



ΠΑΡΗ·ΣΥ·Α

Παρηγορική Φροντίδα

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ 31

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2021

ΜΗΝΥΜΑ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι

Σας ευχόμαστε υγεία, χαρά και ευτυχία, για την καινούργια Χρονιά, το 2021.

Ζούμε ιστορικές στιγμές. Μια παγκόσμια κρίση η πανδημία COVID – 19, ταλανίζει την ανθρωπότητα. Ειδικά η δεύτερη κρίση είναι φονικότερη από την πρώτη. Η πανδημία παίρνει διαστάσεις παγκόσμιου πολέμου. Πρόκειται για πόλεμο με ένα άορατο εχθρό. Υπάρχουν εκατόμβες νεκρών. Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν περιγράφουν με μελανά χρώματα την εμπειρία τους. Μοναξιά, αγωνία, φόβος θανάτου. Το ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται στην πρώτη γραμμή αυτού του πολέμου.

Η Εταιρεία μας εκφράζει ένα μεγάλο ευχαριστώ, σε όλους τους Λειτουργούς Υγείας. Είμαστε υπερήφανοι για την αυτοθυσία του <<άνωνμου>> γιατρού και νοσηλεύτη.

Η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α όπως πάντα με τη δράση της βρίσκεται στο πλευρό της κοινωνίας και κυρίως κοντά στις εύλωτες ομάδες.

- **Εξέδωσε Συστάσεις** προκειμένου να εφοδιάσει τους Λειτουργούς Υγείας με την απαραίτητη γνώση, για τη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από χρόνια επώδυνα σύνδρομα, καθώς και για και τις οικογένειές τους.
- **Προσαρμόζει** τις δωρεάν υπηρεσίες της, στις συνθήκες της πανδημίας, προκειμένου να συμπαρασταθεί, στην τεράστια προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας.
- **Στηρίζει** με στοχευμένες δράσεις τους ασθενείς των Ιατρικών Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας αλλά και όποιον πολίτη χρειάζεται βοήθεια. Κατά τη διάρκεια του lockdown, οι γιατροί μας επικοινωνούν με ασθενείς με χρόνια πόνο, παρέχοντας συμβουλές μέσω του διαδικτύου ή και τηλεφωνικά, ενώ τα



La Madonna of Port Lligat: Salvador Dali 1949

φάρμακα που ήδη λαμβάνουν, χορηγούνται μέσω της άυλης συνταγογράφησης. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις (πχ σε ασθενείς τελικού σταδίου) παρέχεται κατ'οίκον ιατρική ή νοσηλευτική φροντίδα από εθελοντές γιατρούς ή νοσηλευτές.

- Επί πλέον μέσω διαδικτυακών ημερίδων **ενημερώνουμε** τα μέλη μας, τους συναδέλφους γιατρούς ή νοσηλευτές για νεώτερες εξελίξεις σχετικές με την επιδημία και τις επιπτώσεις της στους ασθενείς με χρόνια πόνο.
- Το site μας διαρκώς ενημερωμένο, αναφέρεται σε νεώτερες εξελίξεις σχετικά με την πανδημία
- **Αγωνιζόμαστε** επίσης για τη διαμόρφωση νομοθετικού πλαισίου για τη νομιμοποίηση της τηλεϊατρικής στη χώρα μας.



Ελληνική Εταιρία
Θεραπείας Πόνου και
Παρηγορικής φροντίδας

ΠΑΡΗ·ΣΥ·Α·

- Τμήμα Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Παρηγορικής Φροντίδας (EAPC)
- Μέλος Ομάδας Εργασίας Παρηγορικής Φροντίδας Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (ECEPT)
- Ιδρυτικό μέλος της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Κατά του Πόνου (EuLAP)

Σμολένσκυ 5, Αθήνα 114 72
Τηλ. 2106457878 | Fax: 2103610488
info@grpalliative.gr | www.grpalliative.gr

Δ.Σ. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Πρόεδρος: Αθηνά Βαδαλούκα
Αντιπρόεδρος: Ιωάννα Σιαφάκα
Γεν. Γραμματέας: Ευνομία Αλεξοπούλου-Βραχνού
Ταμίας: Μαρία Κοκολάκη

Μέλη:
Σουζάνα Ανίσσογλου
Φανή Κρεμαστινού
Γιάννης Μπερδούσης
Νικολέτα Μπερναλή
Γιάννης Χρονάκης

Συντακτική Επιτροπή

Υπεύθυνη έκδοσης: Φανή Κρεμαστινού

Μέλη:
Ευνομία Αλεξοπούλου - Βραχνού
Νικολέτα Μπερναλή
Αγγελική Μπαϊρακτάρη
Ευμορφία Σταυροπούλου

Επιμέλεια: Ειρήνη Κοντογεωργίου

Σχεδιασμός: Σοφοκλής Συμεωνίδης

• Η Εταιρεία μας ασχολείται με ζητήματα που άπτονται της δημόσιας Υγείας. Τελευταία έκανε έγγραφη διαμαρτυρία στον Υπουργό Προστασίας του Πολίτη, για την παράνομη χρήση των χημικών στις συγκεντρώσεις διαμαρτυρίας.

Στο παρόν τεύχος δημοσιεύονται δύο άρθρα:

1. Το άρθρο του Καθηγητού και τ. Προέδρου του WIP (World Institute of Pain) Giustino Varassi με θέμα “Use of NSAIDs in the time of COVID-19 “ και
2. Το άρθρο του μέλους της ΠΑΡΥΣΥΑ Κρεμαστινού Φανής με τίτλο “Οι επιπτώσεις από την Πανδημία COVID 19 σε ασθενείς με Χρόνιο πόνο”.

Ευχαριστούμε θερμά τον Καθηγητή Varassi, για την αμέριστη συμπαράσταση στο έργο της Εταιρείας μας και τα φιλελληνικά του αισθήματα. Είμαστε υπερήφανοι που μία τόσο σημαντική προσωπικότητα, είναι φίλος της Εταιρείας μας.

