιγενετικής επιστήμης, μια νέο-Λαμαρκιανή άποψη, σύμφωνα με την οποία το περιβάλλον και όχι τα γονίδια, είναι ο καθοριστικός παράγων ζωής και υγείας. Τα περιβαλλοντικά σήματα, μέσω διακοπών ON/OFF επί του γενετικού υλικού, τροποποιούν θεαματικά τον μεταβολισμό, τους μηχανισμούς stress, την εκδήλωση νόσων, αλλεργιών κ άσθματος, με κύριο μεσολαβητή τον εγκέφαλο και το νευρο-ενδοκρινικό σύστημα, αυτές δε οι επίκτητες μεταβολές μεταφέρονται στους απογόνους.

Οι φυλογενετικά ανώτεροι οργανισμοί ωστόσο χαρακτηρίζονται από την ανάδυση της συνείδησης, της σκέψης και της βούλησης, μεγέθη μη αλγοριθμικά, υπερβατικά, με κβαντικά χαρακτηριστικά, όπως έχει ήδη προταθεί από τον Sir Roger Penrose, Νομπελίστα του 2020. Η βούληση, ως σήμα του εσωτερικού περιβάλλοντος, πιθανά μπορεί να μεταβάλλει πεποιθήσεις που αναπτύσσονται (συνειδητά ή υποσυνείδητα) και επηρεάζουν λειτουργικά τα γονίδια, ενισχύοντας ή αποδυναμώνοντας την υγεία.

Η ατέρμονη “μουσική σχέση” βούλησης – γονιδίων, με ενορχηστρωτή το περιβάλλον, έχει ίσως πολλές αντιστοιχίες με τα ON/OFF βιοματικών σχέσεων, όπως η ερωτική σχέση, που απαιτούν εξισορροπιστή (equalizer), με ευρύ φάσμα διακοπών και όχι μεταλλάκτη (mutant), για την αρμονία υγείας και ζωής.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ I: Πόνος στο Παιδί**Παιδιά με γνωσιακά ελλείμματα. Πώς θα εκτιμήσουμε τον πόνο μετεγχειρητικά;**

Χριστιάννα Προδρόμου

Τα τελευταία χρόνια, οι εξελίξεις στην εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου, έχουν βελτιώσει την μετεγχειρητική φροντίδα του παιδιατρικού ασθενούς. Παρόλα αυτά, τα παιδιά με γνωσιακά ελλείμματα έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν μετεγχειρητικό πόνο και ιδιαίτερη δυσκολία στην εκτίμηση και αντιμετώπιση του, σε σχέση με τα υγιή παιδιά.

Το γνωσιακό (γνωστικό) έλλειμμα ή γνωσιακή δυσλειτουργία σε ένα παιδί αφορά ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων και αναφέρεται σε οποιαδήποτε νοητική δυσκολία ή αναπτυξιακή καθυστέρηση. Περιγράφει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα παιδί του οποίου το νοητικό λειτουργικό επίπεδο και οι προσαρμοστικές ικανότητες είναι σημαντικά πιο κάτω από το μέσο όρο παιδιού στην αντίστοιχη χρονολογική ηλικία. Μπορεί να οφείλεται σε πολλές κλινικές καταστάσεις (π.χ. εγκεφαλική παράλυση, γενετικά ή μεταβολικά σύνδρομα, μετετραυματική εγκεφαλική βλάβη κ.α.). Ο αυτισμός, μία εκ γενετής δια βίου νευροαναπτυξιακή διαταραχή, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα διαταραχών (Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος) και έχει μεγάλη ετερογένεια στην έκφραση ή έλλειψη έκφρασης του μετεγχειρητικού πόνου.

Πολλές κλίμακες πόνου έχουν προταθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια για αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά αυτά. Οι κλίμακες NCCPC-PV (Non-Communicating Children's Pain Checklist-Postoperative Version) και FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) φαίνεται να υπερτερούν όσο αφορά την εγκυρότητα και την αξιοπιστία.

Παιδιά με ήπια γνωσιακά ελλείμματα πρέπει να αξιολογούνται όσο αφορά τον μετεγχειρητικό τους πόνο με αυτοεκτιμούμενες κλίμακες πόνου. Από την άλλη πλευρά, απλοποιημένα εργαλεία εκτίμησης πόνου, όπως παρατήρηση έκφρασης και συμπεριφοράς των παιδιών με βαριά γνωσιακά ελλείμματα που έχουν αδυναμία να επικοινωνήσουν λεκτικά και να εκφράσουν το συναίσθημά τους, έχουν αποδειχτεί εξαιρετικά σημαντικά. Για αυτό και η προεγχειρητική εκτίμηση στα παιδιά αυτά έχει ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο.

Λαμβάνοντας υπόψη την μεγάλη ετερογένεια όσο αφορά την κλινική εικόνα των παιδιών με γνωσιακά ελλείμματα, κρίνεται απαραίτητη η εξατομικευμένη προσέγγιση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά αυτά.

Βιβλιογραφία:

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- 5, Fifth Edition.

Vol 33- 41.

Pizzinato A., Liguoro I., Pusiol A., Cogo P., Palese A., Vidal E. (2022). Detection and assessment of postoperative pain in children with cognitive impairment: A systematic literature review and meta- analysis. Eur J Pain. 2022;26:965–979. <https://doi:10.1002/ejp.1936>.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ I: Πόνος στο Παιδί

Η επίδραση της γονεϊκής ψυχοσύνθεσης στη διαχείριση του παιδιατρικού πόνου στο ΤΕΠ

Αννα Μαλισιώβα

Κατά την παιδική ηλικία συχνά τα παιδιά υφίστανται επώδυνες ιατρικές παρεμβάσεις ποικίλης βαρύτητας στα ΤΕΠ. Ο πόνος που σχετίζεται με αυτές μπορεί να είναι πηγή μεγάλου άγχους και στρες.

Οι γονείς καλούνται να παίξουν κρίσιμο ρόλο στην αντιμετώπιση του πόνου των παιδιών τους. Συνήθως επιθυμούν να παρίστανται ώστε να τα εμψυχώνουν και να τα ενισχύουν. Η Ελληνική Νομοθεσία καλύπτει αυτή την επιθυμία, τον τελευταίο λόγο όμως έχει η ιατρική ομάδα. Είναι λογικό ότι όσο η βαρύτητα της παρέμβασης ή της κατάστασης του παιδιού αυξάνεται τόσο μειώνεται η γονική παρουσία. Γονείς σε κατάσταση άγχους, πανικού ή ανεξέλεγκτου φόβου δυσχεραίνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό έργο και αυξάνουν τους δείκτες άγχους και φόβου των παιδιών.

Σε πολλές μελέτες η ελεγχόμενη γονική παρουσία προσφέρει μείωση του φόβου, του πόνου και του άγχους των παιδιών και ελαττώνει την ανάγκη χορήγησης προνάρκωσης. Επιπρόσθετα βρέθηκε να έχει θετική συσχέτιση με τις φυσιολογικές παραμέτρους που σχετίζονται με τον πόνο. Άλλες μελέτες έχουν αποδείξει αύξηση του κλάματος και αυξημένα επίπεδα αγγωτικής συμπεριφοράς με την παρουσία των γονέων ενώ σε άλλες αμφισβητείται αν η γονική παρουσία βελτιώνει την έκβαση όσον αφορά τα σκορ πόνου.

Η πλειονότητα των αναφορών καταδεικνύει ευεργετικά αποτελέσματα της γονικής παρουσίας κατά τη διάρκεια επώδυνων ιατρικών διαδικασιών όσον αφορά τον αυτοαναφερόμενο πόνο και τις φυσιολογικές παραμέτρους των παιδιών, αλλά μικτά ευρήματα όσον αφορά τον αυτοαναφερόμενο φόβο, το άγχος και την αγωνία που σχετίζεται με τον πόνο σε παιδιά ηλικίας από 0 έως 18 ετών.

Βιβλιογραφία

1. Emma Rhee *The Impact of Parental Presence on Their Children During Painful Medical Procedures: A Systematic Review Pain Medicine*, 23(5), 2022, 912–933
2. Vervoort T. *Examining affective-motivational dynamics and behavioral implications within the interpersonal context of pain. J Pain* 2017;18(10):1174–83.
3. Kaiser U. *Developing a core outcome domain set to assessing effectiveness of interdisciplinary multimodal pain therapy: The VAPAIN consensus statement on core outcome domains. Pain* 2018;159 (4):673–83.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Παρηγορική Φροντίδα: Μία επιστήμη, μία Τέχνη

Ειδίκευση στη Παρηγορική Ιατρική

Φανή Κρεμαστινού

Η Παρηγορική φροντίδα κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) είναι προσέγγιση, που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, μέσω:

- της πρόληψης και ανακούφισης του <<υποφέρειν>>
- και της έγκαιρης αναγνώρισης, λεπτομερούς αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου και άλλων προβλημάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.

Η Παρηγορική Φροντίδα παρέχεται σε ενήλικες ασθενείς (ανεξαρτήτως ηλικίας) και σε παιδιά. Παρέχεται σε Νοσοκομεία, Κλινικές, Υπηρεσίες Ξενώνα ή στο σπίτι. Επιτυγχάνει τους στόχους της, όταν υπάρχει ομαδική προσέγγιση, που συνήθως περιλαμβάνει, γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες Υγείας

ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΙΑΗΡC (International Association for Hospice and Palliative Care)

<<Η Παρηγορική Φροντίδα είναι η ενεργητική ολιστική φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών με σοβαρό σχετιζόμενο με την υγεία, “υποφέρειν”, το οποίο οφείλεται σε σοβαρή ασθένεια και ειδικά εκείνων που βρίσκονται πλησίον του τέλους της ζωής. Στοχεύει να βελτιώσει την ποιότητας ζωής των ασθενών, των οικογενειών και των φροντιστών τους.

Η Παρηγορική Φροντίδα:

- Περιλαμβάνει την πρόληψη, την έγκαιρη αναγνώριση, την ολοκληρωμένη εκτίμηση και διαχείριση σωματικών προβλημάτων, περιλαμβανομένου του πόνου και άλλων οδυνηρών συμπτωμάτων, της ψυχολογικής δυσφορίας, της πνευματικής δυσφορίας και των κοινωνικών αναγκών. Κατά το δυνατόν οι παρεμβάσεις αυτές πρέπει να είναι βασισμένες σε ενδείξεις.
- Παρέχει υποστήριξη βοηθώντας τους ασθενείς να ζήσουν κατά το δυνατόν με πληρότητα μέχρι το θάνατό τους, διευκολύνοντας την αποτελεσματική επικοινωνία και βοηθώντας τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να προσδιορίσουν τους στόχους της φροντίδας.
- Παρέχεται καθ’ όλη την πορεία μιας ασθένειας, σύμφωνα με τις ανάγκες της/του ασθενούς.
- Όπου είναι αναγκαίο, παρέχεται σε συνδυασμό με τροποποιητικές της ασθένειας θεραπείες.
- Μπορεί να επηρεάσει θετικά την πορεία της ασθένειας.
- Δεν στοχεύει στην επίσπευση ούτε στην αναβολή του θανάτου, επιβεβαιώνει τη ζωή και αναγνωρίζει τη διαδικασία του θανάτου ως μια φυσική διαδικασία.
- Παρέχει υποστήριξη στην οικογένεια και στους φροντιστές τόσο κατά τη διάρκεια της νόσου της/του ασθενούς όσο και κατά τη διάρκεια του πένθους τους.
- Διενεργείται με αναγνώριση και σεβασμό των πολιτισμικών αξιών και των πεποιθήσεων της/του ασθενούς και της οικογένειάς της/του.
- Εφαρμόζεται σε όλους τους τύπους υγειονομικής περίθαλψης (τόπος παραμονής και δομές) και σε όλα της τα επίπεδα (πρωτοβάθμιο μέχρι τριτοβάθμιο).
- Μπορεί να παρέχεται από επαγγελματίες που έχουν βασική εκπαίδευση στην Παρηγορική Φροντίδα.
- Απαιτεί για την αντιμετώπιση περίπλοκων περιπτώσεων εξειδικευμένη παρηγορική φροντίδα με διεπιστημονική ομάδα>>.

Η φροντίδα ξενώνα είναι η παρηγορητική φροντίδα για ασθενείς με προσδόκιμο 6 μηνών ή λιγότερο. Στόχος της είναι η αποφυγή νοσηλείας σε νοσοκομείο και η μεγιστοποίηση του χρόνου παραμονής στο σπίτι, για ασθενείς που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής.

Συχνά ένας ασθενής τελικού σταδίου αναδύεται από μια μακρά ιατρική σχέση, με μια ειδικότητα που επικεντρώνεται σε ένα πάσχον όργανο ή σύστημα. Κατά τη διάρκεια αυτής της σχέσης, ο ασθενής ως άτομο βρίσκεται συχνά στο παρασκήνιο. Το τέλος της ζωής είναι η στιγμή για να αντιστραφεί αυτή η κατάσταση και να θεραπευθεί ο ασθενής

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Παρηγορική Φροντίδα: Μία επιστήμη, μία Τέχνη

και όχι η ασθένεια.

Η Παρηγορική Ιατρική είναι η Ιατρική ειδικότητα ή εξειδίκευση με κύριο αντικείμενο την παροχή εξειδικευμένης Παρηγορικής φροντίδας.

Η Παρηγορική Ιατρική είναι παροχή ιατρικής φροντίδας σε ασθενείς με σοβαρή νόσο ανεξάρτητα από ηλικία, διάγνωση ή το στάδιο της νόσου. Είναι ολιστική, παγκόσμια, πολυδιάστατη, διεπιστημονική και λειτουργεί σε στενή επαφή με τις οικογένειες των ασθενών.

Ενώ οι άλλοι γιατροί εστιάζουν στη γενική υγεία των ασθενών ή στη θεραπεία της νόσου ή των συμπτωμάτων, οι γιατροί της Παρηγορικής ιατρικής επικεντρώνονται στην πρόληψη, την ανακούφιση αλλά κυρίως στη θεραπεία του <<υποφέρειν>> και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων.

Η Παρηγορική φροντίδα μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα με εξειδικευμένες θεραπείες της νόσου όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία.

Ο γιατρός και η ομάδα της Παρηγορικής ιατρικής παρέχουν φροντίδα των ασθενών με ολοκληρωμένο και υποστηρικτικό τρόπο σε συνεργασία με γιατρούς άλλης ειδικότητας όπως η ογκολογία, η καρδιολογία, η νευρολογία, η νεφρολογία κα, προκειμένου να διαχειριστούν τα συμπτώματα της νόσου και τις παρενέργειες των θεραπειών που χορηγούνται στους ασθενείς.

Η Παρηγορική φροντίδα μπορεί να εφαρμοσθεί ταυτόχρονα με θεραπείες της κύριας πάθησης, σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου (κατά προτίμηση από την έναρξη της νόσου), μέσω θεραπειών των δυσάρεστων συμπτωμάτων που προκαλούνται από τη νόσο ή τις βασικές θεραπείες (Υποστηρικτική Φροντίδα).

Αντίθετα η <<Φροντίδα στο τέλος της ζωής>> μπορεί να αποκλείσει τυχόν άχρηστες θεραπευτικές προσεγγίσεις που βασανίζουν τον ασθενή χωρίς κανένα θεραπευτικό όφελος.

Η έρευνα δείχνει ότι οι ασθενείς με σοβαρά χρόνια νοσήματα ζουν περισσότερο όταν λαμβάνουν παρηγορική φροντίδα από την έναρξη της νόσου, μαζί με άλλες θεραπείες που στοχεύουν στην καταπολέμηση της κύριας νόσου. Η Παρηγορική Φροντίδα επίσης όπως φαίνεται από πολλές αξιόπιστες μελέτες, μειώνει το κόστος νοσηλείας αυτών των ασθενών και βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους.

Όσοι εκπαιδεύονται στην ειδικότητα Παρηγορικής Ιατρικής θα πρέπει:

Να είναι ικανοί στην επικοινωνία

Να εργάζονται με ενθουσιασμό και δυναμισμό

Να έχουν ενδιαφέρον για ηθικά ζητήματα και δέσμευση ότι θα βρουν τον καλύτερο τρόπο να προχωρήσουν, όταν αντιμετωπίζουν προκλήσεις.

Να λαμβάνουν δύσκολες αποφάσεις, συνήθως ως μέλος μιας ομάδας, και πάντα σε συνεργασία με τους ασθενείς τους φροντιστές και την οικογένεια.

Να έχουν ενσυναίσθηση και ανθρωπισμό.

Οι ειδικευόμενοι Παρηγορικής ιατρικής λαμβάνουν εκπαίδευση σε πολλαπλά περιβάλλοντα, όπως σπίτια των ασθενών, ξενώνες παρηγορικής φροντίδας, τμήματα επειγόντων περιστατικών, νοσοκομεία, πτέρυγες νοσοκομείων και εξειδικευμένες νοσοκομειακές μονάδες. Αυτό το εύρος εμπειρίας είναι το κλειδί της σωστής εκπαίδευσης

Οι ειδικευόμενοι στην Παρηγορική Ιατρική εργάζονται ως υπεύθυνοι σε Νοσοκομεία, Ξενώνες ή κλινικές Παρηγορικής φροντίδας ή και σε Νοσηλευτικές μονάδες. Προσφέρουν επίσης τις υπηρεσίες τους και σε εξωτερικούς ασθενείς. Εκτός των άλλων μπορεί να εργαστούν ως σύμβουλοι σε νοσοκομεία, κοινότητες Παρηγορικής φροντίδας ή Γηροκομεία.

Η ανάγκη για ειδικούς γιατρούς στη φροντίδα των βαρέως πασχόντων αυξάνεται ραγδαία. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης που συνοδεύεται με αύξηση των ασθενών με καρκίνο ή σοβαρές απειλητικές για τη ζωή χρόνιες παθήσεις, αυξάνει την ανάγκη για γιατρούς που ειδικεύονται σε Υπηρεσίες Ξενώνα και την Παρηγορική ιατρική.

Η Παρηγορική Ιατρική αναγνωρίζεται ως “ειδικότητα”, «εξειδίκευση” ή “πιστοποίηση σε ειδικά προγράμματα μεταπτυχιακά ή άλλα” ανάλογα με τη χώρα.

Οι Υπηρεσίες Ξενώνα (hospices) και η Παρηγορική Ιατρική αναγνωρίστηκαν το 2006 ως εξειδίκευση από την Αμερικανική Εταιρεία Ιατρικών ειδικοτήτων (American Board of Medical Specialties) και την εταιρεία Οστεοπαθολόγων.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Παρηγορική Φροντίδα: Μία επιστήμη, μία Τέχνη

Στις ΗΠΑ υπάρχουν σχεδόν 7.000 γιατροί που είναι πιστοποιημένοι στην εξειδίκευση της Παρηγορικής Ιατρικής. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η Παρηγορική φροντίδα είναι μια αναγνωρισμένη ιατρική ειδικότητα από το 1989.

Στην υπόλοιπη Ευρώπη η Παρηγορική φροντίδα μπορεί να είναι ιατρική ειδικότητα, εξειδίκευση μετά από λήψη μιας κύριας ειδικότητας, ή λήψη πιστοποίησης μετά από παρακολούθηση εγκεκριμένων ειδικών προγραμμάτων. Οι προτεινόμενες ειδικότητες που παρέχουν τη δυνατότητα εξειδίκευσης στην Παρηγορική Ιατρική είναι οι ακόλουθες

- Αναισθησιολογία -Αλγολογία
- Επείγοντολογία
- Γενική Ιατρική
- Παθολογία
- Γυναικολογία- Μαιευτική
- Παιδιατρική
- Φυσιατρική – Ιατρική Αποκατάσταση
- Νευρολογία- Ψυχιατρική
- Ακτινολογία
- Χειρουργική.

Σαράντα εκατομμύρια άνθρωποι κάθε χρόνο αναμένεται ότι θα χρειαστούν παρηγορική φροντίδα, με περίπου το 78% αυτού του πληθυσμού να ζει σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Ωστόσο, μόνο το 14% αυτού του πληθυσμού είναι σε θέση να λάβει αυτού του είδους την περίθαλψη, με την πλειοψηφία να ανήκει σε χώρες υψηλού εισοδήματος.

Κάθε χρόνο σχεδόν 2,5 εκατομμύρια παιδιά χρειάζονται παρηγορική φροντίδα και ανακούφιση από τον πόνο, γεγονός που καθιστά την Παρηγορική Φροντίδα ένα σημαντικό τομέα στον οποίο πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή.



Στην εικόνα 1 φαίνεται η κατανομή των Υπηρεσιών Παρηγορικής Φροντίδας σε Ευρωπαϊκές χώρες. Δυστυχώς η Ελλάδα καταλαμβάνει μια από τις τελευταίες θέσεις (2-4% ανά εκατομμύριο πληθυσμού) στο χάρτη κατανομής.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II: Παρηγορική Φροντίδα: Μία επιστήμη, μία Τέχνη

Τα τελευταία χρόνια, η νέα ειδικότητα της Παρηγορητικής Ιατρικής διαμορφώνεται με μεγάλη προσοχή. Ένα πράγμα είναι ξεκάθαρο: η νέα ειδικότητα θα πρέπει να επιβιώσει ανάμεσα σε ένα μεγάλο αριθμό άλλων ειδικοτήτων. Αυτό αναμφίβολα θα απαιτήσει σοβαρή έρευνα και την επιλογή ακαδημαϊκών και ειδικών, που θα συνεργάζονται με υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, σχεδιαστές υγείας, οικονομολόγους και το ευρύτερο κοινό, για να επιτευχθεί συναίνεση σχετικά με το τι είναι η Παρηγορική Ιατρική και πώς σχετίζεται με τις παγκόσμιες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Lucas Radbruch et al. *Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition J Pain Symptom Manage.* 2020 Oct;60(4):754-764.
2. WHO Definition of Palliative Care. World Health Organization. 2019. Accessed 1 Jan 2019. *Encyclopedia of Behavioral Medicine pp 1432-1433 Available online: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>*
3. Cicely Saunders to Derek Doyle, 15 October 1985. In: Clark D. (ed) *Cicely Saunders. Founder of the hospice movement. Selected letters 1959-1999.* Oxford: Oxford University Press, 2002: 262
4. Clark, D Small, N Wright, M Winslow, M Hughes, N (2005) *A Bit of Heaven for the Few? An oral history of the hospice movement in the United Kingdom.* Lancaster: Observatory Publications
5. Bruera E, Pace EA (2006) *Palliative care versus palliative medicine.* In Bruera E, Higginson I, Ripamonti C, von Gunten C, *Textbook of palliative medicine.* p64-67. Hodder Arnold, London.
6. Overy C and Tansey E M. (eds) (2013) *Palliative Medicine in the UK c1970-2010. Wellcome Witnesses to Twentieth Century Medicine, vol. 45.* London: Queen Mary, University of London.
7. Doyle D (2005) *Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-specialty of General Medicine.* *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 35: 199-205.
8. Margaret Kav et al., *Original Article on Integrating Palliative Medicine in Oncology Care: The Hong Kong Experience.* *APM.Home / Vol 9, No 6 (November 30, 2020) / A cross-sectional study on the attitudes and perceptions of outpatients towards palliative care at the Hong Kong*
9. Paul E Tatum, Sarah S Mills. *Hospice and Palliative Care: An Overview Review Med Clin North Am* 2020 May;104(3):359-373.
10. Sheikh M, Sekaran S, Kochhar H, Khan AT, Gupta I, Mago A, Maskey U, Marzban S. *Hospice vs Palliative care: A comprehensive review for primary care physician Family Med Prim Care.* 2022 Aug;11(8):4168-4173.
11. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. *Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial.* *J Clin Oncol.* 2015;33:1438-1445.
12. *The effect of early and systematic integration of palliative care in oncology on quality of life and health care use near the end of life: A randomised controlled trial.* Vanbutsele G, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, Eecloo K, Naert E, De Man M, Geboes K, Deliens L, Pardon K. *Eur J Cancer.* 2020 Jan;124:186-193. doi: 10.1016/j.ejca.2019.11.009. Epub 2019 D
13. The Economist Intelligence Unit. *The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world.* London: The Economist Intelligence Unit; 2015
14. Australian Medical Council. *Australian medical council. The recognition of medical specialties: policy and progress.* 2009. Available at: <https://www.amc.org.au/images/Recognition/recognition-guidelines.pdf>. Accessed January 20, 2021
15. *Review J Pain Symptom Manage.* 2021 Nov;62(5):1008-1014. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.04.017. Epub 2021 Apr 30. *Palliative Care Development in the Asia Pacific Region: A Review of Assessment Indicators.* Megan F Liu 1, Mu-Hsing Ho 2, Jed Montayre 3, Ying-Wei Wang 4, Chia-Chin Lin 5
16. Adja KYC, Golinelli D.J. *What services should be guaranteed in universal health-care systems? Prim Health Care.* 2020 Sep;12(3):193-194
17. Felicia Marie Knaut et al. *Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report.* *Lancet* 2018 Apr 7;391(10128):1391-1454.
18. Vijayanthi S Periyakoil, Charles F von Gunten. *Palliative Care Is Proven. Editorial J Palliat Med.* 2023 Jan;26(1):2-4.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III: ESRA HELLAS
Επίκαιρα Θέματα Περιφερειακής ΑναισθησίαςΚατευθυντήριες Οδηγίες για την πρόληψη και διαχείριση Κεφαλαλγίας μετά από Τρώση Σκληράς (PDPH)
Κασσιανή Θεοδωράκη

Η ακούσια τρώση της σκληράς μήνιγγας που ακολουθείται από κεφαλαλγία (postdural puncture headache-PDPH) αποτελεί μια πολύ γνωστή επιπλοκή της νευραξονικής αναισθησίας-αναλγησίας και απασχολεί κυρίως το μαιευτικό πληθυσμό. Ο προκύπτων πονοκέφαλος είναι ένας αμβλύς σφύζων πόνος, εμφανίζεται συνήθως εντός πέντε ημερών από την τρώση της σκληράς μήνιγγας και είναι συνήθως ορθοστατικής φύσης, καθώς τείνει να επιδεινώνεται όταν η ασθενής βρίσκεται σε όρθια ή καθεστηκία θέση και ανακουφίζεται όταν η ασθενής έρχεται σε ύπτια θέση. Συνοδά σημεία και συμπτώματα είναι ο πόνος και η δυσκαμψία του αυχένα, η φωτοφοβία, οι εμβοές, η υποακουσία και η ναυτία (σε άνω του 50% των περιπτώσεων). Η κεφαλαλγία είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη εντός δύο εβδομάδων από την έναρξή της, ενώ μπορεί να υποχωρήσει νωρίτερα αν επιτελεστεί αυτόλογο επισκληρίδιο εμφύλωμα αίματος. Η κεφαλαλγία είναι πολύ δυσάρεστη για τις νέες μητέρες, καθώς περιορίζει σοβαρά την αλληλεπίδραση μεταξύ μητέρας και νεογνού, ενώ μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη νοσηλεία και επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ή σπάνια να οδηγήσει σε σημαντική νοσηρότητα. Η παθοφυσιολογία πίσω από την ανάπτυξη της PDPH είναι πρώτον, η διαρροή εγκεφαλονοτιαίου υγρού μέσω της παρακέντησης της σκληράς μήνιγγας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε διέγερση και διάταση των αισθητήριων κρανιακών νευρικών ινών που προκαλείται από μετατόπιση του εγκεφάλου προς τα κάτω και δεύτερον, η ενδοκρανιακή υπόταση που οδηγεί σε εγκεφαλική αγγειοδιαστολή και αγγειακού τύπου κεφαλαλγία, ως αντισταθμιστικός μηχανισμός διατήρησης του ενδοκρανιακού όγκου σύμφωνα με το δόγμα Monro-Kellie. Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα (ορθοστατική κεφαλαλγία μετά από νευραξονική τεχνική) ενώ η μαγνητική τομογραφία αποκαλύπτει σημεία συμβατά με ενδοκρανιακή υπόταση, όπως σύμπτυξη των κοιλιών, προς τα κάτω μετατόπιση του εγκεφάλου, εγκεφαλικού στελέχους και οπτικού χιάσματος, υποσκληρίδιες συλλογές και παρεκτόπιση της παρεγκεφαλίδας. Το δε χαρακτηριστικό παθολογολογικό εύρημα είναι η διάχυτη επίταση της σκιαγράφησης των μηνίγγων. Η διαφορική διάγνωση της PDPH ποικίλει από καλοήθειες καταστάσεις, όπως η κεφαλαλγία τύπου τάσης και η ημικρανία έως σοβαρές διαταραχές όπως η προεκλαμψία, η υπαραχνοειδής αιμορραγία και η θρόμβωση των εγκεφαλικών φλεβωδών κόλπων. Περιστασιακά μπορεί να εμφανιστούν σοβαρές επιπλοκές της παραμελημένης PDPH. Μεταξύ αυτών, το υποσκληρίδιο αιμάτωμα οφείλεται σε έλξη και αντιρροπιστική αγγειοδιαστολή των εγκεφαλικών φλεβών λόγω απώλειας ENY που οδηγεί σε φλεβική ρήξη και αιμορραγία ενώ η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων οφείλεται στη διάταση των φλεβωδών κόλπων και στη στάση αίματος σε αυτούς λόγω της απώλειας ENY σε συνδυασμό με τη βλάβη του φλεβικού ενδοθηλίου λόγω της αρνητικής κλίση πίεσης μεταξύ του νωτιαίου/κρανιακού διαμερίσματος παράλληλα με την υπερπηκτικότητα της λοχείας. Και οι δύο αυτές επιπλοκές μπορεί να έχουν ιδιαίτερα δυσμενή έκβαση αν δεν θεθεί εγκαίρως η υποψία, ενώ δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση προκύπτουν από το γεγονός ότι τόσο το υποσκληρίδιο αιμάτωμα όσο και η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων εμφανίζονται την κεφαλαλγία ως το συνήθεστο σύμπτωμά τους, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική καθυστέρηση στην έγκαιρη διάγνωση αν η ατυχηματική τρώση της σκληράς έχει συγχρόνως συμβεί ή υπάρχει υποψία περί αυτής. Ως εκ τούτου, υπάρχει ανάγκη για επείγουσα νευρολογική διαβούλευση καθώς και επείγουσα νευροαπεικόνιση κατά την περίοδο της λοχείας σε περίπτωση νέων ή υποτροπιάζοντων νευρολογικών συμπτωμάτων. Και οι δύο διαταραχές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφορική διάγνωση, ιδιαίτερα σε περίπτωση άτυπης κλινικής εικόνας ή σε περίπτωση απώλειας του ορθοστατικού στοιχείου της κεφαλαλγίας κατά το follow up. Επιπλέον, είναι ζωτικής σημασίας η διερεύνηση των επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κεφαλαλγιών στην λοχεία ακόμη και μετά την εκτέλεση επισκληρίδιου εμφύλωματος αίματος σε περίπτωση εστιακών νευρολογικών σημείων ή σε περίπτωση σοβαρής κεφαλαλγίας η οποία έχει απωλέσει τον ορθοστατικό της χαρακτήρα.

References

Taraskiewicz D, Sheeran J, De Marco P, Tiouririne M, Elkassabany N. *Etiology, management, and sequela of postdural puncture headache.* *Curr Opin Anaesthesiol.* 2023 Jul 7. doi: 10.1097/ACO.0000000000001286.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III: ESRA HELLAS Επίκαιρα Θέματα Περιφερικής Ανααισθησίας

Στρατηγικές πρόληψης επίμονου πόνου μετά από εφαρμογή περιφερικής ανααισθησίας Κρυσταλλία Βιτούλα

Ο επίμονος πόνος (rebound pain) που εμφανίζεται μετά την αποδρομή της τοποπεριοχικής ανααισθησίας αναγνωρίζεται πλέον ως ένα υπαρκτό πρόβλημα που χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας. Ως επίμονο πόνο (rebound pain) ορίζουμε τον οξύ καυστικό πόνο (NRS >7), που βιώνει ο ασθενής 12 με 24 ώρες μετά την εφαρμογή της τοποπεριοχικής ανααισθησίας. Ο πόνος αυτός έχει διάρκεια και ανθίσταται στη χορήγηση οπιοειδών. Συχνά ο πόνος ξυπνάει τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νύχτας με αποτέλεσμα να ελέγχεται ακόμα πιο δύσκολα, ιδιαίτερα στα χειρουργεία μιας μέρας νοσηλείας που ο ασθενής έχει λάβει εξιτήριο και είναι στο σπίτι του. Τα αίτια που προκαλούν την εμφάνιση αυτού του πόνου δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένα. Ως γνωστόν ο περιφερικός αποκλεισμός διακόπτει την μετάδοση των περιφερικών ερεθισμάτων προς τα οπίσθια γάγγλια του νωτιαίου μυελού και κατ'επέκταση προς τα ανώτερα κέντρα αντίληψης του πόνου. Ωστόσο η περιφερική ευαισθητοποίηση δεν καταργείται με αποτέλεσμα με την άρση του αποκλεισμού να εκδηλώνεται έντονος πόνος. Ιδιαίτερα αν ο ασθενής δεν έχει καλυφθεί με συστηματικά αναλγητικά με την άρση του αποκλεισμού ο πόνος του από το μηδέν ή περίπου μηδέν μπορεί να φτάσει το 10. Συγκεκριμένη μελέτη αναφέρει ότι το ποσοστό των ασθενών που είχαν λάβει γενική ανααισθησία για συγκεκριμένη επέμβαση άνω άκρου και αναφέρουν έντονο πόνο 12 με 24 ώρες μετά το χειρουργείο αγγίζει το 10-12% έναντι όσων το χειρουργείο διενεργήθηκε με περιφερικό αποκλεισμό που αγγίζει το 40%. Ωστόσο παραμένει ακόμα αναπάντητο το ερώτημα αν πρόκειται αποκλειστικά για πόνο που προκαλείται από την άρση του αποκλεισμού ή προκύπτει λόγω ερεθισμού του νεύρου από τη δράση του τοπικού ανααισθητικού κατά τη διενέργεια του αποκλεισμού.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των ασθενών που είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση επίμονου πόνου τα μέχρι τώρα δεδομένα δείχνουν τα εξής: Οι νεότεροι ασθενείς, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ορθοπεδική επέμβαση κυρίως του άνω άκρου (ιδιαίτερα επέμβαση στην οποία εμπλέκεται οστό) και οι γυναίκες ασθενείς είναι μερικές κατηγορίες. Οι επεμβάσεις εσωτερικής οστεοσύνθεσης για κάταγμα κερκίδας που διενεργούνται με μασχαλιαίο αποκλεισμό, οι επεμβάσεις ποδοκνημικής που διενεργούνται με ιγνυακό αποκλεισμό ή με ραχιαία ανααισθησία, οι διάφορες επεμβάσεις στον ώμο που εφαρμόστηκε single shot διασκαληνικός αποκλεισμός και οι επεμβάσεις αποκατάστασης ρήξης χιαστού συνδέσμου που εφαρμόστηκε μηριαίος αποκλεισμός συγκαταλέγονται στις πιο συχνά αναφερόμενες για εμφάνιση rebound pain.

Οι στρατηγικές πρόληψης εμφάνισης του επίμονου πόνου σύμφωνα με τα ως τώρα δεδομένα περιλαμβάνουν την έγκαιρη πολυπαραγοντική κάλυψη, την χορήγηση επικουρικών φαρμάκων και την τοποθέτηση καθετήρα συνεχούς έγχυσης. Ενδοφλέβια και από του στόματος αναλγητικά ακόμα και οπιοειδή πριν την έναρξη άρσης του αποκλεισμού αποτελούν ένα βασικό σύμμαχο. Η συμβολή της ενδοφλέβιας χορήγησης μαγνησίου, κεταμίνης, λιδοκαΐνης, δεξμετομιδίνης και κλονιδίνης στην πρόληψη εμφάνισης του επίμονου πόνου μελετάται ευρέως. Η περινευρική και ενδοφλέβια χορήγηση δεξαμεθαζόνης φαίνεται όχι μόνο να παρατείνει τον αποκλεισμό αλλά να συντελεί και στη μείωση εμφάνισης επίμονου πόνου. Τέλος κομβικό ρόλο στην πρόληψη του rebound pain παίζει η επικοινωνία με τους ασθενείς, η ενημέρωσή τους για την επικείμενη εμφάνιση πόνου με το που θα αρθεί ο αποκλεισμός. Είναι σημαντικό να κατανοήσει ο ασθενής ότι ο πόνος αυτός μπορεί να ελεγχθεί αποτελεσματικά με την έγκαιρη χορήγηση συστηματικών αναλγητικών όχι όμως να εξαλειφθεί εντελώς όπως κατά τη διάρκεια του αποκλεισμού.

Βιβλιογραφία:

1. Barry GS, Bailey JG, Sardinha J, Brousseau P, Uppal V. Factors associated with rebound pain after peripheral nerve block for ambulatory surgery. *Br J Anaesth*. 2021 Apr;126(4):862-871. doi: 10.1016/j.bja.2020.10.035. Epub 2020 Dec 31. PMID: 33390261.
2. Lavand'homme P. Rebound pain after regional anesthesia in the ambulatory patient. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2018 Dec;31(6):679-684. doi: 10.1097/ACO.0000000000000651. PMID: 30124544.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III: ESRA HELLAS Επίκαιρα Θέματα Περιφερικής Ανααισθησίας

Αποκλεισμός στον πόρο των προσαγωγών: Πολλή συζήτηση για το τίποτα; Αλέξανδρος Μακρής, Αναισθησιολόγος, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας

Οι επεμβάσεις στο γόνατο συνοδεύονται συχνά από μετεγχειρητικό πόνο σοβαρού βαθμού. Η χρήση περιφερικών τεχνικών συμβάλει σημαντικά στην μετεγχειρητική αναλγησία. Ο αποκλεισμός του μηριαίου νεύρου, στα πλαίσια της πολυπαραγοντικής αναλγησίας, έχει χρησιμοποιηθεί συχνότερα από κάθε άλλη τεχνική, όμως προκαλεί αδυναμία του τετρακεφάλου μυός και επομένως μπορεί να καθυστερήσει την κινητοποίηση ή να προκαλέσει πτώσεις. Προς αποφυγή αυτού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τεχνικές που στοχεύουν μόνο αισθητικούς κλάδους. Μια από αυτές είναι ο αποκλεισμός στον πόρο των προσαγωγών (ACB – Adductor Canal Block).

Ο Lund (Acta Anaesthesiol Scand. 2011) σε μια πιλοτική μελέτη αναφέρει πως: Το σαφηνές νεύρο, το νεύρο προς τον έσω πλατύ, ο οπίσθιος κλάδος του θυρεοειδούς νεύρου και σε κάποιες περιπτώσεις το έσω δερματικό νεύρο, περνούν δια μέσου του πόρου των προσαγωγών. Το ACB σύμφωνα με τον Lund γίνεται σε ένα σημείο μεταξύ της πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας και της επιγονατίδας στο μέσο του μηρού. Εκεί όμως στην πραγματικότητα δεν βρίσκεται ο πόρος των προσαγωγών αλλά η κορυφή του μηριαίου τριγώνου. Το μηριαίο νεύρο και ο βασικός του κλάδος, το σαφηνές, βρίσκονται σε κάποιο σημείο μαζί με το νεύρο προς τον έσω πλατύ στον πόρο των προσαγωγών. Όμως το νεύρο προς τον έσω πλατύ νωρίς εξέρχεται του πόρου. Άρα η έγχυση στον αληθινό πόρο δεν περιλαμβάνει το νεύρο προς τον έσω πλατύ που συμμετέχει σημαντικά στη νευρώση του γόνατος.

Πτωματικές μελέτες προτείνουν πως το τοπικό ανααισθητικό που εγχύεται στον πόρο διαχέεται προς το λεγόμενο ιγνυακό πλέγμα που νευρώνει τον οπίσθιο θύλακο. Το γεγονός αυτό ίσως ευθύνεται για το ικανοποιητικό αναλγητικό αποτέλεσμα του ACB. Πρόσφατη παρόμοια μελέτη διαψεύδει το παραπάνω.

Άρα τελικά το μπλοκ πρέπει να γίνεται αρκετά ψηλά για αποκλεισμό του νεύρου προς τον έσω πλατύ αλλά αρκετά περιφερικά ώστε να αποφευχθεί αποκλεισμός του μηριαίου νεύρου και να επιτευχθεί εξάπλωση προς το ιγνυακό πλέγμα; Μπορούμε να προβλέψουμε επαρκώς το αποτέλεσμα του αποκλεισμού και να τον εμπιστευθούμε; Θα το συζητήσουμε στο Στρογγυλό Τραπέζι.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

- Holbert et al. Adductor Canal Blocks Are Not Associated With Improved Early Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty. *Ochsner J*. 2023
- Tamam et al. Comparison of the Effectiveness of Ultrasound-Guided Proximal, Mid, or Distal Adductor Canal Block after Knee Arthroscopy. *Turk J Anaesthesiol Reanim*. 2023
- Lansdown et al. Letter to the editor regarding 'Analgesic benefits of single-shot versus continuous adductor canal block for total knee arthroplasty: a systemic review and meta-analysis of randomized trials'. *Reg Anesth Pain Med*. 2023
- Hussain et al. Analgesic benefits of single-shot versus continuous adductor canal block for total knee arthroplasty: a systemic review and meta-analysis of randomized trials. *Reg Anesth Pain Med*. 2023
- Smulders et al. Adductor canal block techniques do not lead to involvement of sciatic nerve branches: a radiological cadaveric study. *Reg Anesth Pain Med*. 2023
- Jabur et al. The effects of continuous catheter adductor canal block for pain management in knee replacement therapy: a meta-analysis. *Knee Surg Relat Res*. 2023
- Lan X, Fan M, Peng W, Wang Y. Adductor canal block versus femoral canal block for total knee arthroplasty: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Asian J Surg*. 2023

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III: ESRA HELLAS Επίκαιρα Θέματα Περιφερειακής Αναισθησίας

Περιβαλλοντική Βιωσιμότητα: Έχει θέση η Περιφερειακή Αναισθησία; Δέσποινι Σαρρίδου

Επίκαιρο θέμα στην Αναισθησιολογία αποτελεί η αναγνώριση της ανάγκης προστασίας του Περιβάλλοντος και της ελάττωσης του αποτυπώματος του άνθρακα (carbon footprint) που αφήνει γενικά η όποια επέμβαση. Η επίδραση των αναισθητικών αερίων στην αύξηση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος (global warming) και στην καταστροφή του όζοντος είναι γνωστή από δεκαετίες. Η ποσοτικοποίηση του άνω φαινομένου γίνεται με μέτρηση ισοδύναμων εκπομπής διοξειδίου του άνθρακα όπου φαίνεται ξεκάθαρα η υπεροχή της περιφερειακής αναισθησίας μέσω συγκριτικών μελετών.

Η σύγχρονη τάση περιορισμού της γενικής αναισθησίας και της χρήσης πτητικών αναισθητικών εμφανίστηκε αρχικά στην Βόρεια Αμερική όπου υιοθετήθηκε σαν πρακτική από μεγάλα κέντρα, ενώ πλέον έχει μεταδοθεί σε παγκόσμια κλίμακα . Αποτελέσματα μελετών με μεγάλη σειρά ασθενών έχουν ήδη παρουσιαστεί στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Μία πρόσφατη μελέτη από τις Ηνωμένες Πολιτείες κατέδειξε ότι το 2019 στο Νοσοκομείο Ειδικών Επεμβάσεων της Νέας Υόρκης (Hospital of Special Surgery) πραγματοποιήθηκαν 10,485 επεμβάσεις από τις οποίες μόνο το 4% πραγματοποιήθηκε υπό γενική αναισθησία. Οι συγγραφείς υπολόγισαν ότι απέτρεψαν την εκπομπή του ισοδύναμου της καύσης 27.000 λιμπρών άνθρακα.

Η πλήρης εφαρμογή Περιφερειακής Αναισθησίας αποτελεί μία αποτελεσματική και αξιόπιστη εναλλακτική σε επεμβάσεις όπου η γενική αναισθησία δεν αποτελεί μονόδρομο. Η αποκλειστική εφαρμογή περιφερικών τεχνικών για πλήρη διεγχειρητική διαχείριση και όχι μόνο σαν μέθοδος μετεγχειρητικού πόνου φαίνεται να ευνοεί σημαντικά την Περιβαλλοντική Βιωσιμότητα. Ο νέος όρος Greengional Anaesthesia ήρθε για να μείνει στην καθημερινή αναισθησιολογική πρακτική.

References:

Kivradia M. et al ' Gren-gional' anaesthesia: the non-polluting benefits of regional anaesthesia to decrease greenhouse gases and attenuate climate change. Regional Anaesthesia and Pain Medicine, 2020; ramp-2020-101452
Switching from general to regional anaesthesia may cut greenhouse gas emissions BMJ. June 2020.
MacGain F. et al Carbon Footprint of General, Regional and Combined Anaesthesia for Total Knee Replacements. Anaesthesiology Dec 2021. Vol 135, 976-991

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: Δύσκολα Αντιμετωπιζόμενος Χρόνιος Πόνος

Πόνος Μέλους Φάντασμα: Νεώτερα Δεδομένα Περικλής Ζαβρίδης

Ο πόνος μέλους “φάντασμα” αναφέρεται στην αίσθηση πόνου στο μέλος του σώματος ενός ατόμου που έχει ακρωτηριαστεί ή έχει αφαιρεθεί χειρουργικά.

Ο νευροπαθητικός αυτός πόνος μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε ακρωτηριασμένη περιοχή του σώματος, όπως στα άκρα, τα μάτια, το μαστό κλπ.. Είναι μια εξουθενωτική κατάσταση που επηρεάζει λειτουργικά τον πάσχοντα, και τον οδηγεί σε σημαντικά μειωμένη ποιότητα ζωής.

Αν και ο πόνος μέλους «φάντασμα» θεωρήθηκε λανθασμένα ως ψυχολογικός στο παρελθόν, πλέον θεωρείται ως πολυπαραγοντικός, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες. Οι πιο κυρίαρχες θεωρίες, συμπεριλαμβάνουν την αναδιοργάνωση του κεντρικού νευρικού συστήματος, του τραυματισμού των περιφερικών νεύρων και της μη προσαρμοστικής πλαστικότητας του εγκεφάλου (maladaptive plasticity). Πρόσφατη έρευνα υποδηλώνει ότι ένας συνδυασμός αυτών των παραγόντων μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη και την επιμονή του πόνου αυτού.

Έχουν διερευνηθεί πολυάριθμες θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση του πόνου μέλους φάντασμα, με μεταβαλλόμενα επίπεδα επιτυχίας. Οι παραδοσιακές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν φαρμακολογικές παρεμβάσεις όπως οπιοειδή, αντιπληπτικά φάρμακα και αντικαταθλιπτικά. Ωστόσο, αυτές οι θεραπείες συχνά παρέχουν μόνο μερική ανακούφιση και μπορεί να σχετίζονται με ανεπιθύμητες παρενέργειες και κινδύνους εθισμού.

Τα τελευταία χρόνια, οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις έχουν κερδίσει μεγάλο χώρο στη διαχείριση του πόνου αυτού. Αυτές οι προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τεχνικές όπως η θεραπεία με καθρέφτη, η εικονική πραγματικότητα, η διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (TENS), ο βελονισμός και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Επιπλέον, οι αναδυόμενες τεχνολογίες όπως οι διεπαφές εγκεφάλου-υπολογιστή και η διέγερση των περιφερειακών νεύρων υπόσχονται πολλά.

Συμπερασματικά, ο πόνος μέλους “φάντασμα” παραμένει μια πρόκληση που απαιτεί ολοκληρωμένη αξιολόγηση και εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης. Συνεχίζοντας την διερεύνηση διαφορετικών τρόπων θεραπείας και βελτιώνοντας την κατανόηση των υποκείμενων μηχανισμών της, μπορούμε να βελτιώσουμε τη ζωή των ατόμων που επηρεάζονται από αυτήν την εξουθενωτική κατάσταση.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: Δύσκολα Αντιμετωπιζόμενος Χρόνιος Πόνος

Πρωκταλγία
Ειρήνη Λυκούδη

Ο χρόνιος πρωκτικός πόνος επηρεάζει το 11,6% του πληθυσμού των Η.Π.Α. Είναι δύσκολο να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί, ειδικά χωρίς προφανή πρωκτική αιτία. Η χρόνια πρωκταλγία είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για τον ορισμό ενός χρόνιου ή επαναλαμβανόμενου πόνου στον πρωκτικό σωλήνα ή στον ορθό. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία μπορεί να προκληθεί: από τοπικά πρωκτικά αίτια, από σύνδρομα λειτουργικού ανοπρωκτικού πόνου και από σύνδρομα νευροπαθητικού πόνου όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

TABLE 1
Main diagnostic categories for chronic anal pain: An overview

Diagnostic category	Diagnosis or syndrome	Assumed etiology	Main symptoms	Examination findings
Local anorectal conditions	Hemoids, perianal abscess, fissure, scars, thrombotic thrombocytopenic, severe proctitis	Specific to disorder	Common symptoms: Bleeding, discharge, lump, pruritus, etc.	Obv. findings (only fissure FIA)
Functional anorectal conditions	Proctalgia fugax	Unknown	Short-lasting (seconds or minutes) sharp deep rectal stabbing or cramping. No radiation. No anorectal pain between episodes	No findings
	Levator ani syndrome	Pelvic floor muscle tension or spasm	Chronic (> 30 minutes) dull rectal ache or pressure sensation. Radiation to buttock, vagina, thigh. Other functional disorders common (eg, IBS, FDS, Fibromyalgia)	Tender puborectalis, replicates pain (usually left side)
	Unprovoked functional anorectal pain	Unknown	Chronic (> 30 minutes) dull rectal ache or pressure sensation. Other functional disorders very common (eg, IBS, FDS, Fibromyalgia)	No findings
Neuropathic pain syndromes	Colorectalgia	Colorectal trauma leading to neuropathic sensitization	Perineal pain triggered by sitting	Tender on pressure or manipulation of coccyx
	Puborectal neuroma	Puborectal nerve entrapment, perianally generated or neuropathic pain	Unilateral perineal pain with paresthesia. Worse on sitting, worse at night	Pain on palpation of perianal area
	Pilonidal cysts/syndrome	Neuropathic pain (fibromyalgia)	Specific to disorder	Specific to disorder
	Perianal fistulous pain disorder	Neuropathic pain (genetic)	Specific to disorder	Specific to disorder

FIA = examination under anesthesia; FDS = functional defecation syndrome; IBS = irritable bowel syndrome

Νέες διαγνωστικές προσεγγίσεις και θεραπευτικές επιλογές έχουν συμβάλει στην αποτελεσματική προσέγγιση του προβλήματος.

Βιβλιογραφία
Chares H Knowles et al. Chronic anal pain: A review of causes, diagnosis, and treatment. Cleveland Clinic of Medicine June 2022;89(6)336-343

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: Δύσκολα Αντιμετωπιζόμενος Χρόνιος Πόνος

Οστικό Οίδημα
Αθηνά Κολοτούρα

Οστικό οίδημα είναι μία οστική βλάβη με συσσώρευση υγρού ανάμεσα στις οστικές δοκίδες με συνοδό συνήθως έντονο πόνο και δυσκαμψία της παρακείμενης άρθρωσης κυρίως στη φόρτιση. Αποτελεί κοινό εύρημα στην MRI κατά τη διερεύνηση των μυοσκελετικών παθήσεων. Πρόκειται για παθολογική απεικόνιση του μυελού των οστών. Οι αλλοιώσεις είναι ορατές μόνο με την MRI και όχι με τις συμβατικές ακτινογραφίες, την αξονική τομογραφία ή τον υπερηχοτομογραφία. Το οστικό οίδημα διακρίνεται σε πρωτοπαθές και δευτεροπαθές. Το πρωτοπαθές οστικό οίδημα ή αλλιώς σύνδρομο οστικού οιδήματος αποτελεί μια επώδυνη αναστρέψιμη βλάβη άγνωστης ή αβέβαιης αιτιολογίας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι σχετίζεται με μεταβολικές διαταραχές. Είναι συχνό και αφορά στο 98% τα οστά των κάτω άκρων με προτίμηση άνδρες 30-40 ετών και γυναίκες 20-40 με αναλογία 3:1. Εμφανίζεται αμφοτερόπλευρα και έχει μεταναστευτικό χαρακτήρα. Αρκετές φορές ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός και η διάγνωση είναι τυχαίο απεικονιστικό εύρημα. Δεν αποκρίνεται εύκολα στην συντηρητική θεραπεία και συχνά υποτροπιάζει επηρεάζοντας τη λειτουργικότητα του ασθενούς. Η φυσική πορεία της νόσου είναι η σταδιακή εξάλειψη των συμπτωμάτων μετά από αρκετούς μήνες (3-18). Ο χρόνος αποκατάστασης ποικίλλει.

