

# 19<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Περιοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ & ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

[www.regionalpainpalliativecongress2019.gr](http://www.regionalpainpalliativecongress2019.gr)

22 Μόρια  
CME-CPD από  
τον Π.Ι.Σ.

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

26-29 Σεπτεμβρίου 2019  
Ξενοδοχείο du Lac  
Ιωάννινα



Ελληνική Εταιρία  
Θεραπείας Πόνου και  
Παρηγορικής Φροντίδας



European Society of  
Regional Anaesthesia  
HELLAS



Α' Ανασθησιολογική Κλινική  
Πανεπιστημίου Αθηνών

# PecFent®

ΡΙΝΙΚΟ ΕΚΝΕΦΩΜΑ ΚΙΤΡΙΚΗΣ ΦΑΙΝΤΑΝΥΛΗΣ

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

**KYOWA KIRIN**

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

ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ:

 **anabiosis**  
pharmaceuticals

Αθήνα: Αραλιόδος 1, 145 64 Κηφισιά, τηλ: 210 271 1020, fax: 210 271 2001  
Θεσ/νίκη: 9<sup>ο</sup> χλμ. Θεσ/νίκης - Μουδωνών, 55535 Θεσ/νίκη,  
τηλ: 23 10 489360, fax: 23 10 489396  
email: info@anabiosis.gr - site: www.anabiosis.gr

*Αγαπητοί συνάδελφοι, αγαπητοί φίλοι,*

*Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζουμε στο “19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας”, στα Ιωάννινα (26 - 29 Σεπτεμβρίου 2019).*

*Επιλέξαμε μια πόλη που υπήρξε σημαντικό κέντρο του Νεοελληνικού Διαφωτισμού, με πλούσια ιστορική και πολιτιστική παράδοση, που αποζημιώνει τον επισκέπτη με τα πολλά της πρόσωπα, τη μαγευτική φύση, την ειδυλλιακή λίμνη, τους μύθους, την ιδιαίτερη γαστρονομία και τα πλούσια αξιοθέατα.*

*Το Πανελλήνιο Συνέδριο που διοργανώνει η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. σε συνεργασία με την ESRA HELLAS και την Α΄ Αναισθησιολογική Κλινική Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, αποτελεί την κορύφωση των επιστημονικών δραστηριοτήτων μας. Είναι ένα συνέδριο που δίνει ευκαιρίες σε αυτόν που αναζητά τη γνώση, στον ερευνητή, στον κλινικό γιατρό, σε όλους τους επιστήμονες του χώρου της Υγείας.*

*Αποτελεί τόπο συνάντησης και ανταλλαγής απόψεων, γίνεται χώρος που επιτρέπει την διαφορετική άποψη, που αναγνωρίζει και ασπάζεται την καινοτομία.*

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

*Σας καλούμε όλους να συμμετέχετε με ενθουσιασμό στο πλούσιο επιστημονικό και κοινωνικό μας πρόγραμμα.*

*Με συναδελφικούς χαιρετισμούς*

*Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής*

*Οι Πρόεδροι*

*Ιωάννα Σιαφάκα*

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

*Μαρία Κοκολάκη*

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

### Πρόεδρος

Βαδαλούκα Αθηνά

### Αντιπρόεδρος

Σιαφάκα Ιωάννα

### Γενικός Γραμματέας

Αλεξοπούλου-Βραχνού Ευνομία

### Ταμίας

Κοκολάκη Μαρία

### Μέλη

Κρεμαστινού Φανή

Μαμμή Γιούλη

Μπερδούσης Γιάννης

Μπερναλή Νικολέτα

Σταυροπούλου Εφη

### Πρόεδροι

Σιαφάκα Ιωάννα

Κοκολάκη Μαρία

### Μέλη

Αλεξοπούλου-Βραχνού Ευνομία

Αναστασιάδου-Ανίσογλου Γεωργία

Αντωνοπούλου Ελπίδα

Αρναουτάκης Εμμανουήλ

Βαγδατλή Κυριακή

Βαδαλούκα Αθηνά

Βασιλοπούλου Γεωργία

Γαμποπούλου Ζωή

Γκουτζιομήτρου Ευαγγελία

Δημακοπούλου Αντωνία

Διονυσιώτης Ιωάννης

Ευαγγέλου Αγγελος

Θεοδωράκη Κασσιανή

Καλλιαρδού Ευαγγελία

Καλφακάκου Βασιλική

Καπέρδα Αλεξάνδρα

Κατρακάζου Αικατερίνη

Κετικίδου Ευγενία

Κοκκίνης Κυριάκος

Κουτσούκου Βικτωρία

Κρεμαστινού Φανή

Κωνσταντοπούλου Γεωργία

Λευκαδίτου Αικατερίνη

Μαμμή Γιούλη

Μανατάκη Αδαμαντία

Μάστορα Ευαγγελία

Μόκα Ελένη

Μπερδούσης Ιωάννης

Μπερναλή Νικολέτα

Ντούβλη Στέλλα

Παλιαλέξη Λεμονιά

Παπαδόπουλος Γεώργιος

Πουλοπούλου Σοφία

Ράπτη Δήμητρα

Ρουχωτά Ρεγγίνα

Σαμαρά Ευαγγελία

Σταυροπούλου Ευμορφία

Τζίμας Πέτρος

Τσαρουχά Αθανασία

Υφαντίδης Φώτης

Χλωροπούλου Παναγιώτα

Χρονά Ελένη

### Πρόεδροι

Σιαφάκα Ιωάννα  
Αλεξοπούλου-Βραχνού Ευνομία

### Μέλη

Αδαμοπούλου Μαίρη  
Αμανίτη Αικατερίνη  
Ανίσσολου Σουζάνα  
Αρναούτογλου Ελένη  
Ασκάρ – Μουμτζή Δέσποινα  
Βαδαλούκα Αθηνά  
Βασιλάκος Δημήτρης  
Βογιατζάκη Θεοδοσία  
Γαρίνη Ελεάννα  
Διακομή Μαρία  
Ζης Παναγιώτης  
Ζώτου Μαριάννα  
Θεοδωράκη Κασσιανή  
Θεοδώρου Ελένη  
Καλλιαρδού Ευαγγελία  
Καμπέρη Παναγιώτα  
Καντιάνης Αναστάσιος  
Καραναστάση Χρυσούλα  
Καστρινάκη Καλλιόπη  
Κουρούκλη Ειρήνη  
Κουτσοπούλου Ελένη  
Κρεμαστινού Φανή  
Κρέσπη Άννα  
Λεφάκη Τατιάνα  
Λυκούδη Ειρήνη  
Μαμμή Γιούλη  
Μελά-Καραμανάκου Αργυρώ  
Μιχαλολιάκου Χριστίνα  
Μόκα Ελένη  
Μπατιστάκη Χρυσάνθη  
Μπερναλή Νικολέτα  
Παλγιμέζη Νίκη  
Παπαγεωργίου Ειρήνη  
Παπαδόπουλος Γεώργιος  
Πετσίτη Αργυρώ  
Πλέσια Ελένη  
Ρεκατσίνα Μαρτίνα  
Στάϊκου Χρυσούλα  
Σταματίου Γεωργία  
Σταυροπούλου Ευμορφία  
Συκιώτη Παναγιώτα  
Τζίμας Πέτρος  
Τσαρουχά Αθανασία  
Τσιρογιάννη Αικατερίνη  
Χλωροπούλου Πελαγία  
Χρονά Ελένη

Αμανίτη Αικατερίνη  
Αρναούτογλου Ελένη  
Θεοδωράκη Κασσιανή  
Μόκα Ελένη  
Στάϊκου Χρυσούλα  
Τέφα Λουΐζα  
Τζίμας Πέτρος  
Χλωροπούλου Πελαγία

## ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

---

Βαδαλούκας Νίκος

**Jose Aguirre, MD, PhD, MSc, EDRA**

Senior Consultant Anaesthesiologist  
Department of Anaesthesia, Intensive Care and Pain Medicine  
FMH Head of Anaesthesia Education and Research  
Head of Study Coordination UCAR (Unit for Clinical and Applied Research)  
Balgrist University Hospital, Zurich, Switzerland  
EDRA Chair  
ESRA Board Member  
Chair of ESRA Clinical Hands-On Workshops

**Prof. Roberto Arcioni, MD, FIPP**

Chief of Pain Management Unit, Department of Clinical-Surgical Science Translational Medicine, “Sapienza”  
University of Rome, Sant’ Andrea Hospital, Rome, Italy

**Dr Arun Bhaskar, MBBS, MSc, FRCA, FFPMRCA, FFICM, FIPP, EDPM**

Consultant in Pain Medicine, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, President-elect, The British Pain Society, Hon. Secretary, Neuromodulation Society of UK & Ireland, Section Chair UK, World Institute of Pain, Hon. Secretary, World Institute of Pain Clinicians, Councillor, European Pain Federation, England

**Prof. Snežana Bošnjak, MD, PhD**

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

**Alain Delbos, MD, PhD**

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

**Dr Maura Pacchiarotti, MD**

Anaesthesiologist, Pain Management, Sant’ Andrea Hospital, Rome, Italy

**Prof. Antonella Paladini**

Assoc. Professor of Anaesthesia, Intensive Care and Pain Management, University of L’ Aquila, Italy

---

**Narinder Rawal, MD, PhD, FRCA (Hon), EDRA**

Professor of Anaesthesiology

Department of Anaesthesiology and Intensive Care , Orebro University Hospital, Orebro, Sweden

EDRA Vice – Chair

Past General Secretary of ESRA

Member of PROSPECT Working Group

**Prof. Giustino Varrassi, MD, PhD, FIPP**

President of World Institute of Pain, President of Paolo Procacci Foundation

**Theodoros Xanthos, MD, MSc, PhD**

Professor of Physiology and Pathophysiology

Program coordinator program MD

Doctor of Medicine

Program Coordinator MSc

Program Gerontology

President Quality Committee

European University Cyprus

President Hellenic Society of Cardiopulmonary Resuscitation

President National Committee on experimental animal use, Cyprus

**Panagiotis Zis**

Assistant Professor of Neurology and Clinical Neurophysiology

Medical School, University of Cyprus





---

Το 19<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Περιτοχικής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας οργανώνεται σε συνεργασία με την European League Against Pain (EuLAP), την ESRA HELLAS και την Α' Αναισθησιολογική Κλινική και Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας του Πανεπιστημίου Αθηνών



---

Το Συνέδριο τελεί υπό την Αιγίδα:



του Υπουργείου Υγείας



της Ιατρικής Σχολής Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών



της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



του Χειρουργικού Τομέα της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

- Αδαμοπούλου Μ. Patient Advocate ΕΥΡΑΤΙ Fellow, Μέλος της Ελληνικής Αντιπροσωπείας της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Ασθενών ΕΥΡΑΤΙ, Πρόεδρος του «'95», Ελληνική Συμμαχία για τους Σπάνιους Ασθενείς»
- Αμανίτη Αικ. Επίκουρη Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης “ΑΧΕΠΑ”
- Αναστασιάδου Γ. Ανασθησιολόγος-Εντατικολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ και Ιατρείου Πόνου Α.Ν.Θ. “Θεαγένειο”, Εθελοντικά Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Γιαννιτσών
- Αναστασίου Εμμ. Συντονιστής Διευθυντής Ανασθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Ελευσίνας “Θριάσιο”
- Ανίσουλου Σ. Δρ., Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ & Ιατρείου Πόνου Α.Ν.Θ. “Θεαγένειο”, Αντιπρόεδρος Ε.Α.Ε.Ι.Β.Ε., Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
- Αντωνοπούλου Ε. Ανασθησιολόγος, Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος και Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Ξάνθης
- Αρναουτάκης Εμμ. Διευθυντής Ανασθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. “Ασκληπιείο Βούλας”, Αθήνα
- Αρναούτογλου Ε. Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθύντρια Ανασθησιολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν Λάρισας
- Αστέρη Θ. Ανασθησιολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, Καρδιοανασθησιολογικό τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Βαδαλούκα Α. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας- Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., Επίτιμη Γενική Γραμματέας Παγκόσμιου Ινστιτούτου Πόνου (WIP), Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Συνδέσμου κατά του Πόνου (EuLAP), τ. Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Περιφερειακής Ανασθησιολογίας (ESRA)
- Βαϊόπουλος Χ. Ανασθησιολόγος, Επικουρικός Επιμελητής Β' Τμήματος Ανασθησιολογίας, Γ.Ν. Παίδων “Π. & Α. Κυριακού”, Αθήνα
- Βασιλάκος Δ. Καθηγητής Ανασθησιολογίας Α.Π.Θ.
- Βαφειάδου Μ. Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος-Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. “Σισμανόγλειο-Α. Φλέμιγκ”, Αθήνα
- Βελίκη Ν. Ανασθησιολόγος, Επιμελήτρια Β', ΜΕΘ -Ιατρείο Πόνου, Α.Ν.Θ. “Θεαγένειο”, Θεσσαλονίκη
- Βογιατζάκη Θ. Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
- Βραχνού Ε. Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
- Γαλανού Π. Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Ρόδου
- Γαμποπούλου Ζ. Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος και Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. “ΚΑΤ”
- Γαρίνη Ε. Ανασθησιολόγος Παίδων, ΕΔΑΙC, ΕΔΡΑ, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. Παίδων “Η Αγία Σοφία”, Αθήνα
- Γερουλάνος Στ. MD, PhD, Dr.h.c., FACS, FCCM, FESICM, FEACTS, FSSS assoc., FICA hon, DL hon, Καθηγητής Χειρουργικής, Πανεπιστήμιο Ζυρίχης, τ. Καθηγητής Ιστορίας Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πρόεδρος ΔΚΕ, Διεθνές Ιπποκράτειο Ιδρυμα, Κως
- Γεωργιάδης Α. Ρευματολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών και Παρισίων
- Γεωργιάδου Θ. Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Γιαννιτσών
- Γκλιάνης Εμμ. Ιδιώτης Ανασθησιολόγος
- Γκουτζιομήτρου Ευ. Ανασθησιολόγος, Αναπληρώτρια Συντονίστρια Διευθύντρια, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Δημακοπούλου Α. PhD, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. “Γ. Γεννηματάς”, Αθήνα
- Δήμου Π. MD, DESA, Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος, Γ. Ν “Ασκληπιείο Βούλας”, Αθήνα
- Διονυσιώτης Ι. Φυσίατρος-Ιατρός Αποκατάστασης, Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Επιμελητής Α', 1η Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης ΕΚΑ, Αθήνα
- Ευαγγέλου Α. Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας Ιατρικού Τμήματος Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Ζώτου Μ. Ανασθησιολόγος, Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
- Θεοδοσιάδης Π. Δρ., Ανασθησιολόγος, Υπεύθυνος Ιατρείου Πόνου, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης
- Θεοδωράκη Κ. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ανασθησιολογίας ΕΚΠΑ, Διευθύντρια Α' Ανασθησιολογικής Κλινικής-Κέντρου Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
- Καλλιαρδού Ευ. Δρ., Διευθύντρια - Επιστημονική Υπεύθυνος Ανασθησιολογικού Τμήματος - Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Παίδων “Π. & Α. Κυριακού”, Αθήνα
- Καλφακάκου Β. Ομότιμη Καθηγήτρια Φυσιολογίας Ιατρικού Τμήματος Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Καμπέρη Π. Ανασθησιολόγος, Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας, Γ.Ν. «Σισμανόγλειο - Α. Φλέμιγκ», Αττική
- Κανδρεβιώτου Στ. Ανασθησιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Σισμανόγλειο - Α. Φλέμιγκ», Αττική
- Καντιάνης Α. Διδάκτωρ Ιατρικού Δικαίου-Δικηγόρος
- Καρανίκα Ε. PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Κω
- Καραφωτιά Α. Επικουρικός Ανασθησιολόγος, Γ.Ν. Παίδων “Η Αγία Σοφία”, Αθήνα
- Κατρακάζου Αικ. Επιμελήτρια Β', Ανασθησιολογική Κλινική, Γ.Ν. Λαμίας
- Κετικίδου Ε. Ανασθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Επιστημονικά Υπεύθυνη Ανασθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Καβάλας
- Κιαμήλογλου Μπ. Δρ., Επιστ. Υπεύθυνος Διευθυντής Ανασθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Κομοτηνής
- Κιτσιπούλου Ε. Επιμελήτρια Α' Ανασθησιολογίας, Ανασθησιολογικό τμήμα Γ.Ν.Θ. “Γ. Παπαγεωργίου”, Θεσσαλονίκη
- Κοκκίνης Κ. Συντονιστής Διευθυντής Ανασθησιολογικού Τμήματος-Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Πατρών

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

- Κοκολάκη Μ. Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. “Σισμανόγλειο - Α. Φλέμιγκ” Αττικής
- Κοράκη Ε. Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Θ. “Γ. Παπανικολάου”, Θεσσαλονίκη
- Κουρούκλη Ειρ. MD, PhD, FIPP, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”, Αθήνα
- Κουτσούκου Β. Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΤΕΠ, Γ.Ν.Α. “Γ. Γεννηματάς”, Αθήνα
- Κρεμαστινού Φ. Αναισθησιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”, Αθήνα
- Κωνσταντοπούλου Γ. Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Υπεύθυνη Διευθύντρια Ιατρείου Χρόνιου Πόνου, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. “Σωτηρία”, Αθήνα
- Λευκαδίου Αικ. Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ ΜΕΘ, Π.Γ.Ν. Πατρών
- Λυκούδη Ειρ. Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Νέας Ιωνίας «Κωσταντοπούλειο- Πατησίων», Αθήνα
- Μάγκλαρη Χρ. Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
- Μακρής Α. Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α', Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα
- Μαλισιώβα Α. Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Παίδων “Π. & Α. Κυριακού”, Αθήνα
- Μαμμή Γ. Αναισθησιολόγος, Διοικήτρια Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (ΠΓΝΠ) & Νοσοκομείο Ανατολικής Αχαΐας-Αιγίου
- Μάστορα Ε. Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού τμήματος Γ.Ν Τρικάλων
- Μελά Α. Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. “Ασκληπιείο Βούλας”, Αθήνα
- Μίχα Γ. Αναισθησιολόγος, MD, MSc, PhD, Επικουρική Αναισθησιολόγος, Β' Χειρουργική κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών
- Μιχαλολιάκου Χ. Mδ, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Χρονίου Πόνου, Ε.Α.Ν.Π. “Μεταξά”
- Μόκα Ε. Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Ιδιωτικό Νοσοκομείο Creta Interclinic, ESRA Treasurer, EDRA Board Member, Γενική Γραμματέας ESRA Hellas, Ηράκλειο, Κρήτη
- Μπαϊρακτάρη Α. MD, PhD, DEAA, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος - Ιατρείου, Γ.Ν.Α. “ΚΑΤ”, Αθήνα
- Μπαρέκα Μ. Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
- Μπατιστάκη Χρ. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Β' ΠΚ Αναισθησιολογίας, Μονάδα Πόνου & Ανακουφιστικής Αγωγής, Π.Γ.Ν. “Αττικόν”, Αθήνα
- Μπερναλή Ν. Mδ, PhD, Αναισθησιολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Θηβών, Πρόεδρος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας π. Θήβας
- Μπρόζου Β. Αναισθησιολόγος, MD, MSc, PhD, Επιμελήτρια Β', Γ.Ν.Α. “Γ. Γεννηματάς”, Αθήνα
- Νασιούλας Γ. PhD, Επιστημονικός Διευθυντής, GeneKor M.S.A
- Νούλας Ν. Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α Αναισθησιολογίας, Γ. Ν. Κορίνθου
- Ντίσιος Ι. Κλινικός Ψυχολόγος, Γ.Α.Ο.Ν.Α “Άγιος Σάββας”, Επιστημονικός Υπεύθυνος του ΚΕ.Υ.Ε.Ε.Ψ.Ο. της Ε.Α.Ε.
- Ντούβλη Σ. Υπεύθυνη Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Τρικάλων
- Οικονόμου Ν.Τ. Νευρολόγος, Ειδικός Ιατρός Υπνου (PhD, ESRS Somnologist Expert), Επιληψίας (MSci), Επιστ. Υπεύθυνος Κέντρων Υπνου - Επιληψίας “ΕΝΥΠΝΙΟΝ” (Βιοκλινική), “SOMNIO” (Ιατρικό Κέντρο) Κλιν.-Ερευν Συνεργάτης ΕΚΠΑ (Αιγινήτειο)
- Παλιαλέξη Λ. Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια και Επιστημονικά Υπεύθυνη Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Λαμίας, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου
- Παπαγεωργίου Ειρ. Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α, ΜΕΘ-Ιατρείου Πόνου, Α.Ν.Θ. “Θεαγένειο”
- Παπαδάκης Σ. Α. Διευθυντής Β' Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. “ΚΑΤ” - Πρόεδρος 2018 ΕΕΧΟΤ
- Παπαδόπουλος Γ. Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Κλινική Αναισθησιολογίας & Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
- Παπακίτσος Γ. Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' Αναισθησιολογίας, Γ.Ν. Αρτας
- Πετσίτη Α. MSc, PhD, Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. Λάρισας
- Ράπτη Δ. Ιδιώτης Αναισθησιολόγος, Αθήνα
- Ράπτη Μ. Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α' Κλινική Αναισθησιολογίας & Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
- Ρεκατσίνα Μ. MD, MSc, Hon. Anaesthetic Clinical Fellow, King's College Hospital, London, UK
- Ρέλλια Π. PhD, Αναπληρώτρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
- Ροΐδη Δ. Διευθύντρια, Αναισθησιολογικό Τμήμα & Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
- Σαλάτας Κ. Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Γ.Α.Ο.Ν.Α “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
- Σάντε-Λεφάκη Γκ.-Τ. Συντονίστρια Διευθύντρια, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
- Σιαφάκα Ι. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας και Θεραπείας Πόνου, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αντιπρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.
- Σουβατζόγλου Ρ. Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν. Πρέβεζας
- Στάικου Χ. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
- Σταυροπούλου Ε. Αναισθησιολόγος, MD, PhD, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Κέντρου Πόνου Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Πρόεδρος ESRA Hellas, μέλος Δ.Σ. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α .

Σταύρου Ι.	Αναισθησιολόγος, Διδάκτωρ, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών
Στέλιου Φ.	Διευθύντρια Αναισθησιολόγος, Γ.Ν. Ιωαννίνων “Γ. Χατζηκώστα”
Στεφάνου Π.	Αναισθησιολόγος Επιμελητής Α’ ΜΕΘ, Υπεύθυνος Ιατρείου Πόνου Σκυλίτσειου Νοσοκομείου Χίου
Τέφα Λ.	MD, PhD, Διευθύντρια, Αναισθησιολόγος, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Τζαβούλης Δ.	Επεμβατικός Ακτινολόγος, Διευθυντής Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
Τζαμάκου Ε.	ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου Ογκολογικών ασθενών, Υπεύθυνη Ογκολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Τζίμας Π.	Αναπληρωτής Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Τζώρτζης Δ.	Επιμελητής Β’, Γ.Ν.Α. “ΚΑΤ”
Τομαρά Ε.	Αναισθησιολόγος, Επικουρικός Ιατρός, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”, Αθήνα
Τρικούπη Α.	Δρ, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Θ. “Γ. Παπανικολάου”, Θεσσαλονίκη
Τσαρουχά Α.	Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Τσιρογιάννη Αικ.	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Κατερίνης
Τσιρτσιρίδου Β.	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Α. “Ιπποκράτειο”, Αθήνα
Τσολερίδης Θ.	MD, PgDip(ε), MA, MSc, PhD©, Επιμελητής Α’ Αναισθησιολογίας, Γ.Ν. Ρόδου
Υφαντίδης Φ.	Επιμελητής Α, Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν.Βόλου “Αχιλλοπούλειο”
Φιλόπουλος Ε.	Πρόεδρος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας
Φτούλης Γ.	MSc, Αναισθησιολόγος, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
Φυντανίδου Β.	Αναισθησιολόγος, Επ. Α’ ΕΣΥ, Κλινική Αναισθησιολογίας & Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν.Θ. “ΑΧΕΠΑ”, Θεσσαλονίκη
Φυρφίρης Ν.	Αναισθησιολόγος, Επικουρικός Επιμελητής Β’, Γ.Α.Ο.Ν.Α. “Άγιος Σάββας”, Αθήνα
Χαϊνάκη Ειρ.	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α’ ΕΣΥ, Γ.Ν. “Βενιζέλειο”, Ηράκλειο
Χαντζή Χ.	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. “Γ. Γεννηματάς”, Αθήνα
Χαραλαμπίδου Α.	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α’ ΕΣΥ, Π.Γ.Ν. Λάρισας
Χλωροπούλου Παν.	Αναισθησιολόγος, Αναισθησιολογική κλινική και Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν. Καβάλας
Χλωροπούλου Πελ.	Αναισθησιολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
Χρονά Ε.	Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α’ Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά “Άγιος Παντελεήμων”
Χρονάκης Ι.	Επιμελητής Β’ Αναισθησιολογίας & Υπεύθυνος Ιατρείου Πόνου Γ.Ν.-Κ.Υ. Νάξου

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
12.00 - 14.00	Προσέλευση – Εγγραφές
14.00-15.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι</b>  <b>Χρόνιος Πόνος</b>  <b>Προεδρείο:</b> Φ. Στέλιου, Φ. Υφαντίδης, Δ. Ράπτη</p> <p><b>ΕΑ01. Τι γνωρίζουν για τα Ιατρεία Πόνου οι Επαγγελματίες Υγείας, οι ασθενείς που νοσηλεύονται και οι ασθενείς που επισκέπτονται τα Ιατρεία Πόνου-Ερευνα με χρήση ερωτηματολογίων</b>  Λογοθέτη Ε.  Γ.Ν. Βόλου</p> <p><b>ΕΑ02. Εφαρμογή Βελονισμού για την αντιμετώπιση ισχιαλγίας και σπαστικότητας κάτω άκρου σε ασθενή μετά από ΑΕΕ - Παρουσίαση Περιστατικού</b>  Λάσδα Ε., Μπουζιά Αικ., Βαριάδης Δ., Χαραλαμπίδου Α., Αρναούτογλου Ε.  Αναισθησιολογική κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας</p> <p><b>ΕΑ03. Αντιμετώπιση ιδιοπαθούς παράλυσης προσωπικού νεύρου με βελονισμό</b>  Μπόλωση Μ., Καρφάκης Γ., Λένας Α., Τζίμας Π., Παπαδόπουλος Γ.  Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων</p> <p><b>ΕΑ04. Εφαρμογή του βελονισμού σε ρευματολογικά νοσήματα</b>  Λάσδα Ε.<sup>1</sup>, Μπουζιά Αικ.<sup>1</sup>, Παπανικολάου Φ.<sup>1</sup>, Ροκά Β.<sup>2</sup>, Ντέλλα Α.<sup>1</sup>, Αρναούτογλου Ε.<sup>1</sup>  <sup>1</sup> Αναισθησιολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Λάρισας, <sup>2</sup> ΚΥ Φαρκαδόνας</p> <p><b>ΕΑ05. Χρόνιος πόνος και οζονοθεραπεία</b>  Γάτης Ν.<sup>1</sup>, Καπέρδα Α.<sup>2</sup>, Κωνσταντοπούλου Γ.<sup>2</sup>  <sup>1</sup> Αναισθησιολόγος, Ιδιώτης Λειβαδιά, <sup>2</sup> Αναισθησιολόγος, Ιατρείο Χρόνου Πόνου Γ.Ν. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»</p> <p><b>ΕΑ06. Η επίδραση του ιατρικού όζοντος στην αντιμετώπιση του πόνου σε τρεις ασθενείς με άλγος γόνατος μετά από κάκωση</b>  Δουμπάρατζη Μ.<sup>1</sup>, Μιχαήλ Θ.<sup>1</sup>, Φίλιππας Π.<sup>2</sup>, Τζαβέλλας Α.Ν.<sup>4</sup>, Μιτσοκάπας Α.<sup>1</sup>, Κουϊδή Ευ.<sup>3</sup>, Γκουτζιομήτρου Ευ.<sup>1</sup>  <sup>1</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα &amp; Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup> Ιδιώτης Φυσιοθεραπευτής, <sup>3</sup> Τμήμα Αθλητιατρικής ΤΕΦΑΑ ΑΠΘ, <sup>4</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε</p> <p><b>ΕΑ07. Επαναλαμβανόμενος αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου για την αντιμετώπιση νευροπαθητικού πόνου κάτω άκρου: αναφορά περιστατικού</b>  Κουρούκλη Ε., Westzaan Ν., Γκίκα Α., Χριστοδούλου Αικ., Γεωργιτσογιαννάκος Π., Τομαρά Ε., Καρρά Κ., Λουΐζος Α.  Αναισθησιολογικό τμήμα Ιπποκράτειο ΓΝ Αθηνών</p> <p><b>ΕΑ08. Η επίδραση της συνδυαστικής μεθόδου μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού στην αντιμετώπιση χρόνιου πόνου σε ασθενείς με αυχενalγία. Προκαταρκτικά αποτελέσματα</b>  Παπανικολάου Φ.<sup>1</sup>, Λάσδα Ε.<sup>1</sup>, Ροκά Β.<sup>2</sup>, Χαλκιάς Α.<sup>1</sup>, Αρναούτογλου Ε.<sup>1</sup>  <sup>1</sup> Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, <sup>2</sup> Κ.Υ. Φαρκαδόνας</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
15.00-16.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II</b>  <b>Περιοχική Αναισθησία</b>  <b>Προεδρείο:</b> Μ. Μπαρέκα, Ευ. Μάστορα, Κ. Σαλάτα</p> <p><b>ΕΑ09. Επείγουσα χειρουργική επέμβαση σε ασθενή υπό ασενοκουμαρόλη με περιφερικό νευρικό αποκλεισμό</b>  <b>Μπαρέκα Μ.,</b> Νταλούκα Μ., Κολώνια Κ., Κυριακάκη Α., Κουτάλος Α., Αρναούτογλου Ε. <i>Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα</i></p> <p><b>ΕΑ10. Διασκαληνική περιοχική αναισθησία στην αρθροσκοπική χειρουργική του ώμου</b>  <b>Παπαδημητρίου Ε<sup>1</sup>, Ζαφειροπούλου Φ.<sup>2</sup>, Κότσα Α.<sup>2</sup>, Γυφτονικολού Ε.<sup>2</sup></b>  <sup>1</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, <sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Χαλκίδας</p> <p><b>ΕΑ11. Υπαραχνοειδής αναισθησία σε ασθενή με Σύνδρομο Charcot-Marie-Tooth που υποβάλλεται σε χειρουργική αποκατάσταση μηριαίου κατάγματος</b>  <b>Διαγούπη Α.,</b> Νικολακοπούλου Ε., Διακομή Μ., Ταταρίδη Ο., Τράντζας Π., Σοφianού Α. <i>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα</i></p> <p><b>ΕΑ12. Επισκληρίδιος διάχυση Τ.Α. κατά τη διενέργεια αποκλεισμού του οσφυϊκού πλέγματος στο διαμέρισμα του ψοίτη μυός</b>  <b>Μάγκλαρη Χ.,</b> Φυρφίρης Ν., Γκαγκαντέρος Α., Πουλοπούλου Σ. <i>Αναισθησιολογικό τμήμα, ΑΟΝΑ «ο Άγιος Σάββας», Αθήνα</i></p> <p><b>ΕΑ13. Υπερκλειδίου αποκλεισμός του βραχιόνιου πλέγματος με υπερηχογραφική καθοδήγηση: ασφάλεια και αποτελεσματικότητα σε χειρουργικές επεμβάσεις άνω άκρου</b>  <b>Νικολακοπούλου Ε.,</b> Παρασκευόπουλος Τ., Μορέλλα Δ., Διακομή Μ., Βιτούλα Κ., Μπαϊρακτάρη Α. <i>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα</i></p> <p><b>ΕΑ14. Χορήγηση φεντανύλης σε διάλυμα τοπικού αναισθητικού για υπαραχνοειδή αναισθησία σε ηλικιωμένους ασθενείς</b>  <b>Μπαϊρακτάρη Α.,</b> Σοφianού Α., Κριθαρίδου Γ., Ντρίμερη Ε., Αγουρίδα Η., Κωλέτσος Δ. <i>Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ»</i></p> <p><b>ΕΑ15. Υπερηχογραφικά καθοδηγούμενος αποκλεισμός του λαγωνοϋπογάστριου-λαγωνοβουβωνικού νεύρου έναντι της χειρουργικής διήθησης της τομής σε επεμβάσεις βουβωνοκήλης</b>  <b>Χατζηγιαννάκη Δ.,</b> Τιλελή Μ., Δήμου Π., Μπίνα Α., Σταθάτος Δ., Μελά-Καραμανάκου Α. <i>Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας</i></p>
16.00-17.00	<p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι</b>  <b>Παιδί και Πόνος</b>  <b>Προεδρείο:</b> Γ. Μαμμή, Ε. Καλλιαρδού</p> <p><b>Καρκινικός πόνος και Παρηγορική Φροντίδα στα παιδιά: πού βρισκόμαστε;</b>  <b>Α. Καραφωτιά</b></p> <p><b>Κρίση οπιοειδών στα παιδιά</b>  <b>Χ. Βαϊόπουλος</b></p> <p><b>Σχολιασμός:</b> Α. Μαλισιώβα, Ε. Γαρίνη</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
17:00-17:30	Διάλειμμα- Καφές
17.30-19.00	<p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II</b>                      Δημιουργώντας ένα Εθνικό Σύστημα Παρηγορικής Φροντίδας                      Προεδρείο: Ε. Αναστασίου, Μ. Κοκολάκη, Γ. Αναστασιάδου</p> <p>Παρηγορική ή Ανακουφιστική Φροντίδα;                      Ι. Σιαφάκα</p> <p>Στρατηγικός Σχεδιασμός Παρηγορικής Φροντίδας στην Ελλάδα: προτάσεις της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.                      Α. Βαδαλούκα</p> <p>Εμπειρία οργάνωσης Μονάδας Παρηγορικής Φροντίδας σε Πανεπιστημιακή Ογκολογική Κλινική                      Ε. Τζαμάκου</p> <p>Σχολιασμός: Ε. Φιλόπουλος, Α. Καντιάνης</p>
19.00-19.30	<p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ I</b>                      Προεδρείο: Γ. Παπαδόπουλος, Θ. Αστέρη, Φ. Κρεμαστινού</p> <p>Despite the opioid crisis I continue to treat my patients with opioids                      G. Varrassi</p>
19.30-20.30	<p><b>ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ</b>                      Προεδρείο: Ι. Σιαφάκα, Μ. Κοκολάκη</p> <p>Η ιστορία της Παρηγορικής Φροντίδας στην Ελλάδα: η ιστορία της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.</p> <p><b>ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ</b>                      Η Γένεση της Βιοηθικής και οι προκλήσεις του αύριο                      Στ. Γερουλάνος</p>
20.30	Δεξίωση Υποδοχής



ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
12.00 - 14.00	Προσέλευση – Εγγραφές
15.00-16.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III</b>  <b>Περιεγχειρητική Αναλγησία</b>  <b>Προεδρείο:</b> Στ. Κανδρεβιώτου, Β. Κουτσούκου, Ι. Σταύρου</p> <p><b>ΕΑ16. Εμμένουσα κεφαλαλγία σε επίτοκο: κεφαλαλγία μετά από τρώση σκληράς ή κάτι πιο επικίνδυνο;</b>  Θεοδωράκη Κ., Μπράττου Π., Σιαφάκα Ι.  Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα</p> <p><b>ΕΑ17. Αντιμετώπιση κεφαλαλγίας μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία με βελονισμό</b>  Κοκκίνης Κ., Αθανασοπούλου Α.  Αναισθησιολογικό τμήμα Γ.Ν. Πατρών</p> <p><b>ΕΑ18. Σύγκριση δεξμεδετομιδίνης και λιδοκαΐνης με εικονικό φάρμακο στην πρόληψη εμφάνισης χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου: προοπτική, τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλή μελέτη</b>  Ρεκατσίνα Μ., Θεοδοσοπούλου Π., Στάικου Χ.  Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα</p> <p><b>ΕΑ19. Μελέτη επίδρασης της δεξμεδετομιδίνης σε συγχορήγηση με μειωμένη δόση της ροπιβακαΐνης στον αποκλεισμό μηριαίου νεύρου για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου σε αρθροπλαστική γόνατος</b>  Δουμπάρatzη Μ., Σμυρνώτης Δ., Μιτσοκάπας Α., Ρουντ Ι., Κωτούζας Α., Πολυχρονίου Α., Κιτσιοπούλου Ε., Γκουτζιομήτρου Ε.  Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝ Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου</p> <p><b>ΕΑ20. Συνδυασμός συνεχούς μηριαίου και εφάπαξ ισχιακού αποκλεισμού για μετεγχειρητική αναλγησία σε ολική αρθροπλαστική γόνατος</b>  Κοράκη Ε., Πιστιώλας Γ., Σηφάκη Φ., Γκιουλιάβα Α., Κολεσνίκοβα Α., Σταματοπούλου Μ., Λίολιος Μ., Τρικούπη Α.  Αναισθησιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»</p> <p><b>ΕΑ21. Καταστολή με δεξμετομιδίνη σε ηλικιωμένους ασθενείς για επέμβαση υπό υπαραχνοειδή αναισθησία λόγω κατάγματος ισχίου</b>  Μπαϊρακτάρη Α., Ταταρίδη Ο., Χρυσικοπούλου Α., Κολλιοπούλου Γ., Νικολακοπούλου Ε., Μοσχοντόπουλος Κ., Τσακίρακη Κ.  Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ»</p> <p><b>ΕΑ22. Γενική αναισθησία VS περιοχική αναισθησία στην μετεγχειρητική αντιμετώπιση του πόνου που σχετίζεται με την τοποθέτηση διουρηθρικού καθετήρα της ουροδόχου κύστεως</b>  Τομαρά Ε., Γκίκα Α., Χριστοδούλου Α., Γρηγοράκη Α., Γεωργιτσογιαννάκος Π., Κορούζη Τ., Λουίζος Α.  Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Αθήνα</p> <p><b>ΕΑ23. Κεφαλαλγία μετά από τρώση σκληράς μήνιγγας, αντιμετώπιση με εφαρμογή επισκληριδίου εμβολώματος: παρουσίαση περιστατικού</b>  Westzaan N., Κουρούκλη Ε., Κέκελος Π., Γρηγοράκη Α., Παπαδήμα Α., Καρασάββα Ε., Λουίζος Α.  Αναισθησιολογικό τμήμα Ιπποκράτειο ΓΝ Αθηνών</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Γ
12.00 - 14.00	Προσέλευση – Εγγραφές
15.00-16.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV</b>  <b>Παρηγορική και Χρόνιος Πόνος</b>  <b>Προεδρείο:</b> Α. Πετσίτη, Φ. Γεωργιάδου, Αικ. Κατρακάζου</p> <p><b>ΕΑ24. Νευροπαθητικός πόνος και βλεννογονίτιδα στόματος σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου υπό ακτινοθεραπεία ή χημειοακτινοθεραπεία</b>  <b>Κουρή Μ.<sup>1</sup>, Νικολάτου-Γαλίτη Ο.<sup>1</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>2</sup>, Κουλουλιάς Β.<sup>3</sup>, Παπαδοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Βάρδας Ε.<sup>1</sup>, Γαλιτς Ε.<sup>4</sup>, Κυροδήμος Ε.<sup>5</sup>, Τριχάς Μ.<sup>6</sup>, Ζυγογιάννη Α.<sup>7</sup>, Λιακούλη Ζ.<sup>7</sup>, Ψυρρή Α.<sup>8</sup></b>  <sup>1</sup> Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup> Κλινική Πόνου, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>3</sup> 2ο τμήμα Ακτινολογίας, Μονάδα Ακτινοθεραπείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>4</sup> Κλινική Στοματοπροσωπικού Πόνου, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>5</sup> ΩΡΛ Κλινική, Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>6</sup> Τμήμα Ακτινοθεραπείας, Νοσοκομείο «Ιασώ», Αθήνα, <sup>7</sup> 1ο τμήμα Ακτινολογίας, Μονάδα Ακτινοθεραπείας, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>8</sup> Ογκολογικό τμήμα, «Αττικό» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ</p> <p><b>ΕΑ25. Χρόνος προσέλευσης στο Ιατρείο Πόνου και επιβίωση των ασθενών με Καρκινικό Πόνο</b>  <b>Παπαγεωργίου Ε., Βελίκη Ν., Γρηγοριάδου Π., Σιώπη Β., Ανίσογλου Σ.</b>  <b>ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου, ΑΝΘ Θεαγένειο</b></p> <p><b>ΕΑ26. Βελονισμός σε ασθενή με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω σοβαρής στένωσης αορτικής βαλβίδας</b>  <b>Παπαδόπουλος Γ., Μπόλωση Μ., Καρφάκης Γ., Λένας Α., Τζίμας Π.</b>  <b>Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων</b></p> <p><b>ΕΑ27. Αντιμετώπιση ξηροστομίας και λευκοπενίας από χημειοθεραπεία και ακτινοβολία με βελονισμό</b>  <b>Μπόλωση Μ., Καρφάκης Γ., Λένας Α., Τζίμας Π., Παπαδόπουλος Γ.</b>  <b>Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων</b></p> <p><b>ΕΑ28. Καταγραφή περιστατικών βελονισμού στο ΚΥ Φαρκαδόνας Τρικάλων</b>  <b>Ροκά Β.<sup>1</sup>, Λάσδα Ε.<sup>2</sup>, Παπανικολάου Φ.<sup>2</sup>, Ντέλλα Α.<sup>2</sup>, Αρναούτογλου Ε.<sup>2</sup></b>  <sup>1</sup> ΚΥ Φαρκαδόνας Τρικάλων, <sup>2</sup> Αναισθησιολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας</p> <p><b>ΕΑ29. Αντιμετώπιση χρόνιου νευροπαθητικού πόνου μετά από επέμβαση για πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης, παρουσίαση περιστατικού</b>  <b>Παπαϊωάννου Ε.</b>  <b>ΓΝΑ “Λαϊκό”</b></p> <p><b>ΕΑ30. Θεραπεία βελονισμού σε νευραλγία τριδύμου νεύρου</b>  <b>Μπόλωση Μ., Λένας Α., Καρφάκης Γ., Τζίμας Π., Παπαδόπουλος Γ.</b>  <b>Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων</b></p> <p><b>ΕΑ31. Αντιμετώπιση του επώδυνου συνδρόμου απόσυρσης από την θεραπεία με αναστολείς τυροσίνης κινάσης</b>  <b>Βαφειάδου Μ., Κοκολάκη Μ., Λεοναρδοπούλου Ο.</b>  <b>Αναισθησιολογικό Τμήμα – Ιατρείο, Αιματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Σισμανόγλειο-Αμ. Φλέμιγκ</b></p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
08.00-09.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V</b>  <b>Χρόνιος Πόνος</b>  <b>Προεδρείο:</b> Δ. Ροΐδη, Αικ. Λευκαδίτου, Χρ. Μάγκλαρη</p> <p><b>EA32. Εγχυσση απιοειδούς μυός και αποκλεισμός αιδοϊκού νεύρου με χρήση υπερήχων για αντιμετώπιση εμμένουσας οσφυοϊσχιαλγίας με συνοδά συμπτώματα συνδρόμου απιοειδούς μυός</b>  <b>Νικολακοπούλου Ε.,</b> Χρυσικοπούλου Α., Κουτσοπούλου Ε., Γαμποπούλου Ζ.  Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα</p> <p><b>EA33. Στάθμιση και πολιτισμική προσαρμογή στα ελληνικά του ερωτηματολογίου Patient Neurotoxicity Questionnaire (PNQ), σε ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια μετά από χημειοθεραπεία</b>  <b>Τσολερίδης Θ.<sup>1</sup>,</b> Σιαφάκα Ι.<sup>2</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>2</sup>, Ζης Π.<sup>3</sup>, Hausheer F.<sup>4</sup>  <sup>1</sup> Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου, Ρόδος, <sup>2</sup> Α' Κλινική Αναισθησιολογίας, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, <sup>3</sup> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Sheffield, Sheffield, Ηνωμένο Βασίλειο, <sup>4</sup> Τμήμα Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Johns Hopkins, Βαλτιμόρη, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής</p> <p><b>EA34. Μελέτη της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προσεγγίσεων σε ενήλικες με χρόνια πόνο στην σπονδυλική στήλη</b>  Κωνσταντοπούλου Γ., Κωστόπουλος Στ., Καπεζάνος Θ., Φουντούκας Α., Καλούσης Ε., Καπέρδα Α.  Ιατρείο Πόνου Αναισθησιολογικό Τμήμα &amp; Τμήμα Φυσικής Αποκατάστασης Π.Γ.Ν.Θ.Α «Σωτηρία»</p> <p><b>EA35. Case series: οζονοθεραπεία με μεγάλη αυτομετάγχιση σε ασθενείς με χρόνια πόνο Παπαγεωργίου Ειρ.,</b> Γρηγοριάδου Π., Σιώπη Β., Ανίσογλου Σ.  ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου ΑΝΘ Θεαγένειο</p> <p><b>EA36. Διαδερμικό επίθεμα βουπρενορφίνης: πρώτα συμπεράσματα από την εφαρμογή σε ασθενείς με καρκινικό πόνο</b>  Πουλοπούλου Σ.<sup>1</sup>, <b>Φυρφίρης Ν.<sup>1</sup>,</b> Μάγκλαρη Χρ.<sup>1</sup>, Μίχα Γ.<sup>2</sup>, Μπουραζάνη Μ.<sup>1</sup>, Λεφάκη Τ.<sup>1</sup>  <sup>1</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α «Ο Αγ. Σάββας», Αθήνα, <sup>2</sup> Β' Χειρουργική Κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών</p> <p><b>EA37. Η αποτελεσματικότητα του Βελονισμού στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας-ισχιαλγίας. Αποτελέσματα από το ιατρείο πόνου του ΠΓΝ Λάρισας</b>  Λάσδα Ε., <b>Μπουζιά Αικ.,</b> Βαριάδης Δ., Ντέλλα Α., Αρναούτογλου Ε.  Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας</p> <p><b>EA38. Βελονισμός σε ασθενή για την αντιμετώπιση παγωμένου ώμου - παρουσίαση περιστατικού</b>  Σαμαρά Ευ., <b>Παναγιώτου Ε.,</b> Νικολαΐδης Χρ., Αβρααμίδου Α.  Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο Πειραιά</p> <p><b>EA39. Χρήση δεξμεδετομιδίνης για καταστολή σε τοποθέτηση εμφυτεύσιμης αντλίας υπαραχνοειδούς έγχυσης μορφίνης. Αναφορά περιστατικού</b>  <b>Μάγκλαρη Χρ.,</b> Φυρφίρης Ν., Χρύση Μ., Πουλοπούλου Σ., Λεφάκη Τ.  Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
09.00 - 10.00	<p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III – ESRA HELLAS</b>                      Περιοχική Αναισθησία &amp; Πολυπαραγοντική Αναλγησία: αμφιλεγόμενα Θέματα                      Προεδρείο: Α. Μελά, Α. Δημακοπούλου, Ε. Γκουτζιομήτρου</p> <p>Περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί σε ορθοπαιδικές επεμβάσεις: ποια τα πλεονεκτήματα και οι περιορισμοί?                      Ε. Σταυροπούλου</p> <p>Η αντιαλγαισθητική δράση της εσμολόλης: έχει ρόλο στην αναισθησιολογική φροντίδα ρουτίνας;                      Ε. Μόκα</p> <p>Σχολιασμός: Χ. Χαντζή, Π. Δήμου</p>
10.00-10.30	<p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ II</b>                      Προεδρείο: Α. Τρικούπη, Κ. Κοκκίνης, Ειρ. Λυκούδη</p> <p>Spinal anaesthesia in day case surgery; is it feasible?                      N. Rawal</p>
10.30-11.00	<p>Live Demonstration with tips and tricks for experts by experts                      Προεδρείο: Κ. Θεοδωράκη, Α. Paladini, Ε. Μόκα</p> <p>Peripheral blocks for knee surgery (from femoral to adductor canal block)                      A. Delbos</p>
11:00-11.30	<p>Διάλειμμα - Καφές</p>
11.30-12.00	<p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ III</b>                      Προεδρείο: Α. Μακρής, Β. Φυντανίδου Β. Κοράκη</p> <p>Economical aspects of regional anaesthesia: are there any benefits versus GA?                      J. Aguirre</p>
12.00-13.30	<p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV</b>                      Λύσεις στα αδιέξοδα του καρκινοπαθούς                      Προεδρείο: Χ. Μιχαλολιάκου, Σ. Ανίσογλου, Μ. Ζώτου</p> <p>Πόσο καλά γνωρίζουμε τον παροξυσμικό πόνο?                      Φ. Κρεμαστινού</p> <p>Ναυτία και έμετος. Μπορώ να το διαχειριστώ;                      Αικ. Αμανίτη</p> <p>Μία μοναδική λύση στη δυσκοιλιότητα των οπιοειδών                      Γ. Μίχα</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
13.30-14.00	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Ι</b>
14.00-14.30	<b>ΔΙΑΛΕΞΗ IV</b> <b>Προεδρείο:</b> Τ. Λεφάκη, Λ. Τέφα <b>Inclusion of Palliative Care into Oncology care</b> S. Bosnjak
14:30-16.00	<b>Διάλειμμα - Ελαφρύ Γεύμα</b>
16.00-17.30	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V</b> <b>Χρόνιος πόνος και Παρηγορική φροντίδα</b> <b>Προεδρείο:</b> Π. Στεφάνου, Ε. Χρονά, Γ. Κωνσταντοπούλου <b>Χρόνιος πόνος στους οίκους ευγηρίας</b> Ν. Μπερναλή <b>Συγχορήγηση κανναβινοειδών και οπιοειδών στον ασθενή με χρόνια πόνο. Πότε και πώς;</b> Αικ. Τσιρογιάννη <b>Παρηγορική φροντίδα σε ασθενείς με σπάνια νοσήματα</b> Μ. Αδαμοπούλου <b>Σχολιασμός:</b> Π. Καμπέρη, Β. Τσιρτσιρίδου

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
08.00-09.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI</b>  <b>Παρηγορική Φροντίδα και Χρόνιος Πόνος</b>  <b>Προεδρείο:</b> Ειρ. Χαϊνάκη, Μπ. Κιαμηλόγλου, Ε. Τομαρά</p> <p><b>ΕΑ40. Η αυτονομία του/της ασθενούς στο τέλος της ζωής υπό το πρίσμα της μουσικοθεραπείας</b>  Περβολαράκη Γ.  IMC University of Applied Sciences Krems Austria</p> <p><b>ΕΑ41. Ασθενο-κεντρικές προσεγγίσεις για έγκαιρη παρηγορική φροντίδα, υποστηρικτικά οικοσυστήματα και πρότυπα αξιολόγησης (INADVANCE)</b>  Bamidis Panagiotis<sup>1</sup>, <b>Ρεππου Sofia<sup>2</sup></b>  <sup>1</sup> Assoc. Prof., Medical Education Informatics, Lab of Medical Physics, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Founder, Thessaloniki Active and Healthy Ageing Living Lab (ThessAHALL), Founder, LLM Care Ecosystem and EiPonAHA Reference Site, President, Society of Applied Neuroscience (SAN), President, Hellenic Society of Biomedical Technology (ELEVIT),  <sup>2</sup> Researcher, Lab of Medical Physics, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki</p> <p><b>ΕΑ42. Θεραπεία βελονισμού στον ίλιγγο</b>  <b>Καρφάκης Γ.</b>, Μπόλωση Μ., Λένα Α., Τζίμας Π., Παπαδόπουλος Γ.  Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων</p> <p><b>ΕΑ43. Παρανοεπιασματικά σύνδρομα και πόνος</b>  <b>Κοκολάκη Μ.</b>, Γαβρά Α., Καμπέρη Π., Βαφειάδου Μ., Ραϊτσίου Μπ.  Ιατρείο πόνου &amp; ΜΕΘ Σισμανόγλειο – Α. Φλέμιγγ Γ.Ν. Αττικής</p> <p><b>ΕΑ44. Νευροπαθητικός πόνος μετά από χημειοακτινοθεραπεία ασθενή με καρκίνο κεφαλής - τραχήλου. Παρουσίαση περιστατικού</b>  <b>Κουρή Μ.<sup>1</sup></b>, Νικολάτου-Γαλίτη Ου.<sup>1</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>2</sup>, Σιαφάκα Ι.<sup>3</sup>  <sup>1</sup> Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup> Κλινική Πόνου, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>3</sup> Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ</p> <p><b>ΕΑ45. Ερυθρομελαλία. Αντιμετώπιση του πόνου σε μια σπάνια ασθένεια</b>  <b>Κοκολάκη Μ.</b>, Καμπέρη Π., Βαφειάδου Μ., Παπαβασιλείου Β.  Ιατρείο Πόνου &amp; Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Σισμανόγλειο- Α. Φλέμιγγ Γ.Ν. Αττικής</p> <p><b>ΕΑ46. Αντιμετώπιση του πόνου με βελονισμό σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας</b>  <b>Μουτζούρη Α.</b>, Φυρφίρης Ν., Σιαφάκα Ι.  Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο ΕΚΠΑ</p> <p><b>ΕΑ47. Αντιμετώπιση του πόνου, εκπαίδευση των ασθενών και συγγενών στο Κοινωνικό Ιατρείο Δήμου Βριλησίων</b>  Κοκολάκη Μ.<sup>1</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>1</sup>, Σιαφάκα Ι.<sup>1</sup>, Βραχνού Ε.<sup>1</sup>, Αρσένη-Λάμπρου Β.<sup>2</sup>  <sup>1</sup> Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)  <sup>2</sup> ΟΚΠΑΔΒ, Κοινωνικό Ιατρείο Δήμου Βριλησίων</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
14.30-16.30	<p data-bbox="267 211 1096 296"><b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ Ι</b> Η θέση της Παρηγορικής Φροντίδας στην αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών Συντονίστριες: Μ. Κοκολάκη, Π. Καμπέρη, Μ. Βαφειάδου</p> <p data-bbox="267 329 757 384">Εισαγωγικές έννοιες στις μαζικές καταστροφές Μ. Βαφειάδου</p> <p data-bbox="267 416 1096 471">Η θέση της Παρηγορικής Θεραπείας στην αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών Μ. Κοκολάκη</p> <p data-bbox="267 504 713 558">Αντιμετώπιση πόνου στον πολυτραυματία Ε. Καρανίκα</p> <p data-bbox="267 591 851 646">Αποκατάσταση-Υποστήριξη της Επιχειρησιακής Ομάδας Θ. Ξάνθος</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Γ
08.00-09.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII</b>  <b>Περιοχική Αναισθησία - Περιεγχειρητική Αναλγησία</b>  <b>Προεδρείο:</b> Ε. Κιτσιπούλου, Γ. Παπακίτσος, Λ. Παλιαλέξη</p> <p><b>EA48. Καθετήρες μηριαίου νεύρου: σύγκριση της τοποθέτησης τους κάθετα ή παράλληλα προς το νεύρο</b>  <b>Καλημέρης Κ.<sup>1</sup></b>, Rupnik B.<sup>1</sup>, Fucentese S.<sup>2</sup>, Götschi T.<sup>3</sup>, Aguirre J.<sup>1</sup>, Afkhampour K.<sup>1</sup>, Eichenberger U.<sup>1</sup>  <sup>1</sup> Παν/κή Κλινική Αναισθ/γίας, Εντατικής Θεραπείας και Πόνου, Balgrist University Hospital, Ζυρίχη, Ελβετία, <sup>2</sup> Παν/κή Ορθοπεδική Κλινική, Balgrist University Hospital, Ζυρίχη, Ελβετία, <sup>3</sup> Παν/μιο Ζυρίχης, Ινστιτούτο Βιομηχανικής, ETH Zurich, Ζυρίχη, Ελβετία</p> <p><b>EA49. Σύγκριση της επίδρασης της υπαραχνοειδώς χορηγούμενης έναντι της ενδοφλέβιας δεξμεδετομιδίνης στον οξύ μετεγχειρητικό πόνο μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος</b>  <b>Διαγούπη Ι.</b>, Διακομή Μ., Σταυροπούλου Ευ., Ντρίμερη Ει., Μπαϊρακτάρη Α., Σοφιανού Α.  Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»</p> <p><b>EA50. Διαχείριση και εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας για καισαρική τομή σε επίτοκο με επιληψία και ηλεκτρολυτικές διαταραχές</b>  Στάικου Χ., Θεοδοσοπούλου Π.  Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής, Αρεταίειο Νοσοκομείο ΕΚΠΑ, Αθήνα</p> <p><b>EA51. Διασκαληνικός αποκλεισμός VS υπακρωμιακής έγχυσης τοπικού αναισθητικού ως μετεγχειρητική αναλγησία στην αρθροσκόπηση ώμου</b>  Παπαδημητρίου Ε.<sup>1</sup>, Ζαφειροπούλου Φ.<sup>2</sup>, Κότσα Α.<sup>2</sup>, Γυφτονικολού Ε.<sup>2</sup>  <sup>1</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, <sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Χαλκίδας</p> <p><b>EA52. Διαμυϊκός αποκλεισμός του τετράγωνου οσφυϊκού μυός και ισχιακός αποκλεισμός σε επέμβαση αποκατάστασης διατροχαντηρίου κατάγματος ισχίου σε ασθενή με πολλαπλή σκλήρυνση</b>  Σηφράκη Φρ., Κοράκη Ε., Ζαρζαβά Ει., Πιστιώλας Γ., Κυριακίδης Β., Τρικούπη Α.  Αναισθησιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»</p> <p><b>EA53. Ο ρόλος της επιφάνειας των νεύρων στην ταχύτητα έναρξης του νευρικού αποκλεισμού</b>  <b>Καλημέρης Κ.<sup>1</sup></b>, Rupnik B.<sup>1</sup>, Aguirre J.<sup>1</sup>, Götschi T.<sup>3</sup>, Eichenberger U.<sup>1</sup>  <sup>1</sup> Παν/κή Κλινική Αναισθ/γίας, Εντατικής Θεραπείας και Πόνου, Balgrist University Hospital, Ζυρίχη, <sup>2</sup> Παν/μιο Ζυρίχης, Ινστιτούτο Βιομηχανικής, ETH Zurich, Ζυρίχη, Ελβετία</p> <p><b>EA54. Εφαρμογή μιας περιεγχειρητικής στρατηγικής αναισθησίας/αναλγησίας χωρίς οπιοειδή (Opioid Free Anaesthesia/Analgesia, OFA-A) σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις: μελέτη σειράς ασθενών</b>  <b>Νύκταρη Β.<sup>1</sup></b>, Στεφανιάκης Γ.<sup>1</sup>, Διαμαντάκη Ε.<sup>1</sup>, Κουτουλάκη Ε.<sup>1</sup>, Παπαστρατηγάκης Γ.<sup>1</sup>, Παπαϊωάννου Α.<sup>2</sup>  <sup>1</sup> Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη, <sup>2</sup> Τμήμα Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης</p>
14.00-16.00	<p><b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ II</b>  <b>Neurostimulation</b>  <b>Συντονισμός:</b> Α. Τσαρουχά</p> <p><b>-SCS</b>  <b>-Dorsal root gaglion</b>  R. Arcioni  M. Pacchiarotti</p>



ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
08.00-09.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII</b>  <b>Χρόνιος Πόνος - Παρηγορική</b>  <b>Προεδρείο:</b> Μ. Ράπτη, Α. Χααραλαμπίδου, Γ. Φτούλης</p> <p><b>EA55. Αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός υπερπλάτιου νεύρου με χρήση υπερήχων για αντιμετώπιση συνδρόμου παγωμένου ώμου άμφω σε ασθενή με ιστορικό Σακχαρώδους Διαβήτη</b>  Νικολακοπούλου Ε., Χρυσικοπούλου Α., Κουτσοπούλου Ε., Γαμποπούλου Ζ.  Κέντρο αξιολόγησης και θεραπείας πόνου, ΓΝΑ «ΚΑΤ»</p> <p><b>EA56. Υποφυσιακή αποπληξία μετά από συνεδρία βελονισμού για κεφαλαλγία :</b>  <b>παρουσίαση περιστατικού</b>  Ασματζή Χ., Χαλμούκη Γ., Αρχοντάκη Β., Μαυραγάνη Ρ., Αρναουτάκης Ε., Μελά Α.  Ιατρείο Πόνου ΓΝΑ Ασκληπιείο Βούλας</p> <p><b>EA57. Σύγκριση συνδυασμού Ταπενταδόλης και Πρεγκαμπαλίνης με Τραμαδόλη και Πρεγκαμπαλίνη για τον έλεγχο του πόνου στην οξεία φάση της λοίμωξης από έρπη ζωστήρα</b>  Κοντούλη Ζ., Μαριάτου Β., Βουτσάς Π., Πετρόπουλος Χ.  Ιατρείο πόνου &amp; Νευρολογική Κλινική Νοσοκομείο Μετροπόλιταν, Αθήνα, Ιατρείο Πόνου Νοσοκομείο Charring Cross Imperial NHS, Λονδίνο</p> <p><b>EA58. Μια συγκριτική μελέτη της αναλγητικής δράσης της διαδερμικής φεντανύλης με διαδερμική μορφίνη σε ασθενείς με ανθεκτικό μεταστατικό καρκινικό πόνο</b>  Κοντούλη Ζ., Μαριάτου Β., Οικονομόπουλος Γ., Βουτσάς Π., Λασκαράκης Α.  Ιατρείο πόνου Νοσοκομείο Μετροπόλιταν Αθήνα, Ιατρείο πόνου Νοσοκομείο Charring Cross Imperial NHS Λονδίνο, 2η &amp; 4η Ογκολογική κλινική Νοσοκομείο Μετροπόλιταν</p> <p><b>EA59. Διαχείριση πόνου μέσω ύπνωσης (υπνοαναλγησία) : παρουσίαση της τεχνικής και η εφαρμογή της σε περιστατικό χρόνιου πόνου</b>  Ζησίμου Αικ.<sup>1</sup>, Βασιλείου Ε.<sup>2</sup>, Σταυροπούλου Ε.<sup>3</sup>  <sup>1</sup> Χώρος Ψυχικής Υγείας «Ψυχή, Σώμα, Κοινωνία», <sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α «Ελπίς»  <sup>3</sup> Αναισθησιολογικό τμήμα-Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»</p> <p><b>EA60. Δώδεκα μήνες επαναλειτουργίας του ιατρείου πόνου του Τζάνειου Νοσοκομείου – τα πεπραγμένα μας</b>  Σαμαρά Ευ., Παναγιώτου Ε., Αλεξοπούλου Κ., Τσίλη Δ., Ιατρέλλη Ι., Οικονόμου Στ.  Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Πειραιάς</p> <p><b>EA61. Η μουσική παρέμβαση στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου</b>  <b>Αγγουράκης Μ.<sup>1</sup>, Γεωργούδης Γ.<sup>2</sup>, Φελάχ Λ.<sup>3</sup>, Κελίδου Μ.<sup>4</sup>, Κοσμόπουλος Α.<sup>4</sup>, Μακρή Μ.<sup>4</sup>, Σιαφάκα Ι.<sup>5</sup></b>  <sup>1</sup> Ιατρική Σχολή Αθήνας, <sup>2</sup> Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Π.Α.Δ.Α, <sup>3</sup> Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων, <sup>4</sup> Ιδιώτης, <sup>5</sup> Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής αγωγής Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΕΚΠΑ</p> <p><b>EA62. Η χρήση της Οζονοθεραπείας σαν συμπληρωματικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του συνδρόμου CRPS</b>  Σιαφάκα Ι., Σταύρου Ι., Φίλιππας Π., Τσαρουχά Α.  Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής αγωγής Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΕΚΠΑ</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α
09.00-10.00	<p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI</b>  <b>Επίκαιρα Θέματα</b>  <b>Προεδρείο:</b> Θ. Βογιατζάκη, Στ. Ντούβλη, Θ. Τσολερίδης</p> <p><b>Επικαιροποίηση της νομοθεσίας για τη χορήγηση οπιοειδών</b>                      Χ. Μπατιστάκη</p> <p><b>Ιατρονομικά θέματα στις παρεμβατικές τεχνικές πόνου</b>                      Παν. Χλωροπούλου</p> <p><b>Επίδραση του placebo effect στις κλινικές μελέτες</b>                      Ε. Κετικίδου</p> <p><b>Σχολιασμός:</b> Ειρ. Κουρούκλη</p>
10.00-10.30	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ II</b>
10.30-11.00	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ III</b>
11:00-11.30	Διάλειμμα - Καφές
11.30-12.00	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ IV</b>
12.00-12.30	<p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ V</b>  <b>Προεδρείο:</b> Δ. Βασιλάκος, Ε. Σταυροπούλου, Ν. Φυρφίρης</p> <p><b>IDDS in cancer pain</b>                      Α. Bhaskar</p>
12.30-13.30	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b>
13.30-14.00	<p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ VI</b>  <b>Προεδρείο:</b> Β. Καλφακάκου, Π. Τζίμας</p> <p><b>Επιγενετική &amp; Χρόνιος Πόνος</b>                      Ε. Αρναούτογλου</p>
14.00-15.30	Διάλειμμα - Ελαφρύ Γεύμα
15.30-16.45	<p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII</b>  <b>Άλλες προσεγγίσεις στη διαχείριση του πόνου και Π.Φ.</b>  <b>Προεδρείο:</b> Α. Ευαγγέλου, Ε. Καρανίκα, Ειρ. Παπαγεωργίου</p> <p><b>Γενετική του πόνου: next generation sequencing</b>                      Γ. Νασιούλας</p> <p><b>Τεχνητή νοημοσύνη στην Π.Φ.</b>                      Α. Μπαϊρακτάρη</p> <p><b>Συμπληρώματα διατροφής: ωφελούν στη διαχείριση του πόνου;</b>                      Α. Γεωργιάδης</p> <p><b>Βελτισμός και Νευροπλαστικότητα</b>                      Κ. Κοκκίνης</p>
16.45-17.15	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΛΗΞΗ - ΒΡΑΒΕΙΑ</b>



ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
08.00-09.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΧ</b>  <b>Περιοχική Αναισθησία - Περιεγχειρητική Αναλγησία</b>  <b>Προεδρείο:</b> Ε. Αρναουτάκης, Π. Γαλανού, Ν. Βελίκη</p> <p><b>EA63. Σύγκριση επισκληριδίου χορήγησης μορφίνης με συνδυασμό μορφίνης-ροπιβακαΐνης για την περιεγχειρητική αντιμετώπιση του πόνου σε οισοφαγεκτομή</b>  <b>IVOR LEWIS</b>            Παπαϊωάννου Ε.            ΓΝΑ “Λαϊκό”</p> <p><b>EA64. Μετεγχειρητική αναλγησία με συνεχή υποδόρια έγχυση τοπικού αναισθητικού σε επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης</b>            Κοκκίνης Κ., Αθανασοπούλου Α., Καλλιάφα Ε., Τσεκούρας Β.            Γ.Ν. Πατρών</p> <p><b>EA65. Εκτίμηση της δράσης του συνδυασμού δεξεκετοπροφένης – τραμαδόλης στην αντιμετώπιση του μέτριου και σοβαρού οξέος μετεγχειρητικού πόνου μετά από ολική αρθροπλαστική ισχίου με ελάχιστα επεμβατική πρόσθια προσέλαση</b>  <b>Νικολακοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Μηλαράς Χρ.<sup>2</sup>, Γαμποπούλου Ζ.<sup>1</sup>, Μαχαιράς Γ.<sup>2</sup></b>  <sup>1</sup> Τμήμα Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα, <sup>2</sup> Δ’ Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα</p> <p><b>EA66. Αξιολόγηση επιτυχίας υπαραχνοειδούς αναισθησίας και μετεγχειρητικού πόνου με το σύστημα παρατήρησης πόνου FLACC σε ασθενή στο φάσμα του αυτισμού που υπεβλήθη σε χειρουργείο κατάγματος κνήμης</b>  <b>Νικολακοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Μηλαράς Χρ.<sup>2</sup>, Χούσου Μ.<sup>3</sup>, Αδαμίδου Μ.<sup>1</sup>, Κουτσοπούλου Ε.<sup>1</sup></b>  <sup>1</sup> Τμήμα Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα, <sup>2</sup> Δ’ Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα, <sup>3</sup> Board Certified Behavior Analyst, United Steps Therapy, New York</p> <p><b>EA67. Επεμβάσεις μαστού και PECS BLOCK</b>            Φυρφίρης Ν., <b>Μάγκλαρη Χρ.</b>, Κατσοχειράκη Μ., Πουλοπούλου Σ., Λεφάκη Τ.            Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα</p> <p><b>EA68. Η αξιολόγηση της προφυλακτικής δράσης συνεχούς περιφερικού νευρικού αποκλεισμού στην εμφάνιση πόνου μέλους φάντασμα. Αναφορά περιστατικού</b>  <b>Μάγκλαρη Χρ.</b>, Φυρφίρης Ν., Χρύση Μ., Πουλοπούλου Σ.            Αναισθησιολογικό τμήμα, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα</p> <p><b>EA69. Η αξιολόγηση της προφυλακτικής δράσης των συνεχών περιφερικών νευρικών αποκλεισμών στην εμφάνιση πόνου μέλους φάντασμα. Αναφορά περιστατικού</b>            Φυρφίρης Ν., <b>Μάγκλαρη Χρ.</b>, Μπουραζάνη Μ., Πουλοπούλου Σ.            Αναισθησιολογικό τμήμα, ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα</p> <p><b>EA70. Παρουσίαση περιστατικού: βραδυκαρδία και καρδιακή ανακοπή 90 λεπτά μετά την ραχιαία αναισθησία. Βιβλιογραφική ανασκόπηση-Παράδοξα αντανάκλαστικά βραδυκαρδίας</b>  <b>Γκιζιώτη Σ.<sup>1</sup>, Ανδριόπουλος Χρ.<sup>1</sup>, Χατζηκώστα Σ.<sup>1</sup>, Παπαδάκης Ε.<sup>1</sup>, Λιάσκου Χ.<sup>1</sup>, Καλογριδάκη Μ.<sup>2</sup></b>  <sup>1</sup> Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γ.Ν. Ρεθύμνου, <sup>2</sup> Τ.Ε.Π. Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα</p>
09.00-10.00	<p><b>MEET THE EXPERT</b>  <b>Συντονισμός:</b> Ε. Αντωνοπούλου, Κ. Θεοδωράκη</p> <p><b>Steps towards EDRA diploma acquisition: competency assessment and overcoming barriers to success</b>            J. Aguirre</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
14.00-16.00	<p><b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ V - ESRA HELLAS</b>                      Ποιοτική φροντίδα στον ασθενή με παρακλίνια χρήση υπερήχων</p> <p><b>POCUS</b>                      (Point-of-care with Ultra Sounds)                      Συντονιστές: Ε. Σταυροπούλου, Α. Μακρής</p> <p><b>I Εισαγωγή- Briefing</b>                      Α. Μακρής</p> <p><b>II Σταθμοί Εργασίας</b></p> <p><b>Σταθμός 1</b>                      Υπερηχογράφημα πνευμόνων, διαφράγματος και αεραγωγού                      Ε. Γκλιάτης, Ε. Γαρίνη</p> <p><b>Σταθμός 2</b>                      Διαθωρακική Υπερηχογραφία καρδιάς                      Π. Ρέλλια</p> <p><b>Σταθμός 3</b>                      Υπερηχογραφικά καθοδηγούμενοι περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί σε ειδικές καταστάσεις                      Ν. Νούλας, Β. Μπρόζου</p> <p><b>Συζήτηση-Ερωτήσεις</b></p> <p><b>Debriefing</b>                      Ε. Σταυροπούλου</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Γ
08.00-09.00	<p><b>ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Χ</b>  <b>Χρόνιος Πόνος</b>  <b>Προεδρείο:</b> Ι. Διονυσιώτης, Ρ. Σουβατζόγλου, Ι. Χρονάκης</p> <p><b>ΕΑ71. Εφαρμογή Βελονισμού για την αντιμετώπιση σπαστικότητας στα άκρα μετά από τροχάιο- Παρουσίαση Περιστατικού</b>  Μπουζιά Αικ., Λάσδα Ε., Παπασπύρου Δ., Κολώνια Κ., Αρναούτογλου Ε.  Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας</p> <p><b>ΕΑ72. Αντιμετώπιση &amp; ανακούφιση συμπτωμάτων ινομυαλγίας με έλαιο κανναβιδιόλης</b>  <b>Χρονάκης Ι.<sup>1</sup></b>, Σταυροπούλου Ε.<sup>2</sup>, Κακακίου Δ.<sup>1</sup>, Δελλαρόκα Κ.<sup>3</sup>, Σπανέλη Ι.<sup>3</sup>  <sup>1</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΚΘ-ΓΝ-ΚΥ Λέρου, <sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου &amp; Παρηγορικής Φροντίδας «ΚΑΤ», <sup>3</sup> Εθελόντρια Ιατρείου Πόνου &amp; Παρηγορικής Φροντίδας ΓΝ-ΚΥ Νάξου</p> <p><b>ΕΑ73. Ιατρεία πόνου &amp; Παρηγορικής φροντίδας στις άγονες νησιωτικές περιοχές</b>  Χρονάκης Ι.<sup>1</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>2</sup>, Σταυροπούλου Ε.<sup>3</sup>, Μαμμή Γ.<sup>4</sup>, Κεραμάρη Χ.<sup>5</sup>, Μαγγιώρου Μ.<sup>6</sup>, Μπερδούσης Ι.<sup>7</sup>  <sup>1</sup> Αναισθησιολόγος Επ. Β' ΚΘ-ΓΝ-ΚΥ Λέρου, <sup>2</sup> Ιατρείο Πόνου &amp; Παρηγορικής Φροντίδας Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>3</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου &amp; Παρηγορικής Φροντίδας «ΚΑΤ», <sup>4</sup> Τμήμα Αναισθησιολογίας ΓΝΑ «η Αγία Σοφία», Διοικήτρια Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών και Γενικού Νοσοκομείου Ανατολικής Αχαΐας-Αιγίου, <sup>5</sup> Διευθύντρια Αναισθησιολόγος &amp; Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας ΓΝ-ΚΥ Νάξου, <sup>6</sup> Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝ-ΚΥ Νάξου, <sup>7</sup> Υπεύθυνος <sup>7</sup> Νοσηλευτικής κατ'όχιον νοσηλείας ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.</p> <p><b>ΕΑ74. Αντιμετώπιση ημικρανίας και κεφαλαλγίας με βελονισμό</b>  Παπαδόπουλος Γ., Μπόλωση Μ., Καρφάκης Γ., Λένας Α., Τζίμας Π.  Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων</p> <p><b>ΕΑ75. Η επίδραση του συνδυασμού μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού σε ασθενείς με χρόνια οσφυϊκό πόνο: προκαταρκτικά αποτελέσματα</b>  <b>Παπανικολάου Φ.</b>, Λάσδα Ε., Χαλκιάς Α., Αρναούτογλου Ε.  Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας</p> <p><b>ΕΑ76. Βελονισμός και διαταραχές ύπνου</b>  <b>Μουτζούρη Α.</b>, Φυρφίρης Ν., Τζαμάκου Ευ., Μπιρλής Ν., Πουλίδα Σ., Σιαφάκα Ι.  Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο</p> <p><b>ΕΑ77. Αντιμετώπιση της καυσαλγίας στόματος (burningmouthsyndrome) με nevrilip (α-λιπιϊκό οξύ) και βελονισμό. Αναφορά περιστατικού</b>  <b>Μουτζούρη Α.</b>, Φυρφίρης Ν., Τζαμάκου Ευ., Πουλίδα Σ., Σιαφάκα Ι.  Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο</p> <p><b>ΕΑ78. Μελέτη παρατήρησης για την εκτίμηση της κλινικής αποτελεσματικότητας του NEVRALIP σε ασθενείς με χρόνια πόνο στην Ελλάδα</b>  Σιαφάκα Ι., Φυρφίρης Ν., Φτούλης Γ., Βαδαλούκα Α.  Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου &amp; Παρηγορικής Αγωγής Αρεταίειο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΕΚΠΑ &amp; Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής – Ιατρικό Κέντρο Αθηνών</p>

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Γ
09.00-10.30	<p><b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ IV</b>  <b>Συντονιστής:</b> Π. Θεοδοσιάδης</p> <p><b>Η εφαρμογή των ραδιοσυχνοτήτων (RF) στη διαχείριση του χρόνιου πόνου</b>                      Δ. Τζαβούλης, Δ. Τζώρτζης</p>
14.00-15.30	<p><b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ VI</b></p> <p><b>Ο ασθενής μου κι εγώ στη δύσκολη διαδρομή του πόνου</b>                      Ι. Ντίνος, Ε. Βραχνού</p>
	<p>Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων</p>
08.30-09.30	<p><b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ III</b>  <b>Παρηγορική σε μαζικές καταστροφές – Κλινική άσκηση στο ΠΓΝ Ιωαννίνων</b></p> <p><b>Συντονιστές:</b> Π. Τζίμας, Μ. Βαφειάδου, Μ. Κοκολάκη</p>

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ • ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

ΩΡΑ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27/09/2019
13.30-14.00	<p><b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ I – BIANEΞ</b>  <b>Προεδρείο:</b> Ι. Σιαφάκα, Ε. Αρναούτογλου</p> <p><b>Ταπενταδόλη: το ισχυρό αναλγητικό στο χρόνιο πόνο</b>                      Α. Τσαρουχά</p> 
<b>ΣΑΒΒΑΤΟ 28/09/2019</b>	
10.00-10.30	<p><b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ II – ANGELINI</b>  <b>Προεδρείο:</b> Χ. Στάικου, Π. Ζης, Μ. Ρεκατσάνα</p> <p><b>Πόνος, άγχος και κατάθλιψη</b>                      Ν.Τ. Οικονόμου</p> 
10.30-11.00	<p><b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ III – BRAIN THERAPEUTICS/RAFARM</b>  <b>Προεδρείο:</b> Α. Βαδαλούκα, Α. Μπαϊρακτάρη, Πελ. Χλωροπούλου</p> <p><b>Βουπρενορφίνη: Ενα αποτελεσματικό κι ασφαλές οπιοειδές</b>                      Ε. Βραχνού</p>  
11.30-12.00	<p><b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ IV – MENARINI</b>  <b>Προεδρείο:</b> Α. Βαδαλούκα, Ζ. Γαμποπούλου</p> <p><b>Νεότερα δεδομένα στη διαχείριση του άμεσου μετεγχειρητικού πόνου.</b>                      Εμπλουτίζοντας τα μέσα μας για την αντιμετώπισή του                      Σ. Α. Παπαδάκης</p> 
12.30-13.30	<p><b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ – PFIZER</b>  <b>Registry ΝΠ πόνου</b>  <b>Προεδρείο:</b> Α. Βαδαλούκα, Ε. Βραχνού</p> <p><b>Αναγκαιότητα της εφαρμογής του σε όλα τα Ιατρεία Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας στην Ελλάδα</b>                      Ι. Σιαφάκα</p> <p><b>Νέα δεδομένα και κατευθυντήριες οδηγίες</b>                      Α. Βαδαλούκα</p>  





## ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

### **BIOETHICS; ORIGINS AND BIRTH**

**Stefanos J. Geroulanos**

Bioethics is the study of ethical issues emerging from advances in Biology, Medicine and environment. The oldest sub-discipline of Bioethics is Medical Ethics. These can be traced back to the earliest writings in Egypt and Mesopotamia, tracing back to the 3rd millennium. The Hippocratic Oath being the most important milestone dominating the ethical rules for 2.500 years. With the upcoming of Christianity these early ethical rules have been widened and accepted throughout the Western World.

However the term Medical Ethics itself first dates back to 1803, when Thomas Percival presented the requirements and expectations of medical professionals and facilities. Unfortunately all these codeces did not mention any punishments. So at the Nuremberg Trial for Nazi physicians, except of the death of a patient, all other atrocities could not be punished! Not one country in the World had a law that could condemn a physician who had broken his Oath! The Nuremberg Code and the Geneva Declaration were again only guides to physicians!

With the tremendous change of the doubling of medical knowledge, every 50 years in 1950 and every 5 months today new ethical problems arised, that could not be solved by the existing recommendations. Gen discovery, cloning, gen manipulation, selection criteria in chronic haemodialysis and transplantation, contraceptives for birth control, abortion, brain death, vegetative state, the right to die and euthanasia, along with extracorporeal fertilisation, surrogate motherhood, sexual relations and many other ethical problems, became major issues that are going to be at least re-addressed in the future. What is acceptable in one country is still forbidden in the other. Legal regulations are coming several years after the ethical problems have occurred and many physicians have landed in between in jail.

With the industrial revolution, the atomic bomb, the gen discovery and manipulation and many other, the earth has entered in a new geological era, the “Anthropocaen”. We will not be able to predict was going to happen it is therefore important that we leave to our students and successors some eternal ethical values that we have inherited from our predecessors and adapted to our times. These values include: Safety of the patient, respect of his autonomy, non-maleficence detailed information and informed consent, respect of confidentiality, equality towards all patient irrespective of gender, race, religion or beliefs, human behavior, painlessness, justice, and at the same time respect of all human, animal & nature’s rights.

These are some of the values that one always has to keep in mind. These ethical values will help our students, successors, nursing personnel, theologians, lawyers, sociologists, psychologists, administration personnel and ethical committees to find a common ground in order to avoid conflicts with the patients, their families and society. Self-control, criticism of our decisions and quality control will remain our duty forever.

#### ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΕ;

Α. Καραφωτιά

Ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία θανάτου παιδιών και εφήβων σε όλο τον κόσμο. Κάθε χρόνο έχουμε 300.000 νέα περιστατικά στον παιδιατρικό πληθυσμό ηλικίας 0 έως 19 ετών με κακοήθεια.

Το άλγος είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα στα παιδιά με καρκίνο και στις περισσότερες περιπτώσεις ελέγχεται ικανοποιητικά ακολουθώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Ο καρκινικός πόνος θα πρέπει να προσεγγίζεται με γνώμονα την κατανόηση της διαφορετικότητας του κάθε παιδιού. Χρειάζεται διεπιστημονική διαχείριση, με ομάδα που περιλαμβάνει ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές,

Ο πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο του παιδιού είναι συνήθως δευτερογενής σε θεραπεία ή μετά από πολλές παρεμβατικές – επεμβατικές πράξεις που σχετίζονται με την θεραπεία. Ο πόνος που σχετίζεται με τον όγκο κυριαρχεί στη διάγνωση, ιδιαίτερα όταν η διάγνωση έχει καθυστερήσει ή όταν η νόσος είναι προχωρημένη. Ο μη ανιχνεύσιμος πόνος από τον καρκίνο είναι σπάνιος, αλλά στον καθορισμό της τερματικής νόσου μπορεί να παρατηρηθεί σε παιδιά με συμπαγείς όγκους μεταστατικούς στο κεντρικό ή περιφερικό νευρικό σύστημα. Ο χρόνιος πόνος είναι σπάνιος και είναι κάτι που θα μας απασχολήσει πολύ τα επόμενα χρόνια.