Μέσα στις δύσκολες αυτές μέρες αναδύεται η ελπίδα του εμβολίου κατά του ιού SARS- COV-2 . Να σας υπενθυμίσουμε την τεράστια προσφορά των εμβολιασμών στην ανθρωπότητα. Εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές έχουν σωθεί από τρομακτικές νόσους. Ενδεικτικά αναφέρουμε τα εμβόλια κατά της χολέρας, της ευλογιάς, της φυματίωσης , της διφθερίτιδας, του τετάνου, της πολιομυελίτιδας, της γρίπης, της ηπατίτιδας, της μηνιγγίτιδας και πολλών άλλων δυνητικά θανατηφόρων ασθενειών. Πιστεύουμε και ελπίζουμε ότι και το εμβόλιο αυτό, θα αποδειχθεί εξίσου σωτήριο για την ανθρωπότητα.

Αυτή η πανδημία θα περάσει... Θα μας αφήσει όμως διδάγματα για αρχές που έχουμε ξεχάσει ως κοινωνία. Ανθρωπιά και σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή!!!

Για τη Συντακτική Επιτροπή

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Κρεμαστινού Φανή
Υπεύθυνη Σύνταξης

Αφιερωμένο σ’ αυτούς που έφυγαν χωρίς να μπορέσουμε να τους αποχαιρετίσουμε...

“...δε θέλω, μάνα πια κρασί να πιώ, μήτε ψωμί
ν’ αγγίξω· απόψε βίγλισα τον αγαπτό, σά στοχασμό
να σβήνει.”

Απόσπασμα από τον επίλογο της “Οδύσσειας” του Ν. Καζαντζάκη



Use of NSAIDs in the time of COVID-19

Varassi Giustino

Professor of Anesthesiology and Pain Medicine of the University of L'Aquila, Italy
Past President of WIP

1. Introduction

Pain, both acute and chronic, often is the consequence of multiple pathogenic pathways. Hence, drug treatment may be particularly difficult in most cases. The pharmacological arsenal against pain, is composed of traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), paracetamol and metamizole. More recently, it has been enriched with molecules operating on different pain mechanisms (as anticonvulsants and antidepressants), and with a more diffuse possibility to using opioids. However, the single-agent approach to pain remains quite challenging. In fact, a single drug, acting on a single pain component, is generally not successful to achieve a meaningful analgesia, whereas its use at high doses may cause significant side effects. Moreover, the increased prescription of opioids has resulted not always useful at improving pain control and has opened the door to abuse and addiction problems. As a consequence, pain management is far from being optimal and patients are exposed to the risks associated with misuse of single agents.

Multimodal pharmacological analgesia may represent a possible solution to the still unsolved problem of pain management, thanks to a number of potential advantages: first, a decrease of the administered doses of the individual components, second, the reduction of side effects and, third, a simultaneous action on different pain components. Thanks to these features, multimodal pharmacological therapy gives clinicians the opportunity to make a further step forward to a fully tailored therapy of pain in its various components and clinical manifestations. Combination of drugs from different classes, with different and complementary mechanisms of action, may provide a better opportunity for effective analgesia at reduced doses of individual agents, with a potential reduction of dose-related adverse events. Based on these considerations, clinical practice is gradually moving to a more tailored strategy. Basically, the multimodal analgesia for pain management refers to the three-step WHO pain ladder, the first official guideline for the management of cancer pain, which recommends the following regimen, based on the intensity of the patient's pain [1]:

Step I: A non-opioid analgesic (NSAIDs, Paracetamol, Metamizole) should be used for moderate pain, with co-analgesics if necessary.

Step II: If pain persists or increases, a weak opioid may be added to non-opioid analgesics.

Step III: If pain still persists, then a change should be made, shifting from weak to a strong opioid, still associated with non-opioid analgesics.

This treatment is only based on the intensity of pain, and would need a different approach [2]. More recently, there is an aim at treating pain according to the mechanism or mechanisms involved, i.e., nociceptive, neuropathic, a combination of both [3] or nociplastic. Physicians should seek to identify the basic pain mechanisms and accordingly treat the patient, choosing the drug with the most appropriate mechanism of action [2]. Pain is a complex perception with sophisticated transmission pathways in the nervous system. Pain may be linked more easily to anticipatory signals such as thirst and hunger, than it is to sensory perceptions. Moreover, its chronicity falls better under the behavioral category rather than on the category of senses. It can be modified physiologically, pharmacologically or with the use of interventional techniques. Modulation of the transmission of pain can be divided into three approaches:

1. Modulating the upward transmission
2. Altering perception centrally
3. Modulating descending inhibitory pathways

Intervening in all 3 areas with multiple drugs is more effective than a single drug treatment, and it allows to reduce the total dose of any one drug, thereby limiting unwanted effects [4]. Pharmacological multimodal analgesia is the use of a number of drugs, analgesic or adjuvant, in combination to achieve the best pain relief in acute or chronic pain. Combining analgesics that act by different mechanisms of action allows modulating multiple transmission pathways and enables

individual agents to act with potentially additive or synergistic effects [5].

2. Existing Combinations of Analgesic

Drugs for pain control fall into four main categories [6]:

1. weak analgesics (paracetamol, metamizole)
2. NSAIDs (ibuprofen, diclofenac, ketoprofen)
3. opioids
4. adjuvant drugs (antidepressant, antiepileptic medications, corticosteroids, colchicine, biologic drugs).

The choice of the most appropriate drug combination should consider the pathogenetic mechanisms of pain and satisfy the following criteria:

- The drugs to be combined should have different mechanisms of action and preferably act at different sites;
- the drugs to be combined should not interfere with the pre-existing comorbidities of the patient;
- FDCs should be preferred, if available, aiming at improving patient adherence to therapy.