Το δευτεροπαθές οστικό οίδημα συνοδεύει διάφορες τραυματικές και παθολογικές καταστάσεις και συνδέεται παθογενετικά με αυτές. Τα αίτια είναι: κακώσεις (το οστικό οίδημα τραυματικής αιτιολογίας αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως bone bruise), εκφυλιστικές νόσοι, ισχαιμικές αλλοιώσεις, λοιμώδη αίτια, φλεγμονώδης νόσοι, μεταβολικές/ενδοκρινικές διαταραχές, ιατρογενή αίτια και νεοπλάσματα.

Ο πόνος οφείλεται στην αυξημένη ενδοοστική πίεση και τον ερεθισμό των αλγούποδοχών ή σε φλεβική στάση και κατάγματα μικροδοκίδων, ερεθισμό περιosteού και περιαρθρικών ιστών. Η διάγνωση βασίζεται:

- Ιατρικό ιστορικό (κάκωση, υποκείμενη νόσος κ.α)
- Κλινική εξέταση (ενδοαρθρική συλλογή, λοιμώξη κ.α)
- Εργαστηριακές εξετάσεις (για αποκλεισμό λοίμωξης, αυτοάνοσων ή κακοήθειας)
- Μαγνητική τομογραφία

Η διάγνωση γίνεται δια αποκλεισμού άλλων παθολογικών καταστάσεων.

Με τη πρόωμη διάγνωση και την έγκαιρη θεραπεία συνήθως η αποκατάσταση είναι πλήρης και αποφεύγονται οι σοβαρές συνέπειες. Η πιο σοβαρή συνέπεια είναι η δημιουργία άσηπτης νέκρωσης του οστού που οδηγεί σε σοβαρή βλάβη του. Εάν αφαιρεθεί χωρίς θεραπεία συνήθως υποχωρεί αυθόρμητα μέσα σε 3-9 μήνες. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές θεραπευτικές στρατηγικές, συντηρητικές ή χειρουργικές, που στοχεύουν στη μείωση των συμπτωμάτων του πόνου, όταν υπάρχουν, και στην επιτάχυνση της φυσιολογικής πορείας της πάθησης. Η θεραπεία είναι συνήθως συντηρητική και μόνο αν αποτύχει συνιστάται χειρουργική παρέμβαση, ανάλογα με την βαρύτητα του οστικού οιδήματος και των βλαβών σε χόνδρο και οστό με εξαίρεση την οστεονέκρωση.

Συνιστάται:

Αποφόρτιση και χρήση βακτηρίας, πάγου και διάφορες φυσιοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο. Χορήγηση αναλγητικών, βιταμινών, ιχνοστοιχείων και φαρμακευτικής αγωγής (ΜΣΑΦ, διφωσφονικά, μονοκλωνικά αντισώματα, προστακυκλίνη, στατίνες, αντιπηκτικά κ.ά).

Χειρουργικές Προσεγγίσεις: αντιφλεγμονώδεις και επουλωτικές οστεο-χονδρογεννητικές προσεγγίσεις αναγεννητικής Ορθοπεδικής, αποσυμπίεση οστικού μυελού, πλαστική υποχόνδριου οστού με εισαγωγή φωσφορικού ασβεστίου ή μοσχευμάτων κ.ά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sam Akhavan, Stephen C Martinkovich, Connor Kasik, Patrick J DeMeo. Bone Marrow Edema, Clinical Significance, and Treatment Options: A Review. J Am Acad Orthop Surg. 2020 Oct 15;28(20):e888-e899. doi: 10.5435/JAAOS-D-20-00142.
2. Donald D. Davis; Steven M. Kane. Bone Marrow Edema Syndrome Last Update: June 11, 2022.
3. Umberto Tarantino, Chiara Gregg, Ida Cariati, Patrizio Caldora, Rodolfo Capanna, Antonio Capone, Roberto Civinini, Stefano Colagrande, Pietro De Biase, Francesco Falez, Giovanni Iolascon, Davide Maraghelli, Laura Masi, Marco Matucci Cerinic, Giuseppe Sessa, Maria L Brandi

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: Δύσκολα Αντιμετωπιζόμενος Χρόνιος Πόνος

- Bone Marrow Edema: Overview of Etiology and Treatment Strategies.* *J Bone Joint Surg Am.* 2022 Jan 19;104(2):189-200. doi: 10.2106/JBJS.21.00300.
4. L Molfetta , A Florian, G Saviola , B Frediani. *Bone Marrow Edema: pathogenetic features.* *Clin Ter.* 2022 Sep-Oct;173(5):434-439. doi: 10.7417/CT.2022.2459.
5. J Sebastian F Baumbach, Vanessa Pfahler, Susanne Bechtold-Dalla Pozza , Isa Feist-Pagenstert, Julian Fürmetz, Andrea Baur-Melnyk, Ulla C Stumpf, Maximilian M Saller, Andreas Straube , Ral Schmidmaier, Jan Leipe. *How We Manage Bone Marrow Edema-An Interdisciplinary Approach.* *Clin Med.* 2020 eb 18;9(2):551. doi: 10.3390/jcm9020551.
6. Francesco Roberto Evola, Riccardo Compagnoni, Arianna Pieroni, Alberto Tassi, Alessandra Menon, Pietro Randelli. *The Efficacy of Conservative Treatment of Bone Marrow Edema Syndrome: A Scoping Review of the Last Ten Years of Literature.* *J Clin Densitom.* 2022 Oct-Dec;25(4):506-517. doi: 10.1016/j.jocd.2022.06.003
7. Jake Littman, Holly Gil, and Roy Aaron. *Spontaneous Bone Marrow Edema: Perfusion Abnormalities and Treatment with Surgical Decompression.* *Int J Mol Sci.* 2023 Apr; 24(7): 6761. doi: 10.3390/ijms24076761
8. Alberto Di Martino , Matteo Brunello , Eleonora Villari, Piergiorgio Cataldi , Claudio D'Agostino , Cesare Faldini. *Bone marrow edema of the hip: a narrative review.* *Arch Orthop Trauma Surg.* 2023 Jun 28. doi: 10.1007/s00402-023-04961-4.
8. Evangelia E. Vassalou , Konstantinos Spanakis , Ioannis P. Tsifountoudis , Apostolos H. Karantanas *MR Imaging of the Hip: An Update on Bone Marrow Edema . Semin Musculoskelet Radiol* 2019; 23(03): 276-288 DOI: 10.1055/s-0039-1677872

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V:
Διεταρική Συνάντηση ΠΑΡΗΣΥΑ & ISCOS (International Spinal Cord Society)Μηχανισμοί νευροπαθητικού πόνου σε κακώσεις σπονδυλικής στήλης
Ιωάννης-Ελευθέριος Διονυσιώτης

Έχει αναφερθεί ότι έως και το 80% των ασθενών με κάκωση νωτιαίου μυελού (ΚΝΜ) αναπτύσσουν και βιώνουν κλινικά σημαντικό νευροπαθητικό πόνο. Επομένως, η κατανόηση της παθοφυσιολογίας του κεντρικού νευροπαθητικού πόνου είναι σημαντική. Η ΚΝΜ ακολουθείται από έναν πρωτογενή και δευτερογενή καταρράκτη γεγονότων που οδηγούν σε ανατομικές, νευροχημικές και φλεγμονώδεις αλλαγές που τελικά οδηγούν σε βλάβη στο κεντρικό νευρικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένης της φαιάς ουσίας, της λευκής ουσίας και του αιματοεγκεφαλικού φραγμού. Οι νευροχημικές και τοξικοδιεγερτικές αλλαγές προκαλούν την απελευθέρωση διεγερτικών αμινοξέων όπως το γλουταμινικό οξύ, παράγουν ελεύθερες ρίζες και προκαλούν ανισορροπία στις ιοντικές συγκεντρώσεις. Αυτά τα συμβάντα έχουν μια αλληλοεξαρτώμενη σχέση και δημιουργούν συλλογικά ένα περιβάλλον υπεύθυνο για την αλλαγή της λειτουργικής και φυσιολογικής κατάστασης των αισθητικών νευρώνων που μπορεί να οδηγήσει στην έκφραση διαφορετικών κλινικών καταστάσεων όπως αλλοδυνία, υπεραλγησία και αυθόρμητο πόνο. Όλες αυτές οι αλλαγές μπορούν να συμβάλουν στην υπερδιέγερση των ανώτερων νευρώνων καθώς και στην αναστολή και στην ανισορροπία της οδού.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V:**Διαιτητική Συνάντηση ΠΑΡΗΣΥΑ & ISCOS (International Spinal Cord Society)****Current Update on oral medical treatments against Neuropathic Pain (NP) after Spinal Cord Injury (SCI)**

Prof Belgin Erhan, MD

It has been shown that about 70% to 80% of SCI individuals suffer from different types of pain. In 2012 The International SCI Pain Classification was developed. In this framework pain is divided into four main pain categories: nociceptive, neuropathic, other, and unknown pain.

About half of the SCI population suffers from NP with typical onset up to 1 year after SCI injury. NP following SCI can be classified as pain at level of injury, pain below the level of injury, and other NP.

Early diagnosis and management of NP can lead to significant improvement in morbidity and quality of life among SCI individuals. Risk factors that have been identified for NP after SCI include advanced age at SCI, gunshot injuries causing SCI, early onset of pain post SCI, early sensory hypersensitivity, and associated conditions such as pressure ulcers, constipation and infection.

Treatment interventions can be divided into six categories: oral and topical medications, procedural interventions, surgical interventions, physiotherapy including exercise, passive and stimulation therapies, and relaxation and psychotherapy. Pharmacologic studies suggest that reducing membrane excitability and glutamate receptor activation, increasing neuronal inhibition or blocking either sodium or calcium channels involved in hyperexcitability may be effective for SCI-related NP.

The CanPain SCI Working Group Practice Guidelines developed in 2016 and updated in 2021 are specific to SCI related NP. They agreed that pregabalin, gabapentin and amitriptyline should always be considered as the first-line treatments. It was reported that a hierarchical approach to the non first-line treatments (except for the DREZ procedure) was not necessary.

Neuropathic pain negatively affects the quality of life and functional participation in individuals with SCI. A multimodal approach to the assessment, treatment and rehabilitation of NP after SCI is crucial.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI:**Διατροφή και Χρόνιος Πόνος: Μία βιωματική Σχέση****Εντερικό Μικροβίωμα και η σχέση του με τον πόνο**

Γεώργιος Μπέλλος

Το μικροβίωμα του εντέρου διαδραματίζει κρίσιμους ρόλους στην ανθρώπινη υγεία και ασθένεια. Η σύνθεση του μικροβιώματος του εντέρου έχει συσχετιστεί με καταστάσεις πόνου, συμπεριλαμβανομένου του σπλαχνικού πόνου, του νεφρικού πόνου, του σύνθετου περιφερειακού συνδρόμου πόνου και των πονοκεφάλων, εν μέρει μέσω της αλλοιωμένης συγκέντρωσης κυκλοφορούντων μεταβολιτών που προέρχονται από βακτήρια.

Επιπλέον, μελέτες σε ζώα καταδεικνύουν τον κρίσιμο ρόλο του μικροβιώματος του εντέρου στον νευροπαθητικό πόνο μέσω ανοσοτροποποιητικών μηχανισμών. Αυτή η παρουσίαση εξετάζει τις βασικές έννοιες του μικροβιώματος του ανθρώπινου εντέρου και τις αλληλεπιδράσεις του με τον ξενιστή και παρέχει μια ολοκληρωμένη επισκόπηση των στοιχείων που συνδέουν το μικροβίωμα του εντέρου με τον πόνο.

Εντερικό μικροβίωμα και πόνος

Ένας αυξανόμενος όγκος στοιχείων υποδηλώνει ότι η σύνθεση του μικροβιώματος του εντέρου μεταβάλλεται σε ανθρώπους με μια ποικιλία καταστάσεων χρόνιου πόνου, συμπεριλαμβανομένου του σπλαχνικού πόνου, του πόνου του πόνου, του πονοκεφάλου και του νευροπαθητικού πόνου.

Εν τω μεταξύ, μελέτες σε ζώα παρέχουν στοιχεία ότι το μικροβίωμα του εντέρου μπορεί να έχει αιτιώδη ρόλο σε ορισμένα μοντέλα πόνου. Η εξελισσόμενη έρευνα για το μικροβίωμα του ανθρώπινου εντέρου αλλάζει ουσιαστικά την κατανόησή μας για τις παθολογικές διεργασίες σε διάφορους τομείς της ιατρικής.

Συγκεκριμένα, τα συσσωρευμένα στοιχεία σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις του μικροβιώματος του εντέρου με το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν νέες μηχανιστικές γνώσεις σχετικά με παθολογίες που σχετίζονται με τον πόνο. Συγκεκριμένα, μελέτες συσχέτισης καταδεικνύουν αλλαγές στο μικροβίωμα του εντέρου που συσχετίζονται τόσο με τον χρόνο όσο και με τον μετεγχειρητικό πόνο στους ανθρώπους.

Τα ζωικά μοντέλα παρέχουν ενδείξεις ότι το μικροβίωμα του εντέρου μπορεί να παίζει ρόλο στην παθογένεση αυτών των καταστάσεων, προτείνοντας πιθανούς μηχανισμούς που μεσολαβούν σε αυτό το αποτέλεσμα. Η δυνατότητα αυτού του ερευνητικού πεδίου να μεταμορφώσει την κατανόησή μας για τον χρόνο πόνου και τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα είναι συναρπαστική.

Η μεταβλητότητα που σχετίζεται με το μικροβίωμα θα μπορούσε, θεωρητικά, να απαντήσει σε ορισμένα μακροχρόνια περίπλοκα κλινικά διλήμματα:

Γιατί ορισμένοι ασθενείς αναπτύσσουν χρόνο πόνου; Γιατί οι ανταποκρίσεις των ασθενών στα αναλγητικά φάρμακα είναι τόσο ποικίλες;

Η μεταβλητότητα του ανθρώπινου μικροβιώματος μπορεί να προσφέρει μερικές εξηγήσεις από την κλινική μεταβλητότητα που παρατηρούμε, εκτός από τους καθιερωμένους γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι η έρευνα σε αυτό το πεδίο κάνει μόνο τα πρώτα βήματα και ότι τα διαθέσιμα δεδομένα αντιπροσωπεύουν μόνο μερικά κομμάτια του παζλ.

Μελλοντικές μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη με στόχο τη διερεύνηση της συσχέτισης της σύνθεσης του μικροβιώματος του εντέρου και άλλων καταστάσεων πόνου, προσπαθώντας να εντοπίσουν και να διαχωρίσουν τα βακτηριακά φύλα που είναι κοινά στον χρόνο πόνου γενικά από αυτά που είναι ειδικά για ορισμένες διαγνώσεις. Άλλες σημαντικές εκτιμήσεις περιλαμβάνουν μελέτες που καταδεικνύουν τον αιτιολογικό ρόλο για συγκεκριμένα βακτηριακά είδη ή σύνολα στην παθογένεση του ειδικού πόνου σε ζώα.

Η καθιέρωση αιτιακών σχέσεων μπορεί επίσης να επιτρέψει τον χαρακτηρισμό μηχανιστικών οδών που μεσολαβούν σε αυτούς τους ρόλους. Τέλος, μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του ρόλου μεμονωμένων βακτηριακών ταξινομήσεων στην παθογένεση του πόνου και των περιεγχειρητικών διαταραχών μπορεί να επιτρέψει την ανάπτυξη εξατομικευμένων κλινικών εφαρμογών.

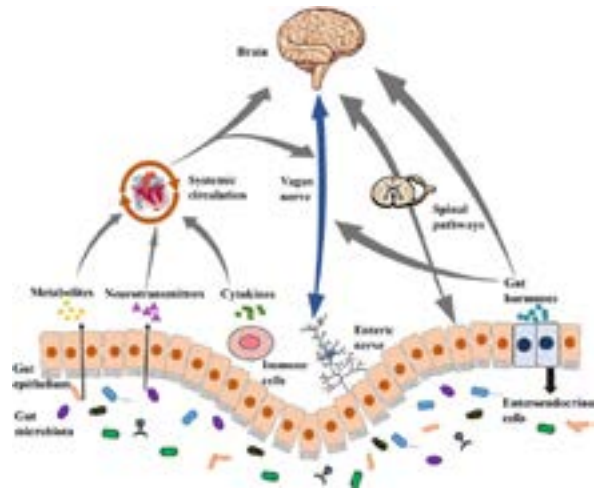
Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν (1) αντικειμενικά διαγνωστικά εργαλεία που επιτρέπουν γρήγορη και ακριβή διάγνωση καταστάσεων χρόνιου πόνου και (2) θεραπευτικά εργαλεία που βασίζονται στον χειρισμό της σύνθεσης του μικροβιώματος του εντέρου και των μεταβολιτών που προέρχονται από το εντερικό μικροβίωμα που μπορεί να επιτρέψουν νέες μεθόδους θεραπείας για ασθενείς με χρόνο πόνου και όσους υποβάλλονται σε αναισθησία για χειρουργική επέμβαση.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙΑ VI:**Διατροφή και Χρόνιος Πόνος: Μία βιωματική Σχέση**

Οι μελέτες μικροβιώματος του εντέρου συνεχίζουν να επωφελούνται από ισχυρές υπολογιστικές διεργασίες και αλγόριθμους υπολογιστών που βασίζονται στη μηχανική μάθηση που επιτρέπουν ολοκληρωμένες πολυ/ομικές/multi-omics αναλύσεις (δηλαδή, μετα-γονιδιωματική, μεταβολομική, πρωτεϊνομική, λιπιδιομική, μεταγραφομική, μεταξύ άλλων).

Οι ταχέως εξελισσόμενες τεχνικές πλατφόρμες θα διευκολύνουν τον εντοπισμό αλλαγών στη σύνθεση του μικροβιώματος του εντέρου, συμπεριλαμβανομένων των βακτηριακών ταξινομικών κατηγοριών που είναι λειτουργικά σημαντικά για κλινικούς φαινοτύπους, συμπεριλαμβανομένου του χρόνιου πόνου, της μετάβασης από τον οξύ στον χρόνιο πόνο και τις περιεγχειρητικές νευρογνωστικές διαταραχές.

Όσο πολλά υποσχόμενοι και συναρπαστικοί κι αν είναι αυτό το νέο πεδίο, πρέπει να έχουμε κατά νου ότι η διαθέσιμη βιβλιογραφία είναι ως επί το πλείστον προκλινική και ότι μεταφραστικές κλινικές εφαρμογές δεν είναι ακόμη πλήρως διαθέσιμες. Στο όχι πολύ μακρινό μέλλον, μπορεί να γίνουμε μάρτυρες σημαντικών ανακαλύψεων όχι μόνο στη μηχανιστική μας κατανόηση των παθολογιών που θεραπεύουμε αλλά και στην εμφάνιση διαγνωστικών και θεραπευτικών εργαλείων που μπορούν να παραδοθούν στους ασθενείς μας.



Μονοπάτια επικοινωνίας του άξονα μικροβίωμα-έντερο-εγκεφάλου. Αυτό το γράφημα περιγράφει τη διασταύρωση του άξονα μικροβίωμα-έντερο-εγκεφάλου, ο οποίος αποτελείται κυρίως από τέσσερις ενότητες: μεταβολικές, νευρικές, ανοσολογικές και ενδοκρινικές οδούς σηματοδότησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Gut Microbiome in Anesthesiology and Pain Medicine <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004204>
2. Lynch SV, Pedersen O: The human intestinal microbiome in health and disease. *N Engl J Med* 2016; 375:2369–79
3. Gilbert JA, Blaser MJ, Caporaso JG, Jansson JK, Lynch SV, Knight R: Current understanding of the human microbiome. *Nat Med* 2018; 24:392–400
4. Berg G, Rybakova D, Fischer D, Cernava T, Vergès MC, Charles T, Chen X, Coccolin L, Eversole K, Corral GH, Kazou M, Kinkel L, Lange L, Lima N, Loy A, Macklin JA, Maguin E, Mauchline T, McClure R, Mitter B, Ryan M, Sarand I, Smidt H, Schelkle B, Roume H, Kiran GS, Selvin J, Souza RSC, van Overbeek L, Singh BK, Wagner M, Walsh A, Sessitsch A, Schlöter M: Microbiome definition re-visited: Old concepts and new challenges. *Microbiome* 2020; 8:103
5. Sender R, Fuchs S, Milo R: Are we really vastly outnumbered? Revisiting the ratio of bacterial to host cells in humans. *Cell* 2016; 164:337–40
6. Tierney BT, Yang Z, Luber JM, Beaudin M, Wibowo MC, Baek C, Mehlenbacher E, Patel CJ, Kostic AD: The landscape of genetic content in the gut and oral human microbiome. *Cell Host Microbe* 2019; 26:283–95.e8
7. Gut microbiota regulates neuropathic pain: potential mechanisms and therapeutic strategy, <https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-020-01170-x>

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙΑ VI:**Διατροφή και Χρόνιος Πόνος: Μία βιωματική Σχέση****Δίαιτα χαμηλή σε υδατάνθρακες (ketogenic) στη βελτίωση του χρόνιου πόνου**

Ειρήνη Παπαγεωργίου

Οι δίαιτες με πολύ χαμηλούς υδατάνθρακες (κετογονικές) έχουν χρησιμοποιηθεί για την απώλεια βάρους και σπανιότερα για άλλους λόγους υγείας. Επίσης, η δίαιτα χαμηλή σε υδατάνθρακες (LCD= low-carbohydrate diet) και η κετογονική δίαιτα (KD=keto-genic diet) έχουν χρησιμοποιηθεί ως διατροφική θεραπεία για διάφορες παθήσεις, κυρίως του νευρικού συστήματος, όπως η – ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή – επιληψία σε παιδιά. Η LCD τυπικά μειώνει την πρόσληψη υδατανθράκων σε ποσότητα <130g/d, ενώ η KD <50g/d με στόχο την προώθηση της κέτωσης, η οποία δεν επιτυγχάνεται πάντα με τη δίαιτα LCD [1]. Η παραγωγή κετονοσωμάτων από την οξειδωση του λίπους επιδρά στους νευρώνες με διαφορετικούς μηχανισμούς : ως εναλλακτική πηγή ενέργειας, με μείωση του οξειδωτικού στρες συγκρινόμενη με το μεταβολισμό της γλυκόζης, ως ρυθμιστής της παραγωγής και της κάθαρσης των νευροδιαβιβαστών, ως μόριο σηματοδότησης που προάγει τη νευροπροστασία και ως επιγενετικός ρυθμιστής της γονιδιακής έκφρασης αντιοξειδωτικών, μιτοχονδριακών και αντιφλεγμονωδών λειτουργιών. Έτσι οι κετόνες έχουν διπλή δράση, ως πηγή καυσίμου που βοηθά στη βιοενεργειακή σταθερότητα και ως σηματοδοτικό μόριο που ρυθμίζει τη δυσλειτουργία του συστήματος σε ζωικά μοντέλα και μπορεί να είναι ευεργετική για τον χρόνιο πόνο στον άνθρωπο.

Ο καθορισμός της πιο ευεργετικής δίαιτας για τον χρόνιο πόνο έχει γίνει στόχος πρόσφατων συστηματικών ανασκοπήσεων [2], [3], [4]. Μόνο δύο μελέτες που χρησιμοποιούν μια προσέγγιση χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες ειδικά για τον πόνο βρέθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής της ανασκόπησης [5], [6]. Και οι δύο έδειξαν βελτίωση του πόνου, η μία χρησιμοποιώντας δίαιτα KD και η άλλη LCD. Ωστόσο, καμία από τις δύο δεν παρουσίασε επίπεδα κετόνης ή μετρημένα δεδομένα διατροφικών υδατανθράκων. Μια τρίτη μελέτη [7] που δημοσιεύτηκε μετά την ημερομηνία της ανασκόπησης των Rowena Field et al ανέφερε επίσης σημαντικές βελτιώσεις στα αποτελέσματα του πόνου, χρησιμοποιώντας ένα πρωτόκολλο KD με σημαντική αλλά μικρή αύξηση στα επίπεδα κετόνης και μετρημένη ημερήσια πρόσληψη υδατανθράκων μειωμένη στα 70 g την ημέρα στην ομάδα παρέμβασης. Δεν είναι σαφές από την τρέχουσα έρευνα ποιο επίπεδο περιορισμού υδατανθράκων απαιτείται, εάν το αποτέλεσμα αυξάνεται αναλογικά με τη μείωση των υδατανθράκων ή ποια διάρκεια δίαιτας απαιτείται για ευνοϊκές επιπτώσεις στην ευαισθητοποίηση του νευρικού συστήματος. Απαιτείται περαιτέρω μελλοντική έρευνα με τη χρήση μεγαλύτερου αριθμού συμμετεχόντων για να έχουμε απαντήσεις στα ερωτήματα που σχετίζονται με κλινική εφαρμογή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rowena Field, Tara Field, Fereshteh Pourkazemi and Kieron Rooney. Low-carbohydrate and ketogenic diets: a scoping review of neurological and inflammatory outcomes in human studies and their relevance to chronic pain. *Nutrition Research Reviews*, p 1-25, 2022
2. Field, R, Pourkazemi, F, Turton, J & Rooney, K (2020) Dietary interventions are beneficial for patients with chronic pain: a systematic review with meta-analysis. *Pain Med* 22, 694–714
3. Brain, K, Burrows, T, Rollo, M, et al. (2018) A systematic review and meta-analysis of nutrition interventions for chronic non-cancer pain. *J Hum Nutr Diet* 32, 198–225
4. Elma, Ö, Yilmaz, S, Delihs, T, et al. (2020) Do nutritional factors interact with chronic musculoskeletal pain? A systematic review. *J Clin Med* 9, 702
5. Strath, L, Lukens, S, Jones, C, et al. (2019) The effect of low-carbohydrate and low-fat diets on pain in individuals with knee osteoarthritis. *Pain Med* 21, 150–160
6. Hall, M, Spiers, L, Knox, G, et al. (2021) Feasibility of exercise and weight management for people with hip osteoarthritis and overweight or obesity: a pilot study. *Osteoarthr Cartil Open* 3, 100174
7. Field, R, Pourkazemi, F & Rooney, K (2021) Effects of a low-carbohydrate ketogenic diet on reported pain, blood biomarkers and quality of life in patients with chronic pain: a pilot randomised clinical trial. *Pain Med*, pnab278

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: Ατενίζοντας το μέλλον

Transitional Pain Services

Πέτρος Τζίμας

Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος (CPSP) ορίζεται ως ο χρόνιος πόνος που αναπτύσσεται ή αυξάνεται σε ένταση μετά από χειρουργική επέμβαση ή τραυματισμό ιστού και επιμένει πέρα από τη διαδικασία επουλώσης, δηλαδή τουλάχιστον 3 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση ή το τραύμα ιστού. Η συχνότητα εμφάνισης CPSP μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την επέμβαση, αλλά μπορεί να κυμαίνεται από 5 έως 85%.⁽¹⁾

Πολλά κέντρα έχουν επισημάνει την ανάγκη να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ του οξέος περιεγχειρητικού πόνου και του χρόνιου πόνου μετά τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό οδήγησε στη δημιουργία μιας υπηρεσίας μεταβατικού πόνου, (Transitional Pain Services, TPS) που υλοποιεί μια απρόσκοπτη προσέγγιση στον περιεγχειρητικό πόνο και τη χρήση οπιοειδών μέσω διεπιστημονικής και ολοκληρωμένης φροντίδας.⁽²⁾ Οι πρωταρχικοί στόχοι ενός TPS είναι, α) ο εντοπισμός ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο εξέλιξης σε CPSP, β) η παροχή ολοκληρωμένης προ- και μετεγχειρητικής διαχείρισης του πόνου για αυτούς τους ασθενείς, γ) η διαχείριση των οπιοειδών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και μετά το εξιτήριο και δ) η βελτίωση της αντιμετώπισης τους και της λειτουργικότητας τους μετεγχειρητικά.^{(2), (3)} Η Υπηρεσία

Μεταβατικού Πόνου αξιολογεί τους ασθενείς προεγχειρητικά, μετεγχειρητικά σε νοσοκομειακό περιβάλλον και έως και 6 μήνες μετά την έξοδο τους.^{(2), (3)} Η Υπηρεσία Μεταβατικού Πόνου στο Γενικό Νοσοκομείο του Τορόντο (TGH) είναι η πρώτη που αντιμετωπίζει ολοκληρωμένα το πρόβλημα του CPSP σε αυτά τα τρία στάδια.⁽⁴⁾ Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου για CPSP εντοπίζονται έγκαιρα και τους προσφέρεται συντονισμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα από τη διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από αναισθησιολόγους, νοσηλευτές, κλινικούς ψυχολόγους, ειδικούς ανακουφιστικής φροντίδας, φυσιοθεραπευτές και συντονιστές φροντίδας ασθενών. ^{(2), (3), (4)} Συμπερασματικά, το TPS είναι ένα καινοτόμο πρόγραμμα που στοχεύει στην αποτελεσματική διαχείριση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου, διευκολύνει τον απογαλακτισμό από οπιοειδή, μειώνει την ανάπτυξη αναπηρίας χρόνιου πόνου και ενδεχομένως συμβάλλει στην μείωση των θανάτων που σχετίζονται με τα οπιοειδή και την υπερβολική συνταγογράφηση τους.

Βιβλιογραφία

1. D.C. Rosenberger and E.M. Pogatzki-Zahn. Chronic post-surgical pain e update on incidence, risk factors and preventive treatment options. *BJA Education*, 22(5): 190e196 (2022).
2. Ibrahim Al-Saidi, Alex Russell, Anis Dizdarevic. The Acute Perioperative Pain Service: Impact, Organization, and Future Directions. *Curr Pain Headache Rep.* 2023 Jun 24. doi: 10.1007/s11916-023-01133-2.
3. John Mikhaeil, Kennedy Ayoo, Hance Clarke et al. Review of the Transitional Pain Service as a method of postoperative opioid weaning and a service aimed at minimizing the risk of chronic post-surgical pain. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2020; 52, 2: 148–153.
4. Joel Katz, Aliza Weinrib, Samantha R Fashler et al. The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. *Journal of Pain Research* 2015;8 695–702.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: Ατενίζοντας το μέλλον

Integrated Pain Management: Ιατρική ενδείξεων ή black box?

Ευγενία Κετικίδου

Η IASP έχει ορίσει το 2023 ως Global Year of Integrative Pain Care

Για τους σκοπούς του Παγκόσμιου Έτους 2023 της IASP, ως ολοκληρωμένη φροντίδα πόνου ορίζεται η προσεχτικά οργανωμένη ενσωμάτωση πολλαπλών θεραπειών επί τη βάση τεκμηρίων – προσφερόμενη σε άτομο που υποφέρει από πόνο – που επιδιώκει να είναι εξατομικευμένη (εστιασμένη στον άνθρωπο), καθοδηγούμενη από μηχανισμούς και χρονικά συντονισμένη (the integrative pain care is defined as the carefully planned integration of multiple evidence-based treatments – offered to an individual suffering from pain – that strives to be individualized (person-centered),mechanism-guided, and temporally coordinated)

Είναι όμως ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις η IM; Ή απλά το “toolbox” (όλες αυτές οι συμπληρωματικές/εναλλακτικές θεραπείες) γίνεται ένα “blackbox” (μαύρο κουτί: σύστημα με εισόδους εξόδους , χωρίς καμία γνώση της εσωτερικής λειτουργίας του) ; Μήπως είναι η επιδημία οπιοειδών που αναγκάζει πολλά συστήματα υγείας να στραφούν προς αυτό το περισσότερο εξατομικευμένο ανθρωποκεντρικό μοντέλο αναζητώντας και άλλες θεραπείες;

Το 2017 δημοσιεύεται στο Anesth Analg άρθρο ανασκόπησης των IM θεραπειών που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του ΧΠ.Ο σκοπός αυτού του άρθρου ήταν να αναγνωρίσει εκείνες τις θεραπείες που εμφανίζουν ένδειξη αποτελεσματικότητας και ταυτόχρονα να ανιχνεύσει κενά στη βιβλιογραφία όπου χρειάζονται επιπλέον μελέτες. Η yoga, το tai chi , η χαλάρωση ,το μασάζ και οι χειρισμοί έχουν ασθενή ένδειξη, ο βελονισμός όμως έχει ισχυρή ένδειξη και μάλιστα φάνηκε να ελαττώνει τη δόση των οπιοειδών. Και καταλήγει το άρθρο ότι απαιτούνται συμπληρωματικές μελέτες.

Το 2020 ο Donald Marcus σε άρθρο του στο Journal of clinical investigation αναφέρει ότι οι εναλλακτικές θεραπείες που προωθεί η IM θέτουν σε κίνδυνο τη βασισμένη σε ενδείξεις ιατρική φροντίδα.

Αντίθετα όμως το 2022, η ASCO σε συνεργασία με τη SIO εκδίδουν κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του πόνου σε καρκινοπαθείς και επιζήσαντες , που δημοσιεύονται στο Journal of Clinical Oncology, επισημαίνοντας όμως ότι απαιτούνται περισσότερες κλινικές μελέτες. Προσθέτουν ότι οι οδηγίες αυτές στηρίζονται σε ένα ενδιάμεσο επίπεδο τεκμηρίωσης, σταθμίζουν το όφελος απέναντι στο ρίσκο, και έχουν μέτριο βαθμό σύστασης.

Οι απόψεις είναι αντικρουόμενες, οι ενδείξεις και η τεκμηρίωση σε ενδιάμεσο ως χαμηλό επίπεδο κατά το πλείστον, απαιτούνται περισσότερες μελέτες για ασφαλέστερα συμπεράσματα

Βιβλιογραφία:

1. Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology–ASCO Guideline, *J Clin Oncol* 2022 by American Society of Clinical Oncology
2. Alternative therapies in academic medical centers compromise evidence-based patient care Donald M. Marcus *J Clin Invest.* 2020;130(4):1549-1551.
3. Using Integrative Medicine in Pain Management: An Evaluation of Current Evidence, Yuan-Chi Lin, MD, MPH,*† Limeng Wan, BS,‡ and Robert N. Jamison, PhD‡, December 2017 • Volume 125 • Number 6

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: Ατενίζοντας το μέλλον

Μυοσκελετικός Πόνος και ΗΜΓνητική Αγωγή Αγγελος Ευαγγέλου

Οι μυοσκελετικές παθήσεις είναι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από οξύ ή χρόνια πόνο που προκαλεί περιορισμό της κινητικότητας, των δεξιοτήτων και της λειτουργικής ικανότητας του πάσχοντος και περιλαμβάνουν παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα, το αυχενικό και θωρακικό άλγος, την ινομυαλγία, την τενονταλγία και τον μυοπροσωπικό πόνο. Τα ΗΜΓνητικά πεδία παρέχουν μία αποτελεσματική ασφαλή και εύχρηστη μέθοδο για την θεραπεία του μυοσκελετικού πόνου. Μια σειρά πρωτοκόλλων έχει εφαρμοστεί, όσον αφορά τις συχνότητες, τις εντάσεις, την παλμικότητα και την μορφή των ΗΜΓνητικών κυμάτων. Τα συνήθη πρωτόκολλα χρησιμοποιούν κυρίως συχνότητες κάτω των 100Hz και μαγνητική ροή πυκνότητας μεταξύ 0,1 και 30 mT. Τέτοια πρωτόκολλα είναι τα πολύ χαμηλής συχνότητας (ELF) πεδία (που βελτιώνουν παράλληλα και τις λειτουργίες σε νευρολογικούς ασθενείς), τα παλμικής συχνότητας (PEMF) και τα πεδία κυκλοτρονικού συντονισμού με χαμηλές εντάσεις και συχνότητες ανάλογες των πεδίων που παράγουν τα ανθρώπινα κύτταρα. Τα PEMF και τα ELF φαίνεται ότι τροποποιούν την καλμοδουλίνο (CaM)-εξαρτώμενη κατάντη ροή NO στα χονδροκύτταρα και άλλα κύτταρα, όπως αποδείχθηκε με την χρήση κλαμοδουλικών ανταγωνιστών κι αναστολέων του NO. Αυτός ο μηχανισμός μπορεί να βοηθήσει στην θεραπεία του πόνου επιταχύνοντας την απομάκρυνση φλεγμονωδών ουσιών. Τα PEMF και τα ELF πεδία διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό των χονδροκυττάρων, την διαφοροποίηση και την σύνθεση της εξωκυττάριας θεμέλιας ουσίας, μέσω της απελευθέρωσης αναβολικών μορφογόνων- όπως η μορφογόνος πρωτεΐνη των χονδροκυττάρων- και αντιφλεγμονωδών κυτοκινών, από τους υποδοχείς της αδενώσινης. Σήμερα γίνεται αποδεκτό ότι τα παλμικά ηλεκτρομαγνητικά πεδία υπερτερούν όλων των άλλων για την θεραπεία του μυοσκελετικού πόνου. Μια νέα προσέγγιση για την ηλεκτρομαγνητική θεραπεία του πόνου προτείνεται από το εργαστήριό μας, με την εκπομπή του πεδίου συντονισμού της μορφίνης που εξάγεται από το φάσμα του πυρηνικού μαγνητικού συντονισμού (NMR) της, το οποίο προκαλεί αναλγησία ανάλογη με αυτή της ίδιας της μορφίνης

ΔΙΑΛΕΞΗ II

Η Ενσωμάτωση της Διαφορετικότητας στην Περιοχική Αναισθησία και τον Πόνο Ελένη Μόκα

Η «ενσωμάτωση της διαφορετικότητας» ή αλλιώς «συμπερίληψη» (inclusivity) στον τομέα της ιατρικής αποτελεί ένα πολυδιάστατο και σημαντικό ζήτημα, που επηρεάζει τόσο τους ασθενείς, όσο και την ιατρική κοινότητα. Αντιπροσωπεύει τον συνδυασμό της επιστημονικής γνώσης με την ανθρώπινη ευαισθησία, δημιουργώντας έναν αλληλένδετο χώρο, όπου η ποιότητα της περίθαλψης, αλλά και η παροχή ισότιμης φροντίδας προς όλους, ανεξάρτητα κάθε είδους διαφορετικότητας, αναδεικνύεται ως κεντρικός στόχος.

Σύμφωνα με το Δίκτυο Eurohealth, την πύλη Eurohealth Inequalities, και το Πλαίσιο 2030 για Ισοτιμία Υγείας σε Υγείες Άνθρωπους, που ξεκίνησε πρόσφατα από το Γραφείο Πρόληψης Νοσημάτων και Προαγωγής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ, ανομοιογένεια/διαφορετικότητα (diversity) στην υγεία είναι μια σημαντική δυσμενής διαφορά στην κατάσταση της υγείας ή σε συναφή αποτελέσματα μεταξύ ομάδων πληθυσμού, ενώ μια ανισότητα (inequality) λαμβάνει χώρα όταν αυτή η δυσμενής διαφορά συμβαίνει λόγω άνιση πρόσβασης σε πόρους ή διαφορών στη διανομή, και μεταπίπτει σε ανισοτιμία (inequity), όταν αυτή η άνιση πρόσβαση στους πόρους είναι εντελώς άδικη. Όσον αφορά τους θεμελιώδεις όρους ισότητας και ισοτιμίας και τις διαφορές τους, με την ισότητα ουσιαστικά αναφερόμαστε στην κατάσταση όπου όλοι έχουν πρόσβαση σε συγκεκριμένους υγειονομικούς πόρους, ενώ κατά την ισοτιμία καθένας έχει πρόσβαση στους υγειονομικούς πόρους με τον τρόπο που αποδεικνύεται ότι είναι σωστός για αυτόν.

Πρέπει όμως να τονιστεί ότι η τριπλέτα της διαφορετικότητας – ισοτιμίας – συμπερίληψης (diversity – equity – inclusivity / DEI) ενσωματώνει τελειώς διαφορετικές πτυχές, που συνδέονται μεταξύ τους και συχνά αλληλεπικαλύπτονται. Η διαφορετικότητα των ανθρώπων και οι προοπτικές επιβάλλεται να λαμβάνονται υπόψη ως αποτέλεσμα, που σχετίζεται με τα ίδια κεφάλαια και την ένταξη. Η ισοτιμία στην πολιτική, την υγεία, την κλινική πρακτική και τη θέση μας στην κοινωνία είναι πράγματι μια διαδικασία, και αντανάκλαση την ελευθερία από μεροληψία, αλλά και ευνοιοκρατία μεταξύ των διαφορών, ενώ, η συμπερίληψη όλων των διαφορετικών τύπων ανθρώπων και η δίκαιη και ίση/ισότιμη μεταχείρισή τους, είναι το τελικό αποτέλεσμα, που γίνεται πραγματικότητα μέσω της δύναμης, της φωνής και της οργανωσιακής μας κουλτούρας. Εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζει, η συμμετοχικότητα, μια δομημένη πρακτική, μια στρατηγική και πολιτική, σύμφωνα με την οποία παρέχουμε ίσες ευκαιρίες και πόρους στους ανθρώπους, που διαφορετικά θα μπορούσαν να αποκλειστούν ή να περιθωριοποιηθούν. Η συμπερίληψη στην ιατρική προϋποθέτει την προσεκτική αξιολόγηση των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές τους πτυχές. Αυτή η προσέγγιση οδηγεί στην εξατομίκευση του ιατρικού περιθωρίου, επιτρέποντας την παροχή προσαρμοσμένης περίθαλψης, που ανταποκρίνεται στις μοναδικές ανάγκες κάθε ασθενούς. Η ταχύτατη εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας παρέχει νέες δυνατότητες για προηγμένες διαγνώσεις και αντιμετώπιση ασθενειών. Ωστόσο, η ανθρώπινη παρέμβαση και η ενδυνάμωση της σχέσης γιατρού – ασθενούς παραμένουν ακέραιοι παράγοντες. Η συμπερίληψη ενισχύει την επικοινωνία, την εμπιστοσύνη και την αμοιβαία συνεργασία, διαμορφώνοντας ένα περιβάλλον, όπου η περίθαλψη είναι ενταγμένη στον πραγματικό βίο και τις ανάγκες των ανθρώπων. Παράλληλα, η συμπερίληψη στην ιατρική προωθεί την έρευνα και την καινοτομία. Η ανταλλαγή ιδεών και γνώσεων ανάμεσα σε ιατρούς, ερευνητές και ειδικούς, με τη συμμετοχή και ομάδων/οργανώσεων ασθενών ενισχύουν την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης προς όφελος της κοινωνίας.

Η συμπερίληψη – ενσωμάτωση της διαφορετικότητας στην ειδικότητα της αναισθησιολογίας και ειδικότερα στους τομείς της περιοχικής αναισθησίας και θεραπείας πόνου αντικατοπτρίζουν την αναγνώριση της μοναδικότητας του κάθε ασθενούς και την απαίτηση για ατομική, εξατομικευμένη προσέγγιση στην ενδεικνυόμενη ιατρική περίθαλψη. Τελικός στόχος είναι η ισότιμη παροχή φροντίδας προς όλους. Η περιοχική αναισθησία, επιτυγχάνεται με τη χρήση τεχνικών που καταργούν τον πόνο σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος, ενώ διατηρούν την αίσθηση σε άλλες. Ωστόσο, η ενσωμάτωση της διαφορετικότητας σε αυτή τη διαδικασία απαιτεί πολλά περισσότερα από το απλό σεβασμό των ατομικών χαρακτηριστικών. Προϋποθέτει την κατανόηση των προσωπικών, πολιτισμικών και κοινωνικών παραμέτρων που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου από κάθε ασθενή. Η ενσωμάτωση της διαφορετικότητας επίσης αποτελεί βασικό στοιχείο στη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Κάθε ασθενής φέρει μια

ΔΙΑΛΕΞΗ II

μοναδική σύνθεση σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων, που σχετίζονται με τον πόνο. Απαιτείται, συνεπώς, μια προσαρμοσμένη προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη αυτή τη διαφορετικότητα. Μέσω της συνεργασίας μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και ψυχολόγων, στο πλαίσιο πολυδύναμων ομάδων, μπορεί να διαμορφωθεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας που ανταποκρίνεται στις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενούς. Συνολικά, η ενσωμάτωση της διαφορετικότητας στην περιοχική αναισθησία και τη θεραπεία του πόνου ενισχύει την αποτελεσματικότητα και την ανθρωποκεντρική προσέγγιση της ιατρικής περίθαλψης.

Οι επιστημονικές εταιρείες διαδραματίζουν έναν κρίσιμο ρόλο στον τομέα της συμπερίληψης και ενσωμάτωσης της διαφορετικότητας. Ανάμεσα στις υπόλοιπες οντότητες, αποτελούν θεμέλιο κατά την προώθηση της κοινωνικής αλλαγής και της δημιουργίας ισότιμων ευκαιριών για όλους, ενισχύοντας την πολυμορφία και την πολιτισμική πλούσια παρουσία σε κάθε επίπεδο της κοινωνίας. Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες πτυχές από το σύνολο των ενεργειών και των δραστηριοτήτων που μπορούν να προσφέρουν οι επιστημονικές εταιρείες στον τομέα της συμπερίληψης και ενσωμάτωσης της διαφορετικότητας:

Ευαισθητοποίηση, Εκπαίδευση, Κατάρτιση: Οι εταιρείες μπορούν να προωθήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα για τα μέλη τους, τα οποία θα εστιάζουν στην αναγνώριση της διαφορετικότητας, την κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι ευάλωτες ομάδες και την προώθηση ισότιμης περίθαλψης. Παράλληλα, μπορούν να οργανώνουν συνέδρια, ή ομάδες σε φροντιστηριακού τύπου μαθήματα και εργαστήρια για γιατρούς, νοσηλευτές και ερευνητές, αρκετά συχνά με τη συμμετοχή εκπροσώπων οργάνωσης ασθενών. Αυτό συντελεί στην εξάπλωση των γνώσεων, την εκμάθηση νέων τεχνικών και την βελτίωση των δεξιοτήτων.

Ενημέρωση και Διάδοση Γνώσης: Οι εταιρείες μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο στην ενημέρωση της ιατρικής κοινότητας και του κοινού μέσω εκδόσεων, περιοδικών, ιστοσελίδων και άλλων καναλιών επικοινωνίας.

Προώθηση Ερευνητικής Εργασίας: Οι εταιρείες μπορούν να χρηματοδοτήσουν και να προωθήσουν ερευνητικές εργασίες που επικεντρώνονται στην ανίχνευση προκλήσεων στον τομέα της συμπερίληψης και της αντιμετώπισης ανισοτήτων υγείας.

Διοργάνωση Συνεδρίων και Εκδηλώσεων: Οι εταιρείες μπορούν να φιλοξενήσουν εκδηλώσεις και συνέδρια που θα αναδεικνύουν την αξία της διαφορετικότητας στον τομέα της ιατρικής και θα προάγουν την συζήτηση για την ανίχνευση λύσεων.

Έρευνα και Καινοτομία: Οι εταιρείες μπορούν να χρηματοδοτήσουν και να προωθήσουν επιστημονικές έρευνες στον τομέα της περιοχικής αναισθησίας και θεραπείας του πόνου, ώστε να είναι εφικτή η διάδοση της γνώσης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε νέες ανακαλύψεις, προηγμένες τεχνικές και καινοτόμες θεραπείες, με δυνατότητα εφαρμογής σε όλους και όχι μόνο σε μεμονωμένες – επιλεγμένες ομάδες ασθενών.

Προώθηση Καλύτερων Πρακτικών: Οι εταιρείες μπορούν να αναγνωρίζουν και να ανταμείβουν τις πρωτοβουλίες που προωθούν τη συμπερίληψη και την πολυμορφία στον τομέα της ιατρικής. Μπορούν επίσης να προωθήσουν την υιοθέτηση και την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών στον τομέα της περιοχικής αναισθησίας και της θεραπείας του πόνου, βασισμένες σε επιστημονικές αποδείξεις.

Δικτύωση και Συνεργασία: Οι εταιρείες παρέχουν μια πλατφόρμα για τη δημιουργία δικτύων συνεργασίας μεταξύ επιστημόνων, κλινικών επαγγελματιών και ερευνητών, αλλά και κοινωνικών ομάδων, ενθαρρύνοντας την ανταλλαγή απόψεων και την δημιουργία νέων ιδεών. Οι εταιρείες μπορούν να διευκολύνουν τη δημιουργία δικτύων και συνεργασίας ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας αλλά και οργάνωσης ασθενών, με διαφορετικές προελεύσεις και εμπειρίες.

Συμπερασματικά, οι επιστημονικές εταιρείες μπορούν να προσφέρουν μια πλατφόρμα για την προώθηση της συμπερίληψης και ενσωμάτωσης της διαφορετικότητας στον τομέα της αναισθησιολογίας, περιοχικής αναισθησίας και θεραπείας πόνου, διασφαλίζοντας ισότιμη περίθαλψη και προώθηση της υγείας για όλους. Μπορούν δε να συμβάλλουν στην προώθηση της γνώσης, την ενθάρρυνση της έρευνας και την βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης στους προαναφερθέντες τομείς.

Για την εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και για την επίτευξη ισότητας υγείας στην ειδικότητά μας, οι αναισθησιολόγοι πρέπει να σκεφτούν την πρακτική τους, όχι απλά σε επίπεδο

ΔΙΑΛΕΞΗ II

ατόμου αλλά σε επίπεδο πληθυσμού. Απαιτούνται πλαίσιο και στρατηγική για να προχωρήσουμε προς ένα πιο ποικιλόμορφο και χωρίς αποκλεισμούς εργατικό δυναμικό και μια ολιστική υγειονομική φροντίδα. Χρειάζεται επιμονή, δέσμευση και πολλαπλοί κύκλοι στρατολόγησης για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος. Οι ηγέτες πρέπει να άρουν τα περιττά εμπόδια, ενώ η εταιρική σχέση μεταξύ των κοινωνιών μπορεί να επιτύχει ισότιμη φροντίδα και καθολική κάλυψη υγείας.

«Equity in our specialty needs to be embraced from the top...»

Βιβλιογραφία

1. Toledo P. *Anesth Analg*, 2022; 134: 1164 – 1165
2. Nwokolo OO, et al. *Anesth Analg*, 2022; 134: 1166 – 1174
3. Lingras KA, et al. *ASA Monitor*; 2023; 87: 15 – 16
4. Memtsoudis SG, et al. *Anesthesiology*, 2016; 124: 608 – 623
5. Myhre JM, et al. *Anesthesiology*, 2019; 130: 864 – 866
6. Morden NE, et al. *N Engl J Med*, 2021; 385: 342 – 351
7. Zhong H, et al. *J Clin Anaesthesiol*, 2021; 75: 110440
8. Diallo MS, et al. *Anesth Analg*, 2022; 134: 1175 – 1184
9. Schaar AN, et al. *Reg Anesth Pain Med*, 2023 [epub ahead of print]
10. Jones NL, et al. *Am J Public Health*, 2019; 109: S21 – S24
11. Diallo MS, et al. *Anesth Analg*, 2022; 134: 1175 – 1184
12. Betancourt JR. *Front Health Serv Manage*, 2014; 30: 16 – 31
13. Betancourt JR, et al. *Health Aff (Millwood)*, 2017; 36: 1095 – 1101
14. Leslie K, et al. *Anesth Analg*, 2017; 124: 394
15. Betancourt JR, et al. *J Healthc Manag*, 2020; 65: 7 – 10

ΔΙΑΛΕΞΗ VI

Εκφυλιστική νόσος σπονδυλικής στήλης στον γηριατρικό ασθενή

Μιλτιάδης Καράβης

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (World population aging 2019), ο παγκόσμιος πληθυσμός γερνεί τόσο στις ανεπτυγμένες, όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Σήμερα, 1 στους 11 κατοίκους του πλανήτη είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, ενώ, το 2050 άνω των 65 ετών θα είναι 1 στους 6 κατοίκους. Από 750 εκατομμύρια σήμερα, αναμένεται να φτάσει το 1,5 δισεκατομμύρια το 2050. Για πρώτη φορά στην παγκόσμια ιστορία, ο πληθυσμός ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, υπερβαίνει αριθμητικά τον πληθυσμό των παιδιών από 5 έως 16 ετών, ενώ όλοι οι δείκτες μακροζωίας και ευζωίας ξεπερνούν το ένα ρεκόρ μετά το άλλο. Η «επανάσταση μακροζωίας» την οποία βιώνουμε ως μια παγκόσμια τάση (megatrend) γήρανσης του πληθυσμού κάθε χώρας, μας φέρνει αντιμέτωπους και με την πρόκληση της διαχείρισης χρόνιων και εκφυλιστικών προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την ηλικία όπως, για παράδειγμα η γήρανση της σπονδυλικής στήλης και των δομών που την περιβάλλουν και την στηρίζουν.