Η αντιμετώπιση του πόνου γίνεται με φαρμακευτικούς και μη φαρμακευτικούς παράγοντες. Οι μη φαρμακολογικές στρατηγικές μπορεί να είναι ευεργετικές μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με φαρμακολογικούς παράγοντες. Αυτοί περιλαμβάνουν φυσικές τεχνικές (μασάζ, βελονισμό ή δια-δερμική διέγερση ηλεκτρικού νεύρου), τεχνικές συμπεριφοράς (χαλάρωση) και γνωστικές τεχνικές (με εικόνες και δρώμενα, μουσικοθεραπεία). Κυρίαρχο ρόλο στην αντιμετώπιση του πόνου παίζει το οικογενειακό περιβάλλον και πιο συγκεκριμένα οι γονείς. Γι' αυτό και παιδιά και έφηβοι που ζουν με καρκίνο και οι οικογένειές τους θα πρέπει να λαμβάνουν έγκαιρα, ολοκληρωμένη πρόσβαση στην Παρηγορική Φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια, για την ελαχιστοποίηση του φορτίου των συμπτωμάτων ώστε να μπορέσουν να διαχειριστούν τον πόνο και να παρέχουν προληπτική φροντίδα για το πένθος. Ο πληθυσμός-στόχος για την Παρηγορική Φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο τους ασθενείς, αλλά και εκείνους που προσδιορίζονται ως μορφοποιητικοί στο κοινωνικό και σχεσιακό πεδίο του παιδιού, είτε πρόκειται για αδέρφια, γονείς ή κηδεμόνες, παππούδες ή και άλλους.

Η αναλγησία πρέπει να χορηγείται στα παιδιά με την απλούστερη, αποτελεσματικότερη και λιγότερο επώδυνη οδό (από στόμα). Γίνεται μεγάλη προσπάθεια στο να αποκτήσουμε κάποια φάρμακα που είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση του πόνου σε μορφή πόσιμη, αυτό όμως είναι κάτι που απαιτεί πολύ χρόνο. Εκτός αυτού ο παιδιατρικός πληθυσμός δεν είναι, ούτε ήταν ποτέ δόκιμος για μελέτες. Η ενδοφλέβια χορήγηση έχει ταχεία έναρξη και βιοδιαθεσιμότητα, ευκολότερη τιτλοποίηση, και προτιμάτε σε παιδιατρικούς ασθενείς που φέρουν καθετήρες μακροχρόνιας ενδοφλέβιας πρόσβασης. Ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία (PCA) μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεγαλύτερα παιδιά ηλικίας 6-7 ετών.

Το ποσοστό των παιδιών που επιβιώνουν από καρκίνο σήμερα είναι υψηλό 80-90%, σε σχέση με πριν από τριάντα χρόνια. Οι σημερινοί μικροί «νικητές» είναι δυναμικά αυριανοί υποψήφιοι ασθενείς στα ιατρεία πόνου ως ενήλικες. Συνεπώς ο παιδιατρικός καρκινικός πόνος είναι μια οντότητα με προεκτάσεις που αφορά όλους. Έχουμε κάνει βήματα για την αντιμετώπισή του, αλλά όχι άλματα. Ο βαθμός της επάρκειας του συστήματος σήμερα θα κριθεί αύριο.

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι: ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

#### ΚΡΙΣΗ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Χρήστος Βαϊόπουλος  
Ανασθησιολόγος

Υπάρχουν όρια στην ορθή χρήση τους;

Η συνταγογράφηση οπιοειδών στις ΗΠΑ και η συσχετιζόμενη κατάχρησή τους έχουν αυξηθεί ανεξέλεγκτα τα τελευταία 15 χρόνια, προκαλώντας πολλούς θανάτους από υπερδοσολογία και έχοντας σημαντικό αντίκτυπο στον παιδικό πληθυσμό. Παρότι η ένταση του φαινομένου φαίνεται να είναι μικρότερη στην Ευρώπη και την Ελλάδα, η ατυχηματική λήψη, η ιατρογενής υπερδοσολογία, η κατάχρηση, η νεογνική έκθεση, και η ανάπτυξη σε προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον προκαλούν σοβαρές επιπτώσεις στα παιδιά, που είναι πιθανόν να εξακολουθούν εφ' όρου ζωής, γεγονός που επιβάλλει τη δημιουργία ενός σχεδίου πρόληψης και αντιμετώπισης.

Η ανάλυση του παιδιατρικού πόνου και της παθοφυσιολογίας της χρονιότητάς του, και η εκτίμηση της βαρύτητας και των συνοδών αποτελεσμάτων του με

επικυρωμένες κλίμακες μέτρησης, αποτελούν εργαλεία για τη θεραπευτική χρήση

των οπιοειδών στα παιδιά, η οποία απαιτεί σαφή καθορισμό των ενδείξεων και

λεπτή ισορροπία για την αποφυγή του μη ελεγχόμενου πόνου αλλά και των φαρμακευτικών ανεπιθύμητων επιπλοκών.

Η αναθεώρηση της διαχείρισης του

παιδιατρικού χρόνιου πόνου προς μια διεπιστημονική πολυπαραγοντική κατεύθυνση, με στόχο την επαναφορά της λειτουργικότητας, που περιλαμβάνει,

εκτός των φαρμακευτικών παραγόντων, αναισθησιολογικές τεχνικές, προγράμματα αποκατάστασης, ψυχολογική παρακολούθηση και ειδική εκπαίδευση του ασθενούς, είναι πιθανό να συντελέσει στην ορθή ιατρική χρήση των οπιοειδών και την αποφυγή της δαιμονοποίησής τους.

Στην εποχή της “κρίσης οπιοειδών”, η αρνητική προβολή στα μέσα ενημέρωσης με την κοινωνική πίεση που προκαλεί, η εμμονή των ασφαλιστικών φορέων με τον περιορισμό του κόστους, η αδυναμία διάκρισης μεταξύ ασθενούς και εθισμένου χρήστη και οι νομικές κυρώσεις δεν φαίνεται να βοηθούν στη μείωση της κατάχρησης, των υπερβολικών δόσεων και των θανάτων που σχετίζονται με τα συνταγογραφούμενα οπιοειδή. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να υποστηρίξουν τις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών με προβλήματα κατάχρησης οπιοειδών, να γνωστοποιήσουν στους δημόσιους φορείς την επιτακτική ανάγκη προστασίας της επόμενης γενιάς και να προωθήσουν συγκεκριμένους τρόπους μείωσης της έκθεσης των παιδιών στα οπιοειδή, με σεβασμό στο ρόλο τους στην αναλγησία.

## ΔΗΜΙΟΥΡΓΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ?

Ι. Σιαφάκας<sup>1</sup>, Α. Καντιάνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Θεραπείας Πόνου ΕΚΠΑ

<sup>2</sup> Δρ. Ιατρικού Δικαίου Πανεπιστημίου Göttingen

Το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ) σε συνεργασία με το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας, συνέστησαν μια Εθνική Επιτροπή με το στόχο τον στρατηγικό σχεδιασμό για την δημιουργία κατάλληλων υπηρεσιών Παρηγορικής φροντίδας στην Ελλάδα.(1)

Το ΙΣΝ ήλθε επίσης σε επαφή με την Παγκόσμια Ένωση Υπηρεσιών Παρηγορικής Φροντίδας (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance) για την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και καθοδήγησης.

Στη συνεδρίαση της 26-9-2018 της Εθνικής Επιτροπής δεν υπήρξε συμφωνία για ένα εξόχως σημαντικό ζήτημα που αφορά την απόδοση στα Ελληνικά του ορου Palliative. Αμφισβητήθηκε η ονομασία και η ιστορικότητα ενός ελληνικού ιατρικού όρου, της Παρηγορικής και προτάθηκε η χρήση του ορου Ανακουφιστική για την απόδοση του ορου Palliative.

Οι υποστηρικτές του όρου «ανακουφιστική» ανέφεραν υποκειμενικές απόψεις, τάσεις και νοηματοδοτήσεις. Μπορούμε, εάν μας ζητηθεί, να προσκομίσουμε εκατοντάδες αν όχι χιλιάδες δηλώσεις πολιτών, που θα υποστηρίζουν αντίθετη νοηματοδότηση από αυτήν που υποστηρίζουν οι υποστηρικτές του όρου «ανακουφιστική» στα Ελληνικά.

Από πλευράς μας κατατέθηκαν επιστημονικά και αποδεικτικά δεδομένα για την ύπαρξη και κατοχύρωση του όρου «παρηγορική» ως ιατρικού όρου από αρχαίων χρόνων μέχρι και τη χρήση του όρου μέχρι σήμερα, όπως αποδεικνύεται από την ενσωμάτωση της λέξης στο πλέον έγκριτο λεξικό της Ακαδημίας Αθηνών(2) τα οποία και παραθέτουμε.

Το ζήτημα της ορολογίας δεν είναι ζήτημα πρωτίστως γλωσσολογικό ή λεξικογραφικό. Εξετάζουμε έναν ιατρικό όρο και είναι ζήτημα επιστημονικό.

Ο ΟΡΟΣ «ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ» ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΔΟΣΗ. Ο ΟΡΟΣ «PALLIATIVE» ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ»

Ότι ο όρος “palliative care” είναι ιατρικός όρος δεν αποδεικνύεται μόνο από την αναγνώριση και αναφορά του διεθνώς σε ιατρικά λεξικά, στην κλινική ιατρική και έρευνα.

Αποδεικνύεται και ιστορικά από την ενδελεχή (ίσως μοναδική εμπεριστατωμένη) έρευνα της ιστορίας του όρου από τον καθηγητή της Ιστορίας της Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Würzburg της Γερμανίας **Michael Stolberg**.

Στη δημοσιευμένη έρευνά του(3) αποδεικνύει βάσει πηγών ότι ο ιατρικός όρος “palliative care” έχει τις ιστορικές ρίζες του στον ελληνικό όρο «παρηγορική», όρο που συναντάμε στην ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ σε κείμενα της αρχαίας αλλά και ύστερης αρχαίας ιατρικής γραμματείας, αλλά και σε ιατρικές εγκυκλοπαίδειες των μεταγενέστερων αιώνων!(4)

Ο ίδιος μάλιστα καθηγητής καταλήγει την έρευνά του με την πρόταση να αντικατασταθεί ο διεθνής όρος «palliative» με τον ελληνικό όρο «paregorisch» (στα γερμανικά στο κείμενο)!

Αυτόν λοιπόν τον αμιγώς ελληνικό ιατρικό όρο, αυτόν τον όρο που περιποιεί τιμή για την Ελλάδα και έχει διεθνή αναγνώριση σε όσους έχουν γνώση της ιστορίας της ιατρικής, επιχειρούμε στην Ελλάδα να απεμπολήσουμε με επιχειρήματα παροιμιώδη.

Ειδικότερα, από την εν λόγω έρευνα του καθηγητή Stolberg αποδεικνύεται με αναφορά των πηγών ότι:

- Ο Διοσκουρίδης απέδιδε σε ορισμένα φάρμακα «παρηγορική» επενέργεια.(5)
- Ο Γαληνός διέκρινε με μεγαλύτερη ακρίβεια μεταξύ «παρηγορικών φαρμάκων» που απάλυναν τα συμπτώματα και ταυτόχρονα καταπολεμούσαν την ασθένεια και «πραινόνητων φαρμάκων», τα οποία δεν είχαν ουδεμία επίδραση στην ασθένεια και μόνον απάλυναν τα συμπτώματα.
- Ο Αρεταίος στο έργο του για τις ανιάτες ασθένειες ανέφερε περιπτώσεις ανιάτων ασθενειών των νεφρών και συνέστηνε να εφαρμόζεται «παρηγορική» θεραπεία.(6)
- Ο όρος «παρηγορικά» υπήρξε στη συνέχεια σταθερός όρος στην ιατρική ορολογία: ιατρικοί συγγραφείς της ύστερης αρχαιότητας, όπως ο Ορειβάσιος, τον χρησιμοποιούσαν. Από τον 16ο αιώνα μέχρι τον 19ο λατινικοποιείται ο όρος σε “paregorica” και ανευρίσκεται έκτοτε στα ιατρικά λεξικά και εγκυκλοπαίδειες της εποχής.
- Παράλληλα κέρδιζε από τον 16ο αιώνα σε αποδοχή ο λατινικός όρος “palliativa”, “palliatio” και “palliare”. Μέχρι που επεκράτησε.

Στη σύγχρονη χρήση, ο όρος παρηγορική θεραπεία/αγωγή/φροντίδα εμφανίζεται σε έγκυρα λεξικά της νέας ελληνικής(2) ως ιατρικός όρος με σαφές και ακριβές περιεχόμενο, που ακολουθεί το ιστορικό περιεχόμενο του όρου και αποδίδει την ενεργητική παρέμβαση με κατάλληλα μέσα ιατρικής, νοσηλευτικής, ψυχολογικής φροντίδας, προς το σκοπό ελέγχου των επώδυνων συμπτωμάτων, τη θεραπεία του πόνου και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Στη μεγαλύτερη ευρωπαϊκή ορολογική βάση δεδομένων IATE (Interactive Terminology for Europe)(7) της οποίας κάνουν χρήση τα όργανα και οι υπηρεσίες της Ε.Ε., ο όρος παρηγορητική εμφανίζεται ως ιατρικός όρος πρώτος ως απόδοση του αγγλικού όρου “palliative”. Εξάλλου στην ελληνική και ευρωπαϊκή βιβλιογραφία και νομοθεσία(8) γίνεται αναφορά σε φάρμακα για παρηγορητική χρήση, παρηγορητική αγωγή, παρηγορητικές χειρουργικές επεμβάσεις. Ειδικότερα, στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) ρητά αναγνωρίζεται η υποχρέωση του ιατρού να παρέχει «παρηγορητική αγωγή»(9) Πρόσφατα ιδρύθηκε η «Μονάδα Υποστηρικτικής και Παρηγορητικής Αγωγής στην Ογκολογία» στην ογκολογική κλινική του παθολογικού τομέα του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας στα Ιωάννινα.(10)

**Από τα παραπάνω αποδεικνύεται ότι ο όρος «παρηγορητική» (και όχι παρηγορητική) αποτελεί ιστορικά αναλλοίωτο ελληνικό ιατρικό όρο, έχει βαθιά ιστορική προέλευση, αναγνώριση και σημασία ίδια με τη σημασία που αποδίδεται σήμερα με τον διεθνή επικρατούντα όρο «palliative».**

**Για το λόγο αυτό θα αποτελούσε ρήγμα στην επιστημονική ιατρική παράδοση η απεμπόληση του όρου «παρηγορητική», ενώ κάτι τέτοιο, στο πλαίσιο μάλιστα μιας εθνικής επιτροπής θα δημιουργούσε σοβαρά ερωτηματικά για το λόγο της παραίτησης από την ελληνικότητα και βαθιά αναγνώριση της ρίζας του σημερινού όρου «palliative» στον όρο «παρηγορητικός».**

**Το παραπάνω επιστημονικά θεμελιωμένο επιχείρημα της διατήρησης του ιατρικού όρου «παρηγορητικός» νομίζουμε ότι επαρκεί όχι μόνον για την μη μεταβολή του ιατρικού όρου, αλλά για να αναρωτηθούμε εάν η πλευρά που έθεσε το ερώτημα της μεταβολής, πράγματι είχε μελετήσει πριν θέσει το ερώτημα, την ιστορία του ιατρικού όρου «παρηγορητικός» και τη διεθνή του αναγνώριση.**

**Είναι απορίας άξιον να υφίσταται πρόταση για διεθνή υιοθέτηση του ελληνικού όρου «παρηγορητική αγωγή» και από ελληνικής πλευράς να προτείνεται να απεμποληθούν την ελληνικότητα του όρου ή την πιθανότητα διεθνούς καθιέρωσής του.**

Με δεδομένο ότι η/ο ιατρός αποτελεί αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και διαγιγνώσκει τότε υπάρχει ιατρική ένδειξη για μετάβαση στο ή συνεργασία με το παρηγορητικό σχήμα,(11,12) παρέχει παρηγορητική αγωγή,(13) συνταγογραφεί φάρμακα για παρηγορητική χρήση(14)και φέρει αμέριση την ευθύνη σε έναν τομέα που σχετίζεται με αποφάσεις πλησίον του τέλους της ζωής,(15) γίνεται κατανοητό ότι η χρήση του ιατρικού όρου «παρηγορητική» δεν αποτελεί απλά ένα γλωσσικό-ορολογικό ζήτημα. Σχετίζεται με τη διαφύλαξη της ακεραιότητας και επιστημονικής ανεξαρτησίας της/του ιατρού για χρήση παραδεδεγμένων ιατρικών όρων, όταν ο ιατρός είναι μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας. Η διαφύλαξη δε της επιστημονικής ανεξαρτησίας και ακεραιότητας αποτελεί όχι μόνον δικαίωμα αλλά και καθήκον κάθε ιατρού.

#### Βιβλιογραφία

- ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ Αριθ.πρωτ. Α1β/Γ.Π.οικ. 58099, Αθήνα, 25/7/2018
- Χρηστικό Λεξικό της Νεοελληνικής Γλώσσας της Ακαδημίας Αθηνών, έκδοση 2014.
- Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας Γ. Μπαμπινιώτη, 1998.
- Michael Stolberg, “Cura Palliativa”: Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500-1850), σε: *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007) σελ. 7 επ.
- Παραδείγματα λεξικών κα ιεγκυκλοπαιδείων: Castelle, Bartholomaeus: *Lexicon medicum graecolatinum* [...] ex Hippocrate, et Galeno desumptum. Messanae 1598, 307; Stupanus, Emmanuel: *Lexicon medicumgraeco-latinum* compendiosiss. a Bartholomaeo Castello Messanense inchoatum. Basel 1628, 263; Ravesteinus, Adrianus: *Lexicon medicumgraeco-latinum a Bartholomaeo Castello Messanense inchoatum*. Rotterdam 1651, 371 f.; Blancardus, Stephanus: *Lexicon novum medicumgraeco-latinum*. Leiden 1690, 475; ebd., 5. Aufl. Halle-Magdeburg 1718, 246; Dieterichius, Joh. Cunradus: *latreum hippocraticum: continens nathecium medicinarum veteris et novae; ex nobilioribus medicis, tam veteribus, quam recentioribus, jucanda verborum serie, juxta ductum aphorismorum Hippocratis ita compositum, ut et aliarum facultatum studiis queat inseruire*. Ulm 1661; Bégin, Louis-Jacques et al.: *Dictionnaire des termes de médecine, chirurgie, art vétérinaire, pharmacie, histoire naturelle, botanique, physique, chimie*. Paris 1823, 446 („parégorique“); *Dictionnaire des sciences médicales*. Bd. 39. Paris 1819, 285 („parégorique“, „paregoricus“).
- Dioskorides, Pedanius: *De materia medica libri quinque*. Επιμέλεια v. Curt Sprengel (= *Medicorum graecorum opera quae extant*, Bd. 25), Leipzig 1829, πρβλ. Τόμος 1, 37 (Περί αλλαγού), παραπομπή από Michael Stolberg
- Aretaios: *Aretaei Cappadocis opera omnia*. Hrsg. v. Karl Gottlob Kühn (= *Medicorum graecorum opera quae extant*, Bd. 24), Leipzig 1828, 331 (Περί ανιάτων ασθενειών, Βιβλίο 2, Κεφ. 3).
- <https://iate.europa.eu/search/standard/result/1548883227196/1>
- Ενδεικτικά: Υπουργική Απόφαση 80100/οικ/17630/943 (ΦΕΚ Β' 1560/8-5-2018): “... υπό παρηγορητική θεραπεία”
- Άρθρο 29 Ν. 3418/2005
- ΦΕΚ Β' 1497/2-5-2018
- Για τα κριτήρια βλ. Π. Βασιλόπουλος/Ε. Φυλόπουλος, *Ελληνική Ογκολογία* 1993, σελ. 172 επ
- Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) October 12, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
- Αν. Καντιάνης, Ποινικές όψεις της μετάβασης από το θεραπευτικό στον παρηγορητικό στόχο σε ασθενείς ανιάτων χρόνιων θανατηφόρων νόσων, σε: *Βιοηθικοί Προβληματισμοί* (επιμ. Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη/Φ. Παναγοπούλου-Κουνταζή), σελ. 615 επ.
- Βλ. ενδεικτικά Υπουργική Απόφαση Αριθμ. ΔΥΤ3α/Γ.Π. 85037/10 «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασίες χορήγησης προσωρινής άδειας πρόωμης πρόσβασης σε φάρμακα ανθρώπινης χρήσης (“παρηγορητική χρήση”);», ΦΕΚ Τεύχος Β' 558/201
- Σιαφάκα, Ι., Άρθρο, εφημερίδα Τα Νέα (2009), «Παρηγορητική θεραπεία. Πολυτέλεια ή ανθρωπιστική ανάγκη;». (<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&iid=91529>)

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙ: ΔΗΜΙΟΥΡΓΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

#### ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Α. Βαδαλούκα, MD, PhD, FIPP

Πρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Πρόεδρος EULAP

π. Πρόεδρος ESRA

Στην εισήγησή μου θα απαντηθούν ερωτήσεις όπως:

- (1) Ποιός θα πρέπει να παρέχει Παρηγορική Φροντίδα σε ένα κράτος όπως η Ελλάδα που δεν υπάρχει η ειδικότητα της Παρηγορικής και ποιά είναι η ελάχιστη εκπαίδευση, η απαραίτητη για τις ανάγκες παροχής παρηγορικής φροντίδας στους πολίτες
- (2) Ποιό είναι το καλύτερο μοντέλο παροχής παρηγορικής που μέχρι σήμερα λειτουργεί στην Ελλάδα
- (3) Σε ποιές ομάδες πληθυσμού πρέπει να παρέχεται η Παρηγορική Φροντίδα
- (4) Ποιός είναι ο καλύτερος χρόνος για παροχή παρηγορικής στους καρκινοπαθείς?
- (5) Ποιός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών στην παρηγορική ιατρική?
- (6) Διαθεσιμότητα οπιοειδών
- (7) Ποιός ο ρόλος των ψυχολόγων, των κοινωνικών λειτουργών, των εναλλακτικών, των φροντιστών και των κρατικών λειτουργών στην παροχή Παρηγορικής Φροντίδας

#### ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Τζαμάκου Ε. Πενθερουδάκης Γ.

Η Πανεπιστημιακή Ογκολογική Κλινική (ΠΟΚ) του ΠΓΝΙ λειτουργεί με υπουργική απόφαση από το 1989 (Αρ.ΦΕΚ 685/12-09-1989).

Καθημερινά πραγματοποιεί και θέτει ως απόλυτες προτεραιότητες τη βέλτιστη ογκολογική αγωγή ασθενών με νεοπλασματικά νοσήματα, την άρτια εκπαίδευση των μελλοντικών γενεών ιατρών/ερευνητών της χώρας μας καθώς και τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, την ερευνητική δραστηριότητα για την ανακάλυψη νέων θεραπειών και την προώθηση ελληνικών και διεθνών συνεργασιών στους τομείς της εκπαίδευσης και έρευνας.

Η Ογκολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, από το 2013 έως σήμερα, κατόπιν αξιολογήσεως της από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παθολογικής Ογκολογίας (European Society of Medical Oncology, ESMO) χαρακτηρίστηκε επισήμως ως ESMO Center of Excellence for Integrated Oncology and Palliative Care. Η ουσιαστική αυτή διεθνής διάκριση απονέμεται μόνο σε ογκολογικά κέντρα που παρέχουν βέλτιστη και πολυπαραγοντική ογκολογική και παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο.

Το Μάιο του 2018 (Τεύχος Β' 1497/02.05.2018) επίσημα πλέον ανακοινώθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως η Ίδρυση Μονάδας «Υποστηρικτικής και Παρηγορικής Αγωγής στην Ογκολογία» στην Ογκολογική Κλινική του Παθολογικού Τομέα του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και καθορισμός του εσωτερικού της κανονισμού.

Η Μονάδα έχει ως αποστολή: α) Την βέλτιστη παρηγορική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο και ανθεκτικά συμπτώματα, με την συνδρομή νοσηλεύτριας πόνου, αναισθησιολόγου και ιατρών πολλαπλών ειδικοτήτων πέραν του ιατρικού προσωπικού της Ογκολογικής Κλινικής. β) Την υποστηρικτική αγωγή ασθενών με ενεργό νεοπλασία που βιώνουν επιπλοκές της νόσου και των αντινεοπλασματικών θεραπειών γ) Την ανάπτυξη ερευνητικής δραστηριότητας στην υποστηρικτική και παρηγορική αγωγή ασθενών με νεοπλασίες. δ) Την ανάπτυξη εθνικών και διεθνών συνεργασιών σε επίπεδο έρευνας και κλινικής πρακτικής.

Από το Σεπτέμβριο του 2018 λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα υποστηρικτικής φροντίδας ογκολογικών ασθενών που νοσηλεύονται στο Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων, με σκοπό την παροχή ολιστικής υποστηρικτικής φροντίδας.

Οι Επαγγελματίες Υγείας που επανδρώνουν την ομάδα είναι:

- Ιατρικό προσωπικό της Κλινικής ( μέλη ΔΕΠ, επιμελητές και ειδικευόμενοι)
- Γενικοί Γιατροί
- Συντονιστής νοσηλεύτης και προαιρετικά όποιος νοσηλεύτης της κλινικής επιθυμεί
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Ψυχίατρος/Ψυχολόγος
- Διαιτολόγος
- Γραμματέας (τήρηση πρακτικών)
- Φοιτητές, εθελοντές

### Λειτουργία της ομάδας

- Κριτήρια επιλογής ασθενών στη διεπιστημονική ομάδα:
  - Υποθρεψία
  - Αίτημα για ψυχολογική υποστήριξη, ή/και παραπομπή σε ψυχίατρο
  - Κοινωνικά/οικονομικά κριτήρια (επιδόματα, αιτήσεις κ.α)
  - Σωματικά ενοχλήματα (δυσκοιλιότητα, δύσπνοια κ.α)
  - Πόνος
  - Κεντρικές γραμμές κ.α
- Παροχή υποστηρικτικής φροντίδας
  - Επίλογη ασθενούς, Ιστορικό /κλινική εξέταση
  - Διανομή ανάλογων ερωτηματολογίων στον ασθενή
  - Ανάθεση ρόλων στα μέλη της ομάδας
  - Συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες και τον θεράποντα ιατρό (π.χ προγραμματισμός εξετάσεων, φαρμακευτική αγωγή)

Οι συναντήσεις της διεπιστημονικής ομάδας πραγματοποιούνται κάθε δεύτερη Πέμπτη, όπου συναντώνται όλα τα μέλη της ομάδας σε κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο εντός της Μονάδας ΧΜΘ και γίνεται ενημέρωση για τις δράσεις που έγιναν και το σχεδιασμό των μελλοντικών δράσεων.

Με την έξοδο του ασθενούς από το Νοσοκομείο συμπληρώνεται από τον Ογκολόγο το Πλάνο παρακολούθησης/ σύνοψη της θεραπείας/ιατρικό αρχείο και δίνονται τα τηλέφωνα επικοινωνίας. Τέλος πραγματοποιείται η καταγραφή των δεδομένων.

Στην παροχή ολιστικής υποστηρικτικής φροντίδας συμβάλλει και το Ιατρείο Πόνου (λειτουργεί από το 2009) το οποίο λειτουργεί αυτόνομα (αλλά πάντα σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα) μία φορά την εβδομάδα και επανδρώνεται από Αναισθησιολόγο και Νοσηλεύτη, εξειδικευμένους στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Παράλληλα με τη διεπιστημονική ομάδα υποστηρικτικής φροντίδας, από τον Απρίλιο του 2019, λειτουργεί Ομάδα Ψυχο-Ογκολογίας, με συντονιστή τον Κο Υφαντή Θωμά, Καθηγητή Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.



#### ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΙ ΝΕΥΡΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΣΕ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: ΠΟΙΑ ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ;

Εφη Σταυροπούλου, Αναισθησιολόγος

MD, PhD, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Κέντρου Πόνου Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Πρόεδρος ESRA Hellas, μέλος Δ.Σ. ΠΑΡΗΣΥΑ

Οι περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί (Π.Ν.Α.) εμφανίζουν μεγάλη αύξηση στη χρήση τους στις ορθοπαδικές επεμβάσεις, είτε σαν κύρια αναισθησιολογική μέθοδος, είτε για την επαρκή αντιμετώπιση του περιεγχειρητικού πόνου, τα τελευταία έτη τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα.

Οι κυριότεροι λόγοι της αύξησης της χρήσης αυτών των τεχνικών είναι ότι έχει φανεί ότι σχετίζονται με καλύτερα αποτελέσματα και λιγότερες επιπλοκές σε ποικιλία ορθοπεδικών επεμβάσεων σε σχέση με την γενική αναισθησία αλλά και τους κεντρικούς αποκλεισμούς. Μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία έδειξαν επίσης ότι συνεισφέρουν σε μικρότερο κόστος, λιγότερες εισαγωγές στη Μ.Ε.Θ. και διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.

Πιο αναλυτικά τα πλεονεκτήματα των Π.Ν.Α. στις ορθοπαδικές επεμβάσεις είναι:

- Η αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου είναι πιο αποτελεσματική είτε χρησιμοποιούνται μόνοι τους είτε σε μέρος της πολυπαραγοντικής αναλγησίας. Έτσι οι ασθενείς ελαττώνουν η δε χρησιμοπούν οπιοειδή, συνεπώς έχουμε λιγότερες επιπλοκές από τη χρήση τους, όπως ναυτία, έμετο, υπνηλία, αναπνευστική καταστολή, υπεραλγησία, μετεγχειρητικό παραλήρημα και αντοχή, παραμένουν λιγότερο χρόνο στις δομές υγείας και εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα απρόβλεπτης επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Γι αυτό και η εφαρμογή τους είναι θεμελιώδης στη γρήγορη διακίνηση ασθενών και στις επεμβάσεις μιάς ημέρας.

- Η πολύ καλή αναλγησία που προσφέρουν μετεγχειρητικά διευκολύνουν στη γρήγορη κινητοποίηση, φυσικοθεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών.

- Υπάρχουν μεγάλες διεθνείς μελέτες που δείχνουν ότι οι Π.Ν.Α. μπορούν να ελαττώσουν το κόστος μιάς επέμβασης, το κόστος των περαιτέρω χρησιμοποιούμενων υγειονομικών δομών αλλά και ότι ταυτόχρονα αυξάνουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

Βέβαια υπάρχουν και ορισμένα θέματα που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη χρήση τους:

- Πολλές φορές οι ορθοπεδικοί δεν έχουν ικανοποιητική γνώση των τεχνικών των Π.Ν.Α. , των πλεονεκτημάτων που προσφέρουν στην καλύτερη έκβαση των ασθενών τους, αντιτίθενται στη χρήση τους, δεδομένου ότι ορισμένοι αποκλεισμοί χρειάζονται ελαφρώς μεγαλύτερο χρόνο για την εφαρμογή και την έναρξη της δράσης τους.

- Στον ελλαδικό χώρο οι αναισθησιολόγοι έχουν μικρό χρονικό διάστημα που εντρυφούν στην τεχνική τους με αποτέλεσμα η εφαρμογή τους να χρειάζεται περισσότερο χρόνο. Επιπλέον δεν είναι εξοικειωμένοι με τις σύγχρονες τεχνικές και εξοπλισμούς, όπως η υπερηχογραφική απεικόνιση των νευρικών σχηματισμών και η εφαρμογή του αποκλεισμού με τη χρήση της συσκευής υπερήχων. Γι αυτό η εφαρμογή τους είναι συχνότερη σε νοσοκομεία μεγάλα, σε εκπαιδευτικά και πανεπιστημιακά κέντρα και λιγότερα σε μικρά και νοσοκομεία στην περιφέρεια.

- Οι Π.Ν.Α. χρειάζονται ειδικό εξοπλισμό όπως συσκευές νευροδιέγερσης, υπερήχων, ειδικές βελόνες εντοπισμού, καθετήρες συνεχούς έγχυσης, νέα τοπικά αναισθητικά (για γρήγορη δράση και μικρότερη τοξικότητα), καθώς και ειδικά σετ, check lists και πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση συστηματικών και άλλων ανεπιθύμητων δράσεων. Στην εποχή της οικονομικής κρίσης όπου οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένοι, όλα αυτά τα απαραίτητα εργαλεία αργούν να έρθουν στα χέρια των ειδικών.

- Στις ορθοπεδικές επεμβάσεις κάτω άκρων οι Π.Ν.Α. έχουν ενοχοποιηθεί για πτώσεις λόγω μυϊκής αδυναμίας. Ο φόβος της συστηματικής τοξικότητας σε όλους τους Π.Ν.Α. είναι υπαρκτός γιατί είναι επιπλοκή που μπορεί να οδηγήσει και σε θάνατο. Το αιμάτωμα και η μετατροπή του περιφερικού αποκλεισμού σε κεντρικό, ιδίως σε όσους ασθενείς λαμβάνουν αντιπηκτικά, , οι φλεγμονές λόγω ελλειπούς αντισηψίας σε εφαρμογή περιφερικών καθετήρων μπορούν να συμβούν, ενώ οι νευρολογικές βλάβες από τις τεχνικές μας αν και σπάνια είναι σοβαρές και μη αναστρέψιμες οδηγούν σε νομικές εμπλοκές.

Έτσι αν και τα ποσοστά χρήσης της γενικής αναισθησίας τόσο διεθνώς όσο και στον ελλαδικό χώρο φαίνεται να υπερτερούν σε σχέση με την περιοχική αναισθησίας και ιδίως τους Π.Ν.Α., η τάση για τη χρήση τους φαίνεται να είναι μεγάλη και να ανοίγει ευρύ δρόμο για την καθιέρωσή τους στις ορθοπαδικές επεμβάσεις στο μέλλον.

#### Βιβλιογραφία

1. Trends in use of Regional Anesthesia. Neuraxial and Peripheral Nerve Blocks. C. Cozovitz, J. Poeran, Nicole Zubizarreta, Madhu Mazudmar and Stavros Memtsoudis. Regional Anesthesia And Pain Medicine, Vol 41, Number 1, January-February 2016.
2. Anesthetic Care for Orthopedic Patients. Is there a Potential for differences in Care. Stavros Memtsoudis et al. Anesthesiology 2016, V 124, No 3:608-23.
3. Lower-Extremity Peripheral Nerve Blocks in the Perioperative Pain Management of Orthopedic Patients. B.E. Stein et al. J Bone Joint Surg Am. 2012;94:167(1-13).
4. Peripheral Nerve Block for Outpatient Surgery. NYSORA Continuing Medical Education.
5. Use of Peripheral Nerve Blocks associated with improved joint replacement outcomes. ScienceDaily [www.sciencedaily.com/release/2016/04/16040113065.htm](http://www.sciencedaily.com/release/2016/04/16040113065.htm).
6. Falls and major orthopaedic surgery with peripheral nerve blockade: a systematic review and meta-analysis. R.L. Johnson et al. BJ of Anaesthesia 110(4):518-28(2013).

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙΙ – ESWA HELLAS: ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ & ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ: ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ

#### Η ΑΝΤΙΑΛΓΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΣΜΟΛΟΛΗΣ: ΕΧΕΙ ΡΟΛΟ ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΡΟΥΤΙΝΑΣ?

Ελένη Μόκα

Αναισθησιολόγος Ηράκλειο, Κρήτη

Ο αποκλεισμός των β-αδρενεργικών υποδοχέων συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια. Η εσμολόλη έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως κατά την περιεγχειρητική περίοδο, λόγω της επιβεβαιωμένης αρνητικής χρονότρωσης και αντιυπερτασικής της δράσης. Ωστόσο, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, συσχετίζουν την περιεγχειρητική χορήγησή της με πιθανή τροποποίηση της αλγαισθησίας.

Η συμβατική μετεγχειρητική αναλγησία, ως γνωστόν, στηρίζεται κυρίως στα οπιοειδή, τα οποία όμως χαρακτηρίζονται από τις δικές τους ανεπιθύμητες ενέργειες και φαρμακοεπιδημιολογικές επιπτώσεις. Η εσμολόλη, ενώ δεν χαρακτηρίζεται από άμεσες αναλγητικές ή αναισθητικές ιδιότητες, σύμφωνα με πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα φαίνεται ότι ίσως ασκεί αντιαλγαισθητική δράση και συμβάλλει στη μείωση της περιεγχειρητικής κατανάλωσης οπιοειδών.

Οι μηχανισμοί με τους οποίους οι β-αποκλειστές ενισχύουν την αντιαλγαισθητική ή / και αναλγητική δράση των οπιοειδών παραμένουν ακόμα αδιευκρίνιστοι. Ωστόσο, έχουν αναφερθεί αρκετές θεωρίες, συμπεριλαμβανομένων των ακόλουθων:

(i) ο αποκλεισμός των β-αδρενεργικών υποδοχέων εντός του εγκεφαλικού στελέχους

(ii) η μείωση της εισροής νευρωνικών ερεθισμάτων στο ΚΝΣ

Συνεπώς, η προσθήκη της εσμολόλης, ενός βραχείας δράσης β-αποκλειστή, σε ένα αναισθητικό / πολυδύναμο αναλγητικό σχήμα, θα μπορούσε δυνητικά να τροποποιήσει την απάντηση στο χειρουργικό stress, και κατ' επέκταση την απελευθέρωση νορεπινεφρίνης και νευροπεπτιδίου Υ από τους συμπαθητικούς μεταγαγγλιονικούς νευρώνες.

Επιπρόσθετα, οι β-αδρενεργικοί αποκλειστές φαίνεται ότι πιθανόν εμπλέκονται σε νευρωνική ρύθμιση στο επίπεδο του ιπποκάμπου. Απεικονιστικές εξετάσεις σε σχέση με το stress, έχουν δείξει αυξημένη ενεργοποίηση του ιπποκάμπου κατά τη διάρκεια συναισθηματικής φόρτισης, ενώ η απελευθέρωση ορμονών σχετιζόμενων με το stress, όπως η νορεπινεφρίνη, φαίνεται ότι ενεργοποιούν την έκφραση των β1- και β2-αδρενεργικών υποδοχέων στον ιπποκάμπο, επιστημαίνοντας ότι τελικά η ενεργοποίηση των β-αδρενεργικών υποδοχέων του ιπποκάμπου μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της αλγαισθησίας. Συνεπώς, ο αποκλεισμός των β-υποδοχέων πιθανόν καταστέλλει τους αλγαισθητικούς μηχανισμούς, ελαχιστοποιώντας κατ' επέκταση την αντίληψη επώδυνων ερεθισμάτων.

Η μείωση της περιεγχειρητικής κατανάλωσης οπιοειδών λόγω της χρήσης β-αποκλειστών μπορεί επίσης να σχετίζεται με μεταβολές στη φαρμακοκινητική των οπιοειδών βραχείας διάρκειας δράσης (μείωση μεταβολισμού αυτών λόγω ελάττωσης της καρδιακής παροχής και της ηπατικής αιματικής ροής). Η εσμολόλη, μπορεί επίσης να δράσει με τρόπο παρόμοιο (κεντρική αναλγησία / αντιαλγαισθητική δράση) με αυτόν της κλονιδίνης, με ενεργοποίηση πρωτεϊνών G σε απομονωμένες κυτταρικές μεμβράνες. Η β-αδρενεργική αναστολή φαίνεται ότι τροποποιεί την απελευθέρωση ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών στο νωτιαίο πυρήνα της πηκτωματώδους ουσίας (Sp5c), μέσω ενός μηχανισμού, που περιλαμβάνει την είσοδο ασβεστίου με ένα ανεξάρτητο από β-αδρενεργικό υποδοχέα τρόπο, που μπορεί όμως να προκαλέσει αντιαλγαισθητική δράση στις απολήξεις γ-αμινοβουτυρικού οξέος ή / και γλυκίνης. Τέλος, η εσμολόλη, έχει επίσης αποδειχθεί ότι μειώνει την αναμενόμενη αύξηση της ιντερλευκίνης 6 στον ορό (προφλεγμονώδης κυτοκίνη) και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (φλεγμονώδης δείκτης), με δόσοεξαρτώμενο τρόπο, καθώς πειραματικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι η έκκριση προφλεγμονωδών κυτοκινών και δεικτών φλεγμονής ρυθμίζονται, μεταξύ άλλων, και από τη διέγερση των β-αδρενεργικών υποδοχέων.