Different drugs with different mechanism(s) of action may be combined for enhanced efficacy [6]. Analgesics relieve pain through a variety of mechanisms of action along multiple sites of the nociceptive pathway [7]:

- Paracetamol inhibits prostaglandin synthesis in the central nervous system.
- NSAIDs inhibit prostaglandin production by blocking cyclooxygenase both peripherally and centrally.
- Opioids have multiple sites of action:
 - o In the brain, opioids activate descending pain inhibitors.
 - o In the periphery, they work by reducing inflammation.
 - o In the spine, opioids decrease presynaptic calcium and sodium influx, production and release of excitatory amino acids, such as substance P, and postsynaptic excitability.
- Anticonvulsants inhibit high-frequency neuronal firing by blocking sodium channels and reducing neuron hyperexcitability.
- NMDA-receptor antagonists, like ketamine, bind to the NMDA receptor, thereby inhibiting glutamate activation. Glutamate is an excitatory amino acid found in laminae I, II, and III of the dorsal horn of the spinal cord. Glutamate activates primary afferent neurons.
- Alpha-2 adrenergic agonists act on the descending pain pathways supra-spinally, activating receptors to stimulate acetylcholine release, and on the ascending pain pathways, by inhibiting substance P release from the primary afferent neurons, thus reducing transmission of pain.
- Antidepressants alter neurotransmitters that affect pain pathways by inhibiting presynaptic neuronal reuptake of serotonin and norepinephrine at the descending pain pathway, resulting in improved inhibition of pain.

Analgesic combinations are currently recommended by several guidelines and are used in clinical practice [8]. In patients with moderate-to-severe pain the general recommendation is the combination of opioid/non-opioid analgesics [9]:

1. Among the possible combinations, paracetamol has been associated with weak (e.g. codeine or tramadol) or strong (e.g. morphine or oxycodone) opioids. Besides being less effective than NSAIDs, paracetamol may cause adverse effects [10,11].
2. NSAID/opioid combinations have the advantage of anti-inflammatory and additive analgesic effect, along with a well demonstrated opioid-sparing activity [12]. Currently available NSAID/opioid FDCs include:
 - Hydrocodone/ibuprofen (7.5 mg/400 mg) and Oxycodone/ibuprofen (5 mg/400mg) are two oral, fixed-dose combination formulations, approved for the short-term management of acute, moderate-to-severe pain. A single tablet provided better analgesia than low-dose hydrocodone/oxycodone or ibuprofen, administered alone, in most trials, and appeared to be more effective than a single dose of some other fixed-dose combination analgesics [13,14,15,16].
 - FDC of the fast-acting NSAID, dexketoprofen trometamol, and the long-acting opioid, tramadol hydrochloride, has been recently developed to generate multimodal analgesia at lower and better tolerated doses than those of the single agents used alone. The different modes and sites of action of the two components, together with their complementary pharmacokinetic profiles, and the lower incidence of the typical side-effects of each class [17,18,19,20] provide physicians with an effective and safe analgesic for the treatment of moderate- to-severe acute pain [21].

Abandoning the old opioid-centric model, physicians are focusing more and more on NSAIDs, acetaminophen, gabapentinoids, NMDA antagonists, alpha-2-agonists, and sodium and calcium channel blocking agents. One of the possible

opioid-free associations is paracetamol+ibuprofen, which combines the analgesic effect deriving from the central action of paracetamol with the peripheral anti-inflammatory action of ibuprofen, allowing the use of reduced dose of each component, and a consequent limitation of adverse events. The combination paracetamol+ibuprofen was shown to be effective in the treatment of post-surgical pain, within the ERAS (enhanced recovery after surgery) approach, which is emerging as a promising strategy for the control of acute pain after surgery, proven to be useful to minimize perioperative use of opioids [22].

3. NSAIDs and COVID

Whatever the choice of the drugs would be, it is clear that all the combinations are mainly based on the use of NSAIDs. This is because in any kind of pain there is very frequently an inflammatory component [23], including in the so called “degenerative pain”, where we may always find a neuroinflammatory component [24]. Inflammation is a complex coordinated cascade of events in response to noxious stimuli. As any adaptive response, inflammation offers rapid response to injury by promoting repair while protecting the damaged tissue. At the same time, the inflammatory response may itself damage host tissue and cause organ dysfunction. A review published already 10 years ago points out that the fundamental problem with inflammation is not how often it starts, but how often it fails to subside [25]. Neuroinflammation plays a very important role in the pathogenesis of both acute and chronic pain, but also represents the basic condition for several chronic neurodegenerative and neuropsychiatric diseases [26,27]. Hence, the use of anti-inflammatory drugs represents a must in the huge majority of cases necessitating analgesia.

Although pain treatment has been described as a fundamental human right [28], the COVID-19 pandemic forced health-care systems worldwide to redistribute healthcare resources toward intensive care units and other COVID-19 dedicated sites. As most chronic pain services were deemed non-urgent, all outpatient and elective interventional procedures have been reduced or interrupted during the COVID-19 pandemic in order to reduce the risk of viral spread. The shutdown of pain services jointly to the home lockdown imposed by governments has affected chronic pain management worldwide with additional impact on patients’ psychological health. Most of the patients are managed just by general physicians, or use over the counter (OTC) analgesics, which are in general based on NSAIDs.