Ο όρος σπονδυλική γήρανση (aging spine) αφορά ένα φάσμα διαφορετικών εκφυλιστικών, χρονο-εξαρτώμενων αλλαγών και ιστικών αλλοιώσεων, που στην πλειοψηφία τους προκαλούν πόνο και δυσφορία, καθημερινή δυσλειτουργία και κακουχία, ποικίλης έκτασης αναπηρία - ανικανότητα και κακή ποιότητα ζωής. Η αναζήτηση των βέλτιστων θεραπευτικών και υποστηρικτικών τεχνικών θα οδηγήσει στην καλύτερη ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου πληθυσμού και θα υποστηρίξει την λειτουργικότητα, παραγωγικότητα και καθημερινότητά του. Εκτός από την εκφυλιστική δισκοπάθεια και τις διάφορες παθολογίες που την συνοδεύουν (από νευρογενή πόνο έως σπονδυλική στένωση), η οστεοπενία και η οστεοπόρωση, η σαρκοπενία, η εκφύλιση των αρθρώσεων, αυτοάνοσες αρθρίτιδες και παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης απαιτούν διαχείριση και μακρόχρονη θεραπευτική προσήλωση. Το ίδιο ισχύει για τα σπονδυλικά κατάγματα (κυρίως οστεοπορωτικά), η διαχείριση των οποίων απαιτεί ανάλυση κόστους / οφέλους, κυρίως όμως την εκτίμηση του εύρους της παρέμβασης σε σχέση με τις συννοσηρότητες του ηλικιωμένου ή υπέργηρου ασθενούς. Στην παρούσα ομιλία θα ανασκοπήσουμε τη χρονοεξαρτώμενη παθολογία της σπονδυλικής στήλης, τις αιτίες πόνου και τη διερεύνηση. Στο τέλος, θα προσπαθήσουμε να ιεραρχήσουμε τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε με βάση την κλινική εικόνα και το προσδόκιμο αποτέλεσμα.

INTERACTIVE CLINICAL WORKSHOP
How to solve common obstetrical problems**My patient has pain during CS: What can I do?**

Freideriki Sifaki

Caesarean section (CS) is the most frequent surgery in the United States and 92% of parturients undergoing elective CS receive neuraxial anaesthesia. Spinal anaesthesia is considered the gold standard for CS, as it allows the woman to see the newborn intraoperatively, provides effective postoperative analgesia and obviates the need for general anaesthesia, airway manipulation and anesthetic exposure to the fetus. Common complications of spinal anaesthesia during CS include hypotension, nausea and vomiting and intraoperative pain, which can lead the mother to postpartum depression and post-traumatic stress disorder. Intraoperative pain during CS may occur in 5% of cases and is nowadays the most common successful medicolegal claim against obstetric anaesthetists. There is lack of evidence for perioperative risk factors that could predict intraoperative pain and thus allow for provision of personalized medicine. All women who undergo CS should give informed consent to proceed with neuraxial anaesthesia and the anaesthesiologist should assess the sensory, motor and autonomic blockade before the surgeon starts the procedure. In the event of an inadequate neuraxial block, the management will be determined by the urgency of the CS, the stage of CS at which pain is experienced and the primary neuraxial technique. Management of intraoperative pain includes performing again a neuraxial technique, extending the existing neuraxial technique (epidural anesthesia), advising the surgeon to minimize stimuli, offering sedation (eg intravenous fast-acting opioids, dexmedetomidine, ketamine, nitrous oxide) or conversion to general anesthesia. The surgery should proceed only after the anaesthesiologist has ensured that the woman is pain-free. Follow up of the woman after the event of intraoperative pain during CS is crucial and should be performed preferably by a senior anaesthesiologist. To conclude, pain-management during CS requires careful assessment, individualized planning, and a patient-centered approach to provide the best possible care for the parturient.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Περιεγχειρητική Αναλγησία

ΕΑ01 Ο ρόλος της δεξμεδετομιδίνης στην αναλγησία κατά τον φυσιολογικό τοκετό

Γρυπιώτης Ι¹, Καλοπήτα Κ¹, Στρουμπούλης Κ¹, Γρυπιώτη Β¹, Ιορδανίδου Η¹, Μίχα Γ², Καρακώστα Α², Σαμαρά Ε², Τζίμας Π².

¹ Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ και Μαιευτήριο Αθηνών «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα

² Κλινική Αναισθησιολογίας & Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η δεξμεδετομιδίνη είναι εκλεκτικός αγωνιστής του α₂ αδρενεργικού υποδοχέα (AR), ο οποίος έχει αναλγητικές, κατασταλτικές, αγχολυτικές, συμπαθητικολυτικές ιδιότητες χωρίς να προκαλεί κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή.

Κλινικές εφαρμογές έχουν επεκταθεί πέρα από τη χρήση στη μονάδα εντατικής θεραπείας και το χειρουργείο. Οι αναλγητικές και αγχολυτικές ιδιότητες της δεξμεδετομιδίνης μπορεί να αποτελέσουν ελκυστικούς παράγοντες όταν εξετάζεται η χρήση της σε επίτοκες.

Αρκετές δοκιμές της δεξμεδετομιδίνης έχουν διεξαχθεί στον τομέα της μαιευτικής, σε συγχρήγηση με ρεμιφεντανύλη κατά τη διάρκεια του τοκετού [1], ως επικουρικός παράγοντας κατά τη διάρκεια της γενικής αναισθησίας για καισαρική τομή σε περιπτώσεις προεκλαμψίας, σε φυσιολογικό τοκετό σε επίτοκες με προεκλαμψία ή ως μοναδικός κατασταλτικός παράγοντας κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής υπό υπαραχνοειδή αναισθησία [2].

Η δεξμεδετομιδίνη είναι ιδιαίτερα λιπόφιλη με αποτέλεσμα να κατακρατείται στον πλακουντιακό ιστό [3], έχει υψηλή πλακουντιακή κατακράτηση (0,77 δείκτης μητέρας/εμβρύου) και συνεπώς δεν διασχίζει τον μητροπλακουντιακό φραγμό. Μία άλλη σημαντική ιδιότητα της δεξμεδετομιδίνης είναι ότι αυξάνει την συχνότητα και το εύρος των συσπάσεων της μήτρας. Οι περισσότερες αναφορές που περιγράφουν τη χρήση της δεξμεδετομιδίνης σε επίτοκες έχουν αναφέρει ότι τα νεογνά γεννήθηκαν με φυσιολογικό Apgar σκορ.

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες μελέτες, η συνιστώμενη στάγδην ενδοφλέβια δόση δεξμεδετομιδίνης για την επίτευξη επαρκούς αναλγησίας στον φυσιολογικό τοκετό κυμαίνεται μεταξύ 0.2-0.4 μg/kg/h στις περιπτώσεις συγχρήγησης της με ρεμιφεντανύλη και αυξάνεται στο 0.6 μg/kg/h ως μονοθεραπεία [2,3].

Συμπεράσματα: Η χορήγηση ενός ενδοφλέβιου αναλγητικού σχήματος με χορήγηση δεξμεδετομιδίνης ως μονοθεραπεία ή σε συγχρήγηση με ρεμιφεντανύλη αποτελεί μια ελκυστική επιλογή σε επίτοκες όπου υπάρχει αντένδειξη στην εφαρμογή επεμβατικών τεχνικών αναλγησίας κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού. Περαιτέρω τυχαίοποιημένες μελέτες απαιτούνται για την εξασφάλιση της ασφαλούς χορήγησης για την μητέρα και το έμβρυο καθώς και για τον καθορισμό της αποτελεσματικότητάς της με τις χαμηλότερες δυνατές δόσεις προς αποφυγή παρενεργειών.

Βιβλιογραφία

- Mendoza Villa JM. Dexmedetomidine as adjunct for analgesia in labor: a report of two cases. Rev Colomb Anesthesiol 2012; 40: 79-81
- Wang J, Han Z, Zhou H, Wang N, Ma H. Effective loading dose of dexmedetomidine to induce adequate sedation in parturients undergoing caesarean section under spinal anaesthesia. Turk J Anaesthesiol Reanim 2017; 45: 260-3.
- Abdel-Maksoud M, et al. Role of Dexmetomidine in Obstetric Anaesthesia & Analgesia. BJAS 2019;135-139

ΕΑ02 Σύγκριση Αποτελεσματικότητας ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK (ESPB), RECTUS SEATH BLOCK (RSB) και Διήθησης Χειρουργικού Πεδίου στην Περιεγχειρητική Διαχείριση του Πόνου σε Χειρουργικές Επεμβάσεις Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής: Πιλοτική Μελέτη

Αλευρογιάννη Φανή¹, Σταυροπούλου Ευμορφία², Τζήμα Χριστίνα³, Κλαυδιανού Ολγα¹, Κηρυμικρίδου Αννα¹, Μπαιρακτάρη Αγγελική⁴

¹ Ειδικευόμενη Αναισθησιολογίας, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, ² Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, ³ Επιμελήτρια Α', Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, ⁴ Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αποτελεί μία από τις συχνότερες επεμβάσεις γενικής χειρουργικής και συνοδεύεται από μετεγχειρητικό πόνο που συνήθως αντιμετωπίζεται με συστηματική χορήγηση οπιοειδών και διεγχειρητική διήθηση τραύματος από τους χειρουργούς. Διεθνώς μελέτες έχουν δείξει ότι οι περιφερικοί αποκλεισμοί του κορμού αποτελούν ασφαλή λύση στην διαχείριση του πόνου και έχουν ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες. Σκοπός της μελέτης μας είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας των αποκλεισμών του κορμού erector spinae plane block (ESPB), rectus seath block (RSB) με την τεχνική διήθησης χειρουργικού πεδίου σε αυτές τις επεμβάσεις,

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για πιλοτική προοπτική τυχαίοποιημένη (1:1), διπλή τυφλή μελέτη 15 ασθενών που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη επέμβαση λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής υπό γενική αναισθησία στο νοσοκομείο μας. Καταγράφηκαν: η συνολική δόση οπιοειδών που καταναλώθηκε διεγχειρητικά, το VAS score άμεσα μετεγχειρητικά και το 1ο 24ωρο καθώς, η συνολική μετεγχειρητική δόση αναλγητικών φαρμάκων που καταναλώθηκαν το 1ο 24ωρο και οι ανεπιθύμητες ενέργειες όπως καταστολή αναπνευστικού, ναυτία και έμετος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις ομάδες που διενεργήθηκαν αποκλεισμοί του κορμού, σε σύγκριση με την ομάδα που έγινε διήθηση χειρουργικού πεδίου, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της διεγχειρητικής κατανάλωσης οπιοειδών. Οι ασθενείς με ESPB κα RSB εμφάνισαν μικρότερη, στατιστικά σημαντική ένταση πόνου (VAS) από τους ασθενείς με διήθηση τραύματος άμεσα μετεγχειρητικά και το 1ο 24ωρο. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική κατανάλωση αναλγητικών μετεγχειρητικά μεταξύ των ασθενών που έλαβαν και τις 3 τεχνικές. Στους ασθενείς με RSB παρατηρήθηκε λιγότερη διεγχειρητική κατανάλωση οπιοειδών και χαμηλότερη μέση τιμή VAS score, χωρίς ωστόσο στατιστική σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν ESPB. Κανείς δεν χρειάστηκε μετεγχειρητικά κατ'επίκληση οπιοειδή και δεν καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι τεχνικές περιοχικής αναισθησίας κερδίζουν έδαφος στην διαχείριση του περιεγχειρητικού πόνου, ενώ δεν συνδέονται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών. Ωστόσο, χρειάζεται να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες προκειμένου να αποδειχθεί η υπεροχή κάποιας τεχνικής εξ αυτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Fernandes HDS, et al Ultrasound-guided peripheral abdominal wall blocks. Clinics (Sao Paulo). 2021;76:2170.
- Morley-Jepson K et al The "new kid" on the fascial plane block: erector spinae block—a narrative review. South Afr J Anaesth Analg. 2021;27:168-74.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Περιεγχειρητική Αναλγησία

ΕΑ03 Μονόπλευρη πολυριζίτιδα μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία για καισαρική τομή

Ελένη Χατζηλιάδου, Φίλιππος Μίγγος, Ντέγιαν Βελίκοβιτς, Παναγιώτης Σάρλης, Κυριακή Τεστέμπαση, Παναγιώτα Χλωροπούλου, Αικατερίνη Ανδρέου, Σάββας Κευσενίδης, Κωνσταντίνος Γιαννόπουλος, Γρηγόριος Αγγελίδης, Ευγενία Κετικίδου
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

Εισαγωγή: Οι νευρολογικές βλάβες είναι μια εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή της υπαραχνοειδούς αναισθησίας. Η υπαραχνοειδής αναισθησία αποτελεί ασφαλέστερη επιλογή για την πραγματοποίηση καισαρικής τομής, συγκριτικά με τη γενική αναισθησία. Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς με μονόπλευρη πολυριζίτιδα μετά από καισαρική τομή, υπό υπαραχνοειδή αναισθησία.

Παρουσίαση Περιστατικού: Επίτοκος, 29 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, οδηγήθηκε στο χειρουργείο για επείγουσα καισαρική τομή, υπό υπαραχνοειδή αναισθησία, και το χειρουργείο ολοκληρώθηκε χωρίς συμβάματα. Άμεσα μετεγχειρητικά, παρουσίασε μυϊκή αδυναμία και διαταραχές αισθητικότητας στο αριστερό κάτω άκρο, με κατανομή ριζών από ο3 έως Ι1. Πραγματοποιήθηκε πλήρης απεικονιστικός έλεγχος και ηλεκτρομυογράφημα. Η ασθενής έλαβε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη και βιταμίνες του συμπλέγματος Β. Έλαβε εξιτήριο την 5η μετεγχειρητική ημέρα, με βελτιωμένη κλινική εικόνα, χωρίς όμως πλήρη ύφεση των νευρολογικών της συμπτωμάτων.

Συμπέρασμα: Λόγω χρονικής συσχέτισης με την υπαραχνοειδή αναισθησία, ο αναισθησιολόγος είναι συχνά ο πρώτος γιατρός που ενημερώνεται όταν ένας ασθενής αναφέρει νευρολογικές διαταραχές μεταναισθητικά, μία σπάνια επιπλοκή που μπορεί όμως να έχει ολέθριο αποτέλεσμα και προκαλεί μεγάλη ανησυχία τόσο στον ασθενή, όσο και στον αναισθησιολόγο. Ο αναισθησιολόγος πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση και να αναγνωρίζει τις επιπλοκές που χρήζουν άμεσης διερεύνησης και παρέμβασης, με στόχο το βέλτιστο αποτέλεσμα.

ΕΑ04 Αποκλεισμός του τετράγωνου οσφυϊκού μυός άμφω σε ασθενή με νόσο του Crohn που υποβλήθηκε σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού

Κυριάκος Κυριάκος, Κατερίνα Πράντη, Κατερίνα Σταματοπούλου, Μαρία Μις, **Κρυσταλλία Βιτούλα**, Κωσταντίν Ρωμανά
1 Γνα Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Ασθενής 38 ετών με νόσο Crohn υποβάλλεται σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού, η οποία διαρκεί περισσότερες από έξι ώρες λόγω πολλαπλών συμφύσεων από προηγούμενα χειρουργεία. Ο ασθενής αρνείται την τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα πριν από την έναρξη του χειρουργείου.

Μέθοδος: Ο ασθενής έλαβε διεγχειρητικά συστηματικά αναλγητικά όπως φεντανύλη 0,5mg, ρεμιφεντανύλη σταγδην, παρακεταμόλη 1 gr, δεξαμεθαζόνη 8 mg, μαγνήσιο 2 gr, κεταμίνη 30 mg, κλονιδίνη 90 μg και μορφίνη 14 mg. Στο τέλος του χειρουργείου εξαιτίας της δυσκολίας αφύπνισης χορηγήθηκε ναλοξόνη 160 μg σε δόσεις. Ο ασθενής τελικά αφύπνιστηκε μετά από μισή ώρα αλλά διαμαρτυρόταν για έντονο πόνο (6-8) ο οποίος γινόταν αφόρητος (8-10) όσο η ώρα περνούσε. Χορηγήθηκε τραμαδόλη 100 mg και παρακεταμόλη 1 gr στην ανάνηψη, αλλά ο ασθενής δεν ανακουφιζόταν. Μισή ώρα αργότερα αποφασίστηκε η διενέργεια αποκλεισμού του τετράγωνου οσφυϊκού μυός (lateral approach). Ο αποκλεισμός διενεργήθηκε με υπερηχογραφική καθοδήγηση με τον ασθενή σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση. Χορηγήθηκαν 30 ml ροπιβακαΐνης 0,2% άμφω.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αισθάνθηκε άμεση ανακούφιση η οποία είχε διάρκεια τουλάχιστον 18 ωρών. Για όλο αυτό το διάστημα χορηγήθηκε στον ασθενή μόνο 1 gr παρακεταμόλης ανα 6ωρο.

Συμπέρασμα: Ο αποκλεισμός του τετράγωνου οσφυϊκού μυός είναι ένας αποκλεισμός που προσφέρει αναλγησία σε επεμβάσεις κοιλιάς. Η αναλγητική κάλυψη που προσφέρει μπορεί να εκτείνεται στα

νευροτόμια θ6-01 και άρα δύναται να προσφέρει αναλγησία σε μεγάλες επεμβάσεις κοιλιάς. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι η πιθανή αδυναμία του τετρακέφαλου μυός λόγω επέκτασης του αποκλεισμού προς το οσφυϊκό πλέγμα και ο περιορισμός της δράσης στην πρώτη μετεγχειρητική μέρα στις single shot εγχύσεις.

ΕΑ05 Ο αποκλεισμός της περιτονίας του εγκάρσιου κοιλιακού μυός για τη διενέργεια επέμβασης σύγκλεισης ειλεοστομίας σε ασθενή αυξημένου περιεγχειρητικού κινδύνου

Πέτρος Γραμμένος, Άννα Γκιουλιάβα, Μαριάννα Φεγγουδάκη, Σταύρος Σαουλίδης, Αικατερίνη Αμανίτη, Δέσποινα Σαρρίδου, Ελένη Αργυριάδου
Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο αποκλεισμός πεδίου στην περιτονία του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (Transversus Abdominis Plane – TAP block) παρέχει σωματική αναισθησία στο κοιλιακό τοίχωμα. Έτσι, συνήθως περιορίζεται σε χρήση ως αναλγησία για τη διενέργεια μιας χειρουργικής επέμβασης. Στην ανακοίνωση αυτή θα παρουσιάσουμε την χρήση του TAP block σε συνδυασμό με χορήγηση καταστολής για τη διενέργεια σύγκλεισης ειλεοστομίας, μετά τη συγκατάθεση του ασθενούς.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για έναν άνδρα 73 ετών που προσήλθε για προγραμματισμένη επέμβαση σύγκλεισης ειλεοστομίας. Από το ατομικό του ιστορικό λάμβανε αγωγή για σοβαρή ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια (LVEF=25%), αρτηριακή υπέρταση και άσθμα. Λαμβάνοντας υπόψη τον πολύ υψηλό διεγχειρητικό καρδιολογικό κίνδυνο, ο ασθενής ενημερώθηκε και παρείχε τη συγκατάθεση του για το πλάνο της περιοχικής αναισθησίας σε συνδυασμό με ήπια καταστολή. Κατά την άφιξη στο χειρουργείο τέθηκε το βασικό monitoring συμπεριλαμβανομένης καπνογραφίας, καθώς και αρτηριακή γραμμή για την επεμβατική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Το TAP block διενεργήθηκε δεξιά υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και χορηγήθηκαν 25ml ροπιβακαΐνης 0.5%. Η καταστολή επιτεύχθηκε με τη χορήγηση 1mg μιδαζολάμης και 50mg φαιντανύλης. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης χορηγήθηκαν σε στάγδην έγχυση 0.01-0.02mg/kg/min ρεμιφεντανύλης και 0.4-0.5mg/kg/h δεξμεδετομιδίνης.

Αποτελέσματα: Η διάρκεια του χειρουργείου ήταν 90 λεπτά. Ο ασθενής διατήρησε αυτόματη αναπνοή και ήταν αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός διεγχειρητικά. Με το πέρας του χειρουργείου, μεταφέρθηκε στη Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας για 1 ώρα και έπειτα στο θάλαμο νοσηλείας. Διατήρησε ικανοποιητική αναλγησία για 8 ώρες και μετά έλαβε παρακεταμόλη 1g x 3. Κινητοποιήθηκε ευχερώς 2 ώρες μετά τη λήξη της χειρουργικής επέμβασης. Κατά τη μετεγχειρητική μας επίσκεψη 8, 24 και 36 ώρες μετά το χειρουργείο δήλωσε συνολικά πολύ ικανοποιημένος για την περιεγχειρητική του πορεία και την αποφυγή της γενικής αναισθησίας.

Συμπέρασμα: Το TAP block σε συνδυασμό με καταστολή παρείχε ικανοποιητική χειρουργική αναισθησία για τη διενέργεια σύγκλεισης ειλεοστομίας.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Περιεγχειρητική Αναλγησία

ΕΑ06 Αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός στο επίπεδο του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (TAP block) ως μέθοδος αναισθησίας σε ασθενή με προηγηθείσα ολική λαρυγγεκτομή που υποβλήθηκε σε χειρουργική γαστροστομία

Μελέτη Περεντέ, ΒαΐαΤσαπάρα, Ζήσης Κατσάκης-Γιαννάκης, Μαρία Σταματοπούλου, Σάββας Συμεωνίδης, Βασιλική Τζανακοπούλου
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Η διενέργεια γαστροστομίας είναι συχνά απαραίτητη σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής ή τραχήλου και στοχεύει στην παροχή διατροφικής υποστήριξης. Αποκλεισμός στο επίπεδο του εγκάρσιου κοιλιακού μυός χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον ως αναλγητική μέθοδος σε χειρουργεία κοιλιάς αλλά μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική της γενικής αναισθησίας σε ασθενείς με επιβαρυνόμενο ατομικό αναμνηστικό που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική γαστροστομία.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ασθενούς με καρκίνο λάρυγγα ο οποίος είχε υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή, τραχειοστομία και πολλαπλές ακτινοθεραπείες στην περιοχή του τραχήλου και στον οποίο διενεργήθηκε χειρουργική γαστροστομία με τη χρήση αμφοτερόπλευρου αποκλεισμού στο επίπεδο του εγκάρσιου κοιλιακού μυός και ενδοφλέβια καταστολή.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Λαμβάνοντας υπόψη το σημείο της χειρουργικής τομής επιλέχθηκε ο αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός στο επίπεδο του εγκάρσιου κοιλιακού μυός με προσπέλαση στο ύψος του δεξιού και αριστερού υποχονδρίου αντίστοιχα. Με υπερηχογραφική καθοδήγηση έγινε αναγνώριση των οδηγών σημείων:

το οπίσθιο τμήμα της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός και ο εγκάρσιος κοιλιακός μυς. Χρησιμοποιήθηκε βελόνα Contiplex Tuohy, 50mm και 18G και με “In plane” προσπέλαση έγινε έγχυση 7,5 ml Lidocaine 1% και 7,5 ml Ropivacaine 0,5% στην αριστερή πλευρά. Η ίδια τεχνική και οι ίδιες δοσολογίες τοπικών αναισθητικών χρησιμοποιήθηκαν και για τη δεξιά πλευρά. Επικουρικά χορηγήθηκαν 0,05 mg φενταντανύλης και 1 mg μιδαζολάμης κατά τη διενέργεια του περιφερικού νευρικού αποκλεισμού και target controlled έγχυση προποφόλης κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άμεσα μετά την εφαρμογή του αμφοτερόπλευρου αποκλεισμού στο επίπεδο του εγκάρσιου κοιλιακού μυός, επιτεύχθηκε επαρκής χειρουργική αναισθησία και η γαστροστομία διενεργήθηκε χωρίς επιπλοκές. Μετά το πέρας του χειρουργείου, ο ασθενής επέστρεψε στην χειρουργική κλινική για μετεγχειρητική παρακολούθηση. Κατά την αξιολόγηση της κλίμακας πόνου NRS τα επόμενα 2 εικοσιτετράωρα τα σκορ της έντασης του πόνου ήταν έως 2/10.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αποκλεισμός στο επίπεδο του εγκάρσιου κοιλιακού μυός μπορεί να αποτελέσει μια ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική μέθοδο αναισθησίας σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική γαστροστομία.

Βιβλιογραφία

1. Hasan, M. Shahnaz; Ling, Kwong Ung; Vijayan, Ramani; Mamat, Mafeitzeral; Chin, Kin Fah. Open gastrostomy under ultrasound-guided bilateral oblique subcostal transversus abdominis plane block: a case series. *European Journal of Anaesthesiology* 28(12):p 888-889, December 2011. | DOI: 10.1097/EJA.0b013e32834ad9bd
2. Lee AR, Choe YS. Anesthesia Experience for Open Gastrostomy With Ultrasound-Guided Unilateral Subcostal Transversus Abdominis Plane Block in a High Risk Elderly Patient: A Case Report. *Anesth Pain Med.* 2015 Aug 22;5(4):e24890. doi: 10.5812/aapm.24890v2. PMID: 26478861; PMCID: PMC4604483.
3. Shamim, Faisal; Suleman, Muhammad. Ultrasound-Guided Subcostal Transversus Abdominis Plane Block for Pain Management in Open Surgical Gastrostomy: A Case Series. *Bali Journal of Anesthesiology* 6(1):p 65-68, Jan-Mar 2022. | DOI: 10.4103/bjoa.bjoa_95_21

ΕΑ07 Παρασπονδυλικό Block για την Αντιμετώπιση Θωρακοσκοπικής Αποκατάστασης Ανύψωσης Δε Ημιδιαφράγματος από Ιατρογενή Βλάβη Φρενικού Νεύρου έπειτα από Διασκαληνικό Αποκλεισμό

MD Μανώλης Γανίτη¹, MD Βασίλης Βασιλόπουλος¹, MD Γρηγόρης Μπελιβανάκης², MD Γιώργος Ντόντος², MD Μαρία Σφάκα¹, MD, MSc, PhD Ελενα Λογοθέτη¹
1 Γενικό Νοσοκομείο Βόλου “Αχιλλοπούλειο”, Βόλος, Ελλάδα, 2 Γενική Κλινική “Ανασσα”, Βόλος, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασθενής, άρρεν, 50 ετών, ASA physical status I-II, προσέρχεται στο χειρουργείο για χειρουργική αποκατάσταση ρήξεως υπερακανθίου τένοντα. Το πλάνο της αναισθησίας είναι διασκαληνικός αποκλεισμός και γενική αναισθησία (TIVA).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιείται ο αποκλεισμός με τη χρήση νευροδιεγέρτη και ακολούθως ο ασθενής λαμβάνει αναισθησία. Τοποθετείται σε θέση και το χειρουργείο ολοκληρώνεται σε 3 ώρες με επιτυχία. Κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια και εύκολη κόπωση τα οποία αποδόθηκαν έπειτα από λεπτομερή έλεγχο σε παράλυση του (δε) φρενικού νεύρου, με αποτέλεσμα την ανύψωση του (δε) ημιδιαφράγματος και την πρόκληση των συμπτωμάτων, ως επιπλοκή του διασκαληνικού αποκλεισμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έπειτα από την παρέλευση εξαμήνου και αφού δεν υπήρξε αξιοσημείωτη βελτίωση (ο ασθενής δυσκολεύεται στην καθημερινότητά του, κοιμάται σε ημικαθιστική θέση, απέχει από τις δραστηριότητές του) αποφασίζεται η αποκατάσταση της θέσης του διαφράγματος θωρακοσκοπικά. Ο ασθενής προσέρχεται εκ νέου στο χειρουργείο, με σκοπό τη θωρακοσκοπική αποκατάσταση της ανύψωσης του (δε) ημιδιαφράγματος αυτή τη φορά. Το πλάνο της αναισθησίας είναι παρασπονδυλικό block και γενική αναισθησία (TIVA). Ο ασθενής καθόλη την 6ωρη διάρκεια του χειρουργείου παραμένει σταθερός αιμοδυναμικά χωρίς ιδιαίτερες μεταβολές στην ΑΠ και τις σφύξεις του, ενώ σταθερή παραμένει και η ένδειξη της αξιολόγησης του διεγχειρητικού πόνου. Μετά το πέρας της επέμβασης, ο ασθενής αφυπνίζεται και αξιολογείται το επίπεδο αναλγησίας του, με βάση το NOL και την κλίμακα VAS. Τα αποτελέσματα είναι θεαματικά για μία τόσο πολύωρη και εργώδη επέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο διασκαληνικός αποκλεισμός αποτελεί αναμφισβήτητη μια εξαιρετική μέθοδο για επεμβάσεις άνω άκρου, προσφέροντας εξαιρετικής ποιότητας αναισθησία και αναλγησία. Ωστόσο δεν είναι άμοιρη επιπλοκών. Ο παρασπονδυλικός αποκλεισμός ως σύλληψη αποτελεί ιδιαίτερα ελκυστική τεχνική περιοχικής αναισθησίας, καθώς μπορεί να παρέχει σχετικά οριοθετημένη μονόπλευρη αναλγησία, με σχετικά χαμηλό ποσοστό υπότασης σε σχέση με την επισκληρίδιο αναισθησία για επεμβάσεις θώρακα και κοιλιάς. Και οι δύο όμως μέθοδοι απαιτούν εμπειρία κι εξειδίκευση για να πραγματοποιηθούν.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I: Περιεγχειρητική Αναλγησία

ΕΑ08 Θωρακικό Παρασπονδυλικό Block ως Αναλγητική Μέθοδος σε Ασθενή με Πολλαπλά Κατάγματα Πλευρών

MD Βασίλης Βασιλόπουλος¹, MD Γρηγόρης Μπελιβανάκης², MD Γιώργος Ντόντος², MD Μανώλης Γανίτης¹, MD, MSc, PhD Ελενα Λογοθέτη¹
1 Γενικό Νοσοκομείο Βόλου “Αχιλλοπούλειο”, Βόλος, Ελλάδα, 2 Γενική Κλινική “Ανασσα”, Βόλος, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασθενής, άρρεν, 72 ετών, έπειτα από πτώση από σκάλα εμφανίζει κατάγματα σε 6 συνεχόμενες πλευρές, σε τρεις εκ των οποίων σε δύο σημεία. Έπειτα από απεικονιστικό έλεγχο, δεν παρατηρούνται πνευμοθώρακας ή αιμοθώρακας. Ο ασθενής διαμαρτύρεται για έντονο πόνο, που δεν τον αφήνει να αναπνεύσει ευχερώς, ο οποίος προϋπόθεση του χρόνου επιδεινώνεται. Παράλληλα, διαπιστώνεται κλινικά μείωση του εύρους της αναπνοής, ταχύπνοια, έντονη εφίδρωση, υπέρταση και ταχυκαρδία.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την ανακούφιση του ασθενούς και την αποφυγή μετατραυματικής λοίμωξης, αποφασίζεται η διενέργεια παρασπονδυλικού αποκλεισμού σε δύο επίπεδα, σε ένα εκ των οποίων τοποθετείται καθετήρας συνεχούς έγχυσης φαρμάκων. Τοποθετείται αντλία PCRA και ο ασθενής ανακουφίζεται άμεσα. Στη συνέχεια μεταφέρεται στη ΜΜΑΦ για παρακολούθηση λόγω της βαρύτητας του τραύματός του. Εκεί παραμένει για δύο ημέρες, όντας σταθερός αναπνευστικά και σε καλή κλινική κατάσταση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω της σταθερής του κατάστασης εξέρχεται από τη ΜΜΑΦ και συνεχίζει τη νοσηλεία του σε απλό θάλαμο. Εκεί παραμένει για άλλες 4 ημέρες, χωρίς να παρουσιάσει καμία αναμενόμενη επιπλοκή από την βαρύτητα των καταγμάτων του. Αφού σταδιακά αποκαθίσταται ο ρυθμός και το εύρος της αναπνοής και σταθεροποιείται αναπνευστικά, αποφασίζεται η αφαίρεση του καθετήρα. Στη συνέχεια, ο ασθενής αντιμετωπίζεται με ήπια αναλγητικά, τύπου παρακεταμόλης και τραμαδόλης και μία εβδομάδα μετά εξέρχεται του νοσοκομείου με ικανοποιητική και σταθερή κλινική εικόνα και οδηγίες για p.o αναλγησία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το παρασπονδυλικό block αποτελεί άριστη μέθοδο αναλγησίας σε περιπτώσεις κακώσεων πλευρών. Στο συγκεκριμένο άρρωστο πιθανόν αποτέλεσε την αιτία μη εμφάνιση των αναμενόμενων επιπλοκών του αναπνευστικού (υποξυγοναιμία, ατελεκτασίες, αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονία, διασωλήνωση, νοσηλεία σε ΜΕΘ) και συνετέλεσε στη γρήγορη αποκατάσταση των βαρύτερων βλαβών του.

ΕΑ09 Μετεγχειρητικός πόνος στη ΜΕΘ από τη σκοπιά του Νοσηλευτή

Καλλιωντζής Σταύρος¹, Παπαγεωργίου Ειρήνη², Ανίσογλου Σουζάνα²
1 Νοσηλεύτης, 2 Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας ΑΝΘ Θεαγένειο

Εισαγωγή: Περιγραφή και μελέτη του Μετεγχειρητικού Πόνου που βιώνουν ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ.

Μέθοδοι: Κατά τη φροντίδα 37 χειρουργημένων ασθενών στη ΜΕΘ γίνεται καταγραφή, αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου που βιώνουν.

Αποτελέσματα: Η ύπαρξη του μετεγχειρητικού πόνου στους ασθενείς αυτούς ξεπερνάει το 60% και λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την αντιμετώπιση του.

Συμπέρασμα: Η άμεση αντιμετώπιση του πόνου, ακόμη και διεγχειρητικά, οδηγεί σε σημαντική βελτίωση των δεικτών νοσηλείας των ασθενών.

Βιβλιογραφία:

Stites M. Observational pain scales in critically ill adults. *Critical Care Nurse* 2013;33:68-78

ΕΑ10 Σύνδρομο Κούνης στη χειρουργική αίθουσα: Ένα σπάνιο περιστατικό

Γεωργία Γκελεβέ, **Μαριέττα Λαυρεντάκη**, Γεώργιος Ταϊμπήρης, Αθανάσιος Ντένας, Χαρίλαος Βασιλειάδης, Νικόλαος Τσακίριδης, Ευαγγελία Δούμκου
Αναισθησιολογικό και Χειρουργικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου»

Εισαγωγή: Στόχος μας η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού αλλεργικού οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (σύνδρομο Κούνης) προεγχειρητικά.

Μέθοδοι: Άνδρας 54 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, χωρίς λήψη φαρμακευτικής αγωγής, καπνιστής, προσήλθε σε τακτική βάση για αφαίρεση μορφώματος Morton στον άκρο πόδα υπό ραχιαία αναισθησία. Κατά την προετοιμασία του, ύστερα από την εφαρμογή της αναισθησίας, ο ασθενής έλαβε προεγχειρητική δόση κεφοξιτίνης ενδοφλεβίως. Αμέσως μετά τη λήψη, παρουσίασε εικόνα αναφυλαξίας, με πτώση της αρτηριακής πίεσης, ερυθρότητα άνω ημίσεως του σώματος, εφίδρωση, έντονου οπισθοστερνικού άλγους καθώς και κατασπάσεις ST διαστήματος και περιοδικές διδυμίες στο ΗΚΓ του. Ως απάντηση, ο ασθενής έλαβε φαρμακευτική αγωγή κορτιζόνης και διμεθινδένης για την αντιμετώπιση της αναφυλαξίας, υπό εντατική παρακολούθηση (monitoring) των ζωτικών του σημείων, στην οποία και ανταποκρίθηκε.

Αποτελέσματα: Ύστερα από την εμφάνιση άλγους και αλλοιώσεων στο ΗΚΓ, διενεργήθηκε εξέταση τροπονίνης με θετικό αποτέλεσμα και υπέρηχος καρδιάς όπου δεν αναδείχθηκαν υποκινησίες. Μετά τη σταθεροποίηση του, η νοσηλεία του ασθενούς συνεχίστηκε στην καρδιολογική κλινική για δύο ημέρες, ως αιμοδυναμικά σταθερός ασθενής, με επαναφορά των αλλοιώσεων του ΗΚΓ στο φυσιολογικό μετά την αγωγή αντιμετώπισης της αναφυλαξίας.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Χρόνιος Πόνος I

EA11 Case report: Χορήγηση πόσιμης μορφίνης σε ηλικιωμένη με καρκινικό πόνο

Παπαγεωργίου Ειρήνη¹, Γεροσίμου Φώτης², Χαρατσής Χρήστος², Γρηγοριάδου Παναγιώτα³, Τερζή Στέλλα³, Ανίσογλου Σουζάνα¹

1 Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, 2 Αναισθησιολόγος, 3 Νοσηλεύτρια Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Σκοπός: Ο πόνος είναι συχνό σύμπτωμα σε καρκινοπαθείς, ειδικά σε προχωρημένο στάδιο της νόσου. Η συχνότητά του εκτιμάται μεγαλύτερη από 70%, επηρεάζοντας έτσι τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των ασθενών. Σκοπός της παρουσίασης είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση πόσιμης μορφίνης σε ηλικιωμένη ασθενή με καρκινικό πόνο.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής θήλυ, 81 ετών με ιστορικό Ca μαστού, με μετα εστίες στομάχου και ήπατος παρακολουθείται στο Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του ΑΝΘ Θεαγένειο από τον 09/22. Από την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο λάμβανε ισχυρά οπιοειδή, χωρίς σημαντική ανταπόκριση στον πόνο (NRS=7-8). Στα πλαίσια έκτακτης εισαγωγής στο Νοσοκομείο λόγω αρρυθμισμού πόνου, αποφασίστηκε η διακοπή της διαδερμικής φαιντανύλης (TTS 150γ/3 ημέρες) που λάμβανε και αντικατάσταση με διάλυμα πόσιμης μορφίνης oramorph. Η δόση έναρξης ήταν 10mg μορφίνης δύο φορές την ημέρα (δόση μικρότερη από την αντίστοιχη ισοαναλγητική δόση της φαιντανύλης που ελάμβανε), με σημαντική άμεση βελτίωση του NRS=4. 24 ώρες μετά την έναρξη της πόσιμης μορφίνης ενημερωθήκαμε από τους θεράποντες ογκολόγους ότι η ασθενής εκδήλωσε αναπνευστική καταστολή, η οποία ανατράχθηκε με χορήγηση ναλοξόνης. Εγινε διακοπή της μορφίνης και εκ νέου τροποποίηση της αναλγητικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Η πόσιμη υγρή μορφίνη άμεσης απελευθέρωσης αποτελεί ενδεδειγμένη θεραπεία και για την έναρξη αναλγησίας με οπιοειδή αλλά και για την αντιμετώπιση του χρόνιου καρκινικού πόνου. Απαιτείται προσεκτική τιτλοποίηση των δόσεων και τακτική εκτίμηση και επανεκτίμηση των ασθενών για την εξασφάλιση του αναλγητικού αποτελέσματος αλλά και για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών.

Βιβλιογραφία:

Monitoring Editor: Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, Philip J Wiffen, corresponding author Bee Wee, and R Andrew Moore. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Database System Rev. 2016 Apr; 2016(4): CD003868.

EA12 Η εμπειρία μας στην αντιμετώπιση του ανθεκτικού περιφερικού πόνου με Περιφερική ή Κεντρική Νευροδιέγερση: Παρουσίαση ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Αλευρογιάννη Φανή¹, Σταυροπούλου Ευμορφία², Σαριδάκη Αγγελική³, Ζαμπετίδης Χρήστος¹, Παπανικολάου Νίκος¹, Μπαιρακτάρη Αγγελική⁴
1 Ειδικευόμενος-ος Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ ΚΑΤ, 2 Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝΑ ΚΑΤ, 3 Επιμελήτρια Α, ΓΝΑ ΚΑΤ, 4 Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο περιφερικός νευροπαθητικός πόνος συχνά είναι ισχυρός και η θεραπευτική του αντιμετώπιση είναι δύσκολη, γεγονός που οδηγεί στην εφαρμογή εκτός της φαρμακοθεραπείας, επεμβατικών τεχνικών όπως η κεντρική ή η περιφερική νευροδιέγερση ανάλογα με τις ενδείξεις.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Περιγράφουμε 4 περιστατικά ασθενών με ισχυρό περιφερικό νευροπαθητικό πόνο που αντιμετώπιστηκαν επιτυχώς με κεντρική ή περιφερική νευροδιέγερση.

Σε 2 άνδρες, 44 και 51 ετών αντιστοίχως, που υπέφεραν από ανθεκτικό μετατραυματικό νευροπαθητικό πόνο στο αντιβράχιο κατά μήκος του ωλένιου νεύρου, υπο υπερηχογραφική αναγνώριση, τοποθετήθηκαν υποδόρια οκταπολικά ηλεκτρόδια παράλληλα με την πορεία του ωλένιου νεύρου στο αντιβράχιο συνδεδεμένα με κάτω από την κλείδα εμφυτευμένο υποδορίως νευροδιεγέρτη.

Σε γυναίκα 43 ετών με ιατρογενή διατομή κνημιαίου νεύρου και σε άνδρα 52 ετών, με νοσογόνο παχυσαρκία, με χρόνια νευροπαθητικό πόνο (DN4) μετά από κάκωση ποδοκνημικής, λόγω σοβαρής

φλεβικής ανεπάρκειας και έντονης καθημερινής δραστηριότητας προτιμήθηκε να τοποθετηθεί κεντρικός νευροδιεγέρτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους ασθενείς με περιφερική νευροδιέγερση ο πόνος αντιμετωπίστηκε επιτυχώς, με μείωση της έντασης του πόνου κατά 75% και τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής εδώ και 1 έτος και 8 μήνες αντίστοιχα.

Οι ασθενείς με κεντρική νευροδιέγερση, μετά από 6 μήνες και 1 έτος αντίστοιχα, παρουσίασαν ύφεση του πόνου κατά 50-70%, με ελάττωση και της φαρμακευτικής αγωγής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η κεντρική και η περιφερική νευροδιέγερση αποτελούν πολλά υποσχόμενες μεθόδους στη διαχείριση του ισχυρού περιφερικού νευροπαθητικού πόνου. Ωστόσο, χρειάζεται να διεξαχθούν περαιτέρω μελέτες προκειμένου να καθοριστούν σαφώς οι ενδείξεις των 2 μεθόδων και η διάρκεια της αποτελεσματικότητάς τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Deer TR et al. A Systematic Literature Review of Peripheral Nerve Stimulation Therapies for the Treatment of Pain. Pain Med. 2020 Aug 01;21(8):1590-1603.
2. Strand NH et al. Mechanism of action of peripheral nerve stimulation. Curr Pain Headache Rep. (2021) 25(7):47. 10.1007/s11916-021-00962-3
3. Helm S, et al. Peripheral nerve stimulation for chronic pain: a systematic review of effectiveness and safety. Pain Ther. (2021) 10(2):985-1002. 10.1007/s40122-021-00306-4.

EA13 Πώς σχετίζονται: Ύπνος και Χρόνιος Πόνος

Μαρία-Ζοζεφίνα Νικολοπούλου, Ιωάννα Φραγκούλη, Στυλιανή Κανδρεβιώτη, Ρουθ Ρουσσου*, Παρθενία Ψοφάκη*, Μαρία Κοκολάκη

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

Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε πώς σχετίζονται: ο ύπνος με τον χρόνια πόνο.

Υλικό - μέθοδος: 70 ασθενείς του Ιατρείου μας συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο με 12 ερωτήσεις:

1. Πάσχετε από αϋπνία;
2. Έχετε χρόνια πόνο;
3. Ο πόνος επηρεάζει τον ύπνο σας;
4. Έχετε συχνά οσφυαλγία;
5. Έχετε πόνο στις αρθρώσεις;
6. Έχετε συχνά πονοκέφαλο;
7. Πονάτε συχνά;
8. Ο πόνος είναι οξύς, συνεχής;
9. Έχετε άγχος;
10. Πόσες ώρες κοιμάστε;
11. Λαμβάνετε φάρμακα για τον ύπνο;
12. Λαμβάνετε φάρμακα για τον πόνο;

Αποτελέσματα: Το 50% των ασθενών βιώνουν χρόνια πόνο και ταλαιπωρούνται στον ύπνο. Ο πόνος σε 15 ασθενείς ήταν συνεχής, σχεδόν όλο το 24ωρο. Οι 20 ασθενείς είχαν υπερβολικό άγχος και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Οι 40 ασθενείς είχαν διάρκεια ύπνου περίπου 6 ώρες. Φαρμακευτική αγωγή για την αϋπνία λαμβάνουν 12 ασθενείς και για τον πόνο 60 ασθενείς (περιστασιακά).

Η πιο διαδεδομένη λειτουργία της μελατονίνης είναι η ρύθμιση του κιρκάδιου ρυθμού. Διαταραχές στον ύπνο σχετίζονται με διαταραχές στην έκκριση αυτής της ορμόνης. Η επιστήμη της χρονοβιολογίας ανακαλύπτει συνεχώς νέα δεδομένα για τον κιρκάδιο ρυθμό και πόσο επηρεάζει βιολογικές διαδικασίες όπως η ρύθμιση θερμοκρασίας, η έκκριση ορμονών, η αντίληψη του πόνου.

Συμπεράσματα: Η συσχέτιση του χρόνιου πόνου με τον ύπνο είναι αμφίδρομη. Η αίσθηση του πόνου μπορεί να προκαλέσει σημαντικές διαταραχές στον ύπνο.

Αντίστροφα η στέρηση ποιοτικού ύπνου επιδεινώνει την ευαισθησία στον ύπνο.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Χρόνιος Πόνος I

ΕΑ14 Αμιτριπτυλίνη στον Χρόνιο Πυελικό Πόνο: Παρουσίαση Περιστατικού

Μιχαήλ Τσαγκάρης, **Ευτυχία Νάκη**, Συμέλα Αρβης, Μάγδα Παπαγεωργίου, Αλέξανδρος Μακρής
Αναισθησιολογικό τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Εισαγωγή: Ο Χρόνιος πυελικός πόνος (ΧΠΠ) είναι ένα από τα πιο σύνθετα σύνδρομα χρόνιου πόνου, επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα των ασθενών και μπορεί να σχετίζεται με πλειάδα συννοσηροτήτων. Υπολογίζεται ότι το 50% των περιπτώσεων παραμένουν αδιάγνωστες. Περιγράφουμε περιστατικό ΧΠΠ σε γυναίκα 66 ετών.

Μέθοδο: Ασθενής με ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας υπο αγωγή, ανέφερε πόνο στην περιοχή της ουρήθρας που ξεκίνησε προ 2 1/2 ετών και αργότερα επεκτάθηκε στο περίνεο και την ανώτερη περιοχή των γλουτών που την εμπόδιζε να παραμείνει σε καθιστή θέση περισσότερο από λίγα λεπτά. Δεν είχε προηγηθεί τραυματισμός ή πρόσφατη επέμβαση και ο πόνος δεν σχετιζόταν με την ούρηση. Εκτοτε υποβλήθηκε σε σειρά διαγνωστικών εξετάσεων που δεν ανέδειξαν εμφανές παθολογικό αίτιο. Προτάθηκε εξ' αποκλεισμού η διάγνωση διάμεσης κυστίτιδας, η οποία ωστόσο δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της κυστεοσκόπησης και των βιοψιών. Υπεβλήθη από πολλές διαφορετικές ειδικότητες σε σειρά θεραπευτικών παρεμβάσεων και αγωγών μεταξύ των οποίων: Πρεγκαμπαλίνη, τραμαδόλη, αντικαταθλιπτική αγωγή με βενλαφαξίνη, αποκλεισμοί αιδοϊκών νεύρων, επισκληρίδιες εγχύσεις κορτιζόλης, φυσιοθεραπεία και ειδικές ασκήσεις, βελονισμός, TENS, ψυχοθεραπεία. Τα αποτελέσματα όλων των μεθόδων σύμφωνα με την ασθενή ήταν αρνητικά ή παροδικά. Αφού συγκεντρώσαμε όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, προτείναμε την επανέναρξη της αγωγής με πρεγκαμπαλίνη 75mg Χ1 και την έναρξη αγωγής με αμιτριπτυλίνη / περφαιναζίνη (10+2) mg. Προτάθηκε επίσης η συνέχιση των συνεδριών ψυχοθεραπείας και των ειδικών ασκήσεων.

Αποτελέσματα: Μία εβδομάδα μετά η ασθενής ανέφερε μικρή ύφεση των συμπτωμάτων. Οι δόσεις τροποποιήθηκαν σταδιακά σε πρεγκαμπαλίνη 150mg Χ2 και αμιτριπτυλίνη / περφαιναζίνη (10+2) mg Χ3. Η ασθενής, ιδιαίτερα ικανοποιημένη, αναφέρει πλέον μόνο ενόχληση επί τα δεξιά του αιδοίου.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση του ΧΠΠ μπορεί να είναι ιδιαίτερα περίπλοκη. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως η αμιτριπτυλίνη, δεν θα πρέπει να παραβλέπονται. Ο συνδυασμός της με τα γκαμπαπεντινοειδή και πιθανώς με την περφαιναζίνη ευθύνεται για τα θετικά αποτελέσματα στη συγκεκριμένη ασθενή.

ΕΑ15 Διαδερμική παλμική και θερμική θεραπεία με ραδιοσυχνότητες για την αντιμετώπιση χρόνιου πόνου στο Ιατρείο Πόνου του νοσοκομείου μας: Καταγραφή Περιστατικών

Οφηλία Παπαγιαννοπούλου¹, Πολυξένη Ζωγραφίδου¹, Μαριάνθη Βαρβέρη², Ελένη Κοράκη³

¹ Ειδικευόμενη Αναισθησιολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

² Διευθύντρια αναισθησιολογίας ΕΣΥ & Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου <<Παπαγεωργίου>> Γ.Ν Θεσσαλονίκης

³ Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που συνοδεύουν την αύξηση της ηλικίας στη σύγχρονη κοινωνία. Αν και η συντηρητική αντιμετώπιση μπορεί να είναι αποτελεσματική, εντούτοις είναι προσωρινή, βραχείας διάρκειας και μπορεί να έχει ποικίλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Στο πλαίσιο ανεύρεσης θεραπειών με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η χρήση ραδιοσυχνότητων για την θεραπεία του χρόνιου πόνου, μέσω στοχοκατευθυνόμενης επίδρασης στα υπεύθυνα νεύρα. Στα είδη της θεραπείας με ραδιοσυχνότητες (Radiofrequency-RF) περιλαμβάνονται η Θερμική (Thermal RF) και η Διαδερμική Παλμική RF (PRF), με συγκεκριμένες ενδείξεις και αποτελεσματικότητα η καθεμία.

Μέθοδο: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε 15 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε θεραπεία με ραδιοσυχνότητες, είτε θερμική είτε παλμική στα πλαίσια λειτουργίας του Ιατρείου Πόνου του

νοσοκομείου μας.

Από αυτούς:

- 1 ασθενής με διάγνωση κεφαλαλγίας/ινιακής νευραλγίας
- 1 ασθενής με νευραλγία τριδύμου
- 1 ασθενής με αυχεναλγία-ριζαλγία άνω άκρου
- 1 ασθενής με μεθερπητική νευραλγία
- 4 ασθενείς με οσφυαλγία- facet joint syndrome
- 4 ασθενείς με οσφυαλγία
- 1 ασθενής με DISH Forestier
- 2 ασθενείς με ιερολαγονίτιδα

Όλοι οι ασθενείς προ της παρέμβασης παρακολουθούνταν από το Ιατρείο Πόνου και ελάμβαναν την κατάλληλη αναλγητική φαρμακευτική αγωγή. Οι συνεδρίες ήταν 3 συνολικά, διάρκειας 15 λεπτών και υπήρχε μέτρηση NRS score προ της παρέμβασης και στο follow-up του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασής μας έγινε με την σύγκριση του NRSscore προ και μετά της θεραπείας με ραδιοσυχνότητες. Στο follow-up των ασθενών παρατηρήσαμε τα εξής:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	% ΒΕΛΤΙΩΣΗ (ΜΕΙΩΣΗ) NRS SCORE
Facet Joint Syndrome	4	PRF ΟΜΣΣ	67%
Οσφυαλγία	4	Θερμικό RF ΟΜΣΣ	48%
Ιερολαγονίτιδα	2	Θερμικό RF Ιερολαγονίων αρθρώσεων	100%
Κεφαλαλγία/ινιακή νευραλγία	1	PRF Ινιακών νεύρων	50%
Νευραλγία τριδύμου	1	PRF τριδύμου	50%
Αυχεναλγία	1	PRF ΑΜΣΣ	50%
DISH FORESTIER	1	PRF ΟΜΣΣ	25%
Μεθερπητική Νευραλγία	1	PRF Ινιακών νεύρων	100%

Συμπεράσματα: Η διαδερμική παλμική θεραπεία με ραδιοσυχνότητες (RF) και η κλασική θερμική RF αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη, μακράς διάρκειας θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με εντοπισμένο χρόνιο πόνο, εφόσον γίνεται με τις σωστές ενδείξεις και από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Χρόνιος Πόνος I

EA16 Αποκλεισμός του ελάσσοнос ινιακού νεύρου προς αντιμετώπιση χρόνιων πολλαπλών καθημερινών επεισοδίων αθροιστικής κεφαλαλγίας

Οφηλία Παπαγιαννοπούλου¹, Πολυξένη Ζωγραφίδου¹, Μαριάνθη Βαρβέρη², Jobst Rudolf, Ελένη Κοράκη⁴

¹ Ειδικευόμενη Ανασθησιολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

² Διευθύντρια αναισθησιολογίας ΕΣΥ & Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου <<Παπαγεωργίου>> Γ.Ν Θεσσαλονίκης

³ Διευθυντής Νευρολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

⁴ Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αθροιστική κεφαλαλγία είναι μία σπάνια μορφή κεφαλαλγίας, η οποία χαρακτηρίζεται από μονόπλευρες κρίσεις ισχυρότατου άλγους που ως συνήθως ξεκινά από την κορυφή της κεφαλής ή ινιακά αλλά στην κορύφωσή του εντοπίζεται οπισθοβολβικά ή/και στην κροταφική περιοχή. Περιγράφεται από τους ασθενείς ως πόνος οξύς, καυστικός και διαξιφιστικός. Η ένταση του πόνου εκτιμάται ότι είναι 100 έως 1000 φορές χειρότερη από την ημικρανία.