Γενικά, η χρήση των κλασικών β-αποκλειστών (προπρανολόλη, ατενολόλη) έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τις μετεγχειρητικές ανάγκες σε οπιοειδή, γεγονός που αντικατοπτρίζει μια δυνητική αντιαλγαισθητική δράση αυτών. Ωστόσο, πρόσφατα κλινικά δεδομένα, υποδηλώνουν ότι ειδικά η εσμολόλη πιθανόν τροποποιεί την αλγαισθησία, καθώς και μερικές από τις σχετιζόμενες με αυτήν καρδιαγγειακές μεταβολές, οι οποίες έχουν αποδειχθεί ότι είναι ανεξάρτητες από την αλγαισθητική συμπεριφορά και οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την εφαρμογή επώδυνων ερεθισμάτων. Η περιεγχειρητική έγχυση εσμολόλης μειώνει την ανταπόκριση σε αλγαινά ερεθίσματα και ελαττώνει την μετεγχειρητική κατανάλωση μορφίνης, ενώ φαίνεται ότι τροποποιεί και την απάντηση του ανοσοποιητικού συστήματος μετά από χειρουργική επέμβαση, ρυθμίζοντας έτσι τη φλεγμονώδη απόκριση του οργανισμού στο χειρουργικό stress, με δόσοεξαρτώμενο τρόπο.

Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση (23 μελέτες, λαπαρσκοπική χολοκυστεκτομή, σκωληκοειδεκτομή) κατέδειξε ότι η διεγχειρητική συνεχής έγχυση εσμολόλης (ως και 50 mcg/kg/min) μειώνει την κατανάλωση οπιοειδών, τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά, ιδίως στη Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας, ωστόσο, χωρίς στατιστικά σημαντική μεταβολή των επιπέδων μετεγχειρητικού πόνου, σε όλες τις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες. Τα ανωτέρω

αποτελέσματα δίνουν έμφαση στην άποψη ότι η μεμονωμένη χρήση εσμολόλης είναι απίθανο να συμβάλλει στην επίτευξη περιεγχειρητικής αναλγησίας, πλην όμως συνδέεται πράγματι με επιτυχή μείωση της κατανάλωσης οπιοειδών, κατά τη χρήση της ως συνοδού φαρμάκου καθ' όλη την περιεγχειρητική περίοδο. Επιπρόσθετα, η χορήγηση εσμολόλης, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα ποσοστά μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου, την πιθανότητα εμφάνισης υπεραλγησίας εξαιτίας οπιοειδών, καθώς και τη διάρκεια νοσηλείας των χειρουργικών ασθενών (ιδίως σε επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας), σύμφωνα με αποτελέσματα μεμονωμένων κλινικών μελετών.

Ο πρωταρχικός περιορισμός, όσον αφορά την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη χρήση εσμολόλης ως αντιαλγαισθητικού παράγοντα κατά την περιεγχειρητική περίοδο, είναι τα σχετικά μικρά μεγέθη δείγματος στις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί ως τώρα. Ο μηχανισμός με τον οποίο η εσμολόλη μειώνει τις ανάγκες σε οπιοειδή δεν είναι σαφής, αν και αρκετοί μηχανισμοί για την αντιαλγαισθητική της δράση έχουν προταθεί. Το ερώτημα αν η μείωση της κατανάλωσης οπιοειδών μετεγχειρητικά εξαιτίας της εσμολόλης, οφείλεται σε απλή διεγχειρητική αποφυγή τους ή σε ενδογενή αντιαλγαισθητική δράση του προαναφερθέντος β-αποκλειστή μένει να απαντηθεί. Ο περιεγχειρητικός πόνος είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο που δεν μπορεί να ελεγχθεί επαρκώς με οπιοειδή χορηγούμενα ως μονοθεραπεία. Η εσμολόλη αποτελεί πολλά υποσχόμενο παράγοντα, που ίσως στο προσεχές μέλλον δυνητικά εξελιχθεί σε κεντρικό στοιχείο ενός πολυδύναμου αναισθητικού/αναλγητικού σχήματος, εξαιτίας των πολλαπλών ευεργετικών ιδιοτήτων από τις οποίες χαρακτηρίζεται.

### **Βιβλιογραφία**

1. Bahr MP, Williams BA. Reg Anesth Pain Med, 2018; 43: 815 – 818
2. Gelineau AM, et al. Anesth Analg, 2018; 126: 1035 – 1049
3. Grant MC, Ouanes JPP, Joshi BL. Reg Anesth Pain Med, 2019; 43: 813 – 814
4. Nair A. Reg Anesth Pain Med, 2019 [epub ahead of print]
5. Williams B. Reg Anesth Pain Med, 2019 [epub ahead of print]

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV: ΛΥΣΕΙΣ ΣΤΑ ΑΔΙΕΞΟΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

**ΜΙΑ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΛΥΣΗ ΣΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ;**

Γ. Μίχα

Αναισθησιολόγος, MD, MSc, PhD, Επικουρική Αναισθησιολόγος, Β' Χειρουργική Κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών

Τα οπιοειδή αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση του οξέως και χρόνιου πόνου στο πλαίσιο ενός πολυδύναμου πλάνου αναλγησίας. Η χορήγησή τους δεν στερείται παρενεργειών που μπορούν να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και την αποτελεσματικότητα της αναλγητικής αγωγής λόγω της μείωσης των απαιτούμενων δόσεων ως τακτική για την μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι κυριότερες παρενέργειες είναι η αναπνευστική καταστολή, η φυσική εξάρτηση και οι διαταραχές από το γαστρεντερικό σύστημα. Παρόλο που εμφανίζεται ανοχή στην πλειοψηφία των παρενεργειών αυτών με την πάροδο του χρόνου κάτι τέτοιο δεν ισχύει για τις γαστρεντερικές διαταραχές και κυρίως για την δυσκοιλιότητα.

Εκτιμάται ότι το 40%-80% των ασθενών που λαμβάνουν οπιοειδή εμφανίζουν δυσκοιλιότητα. Σύμφωνα με τα αναθεωρημένα διαγνωστικά κριτήρια της Ρώμης (IV) η δυσκοιλιότητα σχετιζόμενη με οπιοειδή είναι η νεοεμφανιζόμενη ή επιδεινούμενη δυσκοιλιότητα μετά την έναρξη της χορήγησης των οπιοειδών ή την αύξηση της δόσης τους που περιλαμβάνει δύο από τα παρακάτω: 1)αφόδευση με σύσφιξη τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων 2)σκύβαλα ή σκληρής σύστασης κόπρανα τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων 3)αίσθημα ατελούς κένωσης τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων 4) αίσθημα ορθοπρωκτικής απόφραξης τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων 5)χειρισμοί διευκόλυνσης για να επιτευχθεί η κένωση τουλάχιστον στο 25% των κενώσεων (χρήση του δακτύλου, υποστήριξη από την πυελική χώρα) 6)λιγότερες από 3 αυτόματες κινήσεις του εντέρου ανά εβδομάδα.

Κυρίαρχο ρόλο στην παθοφυσιολογία της δυσκοιλιότητας σχετιζόμενης με τα οπιοειδή έχουν οι υποδοχείς τους (δ, κ, μ) που κατανέμονται ευρέως στο γαστρεντερικό σύστημα με μεγαλύτερη συγκέντρωση στον στόμαχο και στο κόλον. Η ενεργοποίησή τους έχει σαν αποτέλεσμα την σύζευξή τους με την ανασταλτική Gi/Go πρωτεΐνη, την επακόλουθη αναστολή των προσυναπτικών διαύλων Ca<sup>2+</sup> και την αναστολή της απελευθέρωσης των νευροδιαβιβαστών από τα προσυναπτικά κυστίδια. Επίσης δρουν στους μετασυναπτικούς διαύλους K<sup>+</sup> προκαλώντας υπερπόλωση της μετασυναπτικής μεμβράνης και αναστολή της μετάδοσης του ερεθίσματος. Μέσω αυτών των μηχανισμών τα οπιοειδή προκαλούν διαταραχές στην κινητικότητα του εντέρου, αυξάνοντας τον μυϊκό τόνο και ταυτόχρονα μειώνοντας τον περισταλτισμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται η επαναρρόφιση του νερού που σε συνδυασμό με την μειωμένη απέκκριση χλωριδίου και νερού στα κόπρανα αυτά αποκτούν σκληρή σύσταση. Επιπρόσθετα η προκαλούμενη αυξημένη σύσπαση του έσω σφικτήρα του πρωκτού οδηγεί στο αίσθημα της ορθοπρωκτικής απόφραξης.

Κατά την κλινική εκτίμηση του ασθενούς είναι απαραίτητο να γίνει ενδεδειγμένος έλεγχος των παραγόντων που σχετίζονται με την δυσκοιλιότητα και σε ποιο βαθμό αυτοί επιδρούν στην εμφάνιση του συμπτώματος πέρα από την χορήγηση των οπιοειδών. Είναι αναγκαία η λεπτομερής καταγραφή όλων των φαρμακευτικών σκευασμάτων που λαμβάνει ο ασθενής με σκοπό να εντοπιστούν όλοι οι παράγοντες που συνεπικουρούν (συμπληρώματα σιδήρου, ανταγωνιστές Ca<sup>2+</sup>, αντιχολινεργικοί παράγοντες, διουρητικά). Χρήσιμα εργαλεία που θα βοηθήσουν στην διάγνωση είναι το Bristol Stool Form Scale (BSFS) και το Bowel Function Index (BFI) που αποτελούν σταθμισμένα ερωτηματολόγια που πέρα από την διάγνωση βοηθούν και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας στην θεραπεία.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης και της Ευρωπαϊκής ένωσης γαστρεντερολόγων το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας σχετιζόμενης με τα οπιοειδή είναι να επανεξεταστεί η αναγκαιότητα της χορήγησης των οπιοειδών και εάν αυτή είναι στην μικρότερη δυνατή δόση. Είναι σκόπιμο να γίνουν τροποποιήσεις στην διαίτα του ασθενούς, να αυξηθεί η λήψη υγρών καθώς και η φυσική δραστηριότητα. Προτείνεται επίσης η αλλαγή του οπιοειδούς σε άλλο που να προκαλεί λιγότερο δυσκοιλιότητα (π.χ. από του στόματος ή ενδοφλέβια μορφίνη να μετατραπεί σε ισοαναλγητική δόση επιθέματος φεντανύλης).

Στο πλαίσιο της φαρμακευτικής αντιμετώπισης προτείνεται αρχικά η χορήγηση καθαρτικών/υπακτικών σκευασμάτων. Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες ανάλογα με την δράση τους όπως είναι τα αλατούχα και ωσμωτικές δρώνα, τα διεγείροντα την εντερική κινητικότητα, τα μαλακτικά, τα αυξάνοντα τον όγκο των κοπράνων και αυτά που έχουν λιπαντική δράση. Στις περιπτώσεις που υπάρχει ανθεκτική δυσκοιλιότητα παρόλο που λαμβάνονται τα παραπάνω μέτρα προτείνεται η χορήγηση περιφερικών αναστολέων των υποδοχέων των οπιοειδών (peripherally-acting μ-opioid receptor antagonists PAMORAs). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η βρωμιούχος μεθυλναλτρεξόνη, η ναλοξεγκόλη και η ναλντεμεδίνη.

Η βρωμιούχος μεθυλναλτρεξόνη είναι μια τεταρτοταγής αμίνη και ως εκ τούτου η ικανότητα της να διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό είναι περιορισμένη. Αυτό της επιτρέπει να λειτουργεί ως περιφερικά ενεργός ανταγωνιστής μ-οπιοειδών σε ιστούς όπως ο γαστρεντερικός σωλήνας, χωρίς να επηρεάζει τις, μέσω των οπιοειδών, αναλγητικές δράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αντίστοιχο μηχανισμό δράσης έχει και η ναλοξεγκόλη που προέρχεται από

τη ναλοξόνη, μια ευρέως γνωστή ουσία που χρησιμοποιείται για την αναστολή της δράσης των οπιοειδών. Οι PAMORAs έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της δυσκολιότητας από την χορήγηση οπιοειδών και για αυτό υπάρχει ισχυρή σύσταση για την χορήγησή τους σε περιπτώσεις που η δυσκολιότητα είναι ανθεκτική στα καθαρτικά. Έχουν έγκριση από τον Αμερικάνικο και Ευρωπαϊκό οργανισμό φαρμάκων (FDA, EMA) για τις περιπτώσεις αυτές.

Περιορισμένα φαίνεται πως είναι τα δεδομένα για την χορήγηση της λουμπιπροστόνης (προάγει την έκκριση στον αυλό του εντέρου) και της προουκαλοπρίδης (εκλεκτικός αγωνιστής των 5-HT υποδοχέων) μέχρι στιγμής και δεν υπάρχει συναίνεση μεταξύ των οδηγιών για την χρήση τους.

Η δυσκολιότητα σχετιζόμενη με τα οπιοειδή αποτελεί μια πραγματικότητα που αντιμετωπίζει υψηλό ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν οπιοειδή για πόνο καρκινικής ή μη αιτιολογίας και είναι απαραίτητο να αναγνωρίζεται έγκαιρα από τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας και να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά γιατί φαίνεται ότι επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών και την συμμόρφωσή τους ως προς το χορηγούμενο αναλγητικό σχήμα.

### Βιβλιογραφία

- 1) Farmer A et al. Pathophysiology and management of opioid-induced constipation: European expert consensus statement. UEGJ 2019;7:7-20
- 2) Crockett SD et al. American gastroenterological association institute guideline on the medical of opioid-induced constipation. Gastroenterology 2019;156:218-226

## ΠΟΣΟ ΚΑΛΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ ΤΟΝ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΟ ΠΟΝΟ;

Φ. Κρεμαστινού

Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πονου ΙΓΝΑ

Ήδη από το 1990 σχεδόν 30 χρόνια πριν οι Portenoy και Hagen αναγνώρισαν την ύπαρξη και έδωσαν τον πρώτο ορισμό του παροξυσμικού πόνου σε ασθενείς με καρκίνο.

Αργότερα αναγνωρίστηκε και σε ασθενείς με χρόνια μη καρκινικό πόνο.

Ακόμη και σήμερα όμως μετά από τόσα χρόνια υπάρχει σύγχυση στην Ιατρική Κοινότητα στο πως ορίζουμε τον παροξυσμικό πόνο καρκινικό ή μη καρκινικό (BTP). Αυτό οδηγεί σε καθυστέρηση τόσο στη διάγνωση όσο και τη θεραπεία του.

Αυτές οι διαφορές στον ορισμό εξηγούν τις μεγάλες διαφορές στα ποσοστά επιπολασμού που δημοσιεύονται κατά αιρούς από διάφορους ερευνητές που κυμαίνονται από 19% ως 93% (Bruera et al., 1992; Swanwick et al., 2001; Mercadante et al., 2010). Ο BTP αποτελεί φάσμα διαφορετικών χαρακτηριστικών. Τα κλινικά του χαρακτηριστικά συχνά είναι πανομοιότυπα με αυτά του βασικού πόνου. Η έκφραση των επεισοδίων διαφέρει από άτομο σε άτομο αλλά και στο ίδιο άτομο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές.

Αν και ο παροξυσμικός πόνος έχει πολλά κοινά κλινικά χαρακτηριστικά, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην έκφρασή του μεταξύ των πασχόντων. Ο κλινικός γιατρός αν θέλει να επιτύχει τη βέλτιστη αγωγή για τον ασθενή, οφείλει να δώσει έμφαση στην αναγνώριση των επί μέρους χαρακτήρων που σχετίζονται με το είδος του πόνου (αλγαισθητικός νευροπαθητικός ή μικτός) τη χρονική εμφάνιση του πόνου κατά τη διάρκεια του 24ώρου, τη συχνότητα των επεισοδίων, τη διάρκεια των επεισοδίων και τον τρόπο εμφάνισης δηλαδή αυτόματα χωρίς προϋπάρχον γενεσιουργό αίτιο ή προκλητά μετά από εκούσιο ή ακούσιο ερέθισμα (πχ βάδισμα ή άλλη δραστηριότητα, γεύμα, βήχα ή πτέρνισμα).

Η αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου παρά την πληθώρα αποτελεσματικών φαρμακευτικών παραγόντων δεν μπορεί ακόμη και σήμερα να θεωρηθεί ικανοποιητική.

Αυτό εν μέρει οφείλεται στην έλλειψη σαφών κριτηρίων που αφορούν την ορολογία, τα χαρακτηριστικά, την επιδημιολογία και την σύγχυση στις προτεινόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Είναι αναγκαίο να υπάρξει διεθνής συναίνεση σχετικά με τα κριτήρια καθορισμού και διάγνωσης του BTP ώστε να μπορούμε να έχουμε ταχύτερη και ακριβέστερη διάγνωση που θα οδηγήσει στη γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του.

### Αναφορές:

1. O'Hagan P, Mercadante S. Breakthrough cancer pain: The importance of the right treatment at the right time. Eur J Pain. 2018 Aug;22(7):1362-1374.
2. Working Group Nientemalde DEI. What to Do, and What Not to Do, When Diagnosing and Treating Breakthrough Cancer Pain(BTcP): Expert Opinion. Drugs. 2016;76(3):315-30.
3. Laxmaiah Manchikanti, MD1, Vijay Singh, MD2, David L. Caraway, MD3, and Ramsin M. Benyamin, MD4. Breakthrough Pain in Chronic Non-Cancer Pain: Fact, Fiction, or Abuse. Pain Physician 2011; 14:E103-E117 • ISSN 2150-1149
4. Davies AN, Elsnor F, Filbet MJ, Porta-Sales, Ripamonti C, Santini D, Webber. Breakthrough cancer pain (BTcP) management: a review of international and national guidelines. BMJ Support Palliat Care. 2018 Sep;8(3):241-249.
5. Gonella S, Sperlinga R, Sciannameo V, Dimonte V, Campagna S. Characteristics of Breakthrough Pain and Its Impact on Quality of Life in Terminally Ill Cancer Patients. Integr Cancer Ther. 2019 Jan-Dec;18

#### **ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΙΝΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ. ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ;**

Τσιρογιάννη Αικατερίνη

Διευθύντρια Αναισθησιολογικού, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Γ.Ν. Κατερίνης

Κανναβινοειδές είναι κάθε ουσία που συνδέεται με τους ειδικούς υποδοχείς του ενδοκανναβινοειδούς συστήματος. Πρόκειται για α) τα Ενδοκανναβινοειδή, τα οποία παράγονται ενδογενώς και συνδέονται με τους υποδοχείς των κανναβινοειδών [ανανδαμίδη (ΑΕΑ), 2-αραχιδιλυογλυκερόλη (2AG)], β) τα Φυτοκανναβινοειδή, κανναβινοειδή που εμπεριέχονται στα φυτά της Cannabis sativa L και γ) τα Συνθετικά κανναβινοειδή: κάθε χημική ένωση που παρασκευάζεται εργαστηριακά και συνδέεται με τους υποδοχείς των κανναβινοειδών. Υπάρχουν τουλάχιστον 113 διαφορετικά κανναβινοειδή που απομονώθηκαν από το φυτό της κάνναβης, αλλά αυτά που συγκεντρώνουν το ιατρικό ενδιαφέρον είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC), η κύρια ψυχοδραστική ένωση στην κάνναβη, και η κανναβιδιόλη (CBD). Εργαστηριακή σύνθεση THC και CBD για συνταγογραφούμενη ιατρική χρήση οδήγησε σε φάρμακα όπως dronabinol (μόνο THC), nabilone (συνθετικό παράγωγο που μιμείται THC) και nabiximols (THC και CBD).

Μια από τις συχνότερα αναφερόμενες αιτίες χρήσης κανναβινοειδών αποτελεί ο χρόνιος μη καλά ελεγχόμενος πόνος και ιδίως ο νευροπαθητικός. Έχει παρατηρηθεί ότι η Nabilone μπορεί να μειώσει την ανάγκη για οπιοειδή, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, δεξαμεθαζόνη και οντασετρόνη όταν χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα, χωρίς αυτό να αποτελεί μέρος κατευθυντήριων γραμμών βασισμένων σε στοιχεία. Τα κανναβινοειδή μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο συμπλήρωμα των σημερινών αναλγητικών φαρμάκων σε πολλές καταστάσεις, ειδικά σε χαμηλές δόσεις μη ικανές να επάγουν υπεραλγησία ή άλλες παρενέργειες. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως φάρμακα διάσωσης όταν η αναλγησία των οπιοειδών είναι αναποτελεσματική ή ανεπαρκής ή ως παράγοντας περιορισμού των οπιοειδών. Φαίνεται επίσης ότι ανταγωνίζονται αρκετές παρενέργειες των οπιοειδών και ο συνδυασμός οπιοειδών και κανναβινοειδών μπορεί να γίνει πολύ χρήσιμος παράγοντας στη μακροχρόνια αντιμετώπιση του σοβαρού πόνου. Σχετικό ερωτηματολόγιο έδειξε ότι η χρήση της κάνναβης σχετίστηκε με 64% μείωση στη χρήση των οπιοειδών από ασθενείς με χρόνιο πόνο, συνδυάστηκε με καλύτερη ποιότητα ζωής και λιγότερες επιπλοκές από τη χρήση των οπιοειδών.

Τα φάρμακα που προέρχονται από κάνναβη αξίζει να διερευνηθούν με αυστηρά σχεδιασμένες μελέτες, ώστε ο ρόλος τους στη διαχείριση του σοβαρού και χρόνιου πόνου να μπορεί να προσδιοριστεί με μεγαλύτερη σαφήνεια.

#### **Προτεινόμενα:**

<https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2019/04/Clinical-guidance-on-cannabis-for-medical-use-updated-26042019-final.pdf>

[pdfhttp://www.emecdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584\\_TD0618186ENN\\_PDF.pdf](pdfhttp://www.emecdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ENN_PDF.pdf)

K. F. Boehnke et al. Medical Cannabis Use Is Associated With Decreased Opiate Medication Use in a Retrospective Cross-Sectional Survey of Patients With Chronic Pain. *jpain*.2016.03.002

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

#### Η ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Μαίρη Αδαμοπούλου

Patient Advocate, EURPATI Fellow, Πρόεδρος «“95”», Ελληνική Συμμαχία για τους Σπάνιους Ασθενείς

Στην Ευρώπη, μία πάθηση χαρακτηρίζεται Σπάνια όταν εμφανίζεται σε λιγότερο από 1 στους 2.000 ανθρώπους. Οι Σπάνιες Παθήσεις, ο αριθμός των οποίων υπολογίζεται πως είναι από 6.000 ως 8.000, είναι χρόνιες, εκφυλιστικές, και πολύ συχνά απειλητικές για τη ζωή, με το 80% εξ αυτών να έχει γενετική προέλευση, ενώ άλλες είναι αποτέλεσμα λοιμώξεων, αλλεργιών ή περιβαλλοντικών αιτιών. Το 75% των εν λόγω νοσημάτων προσβάλλει παιδιά, με το 30% των παιδιών αυτών να πεθαίνει μέχρι την ηλικία των 5 ετών. Μόνο για το 5% των Σπανίων Παθήσεων υπάρχει σήμερα θεραπευτική αγωγή.

Ο ορισμός της Παρηγορικής Φροντίδας, ο ορισμός των Σπανίων Νοσημάτων, οι συστάσεις του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Σπανίων Παθήσεων (EURORDIS) και το έγγραφο τοποθέτησης του EURORDIS για Ολιστική φροντίδα των Σπανίων Ασθενών (Μάϊος 2019), το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Σπανίων Παθήσεων (2008-2012), όλα τα παραπάνω υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα παροχής Παρηγορικής Φροντίδας σε ασθενείς με Σπάνιες Παθήσεις, στην πράξη, όμως, τα στοιχεία που συνδέουν τους Σπάνιους Ασθενείς με την Ανακουφιστική Φροντίδα είναι πενιχρά.

Στη συνέχεια, με περιγραφή της πραγματικότητας για τους Ασθενείς με Σπάνιες Παθήσεις και τις οικογένειές τους, (το 75% των ασθενών είναι παιδιά), και με αναφορά στην πρόσφατη Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα (Φεβρουάριος 2019), που εκπονήθηκε από σημαντικούς εκπροσώπους δημοσίων και ιδιωτικών φορέων στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, εντοπίζονται οι προκλήσεις και οι ευκαιρίες για τους Ασθενείς που πάσχουν από Σπάνια Νοσήματα και χρήζουν Παρηγορικής Φροντίδας.

Η παρουσίαση αυτών οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι Σπάνιοι Ασθενείς και οι οικογένειές τους είναι απαραίτητο να συμπεριληφθούν στους λήπτες υπηρεσιών Παρηγορικής / Ανακουφιστικής / Υποστηρικτικής φροντίδας, ως μια ξεχωριστή, ευάλωτη ομάδα ασθενών στους οποίους συνυπάρχουν περισσότερα του ενός νοσήματα, χρόνια, εξελισσόμενα και απειλητικά για τη ζωή τους.

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI: ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ

#### ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΟΠΙΕΙΔΩΝ

Μπατιστάκη Χρυσάνθη

Αναπλ. Καθηγήτρια Ανααισθησιολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Ανααισθησιολογίας, ΕΚΠΑ  
Μονάδα Πόνου & Ανακουφιστική Φροντίδας, ΠΓΝ "Αττικόν"

Το πάγιο αίτημα των Ανααισθησιολόγων και των ιατρών που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του πόνου και την ανακουφιστική/παρηγορική φροντίδα, οδήγησε σε μεταβολές της νομοθεσίας στη χώρα μας, με κύριο στόχο αφενός την διαθεσιμότητα επιπλέον οπιοειδών και φαρμακοτεχνικών μορφών, για τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης του πόνου και την αποτελεσματικότερη ανακούφιση των ασθενών και αφετέρου τη διευκόλυνση προμήθειας των διαθέσιμων σκευασμάτων από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η παλαιά νομοθεσία περιελάμβανε την αναφορά σε "μέγιστες δόσεις οπιοειδών" τόσο ασθενών όσο και ισχυρών, για τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, με συνταγή η οποία ίσχυε για περιορισμένο χρονικό διάστημα, ανεξάρτητα από την ειδικότητα που τη συνταγογραφεί και ανεξάρτητα από το είδος του πόνου (καλοήθους ή κακοήθους αιτιολογίας). Πολλά από τα σκευάσματα που αναφέρονται στους πίνακες με τις μέγιστες δόσεις δεν κυκλοφορούσαν ή δεν χρησιμοποιούνταν πια, ενώ σύγχρονα, διεθνώς χρησιμοποιούμενα σκευάσματα έλλειπαν από τους συγκεκριμένους πίνακες.

Η αναθεώρηση της νομοθεσίας πιθανώς θα οδηγήσει στη βελτίωση της τακτικής συνταγογράφησης, με βάση τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν διεθνώς. Καθώς υπάρχει αρκετή ποικιλομορφία σχετικά με τις δόσεις που επιτρέπεται να συνταγογραφούνται από τον μη ειδικό ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με τον ειδικό (Ανααισθησιολόγος-Αλγολόγος, Pain Specialist), υπήρξε διχογνωμία και δυσκολία καθορισμού των μέγιστων επιτρεπόμενων συνταγογραφούμενων δόσεων ανά κατηγορία. Ακόμη και στις περιπτώσεις πόνου καλοήθους αιτιολογίας, οι οδηγίες διαφόρων επιστημονικών εταιρειών παγκοσμίως, προτείνουν αρχικά μία μέγιστη δόση οπιοειδών συνταγογραφούμενη από όλες τις ειδικότητες και κατόπιν παραπομπή στον ειδικό.

Έτσι, η συνταγογράφηση των ασθενών οπιοειδών για τον πόνο καλοήθους και κακοήθους αιτιολογίας να μπορεί να πραγματοποιηθεί από όλους τους κλινικούς ιατρούς, τηρώντας όμως κάποιες μέγιστες δόσεις μέγιστες δόσεις όπως ορίστηκαν με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ για τα ισχυρά οπιοειδή, επίσης υπάρχει περιορισμός συνταγογράφησης από τον μη ειδικό. Αντιθέτως, ο ειδικός Ανααισθησιολόγος-Αλγολόγος και Ογκολόγος μπορούν να συνταγογραφούν χωρίς μέγιστη δόσολογία. Παράλληλα, η διάρκεια της συνταγής μπορεί να είναι μεγαλύτερη, έτσι ώστε να διευκολύνονται οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, ενώ νεότερα σκευάσματα οπιοειδών εισάγονται στην κλινική πράξη και τίθενται στο ίδιο νομικό καθεστώς. Τέλος, η κατάργηση της χειρόγραφης ειδικής συνταγής διευκολύνει περαιτέρω την διαδικασία λήψης των οπιοειδών από τους ασθενείς και τους φροντιστές, ενώ παράλληλα εξασφαλίζει τον έλεγχο των ουσιών ηλεκτρονικά.



#### ΙΑΤΡΟΝΟΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΟΝΟΥ

Χλωροπούλου Παναγιώτα

Είναι ευρέως γνωστό ότι στο πεδίο της ιατρικής φροντίδας και της αντιμετώπισης του πόνου τα νομικά ζητήματα είναι πολλά, σύνθετα, πολύπλοκα. Στον τομέα της επεμβατικής αντιμετώπισης του πόνου, οι νομικοί ρυθμιστικοί κανόνες είναι πολλοί αλλά και απαραίτητοι ώστε να δρουν προστατευτικά στην επιτυχή έκβαση της διαδικασίας και στην πρόληψη και αποφυγή επιπλοκών.

Το κεντρικό ζήτημα που απασχολεί συχνά τα δικαστήρια και τους νομικούς είναι η αξιολόγηση της ιατρικής αμέλειας ή ιατρικού λάθους (medical malpractice). Η παρέκκλιση από την κατεστημένη πρακτική η οποία οδηγεί σε επιπλοκές κατά την διάρκεια η μεταγενέστερα της θεραπευτικής διαδικασίας παρέχει ισχυρό νομικό έρεισμα στον ασθενή ή στους νομικούς εκπροσώπους του να στραφεί έναντι του ιατρού με δυνατότητα αστικής αποζημίωσης η ποινικής εμπλοκής. Όλοι οι κανόνες και οι αρχές που προβλέπονται για την πρακτική επεμβατικών μεθόδων πρέπει να τηρούνται pro forma, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες επιπλοκών.

Η άσκηση « αμυντικής ιατρικής» όμως σαν αποτέλεσμα των περιοριστικών κανόνων και του φόβου νομικής εμπλοκής συνιστά κίνδυνο για την παροχή ποιοτικής και αποτελεσματικής ιατρικής φροντίδας. Primum non nocere, με τόλμη όμως και προσεκτική υιοθέτηση της καινοτομίας που εξελίσσεται με ταχύτητα και πολλές φορές ξεπερνά το νομικό ποσοστό.

#### Βιβλιογραφία:

- Sonny Ball, B. (2008, July 28). An introduction to Medical Malpractice in the United States. Clin Orthop Relat Res, 467 (2), 339-347. Doi 10.1007/s11999-008-0636-2
- Maitra G, Rudra A, Sengupta S. (2008). Pain Management: Medico – Legal Issues. Indian Journal of Anaesthesia, 52 (6), 768-774. Retrieved from <http://www.ijaweb.org/article.asp?issn=0019-5049;year=2008;volume=52;issue=6;spage=768;epage=768;aulast=Maitra>
- Warner R, Deer T. (2008). Malpractice and the Practice of Pain Medicine: An Attorney's perspective. Pain medicine, S1 (9). Retrieved from [https://academic.oup.com/painmedicine/article/9/suppl\\_1/S137/1825012](https://academic.oup.com/painmedicine/article/9/suppl_1/S137/1825012)
- Racz G, Noe C, Munglani R (2004, June 10). Medico- legal Aspects of Pain Medicine. Doi 10.5772/58754.
- Dong Kim Y, Seong Moon H. (2015, October). Review of Medical Dispute Cases in the Pain Management in Korea: A Medical Malpractice Liability Insurance Database Study. Korean J Pain, 28(4), 254- 264. Doi 10.3344/kjp.2015.28.4.254
- Hall J, Boswell M. (2009). Ethics, Law, and Pain Management as a Patient Right. Pain physician Journal 12:499-506.

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI: ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ PLACEBO EFFECT ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Ευγενία Κετικίδου

Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα /Ιατρείο Πόνου ΓΝ Καβάλας

Οι περισσότερες ιατρικές θεραπείες έχουν δύο στοιχεία: το αμιγώς ειδικό θεραπευτικό στοιχείο (φαρμακευτική ουσία ή χειρουργική παρέμβαση) και το μη ειδικό στοιχείο που περιλαμβάνει όλα αυτά που περιβάλλουν τη θεραπεία, δηλαδή τη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και στον κλινικό και τις προσδοκίες από τη θεραπεία.

Το placebo (εικονικό φάρμακο) είναι μια αδρανής ουσία ή μια ψεύτικη θεραπευτική διαδικασία, και το placebo effect (το αποτέλεσμα του εικονικού φαρμάκου) είναι αυτό που ακολουθεί τη χορήγηση του placebo. Βέβαια, υπάρχει σχήμα οξύμωρο σε αυτή την παραδοχή γιατί δεν είναι δυνατό κάτι αδρανές να φέρει αποτέλεσμα.

Η χρήση της λέξης placebo (λατ. placebo: ευχαριστώ) με ιατρικό περιεχόμενο χρονολογείται από τα τέλη του 18ου αιώνα τουλάχιστον, όταν χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει αβαβείς θεραπείες που θα έκαναν τον ασθενή να αισθανθεί πιο άνετα.

Το κύριο όμως ενδιαφέρον για το placebo effect άρχισε με την ευρεία υιοθέτηση των τυχαιοποιημένων μελετών (placebo randomized control trials- RCT) μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς βελτιώνονταν και μάλιστα θεαματικά στην ομάδα του placebo.

“το εικονικό φάρμακο (placebo) έχει αναμφίβολα χρησιμοποιηθεί για αιώνες από σοφούς γιατρούς αλλά και τσαρλατάνους, όμως μόλις πρόσφατα αναγνωρίστηκε η σημασία αυτού του εργαλείου στην κλινική πράξη». Έτσι ξεκινά η πρωτοποριακή συζήτηση σε άρθρο που ονομάζεται «the powerful placebo» στο JAMA από τον Henry K. Beecher, 1955. Ο Beecher δημοσιοποίησε με ενθουσιασμό μια πρώτη μετα-ανάλυση 15 μελετών όπου φαινόταν ότι το 35% των ασθενών αντιδρούσαν θετικά στη θεραπεία placebo. Η όλη βέβαια παρουσίαση ήταν υπερδιογκωμένη από τη θεωρία του ισχυρού placebo (powerful placebo) γιατί απέτυχε να διαχωρίσει το αυθεντικό placebo effect από τις υπόλοιπες συνιστώσες.

Τα επόμενα 60 χρόνια η εκτίμηση του Beecher ακόμα ισχύει κατά το πλείστον. Αρχικά περιορισμένη σε μελέτες που αφορούσαν την placebo αναλγησία (ο Beecher ήταν αναισθησιολόγος που υπηρέτησε στον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο στο πεδίο της μάχης και όπως ήταν φυσικό, χρησιμοποίησε πολύ την placebo αναλγησία), η θεραπευτική δυνατότητα του placebo καταδεικνύεται σε ένα ευρύτερο πεδίο ασθενειών και καταστάσεων όπως η ψωρίαση, η νόσος του Parkinson, η ημικρανία, η αλλεργική ρινίτιδα, το ευερέθιστο έντερο, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη και άλλες.

Από την άλλη, η νευροαπεικόνιση και η φαρμακολογία διευκρίνισαν τους βασικούς μηχανισμούς του νευρικού συστήματος καθώς και τους νευροδιαβιβαστές που παίζουν ρόλο κλειδί στην απάντηση στο εικονικό φάρμακο.

Παραδοσιακά, το placebo effect αποδίδεται σε δυο μηχανισμούς: προσδοκίες (η σύσταση του θεράποντος ότι το χάπι θα βελτιώσει την κατάσταση αυξάνει την προσδοκία του ασθενούς για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας) και στην κλασική εξαρτημένη μάθηση του Pavlov (όλα όσα συνοδεύουν τη θεραπεία, δηλαδή η παρουσία του θεράποντος και η οσμή του περιβάλλοντος/ φαρμάκου, αποκτούν τελικά θεραπευτικές ιδιότητες)

Ευαγγέλιο στην άσκηση της Ιατρικής είναι σήμερα η Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις και οι RCT είναι το gold standard στην ιατρική τεκμηρίωση.

Η χρήση της αδρανούς ουσίας θεωρείται η πιο ασφαλής μέθοδος για να γίνει η διαφοροποίηση ανάμεσα στα ειδικά θεραπευτικά αποτελέσματα της υπό μελέτη θεραπείας από τα μη ειδικά αποτελέσματα του placebo. Στις ελεγχόμενες κλινικές μελέτες ο επιθυμητός στόχος είναι ο περιορισμός και η ελαχιστοποίηση της placebo απάντησης ώστε να γίνει εκτίμηση του ειδικού αποτελέσματος με λεπτομερή έλεγχο και να βελτιωθεί η ευαισθησία της κλινικής μελέτης.

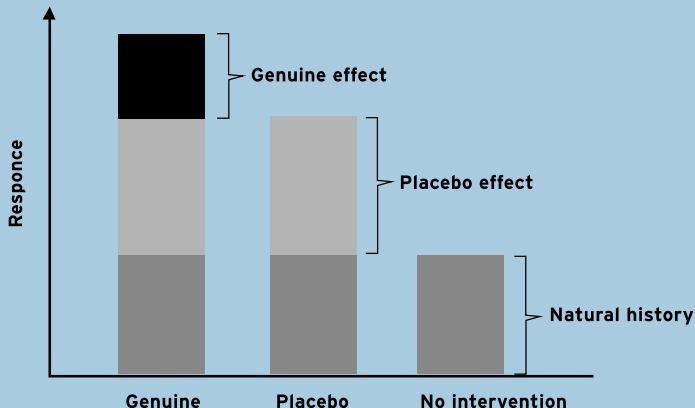
Συστήνονται μελέτες με δύο ή και τρεις ομάδες όπου εκτός από την ομάδα placebo υπάρχει και ομάδα χωρίς φάρμακο για να ελαχιστοποιηθεί ο αριθμός των αρνητικών και αποτυχημένων μελετών.

Αυξημένη placebo απάντηση σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα λήψης αδρανούς φαρμάκου (ο ασθενής πρέπει να είναι καλά πληροφορημένος ότι μπορεί να λάβει και αδρανή ουσία) όπως επίσης να μην είναι αυστηρός ο τυφλός σχεδιασμός της μελέτης, να περιλαμβάνει πολλές επισκέψεις και να είναι ιδιαίτερα ενθουσιώδης ο μελετητής.

Το γεγονός ότι κάθε θεραπεία αλληλεπιδρά με τα «πιστεύω» και τις προσδοκίες του ασθενούς, μηχανισμοί που συνοδεύονται από placebo απάντηση αποδεικνύει μια επείγουσα ανάγκη για βελτίωση του σχεδιασμού των κλινικών μελετών. Και φυσικά χρειάζεται μια καλύτερη κατανόηση της placebo απάντησης για να βελτιωθεί ο σχεδιασμός των κλινικών μελετών.

Συσχέτιση του placebo effect με τις RCTs έχει σαφώς προκαλέσει σύγχυση γιατί η απάντηση στην ομάδα placebo δεν είναι απαραίτητα μια γνήσια ψυχοκοινωνική απάντηση σε μια προσομοίωση θεραπείας. Στην πραγματικότητα, η απάντηση που παρατηρείται στο placebo των RCTs μπορεί να αντανακλά τη φυσική ιστορία της νόσου, όπως διακυμάνσεις στη συμπτωματολογία, παλινδρόμηση προς το μέσο, σφάλματα σε σχέση με τον ασθενή όταν αναφέρει υποκειμενικά συμπτώματα αλλά και τον ερευνητή και άλλες συγχωρηγούμενες θεραπείες.

Στο σχ. 1 φαίνεται η θεωρία του συσσωρευτικού μοντέλου ( additive model ), αν και αυτή σήμερα τίθεται υπό αμφισβήτηση



Ένας νέος σχεδιασμός μελετών είναι η ανοικτή- κρυμμένη χορήγηση φαρμάκων ( open – hidden administration of drugs ). Με στόχο να εξαλειφθεί το στοιχείο placebo από μια μελέτη, ο ασθενής δε γνωρίζει ότι του εφαρμόζεται κάποια θεραπεία (hidden) . Στην άλλη ομάδα γίνεται ανοικτή ( open ) χορήγηση του φαρμάκου. Η διαφορά ανάμεσα στις δύο αυτές μορφές χορήγησης αντιπροσωπεύει το placebo effect, αν και δεν χορηγείται placebo. Πρόκειται λοιπόν για θεραπείες αναμενόμενες και μη αναμενόμενες.

Δεν αντικαθιστά βέβαια τις RCTs, μπορεί όμως να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των νευροεπιστημόνων στην κατανόηση της λειτουργίας του εγκεφάλου και πως μπορεί να τροποποιηθεί η δράση των φαρμάκων.

Τα τελευταία χρόνια όμως εμφανίζονται στη βιβλιογραφία μελέτες και άρθρα που αποσκοπούν στην « αξιολόγηση » του placebo effect, προς όφελος του ασθενούς. Το placebo effect φαίνεται να έχει θέση στην κλινική πράξη όχι όμως και οι placebo παρεμβάσεις.

Η SIPS (Society for Interdisciplinary Placebo Studies) είναι μια διεθνής οργάνωση που ιδρύθηκε πρόσφατα από ειδικούς που μοιράζονται το ενδιαφέρον της κατανόησης του placebo effect στον τομέα της θεραπείας.