At the beginning of 2020, an article in *Le Figaro* (a French newspaper) has focused attention on the use of anti-inflammatories because they could be responsible for an increased incidence of infections due to COVID-19 [29]. That article reported and emphasized the opinion of politicians expressed via social media suggesting the use of paracetamol instead of NSAIDs, but not based on scientific data. The article of the newspaper has generated a real hurricane, as a consequence of the new era of too rapid diffusion of the news, which has characterized, and still characterizes, the pandemic we are living [30]. The topic of NSAIDs use in the COVID-19 atmosphere has been widely reviewed [31] and the initial approach was strongly criticized [32]. Unfortunately, our social-media-driven era of nonstop news is not compatible with the slow and serious work of science. Clinicians should not be confronted with hypotheses, speculation, anecdotal reports, and conjecture on important topics such as the use of NSAIDs in patients with COVID-19 with little or nihil evidence to guide them. First, clinicians must consider who is taking the NSAID and why. There is no evidence that the occasional use of an oral, OTC NSAID for a few days by a person with suspected or diagnosed mild COVID-19 infection will exacerbate the infection. Second, there is no reason to think that patients taking prescribed NSAIDs for a chronic painful condition should stop taking this drug for fear it might increase their risk of contracting COVID-19 or exacerbate it if they get it [33]. It is likely that many patients with mild cases of COVID-19 may take an OTC remedy to help manage symptoms such as muscle aches and fever. Paracetamol has been proposed as an alternative to NSAID use, but there are also issues with paracetamol toxicity [34]. To be sure, there are COVID-19 cases when NSAIDs should not be used. But there is no evidence that they must be avoided in all patients with COVID-19. Clinicians on the frontlines and those advising patients with mild COVID-19 cases managed at home should weigh these considerations carefully.

References

1. World Health Organization. *Cancer Pain Relief with a Guide to Opioid Availability*, 2nd edn. Geneva: World Health Organization, 1996
2. Varrassi G, Mueller-Schwefe G, Pergolizzi J, et al. Pharmacological treatment of chronic pain the need for CHANGE. *Curr Med Res Opin.* 2010;26(5):1231-1245
3. Dworkin R, O’Connor AB, Backonja M, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence based recommendations. *Pain* 2007;132: 237-25
4. Varrassi G. Non-opioid drugs in the potentiation of postoperative analgesia [Farmaci non oppioidi nel potenziamento dell’analgesia postoperatoria]. In: G. Varrassi. Ed. *Proceedings 11° National Congress of AISD*. Napoli, Italy: Casa Editrice L’Antologia; 1988. p 53–70. https://www.researchgate.net/publication/313439665_Atto_XI_Congresso_Nazionale_AISD
5. Raffa RB, Tallarida RJ, Taylor R Jr, Pergolizzi JV Jr. Fixed-dose combinations for emerging treatment of pain. *Expert Opin Pharmacother.* 2012;13(9):1261–70.
6. Varrassi G, Coaccioli S, De-Andrés J, et al. Expert Consensus on Clinical Use of an Orally Administered Dexketoprofen Plus Tramadol Fixed-Dose

- Combination in Moderate-To-Severe Acute Pain: A Delphi Study. *Adv Ther.* 2019;36(11):3174-3185. doi:10.1007/s12325-019-01096-0
7. Manworren RC. Multimodal pain management and the future of a personalized medicine approach to pain. *AORN J.* 2015;101(3):308-318. doi:10.1016/j.aorn.2014.12.009
8. Varrassi G, Hanna M, Macheras G, et al. Multimodal analgesia in moderate-to-severe pain: a role for a new fixed combination of dexketoprofen and tramadol. *Curr Med Res Opin.* 2017;33(6):1165-1173. doi:10.1080/03007995.2017.1310092
9. Chandanwale AS, Sundar S, Latchoumibady K, et al. Efficacy and safety profile of combination of tramadol-diclofenac versus tramadol- paracetamol in patients with acute musculoskeletal conditions, postoperative pain, and acute flare of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a Phase III, 5-day open-label study. *J Pain Res* 2014;7:455-63
10. Roberts E, Delgado Nunes V, Buckner S, et al. Paracetamol: not as safe as we thought? A systematic literature review of observational studies. *Ann Rheum Dis* 2016;75:552-9
11. Scarpignato C, Lanas A, Blandizzi C, et al. Safe prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with osteoarthritis– an expert consensus addressing benefits as well as gastrointestinal and cardiovascular risks. *BMC Med* 2015;13:55
12. Varrassi G, Marinangeli F, Agro F, et al. A double-blinded evaluation of propacetamol versus ketorolac in combination with patient-controlled analgesia morphine: analgesic efficacy and tolerability after gynecologic surgery. *Anesth Analg* 1999;88:611-616
13. Kolesnikov YA, Wilson RS, Pasternak GW. The synergistic analgesic interactions between hydrocodone and ibuprofen. *Anesth Analg* 2003;97:1721-3
14. Oldfield V, Perry CM. Oxycodone/ibuprofen combination tablet: a review of its use in the management of acute pain. *Drugs* 2005;65:2337-54
15. Betancourt JW, Kupp LI, Jasper SJ, et al. Efficacy of ibuprofen hydrocodone for the treatment of postoperative pain after periodontal surgery. *J Periodontol* 2004;75:872-6
16. Van Dyke T, Litkowski LJ, Kiersch TA, et al. Combination oxycodone 5 mg/ibuprofen 400mg for the treatment of postoperative+ pain: a double-blind, placebo- and active-controlled parallel group study. *Clin Ther* 2004;26:2003-14
17. Rodriguez MJ, Arbos RM, Amaro SR. Dexketoprofen trometamol: clinical evidence supporting its role as a painkiller. *Expert Rev Neurother* 2008;8:1625-40
18. Scott LJ, Perry CM. Tramadol: a review of its use in perioperative pain. *Drugs* 2000;60:139-76
19. Vazzana M, Andreani T, Fanguero J, et al. Tramadol hydrochloride: pharmacokinetics, pharmacodynamics, adverse side effects, co-administration of drugs and new drug delivery systems. *Biomed Pharmacother* 2015;70:234-8
20. Walczak JS. Analgesic properties of dexketoprofen trometamol. *Pain Manage* 2011;1:409-16
21. Moore RA, Gay-Escoda C, Figueiredo R, et al. Dexketoprofen/tramadol: randomised double-blind trial and confirmation of empirical theory of combination analgesics in acute pain. *J Headache Pain* 2015;16:541
22. Wick CE. Postoperative Multimodal Analgesia Pain Management With Nonopioid Analgesics and Techniques A Review. *JAMA Surgery* July 2017 Volume 152, Number 7
23. Varrassi G, Alon E, Bagnasco M, et al. Towards an effective and safe treatment of inflammatory pain: A Delphi-guided expert consensus. *Adv Ther.* 2019;36:2618-2637
24. Fusco M, Skaper S, Coaccioli S, et al. Degenerative joint diseases and neuroinflammation. *Pain Pract.* 2017;17(4):522-532
25. Nathan C, Ding A. Nonresolving inflammation. *Cell.* 2010;140:871-882
26. Freeman LC, Ting JP. The pathogenic role of the inflammasome in neurodegenerative diseases. *J Neurochem.* 2016;136(Suppl 1):29-38
27. Najjar S, Pearlman DM, Alper K, Najjar A, Devinsky O. Neuroinflammation and psychiatric illness. *J Neuroinflammation.* 2013;10:43.
28. Cousins MJ, Lynch ME. The Declaration Montreal: access to pain management is a fundamental human right. *Pain* 2011Dec;152(12):2673e4. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.012>.
29. <https://www.lefigaro.fr/sciences/coronavirus-alerte-surl-ibuprofene-et-autres-anti-inflammatoires-20200314>. (Accessed 15 Mar 2020).
30. Pergolizzi J, LeQuang JA, Taylor R, et al. Four pandemics: Lesson learned, lesson lost. *Signa Vitae.* 2020. DOI: 10.22514/sv.2020.16.0096
31. Pergolizzi J, Varrassi G, Magnusson P, et al. COVID-19 and NSAIDs: A narrative review of knowns and unknowns. *Pain Ther.* 2020;9(2):1-6. DOI: 10.1007/s40122-020-00173-5
32. Varrassi G. Warning against the use of anti-inflammatory medicines to cure COVID-19: Building castles in the air. *Adv Ther.* 2020;37(5):1705-1707
33. FitzGerald GA. Misguided drug advice for COVID-19. *Science.* 2020;367(6485):1434
34. Larson AM, Polson J, Fontana RJ, et al. Acetaminophen-induced acute liver failure: Results of a United States multicenter, prospective study. *Hepatology.* 2005; *Adv Ther.* 2020;37(5):1705-1707
33. FitzGerald GA. Misguided drug advice for COVID-19. *Science.* 2020;367(6485):1434
34. Larson AM, Polson J, Fontana RJ, et al. Acetaminophen-induced acute liver failure: Results of a United States multicenter, prospective study. *Hepatology.* 2005;42(6):1364-1372