ΜΕΘΟΟΙ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αντρας ετών 45, με διάγνωση αθροιστικής κεφαλαλγίας από 12ετία, παραπέμπεται από νευρολόγο στο ιατρείο πόνου λόγω μη βελτίωσης των κρίσεων cluster το τελευταίο 10μηνο. Η φαρμακευτική του αγωγή περιλαμβάνει Isortin x3, Derakine x3 καθώς και salospir. Το λοιπό ατομικό του ιστορικό είναι ελεύθερο. Ο ασθενής κατά την πρώτη επίσκεψη αναφέρει σημαντική κλινική επιδείνωση το τελευταίο έτος με 4 επεισόδια cluster την ημέρα, διάρκειας 15 λεπτών έως 3 ωρών. Λόγω του μεγάλου αριθμού των κρίσεων, ο ασθενής έκανε κατάχρηση της υποδόριας σουματριπτάνης με δοσολογία έως 4/24ώρο. Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο ασθενής εμφανίζει επεισόδιο αθροιστικής κεφαλαλγίας όπου και πραγματοποιείται άμεσα αποκλεισμός του ελάσσοнос ινιακού νεύρου με 2 ml Ropivacaine 0,375% και 2 ml δεξαμεθαζόνης. Εμφανίζει βελτίωση της κλινικής του εικόνας με πτώση NRS από 10/10 σε 4/10. Ακολουθούν άλλες 7 συνεδρίες περιφερικού αποκλεισμού κατά τον ίδιο τρόπο, οι πρώτες 4 ανά 3 ημέρες και οι τελευταίες 3 ανά 2 εβδομάδες. Αξίζει να σημειωθεί πως στα μεσοδιαστήματα του αποκλεισμού, ο ασθενής χρησιμοποίησε 3 φορές την υποδόρια σουματριπτάνη. Εξι μήνες μετά, στα πλαίσια του επανελέγχου στο ιατρείο πόνου ο ασθενής παραμένει ελεύθερος κρίσεων και με την ελάχιστη φαρμακευτική αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι αποκλεισμοί των περιφερικών νεύρων κεφαλής – τραχήλου αποτελούν πολύτιμα διαγνωστικά και θεραπευτικά εργαλεία στην κεφαλαλγία. Χρησιμοποιούνται τόσο στην οξεία φάση του πόνου, όσο και σαν προφύλαξη στις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες και κυρίως σε κεφαλαλγίες ανθεκτικές στη φαρμακευτική αγωγή, όπως στο δικό μας περιστατικό. Η εξέλιξη των επεμβατικών θεραπειών για την κεφαλαλγία έχει προσφέρει περισσότερες επιλογές στην αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων.

EA17 Εμπειρία του ιατρείου πόνου σε ασθενείς με Post Thoracotomy Pain Syndrome

Γεωργία Κωνσταντοπούλου¹, Εμμανουήλ Λιόλιος², **Πανδώρα Μπέλεση²**, Πανωραία Σαλάππα¹, Βασιλική Ανδρονάδη¹

¹ Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

² Ειδικευόμενος Ανασθησιολόγος ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Εισαγωγή: Η εμπειρία μας και οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στο Ιατρείο Πόνου σε ασθενείς με χρόνια μετεγχειρητικό πόνο μετά από θωρακοτομή.

Παρουσίαση: Το ΓΓΝΘΑ Σωτηρία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα δημόσια νοσοκομεία με μεγάλο αριθμό θωρακοτομών. Συνεπώς το Ιατρείο Πόνου μας δέχεται μεγάλο αριθμό ασθενών με χρόνια πόνο μετά από θωρακοτομή. Τα περιστατικά αυτά είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν λόγω της πολυπλοκότητας και της διάρκειας του πόνου. Από την εμπειρία μας ένα ποσοστό σχεδόν 50% μεταπίπτει σε Post Thoracotomy Pain Syndrome ακόμα και αν υπήρξε επαρκής αναλγησία διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Για τη διάγνωση του PTPS πρέπει να έχουν περάσει τουλάχιστον δύο μήνες και συνήθως η βελτίωση του πόνου μετά από την έναρξη επισκέψεων στο ιατρείο πόνου μπορεί να κρατήσει από μερικές εβδομάδες έως και 3 μήνες ή και περισσότερο. Στη διακριτική ευχέρεια του αναισθησιολόγου στο ιατρείο πόνου υπάρχουν πολλές επιλογές για να βρεθεί η καταλληλότερη για το προφίλ του κάθε ασθενή:

- Από του στόματος χορήγηση συνδυασμού αναλγητικών στα πλαίσια multimodal analgesia όπως παρακεταμόλης, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, ήπια (τραμαδόλη) και ισχυρά οπιοειδή (φεντανύλη), και κεταμίνη
- Τοποπεριοχικά block με χρήση τοπικών αναισθητικών όπως μεσοπλεύρια block με χρήση ροπιβακαΐνης για έντονο ή breakthrough πόνο συνήθως σε 4 συνεδρίες
- Διαδερμικά patch φεντανύλης ή τοπικών αναισθητικών σπανιότερα

Συμπέρασμα: Το PTPS αποτελεί ένα σύνδρομο πόνου πολύ συχνά παρατηρούμενο μετά από θωρακοτομές. Η πολυπλοκότητα του μηχανισμού και η εμμένουσα χρονιότητα απαιτούν μια εμπειρία από τον αναισθησιολόγο ώστε να επιλέξει την κατάλληλη θεραπεία για την αντιμετώπιση του PTPS.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: Χρόνιος Πόνος I

EA18 Αντιμετώπιση της παγίδευσης του Ραχιαίου Νεύρου της Ωμοπλάτης με Υπερηχογραφικώς Καθοδηγούμενη Χρήση Παλμικών Ραδιοσυχνοτήτων

Θαλής Ασημακόπουλος¹, Μαρτίνα Ρεκασιόνα²
¹ 6οετής Φοιτητής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα,
² MD, MSc, PhD, FPPMRC, EDPM, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο παγίδευσης του ραχιαίου νεύρου της ωμοπλάτης (DSn) είναι μια υποδιαγνωσμένη αιτία πόνου στον αυχένα και τον ώμο. Το DSn εκφύεται από την 5η αυχενική ρίζα, με πιθανή συμβολή της 6ης, διαπερνά τον μέσο σκαληνό μυ και πορεύεται προς τα πίσω, για να νευρώσει τον ανεκκτήρα της ωμοπλάτης, τον μείζονα και τον ελάσσονα ρομβοειδή μυ. Το σημείο του πτερυγισμού (winging) της ωμοπλάτης μπορεί να είναι ήπιο και να διαλάθει της προσοχής κατά την κλινική εξέταση. **Μέθοδοι:** Το περιστατικό μας αφορά έναν άνδρα 29 ετών, που υπέφερε από πόνο στο έσω χέιλος της αριστερής ωμοπλάτης και στη βάση του αυχένα. Ο ασθενής ανέφερε VAS 6-10/10, με σαφή επιδείνωση τα τελευταία 4 χρόνια. Ανέφερε επίσης, σημαντικό πόνο και αίσθημα νυγμού στο αριστερό άνω άκρο στην κατανομή του κερκιδικού νεύρου. Η μαγνητική τομογραφία τραχήλου έδειξε μια AP οπισθοπλάγια κήλη στο διάστημα A6-A7. Το ΗΜΓ του αριστερού άνω άκρου έδειξε βλάβη των αισθητικών νύρων (κερκιδικό, μέσο και πλάγιο δερματικό του αντιβραχίου), χρόνιες νευρογενείς μεταβολές στην κατανομή του αριστερού A5-A6 και στοιχεία ενεργού απονεύρωσης A8-Θ1. Τέλος, το ΗΝΓ του AP κερκιδικού νεύρου έδειξε μερική αισθητικοκινητική αξονική βλάβη.

Αποτελέσματα: Πραγματοποιήσαμε διαγνωστικό νευρικό αποκλεισμό του υπερπλάτιου και του κερκιδικού νεύρου υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, οι οποίοι προσέφεραν ελάττωση του πόνου κατά 60%. Λόγω της μερικής ανακούφισης του πόνου υποψιαστήκαμε παγίδευση του DSn. Προχωρήσαμε σε αποκλεισμό του DSn υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, ο οποίος οδήγησε σε ανακούφιση από τον πόνο κατά 100% και εξαφάνιση του πτερυγισμού της ωμοπλάτης. Μετά τον επιτυχή αποκλεισμό αποφασίστηκε εφαρμογή παλμικών ραδιοσυχνοτήτων στο DSn και στο υπερπλάτιο νεύρο. Οι παρεμβάσεις αυτές προσέφεραν σημαντικό αναλγητικό αποτέλεσμα, τη διάρκεια του οποίου αναμένουμε να αξιολογήσουμε.

Συμπεράσματα: Παρόλο που η παγίδευση του ραχιαίου νεύρου της ωμοπλάτης αποτελεί μια σπάνια διάγνωση, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, ιδίως σε νέους ασθενείς που παρουσιάζουν πόνο βάση του αυχένα και την ωμοπλάτη. Ενας στοχευμένος αποκλεισμός του νεύρου δύναται να καθοδηγήσει περαιτέρω τη διάγνωση, ενώ η χρήση παλμικών ραδιοσυχνοτήτων μπορεί να παρέχει μεγαλύτερης διάρκειας ανακούφιση από τον πόνο που προκαλεί η παγίδευση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Sharma GK, Botchu R. Dorsal scapular nerve entrapment neuropathy managed by ultrasound-guided hydrodissection - a case report. *J Ultrason*. 2021;21(84):74-76.
- Muir B: Dorsal scapular nerve neuropathy: a narrative review of the literature. *J Can Chiropr Assoc* 2017; 61: 128-144.
- Chang KV, Wu WT, Özçakar L: Ultrasound imaging and guidance in peripheral nerve entrapment: hydrodissection highlighted. *Pain Manag* 2020; 10: 97-106.
- Saporito A. Dorsal scapular nerve injury: a complication of ultrasound-guided interscalene block. *Br J Anaesth*. 2013 Nov;111(5):840-1.
- Kim YD, Yu JY, Shim J, Heo HJ, Kim H. Risk of Encountering Dorsal Scapular and Long Thoracic Nerves during Ultrasound-guided Interscalene Brachial Plexus Block with Nerve Stimulator. *Korean J Pain*. 2016 Jul;29(3):179-84.
- Cho H, Kang S, Won HS, Yang M, Kim YD. New insights into pathways of the dorsal scapular nerve and artery for selective dorsal scapular nerve blockade. *Korean J Pain*. 2019 Oct 1;32(4):307-312.
- Vanneste T, Van Lantschoot A, Van Boxem K, Van Zundert J. Pulsed radiofrequency in chronic pain. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2017 Oct;30(5):577-582.
- Sultan HE, Younis El-Tantawi GA: Role of dorsal scapular nerve entrapment in unilateral interscapular pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2013; 94: 1118-1125.

EA19 Αξιολόγηση της Θεραπείας με πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια μετά από διπλή φυγοκέντρωση σε ασθενείς με τραυματική κάκωση των προσαγωγών: Πρόδρομη Μελέτη

Ευτυχία Νάκη¹, Αλέξανδρος Μακρής¹, Ιωάννης Κατραμπασάς², Γρηγόριος Τσακούμης², Εμμανουήλ Βουγιούκας³, Μαρία-Ελένη Κουλούρη³, Κωνσταντίνος Κωνσταντόπουλος¹
¹ Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας
² Β΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, ³ Επιστημονικοί συνεργάτες

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση των αθλητικών κακώσεων απαιτεί υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων και εμπειρίας ώστε ο αθλητής να επιστρέψει το ταχύτερο δυνατό στις προπονήσεις. Σκοπός της πρόδρομης τυχαιοποιημένης μελέτης μας είναι μια πρώτη αξιολόγηση της χορήγησης πλούσιου σε αιμοπετάλια πλάσματος ή αλλιώς PRP (Platelet Rich Plasma), υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση σε αθλητές με θλάση των προσαγωγών μυών.

Μέθοδοι: 16 ενήλικες ποδοσφαιριστές με τραυματική κάκωση των προσαγωγών μυών κάτω άκρου συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Κριτήρια εισαγωγής ήταν ο πόνος και ο περιορισμός της κινητικότητας μετά από τραυματισμό κατά τη διάρκεια αθλητικής δραστηριότητας και επιβεβαιωμένη με MRI βλάβη Grade II (έκτασης 5-15cm). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Η μια ομάδα έλαβε PRP θεραπεία υπο υπερηχογραφική καθοδήγηση εντός της βλάβης, κατά το δυνατό σε όλη την έκτασή της, εντός εβδομάδος από τη διάγνωση, με PRP που συλλέχθηκε μετά από διπλή φυγοκέντρωση αυτόλογου αίματος με χρήση της συσκευής Magellan MARoMax™ και συντηρητική θεραπεία, ενώ η άλλη ομάδα έλαβε μόνο συντηρητική θεραπεία. Αξιολογήθηκαν η κινητικότητα, ο πόνος και η υπερηχογραφική απεικόνιση της βλάβης σε καθορισμένα διαστήματα.

Αποτελέσματα: Η ομάδα των ασθενών που έλαβε PRP εμφάνισε ταχύτερη βελτίωση της κινητικότητας του κάτω άκρου και είχε χρονική και ποιοτική διαφορά στην αναληψία με αποτέλεσμα την ταχύτερη επιστροφή στις αθλητικές δραστηριότητες. Συγκεκριμένα η ομάδα PRP επανήλθε στις προπονήσεις σε 21 ± 2 ημέρες ενώ η ομάδα συντηρητικής θεραπείας επανήλθε σε 38 ± 5 ημέρες, διαφορά που κρίνεται σημαντική. Η υπερηχογραφική απεικόνιση των κακώσεων έδειξε ταχύτερη επάνοδο της αρχιτεκτονικής των μυών οπότε ταχύτερη επούλωση της βλάβης στην ομάδα που έλαβε PRP.

Συμπεράσματα: Οι εγχύσεις με PRP φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της βλάβης των προσαγωγών και την επιστροφή των αθλητών στις δραστηριότητές τους. Με βάση τα αποτελέσματα της πρόδρομης μελέτης μας η συγκεκριμένη θεραπεία φαίνεται να έχει θέση στις θεραπευτικές επιλογές και θα μπορούσε να ενταχθεί στο μέλλον στα θεραπευτικά πρωτόκολλα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Περιοχική Αναισθησία

EA20 Διαχείριση τοκετού κατά τη διάρκεια του πολέμου. Διαφοροποιείται η συνήθης πρακτική;

Γρυπιώτης Ι.¹, Καλοπήτα Κ.¹, Στρουμπούλης Κ.¹, Γρυπιώτη Β.¹, Ιορδανίδου Η.¹, Μίχα Γ.², Καρακώστα Α.², Σαμαρά Ε.², Τζίμας Π.²

¹ Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ και Μαιευτήριο Αθηνών «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα

² Κλινική Αναισθησιολογίας & Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Παρόλο που το τοκετός αποτελεί ένα χαρμόσυνο γεγονός, κάθε λεπτό 2 γυναίκες πεθαίνουν σε παγκόσμια κλίμακα εξαιτίας των επιπλοκών του. Ο λόγος της μητρικής θνησιμότητας (MMR: Maternal Mortality Ratio, αριθμός μητρικών θανάτων/100000 ζώσες γεννήσεις) αποτελεί ένα διεθνή δείκτη καταγραφής των θανάτων αυτών και το 2020 υπολογίστηκε στο 230 σε παγκόσμια κλίμακα. Σύμφωνα με τους στόχους ανάπτυξης που έθεσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και τα Ηνωμένα Έθνη ο MMR πρέπει να μειωθεί στο 70 διεθνώς. Κατά τη διάρκεια κρίσεων όπως είναι ο πόλεμος, οι επιδημίες και οι φυσικές καταστροφές, η εκτίμηση αυτού του λόγου αλλάζει λόγω της πιθανότητας αύξησης της θνησιμότητας, ένα φαινόμενο που αποκαλείται «σοκ θνησιμότητας» και η υπολογιζόμενη θνησιμότητα διευρύνεται πολλαπλασιάζοντας τους μητρικούς θανάτους με 0.9-1.2 σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη.¹ Κατά τη διάρκεια του πολέμου οι συνθήκες λειτουργίας των συστημάτων υγείας αλλάζουν. Οι δομές υγείας καθώς και οι επαγγελματίες που τις στελεχώνουν αποτελούν πιθανούς στόχους και υπάρχει αποστράγγιση των υλικών και αδυναμία προμήθειας νέων. Επιπλέον οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να περάσουν μέσα από την εμπόλεμη ζώνη για να έχουν πρόσβαση στις δομές υγείας ή να έχουν πλήρως αποκλειστεί από αυτές και να αντιμετωπιστούν σε πρόχειρους καταυλισμούς με κινητές μονάδες υγείας. Επίσης οι μαζικές μετακινήσεις προσφύγων καθιστούν εύαλτα τα συστήματα υγείας των χωρών που τους υποδέχονται που πρέπει να ανταποκριθούν στις ανάγκες ενός πληθυσμού που δεν είχε υπολογιστεί στον αρχικό καταμερισμό πόρων. Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη το 4% των προσφύγων αποτελείται από εγκύους που χρήζουν διαχείρισης.

Στο πλαίσιο μιας εμπόλεμης κατάστασης οι έγκυες απειλούνται κυρίως από τραύμα με κυριότερες συνέπειες την αποκόλληση πλακούντα, το κάταγμα λεκάνης, τη ρήξη μήτρας, τον πρόωρο τοκετό και την εμβολή αμνιακού υγρού. Υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες διαχείρισης των επιτόκων με τραύμα, με πρωταρχικό ρόλο τη σταθεροποίηση της επιτόκου και σε δεύτερο χρόνο αυτής του εμβρύου. Η αναισθησιολογική διαχείρισή τους περιλαμβάνει την ταχεία εισαγωγή με ετομιδάτη, κεταμίνη, προποφόλη και σουκινυλοχολίνη ως νευρομυϊκό αποκλειστή και την προληπτική χορήγηση 2 γραμμαρίων τρανεξαμικού οξέως. Επειδή είναι συχνά δύσκολη η παροχή παραγόντων πήξης και μεταγγίσεων προτείνεται η χειρουργική αντιμετώπιση να γίνεται το ταχύτερο δυνατό με σκοπό να ελεγχθεί η αιμορραγία. Η νορμοθερμία πρέπει να εξασφαλίζεται για την περαιτέρω αποφυγή διαταραχών της πηκτικότητας.

Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει τραύμα, η μέθοδος εκλογής για καισαρική τομή σε τέτοιες συνθήκες είναι η χορήγηση υπαραχνοειδούς αναισθησίας διότι αποτελεί την ασφαλέστερη και πιο οικονομική τεχνική. Στις περιπτώσεις που δεν είναι διαθέσιμη η βουπιβακαΐνη και η ροπιβακαΐνη, η λιδοκαΐνη μπορεί να αποτελεί μια ασφαλή επιλογή αφού σε αυτό τον πληθυσμό δεν σχετίζεται με παροδικό νευρολογικό σύνδρομο. Η επινεφρίνη μπορεί να αποτελεί τον μόνο διαθέσιμο αγγειοσυσπαστικό παράγοντα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε χαμηλές δόσεις. Η μισοπροστόλη είναι ένας χρήσιμος παράγοντας μητροσύσπασης σε τέτοιο πλαίσιο διότι είναι σχετικά αποτελεσματική, οικονομική και δεν διατηρείται σε συνθήκες ψύξης.³ Τέλος η αναλγησία κατά τον φυσιολογικό τοκετό μπορεί να επιτευχθεί με την υπαραχνοειδή χορήγηση φεντανύλης ελλείψει τοπικού αναισθητικού ή επισκληρίδιου καθετήρα.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση του τοκετού στο πλαίσιο ενός πολέμου αποτελεί μια αναισθησιολογική πρόκληση που καλεί τους αναισθησιολόγους να επαναπροσδιορίσουν τη συνήθη πρακτική αντιμετώπισης των επιτόκων.

Βιβλιογραφία

1. Agyepong I et al. Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion. doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01930-4
2. Greco P et al. Guidance for Evaluation and Management of Blunt Abdominal Trauma in Pregnancy. Obstet Gynecol 2019;00:1–15
3. Guasch E et al. Teaching and Learning Obstetric Anaesthesia in Low and Middle-Income Countries: Current Situation and Perspectives Current Anesthesiology Reports (2023) 13:76–82

EA21 Η χρήση παρακεταμόλης και ΜΣΑΦ ως συμπληρωματική αναλγητική αγωγή σε ασθενείς υπό υπαραχνοειδή αναισθησία σε επεμβάσεις αρθροπλαστικής ισχίου σε σχέση με την εμφάνιση κεφαλαλγίας μετά από πρώιμη κινητοποίηση

Μικροβασιλη Μαρία, Λυκούδη Ειρήνη, Παπαδοπούλου Σταυρούλα, Μακκόρμακ-Πρεκεξέ Μελίνα
Μαστροκώστα Ευαγγελία
Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΝΙ «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», Αθήνα

Εισαγωγή: Η υπαραχνοειδής αναισθησία αποτελεί μία από τις βασικές τεχνικές αναισθησίας για επεμβάσεις όπως η αρθροπλαστική ισχίου, κυρίως σε ηλικίες άνω των 60 ετών. Η εμφάνιση PDPH (Post-dural puncture headache) αποτελεί επιπλοκή με συχνότητα από 11% έως 33%, ανάλογα την ηλικία, το BMI, το φύλο, προηγηθείσα PDPH, ιστορικό κεφαλαλγίας και την τεχνική του αναισθησιολόγου. Σκοπός είναι να μελετήσουμε την συχνότητα εμφάνισης κεφαλαλγίας χορηγώντας διεγχειρητικά παρακεταμόλη και δεξκετοπροφέν σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αρθροπλαστική ισχίου, κατόπιν πρώιμης κινητοποίησης 5 ώρες άμεσα μετεγχειρητικά και της πολυπαραγοντικής αναλγησίας.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μελέτη καταγραφής κατά το διάστημα Νοέμβριος 2021-Μάρτιος 2023 σε ασθενείς ηλικίας 70-80 ετών, ASA 1 ως 3, που υπεβλήθησαν σε αρθροπλαστική ισχίου. Οι ασθενείς τυχαία χωρίστηκαν σε δύο ομάδες Α και Β. Ολοι έλαβαν υπαραχνοειδή αναισθησία με Ropivacaine 0.75 % (2mg/ml) και Fentanyl 10mcg. Επιπλέον οι ασθενείς της ομάδας Β έλαβαν Paracetamol 1000mg και Dexketoprofen 50mg ενδοφλέβια, άμεσα μετά την υπαραχνοειδή έγχυση. Μετεγχειρητικά, καταγράφηκαν η εμφάνιση κεφαλαλγίας, εμέτου, ναυτίας, ένταση πόνου και άλλες παρενέργειες την 5η ώρα με κινητοποίηση και τις πρώτες 24 ώρες.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλάβαμε στη μελέτη μας 30 ασθενείς, 18 στην ομάδα Α και 12 στην ομάδα Β. Μεταξύ των δύο ομάδων δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τα δημογραφικά δεδομένα και την κλίμακα πόνου έως την 24η μετεγχειρητική ημέρα. Αντιθέτως βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση κεφαλαλγίας, μετά από πρώιμη κινητοποίηση.

Συμπέρασμα: Από το περιορισμένο δείγμα της μελέτης μας προκύπτει ότι η διεγχειρητική χορήγηση Paracetamol 1000mg και Dexketoprofen 50mg σε εκλεκτικά χειρουργεία αρθροπλαστικής ισχίου υπό υπαραχνοειδή αναισθησία συμβάλλει στην ελάττωση εμφάνισης κεφαλαλγίας από περιοχική αναισθησία, απαιτείται όμως μεγαλύτερο δείγμα ασθενών.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Περιοχική Αναισθησία

EA22 Σημαντικά Υπερηχογραφικά σημεία στα Block Περιτονιών σε πειραματικό μοντέλο: Σημεία μονής, διπλής και ενδιάμεσης παρυφής

Α. Τριαντόπουλος¹, Β. Μποβιάτσης¹, Π. Δεδουπούλου², Κ. Σούκουλη², Σ. Τσόχατζης²
 1 Τμήμα αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
 2 Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Προσδιορισμός των παραγόντων που οδηγούν στην μερική ή ολική αποτυχία των block περιτονιών σε πειραματικό μοντέλο.

Σημαντική αύξηση του ποσοστού επιτυχίας έως και 80% μέσω της χρήσης υπερήχου και ύπαρξη συσχέτισης του λανθασμένου τρόπου έγχυσης τοπικού αναισθητικού με το ποσοστό αποτυχίας. Μέσω του παρακάτω πειραματικού μοντέλου αναδεικνύουμε τις δύο πιο συνηθισμένες λανθασμένες εγχύσεις καθώς και τα υπερηχογραφικά σημεία τους. Και γίνεται ανάδειξη της θέσης της βελόνας στα παρασκευάσματα και κατανομή του σκιαγραφικού.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρήση κοιλιακών τοιχωμάτων πτωματικών χοίρων με έγχυση σκιαγραφικού αντί τοπικού αναισθητικού και ανάδειξη αυτού με χρήση linear κεφαλής υπερήχου.

Έγινε καταγραφή: 1) Της υπερηχογραφικής εικόνας της βελόνας πριν την έγχυση
 2) Της εικόνας υδροεντοπισμού και 3) ανάδειξη της κορυφής της βελόνας και της κατανομής του σκιαγραφικού μέσω χειρουργικής αποκάλυψης στο παρασκεύασμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Με τη σωστή έγχυση λάβαμε την υπερηχογραφική εικόνα με το σημείο διπλής παρυφής, όπου αναδεικνύεται η κατανομή του σκιαγραφικού μεταξύ των δύο περιτονιών.

Με την λανθασμένη έγχυση, λάβαμε την υπερηχογραφική εικόνα της μονής παρυφής, όπου η κατανομή σκιαγραφικού είναι μεταξύ επιμύϊου και περιτονίας.

Με την έγχυση άνωθεν και κάτωθεν του άνω πετάλου της περιτονίας λάβαμε την εικόνα της ενδιάμεσης παρυφής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το υπερηχογραφικό σημείο διπλής παρυφής αποτελεί ένα σημαντικό σημείο επιτυχούς έγχυσης του τοπικού αναισθητικού. Σε αντίθεση με τα σημεία μονής παρυφής και ενδιάμεσης παρυφής που δυνητικά οδηγούν στην ολική ή μερική αποτυχία της έγχυσης του τοπικού αναισθητικού.

Πράγμα που μπορεί να συμβαίνει σε κλινικό επίπεδο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε "Fascia Plane Blocks" και μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο μελέτης σε κλινικό επίπεδο.

EA23 Πολυπαραγοντική αναλγησία σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις ανοιχτής θωρακοτομής

Γραμμένος Π., Παλάσκα Ε., Χάτσιου Ε., Περτσικάπα Μ., Γκιουλιάβα Α., Αμανίτη Α., Φυντανίδου Β., Σαρρίδου Δ.Γ., Αργυριάδου Ε.
 Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι επεμβάσεις που διενεργούνται υπό ανοιχτή θωρακοτομή είναι εξαιρετικά επώδυνες και η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου αποτελεί πραγματική πρόκληση για τον αναισθησιολόγο. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία σε ένα υψηλό ποσοστό από 5-10% των ασθενών ο πόνος από οξύ μεταπίπτει σε χρόνιο. Η διατομή των μεσοπλευρίων νεύρων και η διάνοιξη του θωρακικού κλωβού με τα ειδικά εργαλεία ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να παρουσιάσουμε το πρωτόκολλο διεγχειρητικής και πολυπαραγοντικής αναλγησίας στις επεμβάσεις αυτές.

Μέθοδοι: Όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν γενική αναισθησία. Η εισαγωγή και διατήρηση γίνονται με TIVA προποφόλης και ρεμιφεντανύλης με στόχους BIS 40-50. Επαναληπτικές δόσεις ροκουρονίου δίνονται ανά 30-45' ανάλογα με την απάντηση στο TOF ερέθισμα του νευροδιεγέρτη. Δεξαμεθαζόνη 8 mg χορηγείται μετά την εισαγωγή ενώ ονδασετρόνη 4 mg 20 λεπτά πριν το πέρας της επέμβασης. Στον ίδιο χρόνο χορηγείται παρεκοξίμπη 40 mg όπου δεν υπάρχει αντένδειξη και συνεχίζεται ανά 12ωρο. Επίσης χορηγείται παρακεταμόλη 1gr διεγχειρητικά και κατόπιν ανά 6 ώρες με μέγιστη δόση τα 5 gr ανά 24 ώρες. Αποκλεισμός μεσοπλευρίων νεύρων διενεργείται με 20 ml ροπιβακαΐνης 0,375%, ενώ 2-3 ml του ίδιου διαλύματος εγχέεται γύρω από την πύλη εισόδου του

θωρακοσωλήνα στο δέρμα. Μετεγχειρητικά οι ασθενείς λαμβάνουν τραμαδόλη κατ'επίκληση στον θάλαμο ή στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εάν απαιτείται αυξημένη παρακολούθηση.
Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική αναλγησία σε όλους τους ασθενείς κρίνεται επαρκής με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών και ταχεία ανάνηψη. Σε σύνολο 40 ασθενών, 3 ασθενείς χρειάστηκαν συμπληρωματική αναλγησία με τραμαδόλη και 4 ασθενείς συνεχή χορήγηση χαμηλής δόσης μορφίνης στην ΜΕΘ.

Συμπέρασμα: Ο ρόλος της παραγοντικής αναλγησίας σε επώδυνες επεμβάσεις όπως αυτές που απαιτούν ανοιχτή θωρακοτομή είναι αναγνωρισμένος. Ο συνδυασμός συγχορήγησης παρακεταμόλης, ΜΣΑΦ ή COX-2 με περιοχικές τεχνικές επιφέρει ικανοποιητικά αναλγητικά αποτελέσματα.

EA24 Αποκλεισμός του ορθωτήρα μυ της ράχης για μετεγχειρητική αναλγησία σε ασθενή με όγκο Pancoast

Γραμμένος Π., Παλάσκα Ε., Χάτσιου Ε., Θεοδοσιάδης Ε., Γκιουλιάβα Α., Σαρρίδου Δ.Γ., Αργυριάδου Ε.
 Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Ο όγκος Pancoast αναφέρεται σε όγκο της κορυφής του πνεύμονα ο οποίος δύναται να σχετίζεται με διήθηση οστών και πιεστικά φαινόμενα στο βραχιόνιο πλέγμα και τη συμπαθητική άλυσσο. Για τη χειρουργική αφαίρεση του συνήθως είναι αναπόφευκτη η εκτομή της πρώτης και δεύτερης σύστοιχης πλευράς καθιστώντας την επέμβαση εργώδη και επώδυνη.

Μέθοδοι: Άρρεν ασθενής ASA 3, 58 ετών με BMI > 30 και METs > 4 προσήλθε για αφαίρεση όγκου δεξιάς κορυφής πνεύμονα. Ιστορικό υπέρτασης και θεραπείας με κύκλους ακτινοβολιών και χημειοθεραπείας. Κατά την άφιξη στην χειρουργική αίθουσα αφού εφαρμόστηκε πλήρες αιμοδυναμικό monitoring και 18 G φλεβοκαθετήρας ο ασθενής τοποθετήθηκε σε αριστερή πλάγια θέση. Υπό την καθοδήγηση υπερήχου εφαρμόστηκε αποκλεισμός του ορθωτήρα μυ της ράχης με 20 ml ροπιβακαΐνης 0,375% στο T2 επίπεδο. Η εισαγωγή στην γενική αναισθησία έγινε με TIVA προποφόλης και ρεμιφεντανύλης και ροκουρόνιο 1,2 mg/kg. Η διατήρηση έγινε με TIVA και στόχους BIS 40-50. Δεξαμεθαζόνη 8 mg χορηγήθηκε μετά την εισαγωγή. Είκοσι λεπτά πριν το πέρας της επέμβασης χορηγήθηκαν ονδασετρόνη 4 mg, παρεκοξίμπη 40 mg και παρακεταμόλη 1gr. Πραγματοποιήθηκε διήθηση 3 ml ροπιβακαΐνης 0,375% γύρω από την πύλη εισόδου του θωρακοσωλήνα. Στην τετράωρη χειρουργική επέμβαση αφαιρέθηκαν οι δύο πρώτες πλευρές και τμήμα του προσθίου θωρακικού τοιχώματος. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ για αφύπνιση και παρακολούθηση.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής είχε μηδαμινές ανάγκες σε ισχυρά οπιοειδή με χαμηλά επίπεδα στην κλίμακα αξιολόγησης πόνου VAS score < 3. Τις πρώτες 12 ώρες μετεγχειρητικά, χαμηλή δόση ρεμιφεντανύλης χορηγήθηκε μέσω αντλίας συνεχούς έγχυσης ενώ αργότερα αντικαταστάθηκε από τραμαδόλη 100 mg, παρακεταμόλη 1 gr ανά 6 ώρες και παρεκοξίμπης 40 mg ανα 12 ώρες με ικανοποιητικά αποτελέσματα που επέτρεψαν λειτουργική αναλγησία και κινητοποίηση.

Συμπέρασμα: Ο αποκλεισμός του ορθωτήρα μυ της ράχης βοήθησε σημαντικά τον έλεγχο του οξέος μετεγχειρητικού πόνου και ελάττωσε τις ανάγκες σε ισχυρά οπιοειδή. Ο προαναφερόμενος συνδυασμός αναλγητικών και περιφερικού αποκλεισμού επέφερε ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Περιοχική Αναισθησία

EA25 Επισκληρίδιος αναλγησία για τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου σε δύο διαφορετικές τεχνικές Ολικής Αρθροπλαστικής Ισχίου

Γεώργιος Ρουσάκης, Δημήτριος Σταθάτος, Μιχαήλ Ναβροζίδης, Φωτεινή Διαμαντοπούλου, **Αθανασία Γεωργάκη**, Δέσποινα-Φανή Παπαδάκη, Καλλιόπη Χατζησταύρου, Νικόλαος Αναστασίου, Παναγιώτης Γεωργάκης
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

Εισαγωγή: Η Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου - ΟΑΙ, (Total Hip Arthroplasty - THA), είναι μία πολύ διαδεδομένη επέμβαση που εφαρμόζεται εδώ και αρκετές δεκαετίες σε ασθενείς με οστεο-αρθροπάθεια του ισχίου. Η Κλασική Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου - ΚΟΑΙ, (Classic Total Hip Arthroplasty - CTHI), εκτελείται με διαγλυτταία τομή μήκους 25-30 cm και διατομή των γλουτιαίων μυών. Την τελευταία δεκαετία εφαρμόζεται η Ελάχιστη Επεμβατική Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου - ΕΕΟΑΙ, (Minimally Invasive Surgery - MIS), με τομή μήκους 8-12 cm στην έξω πρόσθια μηριαία περιοχή με απώθηση και όχι διατομή των υποκειμένων μυών. Η μετεγχειρητική αναλγησία είναι ιδιαίτερα σημαντική, όχι μόνο για την άνεση των ασθενών, αλλά και για την πρώιμη κινητοποίησή τους. Η επισκληρίδιος αναλγησία είναι μια μέθοδος επιλογής για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.

Σκοπός: Η διερεύνηση των αναγκών των ασθενών σε επισκληρίδιο μετεγχειρητική αναλγησία στην ΚΟΑΙ και στην ΕΕΟΑΙ.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 62 ασθενείς, 38 γυναίκες και 24 άνδρες ηλικίας 52-86 ετών, κατά ASA II-III. Οι 34 υποβλήθηκαν σε ΚΟΑΙ και οι 28 σε ΕΕΟΑΙ. Όλοι έλαβαν συνδυασμένη αναισθησία (υπαραχνοειδής και επισκληρίδιος) με την τεχνική «βελόνη δια βελόνης» (needle through needle) και τοποθετήθηκε επισκληρίδιος καθετήρας που παρέμεινε 72 ώρες μετεγχειρητικά. Για την μετεγχειρητική αναλγησία χορηγήθηκαν σταθερά 1 gr παρακεταμόλης IV κάθε 12 ώρες και επαναληπτικές δόσεις επισκληριδίου διαλύματος ροπιβακαΐνης 2 mg/ml σε συνδυασμό με μορφίνη 0,2 mg/ml, με στόχο η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου να είναι < 4 της κλίμακας VAS 0-10.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΚΟΑΙ έλαβαν συνολικά 40±5 ml διαλύματος, δηλαδή 80±10 mg ροπιβακαΐνης και 8±1 mg μορφίνης. Οι ασθενείς με ΕΕΟΑΙ έλαβαν συνολικά 16±3 ml διαλύματος, δηλαδή 32±6 mg ροπιβακαΐνης και 3,2±0,6 mg μορφίνης.

Συμπέρασμα: Η Ελάχιστη Επεμβατική Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου φαίνεται να έχει μετεγχειρητικά, σημαντικά μικρότερες ανάγκες επισκληριδίου αναλγησίας (<40%), σε σύγκριση με την Κλασική Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου.

Βιβλιογραφία: Anger M, et al. PROSPECT Working Group* and the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy. PROSPECT guideline for total hip arthroplasty: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia* 2021 ;76:1082-97. doi: 10.1111/anae.15498. Epub 2021 May 20.

EA26 Η επίδραση της ON-Q ελαστομερούς αντλίας στον έλεγχο του οξέος μετεγχειρητικού πόνου μετά από Θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις

Μαυρουδή Ελένη¹, Χατζηκαμάρη Βαρβάρα¹, Γρουντουζάκου Ειρήνη¹, Χρίστογλου Νικόλαος², Σμαραγδής Γεώργιος¹, Φανερωμένος Περικλής¹, Γωγάκος Απόστολος², Παλιούρας Δημήτριος², Μπαρμπετάκης Νικόλαος²

¹ Αναισθησιολογικό Τμήμα Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, ² Θωρακοχειρουργική Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Εισαγωγή: Στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε την αποτελεσματικότητα της συνεχούς έγχυσης τοπικού αναισθητικού στο σημείο της τομής με το σύστημα ελαστομερούς αντλίας On-Q, στον έλεγχο του οξέος μετεγχειρητικού πόνου μετά από θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις.

Μέθοδοι: Εγινε αναδρομική ανάλυση εκατόν ογδόντα επτά (187) ασθενών που υποβλήθηκαν σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις για καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του πνεύμονα, που πραγματοποιήθηκαν από την ίδια χειρουργική ομάδα μεταξύ του Ιανουαρίου 2019 και Ιουνίου 2023. Η διαχείριση του πόνου έγινε με τη συνεχή χορήγηση τοπικού αναισθητικού (0,2% ροπιβακαΐνης και ρυθμό

έγχυσης 10 ml/h) στο σημείο της τομής μέσω ελαστομερούς αντλίας και επιπλέον γινόταν χορήγηση άλλων αναλγητικών φαρμάκων ενδοφλεβίως. Τα κύρια αποτελέσματα ήταν οι βαθμολογίες του μετεγχειρητικού πόνου με την κλίμακα VAS και η μετεγχειρητική κατανάλωση οπιοειδών διάσωσης από την έως και την 7η ημέρα μετά την επέμβαση. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα ήταν η συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών /επιπλοκών σχετιζόμενες με την αναλγησία, η εισαγωγή στη ΜΕΘ και η παρουσία χρόνιου πόνου μετά θωρακοτομή στους 6 και 12 μήνες.

Αποτελέσματα: Ο χρόνος παραμονής του καθετήρα ήταν περίπου 5 ημέρες, η μέση βαθμολογία πόνου την 1η έως και την 7η ημέρα σε ηρεμία και κατά τη διάρκεια του βήχα βρέθηκε να είναι ικανοποιητική. Η κατανάλωση οπιοειδών διάσωσης συνολικά βρέθηκε να μην είναι σημαντική. Στους ασθενείς που χορηγήθηκε τοπικό αναισθητικό η μετεγχειρητική διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο ήταν 5,096±1,580 ημέρες, η κατανάλωση οπιοειδών παρουσίασε καταστολή σε έναν ασθενή και η χορήγηση τοπικών αναισθητικών δεν προκάλεσε τοξικότητα. Ένας ασθενής παρουσίασε ναυτία και έμετο.

Συμπέρασμα: Πιστεύουμε ότι η συνεχής έγχυσης τοπικού αναισθητικού στο σημείο της τομής σε συνδυασμό με τη συστηματική αναλγητική αγωγή ως πολυπαραγοντική αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου μετά από θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις, είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής μέθοδος.

EA27 Η επίδραση της δεξμεδετομιδίνης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε Θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις

Μαυρουδή Ελένη¹, Μπουζιά Αικατερίνη², Γρουντουζάκου Ειρήνη¹, Μαυρουδή Μελαχρινή³, Ράλλης Θωμάς⁴, Παλιούρας Δημήτριος⁴, Μπαρμπετάκης Νικόλαος², Μπαρέκα Μεταξία³, Αρναούτογλου Ελένη²

¹ Αναισθησιολογικό Τμήμα Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, ² Αναισθησιολογική Κλινική ΠΓΝ Λάρισας, ³ 3η Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, ⁴ Θωρακοχειρουργική Κλινική Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες αυξάνονται σημαντικά οι θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις και η έκβασή τους συσχετίζεται με τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου.

Η δεξμεδετομιδίνη είναι ένα αγχολυτικό, κατασταλτικό και αναλγητικό φάρμακο, χωρίς τον κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής. Η χρησιμότητά της είναι περιορισμένη στην κλινική πράξη λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η υπόταση και η βραδυκαρδία.

Μέθοδοι: Μετά την ενημέρωση και την έγγραφη συγκατάθεσή τους, 53 ασθενείς ηλικίας 18-85 ετών υποβλήθηκαν σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις με TIVA. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, την 1η ομάδα (ομάδα δεξμεδετομιδίνης) και την 2η ομάδα (ομάδα ελέγχου). Αξιολογήθηκαν τα pain scores στις 6 h, 12 h, 24 h, και 48 h μετεγχειρητικά με VAS ηρεμίας και βήχα, όπως και η αιμοδυναμική κατάσταση με μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας, καθώς και η μέτρηση του BIS και NOL διεγχειρητικά. Καταγράφηκαν οι δόσεις των χορηγούμενων αναλγητικών και οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους διεγχειρητικά, στη ΜΜΑΦ και στο θάλαμο. Για όλες τις δοκιμασίες υιοθετήθηκε ως κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας p<0,05.

Αποτελέσματα: Η διεγχειρητική χορήγηση δεξμεδετομιδίνης ελαττώνει τον πόνο στη μονάδα μετανασθητικής φροντίδας (ΜΜΑΦ), δε φαίνεται όμως να τον επηρεάζει τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες. Διεγχειρητικά, ο μέγιστος καρδιακός ρυθμός και η συστολική και διαστολική πίεση των ασθενών μειώθηκαν, αρχικά σημαντικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, χωρίς όμως αιμοδυναμική επιβάρυνση.

Συμπέρασμα: Η διεγχειρητική χορήγηση της δεξμεδετομιδίνης είναι ασφαλής και αποτελεσματική ως κατασταλτικό και αναλγητικό φάρμακο σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις. Η δράση της φαίνεται να είναι προσωποειδική στο stress της διασωλήνωσης. Η δεξμεδετομιδίνη προσφέρει αιμοδυναμική σταθερότητα και ηρεμία τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες. Το φάρμακο δε φαίνεται να έχει αναλγητική επίδραση τις δύο πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες και δεν επηρέασε το χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III: Περιοχική Αναισθησία

EA28 ADDUCTOR CANAL BLOCK - ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΟΔΗΓΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ

Τριανταφυλλιά Δήμου¹, Συμέλα Αρβης²
 1 Mediterranean Hospital, Γλυφάδα, Ελλάδα, 2 Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Βούλα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση του πόνου μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος εξυπηρετεί την άνεση του ασθενή, παράγει την κινητικότητα της άρθρωσης και προστατεύει από σοβαρές συστηματικές επιπλοκές.

Η παρούσα μελέτη εκτιμά τη συμβολή του αποκλεισμού των νεύρων του καναλιού των προσαγωγών με τοπικό αναισθητικό για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος. Ο Πόρος των Προσαγωγών είναι ένας ινομυώδης σωλήνας στο έσω τριτημόριο του μηρού. Περιέχει τμήμα του σαφηνούς νεύρου, το νεύρο του έσω πλατέως και την τελική μοίρα του θυροειδούς νεύρου.

Υλικό και μέγεθος: Εφαρμόσαμε single shot Adductor block χρησιμοποιώντας ανατομικά οδηγία σημεία σε 10 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική γόνατος. Χορηγήσαμε 20ml Ropivacaine 0,2% και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε υπαραχνοειδής αναισθησία. Σε μια δεύτερη ομάδα 10 ασθενών χορηγήσαμε μόνον υπαραχνοειδή αναισθησία. Παρακολούθησαμε και καταγράψαμε τον μετεγχειρητικό πόνο χρησιμοποιώντας το Numerical Rating Scale pain score. Αναλγησία χορηγούνταν αποκλειστικά βασισμένη κατ' απαίτηση των ασθενών. Εφαρμόσαμε ένα τροποποιημένο Pain Point System Scale [2] προκειμένου να είναι δυνατή η ποσοτικοποίηση της κατανάλωσης αναλγητικών. Τον NRS pain score καταγράφηκε σε χρόνους 0,2,4,8,12 ώρες. Χρόνος μηδέν θεωρήθηκε η στιγμή που ο ασθενής πέτυχε ένα σκορ 6 στην τροποποιημένη κλίμακα Bromage.

Αποτελέσματα: Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στο NRS pain scores έως και 8 ώρες μεταξύ των δυο ομάδων. Σε χρόνο t=4 ώρες το pain point system scale score (κατανάλωση αναλγητικών) ήταν πολύ υψηλότερη στην «ομάδα ελέγχου».

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

EA29 Αντιμετώπιση Πρωκταλγίας

Φραγκούλη Ιωάννα, Νικολοπούλου Μαρία-Ζοζεφίν, Κανδρεβιώτη Στυλιανή, Νιάκα Αναστασία, Κοκολάκη Μαρία
 Αναισθησιολογικό τμήμα-Ιατρείο πόνου, Γ.Ν. Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πρωκταλγία ορίζεται ο έντονος πόνος, μυϊκός σπασμός στην περιπρωκτική περιοχή. Ταλαιπωρεί αρκετούς ασθενείς που πάσχουν από παθήσεις εντέρου και ορθοπρωκτικές παθήσεις. Σπασμός της περιοχής σημειώνεται και σε έντονο στρες. Σκοπός της μελέτης αποτελεί η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου στο ιατρείο μας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 12 ασθενείς ηλικίας 40-66 ετών, εκ των οποίων 10 ήταν γυναίκες και 2 άνδρες. Από το ιστορικό προέκυψε ότι το σύμπτωμα πρωκταλγίας αφορούσε τις εξής παθήσεις: 4 ασθενείς από ραγάδα πρωκτικού δακτυλίου, 2 από ευερέθιστο έντερο, 4 από δυσκοιλιότητα, 2 (γυναίκες) από δυσμηνόρροια και συνοδό έντονο στρες. Προσήλθαν στο ιατρείο μας με πόνο με VAS s > 8. Σε όλους διενεργήθηκε χειρουργική εκτίμηση. Η θεραπεία επικεντρώθηκε στη διαχείριση των συμπτωμάτων. Ελαβαν φαρμακευτική αγωγή με Zaldiar (παρακεταμόλη/τραμαδόλη), Norgesis (παρακεταμόλη/ορφεναδρίνη) και Argoxia (ετεροκοξίμπη). Επιπροσθέτως, έγιναν διατροφικές συστάσεις για την καλή λειτουργία του εντέρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από μια εβδομάδα θεραπείας, 8 ασθενείς ανέφεραν πόνο με VAS s < 5. Σε δύο, εκ των τεσσάρων ασθενών με ραγάδα δακτυλίου, προστέθηκε Lyrica 75 mg (πρεγκαμπαλίνη) ημερησίως και σε επανεκτίμηση μετά από τέσσερις βδομάδες ο πόνος με κλίμακα VAS s ήταν 5. Μια ασθενής διέκοψε τη θεραπεία και ένας ασθενής αντιμετωπίστηκε με χειρουργική επέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρωκταλγία δεν έχει συγκεκριμένη αιτιολογία, ωστόσο μπορεί να προκληθεί από διάφορες παθήσεις ή καταστάσεις. Ο πόνος εμφανίζεται ξαφνικά και η έντασή του ενδέχεται να επιφέρει νυχτερινή αφύπνιση επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η πρωκταλγία πρέπει να αντιμετωπίζεται με στοχευμένη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και όπου κρίνεται αναγκαίο, με χειρουργική επέμβαση από ειδικό. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της καταλληλότερης θεραπείας αποτελεί το αναλυτικό ιστορικό.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεχειρητική Αναλγησία – Οξύς Πόνος

EA30 Ροπιβακαΐνη έναντι ροπιβακαΐνης και δεξμεδετομιδίνης σε υπερηχογραφικά καθοδηγούμενο TAP block επί πλαστικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης. Επιδράσεις σε οξύ και χρόνιο πόνο

Ιωάννης Κουταλάς, Χριστίνα Ορφανού, Κασσιανή Θεοδωράκη
Α' Ανασθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η παρούσα προοπτική μελέτη είχε στόχο να συγκρίνει την επίδραση της προσθήκης δεξμεδετομιδίνης στο διάλυμα τοπικού αναισθητικού σε σχέση με τη χορήγηση διαλύματος που περιέχει μόνο τοπικό αναισθητικό κατά τη διενέργεια TAP block σε επεμβάσεις πλαστικής αποκατάστασης βουβωνοκήλης με πλέγμα.

Μέθοδοι: 58 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη και τυχαιοποιήθηκαν είτε στην ομάδα χορήγησης διαλύματος 25ml ροπιβακαΐνης 0.5% και 2ml N/S 0.9% (ομάδα R), είτε στην ομάδα χορήγησης διαλύματος 25ml ροπιβακαΐνης 0.5% και 2ml δεξμεδετομιδίνης 0.5 mg/kg (ομάδα RD). Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η βαθμολογία της έντασης του πόνου στην αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης (NRS) κατά την κίνηση 24 ώρες μετεγχειρητικά. Στα δευτερογενή καταληκτικά σημεία της μελέτης συμπεριλαμβάνονταν η βαθμολογία της έντασης του πόνου κατά την ηρεμία και την κίνηση σε διάφορα χρονικά σημεία μετεγχειρητικά, η διεγχειρητική κατανάλωση ρεμφεντανίλης, η κατανάλωση μορφίνης στη Μονάδα Μετανασθητικής Φροντίδας (ΜΜΑΦ) και τις πρώτες 24 ώρες μετεγχειρητικά μέσω αντλίας PCA, η επίπτωση μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου και η τυχόν εμφάνιση χρόνιου πόνου 6 και 12 μήνες μετά το χειρουργείο. Η επίπτωση του χρόνιου πόνου εκτιμήθηκε με τηλεφωνική συνέντευξη 6 και 12 μήνες μετεγχειρητικά.

Αποτελέσματα: Ως προς το πρωτογενές καταληκτικό σημείο, δεν φάνηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Ωστόσο, στην ομάδα RD καταγράφηκε χαμηλότερη κατανάλωση ρεμφεντανίλης (0 [0-0] vs. 0 [0-2.125] mcg/kg, $p < 0.001$), χαμηλότερη κατανάλωση μορφίνης στη ΜΜΑΦ (0 [0-0] vs. 0 [0-2] mg, $p = 0.04$), χαμηλότερη κατανάλωση μορφίνης μέσω αντλίας PCA (0 [0-2] vs. 2 [0-2] mg, $p = 0.01$) και χαμηλότερη NRS βαθμολογία 3 ώρες μετεγχειρητικά τόσο στην ηρεμία όσο και στην κίνηση (2.5 [2-3] vs. 3 [3-3], $p = 0.02$ and 3 [3-3] vs. 3 [3-4], $p = 0.034$, αντίστοιχα), σε σύγκριση με την ομάδα R. Επιπλέον, στην ομάδα RD παρατηρήθηκε σημαντικά χαμηλότερη επίπτωση χρόνιου πόνου 6 μήνες μετεγχειρητικά ($p = 0.025$).