Στόχος των ερευνητών πρέπει να είναι η πληρέστερη κατανόηση των νευροβιολογικών μηχανισμών και της λειτουργίας του εγκεφάλου ώστε να αναπτυχθούν ηθικά αποδεκτοί τρόποι για να αξιοποιηθεί το placebo effect με σκοπό να βελτιστοποιηθούν οι σχεδιασμοί των κλινικών μελετών, τα αποτελέσματα των θεραπειών και να προταθούν νέες θεραπευτικές στρατηγικές.

#### Βιβλιογραφία:

Beecher HK. The Powerful Placebo. JAMA 1955;159:1602–6.

Kaptchuk TJ. Powerful placebo: the dark side of the randomised controlled trial. Lancet 1998;351 (9117):1722–5. [PubMed: 9734904]

Hidden administration of drugs: Benedetti F1, Carlino E, Pollo A. Clin Pharmacol Ther. 2011 Nov;90(5):651-61. doi: 10.1038/clpt.2011.206. Epub 2011 Oct 12.

Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances: Damien G Finniss, corresponding author Ted J Kaptchuk, Franklin Miller, and Fabrizio Benedetti, Lancet. 2010 Feb 20; 375(9715): 686–695.

The placebo–nocebo response: Controversies and challenges from clinical and research perspective, M Aleksandar Jakovljevic, European Neuropsychopharmacology 2014, DOI:10.1016/j.euroneuro. 2013.11.014

The Fascinating Mechanisms and Implications of the Placebo Effect, Luana Colloca, Int Rev Neurobiol. Int Rev Neurobiol. 2018; 138: xv–xx. doi: 10.1016/S0074-7742(18)30027-8

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII: ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ Π.Φ.

## ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ: ΩΦΕΛΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ;;;

Δρ Αχιλ. Ε. Γεωργιάδης  
Ρευματολόγος

Για την αποτελεσματικότητα των συμπληρωμάτων διατροφής στις χρόνιες παθήσεις, οι γιατροί έχουν χωριστεί σε δύο αντίπαλες παρατάξεις. Η μεν πρώτη προσπαθεί να αποδείξει, με επιδημιολογικές κυρίως μελέτες που περιλαμβάνουν χιλιάδες άτομα, ότι τα συμπληρώματα δεν προσφέρουν τίποτε θετικό στην υγεία μας και ότι άδικα οι άνθρωποι ξοδεύουν δεκάτομυρια για να τα αγοράζουν! Ενώ η δεύτερη, προβληματισμένη από την αναφερόμενη από τους ασθενείς θετική δράση των συμπληρωμάτων, τις 3-4 τελευταίες χιλιετίες, αναζητούν τους πιθανούς μηχανισμούς δράσεώς τους, ιδιαίτερα στον χρόνιο πόνο, διότι δεν αποδέχονται ότι μπορεί το θετικό αποτέλεσμα που σταθερά αναφέρεται από τους περισσότερους που τα λαμβάνουν, μπορεί να οφείλεται αποκλειστικά και μόνο στο φαινόμενο placebo.

Από την άλλη πλευρά οι ασθενείς στηριζόμενοι στο παγιωμένο πλέον κλισέ ότι «όλα τα χρήσιμα φάρμακα προέρχονται από τα φυτά» που ειδικά για τον πόνο αληθεύει στο 80% των περιπτώσεων, (βλέπε ασπιρίνη, οπιούχα, καψαϊκίνη κ.ά.), λαμβάνουν με μεγάλη άνεση τα συμπληρώματα διατροφής για την θεραπεία κάθε δύσκολης θεραπευτικά πάθησης, ξοδεύοντας παράλληλα 750 εκατομμύρια ευρώ κάθε χρόνο στην Ελλάδα της κρίσης. Επειδή μάλιστα τα φάρμακα αυτά θεωρείται ότι δεν έχουν σοβαρές παρενέργειες, επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι το 1/3 από αυτούς δεν ενημερώνουν τους γιατρούς τους ότι τα λαμβάνουν, διότι αφενός φοβούνται ότι θα τους επιπλήξουν, αφετέρου επειδή τους θεωρούν ελαφρώς ασχέτους με αυτά. Γιατούς τους λόγους πιστεύουν μόνον όσα τους λένε οι φαρμακοποιοί οι οποίοι καλύπτουν, όσο μπορούν καλύτερα, την σχετική ανάγκη.

Επειδή τα συμπληρώματα διατροφής που χορηγούνται για την θεραπεία του χρόνιου πόνου αφενός είναι παρά πολλά και ανήκουν σε διαφορετικές φαρμακολογικές κατηγορίες και αφετέρου ο χρόνιος πόνος έχει πολλές κλινικές παραλλαγές, θα εστιάσουμε σήμερα σε μία μόνο κατηγορία συμπληρωμάτων, τα αντιοξειδωτικά φάρμακα και σε ένα είδος πόνου, τον χρόνιο νευροπαθητικό πόνο που είναι ένας από τους πιο δύσκολους για να θεραπευθεί φαρμακολογικά.

Ας ξεκινήσουμε από ένα αδιαμφισβήτητο γεγονός. Τα κλασικά φάρμακα που χρησιμοποιούμε για την θεραπεία του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου δηλαδή τα αντιεπιληπτικά, τα SNRIs, τα SSRIs, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οπιοειδή, τα οπιούχα και άλλα σχετικά, όπως φαίνεται και από πολύ πρόσφατες μελέτες, έχουν ιδιαίτερα σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες (Moleto Y., et al. 2019). Επομένως εάν βρίσκαμε κάποιο συμπληρωματικό φάρμακο που θα μπορούσε να μειώσει τις δόσεις τους, άρα και τις παρενέργειές τους, χωρίς να μειωθούν οι θετικές δράσεις τους, θα ήταν μια αποφασιστική προσέγγιση στην συνολική φαρμακολογική αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου.

Ο νευροπαθητικός πόνος, οφείλεται σε βλάβη ή νόσο του σωματοαισθητικού συστήματος τόσο στο ΠΝΣ όσο και στο ΚΝΣ. Οι πιο συχνές κλινικές παραλλαγές του είναι: 1) Ο τραυματισμός νεύρου, είτε χειρουργικά, είτε από κάκωση. Μελέτες δείχνουν ότι το 30-50% της χρόνιας οσφυαλγίας ή/και της χρόνιας οστεοαρθρίτιδας των γονάτων εκδηλώνονται με νευροπαθητικό πόνο. 2) Η διαβητική νευροπάθεια. 3) Η νευροπάθεια της χημειοθεραπείας και πολλές άλλες.

Στην παθοφυσιολογική διαδικασία αυτών των παθήσεων πλην της φλεγμονής, που σχεδόν πάντα συνυπάρχει, συμμετέχουν: α) τα μιτοχόνδρια των νεύρων που είναι άφθονα και ιδιαίτερα ευαίσθητα στο οξειδωτικό στρες από στις ελεύθερες ρίζες του οξυγόνου (Carrasco et al., 2015). β) Το ενδοκυττάριο ασβέστιο με 9 από τους 30 TRP διαύλους του, δηλαδή τους TRPM2, TRPM7, TRPA1, TRPC3, TRPC5, TRPC6, TRPV1, TRPV3 και TRPV4 (Ogawa et al., 2016), που εφίσκονται είτε στις ελεύθερες απολήξεις, είτε στα γάγγλια των οπισθίων ριζών και γ) οι διεγερτικοί και κατασταλτικοί νευροδιαβιβαστές των συνάψεων στο ΚΝΣ (Yowtak J., et al. 2013).

Ένα πιθανό σενάριο για την εκδήλωση του νευροπαθητικού πόνου είναι: 1) Η βλάβη του νεύρου παράγει φλεγμονώδεις ουσίες και οξειδωτικές ρίζες. Αυτές διεγείρουν τους TRP διαύλους στις ελεύθερες απολήξεις και στα οπίσθια γάγγλια και προκαλείται εισροή άφθονου Ca στα νευρικά κύτταρα με αποτέλεσμα έντονες και συνεχείς αλγεινές ηλεκτρικές εκφορτίσεις. 2) Αυτές φθάνοντας στις συνάψεις διεγείρουν τον τασεο-ευαίσθητο δίαυλο του Ca προκαλώντας στην προσυναπτική περιοχή αύξηση του ενδοκυττάριου Ca και υπερδιέγερση των μιτοχονδρίων. 3) Η άφθονη παραγωγή ενέργειας από τα τελευταία, προκαλεί άμεση αποδέσμευση όλων των διεγερτικών νευροδιαβιβαστών (προσταγλανδίνες, ουσία P, γλουταμικό οξύ κ.ά.) και αύξηση του πόνου. Εάν το σενάριο αυτό είναι αληθές τότε η χρόνια εφαρμογή του οδηγεί σε μόνιμη υπερδιέγερση των προσυναπτικών μιτοχονδρίων και σταθερή υπερπαραγωγή οξειδωτικών ριζών τοπικά από αυτά, οι οποίες επειδή δεν εξουδετερώνονται από τα φυσικά αντιοξειδωτικά της περιοχής, αναστέλλουν την παραγωγή του ισχυρότερου κατασταλτικού νευροδιαβιβαστή του πόνου, του GABA, καταστρέφοντας του νευρώνες του (Yowtak J., et al. 2013). Άρα η εξωγενής χορήγηση αντιοξειδωτικών ουσιών είναι απαραίτητη για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου.

Τα μέχρι σήμερα αντιοξειδωτικά φάρμακα είναι: α) Τα φλαβονοειδή, β) οι βιταμίνες E και C, γ) τα κουμαρινοειδή, δ) οι ανθοκυανίνες, ε) το άλφα λιποϊκό οξύ και πολλά άλλα. Από αυτά θα διαλέξουμε σήμερα το άλφα λιποϊκό οξύ για δύο κυρίως λόγους: α) Είναι το ισχυρότερο αντιοξειδωτικό σε αυτή την κατηγορία και 2) Είναι το μόνο που χορηγείται από

πολλά χρόνια σαν συνταγογραφούμενο φάρμακο στη Γερμανία, για την πρόληψη και την θεραπεία μιας από τις πιο συχνές αλλά και πιο δύσκολα θεραπεύσιμες μορφές του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, της περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας, σε δόση 600 mg per os/ημέρα με πολύ καλά αποτελέσματα (Agathos E., et al. 2018).

Το α-λιποϊκό οξύ: α) έχει ισχυρή αντιοξειδωτική δράση, β) ενισχύει αλλά και επιδιορθώνει την δράση των άλλων αντιοξειδωτικών και γ) διαθέτει και αντιφλεγμονώδη δράση μειώνοντας την διέγερση του NFκΒ. Ακόμη έχει και ένα μοναδικό πλεονέκτημα συγκριτικά με τα άλλα αντιοξειδωτικά διότι είναι και λιποδιαλυτό και υδατοδιαλυτό κατά περίπτωση και έτσι έχει την ικανότητα να διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και να εισέρχεται εύκολα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό αναστέλλοντας τις τοξικές ρίζες οξυγόνου στο ΚΝΣ. Ιδιότητα ιδιαίτερα χρήσιμη για την άσκηση της αναλγητικής του δράσης (Colbidi et al., 2011).

Η θετική αναλγητική δράση των αντιοξειδωτικών και ιδιαίτερα του α-λιποϊκού οξέος στον νευροπαθητικό πόνο έχει αποδειχθεί με κλινικές μελέτες: α) στον διαβητικό πόνο (Baicus C., et al. 2018), β) στον πόνο από χημειοθεραπεία (Hyun Soo Shim et al. 2019) και στην γ) χρόνια οσφυαλγία-ισχιαλγία (Ranieri M., et al. 2019).

Συμπερασματικά: Οι αιτίες του χρόνιου πόνου είναι πολλές άρα ο συνδυασμός φαρμάκων με διαφορετική φαρμακολογική δράση είναι η καλύτερη και η πιο λογική θεραπευτική πρακτική. Κατά την άποψή μας, αυτή είναι και η πιο σωστή προσέγγιση για να αξιολογηθεί η χρησιμότητα της συμπληρωματικής ιατρικής στον χρόνιο πόνο.

#### ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ: NEXT GENERATION SEQUENCING

Νασιούλας Γεώργιος PhD

Επιστημονικός Διευθυντής Genekor Medical S.A.

**Η χαρτογράφηση.** Τα προηγούμενα 20 χρόνια έγινε χαρτογράφηση των γονιδίων που εμπλέκονται στον πόνο, στην αναισθησία στον πόνο και στον μεταβολισμό των φαρμάκων που χορηγούνται σε παθήσεις του πόνου. Επομένως σήμερα έχουμε μια σχεδόν πλήρη λίστα γονιδίων τα οποία μπορούν να αναλυθούν πλέον σε άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές στον πόνο και μη ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιώντας τεχνολογία NGS (Next generation Sequencing).

**Γονίδια και <Πόνος>.** Μπορούμε να ορίσουμε ως εμπλεκόμενα στον πόνο εκείνα τα γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες σχετικές με τον πόνο ή ως εκείνα τα γονίδια που η απενεργοποίησή τους στον άνθρωπο ή απάλειψή τους σε ζώα δείχνει ένα φαινότυπο σχετικό με τον πόνο. Με αυτούς τους ορισμούς μια πληθώρα γονιδίων μπορούν να ταξινομηθούν. Όταν όμως χρησιμοποιήσουμε αυστηρότερους ορισμούς, όπως ως μόνο εκείνα τα γονίδια που τα διαφορετικά αλληλία και ορισμένες παραλλαγές τους (μεταλλάξεις, απάλειψες, ελλείμματα, διπλασιασμοί) συνδέονται κατευθείαν με ατομικές διαφορές στον πόνο ή παθολογικές καταστάσεις, τότε προκύπτουν λιγότερα γονίδια. (Paola I. et al. 2016; λίστες γονιδίων και μηχανισμοί)

**NGS (Next Generation Sequencing, Επόμενη Γενιά Αναλυτές).** Η τεχνολογία NGS επιτρέπει την ανάλυση πολλών γονιδίων που μπορούν να σχετίζονται με τον φαινότυπο ενός ατόμου. Η τεχνολογία επιτρέπει την σάρωση πολλών γονιδίων επιλύνοντας την κλινική δυσκολία της επιλογής των ύποπτων γονιδίων. Επειδή υπάρχουν επικαλυπτόμενοι φαινότυποι, διαπιστώθηκε ότι ήταν δύσκολη η επιλογή συγκεκριμένων γονιδίων. Το κόστος για την ανάλυση έχει ελαττωθεί αισθητά χρησιμοποιώντας την τεχνολογία NGS καθιστώντας την χαρτογράφηση προσιτή σε όλους. Η πλατφόρμες NGS που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι κυρίως της illumina και Ion Torrent. Από την μεγάλη λίστα των υπάρχοντων γονιδίων έχουν σχεδιαστεί μικρότερα πάνελ γονιδίων, για χαρακτηριστικούς φαινότυπους, τα οποία έχουν γρηγορότερη ανάλυση. Επίσης για σύνθετους φαινότυπους συστήνεται η ανάλυση των ανθρωπίνων γονιδίων χρησιμοποιώντας exome (αλληλουχισή εξονίων). Αυτό επιτρέπει την διερεύνηση όταν δεν μπορούμε να καταλήξουμε σε ένα πάνελ γονιδίων. Χρησιμοποιώντας κατάλληλα λογισμικά γίνεται κατηγοριοποίηση των ευρημάτων σε παθολόγια, πιθανώς παθολόγια, αδιευκρίνιστης κλινικής σημασίας και χωρίς κλινική σημασία.

**Φαρμακογενετική και Φαρμακογενομική.** Ένα άλλο κεφάλαιο που έχει σχέση με τα γονίδια, την αναισθησία και τον πόνο, νευρολογικές διαταραχές, αφορά στα γονίδια εκείνα (CYP) που μεταβολίζουν τα φάρμακα. Τα αναλγητικά είναι διαθέσιμα για την αντιμετώπιση του πόνου σε παθολογικές καταστάσεις όπως είναι καρκινοπαθείς, χειρουργεία, χρόνιος πόνος κτλ. Η επιμέρους επιστήμη που ασχολείται με αυτό λέγεται φαρμακογενετική και μας δίνει πληροφορίες για τον μεταβολισμό των φαρμάκων που είναι καθοριστικές για την τροποποίηση της αγωγής. Οι 3 κατηγορίες ατόμων είναι 1. όσοι που δεν μεταβολίζουν 2. αυτοί που μεταβολίζουν κανονικά, διατηρώντας τα επίπεδα των φαρμάκων σε δραστικές συγκεντρώσεις 3. και αυτοί που μεταβολίζουν τα φάρμακα πάρα πολύ γρήγορα. Η πρώτη κατηγορία δημιουργεί επικίνδυνες τοξικότητες γιατί τα αυξάνει η συκέντρωση στον οργανισμό και δεν μεταβολίζονται. Στην τρίτη κατηγορία τα φάρμακα (πχ οπιοειδή) μεταβολίζονται πάρα πολύ γρήγορα και άρα δεν έχουν καμία δράση. Οι πληροφορίες για αυτές τις 3 κατηγορίες των ατόμων πριν αρχίσουμε τις θεραπείες είναι ζωτικής σημασίας και μπορούν να είναι πλέον διαθέσιμες με την τεχνολογία NGS. Επομένως, επειδή οι μεταλλάξεις αυτές είναι κληρονομούμενες οι πληροφορίες που θα πάρουμε αφορούν και όλα τα μέλη 1ου και 2ου βαθμού συγγένειας. Τα γονίδια για τα οποία μιλάμε αφορούν γονίδια καναλιών, γονίδια μεταβίβασης σήματος, διαμεμβρανικές πρωτεΐνες, υποδοχείς κτλ. (Agarwal D. et al; λίστες γονιδίων και μηχανισμοί).

**Το ανερχόμενο πρόβλημα του πόνου.** Η αύξηση του μέσου όρου ζωής, αυξάνει ταυτόχρονα και την ανάγκη για την αντιμετώπιση του πόνου από παθολογικές καταστάσεις. Έτσι πιστεύεται ότι προκειμένου να ελαττωθεί το κόστος της φαρμακευτικής αντιμετώπισης οι πληροφορίες από το γονιδιακό προφίλ των ατόμων θα συνεισφέρουν σημαντική στη στοχευόμενη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου. Οι ειδικότερες που εμπλέκονται στο θέμα του πόνου είναι πρωτίστως οι νευρολόγοι, οι αναισθησιολόγοι και οι οικολόγοι-παθολόγοι, ψυχίατροι που ασχολούνται με τις ομάδες ατόμων με θέματα του πόνου.

Η μελλοντική κατεύθυνση είναι η γνώση της γενετικής βάσης των γονιδίων που έχουν σχέση με τον πόνο οδηγώντας στην παραγωγή νέων εξατομικευμένων αναλγητικών. (Zorina-Lichtenwalter K. et al; 2018, λίστες γονιδίων και μηχανισμοί)

#### Βιβλιογραφία:

1. Paola I. et al.; Therapeutic Approaches to Genetic Ion Channelopathies and Perspectives in Drug Discovery; Front. Pharmacol. (2016) 7:121.
2. Agarwal D. et al. Testing for Opioid Pain Management; Pain Ther (2017) 6:93–105.
3. Zorina-Lichtenwalter K. et al; Genetic studies of human neuropathic pain. Pain (2018); 583-594.

### ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ Ι: Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ

#### ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΜΑΖΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ

Κοκολάκη Μαρία

Διευθύντρια Αναισθησιολόγος και Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμιγκ»

Ζούμε σε αν βιομηχανοποιημένο και αλληλοεξαρτώμενο κόσμο που συμβαίνουν Ανθρωπογενείς και φυσικές καταστροφές. Κατά τα τελευταία 50 χρόνια έχουν γίνει 10.000 φυσικές καταστροφές, και επηρεάστηκαν 12 δισεκατομμύρια άτομα, με αποτέλεσμα 12 εκατομμύρια θανάτους. Ο Άνθρωπος ζει πάνω σ' αυτόν τον πλανήτη μόνο με την άδεια και την ανοχή της φύσης. Οι μαζικές καταστροφές γενικά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: “big bang” μεμονωμένα περιστατικά, με άμεση ή αιφνίδια επίπτωση (π.χ. σεισμός, τσουνάμι, τυφόνες, τρομοκρατικές επιθέσεις) και “πλημμυρίδα” επεισόδια με παρατεταμένη επίδραση (π.χ. εκτεταμένες εκθέσεις χημικών, βιολογικών, πυρηνικών παραγόντων). Η παρηγορική φροντίδα αποτελεί πρόκληση στον προγραμματισμό και αντιμετώπιση των μαζικών καταστροφών. Η π.φ. έχει αναγνωριστεί από τον Π.Ο.Υ. ως ανθρώπινο δικαίωμα και θα πρέπει να περιλαμβάνεται στις συνιστώσες μιας ανθρωποκεντρικής ολοκληρωμένης προσέγγισης κάθε ασθενούς, ανεξάρτητα από νόσο, φύλο, ηλικία, εθνικότητα, πνευματική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Η π.φ. παρέχεται από πολυδύναμη ομάδα πολλών ειδικοτήτων. Η βασική αποτελείται από Ιατρό, Αλγολόγο, νοσηλεύτη, Κοινωνικό λειτουργό, Ψυχολόγο, Ιερέα, φροντιστές υγείας, εθελοντές. Η π.φ. παρέχεται 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Αποτελεί το πιο σύγχρονο μοντέλο φροντίδας. Οι Ιατροί και όλοι οι Επαγγελματίες Υγείας που παρέχουν π.φ. πρέπει να έχουν τα γνωρίσματα: Αυτοθυσίας, Ανιδιοτέλειας, Εργατικότητα, Αυτογνωσίας και Διάθεσης για γνώση. Το ηθικό πλαίσιο π.φ. στις μαζικές καταστροφές είναι η θεραπεία, η ανακούφιση και ο ανθρωπισμός. Οι δομές για την ψυχική υποστήριξη σε μια καταστροφή είναι σημαντικό να είναι σε σημεία προσβάσιμα στους πληγέντες. Είναι απαραίτητη η οργάνωση ειδικών σκηνών με διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και για άτομα ειδικές ανάγκες. Πρέπει να υπάρχει επικοινωνία με την οικογένεια και τηλεφωνική γραμμή άμεσης ψυχοκοινωνικής βοήθειας.

Η κακή χρήση του υψηλού επιπέδου τεχνολογίας και οι τρομοκρατικές δυνάμεις Κρατών και Κυβερνήσεων που επικρατούν πάνω στον Πλανήτη μας ανατρέπουν τις ισορροπίες με μορφή μαζικών ατυχημάτων και φυσικών καταστροφών. Τα μεγάλα θύματα είναι οι απλοί, χωρίς «φωνή» πολίτες. Οι δύσκολες αποφάσεις σε μια καταστροφή πρέπει να έχουν ηθική βάση. Χρειάζεται οργάνωση, σχεδιασμός και συνεχή εκπαίδευση. Η π.φ. πρέπει να ενσωματωθεί στο πλαίσιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών. Κανόνας να αυξήσουμε τον αριθμό των επιζώντων.

#### Βιβλιογραφία:

- 1) Allie MP, Colebunders R, de Clerk V, Gabaldon J. MSF OCB Ebola review. MSF OCB Ebola review. Part 1: medico-operational. Apr. 2017
- 2) Smith JS. Mass casualty events: Are you prepared? Nursing 2010;40:40-45.
- 3) www.emdat.be
- 4) Atitken P, Leggat PA, Robertson AG, et al. Education and training of Australian disaster medical assistance team members: Results of a national survey. Prehosp Disaster Med 2011;26:L41-48.
- 5) Journal of Palliative care & Medicine Med 2012:2

### ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ Ι: Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ

#### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΣΕ ΜΑΖΙΚΕΣ

Ελλη Καρανίκα

PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρού Πόνου, Γ.Ν. ΚΩ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι φυσικές καταστροφές αυξάνονται συνεχώς προκαλώντας διεθνώς εκατομμύρια θυμάτων, τραυματισμούς και θανάτους. Ο πόνος είναι από τα επικρατέστερα συμπτώματα των τραυματιών/θυμάτων. Η διαπιστωμένη ανεπαρκής αναλγησία στα Τμήματα Επειγόντων στην καθημερινή ρουτίνα είναι έκδηλη σε επείγουσες καταστάσεις, ιδιαίτερα σε μια φυσική καταστροφή.

Στην τρέχουσα βιβλιογραφία υπάρχουν περιορισμένες evidence based οδηγίες για την εκτίμηση και την αντιμετώπιση του πόνου σε πολυτραυματίες, σε προνοσοκομειακό και νοσοκομειακό επίπεδο. Στην εισήγηση θα αναπτυχθεί η πρακτική από την αντίστοιχη διεθνή εμπειρία κι ο προβληματισμός που αφορά τις δυσκολίες γενικότερης αντιμετώπισης πολυτραυματιών και ειδικότερα την χορήγηση αναλγησίας, σε μια φυσική καταστροφή (disaster) ή μαζικό δυστύχημα (mass casualty): (εξαιρούνται τα θύματα βιολογικών όπλων).

#### Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**Παράγοντες που επηρεάζουν την αντιμετώπιση (πόνου) των θυμάτων φυσικών καταστροφών :**

##### 1. Το μέγεθος της καταστροφής και η επάρκεια τοπικής μονάδας υγείας για διαχείρισή της

Όταν η διαθέσιμη υποδομή είναι ανεπαρκής, η αντιμετώπιση των θυμάτων επικεντρώνεται στα δυνατικά επιβίωση: DO THE VERY BEST FOR AS MANY AS POSSIBLE NOT EVERYTHING FOR EVERYONE. Έχει παρατηρηθεί αύξηση του ουδού πόνου σε πολυτραυματίες και σε ασθενείς με χρόνιο πόνο ακόμη και για διάστημα εβδομάδων και επηρεάζεται από την προσπάθεια επιβίωσης, φόβο, πρότερη κατάσταση, εκκένωση/μεταφορά κλπ

##### 2. Ο μηχανισμός τραυματισμών

Τα είδη τραυμάτων ποικίλουν στις φυσικές καταστροφές (σεισμό, πλημμύρα, πυρκαγιά κ.α.), σε εμπόλεμη σύρραξη, τρομοκρατική ενέργεια κ.α. Βασικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης των τραυματιών, κοινό στις περισσότερες χώρες, είναι το ATLS. Στο 75% περίπου του ολικού αριθμού τραυματισμών, το 10% χρειάζεται μεγάλο χειρουργείο, κυρίως στα κάτω άκρα. Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ) με χαμηλή GCS, τραύματα στο μυοσκελετικό σύστημα- θώρακα/πλευρές/κλείδα (αιμο-πνευμοθώρακα), λεκάνη, ισχία, ακρωτηριασμοί κάτω άκρων>ανω -, ρήξη ενδοκοιλιακών οργάνων, συνθλίψεις, θλάσεις, εκδορές, μώλωπες είναι οι συχνότερες κακώσεις. Οι εκρήξεις ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος των ΚΕΚ, εγκαυμάτων, ακρωτηριασμών, τραυματισμών σπονδυλικής στήλης, οπτική/ακουστική βλάβη κ.α. Ο σεισμός προκαλεί ιδιαίτερη κατηγορία πολυτραυματιών (crush injury) με συμμετοχή πολλών ζωτικών οργάνων και απαιτούνται έγκαιρη αναγνώριση, ειδικές υποστηρικτικές παρεμβάσεις και εξειδικευμένη αντιμετώπιση. Σοβαροί τραυματισμοί και θάνατοι είναι συχνότεροι μεταξύ παγιδευμένων ή θαμμένων στα ερείπια θυμάτων με αναλογία μ.ο. 3:1 (: “Πρωτόκολλο διάσωσης και διαχείρισης πολυτραυματιών σεισμού , παγιδευμένων ή μη”)

##### 3. Η διαλογή των θυμάτων

Το επικρατέστερο σύστημα διαλογής του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού ορίζει 4 κατηγορίες θυμάτων με χρωματική κωδικοποίηση :I (red) αναζωογόνηση, επείγουσα αντιμετώπιση 5-10%, II (yellow) ολιγόωρη αναμονή αντιμετώπισης 25-30% , III (green) περιπατητικά, +/- μικροτραύματα 50-60% , IV νεκροί (white) 5-7%. Στην διαλογή αναμένονται δύο ομάδες πολυτραυματιών: οι περιπατητικοί (“πρώτο κύμα θυμάτων”), με ελαφρείς τραυματισμούς, μαζική αντιμετώπιση και οι βαρείς πολυτραυματίες (“δεύτερο κύμα θυμάτων”) που απαιτούν πολύπλευρη διαχείριση, εξαιτομκευμένη.

Η κύρια ροή πολυτραυματιών μετά από σεισμό χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση ενώ σε άλλες φυσικές καταστροφές κυριαρχούν τα εγκαύματα, συμπτώματα από το αναπνευστικό, από το ΓΤΣ, μεταδοτικές νόσοι, καρδιολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα.

##### 4. Το πεδίο και ο χρόνος χορήγησης αναλγησίας

Στον τόπο δυστύχηματος /καταστροφής γίνεται η πρωτογενής διαλογή (primary triage) Η αναλγησία δεν είναι είναι ενσωματωμένη στα πρωτόκολλα διαχείρισης πολυτραυματιών στο πεδίο εξονοσοκομειακά. Μετά την μεταφορά στο ΤΕΠ του πλησιέστερου νοσοκομείου, η δευτερογενής διαλογή (secondary triage), το είδος της χορηγούμενης αναλγησίας ποικίλει ανάλογα με την αιτία και την ένταση του πόνου. Εντούτοις διαπιστώνεται χαμηλότερη συχνότητα χορήγησης αναλγησίας σε πολυτραυματίες σε σύγκριση με άλλα θύματα καταστροφών.

#### Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

##### 1. Δυσκολίες εκτίμησης του πόνου σε θύματα με πολλαπλά τραύματα και ΚΕΚ

- Το Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό φαίνεται να στερείται επαγγελματικής εκπαίδευσης για διάγνωση και θεραπεία της πλειονότητας επώδυνων συμπτωμάτων στην επείγουσα ιατρική
- Δεν υπάρχουν μελέτες/συστάσεις για αξιόπιστη μέθοδος μέτρησης της αρχικής έντασης πόνου καθώς και της



συνεχούς επανεκτίμησης του

- Δεν υπάρχουν συγκριτικές μελέτες της αποτελεσματικότητας ειδικών αναλγητικών σχημάτων και ευόδωσης της συνολικής αποκατάστασης
- Μετατραυματική κεφαλαλγία εμφανίζεται στο 50% ασθενών με ΚΕΚ που συγγέεται με την κλινική εικόνα ημικρανίας ή κεφαλαλγίας τάσεων
- Δεν υπάρχουν συγκριτικές μελέτες της αποτελεσματικότητας αναλγητικών σχημάτων μεταξύ ασθενών με κεφαλαλγία κοινού τύπου και της σχετιζόμενης με εκρηξη (blast -related) , όπου συνυπάρχουν ωταλγία, έκπτωση ακοής καταγματο σαγόνος
- Οι ψυχολογικοί παράγοντες επιτείνουν τον πόνο και δυσχεραίνουν την αντιμετώπισή του
- Πολλές αναφορές για πόνο δεν σχετίζονται με τους τραυματισμούς

## 2. Είδος αναλγησίας σε θύματα καταστροφών

Το είδος των αναλγητικών και η οδός χορήγησης ποικίλουν ανάλογα με το είδος και την έκταση της καταστροφής (σεισμοί, πλημμύρες, καταιγίδες, εκρήξεις, πυρκαγιές κ.α.). Συνήθη αναλγητικά είναι :ΜΣΑΦ, παρακεταμόλη,μυοχαλαρωτικά, ασθενή οπιοειδή ή συνδυασμός των.

Προνοσοκομειακά, σε υπαίθρια ανάπτυξη μονάδων ιατρικής αντιμετώπισης:

Η χορήγηση αναλγητικών από το στόμα δεν χρειάζεται εξοπλισμό ή εκπαιδευμένο προσωπικό για την χορήγηση αλλά είναι μικρής χρησιμότητας σε μαζικά δυστυχήματα ή καταστροφές με πολυτραυματίες. Συνηθέστερη είναι η ενέσιμη μορφή αναλγησίας, ΕΜ/ΕΦ χορήγηση οπιοειδών με προτεινόμενη την μορφίνη. Λόγω μη διαθεσιμότητας της μορφίνης σε κάποιες χώρες ή/και λόγω επισφαλούς χορήγησής της σε κλινικά ασταθή θύματα, καταγράφονται εμπόδια στην αντιμετώπιση του πόνου σε θύματα φυσικών καταστροφών. Προτείνεται η χρήση προγεμισμένων συρίγγων διαφόρων αναλγητικών παραγόντων. Παραμένουν οι επιφυλάξεις για την ασφαλή χορήγηση κεταμίνης ως αναλγητικό σε επείγουσες καταστάσεις. Η εισαγωγή εισπνεόμενων αναλγητικών στο πεδίο, εξωνοσοκομειακά (1980,P. Basket). (N2O -entonox, μεθοξυφλουρανίου-analgizer τριγλοροαιθυλενίου κ.α.) επανεκτιμάται λόγω δυναμικά ευρείας εφαρμογής για αναλγησία μεγάλου αριθμού θυμάτων, με εύχρηστη αποθήκευση/μεταφορά. Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ ενδορινικής φεντανύλης και Ε.Φ. μορφίνης για προνοσοκομειακή αναλγησία

Ενδονοσοκομειακά στα Τμήματα Επειγόντων (ΤΕΠ)

Η “ολιγοαναλγησία” (oligoanalgesia)στα Τμήματα Επειγόντων είναι κοινό πρόβλημα διεθνώς με κύρια αίτια την μη αναγνώριση του πόνου ως επείγουσα κατάσταση και την έλλειψη Πρωτοκόλλων Αναλγησίας στα ΤΕΠ. Στην βιβλιογραφία φαίνεται ότι σε εφαρμογή πρωτοκόλλων διαλογής ασθενών και αναλγησίας σε πολυ-,τραυματίες σημειώθηκε σημαντική μείωση του πόνου (άλλα αίτια ολιγοαναλγησίας: δυσκολία αναγνώρισης/εκτίμησης, ανεπαρκής εκπαίδευση,οπιοφοβία,δημογραφικές και πολιτισμικές διαφορές πληθυσμού ασθενών κ.α.).Η περιοχική αναλγησία (Π.Α.) φαίνεται πιο ασφαλής, ταχεία και αποτελεσματική επιλογή αναλγησίας από τα οπιοειδή, σε τραυματισμούς κάτω άκρων, κατά την δευτερογενή διαλογή.Επειδή τα θύματα καταστροφών είναι πολυτραυματίες, με Κ.Ε.Κ., ανοιχτά κατάγματα, σύνθλιψη μυών, εκτεταμένα εγκάρματα κλπ , η Π.Α. δεν έχει γενική εφαρμογή.

## 3. Πρωτόκολλα /Συστάσεις διαχείρισης του πόνου σε θύματα καταστροφών:

Εκτιμάται ότι θα υπήρχε μείωση θνητότητας/νοσηρότητας πολυτραυματιών με εγκαίρη εφαρμογή της κατάλληλης ιατρικής ανταπόκρισης στο πεδίο της καταστροφής .

- OFAM OPIOID FREE ANALGESIA MIXTURE

Το πιο φιλόδοξο πρόγραμμα για αναλγησία στο ΤΕΠ είναι το Alternative to Opiates Program (ALTO)(Ιαν 2016, ΗΠΑ) που προωθεί μη οπιοειδή αναλγητικά καθώς και μη φαρμακολογικές θεραπείες,ανάλογα με την κατάσταση του πολυτραυματία.Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει Ε.Φ. χορήγηση κεταμίνης ,ΜΣΑΦ, λιδοκαΐνη/ροπιβακαΐνη, βενζοδιαζεπίνες, κορτικοστεροειδή, γκαμπαπετινοειδή και νιτρικό οξύ και διηθήσεις σε trigger points. Η κεταμίνη σε υποαναισθητικές δόσεις εμφανίζεται ισότιμη της μορφίνης σε πολλές κλινικές μελέτες. Ως αναλγητικό διάσωσης επιτρέπεται χορήγηση οπιοειδούς (μορφίνη), παρότι ενθαρρύνεται η εναλλακτική επιλογή.

- CHANNELS-ENZYMES-RECEPTORS TARGETED ANALGESIA (CERTA)

Είναι μια πολυδύναμη αναλγητική στρατηγική, στην βάση της balanced analgesia, που στρέφεται από την “συστηματοκεντρική” προσέγγιση αναλγησίας στην “μηχανιστική” και εστιάζει στις οδούς μετάδοσης των πληροφοριών σχετικά με τον πόνο.Συγχορήγηση μικρών δόσεων πολλών αναλγητικών βελτιστοποιεί την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα με κλιμακωτή αύξηση των δόσεων οπιοειδών και μη (“αναλγητική πυραμίδα” αντίστοιχα με την “αναλγητική κλίμακα”Π.Ο.Υ.).

Πρωτόκολλο CERTA: αναλγητικά COX1, 2, TRPV1 Agonists, Sodium Ch Blockers, D1-R,D2-R Antag, Glutamate/ NMDA Rec Antag, GABA Rec A g, SHT-1 Rec Agon, Ca Ch Blockers, Central A2-Rec Agon, DXMT, Mu-opioid Rec Agon κλπ

εμπλοκή του στην νοσηλευτική φροντίδα πολυτραυματιών σε μια καταστροφή

• **RAPID REGIONAL ANESTHESIA FOR PAINFUL INJURIES AFTER DISASTERS (RAPID)**

Σε βιβλιογραφικές αναφορές οι περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί με την βοήθεια υπερήχων (έναντι των ανατομικών οδηγιών σημείων) έχουν λιγότερες επιπλοκές παρότι κλινικά δεν αποδείχτηκε η υπεροχή τους στην αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και καταλληλότητα της Π.Α. σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης ή περιορισμένης διαθεσιμότητας μέσων. Στην σύνταξη συστάσεων αποσκοπεί η μελέτη RAPID REGIONAL ANESTHESIA FOR PAINFUL INJURIES AFTER DISASTERS

(RAPID) που αφορά την χρήση Π.Α. +/- υπερήχων, έναντι της τρέχουσας αναλγησίας για τραυματισμούς κάτω άκρων σε σεισμούς και άλλες φυσικές καταστροφές.

• **JENNINGS DISASTER NURSING MANAGEMENT MODEL (U.K.)**

Προγράμματα εκπαίδευσης Νοσηλευτικού Προσωπικού με συγκεκριμένες συστάσεις για την αποτελεσματικότερη εμπλοκή του στην νοσηλευτική φροντίδα πολυτραυματιών σε μια καταστροφή

• **THE GUEST -DOSING CARE PREPARENESS**

Προγράμματα έγκαιρης συνεργασίας του Νοσοκομείου της περιοχής όπου εκδηλώνεται μια φυσική καταστροφή, με Μονάδες Πόνου/Νοσοκομειακά Φαρμακεία κοντινών περιοχών, προκειμένου να δοθεί έκτακτη φαρμακευτική βοήθεια, να διευκολυνθεί η αναζήτηση εξειδικευμένης αναλγητικής υποστήριξης ώστε να συνεχιστεί απρόσκοπτα η αναλγητική αγωγή όπου χρειάζεται. Περιλαμβάνουν, επίσης, την έγκαιρη ενημέρωση των χρόνιων ασθενών σχετικά με προετοιμασμένες συσκευασίες απαραίτητων ιατρικών ειδών και αναλγητικών(emergency kits).

**4.Η αναλγησία ως παρηγορική φροντίδα στα θνήσκοντα θύματα**

Οι περιπτώσεις όπου η ιατρική υποστήριξη κρίνεται μάταιη (futile)ή η προοπτική επιβίωσης είναι μηδαμινή καθώς και τα ηθικά δίλημματα, παρουσιάζονται σε άλλη εισήγηση . Επιβεβλημένη είναι η φροντίδα των νεκρών στην διαλογή ή των πολυτραυματιών που καταλήγουν .

**Γ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ**

Ο πόνος είναι επείγουσα ιατρική πρόβλημα και η ιατρική κοινότητα οφείλει να το αντιμετωπίζει ως προτεραιότητα, τόσο στο ΤΕΠ όσο και στο πεδίο καταστροφής με πολλά θύματα. Η αντιμετώπισή του στην επείγουσα ιατρική και ιδιαίτερα σε καταστάσεις καταστροφών, συγκεντρώνει το ενδιαφέρον της διεθνούς ιατρικής κοινότητας. Απαιτείται έγκαιρος εθνικός σχεδιασμός σχετικά με την ανταπόκριση των Υπηρεσιών Υγείας σε έκτακτες καταστάσεις. Η επαρκής αναλγησία και η διαθεσιμότητα εξειδικευμένων στον πόνο γιατρών πρέπει να είναι στις προτεραιότητες ενός σχεδίου διαχείρισης εκτάκτων καταστάσεων.