Οι επιπτώσεις από την Πανδημία COVID 19 σε ασθενείς με Χρόνιο Πόνο

Φανή Κρεμαστινού

Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου ΙΓΝΑ
Μέλος ΔΣ ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α

Η Πανδημία COVID-19 έχει επηρεάσει όλες τις πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης. Αντιμετωπίζουμε μια ασθένεια για την οποία δεν έχουμε αρκετή επιστημονική πληροφόρηση.

Κάθε μέρα παρουσιάζονται νέες συστάσεις, αλλά είμαστε ακόμα στην αρχή. Ο αναμενόμενος εμβολιασμός μας δίνει ελπίδες για να αντιμετωπίσουμε αυτή την κρίση αλλά ακόμη υπάρχει πολύς δρόμος....

Από την πανδημία έχουν πληγεί κατεξοχήν οι ευάλωτες ομάδες, όπως είναι οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών με χρόνια πόνο.

Ο πλήρης αντίκτυπος της πανδημίας θα αποκαλυφθεί τα επόμενα χρόνια. Ωστόσο σε αυτή τη συγκυρία, είναι ζωτικής σημασίας να διαχειριστούμε τις ανάγκες των ασθενών με χρόνια πόνο και να συνεχίσουμε να τους παρέχουμε κάθε δυνατή θεραπευτική παρέμβαση.

Όπως και οι περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, το πεδίο του χρόνιου πόνου έχει δεχτεί σκληρό χτύπημα από την πανδημία. Οι ασθενείς με χρόνια πόνο επιβαρύνονται διότι η πρόσβαση στους θεράποντες γιατρούς τους είναι δύσκολη, ενώ η θεραπεία τους καθυστερεί.

Η τηλεϊατρική θα μπορούσε να βοηθήσει τους ασθενείς να επικοινωνούν με τους γιατρούς τους, ώστε να μπορούν να συνεχίσουν ή να τροποποιήσουν την φαρμακευτική τους αγωγή, έχει όμως το μειονέκτημα της έλλειψης άμεσης επαφής του ασθενούς με το θεράποντα. Η αδυναμία εκτέλεσης απεικονιστικών τεχνικών ή άλλου παρακλινικού ελέγχου δυσκολεύουν στη διάγνωση και στερούν τους ασθενείς από τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση.

Επί πλέον η εκτέλεση παρεμβατικών τεχνικών όπως και χειρουργικών επεμβάσεων έχουν μειωθεί τουλάχιστον κατά το ήμισυ, γεγονός που στερεί στους ασθενείς μεθόδους θεραπείας ή ανακούφισης από τη νόσο ή τα δυσάρεστα συμπτώματα της, μεταξύ των οποίων και ο πόνος.



Το stress των ασθενών με χρόνια πόνο λόγω του φόβου νόσησης, της έλλειψης επικοινωνίας με το συγγενικό ή το φιλικό περιβάλλον, του φόβου της απώλειας αγαπημένων προσώπων ή του πένθους, ενισχύει την αίσθηση του πόνου που βιώνουν αυτοί οι ασθενείς. Η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς ως τμήμα της πολυπαραγοντικής αναλγησίας, επιβαρύνει την ήδη διαταραγμένη ψυχική τους ισορροπία και είναι γνωστό ότι τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα οδηγούν σε επιδείνωση της αντίληψης του πόνου.