Συμπέρασμα: Η προσθήκη δεξμεδετομιδίνης στο διάλυμα τοπικού αναισθητικού σε TAP block υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση σε επεμβάσεις αποκατάστασης βουβωνοκήλης με πλέγμα φαίνεται να επηρεάζει ορισμένες πτυχές του οξέος και χρόνιου πόνου.

Βιβλιογραφία

- Theodoraki K, Papacharalampous P, Tsaroucha A, Vezakis A, Argyra E. The effect of transversus abdominis plane block on acute and chronic pain after inguinal hernia repair. A randomized controlled trial. *Int J Surg*. 2019;63:63-70.
- Bansal P, Garg S. Effect of Adding Dexmedetomidine to Local Anesthetic Agents for Transversus Abdominis Plane Block: A Meta-analysis. *Clin J Pain*. 2019 Oct;35(10):844-854. doi: 10.1097/AJP.0000000000000742

EA31 Συνεχής περιφερικός νευραξονικός αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου σε ασθενείς με αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα (νόσος Buerger): Καταγραφή περιστατικών

Ζωγραφίδου Πολυξένη¹, Παπαγιαννοπούλου Οφηλία¹, Βαρβέρη Μαριάνθη², Κοράκη Ελένη³

- Ειδικευόμενη Ανασθησιολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης
- Διευθύντρια αναισθησιολογίας ΕΣΥ & Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου <<Παπαγεωργίου>> Γ.Ν Θεσσαλονίκης
- Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα (ΑΘΑ) ή νόσος Buerger, είναι μια μη αρτηριοσκληρωτική τμηματική φλεγμονώδης αποφρακτική αγγειίτιδα που τυπικά επηρεάζει μικρού και μεσαίου μεγέθους αρτηρίες και φλέβες στα άνω και κάτω άκρα. Παρουσιάζουμε το πρωτόκολλο θεραπείας για τη νόσο,

που περιλαμβάνει το συνεχή αποκλεισμό του ισχιακού νεύρου με τοπικό αναισθητικό. **Μέθοδοι-Αποτελέσματα:** Το 1ο περιστατικό είναι ένας άντρας ετών 42, βαρύς καπνιστής, ο οποίος προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω κρίσιμης ισχαιμίας και κυάνωσης 2-3ου δακτύλου ΔΕ άκρου ποδός. Επειτα από κλινικοεργαστηριακό έλεγχο τέθηκε η διάγνωση της νόσου Buerger. Αμεσα παραπέμφθηκε στο ιατρείο πόνου λόγω έντονου άλγους (NRS score 9/10) όπου και πραγματοποιήθηκε άπω αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου με Ropivacaine 0.375% 20ml και τοποθετήθηκε καθετήρας για συνεχή έγχυση. 2 ημέρες αργότερα και με εμφανή βελτίωση της κλίμακας πόνου, διεκπεραιώθηκε διαμετατάρσιος ακρωτηριασμός των δακτύλων και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο λίγες ημέρες αργότερα με αγωγή τόσο για αλγαισθητικό καθώς και νευροπαθητικό πόνο.

Το 2ο περιστατικό είναι γυναίκα ετών 73, η οποία προσήλθε με έντονο άλγος και κρίσιμη ισχαιμία ΔΕ κάτω άκρου στα πλαίσια επανέλεγχου 2 μήνες μετά από ενδαγγειακή αποκατάσταση ΑΚΑ. Από το ατομικό της ιστορικό η ασθενής αναφέρει ΑΥ,ΣΔ, και ΧΑΠ λόγω καπνίσματος (>120 packs/year). Γίνεται έλεγχος της βατότητας του stent και ανευρίσκεται αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα. Λόγω έντονου άλγους παραπέμπεται στο ιατρείο πόνου, όπου και πραγματοποιήθηκε άπω αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου με Ropivacaine 0.375% 20 ml και με τοποθέτηση καθετήρα για καλύτερη ρύθμιση του πόνου. Η νοσηλεία της ασθενούς παρέμεινε πολύμηνη, με αρκετές επανατοποθετήσεις του καθετήρα, όπου και οδηγήθηκε σε ακρωτηριασμό άνωθεν του γόνατος λόγω γάγγραινας ΔΕ άκρου ποδός.

Συμπεράσματα: Η νόσος του Buerger είναι μια κατάσταση που μπορεί να επηρεάσει δραστήρια, νεαρά άτομα. Σε πολλές περιπτώσεις, δεν υπάρχει δυνατότητα επαναγγείωσης για βελτίωση της κατάστασης. Έχουν εγκριθεί για χρήση διαφορετικοί συνδυασμοί φαρμάκων, δόσεων και οδών χορήγησης. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με την καλύτερη φαρμακολογική θεραπεία για ασθενείς με νόσο του Buerger. Γι' αυτό πιστεύουμε πως ένας συνεχής περιφερικός αποκλεισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί εναλλακτική λύση στη θεραπεία του πόνου από τη νόσο Buerger.

EA32 Ανασθησιολογική προσέγγιση επείγοντος χειρουργείου υπερήλικα ασθενούς με πρωτοδιαγνωσθέντα υποθυρεοειδισμό

Παπαδοπούλου Ανδρονίκη, Παπαγιαννοπούλου Πηνελόπη, Βαξεβανίδου Αρχοντία
Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Γ.Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Η χορήγηση αναισθησίας σε υπερήλικα ασθενή με πρωτοδιαγνωσθέντα υποθυρεοειδισμό αποτελεί μια πρόκληση για τον αναισθησιολόγο. Γίνεται παρουσίαση περιστατικού αναισθησιολογικής αντιμετώπισης υπερήλικα ασθενούς με πρωτοδιαγνωσθέντα υποθυρεοειδισμό.

Μέθοδοι: Ασθενής 90 ετών προσήλθε επείγοντως για χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος μηριαίου. Από το ιστορικό του ασθενούς καταγράφηκαν αρκετές συννοσηρότητες, όπως αμυλοείδωση, καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαρυγή, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και σιδηροπενική αναιμία, για τις οποίες λάμβανε χρόνια φαρμακευτική αγωγή. Στο προεγχειρητικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αυξημένη τιμή TSH 81,44 mIU/mL. Ζητήθηκε ενδοκρινολογική εκτίμηση με βάση την οποία ο ασθενής έλαβε 50 mcg θυροξίνης *pos* προεγχειρητικά. Επιλέχθηκε κεντρικός νευρικός αποκλεισμός-υπαρραχνοειδής αναισθησία (7 mg λεβοβουπιβακαΐνης σε όγκο 3 mL για υπαρραχνοειδή έγχυση). Καθόλη την περιεγχειρητική περίοδο ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός. Έλαβε εξιτήριο την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα.

Αποτελέσματα: Η περιοχική αναισθησία χαμηλής δόσης σε υπερήλικα ασθενή με πρωτοδιαγνωσθέντα υποθυρεοειδισμό ήταν εξαιρετικά αποτελεσματική παρέχοντας αναποποιητικό κινητικό και αισθητικό αποκλεισμό χωρίς καρδιαγγειακές και αναπνευστικές επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Η περιοχική αναισθησία σε υπερήλικες ασθενείς με υποθυρεοειδισμό παραμένει μια εξαιρετική αναισθητική επιλογή. Παρόλα αυτά, η ανάγκη ύπαρξης εναλλακτικών τεχνικών αναισθησίας σε αυτούς τους ασθενείς είναι επιβεβλημένη.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεχειρητική Αναλγησία – Οξύς Πόνος

EA33 Αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός του Θυροειδούς νεύρου για Διουρηθρική εκτομή όγκου κύστης υπό ραχιαία αναισθησία

Μαρία Διακομή, Ντέγιαν Βελίκοβιτς, Φίλιππος Μίγγος, Γρηγόρης Αγγελίδης, Ευγενία Κετικίδο
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η διουρηθρική εκτομή όγκων της κύστης (ΔΕΟΚ) αποτελεί την επέμβαση εκλογής για τη διάγνωση και αρχική αντιμετώπιση αυτού του είδους καρκίνου.(1) Η διάτρηση της κύστης συνιστά μείζονα επιπλοκή που έχει σχετιστεί τόσο με την επέμβαση όσο και την αναισθησία.(2) Ο αποκλεισμός του θυροειδούς νεύρου (ΘΝ) ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο του αντανάκλαστικού του ΘΝ έχει προταθεί ως αποτελεσματική στρατηγική προς αποφυγήν αυτής της καταστροφικής επιπλοκής.(2,3) Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με εκτεταμένο όγκο κύστης στον οποίο πραγματοποιήθηκε αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός του ΘΝ.

Μέθοδοι: Ασθενής άρρεν, 85 ετών, κατηγορίας κατά ASA III, προγραμματίστηκε για ΔΕΟΚ. Αφού εξηγήθηκε στον ασθενή η διαδικασία και ελήφθη η γραπτή συγκατάθεσή του, ο υψηλής συχνότητας ηχοβολέας, υπό άσηπτες συνθήκες, τοποθετήθηκε, πρώτα, στην έσω πλευρά της δεξιάς μηριαίας πτυχής και η 50 mm βελόνα του μπλοκ εισήχθη παράλληλα προς τον ηχοβολέα κατευθυνόμενη στο επίπεδο των περιτονιών μεταξύ του κενίτη και του βραχέος προσαγωγού μυός (πρόσθιος κλάδος ΘΝ) και ακολούθως, μεταξύ του βραχέος προσαγωγού και του μέγα προσαγωγού μυός (οπίσθιος κλάδος ΘΝ). Συνολικά χορηγήθηκαν 15 ml διαλύματος ροπιβακαΐνης 0,5% και λιδοκαΐνης 1%. Η ίδια διαδικασία επαναλήφθηκε για τον αποκλεισμό των κλάδων του αριστερού ΘΝ.

Μετά την επιβεβαίωση της αδυναμίας του ασθενούς να προσάγει και τα δύο κάτω άκρα από θέση απαγωγής, πραγματοποιήθηκε ραχιαία αναισθησία (ΡΑ) με τη χορήγηση 3 ml υπερβαρικής βουπιβακαΐνης 0,5% and 10mcg φεντανύλης.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της επέμβασης που διήρκησε 50 λεπτά δεν παρατηρήθηκε αντανάκλαστικό του θυροειδούς. Κανένα άλλο ανεπιθύμητο σύμπτωμα δεν καταγράφηκε.

Συμπέρασμα: Ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να σχεδιάσει το αναισθητικό του πλάνο με στόχο τη μείωση της επίπτωσης των επιπλοκών εξαιτίας σπασμού των προσαγωγών σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΔΕΟΚ. Η ΡΑ σε συνδυασμό με τον αποκλεισμό του ΘΝ έχει δείχθει να υπερτερεί της ΡΑ χωρίς μπλοκ.(3,4) Το περιστατικό μας παρέχει επιπρόσθετη τεκμηρίωση για την ενθάρρυνση εφαρμογής του αποκλεισμού του ΘΝ σε αυτόν τον χειρουργικό πληθυσμό.

Βιβλιογραφία

1. Kim LHC, Patel MI. Transurethral resection of bladder tumour (TURBT). *Transl Androl Urol.* 2020 Dec;9(6):3056-3072.
2. Panagoda PI, Vasdev N, Gowrie-Mohan S. Avoiding the Obturator Jerk during TURBT. *Curr Urol.* 2018 Oct;12(1):1-5.
3. Krishan A, Bruce A, Khashaba S, Abouelela M, Ehsanullah SA. Safety and efficacy of transurethral resection of bladder tumor comparing spinal anesthesia with spinal anesthesia with an obturator nerve block: a systematic review and meta-analysis. *J Endourol.* 2021;35(3):249-258.
4. Wu, J, Gao, Y, Xiong, Z, et al. Comparison of different methods of obturator nerve block in transurethral resection of bladder tumors: A systematic review and network meta-analysis. *Cancer Med.* 2023; 12: 5420- 5435

EA34 Αποκλεισμός διαμερίσματος λαγόνιας περιτονίας (FIB) σε 2 ασθενείς με επιβαρυσμένο καρδιολογικό ιστορικό με οξεία ισχαιμία κάτω άκρου

Περεντέ Μελέτι, Τσαπάρα Βαΐα, Μένης Απόστολος-Αλκιβιάδης, Δημητροπούλου Ιωάννα,
Στεργίουδα Ζωή, Καραμήτσου Αικατερίνη, Τρελλόπουλος Γεώργιος, Τζανακοπούλου Βασιλική
1 Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»
2 Δ' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»
3 Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

ΣΚΟΠΟΣ: Η οξεία ισχαιμία κάτω άκρου ανήκει στις επείγουσες αγγειοχειρουργικές καταστάσεις και χρήζει άμεσα χειρουργικής παρέμβασης. Ο αποκλεισμός της διαμερίσματος της λαγόνιας περιτονίας αποτελεί πρόσθια προσπέλαση οσφυϊκού πλέγματος και παρέχει αναισθησία και αναλγησία στην πρόσθια και έξω πλάγια πλευρά του μηρού και στην έσω επιφάνεια της γαστροκνημίας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση δύο διαφορετικών περιστατικών (ασθενής 1 και ασθενής 2) με επιβαρυσμένο ιστορικό οι οποίοι έπρεπε να υποβληθούν σε επείγουσα εμβολεκτομή κάτω άκρου και στους οποίους η αναισθησιολογική τεχνική που επιλέχθηκε ήταν ο αποκλεισμός διαμερίσματος της λαγόνιας περιτονίας.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Με υπερηχογραφική καθοδήγηση έγινε αναγνώριση των οδηγών σημείων : μηριαία αρτηρία, μηριαίο νεύρο, ο λαγονοψοίτης και ο ραπτικός μυς.

Χρησιμοποιήθηκε βελόνα Contiplex Tuohy, 80mm και 18G και με "In plane" προσπέλαση στον ασθενή 1 έγινε έγχυση 10 ml Lidocaine 1% και 15 ml Ropivacaine 0,375% και στον ασθενή 2 χορηγήθηκαν 20 ml Lidocaine 1% και 20ml Ropivacaine 0,5%.

Επικουρικά χορηγήθηκαν στον ασθενή 1 χορηγήθηκε δεξαμεθαζόνη 8mg, προποφόλη 20 mg και φεντανανύλη 0,15 mg και στον ασθενή 2 χορηγήθηκε κεταμίνη 20mg εφάπαξ και έγινε στάγδην χορήγηση δεξμεδετομιδίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άμεσα μετά την εφαρμογή του αποκλεισμού του διαμερίσματος της λαγόνιας περιτονίας, επιτεύχθηκε επαρκής χειρουργική αναισθησία και στους δύο ασθενείς. Η εμβολεκτομή και στις δυο περιπτώσεις διενεργήθηκε χωρίς επιπλοκές και μετά το πέρας του χειρουργείου, οι ασθενείς επέστρεψαν στην αγγειοχειρουργική κλινική για μετεγχειρητική παρακολούθηση. Κατά την αξιολόγηση της κλίμακας πόνου NRS τα επόμενα 2 εικοσιτετράωρα τα σκορ της έντασης του πόνου ήταν 1/10 και 0/10 αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αποκλεισμός του διαμερίσματος της λαγόνιας περιτονίας αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αναισθησίας σε ασθενείς προς επείγουσα εμβολεκτομή κάτω άκρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Parate LH, Channappa NM, Pujari V, Iyer S. Fascia Iliaca block as the sole anesthesia technique in a patient with recent myocardial infarction for emergency femoral thrombectomy. *Saudi J Anaesth* 2015;9:199-201.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεχειρητική Αναλγησία – Οξύς Πόνος

EA35 Μη αναμενόμενη αύξηση ύψους περιοχικού αποκλεισμού: Παρουσίαση περιστατικού

Γανίτης Εμμανουήλ¹, Κολοκούρης Βενετσάνος², Υφαντίδης Φώτιος³, Σπύρου Ευάγγελος⁴, Βασιλόπουλος Βασίλειος⁵, Λογοθέτη Ελένη⁶

1 Ειδικευόμενος Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου, 2 Επιμελητής Β' Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου, 3 Επιμελητής Α Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου, 4 Ειδικευόμενος Μαιευτικής-Γυναικολογίας Γ.Ν.Βόλου, 5 Ειδικευόμενος Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου, 6 Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογίας Γ.Ν.Βόλου

Εισαγωγή: Ασθενής, θήλυ, 42 ετών, ASA I, εγκυμονούσα στην 17η εβδομάδα κύησης, προσέρχεται για χειρουργική εξαίρεση ευμεγέθους ενδοκοιλιακού μορφώματος που εξορμάτο από την μήτρα. Το μόρφωμα προϋπήρχε της κύησης, αλλά συστήθηκε απλή παρακολούθηση. Προϊούσης της κύησης εμφάνισε μεγάλη αύξηση μεγέθους περί τα 20 cm.

Μέθοδος: Σε καθιστή θέση διενεργήθηκε επισκληρίδιος προσπέλαση με βελόνα Tuohy 18G, στο O2-O3 μεσοσπονδύλιο διάστημα. Ο επισκληρίδιος χώρος ανευρέθηκε στα 5.5cm περίπου. Εγινε υπαραχνοειδής έγχυση 12.5mg βουπιβακαίνης και 25γ φεντανύλης με 25G βελόνη ραχιαίας. Εγινε έλεγχος αισθητικού αποκλεισμού μετά από 15 λεπτά και βρέθηκε ότι ήταν στο ύψος του Θ6. Στη φάση αυτή χορηγήθηκαν επισκληρίδιως 16γ φεντανύλης, 25mg ροπιβακαίνης και 25mg ξυλοκαίνης με σκοπό το επίπεδο του αισθητικού αποκλεισμού να ανέλθει στο Θ4.

Αποτελέσματα: Στα επόμενα 10 min διαπιστώθηκε πως ο αποκλεισμός είχε φτάσει σε επίπεδο ακριβώς άνω των κλειδών (A4). Η ασθενής εμφάνισε αιμωδίες στα άνω άκρα, καθώς και μέτρια πτώση της ΑΠ (της τάξης του 20%), η οποία αντιμετωπίστηκε με χορήγηση στάγδην νορεπινεφρίνης 0.1γ/Kg/min. Η αρτηριακή πίεση αποκαταστάθηκε και παρέμεινε σταθερή καθόλη τη διάρκεια του χειρουργείου. Η χορήγηση νορεπινεφρίνης διεκόπη μία ώρα προ της λήξης του χειρουργείου. Στο τελευταίο ημίωρο του χειρουργείου η ασθενής ανέφερε άλγος στο άνω τμήμα του χειρουργικού πεδίου πλησίον της ξιφοειδούς. Υφέθηκε με χορήγηση επισκληρίδιως 16 γ φεντανύλης, 25 mg ροπιβακαίνης, 25 mg ξυλοκαίνης.

Συμπέρασμα: Η ασθενής διένυε την 17η εβδομάδα της κύησης. Παρά το αρχικό στάδιο κύησης, το ευμεγές λειομόμμα πιθανόν να αποτέλεσε την αιτία αύξησης του ύψους του περιοχικού αποκλεισμού, πιθανότατα λόγω μείωσης του υπαραχνοειδούς/επισκληρίδιου χώρου, ακριβώς όπως συμβαίνει σε προχωρημένη κύηση. Ακόμη και σε ασθενείς με ευμεγέθη όγκο κοιλίας χρειάζεται τροποποίηση (μείωση) του όγκου των τοπικών αναισθητικών που χορηγούνται υπαραχνοειδώς - όπως σε τελεϊόμενες γυναίκες - για να αποφευχθεί η άνοδος του αισθητικού αποκλεισμού σε πολύ υψηλά επίπεδα.

EA36 Η Συμβολή του Υπερηχογραφικά Κατευθυνόμενου Αποκλεισμού του Βραχιόνιου Πλέγματος στην Έκβαση Αρτηριοφλεβικής Επικοινωνίας

Μαρία Διακομή, Φίλιππος Μίγγος, Ελένη Χατζηλιάδου, Ευγενία Κετικίδου
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η επιτυχής αγγειακή προσπέλαση στο άνω άκρο για τη διενέργεια αιμοδιάλυσης είναι καθοριστικής σημασίας για τους ασθενείς σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας. Η αυτόλογη αρτηριοφλεβική επικοινωνία (ΑΦΕ) συνιστά την αγγειακή πρόσβαση εκλογής σε αυτούς τους ασθενείς. Διάφορες τεχνικές (γενική, περιοχική, τοπική αναισθησία) εφαρμόζονται για την επίτευξη χειρουργικής αναισθησίας. Η περιοχική αναισθησία με τη μορφή του υπερηχογραφικά κατευθυνόμενου αποκλεισμού του βραχιόνιου πλέγματος (ΥΚΑΒΠ) συμβάλλει σε αυξημένα ποσοστά επιτυχίας και ωρίμανσης της ΑΦΕ, προκαλώντας περιεχειρητικά επιδράσεις ομοιάζουσες συμπαθεκτομής, με αποτέλεσμα αγγειοδιαστολή και μεγαλύτερη αιματική ροή της ΑΦΕ. Η παρούσα μελέτη εξετάζει τη συμβολή του ΥΚΑΒΠ στην έκβαση -κλινικό αποτέλεσμα της ΑΦΕ.

Μέθοδοι: Μέσω των βάσεων Pubmed και Google Scholar αναζητήθηκαν όλες οι δημοσιεύσεις που περιείχαν στον τίτλο τους τους όρους “anesthesia”, “regional versus local anesthesia”, “regional anesthesia”, “ultrasound guided brachial plexus block”, “brachial plexus block” σε συνδυασμό με τις φράσεις

“arteriovenous fistula” και “end stage renal disease”.

Αποτελέσματα: Οχτώ ετερογενείς δημοσιεύσεις με συνολικά 856 ασθενείς συμπεριλήφθησαν στην μελέτη. Πρόκειται για πέντε τυχαιοποιημένες και τρεις προοπτικές μελέτες. Ο ΥΚΑΒΠ πραγματοποιήθηκε με υπερκλείδια, υποκλείδια ή μασχαλιαία προσπέλαση. Ο ΥΚΑΒΠ, συγκριτικά με την τοπική αναισθησία, σχετίζεται με μεγαλύτερη αύξηση της αιματικής ροής άμεσα και όψιμα μετεγχειρητικά και μεγαλύτερα ποσοστά πρωτογενούς βατότητας της ΑΦΕ. Σε κάποιες από τις μελέτες η χρήση της περιοχικής τροποποίησε το είδος της ΑΦΕ.

Συμπέρασμα: Ο ΥΚΑΒΠ προκαλώντας αγγειοδιαστολή μέσω αγνώστου μηχανισμού που προσομοιάζει την δράση του παρασυμπαθητικού βελτιώνει την βατότητα της ΑΦΕ και πιθανώς τροποποιεί το χειρουργικό πλάνο. Μεγάλης κλίμακας, τυχαιοποιημένες μελέτες, με έμφαση στη διαδικασία τυχαιοποίησης, απαιτούνται για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

EA37 Οσφυϊκό επισκληρίδιο εμβάλωμα αίματος (blood patch) για την θεραπεία της αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης

Ευαγγελία Σαμαρά¹, Αλέξανδρος Γιαννάκης², Τέφα Λουίζα, Παρασκευάς Τσενικλίδης¹, Γκλόρια-Ευδοξία Ιζουντουεμόι¹, Αγάθη Καρακάστα¹, Σπυρίδων Κονιτσιώτης², Πέτρος Τζίμας¹
1. Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
2. Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Σκοπός: Ο επιπολασμός της αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης είναι 2-5:100.000. Ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός είναι άγνωστος. Παρουσιάζεται περιστατικό αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης που αντιμετωπίστηκε με οσφυϊκό επισκληρίδιο blood patch.

Παρουσίαση περιστατικού: Αντρας 33 ετών, επισκέφτηκε το τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αιφνίδιας έναρξης ινιακής κεφαλαλγίας και αυχεναλγίας, μη ανταποκρινόμενης στα απλά αναλγητικά (παρακεταμόλη, ιβουπροφαίνη). Πραγματοποιήθηκε CT εγκεφάλου, η οποία ανέδειξε μη-τραυματικής αιτιολογίας βρεγματική υποσκληρίδια συλλογή (ΔΕ), που επιβεβαιώθηκε και με MRI. Την έβδομη μέρα νοσηλείας, ο ασθενής εμφάνισε αιφνιδίως διπλωπία, πάρεση του απαγωγού νεύρου αριστερά και αυχενική δυσκαμψία. Εγινε οσφονωτιαία παρακέντηση με μέτρηση της πίεσης του ENY (=5mm H₂O) χωρίς σημαντικά κυτταρολογικά, μικροβιολογικά και βιοχημικά ευρήματα. Η διάγνωση της αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης τέθηκε βασιζόμενη στα ευρήματα της MRI και την τιμή της πίεσης του ENY. Αρχικά, ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, θέση Trendelenburg, απλά αναλγητικά από το στόμα και καφεΐνη, παρουσιάζοντας κάποια βελτίωση για λίγες μέρες, ακολουθούμενη από υποτροπή. Προστέθηκε ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη, χωρίς σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων. Μετά από σχετική αναζήτηση της βιβλιογραφίας και ενημερωμένη ενυπόγραφη συγκατάθεση του ασθενούς, πραγματοποιήθηκε επισκληρίδιο blood patch. Αυτόλογο αίμα όγκου 15 ml ελήφθη υπό άσηπτες συνθήκες, και χορηγήθηκε στο επίπεδο O2-O3. Ο ασθενής παρέμεινε σε θέση Trendelenburg για μία ώρα και σε ύπτια θέση για 24 ώρες. Η ύφεση των συμπτωμάτων ήταν άμεση. Μετά από εννέα μήνες ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός και ικανοποιημένος από την θεραπεία.
Συμπέρασμα: Το επισκληρίδιο blood patch είναι μια εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση της αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης, επί αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: Περιεχειρητική Αναλγησία – Οξύς Πόνος

EA38 Παράταση αποκλεισμού πέραν των έξι ωρών μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία σε ορθοπαιδικό χειρουργείο

Βουδατσάκη Ελένη¹, Ιατρέλλη Ιωάννα², Παναγιώτου Ελένη², Οικονόμου Σταυρούλα²
¹ Ειδικευόμενος Ανααισθησιολόγος, Ανααισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Πειραιάς,
² Ανααισθησιολόγος, Ανααισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Πειραιάς

Εισαγωγή: Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού που αντιμετωπίσαμε στο τμήμα μας κατά το οποίο παρατηρήθηκε παράδοξα παρατεταμένη διάρκεια, πέρα των έξι ωρών, της υπαραχνοειδούς αναισθησίας.

Μέθοδοι: Πρόκειται για άρρενα ασθενή 88 ετών που υπεβλήθη σε χειρουργείο αφαίρεσης υλικού αρθροπλαστικής γόνατος και τοποθέτησης spacer λόγω οστεομυελίτιδας του δεξιού γόνατος. Από το ατομικού του αναμνηστικό αναφέρει ΣΝ με τοποθέτηση stent, ΑΥ, ΚΥΠ. Η καρδιολογική εκτίμηση αναφέρει μέτριο προς υψηλό δ εγχειρητικό κίνδυνο. Στο χειρουργείο έγινε υπαραχνοειδής αναισθησία στο 03-04 διάστημα με 23G Quincke και δόθηκε διάλυμα με 20g Fentanyl και 27mg Ropivacaine (μία προσπάθεια και αργή έγχυση). Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός καθόλη τη διάρκεια της επέμβασης. Επικουρικά χρησιμοποιήθηκε dexdor inF 20g/h για αγχώλυση με διατήρηση της απάντησης στα λεκτικά ερεθίσματα.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε παράταση της ραχιαίας αναισθησίας πάνω από τις έξι ώρες που χρειάστηκαν για να ολοκληρωθεί η επέμβαση. Ο ασθενής δεν ανέφερε ποτέ άλγος ή ενόχληση, παρέμεινε ήρεμος μέχρι το τέλος της επέμβασης ενώ κατά τη μεταφορά του από το χειρουργικό τραπέζι στο φορείο διαπιστώσαμε πως ο κινητικός αποκλεισμός είχε υποχωρήσει. Μία ώρα μετά υποχώρησε και ο αισθητικός αποκλεισμός.

Συμπεράσματα: Η περιοχική αναισθησία καταστέλλει τη μετάδοση των νευρικών ώσεων με την επιλεκτική χορήγηση τοπικών αναισθητικών, προκαλώντας απώλεια της αντίληψης του επώδυνου ερεθίσματος σε συγκεκριμένη περιοχή. Η καταστολή αυτή συνήθως περίπου 3 ώρες. Λίγα είναι τα περιστατικά στη βιβλιογραφία όπου παρατηρήθηκε τόσο μεγάλη παράταση της περιοχικής αναισθησίας. Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν το χρόνο του αποκλεισμού και σχετίζονται τόσο με τα τοπικά αναισθητικά και τις φυσικοχημικές τους ιδιότητες όσο και με το επίπεδο του αποκλεισμού, την τεχνική, τις συνθήκες, τα επικουρικά φάρμακα αλλά και τον ίδιο τον ασθενή.

EA39 Ιατρική ευθύνη σχετιζόμενη με περιοχική αναισθησία. Μελέτη αποφάσεων ελληνικών δικαστηρίων

Ευαγγελία Σαμαρά¹, Λάμπρος Τζούμας², Κωνσταντίνος Τζούμας³, Χρήστος Ντάγκας¹, Αγαθή Καρακώστα¹, Γεώργιος Παπαδόπουλος¹, Πέτρος Τζίμας¹

¹ Κλινική Ανααισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
² Νομικός, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η περιοχική αναισθησία και αναλγησία παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα, παρά τις σχετιζόμενες πιθανές επιπλοκές. Δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με την ιατρική αμέλεια που σχετίζεται με την περιοχική αναισθησία στην Ελλάδα. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάδειξη πεδίων υψηλού ρίσκου για δικαστική διαμάχη, καθώς και η καταγραφή των οικονομικών επιπτώσεων των νομικών διενέξεων.

Υλικά και μέθοδοι: Εγινε αναζήτηση στις τράπεζες νομικών δεδομένων για δικαστικές αποφάσεις ποινικού, διοικητικού και πειθαρχικού περιεχομένου, από το 1995 έως το 2020. Οι δικαστικές αποφάσεις αναλύθηκαν σε συνεργασία με τους νομικούς της μελέτης.

Αποτελέσματα: Συνολικά ανευρέθηκαν 26 δικαστικές αποφάσεις σχετιζόμενες με επιπλοκές λόγω περιοχικής αναισθησίας, οι οποίες αφορούσαν σε δέκα (10) υποθέσεις, εκ των οποίων: 8 καταδίκες, 1 παραπομπή σε νέα πραγματογνωμοσύνη και 1 αθώωση. 6 από τις περιπτώσεις αφορούσαν σε επιπλοκές μετά επισκληρίδιο αναισθησία και 2 μετά υπαραχνοειδή αναισθησία. Σε μια περίπτωση υπήρξε συλλογική ευθύνη αναισθησιολόγου και γυναικολόγου/μαιευτήρα και στις υπόλοιπες επτά ιατρική ευθύνη του αναισθησιολόγου για σωματική βλάβη. Η διάρκεια των δικαστικών διενέξεων ήταν 5-16 έτη.

Συμπεράσματα: Η ανάλυση των δικαστικών αποφάσεων συνετέλεσε στην αναγνώριση των αιτιών που οδήγησαν σε επιπλοκές κατά την περιοχική αναισθησία. Η προσεκτική επιλογή ασθενών, η ενημερωμένη συγκατάθεση, οι μη τραυματικές τεχνικές, η τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών, καθώς και η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποφυγή μόνιμης βλάβης.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Διάφορα

EA40 Μετεγχειρητική Αναλγησία σε Παιδιά με Μεθόδους Περιτομικής Αναισθησίας

Κατσανεβάκη Α.¹, Μπαρέκα Μ.², Σάλιαρη Ε.², Νταλούκα Μ.², Κοράκη Ε.¹, Αρναούτογλου Ε.²
¹ Αναισθησιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
² Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Ο μετεγχειρητικός πόνος δυστυχώς ακόμα και σήμερα υποθεραπεύεται, ιδιαίτερα στην ομάδα των παιδιατρικών ασθενών όπου υπάρχει επιπλέον δυσκολία επικοινωνίας. Τόσο η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Αναισθησίας όσο και η έννοια της γρήγορης μετεγχειρητικής ανάρρωσης έχουν ως βασικό πυρήνα τους την αποτελεσματική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου με στρατηγικές πολυπαραγοντικής αναλγησίας, ανάμεσα στις οποίες η περιτομική αναισθησία κατέχει κυρίαρχο ρόλο. Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση διερευνάται η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των τεχνικών και μεθόδων περιτομικής αναισθησίας που εφαρμόζονται σε παιδιατρικούς ασθενείς με στόχο την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου μετά από διάφορες επεμβάσεις.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε εξειδικευμένη (“advanced”) αναζήτηση σε δύο ιστότους: Pubmed και Scopus. Χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικοί συνδυασμοί λέξεων-κλειδιών: “blocks” ή “regional anaesthesia” και “postoperative pain” ή “analgesia” και “children” ή “paed*”, αναζητώντας κλινικές μελέτες (randomized controlled trials / clinical trials) στα αγγλικά που να αφορούν ανθρώπους κάτω των 18 ετών και να έχουν δημοσιευτεί από 01/01/2018 μέχρι και 31/12/2022.

Αποτελέσματα: Η αρχική αναζήτηση ανέδειξε 186 άρθρα, από τα οποία τελικά μελετήθηκαν ποιοτικά 47 τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες από το 2018 ως το 2022 και έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων με δύο αμέσως παλαιότερες συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, επίσης ποιοτικές.

Παρατηρήθηκε αισθητή αύξηση των μελετών πάνω στο θέμα της μετεγχειρητικής αναλγησίας στα παιδιά με περιτομική αναισθησία. Αναμφίβολα συνέβαλε η εφαρμογή νέων απλούστερων και ασφαλέστερων τεχνικών, αλλά και η καθιέρωση των υπερήχων στην καθημερινή εφαρμογή της περιτομικής αναισθησίας.

Συμπεράσματα: Παρά το σημαντικό αριθμό μελετών υπέρ του πλεονεκτικού ρόλου και της ασφάλειας της περιτομικής αναισθησίας στα παιδιά για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, είναι ακόμα ασαφής η ιδανική επιλογή μεθόδου περιτομικής αναισθησίας και η ιδανική δόσολογία/όγκος τοπικού αναισθητικού για έκαστο είδος χειρουργικής επέμβασης. Για το λόγο αυτό απαιτούνται περαιτέρω κλινικές μελέτες που θα διευρύνουν τους ορίζοντές μας στο εν λόγω πεδίο.

EA41 Καταπόνηση της άρθρωσης του γόνατος ανάλογα με την κλίση πέλματος κατά την βάδιση

Βαδαλούκα Νίκη Μαρία¹, Βιολάκης Μάνος², Φλώρος Παναγιώτης³
¹ Διπλωματούχος Μηχανολόγος Μηχανικός, ² Ιατρός Ειδικευόμενος Ορθοπεδικής,
³ Ιατρός Ειδικευόμενος Ορθοπεδικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρούσα εργασία μελετάει τις καταπονήσεις από τις φορτίσεις στην άρθρωση του γόνατος και τις συσπάσεις σε μυϊκές ομάδες που προκαλούν κάμψη και έκταση αυτής, ανάλογα με την κλίση του πέλματος, μέσω των διάφορων υψών τακουνιού των υποδημάτων, κατά την βάδιση.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Για την εργασία αυτή, εξετάστηκαν πέντε κλίσεις πέλματος.

- i. 0° - Barefoot
- ii. 2° - Flat shoes
- iii. 10° - Running Shoes
- iv. 25° - Heels
- v. 45° - High Heels

Η πειραματική διαδικασία εκτελέστηκε στο Κέντρο Ανάλυσης Βάδισης & Κίνησης της ΕΛΕΠΑΠ υπό την καθοδήγηση της ομάδας του εργαστηρίου. Για την καταγραφή και τη μέτρηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν: διάδρομος βάδισης, ο οποίος διαθέτει δύο διαδοχικά δυναμοδάπεδα, δέκα κάμερες τριδιάστατης καταγραφής (3D Vicon Cameras) και δύο δισδιάστατης, οκτώ φορητοί ηλεκτρομυογράφοι (Noraxon 8 channel) και το εμβιομηχανικό μοντέλο Plug In Gait, της εταιρείας VICON, που περιλαμβάνει 16 markers. Μέσω του παραπάνω εξοπλισμού και του σχετικού λογισμικού λήφθηκαν τα χωροχρονικά, κινητικά, κινηματικά και ηλεκτρομυογραφικά δεδομένα για την βάδιση στις διάφορες κλίσεις πέλματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αύξηση της κλίσης του πέλματος, συνεπάγεται αυξημένη καμπτική ροπή στο γόνατο. Η μέγιστη ροπή προσαγωγής εμφανίζεται στη μέγιστη κλίση $\theta=45^\circ$. Τα EMG δεδομένα εμφανίζουν αύξηση στη ένταση αλλά και την χρονική διάρκεια σύσπασης του γαστροκνημίου, του ορθού και οπίσθιου μηριαίου για $\theta=45^\circ$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υφίσταται άμεση συσχέτιση της κλίσης του πέλματος (ύψος τακουνιού) σε χωροχρονικά, κινηματικά, κινητικά και ηλεκτρομυογραφικά δεδομένα στην άρθρωση του γόνατος. Η αυξημένη σε διάρκεια και ένταση σύσπαση των μυών σε υψηλές κλίσεις πέλματος επιφέρει ταχύτερα τον μυϊκό κάματο. Τα κινητικά δεδομένα αφήνουν περιθώρια συσχέτισης για περαιτέρω διερεύνηση, του άλλους στα γόνατα από χρήση ψηλοτάκουνων με τις αυξημένες ροπές.

*Η παραπάνω μελέτη έγινε στο πλαίσιο εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος « Εφαρμοσμένη Εμβιομηχανική και Βιοϊλικά στην Ορθοπεδική» της Ιατρικής σχολής Αθηνών, υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας ορθοπεδικής κας. Ολγα Σαββίδου και του καθηγητή ορθοπεδικής κ. Παναγιώτη Παπαγγελόπουλου.
 Η ομάδα εργαστηρίου της ΕΛΕΠΑΠ: Δημήτρης Πασπαράκης Μάγδα Τζιομάκη, Γκρίμας Γιώργος, Γκετζάκης Ηλίας.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Διάφορα

EA42 Επίτοκος με κύστη Tarlov: πώς μπορούμε να παρέχουμε μαιευτική αναλγησία και αναισθησία; αναφορά δύο περιστατικών

Χριστίνα Ορφανού, Παναγιώτα Παπαχαλαράμπους, Ιωάννης Κουταλάς, Χριστίνα Κουφοπούλου, Κασσιανή Θεοδωράκη
Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι περινευρικές κύστεις (ή κύστεις Tarlov) είναι περινευρικές ανευρυσματικές διευρύνσεις που περιέχουν εγκεφαλονωτιαίο υγρό και εντοπίζονται, συνήθως, στην ιερή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Αποτελούν πρόκληση ως προς την αναισθησιολογική διαχείριση όταν πρόκειται να γίνει κάποια περιοχική τεχνική για αναλγησία ή αναισθησία, όπως για παράδειγμα στον μαιευτικό πληθυσμό. Η σχετική βιβλιογραφική τεκμηρίωση είναι ακόμα ανεπαρκής, αν και ενοχοποιούνται για περιπτώσεις αποτυχίας υπαραχνοειδούς αναισθησίας ή περιπτώσεις εμφάνισης ή επίτασης νευρολογικής συμπτωματολογίας λόγω της κύστης Tarlov.

Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις επιτόκων με κύστη Tarlov. Η πρώτη επίτοκος ήταν πρωτοτόκος, 36 ετών, με ασυμπτωματική κύστη Tarlov, κεφαλουραίας διαμέτρου 3,5 εκατοστών, στο επίπεδο του Ι3 σπονδύλου. Προσήλθε στις 37+3 εβδομάδες κύησης με φαινόμενα τοκετού και υποβλήθηκε σε καισαρική τομή υπό ανεπίτευκτη επισκληρίδιο αναισθησία. Η δεύτερη επίτοκος ήταν πρωτοτόκος, 38 ετών, με ασυμπτωματικές κύστεις Tarlov στις εξόδους των ιερών ριζών, η μεγαλύτερη με εύρος 1.2 εκατοστά (ύψος Ι2-Ι3 σπόνδυλοι) και οστικό οίδημα στην αριστερή ιερολαγόνιο άρθρωση στο Ι1. Προσήλθε για αγωγή τοκετού στις 39+1 εβδομάδες κύησης και αιτήθηκε μαιευτική αναλγησία. Μετά από ορισμένες παρεμβάσεις που δεν είχαν το επιθυμητό αποτέλεσμα (erector spinae plane block, χορήγηση συμβατικής αναλγησίας ενδοφλεβίως και ενδομυϊκώς), η επίτοκος τέθηκε σε ενδοφλέβια ρεμφεντανίλη μέσω αντλίας χορήγησης αναλγησίας ελεγχόμενης από την ασθενή (αντλία PCA), με ικανοποιητικό αναλγητικό αποτέλεσμα.

Αποτελέσματα: Στις δύο επιτόκους με κύστεις Tarlov έγινε εξατομικευμένη προσέγγιση, εκτενής ενημέρωση για τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη αφενός σχετικά με τον τρόπο τοκετού (από τη μαιευτική ομάδα) και αφετέρου σχετικά με την αναισθητική τεχνική (από την αναισθησιολογική ομάδα) και όλες οι πράξεις διενεργήθηκαν μετά από ενημερωμένη γραπτή συγκατάθεση, με πολύ ικανοποιητικό αποτέλεσμα, χωρίς επιπλοκές.

Συμπέρασμα: Σε περιπτώσεις κύστης Tarlov στην ιερή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, χωρίς συμπτωματολογία κατά την περιγεννητική περίοδο, μπορεί να γίνει στάθμιση του πιθανού κινδύνου και του σχετικού οφέλους και να αποφασιστεί η βέλτιστη αναισθητική τεχνική, χωρίς να αποκλείεται η περιοχική νευραξονική αναισθησία.

Βιβλιογραφία

1. Pfund N et al. Successful spinal anaesthesia in a patient with a Tarlov cyst. *Int J Obstet Anesth* (2017), doi.org/10.1016/j.ijoa.2017.10.004
2. Popham PA. Anatomical causes of failed spinal anaesthesia may be commoner than thought. *Br J Anaesth*. 2009;103(3):459. doi:10.1093/bja/aep217
3. Kanagawa A, Matsumiya H, Sasaki M, et al. Large presacral Tarlov cysts in pregnancy. *Clin Case Rep*. 2022;10(5):e05837. Published 2022 May 12. doi:10.1002/ccr3.5837
4. Lin Y, Chen KB, Chen LK. Prolonged postpartum foot drop after cesarean section in a patient with perineural cyst. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2021;60(5):963-964. doi:10.1016/j.tjog.2021.07.040

EA43 Αναισθησία ασθενούς σε πρόγραμμα απεξάρτησης με ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ/ΝΑΛΟΞΟΝΗ

Ιζουντουεμόι Γκλόρια-Ευδοξία, Σουλιώτης-Λύτρας Κυριάκος, Αθανασοπούλου Ειρήνη, Γκαρτζονίκα Αθηνά, Πασσιάς Απόστολος, Τζίμας Πέτρος
1 Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η Βουπρενορφίνη χρησιμοποιείται σε προγράμματα υποβοηθούμενης απεξάρτησης χρηστών και μειώνει την θνητότητα κατά περίπου 37%(1). Προκαλεί έντονο και παρατεταμένο αποκλεισμό των μ-υποδοχέων σε ποσοστό ανάλογο της χορηγούμενης δόσης, εμποδίζοντας την δράση των οπιοειδών. **Μέθοδος:** Ασθενής 40 ετών, που ακολουθεί πρόγραμμα απεξάρτησης με βουπρενορφίνη/ναλοξόνη 20mg ημερησίως, χωρίς άλλα συνοδά προβλήματα, προγραμματίζεται για χειρουργείο παρωτιδεκτομής. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε με γενική αναισθησία άνευ οπιοειδών (OFA), χωρίς διακοπή της αγωγής του. Εφαρμόστηκε το απαραίτητο monitoring/BIS και ξεκίνησε η χορήγηση δεξμεδετομιδίνης 0.5μg/kg, παράλληλα με MgSO₄ 40mg/kg και δεξαμεθαζόνη 8mg. Η εισαγωγή στην αναισθησία έγινε μετά από 10 λεπτά, με διάλυμα Mulier (μείγμα λιδοκαΐνης, κεταμίνης και δεξμεδετομιδίνης-1,5ml/10kg/h), προποφόλη, ροκουρόνιο και διατήρηση με σεβοφλουράνιο και διάλυμα Mulier. Πριν την τομή έγινε διήθηση με τοπικό αναισθητικό και χορήγηση κεταμίνης 25mg και στο τέλος της επέμβασης επαναλήφθηκε η διήθηση με τοπικό αναισθητικό. Διεγχειρητικά θα ελάμβανε κεταμίνη bolus και κατόπιν ρεμφεντανύλη, ως αναλγησία διάσωσης, αν ήταν απαραίτητο.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αποσωληνώθηκε και πήρε εξιτήριο σε 48 ώρες. Σ' αυτό το διάστημα έλαβε παρακεταμόλη/δεξκετοπροφαίνη και βουπρενορφίνη/ναλοξόνη ως ελάμβανε, ενώ ο πόνος παρέμεινε σε κλίμακα NRS 0-2/10. Σε επικοινωνία 30 ημέρες μετά την επέμβαση, ο ασθενής παρέμεινε στο πρόγραμμα απεξάρτησης, χωρίς παλινδρόμηση.

Συμπέρασμα: Η OFA προσέφερε μια ασφαλή αναισθησία και αποτελεσματική αναλγησία σε επέμβαση παρωτιδεκτομής, παρακάμπτοντας τους αποκλεισμένους μ-υποδοχείς και ξεπερνώντας το δίλημμα μεταβολής(2) ή όχι της δοσολογίας(3) βουπρενορφίνης/ναλοξόνης.

Βιβλιογραφία

1. Larochelle MR, Bernson D, Land T, et al. Medication for Opioid Use Disorder After Nonfatal Opioid Overdose and Association With Mortality: A Cohort Study *Ann Intern Med* 2018; 169: 137-45.
2. Acampora GA, Nisavic M, Zhang Yi. *J Clin Psychiatry* 81:1, January/February 2020.
3. ASAM NATIONAL PRACTICE GUIDELINE For Treatment of Opioid Disorder.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: Διάφορα

EA47 Πιλοτική στάθμιση του Survey of Pain Attitudes, the brief version στα Ελληνικά SOPA-Brief

Μάλλιου Κωνσταντίνα, Δαλακάκης Ιωάννης, Παπακωνσταντίνου Παναγιώτα, **Αμανίτη Αικατερίνη**
Μονάδα Χρόνιου Πόνου, Παν Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ/ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η αξιολόγηση του πόνου περιλαμβάνει εργαλεία αυτοαναφοράς για την ένταση και την επίπτωσή του στην ποιότητα ζωής. Οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τον πόνο φαίνεται ότι επηρεάζουν τη θεραπεία και για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία αυτοαναφοράς για την αξιολόγησή τους. Η εργασία αποτελεί την πιλοτική φάση στάθμισης του Ερωτηματολογίου Survey of Pain Attitude, σύντομη μορφή (SOPA Brief, [1]) σε ασθενείς που παρακολουθούνται στη Μονάδα Πόνου του Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ.

Μέθοδοι: Στην πιλοτική φάση το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε 50 ασθενείς ακολουθώντας σκόπιμη δειγματοληψία. Η χορήγηση έγινε κατά την επίσκεψη των συμμετεχόντων στο ιατρείο, ο μέσος χρόνος χορήγησης ήταν 12 λεπτά ανά ασθενή μετά από ενημέρωση και έγγραφη συναίνεση. Μαζί με το SOPA Brief χορηγήθηκε το Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBAPI) [2], σταθμισμένο στα ελληνικά καθώς και το Pain Behaviors και το Pain Coping Strategies μεταφρασμένα στα ελληνικά. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του IBM Statistics SPSS 24.

Αποτελέσματα: Σε αυτή τη φάση, το ερωτηματολόγιο επιδεικνύει ικανοποιητικό δείκτη Cronbach's $\alpha=0,67$ και ενδοταξικό συντελεστή συσχέτισης ICC (Intraclass Correlation Coefficient) = 0,672. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει υψηλές συσχετίσεις (Pearson's correlations) με τις επιμέρους κατηγορίες του PBAPI όσο και με το Pain Behaviors και το Pain Coping Strategies.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι αναμένεται οι ψυχομετρικές ιδιότητες του SOPA Brief να είναι ικανοποιητικές, ενδεχομένως και βελτιωμένες, στο μεγαλύτερο δείγμα της στάθμισης, όπου θα γίνουν και περαιτέρω έλεγχοι της προσαρμοσμένης εκδοχής του εργαλείου.

Βιβλιογραφία

- Tait RC, Chibnall JT. Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. Pain. 1999;70:229-35
- Christakou A, Sakellari V. Validity and reliability of the Greek version of the Pain Beliefs and Perceptions Inventory for patients with chronic pain. Int J Ther Rehabil 2021;28:1-16

EA48 Συγκριτική μελέτη χορήγησης αναισθησίας σε παιδιατρικούς ασθενείς για μιας ημέρας χειρουργείο με χρήση ελάχιστης δόσης οπιοειδών και χωρίς οπιοειδή

Αικατερίνη Ντουζέπη, Αρτεμη Δένδη, Χρήστος Βαϊόπουλος
ΓΝΠΑ "Π&Α Κυριακού", Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η χορήγηση αναισθησίας με χρήση ελάχιστης δόσης ή μη-οπιοειδών περιλαμβάνει μια πολυπαραγοντική τεχνική με μη οπιοειδή φάρμακα που στοχεύουν σε διαφορετικές οδούς αναλγησίας. Οι τεχνικές αυτές μπορεί να μειώσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη χορήγηση οπιοειδών.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια προοπτική, πιλοτική μελέτη σε 20 ασθενείς (12 μηνών ως 5 ετών) που προσήλθαν για χειρουργικές επεμβάσεις μιας ημέρας, υδροκήλης, βουβωνοκήλης και κρυψορχίας. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα χορηγήθηκε αναισθησία χωρίς οπιοειδή. Η αναισθησία και η αναλγησία επιτεύχθηκαν με κεταμίνη (1mg/kg, bolus), δεξμεδετομιδίνη (0,5mcg/kg/hr), τοπικό αναισθητικό (ροπιβακαΐνη 1mg/kg 0,2% TAPblock), παρακεταμόλη (15mg/kg), μη στεροειδή αναλγητικά (δικλοφενάκη 1mg/kg), εισαγωγή αναισθησίας με κεταμίνη (1mg/kg), προποφόλη 1% 2-3mg/kg, ροκουρόνιο 1mg/kg, συντήρηση της αναισθησίας με προποφόλη 1% 5-10mg/kg/ώρα και δεξμεδετομιδίνη (0,5mcg/kg/hr), αναστροφή του ροκουρονίου με sugammadex 2mg/kg. Στη δεύτερη ομάδα χορηγήθηκε γενική αναισθησία με βάση την ελάχιστη δόση οπιοειδών. Η αναισθησία και η αναλγησία επιτεύχθηκαν με φεντανίλη (1mcg/kg), τοπικό αναισθητικό (ροπιβακαΐνη 1mg/kg 0,2% TAPblock), παρακεταμόλη (15mg/

kg), μη στεροειδή αναλγητικά (δικλοφενάκη 1mg/kg). Εισαγωγή αναισθησίας έγινε με προποφόλη 1% 2-3mg/kg, φεντανύλη (1mcg/kg), ροκουρόνιο 1mg/kg, συντήρηση της αναισθησίας με προποφόλη 1% 5-10mg/kg/ώρα και δεξμεδετομιδίνη (0,5mcg/kg/hr) και αναστροφή του ροκουρονίου με sugammadex Η βαθμολογία του πόνου αξιολογήθηκε στη μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας (PACU) με τη χρήση της κλίμακας FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Καταγράφηκαν ο χρόνος παραμονής στη μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας, οι βαθμολογίες πόνου και η ικανοποίηση των γονέων. Μετεγχειρητικά, οι ασθενείς έλαβαν οδηγίες να χρησιμοποιούν παρακεταμόλη ή ιβουπροφαίνη από το στόμα κάθε 6 ώρες ανάλογα με τις ανάγκες αναλγησίας.