Στην βιβλιογραφία περιγράφονται εμπειρικές πρακτικές που εφαρμόστηκαν σε καταστροφές, μαζικά ατυχήματα, πολεμικές συρράξεις, αποστολές ΜΚΟ κ.α. Δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες συστάσεις σχετικά με την καλύτερη διαχείριση του πόνου σε πολυπληθή θύματα, ιδιαίτερα πολυτραυματίες σε προνοσοκομειακό επίπεδο, διαφορετικών μηχανισμών και ποικίλης βαρύτητας τραυματισμών. Ενδονοσοκομειακά υπάρχουν ενθαρρυντικές ενδείξεις με πρωτόκολλα περιοχικής αναλγησίας, φαρμακευτικά σχήματα χωρίς οπιοειδή, εύκολοι τρόποι χορήγησης (υπογλώσσια, διαβλενογόνια κλπ). Συστήνεται η καθιέρωση απλών πρωτοκόλλων για κάθε αναγκαία ιατρική επέμβαση στις ειδικές συνθήκες καταστροφών με στόχο την μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια και ποιότητα (διαχείριση αεραγωγού, κατάλληλη χειρουργική επέμβαση, μετάγγιση, αντιβίωση, θρομβοπροφύλαξη κ.α.). Τα Μέλη των Ομάδων Διάσωσης και Ιατρικής Διαχείρισης Καταστροφών, επίσης, πρέπει να έχουν πλήρη ψυχοσωματική στήριξη με λήψη όλων των μέτρων ασφάλειας στο διασωστικό τους έργο.

Το θύμα μιας καταστροφής, πολυτραυματίας ή όχι, είναι ένα ευάλωτο άτομο που χρειάζεται φροντίδα και ενσυναίσθηση από τους επαγγελματίες υγείας. Στις καταστάσεις αυτές η ars medica πρέπει να εξετάζει όχι μόνο τα τραύματα αλλά το άτομο ολιστικά. **Η ανακούφιση από τον πόνο θα πρέπει να συμπεριληφθεί ως αναπόσπαστο μέρος της άμεσης και επείγουσας φροντίδας των θυμάτων, στην αναζωογόνηση και βασική υποστήριξη της ζωής.**

**Βιβλιογραφία:**

1. Levine Adam , Regional Anesthesia for Painful Injuries after Disasters (RAPID) TRIALS 2016; 17:542 Nov 2016
2. Angeletti Ch. et al, Pain after earthquake, Scandinavian J of Trauma, Resuscitation & Emergency Medicine, art.n.43, June 2012
3. Lippent Suz., Pain Control in Disaster Settings, Disaster Medicine, Vol 61, no6, Jun 2013
4. Dobscha St, Pain in Patients with Polytrauma, Review, Pain Medicine V10, no7, 2009 (AAPM)
5. J.S.M.Zorab, Relief of Pain and Suffering in Disaster Situations, Disaster Medicine book series, V2
6. Motov S, Problems of Pain Management in E.D., J of Pain Research 2009:2 , 5-11
7. Trelles M., MSF, Anesthesia in Disaster and Armed Conflicts, Curr Anesthesio Rep 2017, 7:1-7.
8. Ashkenazi I, Prehospital Management of Earthquake Buried Casualties, Preh and Disaster Medicine, Vol 20, no 2, March 2005,
9. Banaie M., Pain Management in the Emergency Department: Review article, Adv J Emerg Med Jun 2018 , 24:2(4):e45
10. Cisewski D. Essential Pharmacologic options for pain management in thw emergency setting, Turkish J of Emergency Medicine, 19(2019)1-11

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ IV

**Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ (RF) ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ**

Δημήτριος Σ. Τζαβούλης MD

Επεμβατικός Ακτινολόγος, Διευθυντής Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Με την γνώση της ανατομίας και την τεχνολογική εξέλιξη, η θερμοκαυτηρίαση (RFA) για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου έχει γίνει μια καθημερινή ιατρική πράξη. Η θερμοκαυτηρίαση είναι μια ασφαλής μέθοδος για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου της μέσης, του καρκινικού πόνου, της νευραλγίας τριδύμου, οστεοαρθρίτιδας και άλλων παθήσεων.

Υπάρχουν τρεις μη χειρουργικές τεχνικές που μπορούν να εφαρμοστούν για τον χρόνιο πόνο. Η χρήση νευρολυτικών φαρμάκων όπως η αλκοόλη, η χρήση κρυοκαυτηριασμού (cryoablation), και η χρήση ραδιοσυχνότητας (Rf ablation)

Τα πλεονεκτήματα του RFA είναι η διάρκεια της ανακούφισης από τον πόνο, η ακρίβεια της περιοχής που θέλουμε να εφαρμόσουμε το ablation καθώς και η εξομοίωση πριν τον καυτηριασμό, ώστε να αποφύγουμε καυτηριασμό σε λάθος περιοχή. Η πρόοδος της τεχνολογίας του RF Ablation κατά την τελευταία δεκαετία έχει οδηγήσει σε πολύ καλύτερα αποτελέσματα από ότι στην δεκαετία του 70 και του 80. Για παράδειγμα η αποτελεσματικότητα του RF στα facet medial branch έχει ανέβει από το 17% στο 82%.

Σε αυτήν την ομιλία θα σας αναπτύξουμε την τεχνική του RF για τον πόνο στην μέση, στον αυχένα, την νευραλγία τριδύμου, τον δισκικό πόνο, καρκινικό πόνο και οστεοαρθρίτιδα.

**Despite the opioid crisis I continue to treat my patients with opioids**

G. Varrassi

*Paolo Procacci Foundation, Roma, Italy*

**Objectives:** This lecture will try to make clear the origins of the liberal opioid prescribing policies in many of the countries around the world. Then, it will summarize the opioid crisis in the USA and other countries; it will establish the connections between escalating utilization and morbidity and mortality caused by opioids; it will display public health data regarding efficacy of opioid therapy. Lastly it will suggest potential solutions to the existing situation.

Till the 1990s, the clinicians were mostly influenced by stereotypes like: pain build character, pain is part of the human experience, pain is subjective and questionable, opioids are only for cancer terminal patients, analgesics are all addictive. The objectives of pain medicine were limited to pain of cancer origin, and partially to pain in postoperative patients. The interest to also care for chronic pain of non-cancer origin was extremely limited.

After the 1990s the pathophysiology and the pharmacology have shown that everyone may have pain, and not only the adults that may communicate it to the doctors; it has been clear that pain has no purpose, and suffering should be avoided at all costs; it has been accepted that opioids are suitable for all pain patients, and when used wisely are not addictive. These results have been obtained thanks to epidemiologic studies all over the world, thanks to awareness campaign, and many other initiatives based on scientific results. The number of publications focusing on the importance to treat pain more appropriately has been enormous, in the last 2 decades.

At the beginning of this century, the prescription of opioids has become more liberal, at least in most of the countries with an advanced health care system. To this, many factors have contributed: strong awareness campaign, cultural factors, marketing, and “conflict of interests”. The American Pain Society has represented one of the main drivers of the changes. The organization of the health care system has been crucial. This has rapidly brought to very worrying data, till the point that USA, representing 4,6% of the world population was consuming 80% of the opioids prescribed around the world. In 2010, the prescription of analgesics in USA were enough to medicate every single American adult around-the-clock for a month. The process has been possible thank to a strong marketing campaign, with many conflicts of interests.

Meanwhile, many data were supporting the idea that such aggressive pharmacological approach to pain patients did not give any improvement to the general health of population. Even if between 1999 and 2013 the consumption of opioids had quadrupled in USA, there were no data on a significant reduction of suffering people, or improvement in disability metrics among opioid users. On the contrary, in the same 5 years there was a documented increase in the all-age mortality of middle-aged, reverting decades of progress in life expectancy. The Lancet report (2018) on the use of opioids around the world has shown that Australia Canada and USA consume respectively 18, 30, and 31 times more than the presumed necessary quantity of opioids.

Chronic pain cannot be treated only using analgesics, and especially opioids. It is a complex phenomenon and needs much more attention that what the health care system is providing at the moment. Any effort should be made to educate HCPs, patients, and the public; find new management options, improving it; pay more attention to the ethical aspects. The European Community has enormously increased the funding for research on pain. The deeper knowledge of pain pathophysiology is generating new therapeutic potentialities, especially for chronic neuropathic pain. A better research has increased the potentialities to have a safer use of opioids and other analgesics. The scientific literature is presenting new guidelines and position papers on how to manage better the chronic pain patients, and how to avoid a thoughtless use of the analgesics. All the pain physicians should be better aware of the new possibilities, if they want to be of real support to their patients, and not to harm them.

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

## ΕΑ01

Τι γνωρίζουν για τα Ιατρεία Πόνου οι Επαγγελματίες Υγείας, οι ασθενείς που νοσηλεύονται και οι ασθενείς που επισκέπτονται τα Ιατρεία Πόνου-Ερευνα με χρήση ερωτηματολογίων

Λογοθέτη Ε.  
Γ.Ν. Βόλου

**Σκοπός της μελέτης:** Η καταγραφή και εκτίμηση του επιπέδου των γνώσεων των ιατρών και νοσηλευτών της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και ασθενών που επισκέφτηκαν το Ιατρείο Πόνου του νοσοκομείου μας καθώς και νοσηλευομένων ασθενών, όσον αφορά τα Ιατρεία Πόνου και το ακριβές αντικείμενό τους.

**Υλικό-Μέθοδος:** Δημιουργία και διανομή ερωτηματολογίων στο Νοσοκομείο Βόλου και σε περιφερειακά Κέντρα Υγείας. Τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν 20, 10 και 7 ερωτήσεις αντίστοιχα, οι οποίες χωρίστηκαν σε 2 μεγάλες κατηγορίες: Α) Στις ερωτήσεις γενικών γνώσεων, Β) Στις εξειδικευμένες ερωτήσεις. Συνολικά, τυπώθηκαν και διανεμήθηκαν 300 ερωτηματολόγια, τα οποία παραδόθηκαν στις 3 προαναφερθείσες ομάδες.

**Αποτελέσματα:** Από τα 316 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν απαντήθηκαν τα 300, δηλαδή ποσοστό 94,93%. Στις γενικές ερωτήσεις, η πλειοψηφία απάντησε σωστά, ενώ στις εξειδικευμένες ερωτήσεις το ποσοστό των σωστών απαντήσεων ήταν σημαντικά μικρότερο, καθώς επίσης αξιοσημείωτο ήταν των ποσοστό των ελλιπών απαντήσεων. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει ακούσει για το θεσμό των Ιατρείων Πόνου, χωρίς όμως ουσιαστικά να γνωρίζει το ακριβές αντικείμενο ενασχόλησής του, τόσο στο επίπεδο των προβλημάτων που αντιμετωπίζονται σ' αυτό, όσο και το είδος των παροχών που πραγματοποιούνται. Στις εξειδικευμένες ερωτήσεις η γνώση υπολείπεται σημαντικά και είναι εσφαλμένη σε αρκετά θέματα που αφορούν τη λειτουργία και την ουσιαστική αποστολή του Ιατρείου Πόνου.

**Συμπεράσματα:** Μια οργανωμένη και λεπτομερής επιμόρφωση των επιστημόνων υγείας, αλλά και ένα σωστά συντονισμένο πρόγραμμα ενημέρωσης των πολιτών εντός της κοινότητας κρίνονται αναγκαία, ώστε να υπάρξει σωστός προσανατολισμός των ασθενών που υποφέρουν αβοήθητοι.

## ΕΑ02

Εφαρμογή Βελονισμού για την αντιμετώπιση ισχιαλγίας και σπαστικότητας κάτω άκρου σε ασθενή μετά από ΑΕΕ - Παρουσίαση Περιστατικού

Λάσδα Ε., Μπουζιά Αικ., Βαριάδης Δ., Χαραλαμπίδου Α., Αρναούτογλου Ε.  
Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα του βελονισμού σε ασθενή που προσήλθε στο ιατρείο Πόνου με έντονη σπαστικότητα του ΑΡ κάτω άκρου και σύστοιχη ισχιαλγία, μετά από ΑΕΕ και νοσηλεία σε ΜΕΘ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για παρουσίαση περιστατικού για την οποία χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από το φάκελο του ασθενούς στο ιατρείο μας. Άρρην ασθενής 75 ετών προσήλθε στο ιατρείο μας με δυνατούς πόνους κατά μήκος του ισχιακού νεύρου αναφέροντας στη κλίμακα πόνου VAS=8, έντονη σπαστικότητα και μετακίνηση με αναπνηρικό αμαξίδιο. Ο πόνος δεν απαντούσε σε φαρμακευτική αναλγητική αγωγή. Από το Ατομικό Ιστορικό αναφέρεται Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο προ 15 ετίας και πολύμηνη νοσηλεία σε ΜΕΘ ενώ είχε υποβληθεί σε δισκεκτομή στο επίπεδο Ο3-Ο4. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο ιατρείο πόνου από τους ιατρούς της Νευροχειρουργικής κλινικής του ΠΓΝΛ και του προτάθηκε ο βελονισμός ως μια εναλλακτική θεραπεία την οποία και αποδέχτηκε. Το πρωτόκολλο με τα βελονιστικά σημεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το παρακάτω:  
(ΠΕ4, ΠΕ10, Σ8, ΟΚ23, ΟΚ25, ΟΚ34, ΟΚ35, ΟΚ54, ΟΚ60, ΤΘ21, ΧΚ8, ΧΚ20, ΔΥ4 και ΣΠ4)

**Αποτελέσματα:** Γίνανε 10+2 επαναληπτικές συνεδρίες Βελονισμού και Ηλεκτροβελονισμού μετά τις οποίες σημειώθηκε σταδιακή μείωση της έντασης της σπαστικότητας καθώς και της ισχιαλγίας. Με το πέρας των θεραπειών ανέφερε VAS 1-2. Σήμερα, ένα χρόνο μετά ο ασθενής συνεχίζει να μην πονάει, η σπαστικότητα έχει υποχωρήσει σημαντικά, και παρουσιάζει ικανοποιητική ποιότητα ύπνου και καθημερινή λειτουργικότητα.

**Συμπεράσματα:** Στο συγκεκριμένο περιστατικό ο Βελόνισμος σαν εναλλακτική θεραπεία βοήθησε πάρα πολύ στην αντιμετώπιση της σπαστικότητας μετά από ΑΕΕ που δεν αντιμετωπιζόνταν με φαρμακευτική αγωγή.

#### Βιβλιογραφία

- 1 Sung Min Lim, Junghee Yoo et al, Acupuncture for Spasticity after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2015, Article ID 870398,
- 2 Lina M. Chavez, Shiang-Suo Huang et al, Mechanisms of Acupuncture Therapy in Ischemic Stroke Rehabilitation: A Literature Review of Basic Studies, Int. J. Mol. Sci. 2017, 18, 2270
- 3 Jian-Guo Zhao, Chen-Hong Cao et al, Effect of acupuncture treatment on spastic states of stroke patients, / Journal of the Neurological Sciences 276 (2009) 143–147

## ΕΑ03 Αντιμετώπιση ιδιοπαθούς παράλυσης προσωπικού νεύρου με βελονισμό

Μπόλωση Μ., Καρφάκης Γ., Λένας Α., Τζίμας Π., Παπαδόπουλος Γ.

Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Η παράλυση του Bell περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1821 από τον Charles Bell και αναφέρεται στο μη ειδικό φλεγμονώδες οίδημα του προσωπικού νεύρου, το οποίο οδηγεί σε περιφερική παράλυση του προσώπου. Η συχνότητα εμφάνισης του είναι 11,5% έως 53,3% και το 30% από αυτούς έχει κακή πρόγνωση.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρουσίασης των περιστατικών είναι η ανάδειξη της αντιμετώπισης παράλυσης του προσωπικού νεύρου (Bell) με βελονισμό.

#### Υλικό και μέθοδος:

##### Παρουσίαση περιστατικού I

Ανδρας ηλικίας 60 ετών προσήλθε με παράλυση προσωπικού νεύρου δεξιά, από 24ώρου, με διεύρυνση της βλεφαρικής σχισμής, αδυναμία σύγκλισης βλεφάρων, επιπέδωση ρινοχειλικής αύλακας, πτώση γωνίας του στόματος, απόκλιση στόματος προς το αντίθετο πλάγιο και έλλειψη δακρύων. Μετά την ενημέρωση του ασθενούς εφαρμόστηκε βελονισμός.

##### Περιγραφή περιστατικού II

Ανδρας ηλικίας 65 ετών προσήλθε με παράλυση προσωπικού νεύρου δεξιά από 2ετίας. Η κυριότερη ενόχλησή του ήταν η αδυναμία έκκρισης δακρύων που αντιμετωπιζόνταν με τεχνητά δάκρυα και αλοιφές.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε 10 συνεδρίες βελονισμού, στα ίδια βελονιστικά σημεία με το προηγούμενο περιστατικό, μία φορά την εβδομάδα.

**Αποτελέσματα:** Πρώτο περιστατικό: μετά την εφαρμογή του βελονισμού υπήρξε άμεση βελτίωση με μικρότερη πτώση της γωνίας στόματος, ενώ μία ημέρα αργότερα υπήρξε πλήρης αποκατάσταση της παράλυσης του προσωπικού νεύρου. Συνολικά εφαρμόστηκαν 4 συνεδρίες βελονισμού. Σε έκβαση 3 μηνών και 1 χρόνου ο ασθενής είναι καλά. Δεύτερο περιστατικό: μετά την εφαρμογή της 3ης συνεδρίας βελονισμού, ο ασθενής αναφέρει ότι άρχισαν να τρέχουν δάκρυα από τον αντίστοιχο οφθαλμό. Μετά από 10 συνεδρίες, ο ασθενής έχει μειώσει σημαντικά τη χρήση τεχνητών δακρύων όπως και την προστατευτική αλοιφή του κερατοειδούς. Δεν παρατηρήθηκε καμία μεταβολή στην παράλυση του προσωπικού νεύρου. Ο ασθενής είναι υπό παρακολούθηση.

**Συμπεράσματα:** Ο βελονισμός χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση παράλυσης τύπου Bell παγκοσμίως αποτελεσματικά σε ποσοστό πάνω από 90% χωρίς παρενέργειες και σε συνδυασμό με φάρμακα βελτιώνει την παράλυση του προσώπου μειώνοντας το χρόνο αποκατάστασης και την εμφάνιση επιπλοκών. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω έρευνες.

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ι: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

**ΕΑ04** Εφαρμογή του βελονισμού σε ρευματολογικά νοσήματα

Λάσδα Ε.<sup>1</sup>, Μπουζιά Αικ.<sup>1</sup>, Παπανικολάου Φ.<sup>1</sup>, Ροκά Β.<sup>2</sup>, Ντέλλα Α.<sup>1</sup>, Αρναούτογλου Ε.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Αναισθησιολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Λάρισας, <sup>2</sup> Κ.Υ. Φαρκαδόνας

**Σκοπός:** Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του βελονισμού σε ασθενείς που πάσχουν από Ρευματολογικά Νοσήματα (ΡΑ, ΨΑ, ΣΕΛ) και προσήλθαν στο ιατρείο πόνου με έντονο άλγος.

**Υλικό και μέθοδος:** Πρόκειται για καταγραφή περιστατικών, τα οποία επισκέφθηκαν το ιατρείο Πόνου της Αναισθησιολογικής Κλινικής του ΠΓΝΛ, στα οποία έγινε βελονισμός-ηλεκτροβελονισμός. Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι από τους φακέλους των ασθενών του ιατρείου μας. Συμπεριλήφθηκαν δεκαπέντε ασθενείς, ηλικίας 54 έως 66 ετών δώδεκα γυναίκες και τρεις άνδρες, οι οποίοι έπασχαν από τα ακόλουθα: α) 3 από Ψωριασική Αρθρίτιδα, β) 2 από Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο γ) 10 από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Στο Ιατρείο Πόνου προσήλθαν, αφού πρώτα είχαν διαγνωστεί από ρευματολόγο, εξαιτίας του επίμονου και έντονου πόνου με διόγκωση των αρθρώσεων των άνω και κάτω άκρων. Η Φαρμακευτική Αγωγή που ελάμβαναν ήταν μεθοτρεξάτη, φυλλικό οξύ, αδαλιμουμάμπη, πρεδνιζολόνη, υδροξυχλωροκίνη ενώ για το άλγος τους τραμαδόλη, ΜΣΑΦ, πρεγκαμπαλίνη. Η προσωπική εκτίμηση του πόνου κυμαίνονταν μεταξύ του 8 και 10 της αριθμητικής κλίμακας πόνου VAS. Τους προτάθηκε ο βελονισμός-ηλεκτροβελονισμός ως μια εναλλακτική προσέγγιση την οποία και αποδέχτηκαν.

**Αποτελέσματα:** Γίνανε 10+2 επαναληπτικές συνεδρίες βελονισμού κατά τις οποίες σημειώθηκε σταδιακή μείωση της έντασης του πόνου. Μετά την 6η συνεδρία οι ασθενείς αναφέρανε VAS:6 ενώ μετά την 9η συνεδρία, 11 ασθενείς είχαν VAS:2-3, ενώ 4 είχαν VAS:4. Ακολούθησαν δύο επαναληπτικές συνεδρίες βελονισμού σε διάστημα ενός μηνός, με τους ασθενείς να παραμένουν σταθεροί ενώ μειώθηκε η δυσκαμψία και το οίδημα. Δεν παρατηρήθηκαν παρενέργειες σε κάποιον ασθενή.

**Συμπεράσματα:** Ο βελονισμός σαν εναλλακτική θεραπεία αποδείχθηκε μία αποτελεσματική λύση για τους ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα.

**Βιβλιογραφία:**

1 Pei-Chi Chou et al, Clinical Efficacy of Acupuncture on Rheumatoid Arthritis and Associated Mechanisms: A Systemic Review, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2018, Article ID 8596918

2 Seca S et al, Effectiveness of Acupuncture on Pain, Functional Disability, and Quality of Life in Rheumatoid Arthritis of the Hand: Results of a Double-Blind Randomized Clinical Trial, J Altern Complement Med. 2019 Jan;25(1):86-97

3 C. Wang, P. de Pablo, X. Chen, C. Schmid, and T. McAlindon, "Acupuncture for pain relief in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review," Arthritis & Rheumatology, vol. 59, no. 9, pp. 1249–1256, 2008

**ΕΑ05** Χρόνιος πόνος και οζονοθεραπεία

Γάτης Ν.<sup>1</sup>, Καπέρδα Α.<sup>2</sup>, Κωνσταντοπούλου Γ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Αναισθησιολόγος, Ιδιώτης Λειβαδιά, <sup>2</sup> Αναισθησιολόγος, Ιατρείο Χρόνου Πόνου Γ.Ν. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ

Το ΕΣΥ με ΦΕΚ 257/91 αναγνωρίζει τη χρήση του όζοντος σε Ιατρικές Πράξεις διαφόρων Ειδικοτήτων. Το ΚΕΣΥ στις 29/08/2014 ορίζει και εντάσσει τη μέθοδο της μικρής και μεγάλης αυτομετάγγισης, καθώς και τις ενδομυϊκές και ενδαρθρικές εγχύσεις στις Ιατρικές πράξεις. Το όζον έχει αντιφλεγμονώδη, αντιοιδηματική, ανοσοδιεγερτική ιδιότητα. Μετατοπίζει τη καμπύλη της αιμοσφαιρίνης δεξιά, ενεργοποιεί το μεταβολισμό της γλυκόζης με αύξηση παραγωγής ΑΤΡ. Επίσης είναι το πιο ισχυρό φυσικό αντισηπτικό.

**Σκοπός:** της μελέτης είναι να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικότητα της οζονοθεραπείας σε ασθενείς με Χρόνιο Πόνο.

**Υλικό και μέθοδος:** Από 60 ασθενείς, 35-70 ετών, με σύνδρομο Χρόνιου Πόνου, που παρακολουθούνται και λαμβάνουν τη δέουσα φαρμακευτική αναλγητική αγωγή και αναφερόμενο VAS 6-8, επιλέχθηκαν τυχαία οι 30 και τους προτάθηκε η Οζονοθεραπεία, ως επικουρική θεραπεία. Από τους 30 οι 18 με οσφυαλγία, 1 με ιερολαγώνιτιδα, 2 με αυχενάλγία, 5 με πόνο στο ισχίο, 4 με νευραλγία τριδύμου. Από



αυτούς οι 16 παρουσίαζαν δύο ή περισσότερα κλινικά σύνδρομα πόνου. Η συχνότητα των συνδριών ορίστηκε σε μια φορά την εβδομάδα για δέκα εβδομάδες. Η περιεκτικότητα του μείγματος O2/O3 ορίστηκε από 2-10 μg/ml. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε με τη μορφή εγχύσεων στο υποδόριο, ενδομυϊκά, σε χώρους (χώρος του Retzius, θώρακο-οσφυϊκή περιτονία, σε σπονδυλοσπονδυλικές αρθρώσεις (facet), επί της κροταφογοναθικής άρθρωσης. Η εγχυόμενη ποσότητα κυμαίνεται από 2-10 ml. **Αποτελέσματα:** 9 ασθενείς VAS 0-1 μετά από 1-8 συνεδρίες, 21 ασθενείς με VAS 2-4 μετά από 10 συνεδρίες **Συμπέρασμα:** είναι ότι η Οζονοθεραπεία στο Χρόνιο Πόνο, ως συμπληρωματική θεραπεία, πλεονεκτεί σημαντικά σε σχέση με άλλες θεραπείες καθότι είναι μέθοδος σχετικά ασφαλής και χωρίς παρενέργειες.

## ΕΑ06 Η επίδραση του ιατρικού όζοντος στην αντιμετώπιση του πόνου σε τρεις ασθενείς με άλγος γόνατος μετά από κάκωση

**Δουμπάρατζη Μ.¹, Μιχαήλ Θ.¹, Φίλιππος Π.², Τζαβέλλας Α.Ν.⁴, Μιτσοκάπας Α.¹, Κουϊδής Ευ.³, Γκουτζιομήτρου Ευ.¹**  
 ¹ Αναισθησιολογικό Τμήμα & Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης,  
 ² Ιδιώτης Φυσιοθεραπευτής, ³ Τμήμα Αθλητιατρικής ΤΕΦΑΑ ΑΠΘ, ⁴ Ορθοπαιδική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε

**Εισαγωγή:** Κάθε βίαιη καταστροφή ιστών εσωτερική ή εξωτερική, ανεξάρτητα από το αίτιο που την προκάλεσε, μπορεί να οδηγήσει σε παροδική ή μόνιμη διακοπή της φυσιολογικής λειτουργικότητας της πάσχουσας άρθρωσης. Η εφαρμογή του ιατρικού όζοντος μπορεί να προσφέρει αναλγητική, αντιφλεγμονώδη δράση και είναι απόλυτα ασφαλής, όταν αυτή γίνεται σε συγκεκριμένη δόση και συγκέντρωση, χωρίς να προκαλεί αλλεργικές αντιδράσεις.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρατήρηση της επίδρασης του ιατρικού όζοντος στην αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς που είχαν υποστεί κάκωση γόνατος, χωρίς να υπάρχει κάποια υποκείμενη παθολογία από τον παρακλινικό έλεγχο.

**Υλικό – μέθοδος:** Το υλικό μας αποτέλεσαν 3 ασθενείς ηλικιακού εύρους από 37 έως 48 ετών. Οι ασθενείς αρχικά είχαν υποβληθεί σε αναλγητική – αντιφλεγμονώδη αγωγή και σε συνεδρίες φυσικοθεραπειών χωρίς όμως να υπάρχει σημαντική βελτίωση στην κλίμακα του πόνου. Οι ασθενείς υποβλήθησαν σε 8 συνεδρίες ενδαρθρικής έγχυσης μείγματος οξυγόνου και όζοντος (O2/O3) σε διάστημα δύο μηνών (μία συνεδρία ανά εβδομάδα). Η χορήγηση γινόταν μέσω ειδικής συσκευής παραγωγής όζοντος για άμεση χρήση που επιτρέπει αξιόπιστες μετρήσεις συγκεντρώσεων με ακρίβεια, σε δοσολογία 3mg/ml O2 /O3 και με βελόνα 27G.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς, μετά το πέρας της θεραπείας, παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική βελτίωση στο επίπεδο του πόνου μέσω της κλίμακας VAS (paired t-test, p<0.05). Οι ασθενείς επίσης παρουσίασαν αύξηση στο εύρος κίνησης της άρθρωσης, ενώ αυξήθηκε και ο χρόνος βάδισης, χωρίς να παρουσιάσουν άλγος.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία με ιατρικό όζον (O2/O3) φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματική θεραπεία στην αντιμετώπιση του πόνου και στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργικότητας της άρθρωσης, όταν αυτή ακολουθεί τα διεθνή πρωτόκολλα χορήγησης.

## ΕΑ07 Επαναλαμβανόμενος αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου για την αντιμετώπιση νευροπαθητικού πόνου κάτω άκρου: αναφορά περιστατικού

Κουρούκλη Ε., Westzaan N., Γκίκα Α., Χριστοδούλου Αικ., Γεωργιτσογιαννάκος Π., Τομαρά Ε., Καρρά Κ., Λουϊζος Α. Αναισθησιολογικό Τμήμα Ιπποκράτειο ΓΝ Αθηνών

**Σκοπός:** Αποτελεσματικότητα επαναλαμβανόμενων αποκλεισμών του ισχιακού νεύρου σε νευροπαθητικό πόνο.

**Υλικό-Μέθοδος:** Ασθενής γυναίκα ετών 33 προσήλθε στο ιατρείο πόνου με καυστικό, νυγμώδες άλγος έντασης NRPS 9, στο αριστερό κάτω άκρο στην περιοχή κατανομής του ισχιακού νεύρου από τον ιγνυακό βόθρο έως την πλαϊνή έξω επιφάνεια της κνήμης από εξαμήνου. Ανέφερε συνοδό αιμωδία ενώ διαπιστώθηκε αλλοδυνία, διαφορά θερμοκρασίας και της αίσθησης του νυγμού μεταξύ της πάσχουσας ζώνης και του υγιούς άκρου. Με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου DN4 (βρέθηκε 9/10) τέθηκε η

διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου .Ο πόνος προκλήθηκε από σύνδρομο οπισθίου διαμερίσματος της κνήμης μετά από κακοποίηση της ασθενούς

Είχε λάβει στο διάστημα αυτό πολλά αναλγητικά χωρίς αποτέλεσμα . Στην παρούσα φάση λάμβανε πρεγκαμπαλίνη 300 mg x2 , ντουλοξετίνη 60 mg x1, τραμαδόλη sr 100 mg x2 . Εγινε τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής με προσθήκη ταπενταδόλης χωρίς σημαντική βελτίωση. Αποφασίστηκε η εφαρμογή αποκλεισμού του ισχιακού νεύρου με τη χρήση νευροδιεγέρτη . Χορηγήθηκε ροπιβακαΐνη 0.5% 20 cc με δεξαμεθαζόνη 4 mg . Μετά την επιτυχή εγκατάσταση του αποκλεισμού η ένταση του πόνου μειώθηκε NPRS 0/10 . Η ασθενής παρέμεινε βελτιωμένη για 15 ημέρες NPRS 4/10 . Εφαρμόστηκε άλλες δυο φορές αποκλεισμός ανά 15 ημέρες με σταδιακά μείωση της έντασης του πόνου ενώ παράλληλα η ασθενής διέκοψε τη λήψη αναλγητικών. Σήμερα 6 μήνες μετά η ασθενής αναφέρει πόνο 3/10 και δεν λαμβάνει αναλγητικά.

**Συζήτηση:** Ο νευροπαθητικός πόνος προέκυψε από τραυματισμό του ισχιακού νεύρου και οι αλλαγές στην ευαισθησία του νεύρου μπορεί να είναι επίμονες .Οι τροποποιήσεις στο περιφερικό σήμα που προκαλεί ο περιφερικός αποκλεισμός μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στην κεντρική ευαισθητοποίηση και μείωση της έντασης του πόνου.

**Συμπεράσματα:** Με του επαναλαμβανόμενους αποκλεισμούς του ισχιακού νεύρου μειώθηκε η ένταση του πόνου και βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής της ασθενούς .

#### Βιβλιογραφία:

- 1 Zohar Naja et al Repetitive nerve block for neuropathic pain management :a case report Scan J Pain 2018 ;18(1):125-127.
- 2 Baron R et al Neuropathic pain:diagnosis pathophysiological mechanisms and treatment. Lancet Neurol 2010;9:807-819.

## EA08 Η επίδραση της συνδυαστικής μεθόδου μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού στην αντιμετώπιση χρόνιου πόνου σε ασθενείς με αυχεναλγία. Προκαταρκτικά αποτελέσματα

Παπανικολάου Φ.<sup>1</sup>, Λάσδα Ε.<sup>1</sup>, Ροκά Β.<sup>2</sup>, Χαλκιάς Α.<sup>1</sup>, Αρναούτογλου Ε.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, <sup>2</sup> Κ.Υ. Φαρκαδόνας

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του συνδυασμού μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού σε ασθενείς με χρόνια αυχεναλγία και έντονο άλγος στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΣΣ).

**Υλικό και Μέθοδος:** Καταγραφή περιστατικών, τα οποία επισκέφθηκαν το Ιατρείο Πόνου της Αναισθησιολογικής Κλινικής του ΠΓΝΛ και εφαρμόστηκε η συνδυαστική μέθοδος Μάλαξης – Ηλεκτροβελονισμού. Συμπεριλήφθηκαν 5 ασθενείς, ηλικίας 41 έως 60 ετών, 4 γυναίκες και 1 άνδρας, οι οποίοι προσήλθαν στο ιατρείο με έντονο άλγος στην αυχενική μοίρα της ΣΣ, οι οποίοι έπασχαν από τα ακόλουθα:1) Αυχεναλγία / Ωμαλγία, 2) Αυχεναλγία με πειστικά φαινόμενα, κήλες Α5 – Α6, 3) Αυχεναλγία, κήλες Α4, Α5, Α7, 4) Αυχεναλγία/ Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, 5) Αυχεναλγία με πειστικά και κήλες Α5, Α6, Α7. Οι ασθενείς ανέφεραν πόνο, μεταξύ 10 και 7 της κλίμακας VAS, αιμωδίες, κακή διάθεση, πονοκέφαλος και περιορισμός της δραστηριότητας. Η φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν ήταν: Τραμαδόλη, Πρεγκαμπαλίνη, ΜΣΑΦ & Αλπραζολάμη. Τους προτάθηκε για θεραπεία ο συνδυασμός μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού, την οποία και δέχθηκαν. Ταυτόχρονα τους χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια SF-36, POMS & Pain Detect, ώστε να μετρηθούν οι παράμετροι της ποιότητας ζωής, της ψυχικής έντασης και της ανίχνευσης νευροπαθητικού πόνου, πριν και μετά το πέρας των θεραπειών.

**Αποτελέσματα:** Εφαρμόστηκαν 8 συνεδρίες της συνδυαστικής μεθόδου Μάλαξης - Ηλεκτροβελονισμού. Μετά το πέρας της πρώτης συνεδρίας παρουσίασαν μια βελτίωση στον πόνο (VAS:6), καλύτερη κινητική δραστηριότητα και μείωση της αιμωδίας. Μετά από ένα δίμηνο ο πόνος ελαττώθηκε ή εξαλείφθηκε (VAS:2 έως 0), βελτιώθηκε η διάθεση, μειώθηκε η ψυχική ένταση και οι ασθενείς επανήλθαν στην καθημερινότητα τους. Η φαρμακευτική αγωγή διεκόπη.

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού αποτέλεσε μια συμπληρωματική και εναλλακτική λύση στους ασθενείς στη διαχείριση του χρόνιου αυχενικού πόνου.

#### Βιβλιογραφία:

- 1 Bombardier, C. (2000). Outcome assessments in the evaluation treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. Spine; 25:3100–3103.
- 2 Coelho HF, Boddy K, Ernst E (2008) Massage therapy for the treatment of depression: a systematic review. Int J Clin pract. 62 (2): 325-333.
- 3 Diego M, Field T (2009) Moderate pressure massage elicits a parasympathetic nervous system response. Inter J Neurosci. 119 (5): 630-638.

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II: ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Προεδρείο: Μ. Μπαρέκα, Ευ. Μάστορα, Κ. Σαλάτας

### ΕΑ09 Επείγουσα χειρουργική επέμβαση σε ασθενή υπό ασενοκουμαρόλη με περιφερικό νευρικό αποκλεισμό

**Μπαρέκα Μ.,** Νταλούκα Μ., Κολώνια Κ., Κυριακάκη Α., Κουτάλος Α., Αρναούτογλου Ε.  
Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

**Σκοπός:** Η διαχείριση των ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή, που υποβάλλονται σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση με περιφερικό νευρικό αποκλεισμό, συνεχίζει να αποτελεί πρόκληση λόγω της έλλειψης υψηλής ποιότητας δεδομένων. Περιγράφεται η περίπτωση ασθενή-πολυτραυματία υπό ασενοκουμαρόλη, που υποβλήθηκε σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση με περιφερικό νευρικό αποκλεισμό λόγω πτώσης από ύψος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Άνδρας, πολυτραυματίας 81 ετών, με ιστορικό κοιλιακής μαρμαρυγής, διεκομίστηκε στα ΤΕΠ λόγω πτώσης από δέντρο. Στην εισαγωγή ανευρέθησαν κατάγματα σπλαχνικού κρανίου, κατάγματα πλευρών (δύο δεξιά και ένα αριστερά) και κάταγμα κνήμης (δεξιά). Ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή, κοιλιακή μαρμαρυγή υπό ασενοκουμαρόλη και ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο προ 26 μηνών χωρίς νευρολογικό υπόλειμμα. Προεγχειρητικά CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC=5 (ηλικία >75 έτη, αρτηριακή υπέρταση, αγγειακό εγκεφαλικό) και HASBLED=5 (ηλικία >75 έτη, πτώση νεφρικής λειτουργίας, αγγειακό εγκεφαλικό, INR=4.2, λήψη ανταγωνιστών βιταμίνης Κ). Ο ασθενής εισήχθη στη χειρουργική κλινική όπου έλαβε 2 μονάδες φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος και 5mg ενδοφλέβιας βιταμίνης Κ με σκοπό τη διόρθωση του INR. Λόγω μη διόρθωσης του INR (INR=3.27) μετά από το συμβούλιο της ιατρικής ομάδας (χειρουργοί, αναισθησιολόγος, καρδιολόγος και αιματολόγος) χορηγήθηκε σύμπλεγμα 6 παραγόντων προθρομβίνης με δόση 25 units/kg (συνολική δόση 1250 units).

**Αποτελέσματα:** Με INR=1.32 ο ασθενής υποβλήθηκε σε επέμβαση εξωτερικής οστεοσύνθεσης κνήμης με περιφερικό νευρικό αποκλεισμό. Πραγματοποιήθηκε αποκλεισμός του μηριαίου και ισχιακού νεύρου υπό διπλή καθοδήγηση (υπερηχογραφικά και νευροδιέγερση) με διάλυμα ροπιβακαΐνης 0.375% 20ml στο ισχιακό και 15ml στο μηριαίο και χειρουργήθηκε επιτυχώς.

**Συμπεράσματα:** Η εξατομικευμένη προσέγγιση και η συνεργασία της ομάδας ειδικών, κρίνονται αναγκαίες για την περιεπεμβατική διαχείριση ασθενών που υποβάλλονται σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση υπό αντιπηκτική αγωγή.

### ΕΑ10 Διασκαληνική περιοχική αναισθησία στην αρθροσκοπική χειρουργική του ώμου

Παπαδημητρίου Ε.<sup>1</sup>, Ζαφειροπούλου Φ.<sup>2</sup>, Κότσα Α.<sup>2</sup>, Γυφτονικολού Ε.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, <sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Χαλκίδας

**Σκοπός:** Παρά την τάση προς τη χρήση περιοχικής αναισθησίας στις ορθοπαιδικές επεμβάσεις, υπάρχει αντίσταση στη χρήση της διασκαληνικής περιοχικής αναισθησίας για τις χειρουργικές επεμβάσεις του ώμου, λόγω των ανησυχιών σχετικά με αποτυχία του αποκλεισμού και τις πιθανές επιπλοκές.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήσαμε αναδρομικά τις περιπτώσεις 32 ασθενών που υποβλήθηκαν σε αρθροσκοπική επέμβαση στον ώμο με διασκαληνική περιοχική αναισθησία. Οι διασκαληνικοί αποκλεισμοί πραγματοποιήθηκαν υπό καθοδήγηση με υπερηχογράφημα από αναισθησιολόγους ειδικούς στην περιοχική αναισθησία. Η χειρουργική επέμβαση, ο τύπος της αναισθησίας, η αποτυχία του μπλοκ, και η παρουσία πιθανών επιπλοκών καταγράφηκαν.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αρθροσκοπική υπακρωμιακή αποσυμπίεση (n = 28) ή/και επισκευή του στροφικού πετάλου (n = 14). Συνολικά 31 ασθενείς (97%) είχαν επιτυχημένο μπλοκ, ενώ για έναν απαιτήθηκε γενική αναισθησία επειδή ο αποκλεισμός ήταν ανεπαρκής. Η επιτυχία του διασκαληνικού

---

μπλοκ ήταν ανεξάρτητη από το είδος ή την διάρκεια της επέμβασης. Δεν υπήρχαν επιληπτικές κρίσεις, πνευμοθώρακας, καρδιακά επεισόδια, ή άλλες σημαντικές επιπλοκές. Σε έναν ασθενή παρατηρήθηκε παροδική αισθητική νευροπάθεια η οποία παρήλθε μέσα σε 6 εβδομάδες.