Παράλληλα εξαιτίας της έλλειψης δυνατότητας χρήσης της κατάλληλης διεπιστημονικής προσέγγισης στη διαχείριση του πόνου, οι αλγολόγοι έχουν πολύ περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές. Μια από αυτές τις επιλογές είναι η συνταγογράφηση οπιοειδών για να κρατούν τους ασθενείς μακριά από τις ήδη υπερφορτωμένες Υπηρεσίες Υγείας όπως π.χ. τα Εξωτερικά Ιατρεία ή τα Ιατρεία για Επείγοντα Περιστατικά.

Παρά τα μειονεκτήματά τους πάντως η τηλεϊατρική και η άυλη συνταγογράφηση έχουν θετικό ρόλο διότι κρατούν τους ασθενείς μακριά από το νοσοκομειακό περιβάλλον μειώνοντας έτσι τη διασπορά του ιού.

Οι αλγολόγοι με αυταπάρνηση προσπαθούν να διαχειριστούν όλα αυτά τα ζητήματα.

Βασική είναι η στενή παρακολούθηση αυτών των ασθενών, η αποφυγή χρήσης οπιοειδών όταν αυτά δεν είναι

απαραίτητα, η χορήγηση τους όταν αυτά είναι απαραίτητα, ενώ θα πρέπει να ακολουθείται το ίδιο πρόγραμμα θεραπείας του ασθενούς με χρόνια πόνο, που εφαρμοζόταν πριν την πανδημία.

Η γνώση μας για τον ιό σε σχέση με τον χρόνια πόνο είναι μηδενική. Ο πόνος και το ανοσοποιητικό σύστημα συνδέονται στενά. Η σύνδεση μεταξύ του νευρικού συστήματος και του ανοσοποιητικού παίζει βασικό ρόλο στην πρόκληση χρόνιων επώδυνων συνδρόμων. Τα ανοσοκύτταρα και τα υποπροϊόντα τους εμπλέκονται στον φλεγμονώδη πόνο και τη νευροπάθεια.

Οι επιδράσεις του χρόνιου πόνου στο ανοσοποιητικό σύστημα είναι περίπλοκες, συμπεριλαμβανομένης της καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος, καθιστώντας τον πάσχοντα ευάλωτο έναντι του ιού.

Αλλά και τα φάρμακα με ανοσοκατασταλτικές επιδράσεις που λαμβάνουν αυτοί οι ασθενείς, μπορεί τα ίδια να αποτελούν επιπρόσθετο παράγοντα κινδύνου λοίμωξης, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να δυσχεράνουν τη διάγνωση, διότι τροποποιούν την έκφραση της νόσου.

Το έργο των αγγολόγων σε αυτήν την περίοδο κρίσης είναι τεράστιο.

Τελικά η πανδημία COVID-19 μας κινητοποιεί στο να αναζητήσουμε εναλλακτικές λύσεις στη διαχείριση και αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια πόνο.

Αναφορές:

1. Συστάσεις της Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. για την Παρηγορική Φροντίδα (Π.Φ.), και την υποστήριξη κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19. Ιστοσελίδα της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. info@grpalliative.gr
2. Medical Group Management Association. Medical group management survey. www.mgma.com/resources/risk-compliance/coronavirus-covid-19-what-medical-practice-leader
3. Abdallah CG, Geha P. Chronic pain and chronic stress: two sides of the same coin? *Chronic Stress (Thousand Oaks)* 1, 1–10 (2017).
4. Friedan J. Physical therapists adapting to COVID-19 (2020). www.medpagetoday.com/infectiousdisease/covid19/859434
5. Saba Javed, Joey Hung, and Billy K Huh. Impact of COVID-19 on chronic pain patients: a pain physician's perspective. *Pain Manag.* 2020
6. Salah N. El-Tallawy, Rohit Nalamas, Joseph V. Pergolizzi, and Christopher Gharibo. Pain Management During the COVID-19 Pandemic. *Pain Ther.* 2020 Dec; 9(2): 453–46
7. Wenwen Cheng, Yufeng Li, Liyan Cui, Ying Chen, Sharui Shan, Duan Xiao, Xiaoyun Chen, Zhuoming Chen, Anding Xu. Efficacy and Safety of Corticosteroid Treatment in Patients With COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol.* 2020 Sep 9;11:571156.
8. Timothy R Deer, Dawood Sayed, Jason E Pope, Krishnan V Chakravarthy, Erika Petersen, Susan M Moeschler, Alaa Abd-Elsayed, Kasra Amirdelfan, Nagy Mekhail, ASPN COVID Workgroup. Emergence From the COVID-19 Pandemic and the Care of Chronic Pain: Guidance for the Interventionalist. *Anesth Analg.* 2020 Aug;131(2):387-394.
9. Beth Russell, Charlotte Moss, Anne Rigg, and Mieke Van Hemelrijck. COVID-19 and treatment with NSAIDs and corticosteroids: should we be limiting their use in the clinical setting? *Ecancermedicallscience.* 2020; 14: 1023.
10. Luis Patricio Maskin, Gabriel Leonardo Olarte, Fernando Palizas Jr, Agostina E Velo, María Fernanda Lurbet, Ignacio Bonelli, Natalio D Barede, Pablo Oscar Rodríguez. High dose dexamethasone treatment for Acute Respiratory Distress Syndrome secondary to COVID-19: a structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2020 Aug 26;21(1):743.
11. Calum T Robb, Marie Goepf, Adriano G Rossi, Chengcan Yao. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, prostaglandins, and COVID-19. *Br J Pharmacol.* 2020 Nov;177(21):4899-4920.
12. Beth Russell, Charlotte Moss,* Anne Rigg, and Mieke Van Hemelrijck. COVID-19 and treatment with NSAIDs and corticosteroids: should we be limiting their use in the clinical setting? *Ecancermedicallscience.* 2020; 14: 1023.
13. David G. Lambert. Opioids and the COVID-19 pandemic: does chronic opioid use or misuse increase clinical vulnerability? *Br J Anaesth.* 2020 Oct; 125(4): e382–e383.
14. Utsha G Khatri, Jeanmarie Perrone. Opioid Use Disorder and COVID-19: Crashing of the Crises. *J Addict Med.* Jul/Aug 2020;14(4):e6-e7.
15. Joëlle Micallef, Thomas Soeiro, Annie-Pierre Jonville-Béra, French Society of Pharmacology, Therapeutics (SFPT).. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, pharmacology, and COVID-19 infection. *Therapie.* 2020;75(4):37