Αποτελέσματα: Η ομάδα μελέτης περιελάμβανε 20 ασθενείς ηλικίας 12 μηνών ως 5 ετών. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες 10 ατόμων. Στην πρώτη ομάδα δεν χορηγήθηκαν οπιοειδή, ενώ στη δεύτερη ομάδα χορηγήθηκε ελάχιστη δόση οπιοειδών. Ο χρόνος παραμονής στη μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας κυμαινόταν από 24 έως 102 λεπτά (διάμεσος: 56 λεπτά). Οι βαθμολογίες πόνου FLACC ήταν <5 για όλες τις αξιολογήσεις στην PACU. Κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε επιπλέον αναλγησία με οπιοειδή. Δεκαοχτώ ασθενείς πήραν εξιτήριο στο σπίτι και 2 ασθενείς είχαν προγραμματισμένη παραμονή στο νοσοκομείο. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, οι βαθμολογίες του πόνου ήταν ικανοποιητικές κατά τη διάρκεια των 72 ωρών της μελέτης και το 90% των κηδεμόνων των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι με τον έλεγχο του πόνου του παιδιού τους.

Συμπεράσματα: Αυτή η προσέγγιση με χορήγηση ελάχιστης δόσης ή μη-οπιοειδών παρείχε ασφαλή και αποτελεσματικό έλεγχο του πόνου καθώς και γονική ικανοποίηση μετά από επεμβάσεις μιας ημέρας σε παιδιά. Χρειάζονται πρόσθετες προοπτικές μελέτες για να καθοριστεί εάν αυτά τα σχήματα είναι αποτελεσματικά σε μεγαλύτερη ομάδα ασθενών και για άλλες επεμβάσεις μιας ημέρας νοσηλείας.

EA49 Πνευμονικό οίδημα ως πρώτη εκδήλωση προεκλαμψίας κατά τη διάρκεια του τοκετού

Βασίλης Βασιλόπουλος, **Επιμελήτρια Α' Αναισθησιολογίας Θεοδώρα Μανιά**,
Ειδικευόμενος Μανώλης Γανίτης, Ειδικευόμενος Μαρία - Ευσταθία Τζικοπούλου,
Ειδικευόμενος Βαγγέλης Σπύρου, Διευθύντρια Ελένη Λογοθέτη
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Βόλος, Ελλάδα

Το πνευμονικό οίδημα είναι μια σπάνια επιπλοκή της κύησης που συνήθως σχετίζεται με προεκλαμψία και απαιτεί την άμεση επέμβαση της αναισθησιολογικής ομάδας όταν συμβεί κατά τη διάρκεια του τοκετού. Θα παρουσιάσουμε την περίπτωση μια ασθενούς με προϋπάρχουσα, μέτρια υπέρταση χωρίς λαμβανόμενη αγωγή πριν τη σύλληψη, η οποία ανέπτυξε προεκλαμψία κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής υπό ραχιαία αναισθησία με πνευμονικό οίδημα ως πρώτη εκδήλωση. Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή με μικρές αυξομειώσεις στην αρτηριακή πίεση έως τριάντα λεπτά μετά την έξοδο του νεογνού όταν παραπονέθηκε για δύσπνοια και έντονη κεφαλαγία με ταυτόχρονη αύξηση της αρτηριακής πίεσης και υγρού ήχους ακροαστικά στους πνεύμονες. Η κλινική διάγνωση τέθηκε άμεσα και η ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με διουρητικά, αντιυπερτασική αγωγή, παροχή οξυγόνου και τοποθέτηση σε θέση anti-Trendelenburg χωρίς πρόσθετα συμβάματα έως την έξοδο της από τη ΜΑΦ. Το νεογνό ανέπτυξε ARDS λίγα λεπτά μετά τον τοκετό και απαιτήθηκε διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας παρότι δεν εμφάνισε συμπτωματολογία κατά την εξέταση μετά τον τοκετό. Θα επιχειρήσουμε να αναλύσουμε την παθοφυσιολογία της προεκλαμψίας, να εξετάσουμε την σχετική βιβλιογραφία και τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τα κατάλληλα μέτρα για τη διαχείριση τόσο της προεκλαμψίας όσο και του πνευμονικού οιδήματος και να αναζητήσουμε τη συσχέτιση ανάμεσα στα παραπάνω συμβάματα και τη παθολογία του νεογνού.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA50 Η χρήση της διαδερμικής βουπρενορφίνης στη θεραπεία της οξείας μετα-ερπητικής νευραλγίας: Παρουσίαση περιστατικού**Θεόφιλος Τσολερίδης**

MD, PgDip, MA, MSc, PhD, Διευθυντής ΕΣΥ Αναισθησιολογίας, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

Εισαγωγή: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναφερθεί μια περίπτωση στην οποία τα συνήθη φαρμακευτικά πρωτόκολλα για τη μετα-ερπητική νευραλγία (PHN) οδήγησαν σε ανεπιθύμητες ενέργειες και ανεπαρκή αποτελέσματα. Το αδιέξοδο που προέκυψε σε συνδυασμό με την επιδείνωση της γενικής κατάστασης της ασθενούς και τον διαταγμό της να συμμορφωθεί με την από του στόματος φαρμακευτική αγωγή λόγω φόβου, οδήγησε στην εφαρμογή επιθέματος διαδερμικής βουπρενορφίνης (TDB) μετά από ενημέρωση και γραπτή συγκατάθεση. Η εφαρμογή της TDB σε οξείες περιπτώσεις βρίσκεται ακόμη υπό μελέτη και η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη.

Μέθοδοι: Μια ασθενής ηλικίας 78 ετών που παρουσίαζε έντονη PHN αντιμετωπίστηκε με πρεγκαμπαλίνη και παρακεταμόλη, αλλά παραπονέθηκε για ανεπαρκή έλεγχο του πόνου και έντονη υπνηλία. Εφαρμόστηκε TDB 35 μg/h μετά από γραπτή συγκατάθεση.

Αποτελέσματα: Εξι ώρες αργότερα, η κατάσταση βελτιώθηκε, ενώ πέντε ημέρες αργότερα, η ασθενής είχε ανακάμψει πλήρως. Το επίθεμα αφαιρέθηκε την έκτη ημέρα μετά την εφαρμογή. Κατά την παρακολούθηση μετά από δύο εβδομάδες, δεν αναφέρθηκαν νευροπαθητικά συμπτώματα ή ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπέρασμα: Τα βέλτιστα αποτελέσματα της εφαρμογής TDB αντιπροσωπεύονται ουσιαστικά από τον άριστο και συνεχή έλεγχο του πόνου, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη συμμόρφωση του ασθενούς λόγω των φαρμακολογικών ιδιοτήτων της βουπρενορφίνης και της εύκολης εφαρμογής του επιθέματος. Η ταχεία ανταπόκριση του ασθενούς στην καταπραϊντική δράση της TDB αποτελεί ενθαρρυντικό παράγοντα για την εφαρμογή της σε μελέτες σχετικά με τη ΦΝΕ και τις οξείες κρίσεις πόνου εν γένει.

EA51 Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της διαδερμικής νευρόλυσης με ραδιοσυχνότητες στην ένταση του πόνου και στη ποιότητα ζωής των ασθενών σε διάστημα ενός έτους: αποτελέσματα μια αναδρομικής μελέτης παρατήρησης**Σοφία Παπαντωνάκη**¹, Παναγιώτης Βαρδάκης², Ευαγγελία Γαβριλάκη¹, Αικατερίνη Λάππα¹, Πέτρος Αντωνάκης¹, Περικλής Ζαβρίδης³¹ Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης, *Ηράκλειο Κρήτης, Ελλάδα*, ² Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, *Ηράκλειο, Ελλάδα*, ³ Pain Clinic, *Λευκωσία, Κύπρος*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Χρόνιος Πόνος αναδιαμορφώνει τη ποιότητα ζωής των ασθενών, επηρεάζοντας αρνητικά τις καθημερινές δραστηριότητες, τη σωματική & ψυχική υγεία, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις καθώς και τις αλληλεπιδράσεις στο χώρο εργασίας. Ως εκ τούτου η σχέση χρόνιου πόνου με τη ποιότητα ζωής θα πρέπει να υπολογιστεί ως ένα μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Η διαδερμική νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες, είναι μια ελάχιστα επεμβατική τεχνική, στην οποία χρησιμοποιείται ελεγχόμενη θερμότητα, η οποία οδηγεί στη καταστροφή των ιστών και μείωση του πόνου, τροποποιώντας τη μεταβίβαση των αλγινών ερεθισμάτων. Κύρια ένδειξη της είναι ο χρόνιος ανθεκτικός πόνος πολλαπλής αιτιολογίας.

Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης παρατήρησης, είναι η διερεύνηση της μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητας της διαδερμικής νευρόλυσης με ραδιοσυχνότητες (12 μήνες) στο χρόνιο πόνο και στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην μελέτη αυτή συμπεριλάβαμε 43 ασθενείς (83% γυναίκες και 27% άνδρες) με χρόνιο ανθεκτικό πόνο (οστεοαρθρίτιδα γόνατος, ινιακή κεφαλαλγία, νόσος ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων, νευραλγία τριδύμου) οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν στο ΙΠ ΓΝΑΝ, με τη μέθοδο της νευρόλυσης με

ραδιοσυχνότητες. Για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου χρησιμοποιήθηκε το NRS Score, ενώ για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών το ερωτηματολόγιο ShortForm 12 (SF-12) πριν και 12 μήνες μετά την εφαρμογή της θεραπείας. Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος oneway ANOVA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ένταση του πόνου 12 μήνες μετά την εφαρμογή της θεραπείας από NRS πριν 9,3±1,05 σε NRS μετά 2,3±1,94 (p=0,0000). Επιπλέον, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στη ποιότητα ζωής των ασθενών με βάση τις 2 συνιστώσες του ερωτηματολογίου SF-12: PCS πριν 24,46±4,25 σε PCS μετά 50,9±5,89 (p=0,000) και MCS πριν 27,09±6,5 σε MCS μετά 55,48±5,27 (p=0,0000) μετά την εφαρμογή της νευρόλυσης με ραδιοσυχνότητες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με την παρούσα αναδρομική μελέτη φαίνεται η διαδερμική νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες να έχει μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα στο χρόνιο πόνο και στη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

EA52 Ενδιαφέρουσα περίπτωση αντιμετώπισης χρόνιου πόνου σε ασθενή με μετατραυματικό εξελκυσμό πλέγματος προ 15 έτη, στο ιατρείο πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού**Λέκκα Νεκταρία**¹, Γαβρά Αικατερίνη¹, Χαραλάμπους Νατάσα¹, Χριστοδούλου Ιωάννα¹, Παπαχρήστος Ιωάννης¹, Κορδαλής Νικόλαος²¹ Ιατρείο Πόνου Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού² Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Κλινική Αγίου Παντελεήμονα Λευκωσία

Σκοπός: Παρουσίαση ενός περιστατικού που παραπέμφθηκε στο Ιατρείο πόνου του Νοσοκομείου μας, άντρα, 53 ετών, με χρόνιο επίμονο νευροπαθητικό πόνο από 25 έτη, μετά από τροχαίο, λόγω εξελκυσμού του βραχιονίου πλέγματος αριστερά.

Υλικό και μέθοδος: Άρρεν ασθενής 28 ετών, μετά από τροχαίο με δίκυκλο, υπέστη σοβαρές κακώσεις, και έμεινε διασωληνωμένος για 2 περίπου μήνες στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας. Ο ασθενής από την ώρα που αφυπνίστηκε υπέφερε από παράλυση και ισχυρό πόνο στο αρ. άνω άκρο, συνεπεία εξελκυσμού του βραχιονίου πλέγματος. Ο πόνος αντιμετώπιστηκε αρχικά με συνδυασμό αναλγητικών. Ο ασθενής οδηγήθηκε 6 μήνες αργότερα, για μικροχειρουργική αποκατάσταση στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, με χρήση νευρικών μοσχευμάτων για πρώτη φορά και σε δεύτερο χρόνο σε νέα επέμβαση στο Νοσοκομείο ΚΑΤ. Ο ασθενής λόγω του αθεράπευτου χρόνιου πόνου επισκέφτηκε κλινικές στην Αγγλία, που του προτάθηκε η τοποθέτηση μόνιμου νευροδιεγέρτη, την οποία αρνήθηκε. Όταν ήρθε στο Ιατρείο μας, πριν 2 έτη, είχε ήδη εθιστεί και στο ποτό, λόγω του πόνου. Του χορηγήθηκε ξανά πρεγκαμπαλίνη σε αυξανόμενες δόσεις, ντουλοξετίνη και medotramol, ενώ επικοινωνήσαμε με κέντρο για σταδιακή αποτοξίνωση από το αλκοόλ με ψυχολογική υποστήριξη. Παράλληλα πραγματοποιήσαμε δύο διασκαλινικούς αποκλεισμούς (με μεσοδιαστήματα 9 μηνών), υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και με ταυτόχρονη νευροδιέγερση, με διάλυμα: 5 ml ξυλοκαΐνης 2%, 15 ml ροπιβακαΐνης 0.25% και 40 mg depomedrol.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής σε συντά τα 2 χρόνια που παρακολουθείται από το ιατρείο μας, είναι ευχαριστημένος από τη διαχείριση του πόνου του (NRS score < 4-5), με λίγη μόνο καύσαλγία και αλλοδυνία στην παλάμη, με καλύτερη ποιότητα ύπνου και επιτεύχθηκε πλήρη αποτοξίνωση από το αλκοόλ. Συνεχίζει την αγωγή του πλέον μόνο με πρεγκαμπαλίνη 75 mg, 3 φορές ημερησίως, με ντουλοξετίνη 30 mg και περιστασιακά με medotramol ή παρακεταμόλη.

Συμπέρασμα: Η μετατραυματική κάκωση του βραχιονίου πλέγματος πρέπει να αντιμετωπίζεται χειρουργικά το ταχύτερο δυνατόν από έμπειρους χειρουργούς. Η χειρουργική θεραπεία συχνά δεν έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα, ενώ η εγκατάσταση χρόνιου νευροπαθητικού πόνου ταλαιπωρεί συχνά για πολλά χρόνια τους ασθενείς. Περιοχικοί αποκλεισμοί στην περιοχή, σε ασθενείς με εγκατεστημένο επώδυνο νευροπαθητικό σύνδρομο πιθανά αποτελούν πολλά υποσχόμενη τεχνική διαχείρισης.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA53 Απολογισμός του Ιατρείου Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού κατά τα έτη 2021-2022

Αικατερίνη Γαβρά, **Νεκταρία Λέκκα**, Χάρης Χατζηευαγγέλου, Νίνα Ομπολασβίλη, Κυριάκος Σιακαλλής, Ράσα Ιβανοβιένε
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λεμεσός, Κύπρος

Εισαγωγή: Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας εφόσον απασχολεί ολοένα αυξανόμενο ποσοστό ανθρώπων παγκοσμίως. Σε αυτό το πλαίσιο κρίθηκε αναγκαία η δημιουργία εξωτερικού Ιατρείου Πόνου στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης αποτελεί ο απολογισμός της δράσης του Ιατρείου κατά τα δύο πρώτα έτη λειτουργίας του.

Μέθοδος: Για την αναδρομική αυτή έρευνα μελετήθηκαν ιατρικοί φάκελλοι για τα έτη 2021 και 2022 του Ιατρείου Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Εγινε μια προσπάθεια παρουσίασης των περιστατικών. Επίσης αναζητήθηκαν πρόσφατα άρθρα από βάσεις δεδομένων (Pubmed, Scholar) και επίσημες εκθέσεις από ιστοσελίδες του ΠΟΥ και της IASP.

Αποτελέσματα: Από τη βιβλιογραφική έρευνα αναδεικνύεται το μείζον πρόβλημα του χρόνιου πόνου. Από την αναδρομική επιδημιολογική μελέτη παρατήρησης προκύπτει ότι από τους 82 ασθενείς (54 γυναίκες, 28 άνδρες) που επισκέφθηκαν το Ιατρείο Πόνου, οι 75 παραπέμφθηκαν από τον Προσωπικό τους Ιατρό και οι υπόλοιποι 7 από Ειδικό Ιατρό, κυρίως Νευροχειρουργό. Όλοι οι ασθενείς είχαν διερευνηθεί με απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο πριν την επίσκεψη. Η πλειοψηφία των ασθενών (96,3%) βίωνε πόνο καλοήθους αιτιολογίας, όπως χρόνια οσφυαλγία, αυχεναλγία, ινομυαλγία, μεθέρπητική νευραλγία, διαβητική νευροπάθεια, σπονδυλαρθροπάθεια, οστεοαρθρίτιδα. Η παραπομπή των ασθενών αυτών στο Ιατρείο Πόνου βοήθησε στην αναγνώριση του συνδρόμου πόνου τους, τη διαπίστωση συνύπαρξης νευροπαθητικού πόνου, την έγκαιρη έναρξη φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και τη διενέργεια παρεμβατικών τεχνικών, όπου κρίθηκε αναγκαίο. Όλοι οι ασθενείς επανεκτιμήθηκαν τουλάχιστον μία φορά, μετά από ένα μήνα. Οι περισσότεροι ανέφεραν βελτίωση των συμπτωμάτων τους. Παράλληλα, κάποιος ασθενείς παραπέμφθηκαν και σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (ρευματολόγο, νευρολόγο, ορθοπαιδικό, νευροχειρουργό), καθώς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας (φυσιοθεραπευτή, ψυχολόγο).

Συμπεράσματα: Η εμπειρία από τα δύο πρώτα έτη λειτουργίας του Ιατρείου Πόνου του ΓΝ Λεμεσού κρίνεται ως θετική. Το Ιατρείο Πόνου οφείλει να συνεργάζεται με πολλούς επαγγελματίες υγείας, ώστε να αντιμετωπίζεται ο πόνος και οι επιπτώσεις του στη ζωή των ασθενών ολόπλευρα. Στην Κύπρο γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης του χρόνιου πόνου, η οποία πρέπει να συνεχιστεί και να επεκταθεί.

EA54 Ο ρόλος της Διεπιστημονικής ομάδας στη λειτουργία του Ιατρείου Πόνου

Γιακουμή Ευτυχία¹, Μάκτρα Λουκία², Πουλίδα Σοφία³, Ταρατόρης Πάρης⁴
¹ Κλινική Ψυχολόγος ΚΕΦΙΑΠ Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης
² Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης
³ Αναισθησιολόγος Επιμελήτρια Α΄ Αναισθησιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης
⁴ Φυσικοθεραπευτής Msc Διαχείρισης Γήρανσης και Χρονίων Νοσημάτων, Υπεύθυνος Εργαστηρίου Φυσικοθεραπείας Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης

Εισαγωγή: Το Ιατρείο Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης λειτουργεί από τον Σεπτέμβριο του 2020. Στα 3 χρόνια της αδιάκοπης λειτουργίας του ανταποκρινόμενο στις σύγχρονες και επιτακτικές ανάγκες συνεργάζεται με ειδικότητες θεραπευτών, όπως αυτή του ψυχολόγου και του φυσικοθεραπευτή. Οι αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού, καθώς και οι παραπομπές των ιατρών προς τους ασθενείς οδήγησαν στη συνεργασία των παραπάνω ειδικοτήτων, διαμορφώνοντας έτσι μία ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Μέθοδος: Στην παρούσα ανακοίνωση παρουσιάζεται μέσα από ενδεικτικές μελέτες περιπτώσεων η διαμόρφωση της θεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με χρόνια νευροπαθητικό πόνο. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός περιελάμβανε ιατρικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις, καθώς επίσης ατομικές συνεδρίες με ψυχολόγο που είχαν υποστηρικτικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα. Συχνά οι παρεμβάσεις περιέλαβαν κινησιοθεραπεία και φυσικοθεραπεία.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με ποιοτική εκτίμηση των ειδικών και σύμφωνα με την αυτοαναφορά των ασθενών σταδιακά αναφέρθηκε ηπιότερο βίωμα του πόνου, λιγότερο στρες στην καθημερινή ζωή, πιο λειτουργικές επιλογές σε περιόδους εντονότερου πόνου και βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων. Συμπεράσματα: Φαίνεται, ότι η συνεργασία ποικίλων ειδικοτήτων στο Ιατρείο Πόνου οδήγησε σε πολλαπλά οφέλη για τον ασθενή. Η σύνθεση των θεραπευτικών παρεμβάσεων ευαισθητοποίησαν και ενεργοποίησαν τους ασθενείς όχι μόνο απέναντι στον πόνο, αλλά ολιστικά απέναντι στο σώμα και τον τρόπο ζωής. Ταυτοχρόνως παρατηρήθηκε, ότι ιδιαίτερα στις γυναίκες με ινομυαλγία, μέσω της σταθερής ψυχολογικής υποστήριξης διατηρήθηκε η επικοινωνία ιατρού και ασθενούς. Γενικότερα σε όλους τους ασθενείς με χρόνια νευροπαθητικό πόνο, αξιοσημείωτο είναι το αίσθημα φροντίδας που βίωσαν οι ασθενείς από μία δημόσια δομή υγείας.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA55 Η βελτιστοποιημένη περιεγχειρητική αναλγησία μπορεί να ελαττώσει τη συχνότητα και την ένταση του Πόνου Μέλους φάντασμα (Παρουσίαση περιστατικού)

- I. Κτιστάκης¹, Ε. Αποκορωνιωτάκη², I. Χρονάκης³, I. Σιαφάκα⁴
 1. Επιμ Α Κλινικής Ορθοπεδικής & Τραυματολογίας Γ.Ν. Ρεθύμνου
 2. Νοσηλεύτρια αναισθησιολογίας – Θεραπείας πόνου & Π.Φ. Γ.Ν. Ρεθύμνου
 3. Διευθ. Αναισθησιολογικό τμήμα – Ιατρείο Πόνου & Π.Φ. Γ.Ν. Ρεθύμνου
 4. Ομότιμη καθηγήτρια αναισθησιολογίας - Θεραπείας πόνου & Π.Φ. ιατρική σχολή ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΠΑΡΗ. ΣΥ.Α, Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Αντικαρδιακής Εταιρείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο πόνος μέλους φάντασμα (Phantom Limb Pain-PLP), είναι ο πόνος που γίνεται αντιληπτός στο ακρωτηριασμένο άκρο και συχνά συνοδεύεται από σημαντικό υποφέρειν.. Αυτός ο τύπος πόνου είναι αποτέλεσμα μιας φαινομενικής αναδιοργάνωσης του νευρικού συστήματος που ονομάζεται νευροπλαστικότητα. Όταν ένα μέλος του σώματος βίαια ακρωτηριάζεται, οι νευρώνες που προηγουμένως μετέφεραν τις αισθήσεις από αυτό το μέλος παραμένουν ενεργοί. Αυτό μπορεί οδηγήσει στην αποστολή σημάτων πόνου από τον εγκέφαλο προς την περιοχή όπου βρισκόταν το μέλος με αποτέλεσμα, οι ασθενείς να αισθάνονται πόνο, καψίματα, δόνηση. Η κατάσταση αυτή είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί και μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία και μειωμένη υγεία που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Αρκετοί παράγοντες κινδύνου όπως ο πόνος του κολοβώματος, ο ακρωτηριασμός κάτω άκρου σε σχέση με το άνω άκρο, η έλλειψη συμβουλευτικής πριν και μετά τον ακρωτηριασμό και η κατάθλιψη έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την έναρξη και την συνέχεια του πόνου μέλους φάντασμα. Αντρας 46 ετών διακομίσθηκε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου με αναφερόμενο τροχαίο, δίκυκλο με αυτοκίνητο. Από την τηλεφωνική ενημέρωση του ΕΚΑΒ αναμένονταν ανοικτό κάταγμα κάτω άκρου. Αντιμετώπιστηκε σύμφωνα με το πρωτόκολλο του ATLS αλλά ο τραυματισμός στο αριστερό κάτω άκρο ήταν σημαντικός και το Mangled Extremity Severity Score (MESS score) ήταν πάνω από 8. Ο ασθενής οδηγήθηκε άμεσα στο χειρουργείο για ακρωτηριασμό μέλους και διάσωσης της ζωής. Πραγματοποιήθηκε ακρωτηριασμός άνωθεν του γόνατος και αποφασίστηκε η ραχιαία αναισθησία. Επιπλέον χορηγήθηκε συνεχής έγχυση δεξμεδετομιδίνης όπου ο ασθενής διατηρούσε αυτόματη αναπνοή καθ' όλη τη διάρκεια του χειρουργείου. Στο χειρουργείο χορηγήθηκε αναλγησία με ήπια οπιοειδή και αντιφλεγμονώδη τα οποία συνεχίστηκαν στην κλινική συστηματικά. Βασίζόμενοι λοιπόν στις κατευθυντήριες οδηγίες για τον πόνο μέλους φάντασμα, συναποφασίστηκε η πρώιμη έναρξη πρεγκαμπαλίνης και βενλαφαζίνης στην αναλγητική του αγωγή, τιτλοποιώντας την και σε δεύτερο χρόνο η χρήση επιθεμάτων λιδοκαΐνης. Από τις πρώτες μέρες νοσηλείας του προσφέρθηκε ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη με συνεδρίες με ψυχολόγο. Η καταγραφή της κλίμακας πόνου γινόταν από εξειδικευμένη νοσηλεύτρια. Έτσι ο ασθενής βρισκόταν σε μια φαρμακευτικά ελεγχόμενη κατάσταση αντάξια του τραυματισμού και των προσδοκιών μας. Ένα άλλο ζήτημα που μας απασχόλησε την όψιμη περίοδο παρακολούθησης, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ήταν η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία που αντιμετωπίστηκε κατόπιν συμβουλευτικής συνεδρίας από συνάδελφο ουρολόγο και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Ο πόνος δεν ξεπέρασε ποτέ τη βαθμολογία 3-4 στη κλίμακα VAS, τα νευροπαθητικά συμπτώματα εμφανίστηκαν ελάχιστες φορές, ενώ αντιμετωπίστηκαν με αύξηση της πρεγκαμπαλίνης, Η διάθεση του, τόσο η ψυχολογική όσο και η σεξουαλική σε δεύτερο χρόνο αντιμετωπίστηκε με επιτυχία. Οι ασθενείς με πόνο μέλους φάντασμα, πρέπει να αντιμετωπίζονται από ομάδα ιατρών έγκαιρα ώστε να μην εγκατασταθεί ο χρόνιος πόνος. Οι θεράποντες ιατροί πρέπει να συμβουλευονται και να παραπέμπουν όταν αυτό κριθεί αναγκαίο για τον ασθενή. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν ενεργό ρολό και γνώσεις ψυχολογικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση ασθενών που υφίστανται επέμβαση ακρωτηριασμού.

Βιβλιογραφία :

1. (2004) Pre-amputation Pain and Acute Pain Predict Chronic Pain after Lower Extremity Amputation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(5), 452–459.
2. *J Pain*. 2007 Feb;8(2):102-9. doi: 10.1016/j.jpain.2006.06.004. Epub 2006 Sep 1. Pre-amputation pain and acute pain predict chronic pain after lower extremity amputation.
3. *Neurosci Lett*. 2019 May 29;702:44-50. doi: 10.1016/j.neulet.2018.11.044. Epub 2018 Nov 29.

Pre- and postoperative predictors of phantom limb pain.

4. *Reviv PM R*. 2023 Feb;15(2):235-245. doi: 10.1002/pmrj.12722. Epub 2021 Nov 9.

Percutaneous treatments for residual and or phantom limb pain in adults with lower-extremity amputations: A narrative review

5. *Treatment Recommendations for Phantom Limb Pain in People with Amputations: An Expert Consensus Delphi Study - PM and R 2021 | Journal article - CONTRIBUTORS: Limakatso, K.; Parker, R.*

6. *Optimized Perioperative Analgesia Reduces Chronic Phantom Limb Pain Intensity, Prevalence, and Frequency A Prospective, Randomized, Clinical Trial : Menelaos Karanikolas, M.D., M.P.H.,* Diamanto Aretha, M.D.,*

EA56 Αντιμετώπιση Χρόνιας Οσφυαλγίας σε μεσήλικες ασθενείς με χορήγηση Τραμαδόλης-Παρακεταμόλης

Νικόλαος Χ.Σύρμος^{1,2}, Ελένη Λογοθέτη² Βασίλειος Βασιλόπουλος², Αργύριος Μυλωνάς¹

1. ΤΕΦΑΑ-Α.Π.Θ., 2 Γ.Ν. Βόλου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρόνια οσφυαλγία αποτελεί δυσάρεστη-επώδυνη κατάσταση που εμποδίζει σημαντικά την καθημερινότητα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 10 μεσήλικες άρρενες ασθενείς ηλικίας 50 με 60 έτη, με χρόνια οσφυαλγία χορηγήθηκαν 37.5 mg υδροχλωρική τραμαδόλης και 325 mg παρακεταμόλης δύο φορές την ημέρα για 14 ημέρες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 9 περιπτώσεις -90% - είχαμε σαφή βελτίωση των επώδυνων συμπτωμάτων και επάνοδο στην προπόνηση και την αθλητική δραστηριότητα.

Σε 1 περίπτωση -10%-υπήρξε παραμονή των επώδυνων ενοχλήσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία αυτή, φαίνεται σε συνδυασμό με την αποκατάσταση-φυσικοθεραπεία-ανάπαυση να έχει καλά αποτελέσματα. Οι επώδυνες καταστάσεις χρήζουν κατάλληλης αξιολόγησης-θεραπευτικής προσέγγισης.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: Χρόνιος Πόνος II

EA57 Ενδοαρθρική έγχυση διαλύματος φαιντανύλης, δεξαμεθαζόνης, κλονιδίνης, ροπιβακαΐνης και δεξτρόζης κατά του πόνου από οστεοαρθρίτιδα γονάτος: Παρουσίαση περιστατικού**Θεόφιλος Τσολερίδης¹**, Αλέξανδρος Πίττας²¹ MD, PgDip, MA, MSc, PhD Διευθυντής ΕΣΥ Αναισθησιολογίας, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου² MD, Επιμελητής Α Ορθοπεδικής, Ορθοπεδικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

Εισαγωγή: Σκοπός της εργασίας, είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού που αφορά μια ασθενή με οστεοαρθρίτιδα γονάτου, όπου τόσο η φαρμακολογική αλλά και η μη φαρμακολογική θεραπεία αποδείχθηκαν ανεπαρκείς, ενώ η συνολική της κατάσταση, δεν της επέτρεπε να υποβληθεί σε επέμβαση αρθροπλαστικής. Μπροστά σε αυτό το αδιέξοδο, αποφασίστηκε μια ενδοαρθρική έγχυση διαλύματος, με σκοπό μια πολυπαραγοντική προσέγγιση. Δεν υπάρχει βιβλιογραφία σχετικά με παρόμοια θεραπεία.

Μέθοδοι: Μια ασθενής 81 ετών με οστεοαρθρίτιδα γονάτου βρισκόταν υπό αγωγή αρχικά με παρακεταμόλη και δικλοφενάκη και αργότερα με συνδυασμό τραμαδόλης και δεξκετοπροφαΐνης χωρίς βελτίωση της κατάστασής της έπειτα από δυο μήνες θεραπείας. Στη συνέχεια η ασθενής υποβλήθηκε σε ενδοαρθρικές εγχύσεις υαλουρονικού οξέος αρχικά και εμπλουτισμένου πλάσματος με αιμοπετάλια αργότερα, οι οποίες και πάλι δεν είχαν αποτέλεσμα. Σε αυτό το σημείο αποφασίστηκε ενδοαρθρική έγχυση διαλύματος που περιείχε φαιντανύλη 50 mcg, δεξαμεθαζόνη 8 mg, κλονιδίνη 150 mcg, ροπιβακαΐνη 7,5% 5 ml, δεξτρόζη 30% 5 ml και φυσιολογικό ορό 0,9% 5 ml έπειτα από ενημέρωση και έγγραφη συγκατάθεση της ασθενούς.

Αποτελέσματα: Η θεραπεία απέφερε απουσία πόνου η οποία διήρκεσε για περίπου δυο χρόνια. Συμπέρασμα: Καθώς η ασθενής δεν ανταποκρινόταν στις φαρμακολογικές και επεμβατικές αναλγητικές τεχνικές, δεν ήταν επιλέξιμη για ενδοαρθρική έγχυση βλαστοκυττάρων και η κατάστασή της δεν της επέτρεπε να υποβληθεί σε επέμβαση αρθροπλαστικής, η αλγολογική της κατάσταση επέβαλλε την ανάγκη για αναζήτηση μιας διαφορετικής προσέγγισης. Η έγχυση του προαναφερόμενου πολυπαραγοντικού διαλύματος, φέρεται να προσφέρει ικανοποιητικά και ενθαρρυντικά αποτελέσματα καθώς η ποιότητα ζωής της ασθενούς βελτιώθηκε σημαντικά τόσο σωματικά, όσο και ψυχολογικά. Οι συγγραφείς σχεδιάζουν να εκτελέσουν μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε μεγαλύτερη κλίμακα.

EA58 Αντιμετώπιση χρόνιας Οσφυαλγίας-Ισχιαλγίας σε Ερασιτέχνες αθλητές με χορήγηση Νατριούχου Δικλοφενάκης**Νικόλαος Χ. Σύρμος¹**, Ελένη Λογοθέτη², Αργύριος Μυλωνάς¹, Χρήστος Γρηγοριάδης³, Σωτήριος Κώττας³¹ ΤΕΦΑΑ-Α.Π.Θ., ² Γ.Ν. Βόλου, ³ Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρόνια οσφυαλγία-ισχιαλγία αποτελεί δυσάρεστη-επώδυνη κατάσταση που εμποδίζει σημαντικά την επίδοση και την απόδοση των αθλητών σε ερασιτεχνικό επίπεδο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 10 ερασιτέχνες άρρνες αθλητές ηλικίας 25 με 35 έτη, με χρόνια οσφυαλγία-ισχιαλγία χορηγήθηκαν 75 mg νατριούχου δικλοφενάκης δύο φορές την ημέρα για 21 ημέρες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 8 περιπτώσεις -80% - είχαμε σαφή βελτίωση των επώδυνων συμπτωμάτων και επάνοδο στην προπόνηση και την αθλητική δραστηριότητα.

Σε 2 περιπτώσεις -20%-υπήρξε παραμονή των επώδυνων ενοχλήσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία αυτή, φαίνεται σε συνδυασμό με την αποκατάσταση-φυσικοθεραπεία-ανάπαυση να έχει καλά αποτελέσματα. Οι επώδυνες καταστάσεις κατά την άθληση χρήζουν κατάλληλης αξιολόγησης-θεραπευτικής προσέγγισης.

EA59 Παρέμβαση ιατρείου πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού σε ασθενή με έντονο, χρόνια νευροπαθητικό πόνο, με δεξιά πλεξοπάθεια βραχιονίου πλέγματος ως επιπλοκή, λόγω θέσης του μέλους, σε πολύωρη χειρουργική επέμβαση**Λέκκα Νεκταρία**, Βασιλική Κωνσταντάκη, Μυριάνθη Αγγελίδου, Χάρης Χατζηευαγγέλου, Κορδαλής Νικόλαος, Κατερίνα Γαβρά

Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λεμεσός-Κύπρος

Εισαγωγή: Παρουσίαση ενός περιστατικού, που παραπέμφθηκε στο ιατρείο πόνου του Νοσοκομείου μας, για περαιτέρω αντιμετώπιση, άνδρα 44 ετών, με δεξιά βραχιόνια πλεξοπάθεια, μετά από πολύωρη επέμβαση στην κοιλιακή χώρα, 6 μήνες μετά την επέμβαση.

Μέθοδος: Ο ασθενής υποβλήθηκε τον Ιανουάριο του 2019 σε μείζονα -πολύωρη (10 ωρών), επέμβαση στην κοιλιακή χώρα (παγκρεατεκτομή, χολοκυστεκτομή, σπληνεκτομή). Ο ασθενής νοσηλεύτηκε για 2 μέρες διασωληνωμένος στη ΜΕΘ, ενώ μετά την αφύπνισή του παραπονέθηκε για αδυναμία κίνησης του δε άνω άκρου και πόνο, με αίσθημα "καύσου και πάγου". Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε δε. βραχιόνιο πλεξοπάθεια (κυρίως κερκιδικού και μέσου ν.). Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με κορτιζόνη, σύμπλεγμα βιταμινών Β, με γκαμπαπεντίνη, με αντιφλεγμονώδη, οπιοειδή και εντατική φυσιοθεραπεία με TENS, υδροθεραπείες κ.α. Όταν ο ασθενής προσήλθε σε εμάς έπαιρνε αγωγή από Νευρολόγο με: 2700 mg γκαμπαπεντίνης, αμινοτριπυλίνη 25mg, διαζεπάμη 10mg, τραμανδόλη 200mg/day στα οποία ο ασθενής προσέθετα και αντιφλεγμονώδη και κωδεΐνη με παρακεταμόλη. Εμείς τροποποιήσαμε την αγωγή σταδιακά με τα οπιοειδή και σε 3 μέρες πραγματοποιήσαμε και διασκαληνικό αποκλεισμό με ροπιβακαΐνη 0,5% και 4 mg δεξαμεθαζόνη.

Αποτελέσματα: Μετά τη διενέργεια του αποκλεισμού, ο ασθενής ανέφερε βελτίωση των συμπτωμάτων και σταδιακά διέκοψε, μετά από 4 μήνες και τα οπιοειδή. Ενα χρόνο αργότερα ο ασθενής λαμβάνει γκαμπαπεντίνη 1800mg, αμινοτριπυλίνη 25mg, διαζεπάμη 5 mg και περιστασιακά χάπια κωδεΐνης. Συμπέρασμα: Η μη σωστή θέση του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι μπορεί να οδηγήσει σε κακώσεις νευρών (για το άνω άκρο) παροδικές ή και μόνιμες (βραχιονίου πλέγματος). Απαιτείται ταχεία διερεύνηση, καλή νευρολογική εκτίμηση και αποκατάσταση αυτών των ασθενών μετεγχειρητικά. Ο διασκαληνικός αποκλεισμός υπόσχεται πολλά στη διαχείριση του χρόνιου πόνου σε αυτούς τους ασθενείς.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Επικαιροποίηση Γνώσεων

EA60 Πως η αποδοχή του χρόνιου πόνου επηρεάζει την εμπειρία του. Μία κοντινή ματιά στη συμβολή του MINDFULNESS μέσα από το ερωτηματολόγιο CPAQ-8

Δέσποινα Γιαννούλη¹, Ντόνικα Ζαΐμη², Γιώργος Φρατζέσκος³, **Μαρία Κοκολάκη⁴**
 1 Πιστοποιημένη Δασκάλα Mindfulness, 2 Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», 3 Διευθυντής Αναισθησιολογίας, Ιατρείο Πόνου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου-ΠΑΓΝΗ, 4 Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Αττικής «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια δίνεται όλο και μεγαλύτερη έμφαση στη διαχείριση του χρόνιου πόνου με μέσα πέρα από τα παραδοσιακά, στα οποία περιλαμβάνεται η αποδοχή του μέσα από την παρέμβαση με βάση το Mindfulness (Ενσυνειδητότητα). Η αποδοχή του πόνου είναι η διαδικασία όπου σταματά η πάλη με τον πόνο, και ο ασθενής μαθαίνει να συνεχίζει τη ζωή του με αυτόν ως μέρος της.

Μεθοδολογία: Το βασικό εργαλείο μέτρησης της αποδοχής του πόνου είναι το ερωτηματολόγιο Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και αξιολογεί την αποδοχή του πόνου σε 2 επίπεδα: α) τη συμμετοχή σε δραστηριότητες, και β) τη συμφωνία με τον πόνο. 58 ασθενείς με χρόνια πόνο συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο αυτό πριν τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα 8εβδ. “Mindfulness for Health” της Breathworks, και 43 ασθενείς το συμπλήρωσαν στο τέλος του. Η συμπλήρωση ήταν προαιρετική και ανώνυμη. Οι ομάδες έλαβαν χώρα διαδικτυακά από τον Ιανουάριο 2022 ως τον Ιούνιο 2023. Επίσης, μέρος της αρχικής ομάδας (48 άτομα) συμπλήρωσε την κλίμακα έντασης παρόντος πόνου (PPI) στην αρχή και το τέλος του προγράμματος.

Αποτελέσματα: Η συνολική αποδοχή του πόνου φαίνεται να αυξάνεται κατά 12,8% με το πέρας του προγράμματος. Στους επιμέρους δείκτες, η πρόθεση για συμμετοχή σε δραστηριότητες είναι αυξημένη κατά 12%, ενώ η συμφωνία με τον πόνο (που έχει να κάνει με την αναγνώριση ότι η αποφυγή και ο έλεγχος δεν αποτελούν αποτελεσματική μέθοδο για την προσαρμογή στον πόνο), είναι αυξημένη κατά 13,9%. Ταυτόχρονα, 48 άτομα από την αρχική ομάδα σημείωσαν μείωση του παρόντος πόνου κατά 34%.

Συμπέρασμα: Ερευνες δείχνουν ότι η αποδοχή του πόνου οδηγεί το άτομο σε καλύτερη συναισθηματική και σωματική λειτουργία, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα της ζωής του. Το πρόγραμμα των 8εβδ. Mindfulness for Health φαίνεται να συμβάλλει θετικά στην αποδοχή του πόνου και τη μείωση της έντασης από την εμπειρία του.

EA61 Ενδοαρθρική έγχυση υαλουρονικού οξέος στην οστεοαρθρίτιδα γόνατος: Σύνοψη Ανασκόπησης

Μ. Ρεκατσίνια¹, Ι. Σιαφάκα², Α. Βαδαλούκα³

1 MD, MSc, PhD, FFPMRCA, EDPM, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας,

Α ‘ Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

2 Ομότιμη καθηγήτρια αναισθησιολογίας - Θεραπείας πόνου & Π.Φ. ιατρική σχολή ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας

3 Αναπλ. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) είναι μια κοινή εκφυλιστική διαταραχή με αυξανόμενο επιπολασμό. Παγκοσμίως, ο μισός πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω πάσχει από ΟΑ, με την ΟΑ γόνατος τον πιο κοινό τύπο, η οποία χαρακτηρίζεται από πόνο και αναπηρία στις αρθρώσεις, ενώ παθοφυσιολογικά υπάρχει βλάβη του αρθρικού χόνδρου, αλλαγή στο υποχόνδριο οστό, φλεγμονή, σχηματισμός οστεόφυτων και κύστεων, πάχυνση της αρθρικής κάψας και απώλεια αρθρικού χώρου. Στην ανάπτυξη της ΟΑ του γόνατος, μια αξιοσημείωτη μείωση της συγκέντρωσης και του μοριακού βάρους της ενδογενούς ΗΑ οδηγεί τελικά σε μειωμένες ιξωδοελαστικές ιδιότητες του αρθρικού υγρού και επαγωγή φλεγμονής. Το υαλουρονικό οξύ (ΗΑ) είναι αναπόσπαστο συστατικό του αρθρικού υγρού και χρησιμοποιείται συχνά στην κλινική πράξη για τη θεραπεία της ΟΑ του γόνατος, καθώς αποτελεί λιπαντικό των αρθρώσεων κατά τη διατμητική τάση και λειτουργεί αποσβεστικά στους κραδασμούς κατά τη θλιπτική τάση. Επομένως, ο σκοπός της ενδοαρθρικής έγχυσης εξωγενούς ΗΑ είναι να αντικαταστήσει το έλλειμμα που προκαλείται από την ΟΑ και να διεγείρει την παραγωγή ενδογενούς ΗΑ. **Σκοπός:** Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ενδοαρθρικής έγχυσης υαλουρονικού οξέος σε σχέση με το μοριακό του βάρος, στην οστεοαρθρίτιδα γόνατος.

Μέθοδος: Βιβλιογραφική αναζήτηση σε PubMed/Medline, Scopus και Cochrane χρησιμοποιώντας αναζητήσιες λέξεις-κλειδιά για τη δημιουργία λιστών άρθρων που ελέγχθηκαν ως προς τη συνάφεια ανά τίτλο και περίληψη για να δοθεί μια τελική λίστα άρθρων για ανασκόπηση πλήρους κειμένου.

Συμπέρασμα: Το ΗΑ μπορεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα της ΟΑ του γόνατος μέσω πολλαπλών οδών, συμπεριλαμβανομένης της αναστολής των ενζύμων αποδόμησης χόνδρου και των φλεγμονωδών διεργασιών, της διέγερσης του μεταβολισμού των χονδροκυττάρων και της σύνθεσης των συστατικών της μήτρας του αρθρικού χόνδρου.

Προϊόντα ΗΑ MB 500-4000 KDa (μέσου μοριακού βάρους) φαίνεται να ευνοούν την ενδογενή βιοσύνθεση του ΗΑ από τα κύτταρα του αρθρικού υμένα. ΥΑ με μέσο εύρος μοριακού βάρους 500-1.000 kDa (μέσου μοριακού βάρους), διασφαλίζουν καλύτερη πρόσδεση στους υποδοχείς εμποδίζοντας την εξέλιξη της φλεγμονής ενώ μεγαλύτερα μόρια ΗΑ μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματικά όσον αφορά τη διείσδυση στον αρθρικό υμένα.

Xing D, Wang B, Liu Q, Ke Y, Xu Y, Li Z, Lin J. Intra-articular Hyaluronic Acid in Treating Knee Osteoarthritis: a PRISMA-Compliant Systematic Review of Overlapping Meta-analysis. *Sci Rep.* 2016 Sep 12;6:32790.

Grogan, K. A., Chang, T. J., & Salk, R. S. (2009). Update on viscosupplementation in the treatment of osteoarthritis of the foot and ankle. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*, 26(2), 199-204.

Maheu E, Rannou F, Reginster JY. Efficacy and safety of hyaluronic acid in the management of osteoarthritis: Evidence from real-life setting trials and surveys. *Semin Arthritis Rheum.* 2016;45(4 Suppl):S28-S33.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Επικαιροποίηση Γνώσεων

EA62 N-Ακετυλοκυστεΐνη: Μια Αναδυόμενη Επικουρική Θεραπεία για την Ανακούφιση του Πόνου και την Ενίσχυση της ΑναλγησίαςΘαλής Ασημακόπουλος¹, Κασσιανή Θεοδωράκη²¹ 6οετής Φοιτητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Αναισθησιολογική Κλινική Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
² MD, PhD, DESA, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Διευθύντρια Α' Αναισθησιολογικής Κλινικής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή: Η διαχείριση του πόνου αποτελεί μια σύνθετη πρόκληση που επιβάλλει τη διερεύνηση νέων συμπληρωματικών θεραπειών για την ενίσχυση της αναλγησίας. Η N-ακετυλοκυστεΐνη (NAC), πρόδρομο ουσία της αντιοξειδωτικής γλουταθειόνης, έχει μελετηθεί για τις πιθανές αναλγητικές της ιδιότητες και την ικανότητά της να ρυθμίζει τις οδούς του πόνου. Αυτό το mini-review έχει ως στόχο να παρουσιάσει ένα κομμάτι της τρέχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με το ρόλο της NAC ως αναδυόμενης επικουρικής θεραπείας για την ανακούφιση από τον πόνο.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μια ενδελεχής αναζήτηση σε σχετικές βάσεις δεδομένων και επιλογή δέκα βασικών μελετών, τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στην παρούσα ανασκόπηση. Η βιβλιογραφία που επιλέχθηκε, επικεντρώνεται στην ανάλυση των νευροβιολογικών μηχανισμών, σε προκλινικά μοντέλα καθώς και κλινικές δοκιμές που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της NAC σε διάφορες καταστάσεις πόνου.

Αποτελέσματα: Οι μελέτες που εξετάστηκαν ανέδειξαν τις προοπτικές της NAC ως συμπληρωματικής θεραπείας αντιμετώπισης του πόνου. Οι νευροπροστατευτικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες της NAC σε ζωικά μοντέλα υπογραμμίζουν την ικανότητά της να μειώνει το οξειδωτικό στρες, να τροποποιεί τη νευροπλαστικότητα και να μπλοκάρει τα μονοπάτια σηματοδότησης του φλεγμονώδους και νευροπαθητικού πόνου. Επιπλέον, η NAC παρουσιάζεται πολλά υποσχόμενη και σε κλινικές δοκιμές ασθενών με χρόνιο πόνο, βελτιώνοντας την ένταση του πόνου, τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής. Τέλος, η ταυτόχρονη χορήγηση NAC με παρακεταμόλη φαίνεται να οδηγεί σε δοσοεξαρτώμενη αύξηση των αναλγητικών επιδράσεων της δεύτερης, μειώνοντας παράλληλα την ηπατοτοξικότητα.

Συμπεράσματα: Η N-ακετυλοκυστεΐνη έχει προοπτικές ως μια αναδυόμενη συμπληρωματική αναλγητική θεραπεία με σαφείς αντιοξειδωτικές, αντιφλεγμονώδεις και νευροπροστατευτικές ιδιότητες. Τα στοιχεία από τα ζωικά μοντέλα είναι ισχυρά, ενώ τα υπάρχοντα διαθέσιμα κλινικά δεδομένα αν και πιο περιορισμένα, υποδηλώνουν επίσης τα πιθανά οφέλη της NAC στην ανακούφιση του χρόνιου πόνου. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα, συμπεριλαμβανομένων καλά σχεδιασμένων κλινικών δοκιμών, για να διευκρινιστεί το ιδανικό θεραπευτικό σχήμα και οι πληθυσμοί ασθενών που μπορεί να ωφεληθούν περισσότερο από τη συμπληρωματική χορήγηση NAC

Βιβλιογραφία

1. A, H., De Souza, J., Santos, M. D. C. Q., Riffel, A. P. K., Kolberg, C., & Partata, W. A. (2017). Effects of N-acetylcysteine on spinal cord oxidative stress biomarkers in rats with neuropathic pain. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 50(12). <https://doi.org/10.1590/1414-431x20176533>
2. Bernabucci, M., Notartomaso, S., Zappulla, C., Fazio, F., Cannella, M., Motolese, M., Battaglia, G., Bruno, V., Gradini, R., & Nicoletti, F. (2012). N-Acetyl-Cysteine Causes Analgesia by Reinforcing the Endogenous Activation of Type-2 Metabotropic Glutamate Receptors. *Molecular Pain*, 8, 1744–1777. <https://doi.org/10.1186/1744-8069-8-77>
3. Elberry, A. A., Sharkawi, S. M., & Wahba, M. G. F. (2019). Antinociceptive and anti-inflammatory effects of N-acetylcysteine and verapamil in Wistar rats. *The Korean Journal of Pain*, 32(4), 256–263. <https://doi.org/10.3344/kjp.2019.32.4.256>
4. Horst, A., Kolberg, C., De Moraes, M. S., Riffel, A. P. K., Finamor, I., Belló-Klein, A., Pavanato, M. A., & Partata, W. A. (2014). Effect of N-acetylcysteine on the spinal-cord glutathione system and nitric-oxide metabolites in rats with neuropathic pain. *Neuroscience Letters*, 569, 163–168. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2014.03.063>
5. Mehrpour, O., & Ballali-Mood, M. (2011). Why Not Formulate an Acetaminophen Tablet Containing N-Acetylcysteine to Prevent Poisoning? *Journal of Medical Toxicology*. <https://doi.org/10.1007/s13181-010-0126-2>
6. Khalefa HG, Shawki MA, Aboelhassan R, El Wakeel LM. Evaluation of the effect of N-acetylcysteine on the prevention and amelioration of paclitaxel-induced peripheral neuropathy in breast cancer patients: a randomized controlled study. *Breast Cancer Res Treat*. 2020 Aug;183(1):117-125. doi: 10.1007/s10549-020-05762-8. Epub 2020 Jun 29. PMID: 32601973.
7. Mohiuddin, M., Pivetta, B., Gilron, I., & Khan, J. S. (2021). Efficacy and Safety of N-Acetylcysteine for the Management of Chronic Pain in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Medicine*, 22(12), 2896–2907. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab042>

8. Nakhaee S, Dastjerdi M, Roumi H, Mehrpour O, Farrokhfall K. N-acetylcysteine dose-dependently improves the analgesic effect of acetaminophen on the rat hot plate test. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2021 Jan 7;22(1):4. doi: 10.1186/s40360-020-00469-4.
9. Owumi, S. E., Andrus, J., Herzenberg, L. A., & Herzenberg, L. A. (2015). Co-administration of N-Acetylcysteine and Acetaminophen Efficiently Blocks Acetaminophen Toxicity. *Drug Development Research*, 76(5), 251–258. <https://doi.org/10.1002/ddr.21262>
10. Schwalfenberg, G. (2021). N-Acetylcysteine: A Review of Clinical Usefulness (an Old Drug with New Tricks). *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2021, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2021/9949453>

EA63 Πλήρως εμφυτευμένα συστήματα Αναλγησίας (IDDS)Βαδαλούκα Α.¹, Ρεκατσίου Μ.², Σιαφάκα Ι.³¹ Αναπλ. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ² MD, MSc, PhD, FFPMRCA, EDPM, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας,

Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

³ Ομότιμη καθηγήτρια αναισθησιολογίας - Θεραπείας πόνου & Π.Φ. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας

Οι ασθενείς που υποφέρουν από Χρόνιο Καλοήγη ή Καρκινικό Πόνο και δεν αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αγωγή, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με παρεμβατικές τεχνικές. Μια από τις παρεμβατικές τεχνικές, αποτελεί η χορήγηση αναλγητικών ουσιών απ'ευθείας στον υπαραχνοειδή χώρο, μέσω πλήρως εμφυτευμένων συστημάτων. (IDDS). Η πρώτη αντλία χρησιμοποιήθηκε το 1981 σε καρκινοπαθή ασθενή. Εκτοτε πολλές συστηματικές ανασκοπήσεις καταλήγουμε ότι τα IDDS, είναι αποτελεσματικά, τόσο για ασθενείς με χρόνιο καλοήγη και καρκινικό πόνο όσο και για ασθενείς με σπαστικότητα. Η επιδημία της κατάχρησης των οπιοειδών, που οδήγησε σε πάνω από 33.091 θανάτους στο 2015 στην Αμερική, θα μπορούσε ίσως να αποφευχθεί, δεδομένου ότι με τα IDDS δεδομένου ότι η δοσολογία είναι 1%, συγκρινόμενη με την απο του στόματος δόση. Σε πρόσφατη μελέτη στην Αμερική μεταξύ των ετών 2016-2019 σε 7,06 εκατομμύρια καρκινοπαθών μόνο το 0,32% είχε IDDS.