**Συμπεράσματα:** Ο διασκαληνικός αποκλεισμός μπορεί να παράσχει αποτελεσματική αναισθησία για την αρθροσκοπική χειρουργική ώμου. Όταν χορηγείται από αναισθησιολόγο που εξειδικεύεται στην τεχνική, ο αποκλεισμός έχει ένα εξαιρετικό ποσοστό επιτυχίας και συνδέεται με ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό επιπλοκών.

---

## EA11

### Υπαραχνοειδής αναισθησία σε ασθενή με Σύνδρομο Charcot-Marie-Tooth που υποβάλλεται σε χειρουργική αποκατάσταση μηριαίου κατάγματος

**Διαγούπη Α.,** Νικολακοπούλου Ε., Διακομή Μ., Ταταρίδη Ο., Τράντζας Π., Σοφianού Α.  
Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

**Σκοπός:** Η Νόσος Charcot-Marie-Tooth είναι μια κληρονομική κινητική και αισθητική νευροπάθεια, που επηρεάζει τα περιφερικά νεύρα κυρίως των άπω μυών του κορμού. Η απονεύρωση με την επακόλουθη μυική ατροφία είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου. Οι αναπνευστικές δοκιμασίες μπορεί να αποκαλύψουν πνευμονοπάθεια περιοριστικού τύπου. Οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν έντονα συμπτώματα παρά τις σοβαρές διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας. Σκοπός μας είναι να περιγράψουμε την περίπτωση ασθενούς 66 ετών που υπεβλήθη σε υπαραχνοειδή αναισθησία για ορθοπεδική επέμβαση. Η βιβλιογραφία σχετικά με την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών είναι περιορισμένη και υπάρχει σκεπτικισμός όσον αφορά στην χρήση μυοχαλαρωτικών καθώς υπάρχει κίνδυνος αυξημένου χρόνου δράσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής 66 ετών με διεγνωσμένο σύνδρομο CMT από 40ετίας παρουσιάζεται για αντιμετώπιση κατάγματος μηριαίου οστού. Ο ασθενής έχει περιορισμένη κινητικότητα αυχένα, μικρό άνοιγμα στόματος και κατάταξη κατά Mallampati III. Ο κεντρικός νευραξονικός αποκλεισμός επετεύχθη με 15mg λεβοβουπιβακίνης και 10g φαιντανύλης στο διάστημα O4-O5 με κόππουσα βελόνη 24G χωρίς αιμορραγία ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ο ασθενής έλαβε καταστολή με μιδαζολάμη ενδοφλέβια.

**Αποτελέσματα:** Αιμοδυναμική σταθερότητα παρατηρήθηκε καθ' όλη την διάρκεια του χειρουργείου χωρίς λοιπά συμβάματα. Η επέμβαση διήρκεσε 2 ώρες και ο ασθενής μεταφέρθηκε στην ανάνηψη όπου και παρακολούθηθηκε μέχρι αποκατάστασης της κινητικότητάς του.

**Συμπεράσματα:** Παρόλο που η βιβλιογραφία είναι ελάχιστη σχετικά με υπαραχνοειδή αναισθησία σε ασθενείς με σύνδρομο CMT το περιστατικό μας περιγράφει την ασφάλεια του είδους αυτού περιοχικής αναισθησίας σε τέτοια περιστατικά. Η χρήση περιοχικής αναισθησίας στον ασθενή αυτό μείωσε τους κίνδυνους δύσκολου αεραγωγού και μείωσε την διάρκεια μετεγχειρητικής ανάνηψης.

---

## EA12

### Επισκληρίδιος διάχυση Τ.Α. κατά τη διενέργεια αποκλεισμού του οσφυϊκού πλέγματος στο διαμέρισμα του ψοίτη μυός

**Μάγκλαρη Χ.,** Φυρφίρης Ν., Γκαγκαντέρος Α., Πουλοπούλου Σ.  
Αναισθησιολογικό τμήμα, ΑΟΝΑ «ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

Ο αποκλεισμός του οσφυϊκού πλέγματος στο διαμέρισμα του ψοίτη μυός, είναι μία τεχνική περιοχικής αναισθησίας, η οποία προσφέρει πολύ καλή αναλγησία αλλά και άριστη αναισθησία για επεμβάσεις κάτω άκρου, όταν συνδυάζεται με αποκλεισμό του ισχιακού νεύρου. Ωστόσο, όπως κάθε τεχνική περιοχικής αναισθησίας, ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών, μικρής έως μεγάλης βαρύτητας.

**Σκοπός:** Η αναφορά μη τυπικού αμφοτερόπλευρου αποκλεισμού (παρόμοιοι με επισκληρίδιο αναισθησία) κατά τη διενέργεια αποκλεισμού του οσφυϊκού πλέγματος στο διαμέρισμα του ψοίτη μυός.

**Υλικό και μέθοδος:** Γυναίκα ασθενής 55 ετών προσέρχεται στο χειρουργείο για αφαίρεση όγκου στη πρόσθια επιφάνεια του ΑΡ μηρού. Λόγω του βεβαρημένου ιστορικού της, αποφασίζεται η εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας με αποκλεισμό του οσφυϊκού πλέγματος στο διαμέρισμα του ψοίτη μυός και αποκλεισμό του

ισχιακού νεύρου υπεργλουτιαία.

Και οι δύο αποκλεισμοί διενεργήθηκαν με τη βοήθεια νευροδιεγέρτη. Ο αποκλεισμός του οσφυϊκού πλέγματος με προσπέλαση κατά Chayen, όπου και χορηγήθηκαν 110 mg ροπιβακαΐνης σε διάλυμα 22 ml. Για τον αποκλεισμό του ισχιακού νεύρου χορηγήθηκαν 100 mg ροπιβακαΐνης σε διάλυμα 20 ml.

**Αποτελέσματα:** 30 λεπτά μετά τη διενέργεια του αποκλεισμού διαπιστώθηκε κατόπιν επικοινωνίας με την ασθενή ότι ο αποκλεισμός εγκαταστάθηκε αμφοτερόπλευρα, αλλά και μέχρι το ύψος του Θ6.

Λόγω της αιμοδυναμικής σταθερότητας, αποφασίστηκε η διενέργεια της επέμβασης.

Η ασθενής παρέμεινε σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης, με μικρές μεταβολές της Α.Π. Μετά το πέρας αυτής, παρέμεινε στην ανάνηψη 4 ώρες για παρακολούθηση, οπότε και οδηγήθηκε στο θάλαμο.

**Συμπεράσμα:** Η επισκληρίδιος διάχυση του ΤΑ κατά τη διενέργεια αποκλεισμού του οσφυϊκού πλέγματος είναι μία σπάνια αλλά πιθανή επικλοκή. Ο πιθανολογούμενος μηχανισμός είναι η διάχυση του φαρμάκου διαμέσου του παρασπονδυλικού χώρου, και όχι η άμεση τοποθέτηση της βελόνας στον επισκληρίδιο χώρο.

#### Βιβλιογραφία:

1 Singelyn FJ, Contreras V, Gouverneur JM. Epidural Anesthesia Complicating Continuous 3-in-1 Lumbar Plexus Blockade. Anesthesiology. 1995 Jul; 83(1):217-20.

2 de Leeuw MA, Zuurmond WWA, Perez RSGM. The Psoas Compartment Block for Hip Surgery: The Past, Present, and Future.

## ΕΑ13 Υπερκλείδιος αποκλεισμός του βραχιόνιου πλέγματος με υπερηχογραφική καθοδήγηση: ασφάλεια και αποτελεσματικότητα σε χειρουργικές επεμβάσεις άνω άκρου

Νικολακοπούλου Ε., Παρασκευόπουλος Τ., Μορέλλα Δ., Διακομή Μ., Βιτούλα Κ., Μπαιρακτάρη Α., ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα

**Σκοπός:** Ο υπερκλείδιος αποκλεισμός του βραχιόνιου πλέγματος δεν απαιτεί τη μετακίνηση του άνω άκρου κατά την πραγματοποίηση του αποκλεισμού ενώ το βραχιόνιο πλέγμα, στη θέση αυτή, παρουσιάζει σταθερή ανατομική σχέση με την υποκλείδιο αρτηρία. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του υπερηχογραφικά καθοδηγούμενου υπερκλείδιου αποκλεισμού του βραχιόνιου πλέγματος, όταν η τεχνική αυτή εφαρμόζεται για τη διασφάλιση χειρουργικής αναισθησίας σε επεμβάσεις άνω άκρου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στην παρούσα αναδρομική μελέτη περιελήφθησαν οι ασθενείς του νοσοκομείου μας, που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση άνω άκρου τους τελευταίους 6 μήνες με τεχνική αναισθησίας τον υπερκλείδιο αποκλεισμό του βραχιόνιου πλέγματος. Από την καταγραφή αποκλείστηκαν οι ασθενείς στους οποίους ο παραπάνω αποκλεισμός έγινε για μετεγχειρητική αναλγησία. Σε κάθε ασθενή εκτιμήθηκε η επιτυχία του αποκλεισμού να εξασφαλίσει χειρουργική αναισθησία (ανάγκη μετατροπής σε γενική αναισθησία, ανάγκη πραγματοποίησης αποκλεισμού διάσωσης) καθώς και οι επιπλοκές που παρουσιάστηκαν.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 66 ασθενείς, 26 έως 84 ετών, ASA 1 έως 3. Σε πέντε (7,5%) ασθενείς η πραγματοποίηση του αποκλεισμού δεν ολοκληρώθηκε λόγω ανεπαρκούς υπερηχογραφικής εικόνας και επιλέχθηκε άλλη τεχνική αναισθησία. Σε έξι (9%) ασθενείς, ο αποκλεισμός κρίθηκε ανεπαρκής και χορηγήθηκε γενική αναισθησία. Τρεις (4,5%) ασθενείς μετά την πραγματοποίηση του αποκλεισμού διαμαρτυρήθηκαν για υποκειμενικό αίσθημα δύσπνοιας, χωρίς σημαντική μεταβολή των ακροαστικών ευρημάτων και της οξυμετρίας. Σε δύο από τις τρεις αυτές περιπτώσεις διαπιστώθηκε ανύψωση του σύστοιχου ημιδιαφράγματος, υποδηλώνοντας πιθανή πάρεση του φρενικού νεύρου. Τα συμπτώματα αυτά υποχώρησαν τις πρώτες ώρες μετεγχειρητικά με χορήγηση οξυγόνου. Σε τέσσερις (6%) ασθενείς διαπιστώθηκε σύνδρομο Horner μετεγχειρητικά. Κανένα ασθενής δεν παρουσίασε πνευμοθώρακα, συστηματική τοξικότητα στα τοπικά αναισθητικά ή επίμονα μετεγχειρητικά νευρολογικά συμπτώματα.

**Συμπεράσματα:** Ο υπερκλείδιος αποκλεισμός αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική τεχνική του μασχαλιαίου αποκλεισμού για επεμβάσεις άνω άκρου υπό την προϋπόθεση επίτευξη ικανοποιητικής υπερηχογραφικής εικόνας.

#### Βιβλιογραφία:

1 Honnannavar KA, Mudakanagoudar MS. Comparison between Conventional and Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Block in Upper Limb Surgeries. Anesth Essays Res. 2017;11:467-471

2 Amuntasupakul V, Leurcharusmee P, Chora De La Garza D, Ah-Kye S, Finlayson RJ, Tran DQ. A randomized trial comparing axillary block versus targeted intracluster injection supraclavicular block for upper limb surgery. Can J Anaesth. 2015;62:1287-94

## EA14

### Χορήγηση φεντανύλης σε διάλυμα τοπικού αναισθητικού για υπαραχνοειδή αναισθησία σε ηλικιωμένους ασθενείς

**Μπιαρακτάρη Α.,** Σοφριανού Α., Κριθαρίδου Γ., Ντρίμερη Ε., Αγουρίδα Η., Κωλέτσης Δ.  
Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

**Σκοπός** της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η ασφάλεια της φεντανύλης όταν χορηγείται σε διάλυμα τοπικού αναισθητικού για υπαραχνοειδή αναισθησία σε ηλικιωμένους ασθενείς.

**Υλικό – Μέθοδος:** Υλικό της αναδρομικής αυτής μελέτης αποτέλεσαν 38.500 ασθενείς ηλικίας 75 – 95 ετών ASA I-III που υποβλήθηκαν σε ορθοπεδικές επεμβάσεις, προγραμματισμένες και επείγουσες, με υπαραχνοειδή αναισθησία από 1/1/2010 μέχρι 30/6/2019. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν υπαραχνοειδή αναισθησία με διάλυμα τοπικού αναισθητικού (ροπιβακαΐνη 0,75% ή λεβοβουπιβακαΐνη 0,5%) και φεντανύλη 10 μg σε 0,5 ml. Η υπαραχνοειδής αναισθησία έγινε στο διάστημα O3-O4 ή O4-O5, σε πλάγια ή καθιστή θέση με βελόνα 22-25 G. Το διάλυμα αυτό χορηγήθηκε και σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια. Κάποιοι επίσης από τους ασθενείς έλαβαν διεγχειρητικά καταστολή με προποφόλη, μιδαζολάμη ή δεξμετομιδίνη. Περιεγχειρητικά καταγράφηκε η αναπνευστική συχνότητα και ο κνησμός για 24 ώρες.

**Αποτελέσματα:** Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε διεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά κνησμό. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε μετεγχειρητικά αναπνευστική καταστολή.

**Συμπέρασμα:** Η δόση των 10 μg φεντανύλης στο διάλυμα του τοπικού αναισθητικού για υπαραχνοειδή αναισθησία φαίνεται ότι είναι ασφαλής σε ηλικιωμένους ασθενείς. Η δράση της δόσης αυτής στον αισθητικό και κινητικό αποκλεισμό δεν εξετάστηκε στη παρούσα μελέτη.

## EA15

### Υπερηχογραφικά καθοδηγούμενος αποκλεισμός του λαγνουύπογάστριου-λαγνοβουβωνικού νεύρου έναντι της χειρουργικής διήθησης της τομής σε επεμβάσεις βουβωνοκλήλης

**Κατζηγιαννάκη Δ.,** Τιλελή Μ., Δήμου Π., Μπίνα Α., Σταθάτος Δ., Μελά-Καραμανάκου Α.  
Αναισθησιολογικό Τμήμα Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας

**Σκοπός:** Στην παρούσα μελέτη θέλαμε να διερευνήσουμε την αποτελεσματικότητα της μετεγχειρητικής αναλγησίας μετά από υπερηχογραφικά καθοδηγούμενο αποκλεισμό του λαγνουύπογάστριου-λαγνοβουβωνικού (ΛΥ-ΛΒ) νεύρου έναντι της χειρουργικής διήθησης της τομής σε ανοιχτή αποκατάσταση βουβωνοκλήλης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στην παρούσα προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη συμμετείχαν 40 ασθενείς, ηλικίας 20-80 ετών, ASA I-III, προγραμματισμένοι για ανοιχτή αποκατάσταση βουβωνοκλήλης. Από την μελέτη εξαιρέθηκαν ασθενείς με υποτροπιάζουσα βουβωνοκλήλη καθώς και ασθενείς με BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία. Στους ασθενείς της ομάδας I έγινε διήθηση της τομής από τον χειρουργό με 20 ml ροπιβακαΐνης 0,5% στο τέλος της επέμβασης ενώ στους ασθενείς της ομάδας II έγινε αποκλεισμός των ΛΥ-ΛΒ νεύρων με την βοήθεια υπερήχων και χορηγήθηκε η ίδια ποσότητα τοπικού αναισθητικού. Έγινε καταγραφή της μετεγχειρητικής αναλγησίας στην ανάνηψη, 6 και 24 ώρες μετεγχειρητικά με την κλίμακα VAS στην ηρεμία και στο βήχα. Σε ασθενείς με κλίμακα VAS  $\geq 4$  χορηγήθηκε 1 g παρακεταμόλης iv και στις περιπτώσεις επίμονου πόνου 100 mg τραμαδόλης iv μετεγχειρητικά. Έγινε καταγραφή του χρόνου της πρώτης δόσης αναλγησίας καθώς και της συνολικά χορηγούμενης αναλγησίας το πρώτο 24ωρο. Επίσης καταγράψαμε το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σε ότι αφορά τους 24 ώρες μετά την επέμβαση.

**Αποτελέσματα:** Δεν παρουσιάστηκε διαφορά στην κλίμακα VAS μεταξύ των δύο ομάδων στην ανάνηψη ενώ ο αναφερόμενος πόνος τόσο στην ηρεμία όσο και κατά το βήχα ήταν σημαντικά υψηλότερος 6 και 24 ώρες μετά το χειρουργείο στην ομάδα I. Οι ασθενείς της ομάδας I μετά το πρώτες 6 ώρες χρειάστηκαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό συμπληρωματική αναλγησία συγκριτικά με την ομάδα II. Τέλος η ομάδα II ανέφερε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης συγκριτικά με την ομάδα I.

**Συμπεράσματα:** Ο υπερηχογραφικά καθοδηγούμενος αποκλεισμός των ΛΥ-ΛΒ νεύρων παρέχει καλύτερης ποιότητας και μεγαλύτερης διάρκειας αναλγησία τόσο στην ηρεμία όσο και κατά το βήχα και απαιτεί λιγότερη συμπληρωματική αναλγησία συγκριτικά με τη χειρουργική διήθηση της τομής με τοπικό αναισθητικό.

#### Βιβλιογραφία:

1. Effect of ilioinguinal and iliohypogastric nerve block and wound infiltration with 0.5% bupivacaine on postoperative pain after hernia repair. Br J Anaesth 1994; 72:691-693.
1. Iliohypogastric/ilioinguinal nerve block in inguinal hernia repair for postoperative pain management: comparison of the anatomical landmark and ultrasound guided techniques. Rev Bras Anesthesiol. 2014 64(5):350-6.

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΙΙ: ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Προεδρείο: Στ. Κανδρεβιώτου, Β. Κουτσούκου, Ι. Σταύρου

### ΕΑ16 Εμμένουσα κεφαλαλγία σε επίτοκο: κεφαλαλγία μετά από τρώση σκληράς ή κάτι πιο επικίνδυνο;

Θεοδωράκη Κ., Μπράττου Π., Σιαφάκα Ι.

Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

**Σκοπός:** Μία από τις πλέον ασυνήθιστα αναφερόμενες επιπλοκές μετά από ατυχηματική τρώση της σκληράς μήνιγγας είναι η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου. Αναφέρουμε ένα περιστατικό με θρόμβωση φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου μετά από μη εμφανή τρώση της σκληράς μήνιγγας σε επίτοκο μετά από καισαρική τομή.

**Υλικό & Μέθοδος:** Γυναίκα 32 ετών πρωτοτόκος υπεβλήθη σε εκλεκτική καισαρική τομή με συνδυασμένη υπαραχνοειδή και επισκληρίδιο αναισθησία. Είχε ιστορικό κρίσεων πανικού και κατάθλιψης. Την 2η μετεγχειρητική μέρα εμφάνισε κεφαλαλγία επιδεινούμενη στην όρθια στάση. Παρόλο που δεν υπήρχε ένδειξη τρώσης της σκληράς μήνιγγας κατά την επιτέλεση της αναισθησίας, λόγω της ορθοστατικής φύσης της κεφαλαλγίας, αυτή θεωρήθηκε απόρροια ατυχηματικής τρώσης της σκληράς μήνιγγας και χορηγήθηκε η ανάλογη αγωγή. Η συμπτωματολογία της επιτόκου υποχώρησε και έλαβε εξιτήριο την 5ή μετεγχειρητική μέρα σε καλή γενική κατάσταση με σύσταση για άμεση επανεκτίμηση σε περίπτωση επανεμφάνισης των συμπτωμάτων. Τρεις ημέρες μετά, οι συγγενείς της ενημέρωσαν τον υπεύθυνο αναισθησιολόγο ότι η επίτοκος δεν ήταν σε καλή κατάσταση και ότι ο πονοκέφαλος είχε επανεμφανιστεί, έχοντας απωλέσει όμως τον ορθοστατικό του χαρακτήρα. Η επίτοκος ωστόσο αρνήθηκε να επιστρέψει στο Νοσοκομείο για επανεκτίμηση. Τις επόμενες μέρες, το συγγενικό της περιβάλλον ενημέρωσε τον υπεύθυνο αναισθησιολόγο, που επέμενε για εισαγωγή της επιτόκου στο Νοσοκομείο, ότι η κεφαλαλγία είχε υφεθεί αλλά η επίτοκος είχε αρχίσει να έχει περιέργη συμπεριφορά και απέρριπτε κάθε είδους αλληλεπίδραση με το νεογνό. Οι συγγενείς συμβουλευτήκαν ψυχίατρο που διέγνωσε αγχώδη διαταραχή λόγω και του ιστορικού της επιτόκου και πρότεινε αγχολυτική αγωγή. Την 7η μετεγχειρητική μέρα, η επίτοκος επανεισήχθη επειγόντως στο νοσοκομείο, με αδυναμία ομιλίας και κατατονική. Παρά την εξέτασή της από νευρολόγο, δεν διεγνώσθη νευρολογική συνδρομή ενώ η εικόνα της αποδόθηκε σε μείζονα επιλόχειο κατάθλιψη από τον κληθέντα ψυχίατρο και έγινε έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής. Το βράδυ της ίδιας μέρας, η επίτοκος εμφάνισε τονικοκλονικούς σπασμούς και υπεβλήθη σε εισαγωγή CT εγκεφάλου, η οποία ανέδειξε πολλαπλά έμφρακτα του αριστερού ημισφαιρίου με αιμορραγικά στοιχεία. Εγινε διάγνωση θρόμβωσης των φλεβωδών κόλπων, άμεση έναρξη ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους με άμεση βελτίωση της κλινικής εικόνας κατά τις επόμενες ημέρες.

**Αποτελέσματα:** Η εγκεφαλική θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων οφείλεται στην εγκεφαλική φλεβική αγγειοδιαστολή και την ενδοκράνια υπόταση στα πλαίσια της υπερπηκτικότητας μετά τον τοκετό και μπορεί να έχει ιδιαίτερα δυσμενή έκβαση επί μη έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης.

**Συμπεράσματα:** Η καθυστέρηση στη διάγνωση στο συγκεκριμένο περιστατικό τονίζει τη σημασία της έγκαιρης νευρολογικής εκτίμησης και απεικονιστικών εξετάσεων στην επίτοκο επί νέων ή εμμένοντων νευρολογικών συμπτωμάτων. Η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της εμμένουσας κεφαλαλγίας, ειδικά επί άτυπης κλινικής εικόνας.

### ΕΑ17 Αντιμετώπιση κεφαλαλγίας μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία με βελονισμό

Κοκκίνης Κ., Αθανασπούλου Α.

Αναισθησιολογικό τμήμα Γ. Ν. Πατρών

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού κεφαλαλγίας μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία, το οποίο αντιμετωπίστηκε με βελονισμό.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής ΙΙ-τόκος υποβλήθηκε σε προγραμματισμένη καισαρική τομή υπό υπαραχνοειδή αναισθησία. Η αναισθησία πραγματοποιήθηκε με βελόνη 25 G στο Ο2-Ο3 διάστημα και η παρακέντηση έγινε

με την πρώτη προσπάθεια. Η επέμβαση ήταν χωρίς προβλήματα. Την 1η μετεγχειρητική ημέρα η γυναίκα παρουσίασε ήπια κεφαλαλγία (VAS-3) η οποία αντιμετωπίστηκε με κλινοστατισμό και παρακεταμόλη. Την 3η μετ' ημέρα έλαβε εξιτήριο με την ίδια ένταση κεφαλαλγίας (VAS-3). Το απόγευμα της ίδιας ημέρας προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της Μαιευτικής κλινικής με εντονότατη κεφαλαλγία (VAS-8). Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε έντονη ινιακή κεφαλαλγία (VAS- 8-9) με επιβάρυνση κατά τις κινήσεις του αυχένα, φωτοφοβία, ναυτία με εμέτους και εμβοές. Σε συνεννόηση με την ασθενή αποφασίστηκε η εφαρμογή βελονισμού για την αντιμετώπιση της. Τα βελονιστικά σημεία ήταν Η 3, ΠΕ 4, ΛΕ 3, ΟΚ 6ο, ΟΚ 10, ΧΚ 20 άμφω και Du 16. Μετά την πρώτη συνεδρία η ένταση της κεφαλαλγίας υποχώρησε (VAS-4-5), αποκαταστάθηκε η κινητικότητα της αυχενικής μοίρας κατά 50% όπως και η ένταση των υπόλοιπων ενοχλημάτων. Την επόμενη ημέρα ακολούθησε άλλη μια συνεδρία με τα ίδια βελονιστικά σημεία και σχεδόν πλήρη ύφεση της κεφαλαλγίας (VAS-1-2), ύφεση των υπόλοιπων ενοχλημάτων και αποκατάσταση της κινητικότητας του αυχένα στο 90%. Λόγω της βελτίωσης της κλινικής εικόνας δεν χρειάστηκε 3η συνεδρία.

**Συμπεράσματα:** Ο βελονισμός φαίνεται ότι αποτελεί μια απλή, χαμηλού ρίσκου θεραπευτική αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία. Το γεγονός έχει περιγραφεί σε μερικά case reports.

#### Βιβλιογραφία:

Acupuncture for treatment of therapy resistant post-dural puncture headache: a retrospective case series.(BJA Nov. 2013)

## ΕΑ18 Σύγκριση δεξμεδετομιδίνης και λιδοκαΐνης με εικονικό φάρμακο στην πρόληψη εμφάνισης χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου: προοπτική, τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλή μελέτη

Ρεκατσίνα Μ., Θεοδοσοπούλου Π., Στάικου Χ.

Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

**Σκοπός:** Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος (ΧΜΠ) αποτελεί για σημαντικό αριθμό ασθενών το βασικότερο πρόβλημα ακόμη και αρκετούς μήνες μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Από τη βιβλιογραφία, προκύπτει ότι στους 12 μήνες, η συχνότητα εμφάνισης μέτριου έως σοβαρού ΧΜΠ έχει αρκετά υψηλά ποσοστά, ενώ σε πολύ μεγάλο ποσοστό των ανωτέρω ασθενών, καταγράφονται νευροπαθητικά στοιχεία. Τα παραπάνω στοιχεία είναι ανησυχητικά και οδηγούν σε αναζήτηση τόσο περιορισμού των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης ΧΜΠ, όσο και σε αναζήτηση των προγνωστικών στοιχείων των ασθενών που πρόκειται να αναπτύξουν ΧΜΠ, προκειμένου να δοθεί ιδιαίτερη σημασία σε αυτούς καθώς και έγκαιρη, εξατομικευμένη θεραπεία του πόνου τους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στην παρούσα διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη, συμπεριλήφθηκαν 51 γυναίκες, ηλικίας 30-70 ετών, ASA I-II, οι οποίες υποβλήθηκαν σε κοιλιακή ολική υστερεκτομή ή κοιλιακή ινομυωματεκτομή. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 3 ομάδες. Πριν την εισαγωγή στην αναισθησία ελάμβαναν ενδοφλέβιο διάλυμα με ρυθμό 0.9ml/kg/h για 10 λεπτά, μέσω μιας ηλεκτρονικής αντλίας. Μετά την εισαγωγή στην αναισθησία και μέχρι το τελευταίο ράμμα η ροή ρυθμιζόταν στα 0.15ml/kg/h. Η σύριγγα περιείχε είτε λιδοκαΐνη 10mg/ml (δόση φόρτισης 1.5mg/kg, δόση διατήρησης 1.5mg/kg/h), είτε δεξμεδετομιδίνη 4mcg/ml (δόση φόρτισης 0.6mcg/kg, δόση διατήρησης 0.6mcg/kg/h), είτε NaCl 0,9%. Όλες οι σύριγγες ήταν πανομοιότυπες, περιείχαν 50ml διαλύματος, ενώ οι ασθενείς ελάμβαναν τα διαλύματα με τον ίδιο ρυθμό. Στη συνέχεια, μετά από στενή παρακολούθηση για τις πρώτες 48 ώρες μετεγχειρητικά, οι ασθενείς αξιολογούνταν ως προς την πιθανότητα ανάπτυξης χρόνιου πόνου στους 3, 6 και 12 μήνες μετά το χειρουργείο.

**Αποτελέσματα:** Στην τελική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν δεδομένα από 42 ασθενείς. Ανεξαρτήτως ομάδας, οι ασθενείς με μεγαλύτερα NRS (Numerical Rating Score) cough- σκορ στις 48 ώρες ανέφεραν μεγαλύτερες τιμές πόνου NRS στους 3 (p=0.01) και 6 μήνες 3 (p=0.03). Η λιδοκαΐνη συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντική μείωση του πόνου στους 6 μήνες (p=0.014), νωρίτερα δηλαδή σε σχέση με τη δεξμεδετομιδίνη (p=0.005) ή το εικονικό φάρμακο (p=0.001), όπου η διαφορά αυτή προέκυψε στους 12 μήνες. Επιπλέον, αναφορικά με το νευροπαθητικό πόνο, οι μεγαλύτερες τιμές NRS cough στις 48 ώρες συσχετίστηκαν με υψηλότερες τιμές DN4 στους 6 (p=0.02) και 12 μήνες (p=0.04). Τέλος, οι τιμές του DN4 στους 12 μήνες συγκριτικά με τις τιμές στους 3 μήνες αναδείχθηκαν σημαντικά μειωμένες, τόσο για την ομάδα που έλαβε λιδοκαΐνη (p=0.007), όσο και για την ομάδα που έλαβε δεξμεδετομιδίνη (p=0.029).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα μας δείχνουν υπεροχή της λιδοκαΐνης όσον αφορά το χρόνιο



διάστημα που απαιτείται για την ίαση του εναπομείναντος μετεγχειρητικού πόνου. Επιπλέον τόσο η δεξμεδετομιδίνη, όσο και η λιδοκαΐνη δείχνουν να έχουν προστατευτικό ρόλο απέναντι στα νευροπαθητικά στοιχεία που αναπτύσσονται παράλληλα με το ΧΜΠ.

## ΕΑ19 Μελέτη επίδρασης της δεξμεδετομιδίνης σε συγχρόνηση με μειωμένη δόση της ροπιβακαΐνης στον αποκλεισμό μηριαίου νεύρου για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου σε αρθροπλαστική γόνατος

**Δουμπάρατζη Μ.,** Σμυρνιώτης Δ., Μιτσοκάπας Α., Ρουντ Ι., Κωτούζας Α., Πολυχρονίου Α., Κιτσιοπούλου Ε., Γκουτζιομήτρου Ε.

Ανασθησιολογικό Τμήμα ΓΝ Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

**Εισαγωγή:** Η δεξμεδετομιδίνη, ως εκλεκτικός α2 αγωνιστής με τις γνωστές φαρμακολογικές του ιδιότητες χρησιμοποιείται όλο και συχνότερα σήμερα ως επικουρικός παράγοντας στην ενίσχυση της δράσης του τοπικού αναισθητικού, στα πλαίσια της πολυπαραγοντικής αναλγησίας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρατήρηση της επίδρασης της δεξμεδετομιδίνης σε συνδυασμό με ελαττωμένη δόση τοπικού αναισθητικού στον αποκλεισμό μηριαίου νεύρου για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, το πρώτο 24ωρο, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αρθροπλαστική γόνατος υπό ραχιαία αναισθησία.

**Υλικό – μέθοδος:** Το υλικό μας αποτέλεσαν 17 ασθενείς, ηλικίας 65-75 ετών, ASA I – II, με σωματικό βάρος 70 – 85 kg. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε επέμβαση αρθροπλαστική γόνατος υπό ραχιαία αναισθησία (σημείο παραχνοειδούς παρακέντησης O2-O3 ή O3-O4 και έγχυσης διαλύματος ροπιβακαΐνης 2,5ml 7,5mg/ml και 25 mcg φεντανύλης). Μετά το πέρας του χειρουργείου, στη μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας, στους ασθενείς διενεργήθηκε αποκλεισμός μηριαίου νεύρου υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και νευροδιέγερση. Από το σύνολο των ασθενών, σε 8 ασθενείς που αποτέλεσαν την ομάδα Α, χορηγήθηκε στο μηριαίο νεύρο μια δόση τοπικού αναισθητικού 0,2 ml/kg ροπιβακαΐνης 3,75mg/ml . Στην ομάδα Β, σύνολο 9 ασθενών, χορηγήθηκε 0,1ml/kg ροπιβακαΐνης 3,75mg/ml σε συνδυασμό με δεξμεδετομιδίνη 1mcg/kg. Σε όλους τους ασθενείς ακολουθήθηκε το ίδιο πρωτόκολλο μετεγχειρητικής αναλγησίας: παρακεταμόλη 1gr x 3, παρεκοξίμητη 40mg x 2. Η καταγραφή του επιπέδου πόνου έγινε με την οπτική αναλογική κλίμακα VAS στις 6, 12 και 24 ώρες μετεγχειρητικά.

**Αποτελέσματα:** Οι δύο ομάδες ήταν στατιστικά συγκρίσιμες ως προς τα δημογραφικά στοιχεία και τη συνοσηρότητα. Το μέσο επίπεδο πόνου των ασθενών της ομάδας Α ήταν 3,5 στις 6h, 4,9 στις 12h και 6,6 στις 24h ενώ της ομάδας Β 2,8 στις 6h, 3,4 στις 12h και 5,4 στις 24h σύμφωνα με την κλίμακα VAS. Παρόλο που, για την κάθε χρονική στιγμή που ελέγχθηκε, η μέση τιμή του VAS για την ομάδα Β καταγράφηκε χαμηλότερη εκείνης της ομάδας Α, η διαφορά στο μέσο επίπεδο πόνου μεταξύ των δύο ομάδων δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο της repeated MANOVA με χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS v. 22

**Συμπέρασμα:** Η προσθήκη της δεξμεδετομιδίνης στο διάλυμα του τοπικού αναισθητικού για την επίτευξη μηριαίου αποκλεισμού με στόχο την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου σε επεμβάσεις ολικής αρθροπλαστικής γόνατος επιτρέπει τη μείωση της χορηγούμενης δόσης του τοπικού αναισθητικού χωρίς υστέρηση στο αναλγητικό αποτέλεσμα.

## ΕΑ20 Συνδυασμός συνεχούς μηριαίου και εφάπαξ ισχιακού αποκλεισμού για μετεγχειρητική αναλγησία σε ολική αρθροπλαστική γόνατος

**Κοράκη Ε.,** Πιστιώλας Γ., Σηφάκη Φ., Γκιουλιάβα Α., Κολεσνίκοβα Α., Σταματοπούλου Μ., Λίολιος Μ., Τρικούπη Α.

Ανασθησιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση του συνδυασμού μηριαίου αποκλεισμού με συνεχή έγχυση τοπικού αναισθητικού και εφάπαξ ισχιακού αποκλεισμού ως μια αποτελεσματική μέθοδο για την

αντιμετώπιση του οξέως μετεγχειρητικού πόνου των ασθενών που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική γόνατος (ΟΑΓ).

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναδρομικά καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς (n=71) που υποβλήθηκαν σε ΟΑΓ εντός του 2018. Ως μέθοδος αναισθησίας επιλέχθηκε η υπαραχνοειδής και για μετεγχειρητική αναλγησία πραγματοποιήθηκε συνδυασμός συνεχούς μηριαίου αποκλεισμού (με τοποθέτηση καθετήρα και αντλίας συνεχούς έγχυσης) και εφάπαξ ισχιακού αποκλεισμού. Οι περιφερικοί αποκλεισμοί πραγματοποιήθηκαν με υπερηχογραφική καθοδήγηση και νευροδιέγερση, ενώ χρησιμοποιήθηκαν βελόνες 80mm. Ως αρχική δόση χορηγήθηκαν διαλύματα ropivacaine 0.5% και lidocaine 1%. Χρησιμοποιήθηκαν αντλίες συνεχούς έγχυσης με δυνατότητα χορήγησης 5-7-12 ml/h οι οποίες πληρώνονταν με 150ml ropivacaine 0.2%. Οι ασθενείς παρακολουθούνταν μετεγχειρητικά, ανά έξι ώρες, έως και την αφαίρεση του καθετήρα την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα, με γνώμονα την κατάλληλη τιτλοποίηση του τοπικού αναισθητικού για την επίτευξη της ιδανικής αναλγησίας και κινητικότητας.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 24 άνδρες (33,8%) και 47 γυναίκες (66,2%) με μέσο όρο ηλικίας τα 72,31 έτη [39,88]. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν ως ASA II (n=32), ASA III (n=37) και ASA IV (n=2), με μέσο όρο (BMI)= 27,67 Kg/m<sup>2</sup>. Κατά τη μετεγχειρητική επίσκεψη στο θάλαμο 24 ώρες μετά την επέμβαση, για την αξιολόγηση του πόνου, αναφέρθηκε μέσος όρος VAS score στην ηρεμία 1,2/10 και στην κίνηση 2,64/10. Οι ασθενείς κινητοποιήθηκαν και υποβλήθηκαν σε φυσικοθεραπεία ανεπίπλεκτα στους προβλεπόμενους χρόνους. Επιπρόσθετα οι ανάγκες για κατ' επίκληση ενδοφλέβιους αναλγητικούς παράγοντες στην ορθοπαιδική κλινική ήταν περιορισμένες.

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός μηριαίου αποκλεισμού με συνεχή έγχυση και εφάπαξ ισχιακού αποκλεισμού αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο μετεγχειρητικής αναλγησίας σε επεμβάσεις ΟΑΓ. Η επώδυνη επέμβαση, αλλά και η ανάγκη για γρήγορη κινητοποίηση και φυσικοθεραπεία του ασθενή αποτελούν προκλήσεις για τον αναισθησιολόγο. Αυτές μπορεί να τις διαχειριστεί αποτελεσματικά με το συνδυασμό περιφερικών νευρικών αποκλεισμών στα πλαίσια της πολυπαραγοντικής αναλγησίας η οποία αποτελεί την αναισθησιολογική τάση της εποχής μας.

#### Βιβλιογραφία:

- 1 Kim TW, Park SJ, Lim SH, Seong SC, Lee S, Lee MC. Which analgesic mixture is appropriate for periarticular injection after total knee arthroplasty? Prospective, randomized, double-blind study. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy: official journal of the ESSKA.* 2014.
- 2 Karlsen A P, Wettterslev M, Hansen S E, Hansen M S, Mathiesen O, Dahl J B. Postoperative pain treatment after total knee arthroplasty: a systematic review. *PLoS One* 2017; 12(3): e0173107.
- 3 Kehlet H. Fast-track hip and knee arthroplasty. *Lancet* 2013; 381(9878): 1600–2.

## ΕΑ21

### Καταστολή με δεξμετομιδίνη σε ηλικιωμένους ασθενείς για επέμβαση υπό υπαραχνοειδή αναισθησία λόγω κατάγματος

Μπαϊρακτάρη Α., Ταταρίδη Ο., Χρυσικοπούλου Α., Κολλισπούλου Γ., Νικολακοπούλου Ε., Μοσχοντόπουλος Κ., Τσακிரάκη Κ.

Αναισθησιολογικό τμήμα, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

**Σκοπός** της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η δοσολογία και η αποτελεσματικότητα της δεξμετομιδίνης σε ηλικιωμένους ασθενείς που χειρουργούνται για κατάγματα ισχίου με υπαραχνοειδή αναισθησία.

**Υλικό – Μέθοδος:** Το υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν 40 ασθενείς ηλικίας 67-92 ετών, ASA I-III, με κατάγματα ισχίου (υποκεφαλικά, διατροχαντήρια) που χειρουργήθηκαν με υπαραχνοειδή αναισθησία και έλαβαν καταστολή με δεξμετομιδίνη. Σε κανένα από τους ασθενείς δεν υπήρχε αντένδειξη για χορήγηση δεξμετομιδίνης. Οι ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες. Στους ασθενείς της ομάδας Α (N=20) μετά την υπαραχνοειδή αναισθησία, εγίνετο φόρτιση με δεξμετομιδίνη 1μg/kg για 10 min (6μg/kg/h) και εν συνεχεία έγχυση με τιτλοποίηση της δεξμετομιδίνης. Στους ασθενείς της ομάδας Β (N=20) μετά την υπαραχνοειδή αναισθησία, δεν εγίνετο φόρτιση αλλά έγχυση με τιτλοποίηση της δεξμετομιδίνης. Και στις δύο ομάδες στόχος ήταν η επίτευξη επιπέδου καταστολής Ramsey 4-5 στην κλίμακα Ramsey σε 15 min μετά την έναρξη της έγχυσης. Καταγράφηκαν ο ρυθμός έγχυσης, ΑΠ, ΚΣ, αναπνευστική συχνότητα, SpO<sub>2</sub>, ο αριθμός των ασθενών στους οποίους έγινε διακοπή της έγχυσης λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας. Εάν ΚΣ < 45/min χορηγείτο ατροπίνη και εάν ΣΑΠ < 100 mgHg χορηγείτο εφεδρίνη.