Επιμέλεια: Ε. Βραχνού-Αλεξοπούλου

Κλικ στην ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α

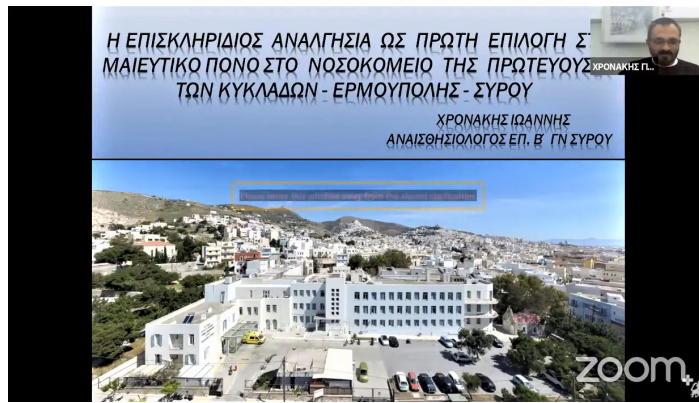
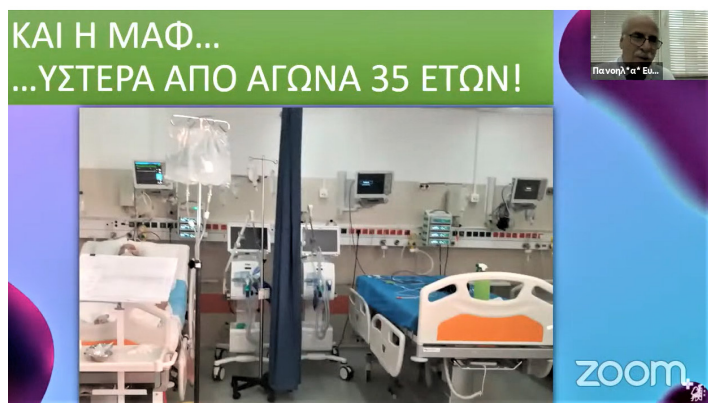
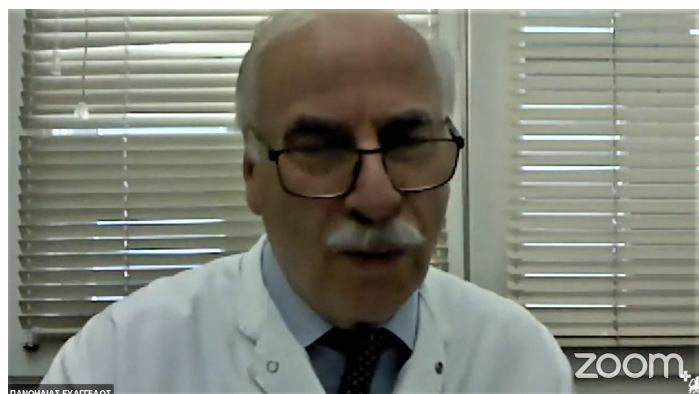
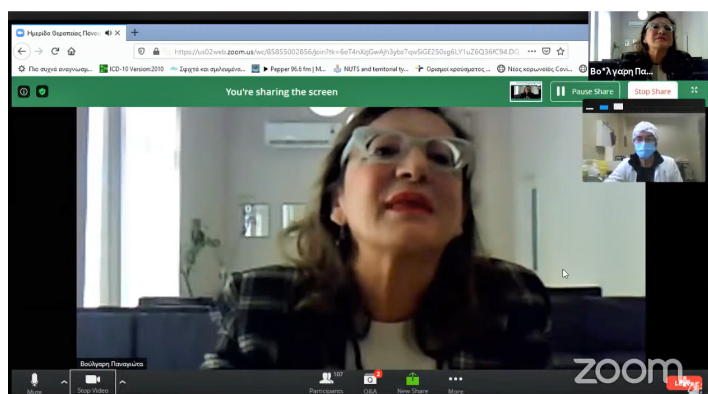
Ο απολογισμός του **20ου Πανελληνίου Συνεδρίου Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας (Βραυρώνα, 10-12 Σεπτεμβρίου 2020, Ξενοδοχείο Dolce)**, μας γεμίζει συγκίνηση κι αισιοδοξία.