Το συμπέρασμα είναι ότι παρόλες τις συστάσεις με τα πλεονεκτήματα των συστημάτων οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζονται σωστά.

Στην παρούσα ανασκόπηση θα αναφέρουν τα πλεονεκτήματα, οι αντενδείξεις, οι πιθανές παρενέργειες, τα βιβλιογραφικά κατοχυρωμένα φάρμακα για χρήση, τα υπάρχοντα συστήματα, και τα απαιτούμενα προσόντα που απαιτούνται από τους γιατρούς καθώς και η στελέχωση των κέντρων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Shah N, Padalia D. Intrathecal Delivery System. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; December 9, 2022.*
- 2) Vadalouca A., ESRA19-0704 PRO, *Regional Anesthesia & Pain Medicine* 2019;44:A25.
- 3) Goel V, Kumar V, Blaes A, Gulati A. Intrathecal Drug Delivery Systems for Cancer Pain Control: Insights on Current Contemporary Practices in the US [published online ahead of print, 2023 Jun 15]. *Neuromodulation*. 2023;S1094-7159(23)00650-5.
- 4) D'Souza RS, Warner MA, Olatoye OO, et al. Perioperative Opioid Consumption and Clinical Outcomes in Surgical Patients With a Pre-existing Opioid-Based Intrathecal Drug Delivery System. *Anesth Analg*. 2022;134(1):35-43.
- 5) Chaiban G, Abdallah RT, Abd-ElSayed A, et al. North American Neuromodulation Society Educational Curriculum for Intrathecal Drug Delivery Systems Implantation and Management [published online ahead of print, 2022 Jan 14]. *Neuromodulation*. 2022;S1094-7159(21)06945-2.
- 6) Deer TR, Sayed D, Pope JE, et al. Emergence From the COVID-19 Pandemic and the Care of Chronic Pain: Guidance for the Interventionalist. *Anesth Analg*. 2020;131(2):387-394.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Επικαιροποίηση Γνώσεων

EA64 Μυοπεριτονιακός πόνος: αντιμετώπιση στο Ιατρείο Πόνου & Π.Φ. Γ.Ν. Ρεθύμνου

Βαδαλούκα Α.¹, Χρονάκης Ι.², Κτιστάκης Ι.², Αποκορωνιωτάκη Ε.², Κουτσιπετσιδής Β.², Μαμαλάκη Α.²
 1. MD, PhD, FIPP, Αν. Καθ. Αναισθησιολογίας – Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, π. Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκού Συνδέσμου κατά του Πόνου (EuLAP),
 2. Αναισθησιολογικό τμήμα, Ιατρείο Πόνου & Π.Φ. - Κλινική Ορθοπεδικής & Τραυματολογίας Γ.Ν. Ρεθύμνου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο μυοπεριτονιακός πόνος (myofascial pain, MP) είναι ένα πολύ συχνό κλινικό πρόβλημα και η κύρια αιτία προσέλευσης μεγάλου όγκου ασθενών που επισκέπτονται τα ιατρεία πόνου. Η εμφάνιση εντοπισμένου περιοχικού πόνου σε πολλαπλά σημεία στα μαλακά μόρια, κυρίως αυχένα, ώμοι, πλάτη χωρίς νευρολογική σημειολογία, καλείται σύνδρομο μυοπεριτονιακού πόνου (myofascial pain syndrome MPS). Ο ΜΠ αναγνωρίζεται από τα σημεία ψηλαφητής τοπικής ευαισθησίας εντός του μυός, που καλούνται «πυροδοτικά σημεία» (trigger points).

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της δεδομένης ανασκόπησης είναι η παράθεση της θεραπείας των σημείων πυροδότησης πόνου, καθώς και η σύγκριση διάφορων μέσων θεραπείας. Η βασικές μορφές θεραπείας είναι η ένεση, ο ξηρός βελονισμός, ηλεκτροθεραπεία, μάλαξη, αυτομάλαξη, ισχαιμική πίεση και κινησιοπερίδεση. Εοστίασαμε λοιπόν στην ένεση (διήθηση στα επώδυνα σημεία, με μια διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη σε 44 ασθενείς, όπου η θεραπεία τους γινόταν κάθε 3 ημέρες και για διάστημα 3 μηνών. Χωρίσαμε τους ασθενείς σε δυο ομάδες, Α & Β όπου σε 22 (ομάδα Α) έγινε διήθηση στα επώδυνα σημεία με Δεξοκετοπροφαίνη και σε 22 (ομάδα Β) με φυσιολογικό ορό (sodium chloride 0,9%)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχουν πολλές έρευνες που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα ή την υπεροχή ενός μέσου ή μιας τεχνικής έναντι μιας άλλης, πολύ λίγες έρευνες εφαρμόζουν ολοκληρωμένα πρωτόκολλα θεραπείας που να περιέχουν συνδυασμούς μέσων ή τεχνικών. Παρ' όλα αυτά διαπιστώνουμε ότι και οι δυο ομάδες ασθενών είχαν πολύ καλά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου τους με τη διήθηση και μόνο μιας βελόνης, (τσίμπιμα), όμως οι ασθενείς στην ομάδα Α που υπεβλήθησαν σε έγχυση Δεξοκετοπροφαίνης μείωσαν αισθητά τις επισκέψεις τους στο ιατρείο πόνου με 1 φορά το μήνα έναντι της ομάδας Β που εξακολούθησαν να έρχονται κάθε 3 ημέρες. Υπάρχουν πολλές τεχνικές που βοηθάνε στην μείωση του πόνου, στην αύξηση του εύρους τροχιάς των αρθρώσεων, στην βελτίωση της λειτουργικότητας και εν τέλει στην απευαισθητοποίηση των σημείων πυροδότησης, όμως στις ημέρες μας με τον ελάχιστο χρόνο που μπορούμε να διαθέσουμε για τα ιατρεία πόνου και τους ασθενείς ο σύντομος χρόνος της αποθεραπείας αποτελεί μια μεγάλη ανακούφιση τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεράποντα ιατρό.

Βιβλιογραφία:

- Dommerholt, J., & Gerwin, R. D. (Eds.). (2010). *Myofascial Trigger Points: Pathophysiology and Evidence-Informed Diagnosis and Management*. Jones & Bartlett Publishers.
- Chaitow, L. (2013). *Palpation and Assessment Skills: Assessment Through Touch*. Elsevier Health Sciences.
- Rachlin, E. S. (2016). *Myofascial Trigger Point Therapy: An Effective Method for the Elimination of Most Musculoskeletal Health Problems*. CreateSpace Independent Publishing Platform.

EA65 Ο ρόλος της διατροφής στην αντιμετώπιση της ινομυαλγίας: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Νιανιάρου Μαρία¹, Σαριδάκη Αγγελική², Σταυροπούλου Ευμορφία²
 1 Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ
 2 Αναισθησιολογική Κλινική & Ιατρείο Πόνου Γ.Ν. Ιπποκράτειο
 3 Αναισθησιολογική Κλινική & Ιατρείο Πόνου ΓΝΑ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Η ινομυαλγία αποτελεί μια σύνθετη νόσο, με επιπολασμό 0.2-6.6%. Η παθοφυσιολογία της νόσου δεν είναι πλήρως γνωστή και οι ασθενείς παρουσιάζουν πληθώρα συμπτωμάτων όπως κόπωση, καταθλιπτική συμπτωματολογία, διαταραχές ύπνου και άγλη διάχυτα στο σώμα, με κύρια εντόπιση τα 18 σημεία που απαιτούνται και για τη διάγνωση. Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου των ασθενών είναι δύσκολη, καθώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν συχνά μη ικανοποιητικό αποτέλεσμα στα συμπτώματα των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια, έμφαση δίνεται στο πως η διατροφή των ασθενών αυτών δύναται να επηρεάσει θετικά τη συμπτωματολογία τους.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τη μηχανή pubmed, με περιορισμό των αποτελεσμάτων σε άρθρα των τελευταίων 10 ετών. Οι λέξεις κλειδιά ήταν “fibromyalgia”, “diet”, “supplements” & “pain”

Αποτελέσματα: Έχει παρατηρηθεί αλλαγή του μεταβολικού στάτους σε ασθενείς με ινομυαλγία, όπως μειωμένα επίπεδα μονοξειδίου του αζώτου, αύξηση των μεταβολικών φλεγμονής (ισταμίνη, ουσία P, TNF-α), και αυξημένο βάρος. Συνεπώς, περιγράφεται στατιστικά σημαντική βελτίωση του πόνου σε ασθενείς που ακολουθούν διατροφή ως επί το πλείστον φυτική και αντιφλεγμονώδη, ενώ αποφεύγουν την κατανάλωση κρέατος. Στην αντιμετώπιση του μυοσκελετικού πόνου φαίνεται να συνδράμουν και τα συμπληρώματα κρεατίνης. Παράλληλα, περιγράφεται ο ρόλος των επιπέδων μαγνησίου, ψευδαργύρου και σεληνίου, των βιταμινών Β12, C & D, φυλλικού και σιδήρου. Οι ανωτέρω ουσίες είναι συχνά σε επίπεδα κατώτερα του φυσιολογικού σε αυτούς τους ασθενείς, με αποτέλεσμα η χορήγηση σκευασμάτων να οδηγεί στην βελτίωση των συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Καθώς αναγνωρίζεται τα τελευταία χρόνια η συσχέτιση των διατροφικών παρεμβάσεων με την αντιμετώπιση της ινομυαλγίας, πρέπει να δοθεί έμφαση σε αυτή την πτυχή της θεραπείας, με στόχο η ολιστική προσέγγιση ενός ασθενούς με ινομυαλγία να οδηγήσει στην ανακούφισή του από τα συμπτώματα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Επικαιροποίηση Γνώσεων

EA66 Τοξικότητα και δοσοεξαρτώμενοι θάνατοι από Γκαμπαπεντινοειδή

Λάμπρου Ρωξάνη¹, Μανωλόπουλος Ευάγγελος¹, Βάβουρα Πολυξένη², Μίχα Μαντώ², Χλωροπούλου Πελαγία²
¹ Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
² Πανεπιστημιακή Αναισθησιολογική Κλινική και Ιατρείο Πόνου, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η γκαμπαπεντίνη και η πρεγκαμπαλίνη είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου.

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να επισημάνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η τοξικότητα και μερικές φορές ο θάνατος που μπορεί να εμφανισθεί λόγω της συγχροήγησης των φαρμάκων αυτών με τα οπιοειδή στην θεραπεία αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου.

Μέθοδοι: Είναι μελέτη ανασκόπησης. Για τα δεδομένα που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, Cochrane και EMBASE.

Αποτελέσματα: Τα γκαμπαπεντινοειδή λόγω των φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών ιδιοτήτων τους κατατάσσονται σε φάρμακα ασφαλή με ελάχιστες αλληλεπιδράσεις. Είναι φάρμακα πρώτης γραμμής για τη θεραπεία και διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου.

Με τη μείωση της χρήσης των οπιοειδών λόγω της πανδημίας, παρατηρήθηκε μια ραγδαία αύξηση στη συνταγογράφηση των γκαμπαπεντινοειδών σε όλες τις χώρες. Η δράση των γκαμπαπεντινοειδών στο ΚΝΣ, όπως ευφορία οδήγησε στην κατάχρησή τους από ομάδες εξαρτημένων από ουσίες ασθενών, αυξάνοντας έτσι και τη θνητότητα λόγω υπερδοσολογίας ή ατυχημάτων.

Συμπέρασμα: Συμπερασματικά, μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δίνεται από τους ιατρούς για το ιατρικό και φαρμακευτικό ιστορικό του ασθενούς πριν από τη συνταγογράφηση των γκαμπαπεντινοειδών προς αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών, αλληλεπιδράσεων, κατάχρησης, τοξικότητας αλλά και θανάτου. Λόγω της αλληλεπίδρασης με συγχροηγούμενα φάρμακα και της επικινδυνότητας για κατάχρηση, συστάσεις για ένταξη των γκαμπαπεντινοειδών στις ελεγχόμενες ουσίες θα πρέπει να γίνουν και στην Ελλάδα.

EA67 Η συμβολή του mirror therapy στη διαχείριση χρόνιων επώδυνων συνδρόμων: Ανασκόπηση μελετών

Κελίδου Μ.1, Σιαφάκα Ι.2, Βαδαλούκα Α.3, Τσαρουχά Α.4

¹ Φυσικοθεραπευτρια, MSc Αλγολογία, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

² Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Θεραπείας Πόνου, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

³ Αναπλ. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

⁴ Αναπλ. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Ενας στους πέντε ενήλικες στην Ευρώπη υποφέρει από χρόνιο πόνο, το οποίο σημαίνει πως επηρεάζεται συνολικά το 1/3 των οικογενειών όλης της Ευρώπης. Η κατανόηση του χρόνιου πόνου παραμένει ακόμη ελλιπής, ο ορισμός του είναι δύσκολος και θεωρείται πλέον ως αυτό καθαυτό νόσημα. Σε καταστάσεις χρόνιων επώδυνων συνδρόμων όπως στον πόνο μέλους φάντασμα, στο σύνθετο σύνδρομο περιοχικού πόνου (Complex Regional Pain Syndrome-CRPS) και στον πόνο μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο οι ασθενείς αναφέρουν μειωμένη ποιότητα ζωής και σημαντικό υποφέρουν. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών επιλογών είτε φαρμακολογικών (γκαμπαπεντινοειδή, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, SNRI, A2 αγωνιστές, NMDA ανταγωνιστές, τραμαδόλη, ταπενταδόλη, τοπικά αναισθητικά κ.α.) είτε μη φαρμακολογικών (Διέγερση Νωτιαίου μυελού - SCS, Διέγερση Εγκεφάλου-DBS, διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός-TENS, βελονισμός κ.α.). Καινούργιες θεραπευτικές επιλογές, όπως το mirror therapy έχουν αναπτυχθεί από τους πρωτοπόρους Ramachandran's τη δεκαετία του 1990. Κατά τη διάρκεια του mirror therapy το πάσχων μέλος τοποθετείται πίσω από έναν καθρέφτη, ο ασθενής βλέπει την αντανάκλαση του υγιούς άκρου, πραγματοποιεί κινήσεις και έτσι δημιουργείται μια οπτική ψευδαίσθηση. Οι ακριβείς μηχανισμοί του mirror therapy είναι άγνωστοι

αν και έχουν προταθεί: η θετική οπτική ανάδραση στον κινητικό φλοιό, η φλοιική αναδιοργάνωση και η ενεργοποίηση των νευρώνων καθρέφτη.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία εξετάζει τη συμβολή του mirror therapy για τη διαχείριση χρόνιων επώδυνων συνδρόμων.

Μέθοδος: Ανασκόπηση μελετών. Εξετάστηκαν 22 μελέτες από τις βάσεις δεδομένων Pubmed και Cochrane Library και χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες: α) 10 μελέτες αφορούσαν το mirror therapy για τον πόνο μέλους φάντασμα (3 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, 5 συστηματικές ανασκοπήσεις, 1 αναδρομική μελέτη, 1 ανασκόπηση της βιβλιογραφίας), β) 6 μελέτες το mirror therapy στο CRPS (1 τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, 2 ανασκοπήσεις τύπου Cochrane, 3 συστηματικές ανασκοπήσεις), γ) 6 μελέτες το mirror therapy σε πόνο μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (3 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, 1 ανασκόπηση τύπου Cochrane, 1 συστηματική ανασκόπηση, 1 κλινική δοκιμή).

Αποτελέσματα: Το mirror therapy μειώνει τον πόνο μέλους φάντασμα, τον πόνο μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο και τον πόνο στο CRPS. Η μέθοδος είναι απλή, οικονομική, με ελάχιστες αντενδείξεις και ανεπιθύμητες δράσεις. Ωστόσο, η μεθοδολογική ποιότητα των περισσότερων δημοσιεύσεων είναι χαμηλή και περιορισμένη και υπάρχει ανάγκη υψηλής ποιότητας ερευνών που θα αναπτύξουν κλινικά πρωτόκολλα τα οποία θα μπορούσαν να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη του mirror therapy σε ασθενείς με χρόνια επώδυνα σύνδρομα.

Βιβλιογραφία

Αλεξοπούλου-Βραχνού Ε. Ορισμός-Παθοφυσιολογία Νευροπαθητικού Πόνου. Στο Βαδαλούκα Α, Βραχνού Ε, Σιαφάκα Ι, Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής για την φαρμακευτική αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου. 1η Έκδοση, Σεπτέμβριος 2013 : 15-16.

Σιαφάκα Ι, Μπατιστάκη Χ. Αντιμετώπιση Χρόνιου Πόνου- Ανακουφιστική/ Παρηγορική Αγωγή. Στο Αναισθησιολογία- Επείγουσα Ιατρική. Αθήνα, 2020-2021 : 333-336.

Cacchio A, Blasis E, Blasis V, Santilli V, Spacca G. Mirror therapy in complex regional pain syndrome type 1 of the upper limb in stroke patients. Neurorehabil Neural Repair. 2009a : 23:792-799.

Campo P, Rodríguez F. Effectiveness of mirror therapy in phantom limb pain: A literature review. Neurologia 37 (2022) 668—681.. Pervane Vural , Yuzer G, Ozcan D, Ozbudak S, Ozgirgin N. Effects of mirror therapy in stroke patients with complex regional pain syndrome type 1: a randomized controlled study. Arch Phys Med Rehabil. 2016;97(4):575–581.

Purushothaman S, Kundra P, Senthilnathan M, Sistla S, Kumar S. Assessment of efficiency of mirror therapy in preventing phantom limb pain in patients undergoing below-knee amputation surgery-a randomized clinical trial. J Anesth 2023 Jun;37(3):387-393.

Rebolledo G, Valeska G, Torres R, Verdugo M, Guzman E. Update on the effects of graded motor imagery and mirror therapy on complex regional pain syndrome type 1: A Systematic review. Galley Proof 11/11/2016; 14:27.

Thieme et al. Mirror therapy for improving motor function after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018 : Issue 7.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: Επικαιροποίηση Γνώσεων

EA68 Ασθενής με καρκινικό πόνο και ταυτόχρονα κακή χρήση οπιοειδών και υπεραλγησία από τα οπιοειδή: αναφορά περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Παναγιώτης Βαρδάκης¹, Εμμανουέλα Κουτουλάκη¹, Γεώργιος Φραντζέσκος¹, Βασιλεία Νύκταρη^{1,2}
¹ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηράκλειου, Ηράκλειο, , ² Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Ο αυξανόμενος αριθμός ασθενών που επιβιώνουν από καρκίνο αναδεικνύει ένα νέο πρόβλημα από τη μακροχρόνια χρήση οπιοειδών για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου: την κακή χρήση οπιοειδών, με αρνητικό αντίκτυπο στον ασθενή, την οικογένειά του και την κοινωνία. Σκοπός της παρούσας αναφοράς περιστατικού είναι η ανάδειξη του προβλήματος συνύπαρξης κακής χρήσης οπιοειδών και ταυτόχρονα υπεραλγησίας από οπιοειδή σε ασθενή με μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα που επέζησε πέρα της 5ετίας από τη διάγνωση του καρκίνου.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 54 ετών με χειρουργηθέν αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα (στάδιο T4N3M1a κατά τη διάγνωση), προσήλθε προ επταετίας στο ΙΠ του ΠαΓΝΗ λόγω εμμένοντα μετεγχειρητικού πόνου στην περιοχή της θωρακοτομής. Χορηγήθηκαν ντουλοξετίνη, γκαμπαπεντίνη και οπιοειδή (διαδερμική φαιντανύλη, από του στόματος ταπενταδόλη και υπογλώσσια κιτρική φαιντανύλη για τον παροξυσμικό πόνο). Μέχρι την έναρξη της πανδημίας ο ασθενής επισκεπτόταν τακτικά το ΙΠ για τιτλοποίηση της αγωγής. Στη διάρκεια της πανδημίας, η επικοινωνία του ασθενούς με το ιατρείο διεκόπη και παρατηρήθηκε αυξημένη συνταγογράφηση οπιοειδών. Σε επίσκεψη του στο ιατρείο μετά την άρση των περιοριστικών μέτρων, διαπιστώθηκε ότι δεν ακολουθούσε τις ιατρικές οδηγίες, αλλά λάμβανε περίπου 8mg κιτρικής φαιντανύλης καθημερινά με τη μορφή υπογλώσσιων δισκίων. Ταυτόχρονα παρουσίαζε υπεραλγησία επαγόμενη από τα οπιοειδή, γνωσιακές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς. Μετά από ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του ακολούθησε επικοινωνία με τον ΟΚΑΝΑ με σκοπό το σχεδιασμό ενεργειών απεξάρτησης από τα οπιοειδή. Αποφασίστηκε ως πρώτο βήμα η σταθεροποίηση της αγωγής με οπιοειδή και σε δεύτερο χρόνο η αντικατάστασή τους με βουπρενορφίνη.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος των ΙΠ στην διαχείριση των ασθενών με μακροχρόνια χρήση οπιοειδών είναι κρίσιμος. Κύριος στόχος είναι η προσεκτική τιτλοποίηση της αγωγής για αποτελεσματικό έλεγχο του πόνου, αλλά ταυτόχρονα θα πρέπει να αναγνωρίζονται οι ασθενείς σε κίνδυνο για εξάρτηση και να υπάρχει επιτήρηση-αυξημένη εγρήγορση για κακή χρήση οπιοειδών. Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η ενεργός συμμετοχή των ΙΠ στην διαδικασία απεξάρτησης στα πλαίσια μιας ομάδας ειδικών.

1. Lewis, Cara E.S.; Schutzer-Weissmann, John; Farquhar-Smith, Paul. Opioid use disorder in cancer patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 17(2):p 98-103, June 2023.

EA69 Η κετοφόλη σαν ανώτερος κατασταλτικός παράγοντας στην προσπάθεια μείωσης του κινδύνου εμφάνισης αναπνευστικών και καρδιαγγειακών επιδράσεων και βελτίωσης επιπέδων του πόνου κατά τη διάρκεια χορήγησης καταστολής και αναλγησίας, ανασκόπηση

Λαμπριανή Παπαγεωργίου^{1,3}, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Χρυσούλα Στάικου^{2,3}
¹ Αναισθησιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Λευκωσία, Κύπρος,
² Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,
³ Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η χορήγηση καταστολής και αναλγησίας είναι συχνά απαραίτητη με στόχο την μείωση των επιπέδων άγχους, πόνου και στρες που συχνά συνοδεύουν τους ασθενείς στο νοσοκομείο κατά την διάρκεια παρεμβατικών πράξεων οι οποίες δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά και επώδυνες. Η κετοφόλη αποτελεί ένα συνδυασμό κεταμίνης και προποφόλης και θεωρείται από πολλούς επαγγελματίες υγείας ότι προκαλεί μικρότερα ποσοστά αναπνευστικής καταστολής και αιμοδυναμικής αστάθειας σε σύγκριση με την προποφόλη που αποτελεί συχνά τον «χρυσό κανόνα» στο πεδίο της καταστολής, επιτυγχάνοντας καλύτερη αναλγησία και συχνά αμνησία πιθανώς μάλιστα συνδεδεμένη με βελτιωμένα επίπεδα ευχαρίστησης των ασθενών.

Μεθοδολογία μελέτης: Πραγματοποιήσαμε τρεις φορές εκτεταμένη αναζήτηση στο «Pubmed» μέχρι και την 23η Ιανουαρίου 2023 χρησιμοποιώντας «λέξεις-κλειδιά» όπως «κετοφόλη» ή «κεταμίνη και προποφόλη» και «καταστολ*» και «αναλγησία ή άλγος» στον «τίτλο/περίληψη» σε ένα πληθυσμό που να αφορά ενήλικες «ηλικίας άνω των 19 ετών» και πραγματοποιώντας σύγκριση με άλλα φάρμακα όπως προποφόλη, κεταμίνη, δεξμεντετομιδίνη, οπιοειδή και βενζοδιαζεπίνες. Καταλήξαμε συνολικά σε 46 άρθρα τα οποία συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: Θεωρούμε ότι δεν υπάρχουν ισχυρά βιβλιογραφικά δεδομένα που να υποστηρίζουν με βεβαιότητα την υπεροχή της κετοφόλης σε σύγκριση με άλλους κατασταλτικούς παράγοντες και ειδικότερα με την προποφόλη. Αναμφίβολα, η προποφόλη συνδέεται σε μεγάλο ποσοστό με την εμφάνιση αναπνευστικής καταστολής και υπότασης. Φαίνεται ότι η προσθήκη κεταμίνης σε υποαναισθητικές δόσεις σχετίζεται με μικρότερα ποσοστά αναπνευστικών και καρδιαγγειακών μεταβολών κατά την διάρκεια της καταστολής, επιτυγχάνοντας καλύτερη αναλγησία και πιο μεγάλο βάθος καταστολής πιθανώς συνδεδεμένη με βελτιωμένα ποσοστά αμνησίας και υψηλά επίπεδα ευχαρίστησης, τόσο στους ασθενείς όσο και στους επαγγελματίες υγείας.

Συμπεράσματα: Η χρήση της κετοφόλης θεωρούμε ότι πρέπει να εξατομικεύεται καθότι σημαντικά οφέλη μπορεί να προκύψουν με την ορθή χρήση αυτού του μείγματος φαρμάκων. Παρόλα αυτά, περισσότερες, μεγαλύτερες και καλά σχεδιασμένες τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες είναι απαραίτητες σε αυτόν τον τομέα ώστε να εξαχθούν με μεγαλύτερη ασφάλεια ισχυρά συμπεράσματα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρηγορική Φροντίδα

EA70 Η επίδραση της ενδοφλέβιας έγχυσης λιδοκαΐνης σε λαπαροσκοπικές χολοκυστεκτομές: μια προοπτική μελέτη παρατήρησης

Παναγιώτης Βαρδάκης², Λοΐζος Χατζηγεωργίου¹, Κλαούντια Αθητάκη¹, Αικατερίνη Λάππα¹, Άννα Κασσωτάκη¹, Νικόλαος Μουδατσάκης¹, Σοφία Παπαντωνάκη¹
¹ Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης, Άγιος Νικόλαος Κρήτης, Ελλάδα,
² Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι μια από τις συχνότερες επεμβάσεις. Ωστόσο, ο μετεγχειρητικός πόνος, η μετεγχειρητική ναυτία, ο εμετός (MNE) και η καθυστερημένη επάνοδος της κινητικότητας του εντέρου, αποτελούν τροχοπέδη στην ανάρρωση και γρήγορη έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο. Η περιεγχειρητική χορήγηση λιδοκαΐνης στα πλαίσια πολυπαραγοντικής αναισθησίας-αναλγησίας, φαίνεται να δρα ευεργετικά στην συνολική μετεγχειρητική πορεία των ασθενών. Η παρούσα προοπτική μελέτη παρατήρησης, διερευνά την επίδραση της περιεγχειρητικής χορήγησης λιδοκαΐνης σε λαπαροσκοπικές χολοκυστεκτομές στον οξύ μετεγχειρητικό πόνο, στην MNE και στην κινητικότητα του εντέρου.

Μέθοδος: Στην μελέτη συμμετείχαν 45 ασθενείς, που χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην ομάδα Α (n=23), οι ασθενείς έλαβαν περιεγχειρητικά φυσιολογικό ορό (N/S 0.9%): 1.5ml/kg σε διάστημα 10 λεπτών πριν την εισαγωγή στην αναισθησία και έπειτα έγχυση με ρυθμό 1.5ml/kg/h. Αντίστοιχα, οι ασθενείς της ομάδας Β (n=25) έλαβαν δόση εφόδου 1.5mg/kg λιδοκαΐνης πριν την εισαγωγή στην αναισθησία και στη συνέχεια 1.5mg/kg/h μέχρι την αφύπνιση. Περιεγχειρητικά όλοι οι ασθενείς έλαβαν φαιντανύλη 4mg/kg, δεξαμεθαζόνη 0.1mg/kg, MgSO₄ 50mg/kg, μορφίνη 0.1mg/kg, δεξκετοπροφαΐνη 50mg και ονδασετρόνη 4mg. Καταγράφηκε ένταση του πόνου με την Αριθμητική κλίμακα (NRS) στην αφύπνιση, στις 4, 12 και 24 ώρες μετεγχειρητικά στην ηρεμία και στην κίνηση. Επίσης καταγράφηκε η επίπτωση MNE και ο χρόνος επανόδου της κινητικότητας του εντέρου. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων με μέθοδο 2-way ANOVA.

Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντικά μικρότερη ένταση πόνου (p<0.001) παρατηρήθηκε στους ασθενείς της ομάδας Β στις 4 και στις 12 ώρες μετεγχειρητικά, ενώ διαφορά δεν παρατηρήθηκε στην αφύπνιση και στις 24 ώρες μετεγχειρητικά. Επιπλέον, η επάνοδος της εντερικής κινητικότητας ήταν στατιστικά σημαντικά γρηγορότερη στην ομάδα Β (5±2.1 ώρες) έναντι της ομάδας Α (10.8±5.5 ώρες). Τέλος, διαφορά δεν παρατηρήθηκε στην MNE μεταξύ των ομάδων.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποστηρίζει ότι η περιεγχειρητική χορήγηση λιδοκαΐνης βελτιώνει την ένταση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου και την επάνοδο της κινητικότητας του εντέρου, ενώ δεν φαίνεται να επιδρά στην MNE.

EA71 Επίπτωση χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου σε γυναίκες με καρκίνο μαστού και ο ρόλος των θωρακικών διηθήσεων διεγχειρητικά, στην προσπάθεια μείωσης της εμφάνισής του.

Ν. Λέκκα¹, Α. Χαραλάμπους¹, Χρ. Δημητρίου¹, Κ. Θεοδωράκη²

¹ Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

² Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθηνών, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος τύπος κακοήθειας στις γυναίκες. Το σύνδρομο χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου, συνήθως αφορά το 19-57% των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης μας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης χρόνιου πόνου στις ασθενείς μας, καθώς και η μελέτη της επίδρασης των PECS Blocks στο μετεγχειρητικό πόνο.

Μέθοδος: Παρουσιάζουμε μια πολυκεντρική προοπτική κλινική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο από τον Οκτώβριο του 2020 μέχρι τον Μάρτιο του 2022. Συλλέχθηκαν δεδομένα από πληθυσμό 64 γυναικών, οι οποίες χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Ομάδα (Α) που έλαβε μόνο γενική αναισθησία και ομάδα

(Β) που έλαβε και PECS block.

Οι αποκλεισμοί PECS πραγματοποιήθηκαν υπό την καθοδήγηση υπερέχων μετά την εισαγωγή στη γενική αναισθησία και χορηγήθηκαν 25 ml ροπιβακαΐνης 0,5%, συν 4 mg δεξαμεθαζόνης για το PECS I και II. Πριν από την αφύπνιση, όλες οι ασθενείς έλαβαν παρακεταμόλη και μορφίνη. Αξιολογήθηκε ο πόνος σε ηρεμία και κίνηση στις 1, 12 και 24 ώρες μετεγχειρητικά και συγκρίναμε τις συνολικές ανάγκες για αναλγησία και στις 2 ομάδες. Τέλος, αξιολογήθηκε στους 3 και 6 μήνες ο χρόνιος πόνος με τη βοήθεια του DN4 ερωτηματολογίου.

Αποτελέσματα: Διαφορές βρέθηκαν στη συμπληρωματική δόση μορφίνης, με την ομάδα PECS να απαιτεί 1,5 ± 2,48 mg και την ομάδα Α να απαιτεί σχεδόν τέσσερις φορές περισσότερο (5,63 ± 2,90 mg), (p<0,001). Στην ομάδα PECS οι τιμές NRS (ηρεμίας) κυμαίνονταν αμέσως μετεγχειρητικά στο 1,62±0,75, στις 12 ώρες στο 2,50±0,92 και στις 24 ώρες στο 2,72±0,89, (p<0,001). Στην ομάδα χωρίς PECS η βαθμολογία ήταν: 3,53±1,41, 3,41±0,91 και 3,44±0,80, (p=0,685). Οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στα 3 χρονικά σημεία ήταν στατιστικά σημαντικές (p<0,001).

Στους 6 μήνες, χρόνιος πόνος με βαθμολογία DN4 ≥ 4 βρέθηκε σε 3,1% (1 άτομο) στην Β ομάδα και 28,1% στη Α, (p=0,016).

Με τη βαθμολογία DN4 στους 3 και 6 μήνες βρέθηκε συσχέτιση ότι όσο ισχυρότερος ο πόνος μετεγχειρητικά, τόσο ισχυρότερος και ο χρόνιος πόνος στην ομάδα Α.

Συμπεράσματα: Ο απώτερος στόχος μας είναι να παρέχουμε θεραπευτικές επιλογές για τον περιορισμό εμφάνισης του οξέος πόνου μετεγχειρητικά και στη συνέχεια, για τον αποκλεισμό της εξέλιξής του σε σύνδρομο χρόνιου πόνου.

EA72 Ανασκόπηση και ερευνητικές υποθέσεις αναφορικά με τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υποκειμενική εμπειρία του πόνου, τον φόβο επανεμφάνισης της νόσου και την ποιότητα ζωής σε επιβίωσαντες από καρκίνο

Φιλίππα Κολοκοτρώνη¹, Δρ Φώτιος Αναγνωστόπουλος²

¹ Γ.Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας", Αθήνα, Ελλάδα

² Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα, Ελλάδα

Η ολοκλήρωση της θεραπείας σηματοδοτεί το τέλος της φροντίδας για τον ογκολογικό ασθενή; Βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες επιπτώσεις - όπως είναι η εμπειρία του πόνου - αποκτούν ιδιαίτερη σημασία για την ποιότητα ζωής των επιβιωσάντων (Leysen et al., 2000). Αν και ο πόνος συχνά αναγνωρίζεται μόνο ως ζήτημα σε ασθενείς τελικού σταδίου, ωστόσο μπορεί να αποτελεί ένα θεμελιώδες θέμα για όσους επιβιώνουν της νόσου. Οι θεραπευτικοί χειρισμοί, όπως η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία, μπορούν να συνοδεύονται από σημαντικό, τόσο οξύ όσο και χρόνιο πόνο (Miller et al., 2018), με τα σύνδρομα χρόνιου πόνου σε επιβίωσαντες συχνά να υποτιμώνται (Lyne, Coyne & Watson, 2002). Επιπλέον, ο σωματικός πόνος φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα φόβου για υποτροπή ή μετάσταση (Mehnert et al., 2013), ενώ ο φόβος για υποτροπή φαίνεται να συνδέεται με μια αυξημένη ευαισθητοποίηση του ασθενούς σε θέματα που αφορούν τον πόνο, ακόμη και όταν δεν αξιολογείται ότι υπάρχει παθολογικός πόνος (Anderson et al., 2005). Το πώς βιώνει ένα άνθρωπος τον πόνο φαίνεται να επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες, όπως είναι η ψυχολογική δυσφορία (άγχος & κατάθλιψη), η καταστροφολογία πόνου, η χρονική προοπτική και το υπαρξιακό νόημα. Βασικός σκοπός της συγχρονικής, ποσοτικής μελέτης μας είναι να χαρτογραφήσουμε το πολυδιάστατο φαινόμενο του καρκινικού πόνου στους ανθρώπους εκείνους που έχουν ολοκληρώσει την κύρια θεραπεία τους και είναι ελεύθεροι νόσου. Μια σημαντική συνεισφορά αναμένεται να είναι η ανασκόπηση ποσοτικών μελετών οι οποίες έχουν διερευνήσει έναν αριθμό ψυχοκοινωνικών μεταβλητών που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμπειρία του πόνου και την ποιότητα ζωής επιβιωσάντων από καρκίνο και η εξέταση των ερευνητικών υποθέσεων αναφορικά για το πώς συνδέονται οι μεταβλητές αυτές.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρηγορική Φροντίδα

EA73 Περιφερικός Αποκλεισμός Γλωσσοφαρυγγικού Νεύρου ως μέθοδος αναλγησίας σε ασθενή με μετακτινική ωταλγία και επώδυνη δυσκαταποσία

Περεντέ Μελτέμ¹, Παπαγιαννοπούλου Οφηλία², Ζωγραφίδου Πολυξένη², Μητράγκας Απόστολος², Βαρβέρη Μαριάνθη², Κοράκη Ελένη²

¹ Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

² Ιατρείο Πόνου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

ΣΚΟΠΟΣ; Η διενέργεια του αποκλεισμού του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου ενδείκνυται ως μέθοδος περιεχειρητικής αναλγησίας σε χειρουργεία αμυγδαλεκτομής, στην ημικρανία καθώς και αναλγησία σε ασθενείς με ιστορικό καρκίνου και πόνο εντοπισμένο στην περιοχή τραχήλου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού μιας ασθενούς που προσήλθε στο Ιατρείο Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» λόγω μετακτινικής ωταλγίας και δυσκαταποσίας με ιστορικό καρκίνου λάρυγγα στην οποία διενεργήθηκε αποκλεισμός γλωσσοφαρυγγικού νεύρου (GPN).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 77 ετών με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου λάρυγγα προσήλθε στο Ιατρείο Πόνου λόγω έντονης επώδυνης δυσκαταποσίας και ωταλγίας από τριμήνου. Η κλίμακα πόνου NRS στην προσέλευσή της ήταν 10/10. Ο πόνος περιγράφηκε ως οξύς, διαπεραστικός και συνεχής. Εντοπιζόταν στην αριστερή τραχηλική χώρα και περιωτιαία.

Στο Ιατρείο Πόνου διενεργήθηκε αποκλεισμός γλωσσοφαρυγγικού νεύρου (GPN) με υπερηχογραφική καθοδήγηση με βελόνα Sripocan Quinke, 25G και με “In plane” προσπέλαση και έγινε έγχυση 5ml από διάλυμα Ropivacaine, 0,2% και δεξαμεθαζόνης 8 mg.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής βρισκόταν υπό παρακολούθηση με βασικό monitoring (HKΓ, SpO₂, ΑΠ), παρέμεινε συνολικά στο χώρο για 3 ώρες και ήταν αιμοδυναμικά σταθερή. Στα πρώτα 30' έγινε αξιολόγηση της κλίμακας πόνου NRS η οποία ήταν 0/10 και παρέμεινε το ίδιο μέχρι και την αποχώρηση της ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αποκλεισμός του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αναλγησίας σε ασθενείς με επώδυνη δυσκαταποσία και ωταλγία μετά από ακτινοθεραπεία λόγω κακοήθειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Azman J, Stopar Pintaric T, Cvetko E, Vlassakov K. Ultrasound-Guided Glossopharyngeal Nerve Block: A Cadaver and a Volunteer Sonoanatomy Study. *Reg Anesth Pain Med.* 2017 Mar/Apr;42(2):252-258. doi: 10.1097/AAP.0000000000000561. PMID: 28195898.

2. Manoharan D, Bharati SJ, Yadav MK. A novel technique of ultrasound-guided glossopharyngeal nerve block to relieve cancer pain. *Saudi J Anaesth.* 2019 Jul-Sep;13(3):279-280. doi: 10.4103/sja.SJA_139_19. PMID: 31333392; PMCID: PMC6625289.

EA74 Η Ανακούφιση του πόνου του ως ένα μείζον ανθρώπινο δικαίωμα

Μαρία(Μαρίζα) Λαμπράκη¹, Γιώργος Πατεράκης², Ειρήνη Βογιατζάκη³, Βαΐτσης Κουτσιπετσίδης⁴, Αικατερίνη Χορτατζάκη⁵, Ιωάννα Λαδάκη⁶

¹ Προϊσταμένη ΜΕΘ, ΜΡΗ MSc Bioethics, MSc© Χρόνιων νοσημάτων, ΑΣΠΑΙΤΕ-ΕΠΠΑΙΚ, Εξ. Κοινωνική Νοσηλευτική, Εξ Ειδική Αγωγή, Γ.Ν. Αγ. Νικολάου,

² Ειδ. Γενικός Ιατρός, Γ.Ν. Καρπάθου

³ Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτικός, MSc ΔΜΥ, MSc Κριτική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση Εκπαιδευτικών, Ηράκλειο Κρήτης, ⁴ Νοσηλεύτης Υπ. Αναισθ/κού Γ.Ν. Ρεθύμνου, Κρήτης, ⁵ Νοσηλεύτρια Τ.Ε Αναισθησιολογικό Γ.Ν. Χανίων, Κρήτης, ⁶ Νοσηλεύτρια ΤΕ, Χειρ/ου Γ.Ν. Ρεθύμνου Κρήτης

Εισαγωγή: Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ανθρώπων και οι αύξηση των ηλικιωμένων και των χρόνιων νοσημάτων οδήγησαν στην ανάπτυξη της παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Η ανακουφιστική φροντίδα επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνια ή ανίατη ασθένεια ή/και βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους, επιθυμούν την διασφάλιση της λειτουργικότητάς και της αξιοπρέπειας τους. Παγκοσμίως 40 εκατομμύρια άνθρωποι υπολογίζεται ότι χρειάζονται ετησίως ανακουφιστική φροντίδα, αλλά μόνο το 14% την λαμβάνει τελικά.

Σκοπός:

Η διερεύνηση της χρήσης της ανακουφιστικής φροντίδας των χρονίως πασχόντων στην Ελλάδα.

Μέθοδος- υλικό:

Ανασκόπηση ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων google scholar και Pubmed σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα των χρονίως πασχόντων.

Αποτελέσματα: Η ανακουφιστική φροντίδα θεωρείται ως ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και υποστηρίζεται ως προσέγγιση για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους στην παγκόσμια πολιτική. Στην Ελλάδα, αν και υπάρχει μια αυξανόμενη ζήτηση παροχής ανακουφιστικής φροντίδας, ακόμη δεν έχει φτάσει στα επιθυμητά στάδια, ώστε να καλύπτει τις ανάγκες όλων των ασθενών. Ειδικά σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου φαίνεται ότι ο εκ των προτέρων σχεδιασμός ανακουφιστικής φροντίδας είναι σημαντικός για την παροχή φροντίδας στο τέλος της ζωής. Πολλοί εθνικοί και διεθνείς οργανισμοί, προωθούν τη συμμετοχή της πρώιμης ανακουφιστικής φροντίδας παράλληλα με την τυπική ογκολογική φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνο αναγνωρίζοντας την προστιθέμενη αξία για τον ασθενή και την οικογένειά του.

Συμπεράσματα: Η σύνδεση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με την ανακουφιστική φροντίδα σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο παροχής υπηρεσιών βελτιώνει την ποιότητα στην αντιμετώπιση των χρόνιων /ανίατων ασθενειών. Η μονοδιάστατη πρόληψη και θεραπευτική προσέγγιση των ασθενειών δεν φαίνεται να επαρκεί. Αξιοσημείωτες είναι οι προσεγγίσεις στα Ευρωπαϊκά πρότυπα των ξενώνων ανακουφιστικής φροντίδας (Hospices) και της κατ'οίκον φροντίδα των ασθενών με χρόνια ή ανίατα νοσήματα και καρκίνο τελικού σταδίου. Στην Ελλάδα γίνονται προσπάθειες ανάπτυξης τέτοιων δομών. Ομως η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας έχει ακόμη μακρύ δρόμο να διανύσει.

Λέξεις κλειδιά: Ανακουφιστική φροντίδα, Hospices, κατ'οίκον φροντίδα, καρκίνος τελικού σταδίου.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρηγορική Φροντίδα

EA75 Διερεύνηση των στόχων φροντίδας κοντά στο τέλος της ζωής σε ασθενείς και επαγγελματίες υγείας

Σοφία Τσιμπρηλίδου¹, Εμμανουέλα Κουτουλάκη, Παναγιώτης Βαρδάκης, Αλεξάνδρα Παπαϊωάννου^{2,3}, Κωσταντίνος Λασιθιωτάκης^{2,4}, Βασιλεία Νύκταρη^{2,3},
1 Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Ελλάδα, 2 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Ελλάδα

Εισαγωγή: Παρά την προώθηση της αυτονομίας των ασθενών, εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα στον κοινό σχεδιασμό στόχων της φροντίδας από πλευράς επαγγελματιών υγείας, ασθενών και φροντιστών. Για αυτό το λόγο, κρίνεται απαραίτητος ο πρώιμος σχεδιασμός της Παρηγορικής φροντίδας, ήδη από την διάγνωση μίας απειλητικής για την ζωή ασθένειας, που θα εξυπηρετεί τις διαφορετικές ανάγκες του ασθενούς σε κάθε στάδιο της νόσου.

Σκοπός: Η διερεύνηση των στόχων φροντίδας που θέτουν οι ασθενείς σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας κοντά στο τέλος της ζωής.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων. Αποτελέσματα: Στο ερώτημα τι νοείται «καλός θάνατος» η αναζήτηση στη βιβλιογραφία ανέδειξε 3 ανασκοπήσεις και 5 μελέτες που αναφέρονταν στη διασαφήνιση της έννοιας του «καλού θανάτου», των παραγόντων που αντιλαμβάνονται οι οικογενειακοί φροντιστές ως δείκτες καλής φροντίδας και στη σύγκριση των αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών τους, σχετικά με τη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Οσον αφορά το ερώτημα ποιοι είναι οι στόχοι φροντίδας που θέτουν οι επαγγελματίες υγείας για τους ασθενείς τους, που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής, η έρευνα της βιβλιογραφίας ανέδειξε 7 μελέτες και 1 ανασκόπηση.

Συμπέρασμα: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η καλή επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας και ο έγκαιρος και από κοινού καθορισμός των στόχων φροντίδας, ήδη από τη διάγνωση μίας ανίατης ασθένειας μπορεί να μειώσει τη χρήση επιπλέον θεραπειών που στοχεύουν στη διατήρηση της ζωή και τις συγκρούσεις με το οικογενειακό περιβάλλον, να βελτιώσει την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών και να προετοιμάσει τους οικείους για το επερχόμενο πένθος. Εμπόδιο σε αυτή τη συνεργασία στέκεται το γεγονός ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ανεπαρκώς εξοπλισμένοι για να συμμετάσχουν σε συζητήσεις σχετικά με τη φροντίδα στο τέλος της ζωής καθώς, υπάρχει η αντίληψη ότι θα εξαλειφθεί η ελπίδα, ενώ αντιθέτως, τέτοιες συνομιλίες μπορεί να επιτρέψουν στους ανθρώπους να εκφράσουν ποιοι είναι οι στόχοι τους.

EA76 Πρώιμη ένταξη της παρηγορικής φροντίδας στην ογκολογία

Ειρήνη Παπαγεωργίου, Φώτης Γεροσίμου, Χρήστος Χαρατσης, Σουζάνα Ανίσσολου
Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

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

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO = World Health Organisation), περισσότεροι από 50 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως χρειάζονται παρηγορική φροντίδα στη διάρκεια του έτους

και ο αριθμός τους θα αυξάνεται συνεχώς λόγω της προόδου της Ιατρικής επιστήμης αλλά και λόγω της προαναφερθείσας γήρανσης του πληθυσμού. Επίσης, ο WHO εκτιμά ότι μόνο το 2% των ασθενών λαμβάνει την παρηγορική φροντίδα που χρειάζεται [3].

Βιβλιογραφίες

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

EA77 Η αξιολόγηση του αισθήματος ντροπής των συγγενών/φροντιστών ανοιακών ασθενών με τις κλίμακες “Greek other as shamer scale” και “Greek experience of shame scale”

Χριστίνα Σακογιάννη¹, Ευδοξία Σάλιαρη¹, Χριστόφορος Ράβρας¹, Κατερίνα Μπουζιά¹, Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου¹, Αργυρώ Πετσίτη¹, Μαρία Νταλούκα¹, Μεταξία Μπαρέκα¹, Μαίρη Γκούβα², Αρναούτογλου Ελένη¹

1 Ανασθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

2 Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η αξιολόγηση του αισθήματος ντροπής των συγγενών/φροντιστών ανοιακών ασθενών με τις κλίμακες other as shamer scale (OAS) και experience of shame scale (ESS).

Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν οι συγγενείς/φροντιστές τροφίμων μίας δομής φιλοξενίας ατόμων με άνοια (Ιανουάριος 2023). Καταγράφηκαν τα βασικά δημογραφικά και το αίσθημα της ντροπής με τις σταθμισμένες για τον ελληνικό πληθυσμό κλίμακες OAS και ESS. Η OAS περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούνται με την κλίμακα 5-Likert (καθόλου-απόλυτα) και προσδιορίζει το συνολικό ποσοστό της εξωτερικής ντροπής και τρεις διαστάσεις (αίσθημα κατωτερότητας, αίσθημα κενού και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη). Η κλίμακα ESS περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις και αξιολογεί το συνολικό αίσθημα της εσωτερικής ντροπής με βάση την κλίμακα 4-Likert (καθόλου-πάρα πολύ) και τρεις διαστάσεις (χαρακτηρολογική, συμπεριφορική και σωματική ντροπή). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα Pearson r, t-test και η ανάλυση ANOVA (SPSS 22).

Αποτελέσματα: Συνολικά συμμετείχαν 34 συγγενείς/φροντιστές (ποσοστό απόκρισης 100%). Η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (n=24, 70.6%), έγγαμες (76.5%), πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (55.9%), με μέση ηλικία τα 48 έτη (STD 16,34). Με βάση την OAS το συνολικό ποσοστό της εξωτερικής ντροπής διαμορφώθηκε σε χαμηλά επίπεδα (μέσος όρος 14.74, Cronbach α 0.841). Επιπρόσθετα, τόσο το αίσθημα κατωτερότητας (MO 4.47) όσο και το αίσθημα κενού (MO 2,65) ήταν αντίστοιχα χαμηλά, ενώ η αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη διαμορφώθηκε σε μεσαία επίπεδα (MO 6,56). Με βάση την ESS το συνολικό ποσοστό της εσωτερικής ντροπής διαμορφώθηκε σε μεσαία επίπεδα (MO 23.97, Cronbach α 0.891). Αντίστοιχα, σε μεσαία επίπεδα διαμορφώθηκε η χαρακτηριστική (MO 9.15) και συμπεριφορική (MO 11.91) ντροπή και σε χαμηλά επίπεδα η σωματική ντροπή (MO 2.91).

Συμπεράσματα: Από τη μελέτη μας προκύπτει ότι οι συγγενείς/φροντιστές τροφίμων μίας δομής φιλοξενίας ατόμων με άνοια εμφανίζουν μεσαία επίπεδα εσωτερικής ντροπής και χαμηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής αντίστοιχα.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: Παρηγορική Φροντίδα

EA78 Ένα τεχνολογικό οικοσύστημα υποστήριξης της Παρηγορικής Φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή

Σοφία Ρέππου, Δρ Βασίλειος Κιοσσές, Γεώργιος Ντακάκης, Ηρακλής Τσουπούρογλου, Χριστίνα Πλωμαρίτη, Δρ Νίκη Πανδριά, Αννίτα Βαρέλλα, Καθηγητής Παναγιώτης Δ. Μπαμίδης
Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι τεχνολογικές εφαρμογές για την Παρηγορική Φροντίδα μπορούν να δώσουν άμεση και εύκολη πρόσβαση σε πληροφορίες και γνώσεις στους ασθενείς και τους φροντιστές τους, να βοηθήσουν στην διαχείριση της ασθένειας και των συμπτωμάτων της, να εκπαιδεύσουν φοιτητές ιατρικής και επαγγελματίες υγείας, να βοηθήσουν στην διαχείριση του άγχους, και όλα αυτά με απλό, εύκολο και διασκεδαστικό τρόπο. Αυτές οι τεχνολογικές προτάσεις είναι α) εφαρμογές για κινητά για αυτοδιαχείριση της ασθένειας, των συμπτωμάτων αλλά και της καθημερινότητας των ασθενών και των φροντιστών τους, β) εφαρμογές για κινητές συσκευές που βασίζονται σε εικονικούς ασθενείς (VPs) για την εκπαίδευση ασθενών και φροντιστών, γ) εργαλεία εικονικής πραγματικότητας (VR) για τη διαχείριση του άγχους και του πόνου χρησιμοποιώντας βίντεο 360° και τεχνικές ενσυναϊστικότητας, και σενάρια εικονικής πραγματικότητας (VR) για την εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής και επαγγελματιών υγείας σε δεξιότητες επικοινωνίας και ενσυναίσθηση.