Στις πολύ ιδιαίτερες συνθήκες της πανδημίας COVID-19 χρειάστηκε ιδιαίτερο θάρρος, μεγάλο αίσθημα ευθύνης, εξαιρετικά προσεκτική προετοιμασία και οργάνωση για να πραγματοποιήσουμε ένα συνέδριο με ζωντανή παρουσία, πόσο μάλλον που οι όροι διεξαγωγής από την πλευρά της Πολιτείας μεταβάλλονταν μέχρι και την τελευταία στιγμή. Δεν θα τα καταφέρναμε αν όλοι μας, η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. και οι συνεργάτες της, οι σύνεδροι και οι φαρμακευτικές εταιρείες δεν επιδεικνύαμε σθένος και πίστη σε αυτό που εκπροσωπούμε ώστε να παρακάμψουμε τους φόβους και να προχωρήσουμε σθεναρά, με γνώση και συνέπεια, σε μια διοργάνωση που χαρακτηρίζεται πλέον "Συνέδριο αναφοράς". Υλοποιήσαμε ένα απολύτως ασφαλές συνέδριο, το περιεχόμενο του οποίου χαιρέτιστηκε από τον ιατρικό κόσμο της χώρας αλλά και από τους Προέδρους 3 διεθνών/ευρωπαϊκών οργανισμών που μας τίμησαν με τη ζωντανή παρουσία τους.



Κλικ στην ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α

Μία εξαιρετική **Ημερίδα Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας** διοργανώσαμε σε συνεργασία με την Αναισθησιολογική Κλινική του Γ.Ν. Σύρου, το **Σάββατο 21 Νοεμβρίου 2020**. Συμβολικός μας στόχος ήταν να τιμήσουμε την επαναλειτουργία του Ιατρείου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας στο ιστορικό νησί. Το webinar είχε την αιγίδα του Ιατρικού Συλλόγου Κυκλάδων και την στήριξη του Δήμου Ερμούπολης Σύρου. Μέλημά μας να εξοπλιστούν οι επαγγελματίες υγείας με γνώση και παράλληλα να ευαισθητοποιηθεί το ευρύτερο κοινό απέναντι στο δικαίωμα αντιμετώπισης του βασανιστικού Χρόνιου Πόνου και της αναγκαιότητας ανάπτυξης Παρηγορικής Φροντίδας στην Περιφέρεια. Η Σύρος μας αγκάλιασε αποδεικνύοντας την πρωτοπορία της. Ευχαριστούμε θερμά όλους τους εξαιρετικούς ομιλητές και ιδιαίτερα την κα. **Βούλγαρη Παναγιώτα**, Γενική Ιατρώ και Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Κυκλάδων, τον κ. **Πανοηλία Ευάγγελο**, Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και Συντονιστή Αναισθησιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Σύρου καθώς και το μέλος του ΔΣ της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. κ. **Χρονακή Ιωάννη**, Αναισθησιολόγο Επ. Β' & Υπεύθυνο Ιατρείου Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας Γ.Ν. Σύρου.



Τα μέλη μας σε όλη τη χώρα είναι στην πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση της έκτακτης κατάστασης της πανδημίας: Στα Χειρουργεία, στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, στα Νοσοκομεία, στις Κλινικές. Παράλληλα, παρά τις έκτακτες συνθήκες, στέκονται δίπλα στους ασθενείς των Ιατρείων Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας. Οι ήρωες αυτοί βρίσκονται σε κάθε γωνιά της Ελλάδας και τους ευχαριστούμε μέσα από την καρδιά μας. Η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. είναι σε συνεχή επαφή μαζί τους, ενημερώνεται για τις ανάγκες των ασθενών σε όλη την Ελλάδα και συμπαρίσταται με κάθε πρόσφορο μέσον. Αισθανόμαστε υπερηφάνεια για τις ηρωίδες και τους ήρωές μας της πρώτης γραμμής!



Κεντρικά χειρουργεία Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθήνας



Από τη Μονάδα COVID 19 του Νοσοκομείου Θήβας

ΠΡΟΣΕΧΗ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ - ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιτοχικής Αναισθησίας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας
16-19 Σεπτεμβρίου 2021
Άγιος Νικόλαος, Κρήτη

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



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

www.regionalpainpalliativecongress2021.gr



Ελληνική Εταιρία
Θεραπείας Πόνου και
Παρηγορικής Φροντίδας



European Society of
Regional Anaesthesia - Hellas



1^η Ανασθησιολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών

13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αλγολογίας
19-21 Μαΐου 2022
Καλαμάτα



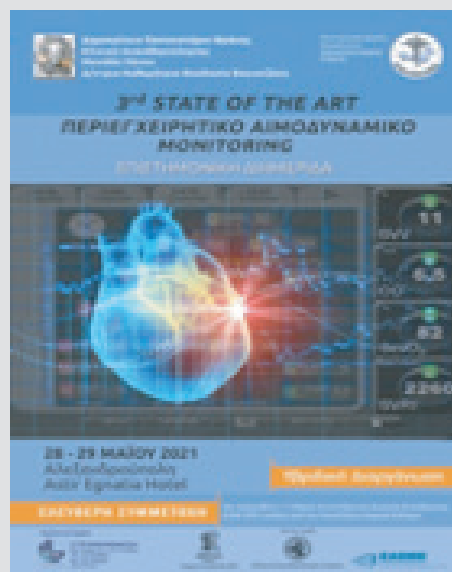
24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ανασθησιολογίας
30 Σεπτεμβρίου – 2 Οκτωβρίου 2021
Πόρτο Χέλι



5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αναζωογόνησης και Αντιμετώπισης Επείγοντος Περιστατικού με θέμα «Η αναζωογόνηση συναντά όλες τις ειδικότητες»
 Οκτώβριος 2021
 Αθήνα



3rd STATE OF THE ART, ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ MONITORING
 28 - 29 Μαΐου 2021
 Αλεξανδρούπολη



ΠΡΟΣΕΧΗ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ – ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

ESRA Congress 2021
23-26 Ιουνίου 2021
Θεσσαλονίκη



1IASP World Congress
27 Ιουνίου- 1 Ιουλίου 2021
Αμστερνταμ



17th WFSA World Congress of
Anaesthesiologists
1 - 5 Σεπτεμβρίου 2021
Πράγα



EFIC Virtual Pain Summit: 4-6 November 2021



13o ESRA RA-UK
 Ultrasound in Pain
 Medicine Course
 19-20 Μαρτίου 2021
 St George's University Hospital
 London