Μέθοδοι: Συνεργαστήκαμε και συνδημιουργήσαμε μαζί με τους ασθενείς, εφαρμογές που θα μπορούσαν τους βοηθήσουν στην καθημερινότητα τους. Από τη συλλογή απαιτήσεων έως την τελική ανάπτυξη και την πιλοτική αξιολόγηση των εφαρμογών οι ασθενείς ήταν παρόντες, δοκίμαζαν τις εφαρμογές και πρότειναν βελτιώσεις. Η τελική πιλοτική δοκιμή έγινε σε δύο από τα Living Labs του Εργαστηρίου Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (ένα Living Lab στο Πανεπιστήμιο και ένα στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης). Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις και παρατηρήσεις.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ενδιαφερόμενοι αξιολόγησαν την εμπειρία πολύ ενδιαφέρουσα και χρήσιμη. Οι ασθενείς προτίμησαν και αξιολόγησαν υψηλότερα κάποιες εφαρμογές, ενώ άλλες δεν τους φάνηκαν να είναι τόσο εύχρηστες. Οι φροντιστές ενδιαφέρθηκαν κυρίως για εφαρμογές που τους εκπαιδεύαν για θέματα υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρθηκαν για όλες τις εφαρμογές και πρότειναν χρήση αυτών των τεχνολογιών και σε άλλους τομείς.

Συμπέρασμα: Η τεχνολογία και συγκεκριμένα οι εφαρμογές για φορητές συσκευές (smartphones, tablets etc.) και εικονική πραγματικότητα μπορούν να θεωρηθούν χρήσιμο εργαλείο στη φαρέτρα της Παρηγορικής Φροντίδας για ασθενείς, τους φροντιστές τους και τους επαγγελματίες υγείας. Μπορούν να βοηθήσουν στην διαχείριση ασθενειών και στην αυτοδιαχείριση της καθημερινότητας των ασθενών και να βοηθήσουν τους φροντιστές να προσφέρουν αποτελεσματικότερη φροντίδα στους ασθενείς αλλά να προσέξουν και την δική τους ευημερία. Τέλος, αποτελούν ένα νέο βοηθητικό εργαλείο στην εκπαίδευση φοιτητών αλλά και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

EA79 Έγκαιρη Εισαγωγή στην Παρηγορική Φροντίδα για ηλικιωμένους ασθενείς με μη κακοήθεις χρόνιες παθήσεις: μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή

Σοφία Ρέππου, Γεώργιος Μπαξεβάνης, **Παναγιώτης Δ. Μπαμίδης**
Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με μη κακοήθεις χρόνιες παθήσεις συνήθως παραπέμπονται σε υπηρεσίες παρηγορικής φροντίδας όταν η κατάσταση της υγείας τους έχει επιδεινωθεί και είναι κοντά στο τέλος της ζωής τους ή δεν έχουν καθόλου πρόσβαση σε αυτές σε σύγκριση με ασθενείς με καρκίνο. Η μελέτη αυτή είχε στόχο την έρευνα και τον προσδιορισμό της επίδρασης μιας έγκαιρης εισαγωγής στην παρηγορική φροντίδα με βάση την εφαρμογή ενός εργαλείου αξιολόγησης αναγκών, του NATPD, και την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών (HRQOL) με χρόνιες καταστάσεις και πολυνοσηρότητες.

Μέθοδοι: Μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT) πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις Ευρωπαϊκές πόλεις: στην Βαλένθια (Ισπανία), Θεσσαλονίκη (Ελλάδα), Amadora (Πορτογαλία) και Ινβερνές (Ηνωμένο Βασίλειο). Συνολικά, 358 ασθενείς άνω των 65 ετών με σύνθετες χρόνιες παθήσεις (ΧΑΠ, Πνευμονική Ινωση ή/και καρδιαγγειακά νοσήματα και πολυνοσηρότητες) συμμετείχαν στην έρευνα και η αξιολόγηση τους έγινε σε διάφορα χρονικά σημεία: στην αρχή, μετά από 6 εβδομάδες, 6 μήνες, 12 και 18 μήνες. Αποτελέσματα: Η συνολική μέση ηλικία του δείγματος ήταν 77,2 έτη με τις γυναίκες να αποτελούν το 58,2%. Οι ασθενείς ζούσαν με χρόνια πάθηση ή πολυνοσηρότητες για 8,9 χρόνια κατά μέσο όρο. Σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα, αναμένουμε με την εφαρμογή της αξιολόγησης μέσω NATPD την βελτίωση της HRQOL με μέγεθος επίδρασης 0,20, με ένα διάστημα αξιοπιστίας 95%. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες υλοποίησης έγκαιρης εισαγωγής στην παρηγορική φροντίδα.

Συμπέρασμα: Παρά το αναμενόμενο μικρό μέγεθος επίδρασης, η επίδραση στην HRQOL μπορεί να είναι σχετική για ασθενείς με βαριά συμπτωματολογία και περιορισμένη πρόγνωση. Τα αποτελέσματα από όλες τις χρονικές φάσεις αυτής της έρευνας, βρίσκονται τώρα υπό ανάλυση και αναμένουμε άμεσα τα τελικά συμπεράσματα που θα δώσουν την απάντηση για την σημασία της έγκαιρης εισαγωγής στην παρηγορική φροντίδα στους ασθενείς με χρόνιες, μη κακοήθεις παθήσεις. Το έργο χρηματοδοτήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος Horizon 2020 της Ευρωπαϊκής Ένωσης (825750)

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΧ: Συμπληρωματικές Θεραπείες

EA80 Αντιμετώπιση του πόνου με βελονισμό σε γυναίκες με ινομυαλγία και υστερεκτομή

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

Εισαγωγή: Η ινομυαλγία είναι ένα σύνδρομο κεντρικής ευαισθητοποίησης που χαρακτηρίζεται από διάχυτο πόνο, ο οποίος συχνά συνοδεύεται από άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές του ύπνου, χρόνια κόπωση και γνωστικά προβλήματα. Επηρεάζει το 2% του πληθυσμού εκ του οποίου το 80% είναι γυναίκες. Ινομυαλγία μπορεί να εμφανίσουν οι γυναίκες, οι άνδρες, τα κορίτσια, τα αγόρια, οι έφηβοι και οι transgender άνδρες.

Μελέτες αναφέρουν ότι σχεδόν οι μισές από τις γυναίκες με ινομυαλγία έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή και στο 90% η εγχείρηση προηγήθηκε της εμφάνισης των συμπτωμάτων. Επιπλέον οι υστερεκτομές σχετίζονται με σοβαρότερα συμπτώματα.

Η αντιμετώπισή της ινομυαλγίας απαιτεί πολυδύναμη προσέγγιση με φαρμακευτικές (πρεγκαμπαλίνη, ντουλοξετίνη, αμιτριπτυλίνη, τραμαδόλη) και μη φαρμακευτικές θεραπείες (εκπαίδευση, άσκηση, ειδική δίαιτα, συμπληρώματα, βιταμίνες, βελονισμό).

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

Σκοπός: Παρουσίαση δύο περιστατικών αντιμετώπισης του πόνου και των συμπτωμάτων της ινομυαλγίας σε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή και στις οποίες εφαρμόστηκε συμπληρωματική θεραπεία με βελονισμό.

Υλικό και μέθοδος: 10 περιστατικό. Πρόκειται για γυναίκα 50 ετών διεγνωσμένη με ινομυαλγία από 10μηνου και η οποία υπεβλήθη σε ολική υστερεκτομή 40 μέρες πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Προσέρχεται με έντονο διάχυτο άλγος (Vas=10), αιμωδίες δακτύλων, ακαμψία και διαταραχές ύπνου. Στην ασθενή αποφασίστηκε φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με βελονισμό.

2ο περιστατικό. Πρόκειται για γυναίκα 47 ετών που προσέρχεται με συμπτώματα ινομυαλγίας από 9μηνου. Δύο μήνες πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων η ασθενής είχε υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή. Προσέρχεται με έντονο διάχυτο πόνο (Vas=10), αιμωδίες, ακαμψία, κούραση και διαταραχές ύπνου. Στην ασθενή αποφασίστηκε φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με βελονισμό. Εγιναν 12 συνεδρίες βελονισμού (1/εβδομάδα) διάρκειας 30 min. Επιλογή των σημείων έγινε με βάση τα συμπτώματα των ασθενών.

Αποτελέσματα: Και οι δύο ασθενείς μέχρι την 6η συνεδρία δεν είχαν καμία απάντηση στο βελονισμό. Μετά την 7η συνεδρία υπήρξαν ενδείξεις ανταπόκρισης στην θεραπεία. Τελικά είχαμε μείωση του πόνου (Vas=4), βελτίωση του ύπνου, μείωση του άγχους και οι ασθενείς ένοιωθαν καλά.

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

Βιβλιογραφία:

Athanael O, Cantillo S, Paredes S, Knezevic NN. The role of sex hormones in pain-related conditions. *Int. J. Mol Sci* 2023;24,1866.
Deluzze CH. e-acupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. *BMJ* 1992;305:1249-1252
Santoro MS, Cronan TA, Adams RN, Kothari DJ. Fibromyalgia and hysterectomy: the impact on health status and health care costs. *Clin Rheumatol* (2012)31:1585-1589
Vincent A, Whipple MO, Luetke CA et al. *J Pain Res* 2011;4:325-329
ter Borg EJ, Gerards-Rociu E, Haan HCM and Westers P. *Clin Rheumatol* (1999)18:1-3
Levit D. Evaluating fibromyalgia in transgender individuals. *Ann Rheum Dis* 2021;39(Suppl S130)27-32
F. Rico-Villademoros, P. Postigo-Martin, J.M. Garcia-Leiva, J.L. Ordoñez-Carrasco, E.P. Calandre. Patterns of pharmacologic and non-pharmacologic treatment, treatment satisfaction and perceived tolerability in patients with fibromyalgia: a patients' survey. *Clin Exp Rheumatol* 2020; 38 (Suppl. 123): S72-S78.
Atzeni F, Talotta R, Masala IF et al.: One year in review 2019: fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2019; 37 (Suppl. 116): S3- 10
Elkana O, Falcofsky AK, Shoper R, Bar-ON Kalfon T, Ablin JN: Does the cognitive index of the symptom severity scale evaluate cognition? Data from subjective and objective cognitive measures in fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2019; 37 (Suppl. 116): S51-7

EA81 Η Συμβολή της ενσυνειδητότητας και συμπόνιας στη διαχείριση του χρόνιου πόνου και η εικόνα στο follow up 3 μήνες αργότερα

Δέσποινα Γιαννούλη¹, Ντόνικα Ζαΐμη², Γιώργος Φρατζέσκος³, **Μαρία Κοκολάκη⁴**
1 Πιστοποιημένη Δασκάλα Mindfulness – ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., 2 Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», 3 Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, Ιατρείο Πόνου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου-ΠΑΓΝΗ, 4 Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Αττικής «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»

Εισαγωγή: Η διαχείριση του χρόνιου πόνου είναι μία πολύπλοκη διαδικασία. Φάρμακα και θεραπείες προσφέρονται στους ασθενείς που υποφέρουν, στην προσπάθεια των ειδικών να ανακουφίσουν τα δυσάρεστα οργανικά και ψυχικά συμπτώματα. Τα τελευταία χρόνια η παρέμβαση με βάση την Ενσυνειδητότητα & Συμπόνια στο πλαίσιο ενός πιστοποιημένου προγράμματος 8 εβδομάδων σε ομάδα, φαίνεται ότι μπορεί να ανακουφίσει τους ασθενείς και να τους βοηθήσει στη διαχείριση της κατάστασης της υγείας τους.

Μεθοδολογία: 20 ασθενείς με χρόνιο πόνο (18 γυναίκες και 2 άντρες με μ.ο. ηλικίας τα 50,5 έτη) που συμμετείχαν στο διαδικτυακό πρόγραμμα 8 εβδομάδων “Mindfulness for Health” της Breathworks, συμπλήρωσαν διαδικτυακά το ερωτηματολόγιο McGill Pain Questionnaire-short form (SF-MPQ GR), την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS), και τον Δείκτη Παρόντος Πόνου (PPI), στην αρχή του προγράμματος, στο τέλος του, καθώς και 3 μήνες αργότερα. Οι ασθενείς του δείγματος υπέφεραν από: ρευματοπάθειες, αρθραλγίες, ημικρανία, πόνους στη ΣΣ, τενοντίτιδα, ευερέθιστο έντερο, κατάθλιψη, νόσο Bechet, οστεοαρθρίτιδα και νευροπαθητικό πόνο.

Αποτελέσματα: Προκαταρκτικά αποτελέσματα που αφορούν σε 20 ασθενείς δείχνουν ότι ο συνολικός δείκτης πόνου είναι μειωμένος κατά 27% στο τέλος του προγράμματος, και παραμένει στο ίδιο επίπεδο επίπεδο και στο follow up των 3 μηνών. Αντίστοιχα ο πόνος που δήλωσαν για την προηγούμενη εβδομάδα με βάση την Οπτική Αναλογική Κλίμακα μειώθηκε κατά 29,2% στο τέλος του προγράμματος, με μία μικρή περεταίρω μείωση να συνεχίζει ως το τέλος του 3μήνου. Τέλος, η ένταση του πόνου την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο ήταν μειωμένη κατά 39% στο τέλος του προγράμματος, με μια μικρή αύξηση να δηλώνεται από τότε ως στο τέλος του 3μήνου. Ολοι ήταν θετικοί στη συμμετοχή τους σ' ένα επόμενο τέτοιο πρόγραμμα, αναγνωρίζοντας τη θετική συμβολή του στη ζωή τους.

Συμπέρασμα: Προκαταρκτικά αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τη θετική συμβολή πρακτικών ενσυνειδητότητας και συμπόνιας για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου σε βάθος χρόνου, μέσα από πιστοποιημένη εκπαίδευση για το σκοπό αυτό.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΧ: Συμπληρωματικές Θεραπείες

EA82 Η Αλλαγή της εμπειρίας του χρόνιου πόνου μέσα από την παρέμβαση MINDFULNESS – Αξιολόγηση σε 48 ασθενείς

Δέσποινα Γιαννούλη¹, Ντόνικα Ζαΐμη², Γιώργος Φρατζέσκος³, Μαρία Κοκολάκη⁴
¹ Πιστοποιημένη Δασκάλα Mindfulness, ² Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», ³ Διευθυντής Αναισθησιολογίας, Ιατρείο Πόνου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου-ΠΑ.Γ.Ν.Η., ⁴ Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, Επιστημονικά & Διοικητικά Υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Αττικής «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ»

Εισαγωγή: Ο χρόνιος πόνος υπολογίζεται ότι αφορά στο 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού. Η πιο συνηθισμένη αντιμετώπισή του είναι τα οπιοειδή. Υπάρχουν όμως και άλλες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείρισή του -ανεξάρτητα ή συμπληρωματικά-, μία από τις οποίες είναι η πρακτική του Mindfulness (Ενσυνειδητότητα). Ο όρος “Mindfulness” αναφέρεται ως το “Να ζεις την κάθε στιγμή, να είσαι σε επαφή με αυτό που πραγματικά συμβαίνει, και να επιλέγεις εσύ πώς θα ανταποκριθείς στην εμπειρία σου, αντί να παρασύρεσαι από τις συνηθισμένες σου αντιδράσεις”. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθεί η παρέμβαση αυτή σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, και να συγκριθεί το συνολικό αποτέλεσμα με δείγμα ασθενών με καρκινικό και ρευματικό πόνο.

Μεθοδολογία: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο 2022 ως τον Ιούνιο 2023. Ο συνολικός πληθυσμός περιλαμβάνει 48 ασθενείς από Ελλάδα και Κύπρο με μέση ηλικία τα 50 έτη. Κάθε συμμετέχοντας συμπλήρωσε διαδικτυακά το ερωτηματολόγιο McGill Pain Questionnaire-short form (SF-MPQ GR), την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS), και τον Δείκτη Παρόντος Πόνου (PPI) -όπως έχουν σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα-, πριν την έναρξη του προγράμματος 8 εβδομάδων “Mindfulness for Health” της Breathworks, και στο τέλος του. Το εύρος των παθήσεων του δείγματος περιλαμβάνει: ρευματοπάθειες, καρκίνο, νευροπάθειες, οστεοαρθρίτιδα, ΣΚΠ, κεφαλαλγία, ημικρανία, αρθραλγίες, πόνοι στη ΣΣ, δρεπανοκυτταρική αναιμία, κατάθλιψη, ευερέθιστο έντερο κ.ά.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν 31,2% μείωση στον συνολικό δείκτη πόνου, 30% μείωση στην ένταση του πόνου την προηγούμενη εβδομάδα, και 34% μείωση στην ένταση του παρόντος πόνου, για το σύνολο του δείγματος. Στην περίπτωση του καρκινικού πόνου παρατηρείται μείωση του συνολικού πόνου κατά 42%, και οι περιπτώσεις ρευματικού πόνου δείχνουν μείωση ίση με 54% στο τέλος του προγράμματος.

Συμπέρασμα: Η παρέμβαση Mindfulness φαίνεται ότι προσφέρει τις απαραίτητες δεξιότητες ώστε οι ασθενείς να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τον πόνο μέσα στην καθημερινότητά τους.

EA83 Παρουσίαση περιστατικού: Αντιμετώπιση Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου με ΠΡΕΓΚΑΜΠΑΛΙΝΗ PER OS και Βελονισμό

Μαρία Νιανιάρου¹, Σοφία Σιβετίδου¹, Ελισάβετ Τζανή¹, Ευμορφία Σταυροπούλου², Αγγελική Σαριδάκη³, Αικατερίνη Κοτρώνη¹
¹Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ΓΝΑ ΚΑΤ, Αθήνα, ²Αναισθησιολογική Κλινική & Ιατρείο Πόνου ΓΝΑ ΚΑΤ, ³Αναισθησιολογική Κλινική & Ιατρείο Πόνου Γ.Ν. Ιπποκράτειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως χρόνιος χαρακτηρίζεται ο πόνος διάρκειας πάνω από 12 εβδομάδες. Ο νευροπαθητικός πόνος σε χειρουργική ουλή παρατηρείται σε <2% των ασθενών, ενώ μερικοί από τους ασθενείς δεν παρουσιάζουν ύφεση με αποτέλεσμα χρόνιο άλγος.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η ασθενής, 65 ετών, παραπέμφθηκε στην κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του ΓΝΑ ΚΑΤ από την Θωρακοχειρουργική κλινική του νοσοκομείου μας. Προ τριμήνου η ασθενής είχε υποβληθεί σε αφαίρεση καλοήθους ινοελαστώματος στο επίπεδο της αριστερής 9ης πλευράς. Η ασθενής προσήλθε περιγράφοντας έντονο συνεχές άλγος, έντασης 9/10 στην κλίμακα NRS., που επηρέαζε τις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ένδυση, μετακινήσεις) και την ποιότητα ύπνου της. Ατομικό αναμνηστικό: ρευματοειδής αρθρίτιδα υπό μεθοτρεξάτη. Η κλινική εξέταση ανέδειξε νευροπαθητικό πόνο, με βαθμολογία 7/10 στο ερωτηματολόγιο DN4, με επέκταση περιφερικότερα

της ουλής και στα αντίστοιχα δεξιά δερμοτόμια. Η αξονική τομογραφία απεικόνισε θολρότητα και γραμμοειδή επίταση του υποδορίου λιπώδους ιστού κατά το αριστερό οπισθοπλάγιο τοίχωμα του θώρακος στο επίπεδο της 9ης αριστερής πλευράς, πιθανώς μετεγχειρητικής αιτιολογίας. Εγινε έναρξη αγωγής με πρεγκαμπαλίνη p.o. 25mg 1x1 και η ασθενής υπεβλήθη σε 10 συνεδρίες βελονισμού (2 φορές/εβδομάδα για 5 εβδομάδες).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της θεραπείας η ασθενής παρουσίασε σταδιακή και αθροιστική βελτίωση του άλγους, με αποτέλεσμα στο τέλος των συνεδριών να περιγράφει τον πόνο ως περιστασιακό με ένταση 2-3/10 στην κλίμακα NRS. Ελαβε πρεγκαμπαλίνη για 8 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας. Σε επανεξέταση ένα και δύο μήνες μετά την διακοπή του βελονισμού, η ασθενής δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ενώ αναφέρει ότι δεν παρουσιάζει άλγος που να επηρεάζει την καθημερινότητα της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Παρόλο που ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος σε μετεγχειρητική ουλή δεν είναι συχνός, η αναγνώριση και αντιμετώπιση του είναι καίριας σημασίας για διατήρηση της απρόσκοπτης καθημερινότητας των ασθενών.

EA84 Η αποτελεσματικότητα του ιατρικού βελονισμού στην αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας

Ευαγγελία Τζαμάκου, Βιργινία Τανού, Γεώργιος Ρουσάκης, **Φωτεινή Διαμαντοπούλου**, Παναγιώτης Σωτηριάδης, Mohamed Abdullah, Ευφροσύνη Μπαλάσκα, Ντάλι Μουρατσασβίλ, Παναγιώτης Γεωργάκης Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

Η κεφαλαλγία χαρακτηρίζεται ως απλή, τύπου-τάσεως, ημικρανία και ως αθροιστική. Ο ιατρικός βελονισμός αποτελεί μέθοδο αντιμετώπισης της κεφαλαλγίας. Ιδιαίτερα στην ημικρανία, ο βελονισμός φαίνεται να υπερέχει άλλων θεραπειών, ως προς την μείωση της έντασης των συμπτωμάτων, της διάρκειας και της συχνότητας των κρίσεων.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα του βελονισμού στους ασθενείς που υποφέρουν από απλή κεφαλαλγία, κεφαλαλγία τύπου-τάσεως και ημικρανία.

Υλικό και Μέθοδος: Στο ιατρείο μας αντιμετωπίστηκαν την τελευταία διετία 60 ασθενείς ηλικίας 22 έως 65 ετών. Τριάντα πέντε ασθενείς έπασχαν από ημικρανία, 18 ασθενείς από κεφαλαλγία τύπου-τάσεως και 7 ασθενείς από απλή κεφαλαλγία. Το θεραπευτικό πρωτόκολλο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο βελονισμός στα παρακάτω σημεία: Ο.Κ 9, Ο.Κ 10, Χ.Κ 20, DU 16, DU 20, Extra-1 (Yin Tang), Π.Ε4 και ωτικό σημείο Shenmen. Εγιναν 16 επαναληπτικές συνεδρίες σε όλους τους ασθενείς.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος έντασης του πόνου, (κλίμακα VAS 0-10), πριν από την έναρξη του βελονισμού, ήταν μεταξύ 7-10, ενώ η φαρμακευτική αγωγή που είχε προηγηθεί του βελονισμού δεν ήταν αποτελεσματική. Από την έναρξη των συνεδριών εμφανίστηκε στο σύνολο των ασθενών σταδιακή μείωση της έντασης και της διάρκειας των κεφαλαλγιών, καθώς και της συχνότητας των κρίσεων. Στο τέλος του θεραπευτικού κύκλου, οι 35 ασθενείς (58,5%) είχαν ύφεση της έντασης του πόνου με VAS < 4, οι 20 ασθενείς (33%) είχαν VAS 5-7, ενώ 5 ασθενείς (8,5%), δεν εμφάνισαν μεταβολή στον πόνο. Ειδικά στην ομάδα των ασθενών με ημικρανία, από τους 35 ασθενείς όλοι είχαν ύφεση του αριθμού και της διάρκειας των κρίσεων, οι 28 είχαν ύφεση του πόνου με VAS < 4 και οι 7 VAS 5-7. Επιπλέον σημειώθηκε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν τις κεφαλαλγίες, όπως ίλιγγος, αυπνία, ναυτία, στρες, κατάθλιψη, υπέρταση, ευρήματα που χρήζουν περαιτέρω έρευνας.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι ο βελονισμός παρουσιάζει σημαντική υπεροχή έναντι της φαρμακευτικής αγωγής, όσον αφορά στην διάρκεια, την ένταση και την συχνότητα των κρίσεων των κεφαλαλγιών, ιδιαίτερα των ημικρανιών, ενώ στερείται όλων των παρενεργειών που έχει η φαρμακευτική αγωγή.

Βιβλιογραφία:

- Zheng H, et al. Acupuncture for patients with chronic tension-type headache. A randomized controlled trial. *Neurology* 2022; 99:e1570-e1572.
- Gao Z, et al. Acupuncture for migraine: a protocol for a meta-analysis and meta-regression of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2018; 8:e022998. doi 10.136/bmjopen-2018-022998.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΧ: Συμπληρωματικές Θεραπείες

EA85 Βελτίωση ασθενούς με Long Covid Syndrome με τη χρήση βελονισμού στο Ιατρείο Πόνου

Γεωργία Κωνσταντοπούλου¹, Εμμανουήλ Λιόλιος², Πανδώρα Μπέλεση², Πανωραία Σαλάπππα¹, Βασιλική Ανδρονάδη¹

¹ Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

² Ειδικευόμενος Ανασθησιολόγος ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Εισαγωγή: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού του Ιατρείου Πόνου με Long Covid Syndrome
Παρουσίαση: Ασθενής 60 χρονών προσήλθε στο Ιατρείο Χρόνιου Πόνου το ΓΝΝΘΑ Σωτηρία έπειτα από παραπομπή από τους πνευμονολόγους. Είχε νοσηλευτεί με λοίμωξη από Covid 19 και εν συνεχεία αφού ανάρρωσε συνέχισε να αναφέρει συμπτώματα εύκολης κόπωσης, δύσπνοιας και μειωμένης ικανότητας για άσκηση και συγκέντρωση. Ένα ποσοστό έως και 30% μπορεί να επέλθει σε Post ή Long Covid Syndrome με συνοδό συμπτώματα που επηρεάζουν δεόντως την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ασθενής μας άνηκε σε αυτή την κατηγορία και αξιοσημείωτο γεγονός αποτελεί ότι η λοίμωξη ήταν μέτριου βαθμού, χρειάστηκε νοσηλεία αλλά όχι διασωλήνωση και υποστήριξη στη ΜΕΘ. Η ασθενής ανέπτυξε σοβαρό LCS, που παρά την προσπάθεια των θεραπόντων δεν βελτιωνόταν. Ανέφερε πόνους στις αρθρώσεις, ιδιαίτερα των γονάτων, και δυσκολία στις καθημερινές εργασίες ακόμη και στην ήπια άσκηση, π.χ αδυναμία ιδίας λήψης προϊόντων βασικής ανάγκης. Επειτα από την προσέλευση και εξέταση στο ιατρείο πόνου αποφασίστηκε η διενέργεια συνεδριών βελονισμού. Χρησιμοποιήθηκαν σημεία τόνωσης και τοπικά περιφερικά σημεία των περιοχών με πόνο. Μετά από 5 συνεδρίες βελονισμού η ανταπόκριση ήταν ικανοποιητική και η ασθενής ανέφερε σημαντική βελτίωση συμπτωμάτων και μείωση του VATS score. Όπως ανέφερε και η ίδια ιδιαίτερα στο σκέλος της κόπωσης και των εφεδριών για άσκηση η βελτίωση ήταν τόσο θεαματική που βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής της.
Συμπέρασμα: Η χρήση βελονισμού στο Ιατρείο Πόνου μπορεί να αποτελέσει ένα ακόμη βέλος στη φαρέτρα μας για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με LCS.

EA86 Διέγερση του καρπιαίου σημείου βελονισμού PC6 για πρόληψη μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου σε ουρολογικά χειρουργεία. Σειρά περιστατικών

Χήτου Ζωή¹, Καρακώστα Αγάθη¹, Κάτσιου Φαίδρα¹, Τσαμπαλάς Σταύρος², Μίχα Γεωργία¹, Σαμαρά Ευαγγελία¹, Τζίμας Πέτρος¹.

¹ Κλινική Ανασθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα.

² Ουρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η μετεγχειρητική ναυτία και έμετος (ΜΝΕ) είναι συχνές επιπλοκές μετά από χειρουργική επέμβαση και αναισθησία. Αν και τα αντιεμετικά φάρμακα χρησιμοποιούνται προφυλακτικά είναι μόνο μερικώς αποτελεσματικά στην πρόληψη της ΜΝΕ. Μια εναλλακτική προσέγγιση είναι η διέγερση του σημείου βελονισμού περικάρδιο 6 (PC6) στον καρπό.

Μέθοδοι: Μια σειρά δέκα ασθενών, προγραμματισμένων για τακτική ουρολογική επέμβαση υπό γενική αναισθησία, τυχαιοποιήθηκαν να υποβληθούν σε διέγερση του σημείου PC6 (n=5, ομάδα βελονισμού) ή όχι (n=5, ομάδα ελέγχου). Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν προποφόλη και φαιντανύλη για εισαγωγή στην αναισθησία, ενώ η συντήρηση της αναισθησίας έγινε με δεσφλουράνιο. Ο αερισμός πραγματοποιήθηκε μέσω λαρυγγικής μάσκας και τιτλοποιήθηκε βάσει το τελοεκπνευστικό CO₂. Δεν χορηγήθηκαν αντιεμετικοί παράγοντες και στις δύο ομάδες. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν για ΜΝΕ κατά την πρώτη ώρα παραμονής τους στη μονάδα μετα-αναισθητικής φροντίδας (ΜΜΑΦ) και στις 6 ώρες μετά την έξοδο από τη ΜΜΑΦ. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα αξιολόγησης ΜΝΕ 0-4 (0: καθόλου ΜΝΕ - 4: συνεχή επεισόδια εμέτου (>2 σε 30 λεπτά)). Η σύγκριση των συνεχών μεταβλητών μεταξύ των ομάδων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney U, ενώ η σύγκριση των κατηγορικών μεταβλητών με χρήση του ελέγχου Fisher's exact.

Αποτελέσματα: Οι ομάδες ήταν ομοιογενείς ως προς τα κύρια σωματομετρικά και διεγχειρητικά δεδομένα (p>0.05). Οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου έλαβαν μεγαλύτερες δόσεις φαιντανύλης διεγχειρητικά σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας βελονισμού (p=0.017). Όσον αφορά στα μετεγχειρητικά δεδομένα, δεν υπήρχαν διαφορές ως προς την ένταση του πόνου (NRS 0/10) και ως προς τη ΜΝΕ στη ΜΜΑΦ και στο θάλαμο νοσηλείας (p>0.05). Ωστόσο, δύο ασθενείς της ομάδας ελέγχου εμφάνισαν ΜΝΕ στη ΜΜΑΦ και ένας από αυτούς έλαβε αντιεμετική αγωγή διάσωσης (ονδανσετρόνη 4 mg).

Συμπέρασμα: Η διέγερση του σημείου βελονισμού PC6 φαίνεται μια ασφαλής εναλλακτική προσέγγιση για πρόληψη ΜΝΕ. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την σαφή διαπίστωση κλινικού οφέλους.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΧ: Συμπληρωματικές Θεραπείες

EA87 Reversible splenial lesion syndrome (RESLES) μετά από εμπύρετη λοίμωξη σε νεαρή ασθενή: παρουσίαση περιστατικού

Ζωγραφίδου Πολυξένη¹, Παπαγιαννοπούλου Οφηλία¹, Βαρβέρη Μαριάνθη², Κοράκη Ελένη³

¹ Ειδικευόμενη Αναισθησιολογίας, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

² Διευθύντρια αναισθησιολογίας ΕΣΥ & Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου <<Παπαγεωργίου>> Γ.Ν Θεσσαλονίκης

³ Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού, «Παπαγεωργίου» Γ.Ν Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο αλγοπλαστικός πόνος περιλαμβάνει μεταβολές στο αλγαισθητικό μονοπάτι του πόνου χωρίς εμφανή ιστική ή νευρική βλάβη και η διαφορική διάγνωσή του συχνά είναι δυσχερής. Για το λόγο αυτό απαιτείται η ολιστική προσέγγιση του ασθενούς από πολλαπλές εμπλεκόμενες ειδικότητες με στόχο την πολυπαραγοντική αντιμετώπισή του.

Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Ασθενής, 21 ετών, προσέρχεται στα Ε.Ι. της Νευρολογικής Κλινικής μετά από παραπομπή ψυχιάτρου, αιτιώμενη διάχυτο, άτυπο άλγος με συχνές εναλλαγές στην εντόπιση, καθώς, επίσης, και διαταραχές συναισθήματος. Η έναρξη των συμπτωμάτων εντοπίζεται προ τετραμήνου μετά από νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική για δύο εμπύρετες λοιμώξεις. Ο πόνος υφίετο μόνο με αναλγητικά που εμπειρείχαν οπιοειδή και όχι με άλλα αναλγητικά. Επίσης, αναφέρεται έξαρση συχνότητας και κεφαλαγίων με χαρακτηριστικά κεφαλαλγίας τύπου τάσεως που προϋπήρχε των λοιμώξεων. Σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (8/2022) απεικονίζεται εστία υψηλού FLAIR/DWIσήματος στο σπληνίο του μεσολοβίου, με πλήρη ύφεση ευρημάτων στην μαγνητική τομογραφία – (11/2022). Τίθεται η υποψία κλινικής διάγνωσης συνδρόμου RESLES (reversible splenial lesion syndrome). Η ασθενής παραπέμπεται από το νευρολόγο στο Ιατρείο Πόνου του νοσοκομείου μας και αποφασίζεται η συζήτηση του περιστατικού από όλες τις εμπλεκόμενες ειδικότητες (ιατρικό συμβούλιο) προς ανεύρεση της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης. Η έναρκτηρία αγωγή περιλαμβάνει Cymbalta, Lexotanil, Imovane, Minitran, Stilnox, Xanax, χωρίς σημαντική βελτίωση. Προστίθεται Zaldiar. Σε επανέλεγχο μετά από 1 μήνα, διεκόπη το Lyrica λόγω οιδήματος ανά σάρκα και συνέχιση της υπόλοιπης αγωγής, με εμφανή βελτίωση του NRS score. Τέσσερις μήνες μετά, η ασθενής προσέρχεται στο Ιατρείο πόνου με βελτιωμένη κλίμακα πόνου και αποφασίζεται η τροποποίηση και σταδιακή αποκλιμάκωση της αγωγής. Έξι μήνες μετά, η ασθενής έχει πλήρη ύφεση συμπτωμάτων, άνευ φαρμακευτικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Το RESLES είναι ένα σπάνιο κλινικο-ακτινολογικό σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από αναστρέψιμες βλάβες στο σπληνίο του μεσολοβίου. Η αιτιολογία του είναι ποικίλη και περιλαμβάνει μεταβολικές διαταραχές, φλεγμονώδη αίτια, μεταβολικές διαταραχές και απομυελινωτικά νοσήματα και η κλινική του εικόνα εμφανίζεται, κυρίως, με κεφαλαλγία τύπου τάσεως, συμπεριφορικές αλλαγές, αϋπνία, σύγχυση και διάχυτο άλγος. Πιστεύουμε πως η περίπτωση της ασθενούς μας αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα σπάνιων νοσημάτων, μιας και η ασθενής μας όχι μόνο θεραπεύτηκε στο Ιατρείο μας αλλά αποδείχτηκε πως η κλινική της εικόνα δεν ήταν αποτέλεσμα ψυχιατρικής νόσου.

EA88 Οι απόψεις των εφήβων για τις επιπτώσεις από την κατανάλωση του αλκοόλ στην περιοχή του Αγίου Νικολάου Κρήτης

Μαρία(Μαρίζα) Λαμπράκη¹, Γιώργος Πατεράκης², Βαΐτσης Κουτσιπετσιδής³, Ειρήνη Βογιατζάκη⁴, Ιωάννα Λαδάκη⁵, Αικατερίνη Χορτατζάκη⁶

¹ Προϊσταμένη ΜΕΘ, ΜΡΗ ΜSc Bioethics, ΜSc© Χρόνιων νοσημάτων, ΑΣΠΑΙΤΕ-ΕΠΠΑΙΚ, Εξ. Κοινωνική Νοσηλευτική, Εξ Ειδική Αγωγή, Γ.Ν. Αγ. Νικολάου, ² Ειδ. Γενικός Ιατρός Γ.Ν. Καρπάθου, ³ Νοσηλεύτης Υπ. Αναισθ/κού Γ.Ν. Ρεθύμνου, Κρήτης, ⁴ Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτικός, ΜSc ΔΜΥ, ΜSc Κριτική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση Εκπαιδευτικών, Ηράκλειο Κρήτης, ⁵ Νοσηλεύτρια ΤΕ, Χειρ/ου Γ.Ν. Ρεθύμνου Κρήτης, ⁶ Νοσηλεύτρια Τ.Ε Αναισθ/κο Γ.Ν. Χανίων, Κρήτης

Εισαγωγή: Το αλκοόλ είναι μια εξαρτησιογόνος ουσία. Λόγω της ανάπτυξης του εγκεφάλου και μετά τα 20 έτη συνίσταται η μη χρήση του από τους εφήβους με την νομοθεσία να είναι απαγορευτική. Η κατάχρηση του αλκοόλ οδηγεί σε επικίνδυνες συμπεριφορές με τα τροχαία ατυχήματα να είναι στην κορυφή της πυραμίδας.

Σκοπός: Η διερεύνηση των απόψεων των εφήβων για τις επιπτώσεις από τη χρήση του αλκοόλ.

Μέθοδος-Υλικό: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα σχολεία της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της περιοχής του Αγ. Νικολάου. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι μαθητές που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα «Αλκοόλ και Νέοι» της 7ης ΥΠΕ Κρήτης, οι οποίοι απάντησαν εθελοντικά σε ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες ήταν 334 έφηβοι μαθητές γυμνασίου και λυκείου του Αγίου Νικολάου με μέση ηλικία τα 15,1±1,9 έτη. Το 45,5% δήλωσε ότι κάνει χρήση αλκοολούχων ποτών υψηλής περιεκτικότητας. Η χρήση του αλκοόλ ήταν περισσότερη στα αγόρια 48,9% και στα κορίτσια 38%. Στην ηλικία έναρξης η ηλικιακή ομάδα 16-18 ετών καταναλώνει περισσότερο αλκοόλ 82,1% από την ηλικιακή ομάδα των ≤15 ετών. Επίσης η ηλικιακή ομάδα ≥15 ετών καταναλώνει περισσότερο αλκοόλ υψηλής περιεκτικότητας. Το 49,3% των εφήβων ≤ 15 ετών δήλωσε ότι έχει μεθύσει. Η επίδραση από την διαφήμιση είναι θετική σε ποσοστό 53,7%. Το 79,2% των εφήβων δηλώνει ότι υπάρχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις από την χρήση του αλκοόλ ενώ το 50,2% δηλώνει ότι υπάρχει επίδραση από τα προβαλλόμενα πρότυπα. Η ηλικία δείχνει να επηρεάζει την χρήση για το προκαλούμενο αίσθημα εφορίας με τους 15+ να εμφανίζουν ποσοστά 50,7%, αλλά και την γνώση για τις επιπτώσεις σε ποσοστό 87,1%.

Συμπεράσματα: Η χρήση του αλκοόλ παρουσιάζει αυξητική τάση σε ηλικίες άνω των 15 ετών. Οι έφηβοι καταναλώνουν αλκοόλ γνωρίζοντας τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για την υγεία. Το αλκοόλ φαίνεται να παρουσιάζει αρνητική επίδραση σε όλα τα συστήματα του οργανισμού. Οι επιπτώσεις αναφέρονται τόσο στην ψυχική υγεία, στην εργασία, στα τροχαία ατυχήματα και στην οικογενειακή και κοινωνική βία.

Λέξεις κλειδιά: Αλκοόλ, έφηβοι, επιπτώσεις αλκοόλ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΧ: Συμπληρωματικές Θεραπείες

EA89 Long COVID Syndrome and NOCEBO Effect

Φραγκούλη Ιωάννα, Νικολοπούλου Μαρία-Ζοζεφίν, Κανδρεβιώτη Στυλιανή,
Νιάκα Αναστασία, Κοκολάκη Μαρία.
Αναισθησιολογικό τμήμα-Ιατρείο πόνου, Γ.Ν Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ

Όλοι γνωρίζουμε τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του covid στην υγεία . Οι μελέτες έχουν δείξει ότι ευτυχώς το πρόβλημα είναι μάλλον μικρότερο . Είναι σημαντικό να υπάρχει ομάδα ελέγχου στις μελέτες . Το placebo effect αφορά το όφελος που λαμβάνει κάποιος από μια παρέμβαση που νομίζει ότι έλαβε . Το nocebo effect αναφέρεται στις παρενέργειες μιας παρέμβασης που κάποιος νομίζει ότι έλαβε.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελετήσαμε το nocebo effect στην εμφάνιση συμπτωμάτων που συχνά αποδίδονται σε long covid syndrome.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό μας αποτέλεσαν 100 γυναίκες και 70 άνδρες , ηλικίας 35 εως 80 ετών , από τον προεγχειρητικό έλεγχο . Συμπληρώθηκε για τον κάθε ασθενή το ακόλουθο ερωτηματολόγιο:

- 1.Νοσήσατε από Covid ; ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Νοσηλεύτηκατε σε νοσοκομείο ; ΝΑΙ ΟΧΙ
3. Παρέμειναν για μεγάλο χρονικό διάστημα τα ακόλουθα συμπτώματα ;
 - α. κόπωση
 - β. απώλεια γεύσης / όσφρησης
 - γ. βήχας

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

1. Από τις 100 γυναίκες νόσησαν οι 65 (65%)
Από τους 70 άνδρες νόσησαν οι 35 (50%)
2. Από τις 65 νοσήσαντες γυναίκες νοσηλεύτηκαν 25 (38,46%)
Από τους 35 νοσήσαντες άνδρες νοσηλεύτηκαν 20 (57,14%)
- 3 α. Από τις 100 γυναίκες nocebo effect στην κόπωση παρατηρήθηκε στις 60 (60%)
Από τους 70 άνδρες nocebo effect στην κόπωση παρατηρήθηκε στους 40 (57,14%)
 - β. Από τις 100 γυναίκες nocebo effect στην απώλεια γεύσης/όσφρησης παρατηρήθηκε στις 40 (40%)
Από τους 70 άνδρες nocebo effect στην απώλεια γεύσης/όσφρησης παρατηρήθηκε στους 18 (25,7%)
 - γ. Από τις 100 γυναίκες nocebo effect στον βήχα παρατηρήθηκε στις 17 (17%)
Από τους 70 άνδρες nocebo effect στον βήχα παρατηρήθηκε στους 20 (28,57%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο long covid σύνδρομο δεν πρέπει να αποδίδονται όλα τα κοινά συμπτώματα χωρίς να έχει διενεργηθεί περεταίρω έλεγχος προς διαφοροδιάγνωση . Το nocebo effect φαίνεται από την ομάδα ελέγχου μας και από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι εμφανίζεται συχνότερα στο γυναικείο πληθυσμό . Η σχέση long covid και nocebo effect αποτελεί μια διαγνωστική πρόκληση . Η μελέτη συνεχίζεται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: Experiencing COVID-19 symptoms without the disease: The role of nocebo in reporting of symptoms Hojjat Daniali and Magne Arve Flaten Scand J Public Health. 2022

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Το Συνέδριο πραγματοποιείται στα Ιωάννινα 28 Σεπτεμβρίου – 1η Οκτωβρίου 2023, στο ξενοδοχείο DU LAC (τηλ. +30 26510 59100)

Στον ευρύτερο χώρο του Συνεδρίου θα λειτουργήσουν: η Γραμματεία του Συνεδρίου & η Εκθεση Φαρμακευτικών προϊόντων, Ιατρικών οργάνων και μηχανημάτων.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΤΥΠΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ	ΠΟΣΟΝ
Ειδικευμένοι	140 €
Ειδικευόμενοι	120 €
Νοσηλεύτες	120 €
Άνεργοι Αναισθησιολόγοι	Δωρεάν
Φοιτητές	Δωρεάν
Κλινικά Φροντιστήρια *	Δωρεάν

Οι ανωτέρω τιμές δεν συμπεριλαμβάνουν 24% ΦΠΑΑ

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των επιστημονικών συνεδριάσεων
- Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο/ Συνεδριακό υλικό & Μοριοδοτημένο πιστοποιητικό παρακολούθησης
- Διάλειμμα καφέ
- Συμμετοχή στην Τελετή Εναρξης του Συνεδρίου

Το δικαίωμα συμμετοχής στα Κλινικά Φροντιστήρια περιλαμβάνει:

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

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

***ΠΡΟΣΟΧΗ ΘΑ ΤΗΡΗΘΕΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

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

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

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

ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ

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

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΙΣ

Ευχαριστούμε τις φαρμακευτικές εταιρείες KALTEQ, LAVIPHARM, MEDICAL WARE, MENARINI, VIATRIS, BIANEΞ, ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ & ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΕΛΛΑΣ για τη συμμετοχή τους στις εργασίες του Συνεδρίου.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Η κάθε ανακοίνωση θα διαρκεί 6' και θα ακολουθεί συζήτηση 1 λεπτού. Η καλύτερη εργασία θα κριθεί από ειδική Επιτροπή και θα βραβευθεί.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

Στους Συνέδρους θα χορηγηθούν 17,5 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME) από τον Π.Ι.Σ. Το πιστοποιητικό θα σταλεί ηλεκτρονικά μετά την ολοκλήρωση του Συνεδρίου.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Εναρκτήρια Τελετή: Η Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου θα γίνει την **Πέμπτη 28 Σεπτεμβρίου 2023 και ώρα 19.30** στο ξενοδοχείο Du Lac.

Δείπνο Υποδοχής: θα πραγματοποιηθεί μετά την Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου, για τους εγγεγραμμένους Συνέδρους.

ΕΠΙΣΤΙΤΣΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

28/9 κόστος ανά Συνέδριο 37 €

29/9 κόστος ανά Συνέδριο 37 €

ΔΕΙΠΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Δείπνο του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί το **Σάββατο 30 Σεπτεμβρίου 2023** και ώρα 20.30 σε χώρο επιλεγμένο από την Οργανωτική Επιτροπή. Το κόστος ανέρχεται στο ποσόν των 70€ ανά άτομο.

ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

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

ΟΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

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

ΓΛΩΣΣΑ

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

ΔΙΑΜΟΝΗ

Για την διευκόλυνση των Συνέδρων, δωμάτια έχουν προκρατηθεί στο Συνεδριακό ξενοδοχείο και σε κοντινά ξενοδοχεία

Διαμονή σε μονόκλινο δωμάτιο με πρωινό & φόρους

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	Μονόκλινο Δωμάτιο
DU LAC	150€
GRAND SERAI	150 €

Από 1/1/2018 επιβάλλεται φόρος υπέρ του Δημοσίου με την ονομασία «Φόρος Διαμονής» σε ξενοδοχεία και λοιπά τουριστικά καταλύματα. Ο φόρος αυτός επιβάλλεται ανά ημερήσια χρήση δωματίου ως εξής:

* 5 αστέρων: 4,00€ Ο φόρος αυτός είναι πληρωτέος από τον κάθε συμμετέχοντα/πελάτη κατά την αναχώρησή του από το ξενοδοχείο.

ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ -ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Για την επιβεβαίωση των εγγραφών απαιτείται πλήρης εξόφληση

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

Οριστική εξόφληση υπηρεσιών εγγραφής & διαμονής έως τις **30 Ιουνίου 2023**

Ακυρώσεις δωματίων έως **10 Ιουλίου 2023** χρεώνονται με 50% ακυρωτικά

Ακυρώσεις δωματίων μετά τις **10 Ιουλίου 2023** χρεώνονται με 100% ακυρωτικά

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

-Τραπεζικό έμβασμα στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: **ΕΡΑ ΕΠΕ** - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307, IBAN No GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307 αναφέροντας **το όνομα του Συνεδρίου & το όνομα του συμμετέχοντος**

Η Γραμματεία θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου στο Ξενοδοχείο Du Lac



congresses
and events

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ- ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ

ΕΡΑ ΕΠΕ – Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα, Τηλ: 210 3634944, Fax: 210 3631690,

e-mail: info@era.gr, Web Site: www.era.gr

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του
23ου Πανελληνίου Συνεδρίου Περιφερειακής Αναίσθησης, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας

Ευχαριστεί
για την ενεργό συμμετοχή και υποστήριξη στην πραγματοποίηση του Συνεδρίου
τις εταιρείες:



FarmaSyn SA

PHARMACEUTICALS

Aripiprazole Sandoz
Aripiprazole

Pregabalin Sandoz
Pregabalin

Olanzapin/Sandoz
Olanzapine

Levetiracetam/Sandoz
Levetiracetam

Escitalopram/Sandoz
Escitalopram oxalate

Pezale
Donepezil Hydrochloride

Serolux
Sertraline Hydrochloride

Memantine/Sandoz
Memantine Hydrochloride

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ
Aripiprazole Sandoz - Escitalopram/Sandoz - Levetiracetam/Sandoz
- Olanzapin/Sandoz - Pregabalin Sandoz - Serolux
ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ

ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ

ARIPIPRAZOLE SANDOZ TAB 10MG 30TABS IN AL/AL BLISTER	21,23 €
ARIPIPRAZOLE SANDOZ TAB 15MG 30TABS IN AL/AL BLISTER	21,95 €
ARIPIPRAZOLE SANDOZ TAB 30MG 30TABS IN AL/AL BLISTER	36,99 €
ESCITALOPRAM/SANDOZ F.C.TAB 10MG 28TABS IN OPA-AL-PVC/AL BLISTER	7,80 €
ESCITALOPRAM/SANDOZ F.C.TAB 20MG 28TABS IN OPA-AL-PVC/AL BLISTER	13,83 €
LEVETIRACETAM/SANDOZ F.C.TAB 1000MG 30TABS IN OPA/AL-PVC-AL BLISTER	23,62 €
LEVETIRACETAM/SANDOZ F.C.TAB 500MG 30TABS IN OPA/AL-PVC-AL BLISTER	11,81 €
OLANZAPIN/SANDOZ F.C.TAB 10MG 30TABS IN AL/AL BLISTER	30,80 €
OLANZAPIN/SANDOZ F.C.TAB 20MG 30TABS IN AL/AL BLISTER	72,86 €
OLANZAPIN/SANDOZ F.C.TAB 5MG 30TABS IN AL/AL BLISTER	16,30 €
PREGABALIN SANDOZ CAPS 100MG 21CAPS IN PVC/PVDC/AL BLISTER	5,04 €
PREGABALIN SANDOZ CAPS 150MG 56CAPS IN PVC/PVDC/AL BLISTER	12,03 €
PREGABALIN SANDOZ CAPS 25MG 56CAPS IN PVC/PVDC/AL BLISTER	3,64 €
PREGABALIN SANDOZ CAPS 300MG 56CAPS IN PVC/PVDC/AL BLISTER	20,70 €
PREGABALIN SANDOZ CAPS 50MG 56CAPS IN PVC/PVDC/AL BLISTER	9,22 €
PREGABALIN SANDOZ CAPS 75MG 56CAPS IN PVC/PVDC/AL BLISTER	6,99 €
SEROLUX F.C.TAB 100MG 30TABS IN AL/PVC BLISTER	9,50 €
SEROLUX F.C.TAB 50MG 30TABS IN AL/PVC BLISTER	7,85 €

ADV-CNS-09-2023

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ
Pezale - Memantine/Sandoz
**ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΙΑΤΡΟ ΚΑΙ
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ

PEZALE F.C.TAB 10MG 30TABS IN BLISTERS	21,87 €
PEZALE F.C.TAB 5MG 30TABS IN BLISTERS	15,25 €
MEMANTINE/SANDOZ F.C.TAB 10MG 28TABS IN PVC-PVDC/AL BLISTERS	11,89 €

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

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε τις πλήρεις Περιλήψεις
των Χαρακτηριστικών των Προϊόντων

SANDOZ A Novartis
Division

KAK: Sandoz GmbH
Biochemiestrasse 10, 6250 Kundl, Αυστρία.

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Novartis (Hellas) S.A.C.I. / Sandoz Division,
Φραγκοκκλησιάς 7B, 151 25 Μαρούσι,
Τηλ.: 210 2811712

Προωθούνται από την εταιρεία

FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

Θέση Ρίκια, 19300 Ασπρόπυργος, Αττική
τηλ.: 210 5777140 - www.farmasyn.gr

DynastatTM **IV/IM** (parecoxib sodium for injection)



IV=ενδοφλέβια, IM=ενδομυϊκά.

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



Pfizer Ελλάς Α.Ε.,
Λ. Μεσογείων 243, Ν. Ψυχικό 15451, Αθήνα, Ελλάδα,
Τηλ. Επικοινωνίας 210-6785800,
Αριθ. Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000
Pfizer Ελλάς Α.Ε. (Cyprus Branch)
Λεωφόρος Αθαλάσσης 26, 2018 Λευκωσία, Κύπρος,
Τηλ : 22817690

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