## Αποτελέσματα:

	Ομάδα Α	Ομάδα Β
Μέση ηλικία	79,2 έτη	81,5 έτη
Ρυθμός έγχυσης	0,4-2 μg/kg/h	0.4-2.8 μg/kg/h
Διακοπή έγχυσης	N=1	N=2
Αναπνευστική Καταστολή	N=0	N=0

## Συμπεράσματα:

1. Ο ρυθμός έγχυσης της δεξμετομιδίνης στους ηλικιωμένους ασθενείς ποικίλλει και εμφανίζει σημαντικές διακυμάνσεις.
2. Δεν απαιτείται δόση φόρτισης.
3. Εφόσον χορηγείται σε ασθενείς που δεν έχουν αντένδειξη, δεν εμφανίζεται αιμοδυναμική αστάθεια ή αναπνευστική καταστολή.
4. Η δεξμετομιδίνη εξασφαλίζει ικανοποιητική καταστολή και αποφεύγεται επομένως η χορήγηση βενζοδιαζεπινών.

## EA22

Γενική αναισθησία vs περιοχική αναισθησία στη μετεγχειρητική αντιμετώπιση του πόνου που σχετίζεται με την τοποθέτηση διουρηθρικού καθετήρα της ουροδόχου κύστεως

Τομαρά Ε., Γκίκα Α., Χριστοδούλου Α., Γρηγοράκη Α., Γεωργιτσογιαννάκος Π., Κορύζη Τ., Λουίζος Α.  
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Αθήνα

**Σκοπός:** Ο σχετιζόμενος με την τοποθέτηση διουρηθρικού καθετήρα πόνος (δυσφορία), ο οποίος παρουσιάζεται στους ασθενείς που υποβάλλονται σε διουρηθρικές επεμβάσεις της ουροδόχου κύστεως και του προστάτη, είναι ανθεκτικός στη συμβατική θεραπεία με οπιοειδή. Η σωματική νεύρωση του έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας προέρχεται από το οπίσθιο κέρασ της ιερής μοίρας του Νωτιαίου Μυελού (Ι2-Ι4). Σκοπός της μελέτης είναι ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής περιοχικής αναισθησίας στην αντιμετώπιση του CRBD (catheter-related bladder discomfort).

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε σύνολο 52 ασθενών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διουρηθρική επέμβαση, παρακολούθησαμε την επίπτωση του πόνου. Οι ασθενείς κατατάσσονται σε δύο ομάδες σύμφωνα με το είδος αναισθησίας. Στην πρώτη ομάδα οι ασθενείς υποβάλλονται σε γενική αναισθησία (n=32) για τη διενέργεια της επέμβασης. Γίνεται εισαγωγή στην αναισθησία με τη χορήγηση μιδαζολάμης 0,015mg/kg, ρεμφαιντανύλης 1μg/kg, προποφόλη 2mg/kg και ροκουρόνιο 0,6mg/kg και συντήρηση της αναισθησίας με σεβοφλουράνιο και ρεμφαιντανύλη. Είκοσι λεπτά περίπου πριν το τέλος της επέμβασης χορηγείται παρακεταμόλη 1gr και τραμαδόλη 1mg/kg. Στη δεύτερη ομάδα (n=20), οι ασθενείς υποβάλλονται σε υπαραχνοειδή αναισθησία στο επίπεδο Ο3-Ο4 με διάλυμα lidocaine 2% 2ml και chirocaine 0,5% 1ml και ήπια καταστολή με μιδαζολάμη 0,015mg/kg. Οι ασθενείς και των δύο ομάδων καλύπτονται για την αποφυγή ναυτίας και εμέτων με την χορήγηση οντασετρόνης 0,05mg/kg, μετοκλοπραμίδης 10mg και λαμβάνουν και γαστροπροστασία. Μετεγχειρητικά λαμβάνουν συστηματικά παρακεταμόλη και σαν δόση διάσωσης χρησιμοποιείται τραμαδόλη 1mg/kg. Ελέγχουμε τον πόνο μετεγχειρητικά με την κλίμακα VAS την 1η, 2η, 6η και 24η. Ο αριθμός των ασθενών που χρειάστηκαν δόση διάσωσης (τραμαδόλη) για την CRBD έχει καταγραφεί.

**Αποτελέσματα:** Η επίπτωση της πόνου την πρώτη μετεγχειρητική ώρα ήταν χαμηλότερη στην ομάδα των ασθενών υπό περιοχική αναισθησία 20% ενώ στην ομάδα της γενικής αναισθησίας ήταν 56%. Τη δεύτερη και έκτη ώρα μετεγχειρητικά το 62% των ασθενών (20) που είχαν υποβληθεί σε γενική αναισθησία παρουσίασαν δυσφορία, ενώ από την ομάδα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε περιοχική αναισθησία μόλις το 10% εμφάνισαν δυσφορία (2). Μετά την πάροδο 24 ωρών οι ασθενείς που παρουσίασαν πόνο (VAS>5) ήταν 31% στην πρώτη ομάδα (10 ασθενείς), ενώ μόλις 5% στη δεύτερη ομάδα (1 ασθενής). Δόση διάσωσης χρειάστηκαν 37% των ασθενών της πρώτης ομάδας (12 ασθενείς) και 5% της δεύτερης ομάδας (1 ασθενής).

**Συμπεράσματα:** Η υπαραχνοειδής αναισθησία σαν είδος αναισθησίας μειώνει την επίπτωση του

---

μετεγχειρητικού πόνου που προκαλεί η ύπαρξη ουρητηρικού καθετήρα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε διουρηθρικές επεμβάσεις, συγκριτικά με την γενική αναισθησία.

**Βιβλιογραφία:**

Journal of Anesthesia (2019) 33:197-208 comparative effectiveness of interventions for managing postoperative CRBD:a systematic review and network meta-analysis

---

## ΕΑ23

### Κεφαλαλγία μετά από τρώση σκληράς μήνιγγας, αντιμετώπιση με εφαρμογή επισκληριδίου εμβάλωματος: παρουσίαση περιστατικού

Westzaan N., Κουρούκλη Ε., Κέκελος Π., Γρηγοράκη Α., Παπαδήμα Α., Καρασάββα Ε., Λουΐζος Α.  
Αναισθησιολογικό τμήμα Ιπποκράτειο ΓΝ Αθηνών

Η κεφαλαλγία μετά από τρώση σκληράς μήνιγγας έχει συχνότητα εμφάνισης που ποικίλει ανάλογα με τον ασθενή, την τεχνική και παράγοντες κινδύνου. Μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία κυμαίνεται στο 1-3% ενώ σε εγκύους μπορεί να φτάσει το 80-88%. Μπορεί δε να προκύψει και σε επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη όπου έχει σχιστεί η σκληρά μήνιγγα. Πρόκειται για κεφαλαλγία θέσεως, η οποία επιδεινώνεται όταν ο ασθενής είναι όρθιος ή κάθεται και βελτιώνεται σε ύπτια θέση. Μπορεί να συνοδεύεται από αυχενική δυσκαμψία, φωτοφοβία, ναυτία, διαταραχές ακοής. Η συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ανάπαυση, ενυδάτωση, καφεΐνη και αναλγητικά. Επιπλέον, στη βελτίωση των συμπτωμάτων αναφέρεται ότι συμβάλουν τα αγγειοσυσπαστικά, η θεοφυλλίνη, η σουματριπτίνη και η ACTH. Εάν η συντηρητική θεραπεία δεν έχει αποτέλεσμα τότε εφαρμόζεται επισκληρίδιο εμβάλωμα. Η εφαρμογή του συνιστάται να γίνεται στο μεσοσπονδύλιο διάστημα της αρχικής έγχυσης, ενώ εάν έγιναν τρώσεις σε διάφορα επίπεδα στο χαμηλότερο από αυτά.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής, γυναίκα 35 ετών, προσήλθε στο ιατρείο πόνου του νοσοκομείου μας με κεφαλαλγία θέσης, άμεσα μετεγχειρητικά, μετά από αφαίρεση αραχνοειδούς κύστεως, στο ύψος του L2 σπονδύλου. Εφαρμόστηκε συντηρητική θεραπεία με ενυδάτωση, καφεΐνη, αναλγητικά και ανάπαυση χωρίς σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων. Έτσι μετά από CT μυελογραφία και επιβεβαίωση τηςσχάσης της σκληράς μήνιγγας και του σημείου διαφυγής του ENY, έγινε παραπομπή από Νευροχειρουργό για εφαρμογή επισκληριδίου εμβάλωματος. Ενα μήνα πριν την επίσκεψη στο Ιπποκράτειο αναφέρει εφαρμογή εμβάλωματος σε ιδιωτικό θεραπευτήριο στην Ο.Μ.Σ.Σ. χωρίς αποτέλεσμα.

Αποφασίστηκε η εφαρμογή επισκληριδίου εμβάλωματος διά του ιερού σχίσματος υπό ακτινοσκόπηση. Ο εντοπισμός του χώρου επιβεβαιώθηκε με τη χορήγηση σκιαγραφικού 1,5ml μέσω βελόνας βελόνης Tuohy 18 gauge. Ακολούθησε χορήγηση αυτόλογου αίματος, το οποίο ελήφθη υπό πλήρως άσηπτες συνθήκες σε όγκο 30ml. Άμεσα μετά την έγχυση τα συμπτώματα της ασθενούς υποχώρησαν.

**Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** η εφαρμογή επισκληριδίου εμβάλωματος έχει υψηλή αποτελεσματικότητα όταν εφαρμόζεται σε επίπεδο ίδιο ή χαμηλότερο με αυτό της αρχικής τρώσης της σκληράς μήνιγγας με ακτινοσκοπική επιβεβαίωση της θέσης της βελόνας.

**Βιβλιογραφία:**

1. I-WenChenChien, MingLin. Fluoroscopy-guided caudal epidural blood patch for relieving post-dural puncture headache after lumbar spine surgery.

Egyptian Journal of Anaesthesia. Volume 33, Issue 1, January 2017, Pages 133-135.

2. Brian T Bateman, MD, MSc Naida Cole, MD Christina Sun-Edelstein, MD, FRACP Christine L Lay, MD, FRCPC David L Hepner, MD Jerry W Swanson, MD, MHP Marianna Crowley, MD John F Dashe, MD, PhD. Post dural puncture headache. Up To Date, April 26, 2019.

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV: ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Προεδρείο: Α. Πετσίτη, Φ. Γεωργιάδου, Αικ. Κατρακάζου

## EA24 Νευροπαθητικός πόνος και βλεννογονίτιδα στόματος σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου υπό ακτινοθεραπεία ή χημειοακτινοθεραπεία

**Κουρή Μ.<sup>1</sup>**, Νικολάτου-Γαλίτη Ο.<sup>1</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>2</sup>, Κουλουλιάς Β.<sup>3</sup>, Παπαδοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Βάρδας Ε.<sup>1</sup>, Γαλίτης Ε.<sup>4</sup>, Κυροδήμος Ε.<sup>5</sup>, Τριχάς Μ.<sup>6</sup>, Ζυγογιάννη Α.<sup>7</sup>, Λιακούλη Ζ.<sup>7</sup>, Ψυρρή Α.<sup>8</sup>.

<sup>1</sup> Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup> Κλινική Πόνου, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>3</sup> 2<sup>ο</sup> τμήμα Ακτινολογίας, Μονάδα Ακτινοθεραπείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>4</sup> Κλινική Στοματοπροσωπικού Πόνου, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>5</sup> ΩΡΛ Κλινική, Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>6</sup> Τμήμα Ακτινοθεραπείας, Νοσοκομείο «Ιασώ», Αθήνα, <sup>7</sup> 1<sup>ο</sup> τμήμα Ακτινολογίας, Μονάδα Ακτινοθεραπείας, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>8</sup> Ογκολογικό τμήμα, «Αττικό» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**Σκοπός:** Η επώδυνη βλεννογονίτιδα στόματος είναι μια σοβαρή επιπλοκή σε ασθενείς με Καρκίνο Κεφαλής-Τραχήλου (ΚΚΤ) υπό Ακτινοθεραπεία (ΑΘ) ή Χημειοακτινοθεραπεία (ΧΑΘ). Ο προκαλούμενος πόνος μπορεί να είναι σωματοαισθητικός ή/και νευροπαθητικός. Ο Νευροπαθητικός Πόνος (ΝΠ) στους ασθενείς με ΚΚΤ συχνά υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται. Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνηθεί η ύπαρξη ΝΠ σχετιζόμενου με βλεννογονίτιδα στόματος στους ασθενείς με ΚΚΤ κατά την ΑΘ/ΧΑΘ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριελήφθησαν σαράντα ασθενείς με ΚΚΤ υπό ΑΘ/ΧΑΘ. Ο ΝΠ αξιολογήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου Douleur Neuropathique 4 (DN4) μόλις οι ασθενείς ανέφεραν μέτριο/ισχυρό πόνο σε μια Αριθμητική Αναλογική Κλίμακα (ΑΑΚ) 0-10, (ΑΑΚ<sub>≥5</sub>). Αξιολογήθηκαν η παρουσία βλεννογονίτιδας και ξηροστομίας ενώ έγινε καταγραφή της αναλγητικής αγωγής.

**Αποτελέσματα:** Είκοσι-έξι ασθενείς (μέσος όρος ηλικίας 63.54 έτη) με μέτριο/ισχυρό πόνο συμπλήρωσαν το DN4 (μέσο αποτέλεσμα ΑΑΚ 7.46). Πέντε ασθενείς (19.23%) είχαν θετικό για ΝΠ αποτέλεσμα DN4<sub>≥4</sub>. Ο πιο συχνός περιγραφικός όρος για τον ΝΠ ήταν «κάψιμο» (34.62%), ακολουθούμενος από «ηλεκτρικό ρεύμα» (30.77%) και «βελονιές και τσιμπήματα» (30.77%). Στατιστικά σημαντικές διαφορές (p<0.05) μεταξύ των θετικών και αρνητικών DN4 βρέθηκαν για τα «ηλεκτρικό ρεύμα», «μυρμήγκιασμα», «βελονιές και τσιμπήματα» και «μούδιασμα». Εννέα ασθενείς δεν ανέφεραν κανένα περιγραφικό όρο για τον ΝΠ. Παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του αποτελέσματος του DN4 και της έντασης του πόνου, της βλεννογονίτιδας και της ξηροστομίας (p<0.02). Αναλγητική αγωγή χορηγήθηκε σε 15 (15/26, 57.69%) ασθενείς. Συνοδή αναλγητική αγωγή για το ΝΠ χορηγήθηκε σε 1 ασθενή (1/5, 20%) με θετικό DN4 αποτέλεσμα.

**Συμπεράσματα:** Αξιολογήθηκε για πρώτη φορά ο σχετιζόμενος με τη βλεννογονίτιδα στόματος ΝΠ κατά την ΑΘ/ΧΑΘ για ΚΚΤ. Νευροπαθητικός πόνος καταγράφηκε σε 5 ασθενείς, ενώ ένας από αυτούς ελάμβανε συνοδά αναλγητικά για το ΝΠ. Αυτή η μελέτη αναδεικνύει την έλλειψη επαρκούς αναγνώρισης και αντιμετώπισης του ΝΠ.

## EA25 Χρόνος προσέλευσης στο Ιατρείο Πόνου και επιβίωση των ασθενών με Καρκινικό Πόνο

Παπαγεωργίου Ε., Βελίκη Ν., Γρηγοριάδου Π., Σιώπη Β., Ανίσσολου Σ.  
ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου ΑΝΘ Θεαγένειο

**Εισαγωγή:** Ο πόνος αποτελεί κοινό σύμπτωμα μεταξύ των καρκινοπαθών. Εντούτοις, δεν ελέγχεται επαρκώς σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών. Σημαντική αιτία της υποθεραπείας του καρκινικού πόνου, είναι και η καθυστερημένη προσέλευση των ασθενών σε εξειδικευμένα Κέντρα Πόνου.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης, είναι να αναδείξει το μέγεθος του προβλήματος της καθυστερημένης προσέλευσης στα Κέντρα Πόνου, σε σχέση με την επιβίωση των ασθενών μετά την πρώτη επίσκεψή τους.

**Μέθοδος:** Μελετήσαμε 64 ασθενείς, 20 γυναίκες (31,25%) και 44 άνδρες (68,75%), για ένα έτος και συγκεκριμένα για το χρονικό διάστημα από 01/07/2018 έως 01/06/2019. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι ασθενείς που έζησαν περισσότερο από 6 μήνες μετά την πρώτη επίσκεψη.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς είχαν μέση ηλικία τα 69,14 έτη (μέγιστη 92 έτη και ελάχιστη 42 έτη) και ο μέσος

---

χρόνος από την πρώτη επίσκεψη στο Ιατρείο Πόνου μέχρι το θάνατό τους ήταν 78,96 ημέρες(8-175 ημέρες).Στο μεσοδιάστημα ,ο μέσος όρος των επισκέψεων στο Ιατρείο ήταν 3,42 επισκέψεις.Από το σύνολο των ασθενών,οι 18(ποσοστό 28,125%) έκαναν μόνο μία επίσκεψη πριν αποβιώσουν.

**Συμπεράσματα:** Η έγκαιρη προσέλευση των ασθενών στα εξειδικευμένα Κέντρα Πόνου αποτελεί σημαντικό τμήμα της ολιστικής θεραπείας του καρκινικού πόνου.Απαιτείται συνεργασία μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων αλλά και ενημέρωση των ασθενών και της κοινωνίας γενικότερα,έτσι ώστε οι ασθενείς να μη καταλήγουν σε εξειδικευμένη βοήθεια μήνες ή/και μέρες πριν το θάνατό τους.

**Βιβλιογραφία:**

Bennett MI et al,Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain.Eur J Pain.2019 Apr;23(4):660-668

---

## ΕΑ26

### Βελονισμός σε ασθενή με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω σοβαρής στένωσης αορτικής βαλβίδας

Παπαδόπουλος Γ., Μπόλωση Μ., Καρφάκης Γ., Λένας Α., Τζίμας Π..

Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Ο βελονισμός εκτός από την αντιμετώπιση του πόνου έχει χρησιμοποιηθεί επίσης για τη θεραπεία πολλών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας σε συνδυασμό με τις συμβατικές θεραπείες. Ωστόσο, δεν υπάρχουν σαφή αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρουσίασης του περιστατικού είναι η ανάδειξη της αντιμετώπισης ασθενούς με συμπτωματική συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια NYHA Κλάση III με, λόγω στένωσης της αορτικής βαλβίδας με βελονισμό επιπλέον της συμβατικής θεραπείας που ελάμβανε η ασθενής.

**Υλικό και μέθοδος:** Γυναίκα 82 ετών με σημαντικό περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων, λόγω στένωσης αορτικής βαλβίδας, μεταφέρεται στο Ιατρείο για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της, μέχρι την διαδερμική τοποθέτηση αορτικής βαλβίδας. Η ασθενής αναφέρει δύσπνοια στη βάδιση (5 μέτρα) και σοβαρή δύσπνοια σε ηρεμία, ιδιαίτερα κατά τις νυχτερινές ώρες, όπως επίσης σημαντικό άγχος.

Από το ιστορικό, ο ασθενής αναφέρει αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας το έτος 2012 και επανεπέμβαση λόγω σοβαρής στένωσης αυτής το 2016, ΣΔ ρυθμισμένο, ΚΜ φαρμακολογικά ανεταγμένη και ΧΑΠ υπό αγωγή. Σταδιακά, η ασθενής εμφάνισε επιδείνωση των κλινικών συμπτωμάτων και προγραμματίστηκε για TAVI. Στην ασθενή εφαρμόστηκε άμεσα ηλεκτροβελονισμός.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας καταγράφεται σημαντική βελτίωση της δύσπνοιας και σημαντική βελτίωση του άγχους.

Συνολικά εφαρμόστηκαν 8 συνεδρίες ηλεκτροβελονισμού, μία φορά την εβδομάδα με διατήρηση του αποτελέσματος σε κάθε συνεδρία.

Αν και η υπερηχοκαδιογραφική μελέτη που έγινε 3 μέρες μετά την 6 η συνεδρία δεν ανέδειξε σημαντικές μεταβολές, η ασθενής είναι σε θέση να βαδίζει 200 – 500 μέτρα, χωρίς σημαντική δύσπνοια.

**Συμπεράσματα:** Η περιγραφή του περιστατικού δείχνει ότι ο βελονισμός μπορεί να βελτιώσει την ανοχή στην άσκηση σε ασθενή με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω καταστολής του συμπαθητικού συστήματος. Περισσότερες μελέτες είναι απαραίτητες.

---

## EA27

### Αντιμετώπιση ξηροστομίας και λευκοπενίας από χημειοθεραπεία και ακτινοβολία με βελονισμό

Μπόλωση Μ., Καρφάκης Γ., Λένας Α., Τζίμας Π., Παπαδόπουλος Γ.  
Κορύζη Τ., Λουίζος Α.

Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Ο βελονισμός χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ποικίλων συμπτωμάτων και καταστάσεων που σχετίζονται με τον καρκίνο και τις παρενέργειες των θεραπειών αντιμετώπισής του. Σημαντικά Ογκολογικά κέντρα στον κόσμο έχουν ενσωματώσει τον βελονισμό στην φροντίδα του καρκίνου.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρουσίας του περιστατικού είναι η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής του βελονισμού σε μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, των καρκινοπαθών, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους από τις παρενέργειες των απαραίτητων θεραπειών.

**Υλικό και μέθοδος:** Γυναίκα ηλικίας 45 ετών με χειρουργηθέν καρκίνο στη γλώσσα προσέρχεται στο ιατρείο 14 μήνες μετά την ολοκλήρωση χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας για την αντιμετώπιση ξηροστομίας και λευκοπενίας για τα οποία εφαρμόστηκε βελονισμός.

**Αποτελέσματα:** Για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας εφαρμόστηκαν δέκα συνεδρίες βελονισμού. Ηδη μετά τη πρώτη συνεδρία η ασθενής ένοιωσε να τρέχει σάλιο στο στόμα της και όπως χαρακτηριστικά ανέφερε «μπόρεσε να καταπιεί το σάλιο της για πρώτη φορά μετά από 1,5 χρόνια». Η ασθενής συνεχίζει να έχει σάλιο σε έκβαση 12 μήνες, μετά από 8 συνεδρίες ωτοβελονισμού και βελονισμού.

Για την αντιμετώπιση της λευκοπενίας εφαρμόστηκαν δέκα συνεδρίες βελονισμού. Πριν την πρώτη συνεδρία, δέκα μήνες μετά τη χημειοθεραπεία και την ακτινοβολία, τα λευκά αιμοσφαίρια συνέχιζαν να κυμαίνονται από 2400- 3200/μl. Μετά την πρώτη συνεδρία ανήλθαν στις 5000/ml. Σε έκβαση 12 μήνες ήταν 3.950.

**Πίνακας:** Ανάλυση των λευκών αιμοσφαιρίων 1 εβδομάδα μετά την πρώτη και δεύτερη συνεδρία βελονισμού.

Λευκά αιμοσφαίρια	3200/μl	5050/μl
Ουδετερόφιλα	2240/μl (68,1%)	3940/μl (78%)
Λεμφοκύτταρα	760/μl (23,1%)	750/μl (14,9%)
Μονοκύτταρα	200/μl (6,7%)	300/μl (0,6%)
Ηωσινόφιλα	40/ μl (1,2%)	0,01μl (0.2%)
Βασεόφιλα	30/μl (0,9%)	200/μl (0,2%)

**Συμπεράσματα:** Το αποτέλεσμα της αντιμετώπισης του περιστατικού φαίνεται να δείχνει ότι ο βελονισμός εκτός από τη διαχείριση του πόνου μπορεί να είναι χρήσιμος στην ξηροστομία και στη λευκοπενία που σχετίζονται με την ακτινοβολία και τη χημειοθεραπεία στον καρκίνο. Περισσότερες μελέτες είναι απαραίτητες.

## EA28

### Καταγραφή περιστατικών βελονισμού στο ΚΥ Φαρκαδόνας Τρικάλων

Ροκά Β.<sup>1</sup>, Λάσδα Ε.<sup>2</sup>, Παπανικολάου Φ.<sup>2</sup>, Ντέλλα Α.<sup>2</sup>, Αρναούτογλου Ε.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ΚΥ Φαρκαδόνας Τρικάλων, <sup>2</sup> Αναισθησιολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

**Σκοπός:** Η εφαρμογή του βελονισμού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και συγκεκριμένα σε επίπεδο Κέντρου Υγείας είναι ασυνήθης για τα ελληνικά δεδομένα. Σε πολλά νοσοκομεία της χώρας λειτουργούν ιατρεία πόνου στα οποία μεταξύ άλλων μεθόδων χρησιμοποιείται και αυτή η εναλλακτική θεραπεία.

Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του βελονισμού σε ασθενείς με

---

διαφορετικά ήδη πόνου στο Κ.Υ. Φαρκαδόνας Τρικάλων το διάστημα από 1/11/2018 έως και 30/6/2019.

**Υλικό και μέθοδος:** Πρόκειται για την παρουσίαση 17 περιστατικών (11 γυναίκες και 6 άνδρες) ηλικίας από 30 έως 68 ετών, που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας λόγω έντονου άλγους. Επτά (7) έπασχαν από οσφυαλγία, τέσσερις (4) από κεφαλαλγία, δύο (2) από αυχεναλγία, δύο (2) από ραχιαλγία, ένας (1) από γοναλγία και μια (1) από ωμαλγία. Η κλίμακα πόνου VAS κυμαίνονταν από 7-10. Ο αριθμός των συνεδριών ηλεκτροβελονισμού κυμαίνονταν από 6 έως 10.

**Αποτελέσματα:** Μετά τη 4η συνεδρία φάνηκε να μειώνεται ο πόνος των ασθενών, ενώ με το πέρας των θεραπειών 7 άτομα παρουσίασαν μεγάλη ελάττωση του πόνου (VAS 1-2), 5 μέτρια μείωση (ελάττωση VAS κατά 50%) και 5 ήπια μείωση (ελάττωση της VAS κατά 1-2 μονάδες). Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι θεραπευτικές αγωγές των ασθενών μειώθηκαν και σε κάποιους διακόπηκαν.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, ποικίλα περιστατικά μπορούν να αντιμετωπιστούν σε ένα Κ.Υ. με βελονισμό προσφέροντας στους ασθενείς σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων τους.

---

## EA29

Αντιμέτωπιση χρόνιου νευροπαθητικού πόνου μετά από επέμβαση για πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης, παρουσίαση περιστατικού

Παπαϊωάννου Ε.  
ΓΝΑ "Λαϊκό"

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με χρόνια νευροπαθητικό πόνο μετά από επέμβαση πλαστικής αποκατάστασης βιβωνοκήλης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής άνδρας 47 ετών προσήλθε στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου για αντιμετώπιση χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, μετά από επέμβαση πλαστικής αποκατάστασης βιβωνοκήλης αριστερά, προ 14 ετών. Ο ασθενής άμεσα μετεγχειρητικά είχε εμφανίσει καυσαλγία και αιμωδία στο σύστοιχο όρχι, η οποία δεν υποχώρησε με τα συνήθη παυσίπονα, οπότε και υπεβλήθη σε επανεπέμβαση με σκοπό τη διατομή του λαγονοβουβωνικού νεύρου για ανακούφιση του άλγους. Πέραν της διατομής του λαγονοβουβωνικού, έγινε και τυχαία διατομή του μηροδερματικού νεύρου. Εκτοτε ο ασθενής υπέφερε πέραν της καυσαλγίας του όρχεος, η οποία κατ'αυτόν δε βελτιώθηκε και από αιμωδία της πρόσθιας και έσω επιφάνειας του δέρματος του αριστερού μηρού, σε συνδυασμό με διαλείπον διαξιφιστικό άλγος και καυσαλγία της περιοχής, σε βαθμό να μην μπορεί να ανεχθεί το ένδυμά του. Ακολούθησε αγωγή με pregabalin, βενλαφλαξίνη, λοραζεπάμη, τοπιραμάτη, τοπικές διηθήσεις με τοπικά αναισθητικά, αυτοκόλλητα λιδοκαΐνης, ενδοραχιαία τοποθέτηση ηλεκτροδίων για διέγερση της αντίστοιχης ρίζας, χωρίς αποτέλεσμα, με συνέπεια τη χαμηλή ποιότητα ζωής, μεγάλο αριθμό αναρρωτικών αδειών, και χορήγηση ποσοστού αναπηρίας από τα αντίστοιχα κέντρα πιστοποίησης αναπηρίας. Ο πόνος του ασθενούς υποχωρούσε μόνο με τραμαδόλη 100mg per os ή im.

**Αποτελέσματα:** Κατόπιν ιατρικού συμβουλίου του Ιατρείου μας, με νευροακτινολόγο, νευροχειρουργό και γενικό χειρουργό έγινε ειδική μαγνητική νευροτομογραφία, η οποία απέβη διαγνωστική (παρά τη χαμηλή πιθανότητα), και ανέδειξε ευμέγεθες νευρίνωμα στο μ όριο διατομής του λαγονοβουβωνικού νεύρου. Ο ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργική επέμβαση από γενικό χειρουργό με σκοπό την αφαίρεση του νευρινώματος, καυτηριασμό και ενταφιασμό του κολοβώματος υπό γενική αναισθησία, ως τελευταία λύση αντιμετώπισης του πόνου. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε προ 4μήνου, και ο ασθενής έχει βελτιωθεί σημαντικά, μολονότι δε συμμορφώνεται με την παράλληλη θεραπεία με βενλαφλαξίνη 75mgx1 και pregabalin 150mgx2.

**Συμπεράσματα:** Σε περιπτώσεις επίμονου χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, η συνεργασία των κατάλληλων ιατρικών ειδικοτήτων μπορεί να δώσει έστω και μερική λύση.

---



## ΕΑ30 Θεραπεία βελονισμού σε νευραλγία τριδύμου νεύρου

**Μπόλωση Μ.,** Λένας Α., Καρφάκης Γ., Τζίμας Π., Παπαδόπουλος Γ.  
Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Η νευραλγία τριδύμου νεύρου είναι μια χρόνια διαταραχή που παράγει έντονο πόνο κατά μήκος ενός ή περισσοτέρων από τους τρεις κλάδους του νεύρου. Χαρακτηρίζεται από σοβαρό μονομερή παροξυσμικό πόνο στο πρόσωπο με αποτέλεσμα να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Συχνά δεν ανευρίσκεται το αίτιο οπότε θεωρείται ιδιοπαθείς, άλλοτε οφείλεται στην πίεση του νεύρου από όγκο ή αγγείο.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της σημαντικότητας εφαρμογής του βελονισμού σε σχέση με τις υπόλοιπες θεραπείες και τις επιπλοκές τους για τη νευραλγία τριδύμου νεύρου.

**Υλικό και μέθοδος:** Αντιμετωπίστηκαν 16 ασθενείς με νευραλγία τριδύμου (ενός, δύο ή και των 3 κλάδων) που ήταν σε φαρμακευτική αγωγή και με την πάροδο του χρόνου ανέπτυξαν αφόρητο πόνο (VAS = 10). Η διάρκεια νόσου ήταν 3 μήνες έως 10 έτη. Για την αντιμετώπιση της νευραλγίας τριδύμου εφαρμόστηκε βελονισμός.

**Αποτελέσματα:** Σε έκβαση από ένα έως 4 έτη, πλήρη ανακούφιση από τον πόνο και σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής είχε το 75% των ασθενών (12 ασθενείς). Από αυτούς, 6 ασθενείς υποβλήθηκαν μόνο σε 1 έως 3 συνεδρίες βελονισμού ενώ οι υπόλοιποι 6 ασθενείς σε 6 έως 12 συνεδρίες. Η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής 2 έως 12 μήνες αργότερα, οδήγησε σε άμεση επανέναρξη του πόνου και των παροξυσμών της νευραλγίας. Οι ασθενείς αυτοί για την αντιμετώπιση της νευραλγίας χρειάστηκαν επιπλέον 10-12 συνεδρίες και αποκλεισμούς με τοπικό αναισθητικό των κλάδων του τριδύμου. Οσον αφορά τους υπόλοιπους 4 ασθενείς, τρεις με νευραλγία τριδύμου χρειάστηκαν επανειλημμένα συνεδρίες βελονισμού και ηλεκτροβελονισμού και ένας ασθενής με ιστορικό Σκλήρυνσης κατά Πλάκας μετά από 6 συνεδρίες υποβλήθηκε σε θεραπεία με ραδιοσυχνότητες στην περιοχή του σφηνοπαλατονοειδούς γάγγλιου.

**Συμπεράσματα:** Για τη θεραπεία της νευραλγίας τριδύμου νεύρου, η δυτική ιατρική συνιστά αντιεπιληπτικά φάρμακα, που είναι αποτελεσματικά σε μεγάλο αριθμό ασθενών, έχουν όμως σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες και προϊόντος του χρόνου η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαντλείται. Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι ο βελονισμός παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία νευραλγίας τριδύμου νεύρου.

## ΕΑ31 Αντιμετώπιση του επώδυνου συνδρόμου απόσυρσης από την θεραπεία με αναστολείς τυροσίνης κινάσης

**Βαφειάδου Μ., Κοκολάκη Μ.,** Λεοναροπούλου Ο.  
Αναισθησιολογικό Τμήμα - Ιατρείο Πόνου, Αιματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ

**Εισαγωγή:** Η διακοπή της χρόνιας θεραπείας με αναστολείς της τυροσίνης κινάσης (TKI'S) στη Χρόνια Μυελογενή Λευχαιμία (ΧΜΛ) που επιχειρείται με ασφάλεια τα τελευταία χρόνια βάσει διεθνών ερευνητικών πρωτοκόλλων, συνοδεύεται σε ένα ποσοστό 25-30 % των ασθενών από μια ανεπιθύμητη εκδήλωση, το επώδυνο σύνδρομο απόσυρσης (withdrawal syndrome after TKI'S discontinuation). Το σύνδρομο αυτό, του οποίου η αιτία είναι άγνωστη, χαρακτηρίζεται από μυοσκελετικό πόνο (αρθραλγία-δυσκαμψία, μυαλγία, οστεαλγία) μέτριας έως ισχυρής έντασης και ενίοτε κνησμό, που εμφανίζεται σε ώμους, αυχένα, σσφύ, λεκάνη και άκρα. Δανείζεται ακόμη την εικόνα πολυμυαλγίας ρευματοειδούς τύπου, ερυθρομεαλγίας ή εκσεσημασμένου οιδήματος, πόνου και δυσκαμψίας στα δάχτυλα των χεριών. Τα εργαστηριακά ευρήματα δεν αποκλίνουν των φυσιολογικών. Η όλη εικόνα επιτείνεται το ήδη υπάρχον άγχος και συναισθηματική πίεση εξαιτίας του εγχειρήματος της διακοπής της θεραπείας και επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Το φαινόμενο αυτό συνήθως εμφανίζεται 1-6 εβδομάδες μετά από την διακοπή της θεραπείας και διαρκεί μέχρι 6 μήνες.

---

**Σκοπός:** Η αναγνώριση και διαχείριση του συνδρόμου σε ασθενείς με ΧΜΛ στη φάση της διακοπής της θεραπείας τους με ΤΚΙ'S.

**Μέθοδος:** Στο Ιατρείο Πόνου, σε συνεργασία με το Αιματολογικό Τμήμα αντιμετωπίστηκαν δύο ασθενείς. Ουδεμία είχε ιστορικό αρθρίτιδας ή χρόνιας ρευματοειδούς νόσου. α) γυναίκα 65 ετών, βάρους 61 κιλών, με μέσης έντασης πόνο στους μηρούς τον αυχένα και οίδημα, πόνο και δυσκαμψία στα δάχτυλα των χεριών (κλίμακα AS: 5-6) που ξεκίνησε 5 εβδομάδες μετά την έναρξη της διακοπής της θεραπείας που ελάμβανε επί βετία (νιλοτινίμπη) και β) γυναίκα 52 ετών και βάρους 50 κιλών, με ισχυρή έντασης πόνο στον ώμο, στη λεκάνη, στα γόνατα και οίδημα, πόνο και δυσκαμψία στα δάχτυλα των χεριών (κλίμακα VAS >8), που της περιόριζε την καθημερινή δραστηριότητα και που ξεκίνησε 4 εβδομάδες μετά την έναρξη της διακοπής της θεραπείας, που ελάμβανε επί γετία (ιματινίμπη).

**Αποτελέσματα:** Η πρώτη ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ακεταμινοφαίνη (παρακεταμόλη) και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ιμποπρουφαίνη), όσο διαρκούσαν τα συμπτώματα και στη δεύτερη προστέθηκε κορτικοστεροειδές (πρεδνιζόνη) για 6 εβδομάδες μέχρι την ύφεση των συμπτωμάτων. Η καθυσύχαση από τους ιατρούς ότι το φαινόμενο είναι παροδικό και ότι υποστηρίζεται πως συναρτάται με την καλή ανταπόκριση στο εγχείρημα της διακοπής βοήθησε αμφοτέρους να το αντιμετωπίσουν.

**Συμπέρασμα:** Το σύνδρομο διακοπής θεραπείας με ΤΚΙ'S αποτελεί μια ανεπιθύμητη συνέπεια στην προσπάθεια διακοπής της μακρόχρονης θεραπείας στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία, που ευτυχώς το χαρακτηρίζει η μικρή χρονική διάρκεια και αντιμετωπίζεται επιτυχώς επί το πλείστον με κοινά αναλγητικά και ψυχολογική υποστήριξη.

---

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Προεδρείο: Δ. Ροΐδη, Αικ. Λευκαδίτου, Χρ. Μάγκλαρη

## EA32

**Εγγυση αποιειδούς μυός και αποκλεισμός αιδοϊκού νεύρου με χρήση υπερήχων για αντιμετώπιση εμμένουσας οσφυοϊσχιαλγίας με συνοδά συμπτώματα συνδρόμου αποιειδούς μυός**

Νικολακοπούλου Ε., Χρυσικοπούλου Α., Κουτσοπούλου Ε., Γαμποπούλου Ζ.  
Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

**Σκοπός:** Πολλαπλές τεχνικές έχουν περιγραφεί στην διεθνή βιβλιογραφία για την αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυοϊσχιαλγίας και του συνδρόμου αποιειδούς μυός με ποικίλα αποτελέσματα. Το σύνδρομο αποιειδούς μυός μπορεί να αποτελέσει αίτιο της ισχιαλγίας λόγω του ερεθισμού του ισχιακού νεύρου από την φλεγμονή του αποιειδούς μυός καθώς επίσης και αίτιο χρόνιου πυελικού πόνου λόγω παγίδευσης του αιδοϊκού νεύρου.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Ασθενής θήλυ 78 ετών προσέρχεται στο Ιατρείο Θεραπείας Πόνου του Νοσοκομείου ΚΑΤ για την αντιμετώπιση οσφυαλγίας. Από το Ιστορικό της αναφέρεται Αρτηριακή Υπέρταση, Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2, Υπερχοληστερολαιμία, Υποθυρεοειδισμός και Καταθλιπτική Διαταραχή για τα οποία ελάμβανε αγωγή. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε δύο επισκληρίδιες εγχύσεις και ελάμβανε αγωγή με πρεγκαμπαλίνη και τραμαδόλη για την χρόνια οσφυαλγία χωρίς αναφερόμενη βελτίωση. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε οσφυαλγία με ισχυαλγία αριστερά, πόνος με καυσαλγία και αιμωδίες στην περιοχή του αριστερού γλουτού με αντανάκλαση στο περίνεο, κυρίως το βράδυ, ο οποίος περιγράφηκε από την ασθενή «σαν να με στρίβει μαχαίρι». Αφού έγινε ενημέρωση της ασθενούς και υπεγράφη συγκατάθεση προχωρήσαμε στην έγχυση του αποιειδούς μυός και στον αποκλεισμό του αιδοϊκού νεύρου AP υπερηχογραφήκως καθοδηγούμενα με χορήγηση τοπικού αναισθητικού και κορτικοστεροειδούς.

**Αποτελέσματα:** Η ανακούφιση του πόνου ήταν άμεση μετά την έγχυση του μυός. Η ασθενής επανεξετάστηκε σε δύο εβδομάδες από τις εγχύσεις όπου διαπιστώθηκε βελτίωση της βάδισης και ανέφερε μείωση του πόνου και στις καθημερινές δραστηριότητες αλλά και κατά την κατάκλιση.

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός τεχνικών περιοχικής αναισθησίας και φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να αποτελέσει το κλειδί στην αντιμετώπιση του πόνου. Η αναγώριση του συνδρόμου αποιειδούς μυός και η έγκαιρη αντιμετώπισή του είναι καθοριστική για την ελαχιστοποίηση του νευροπαθητικού πόνου που προκύπτει από την παγίδευση των νεύρων.

## EA33

**Στάθμιση και πολιτισμική προσαρμογή στα ελληνικά του ερωτηματολογίου Patient Neurotoxicity Questionnaire (PNQ), σε ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια μετά από χημειοθεραπεία**

Τσολερίδης Θ.<sup>1</sup>, Σιαφάκας Ι.<sup>2</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>2</sup>, Ζης Π.<sup>3</sup>, Hausheer F.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου, Ρόδος, <sup>2</sup> Α' Κλινική Αναισθησιολογίας, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, <sup>3</sup> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Sheffield, Sheffield, Ηνωμένο Βασίλειο, <sup>4</sup> Τμήμα Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Johns Hopkins, Βαλτιμόρη, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

**Σκοπός:** Η περιφερική νευροπάθεια η οποία προκαλείται έπειτα από τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (CIPN), χαρακτηρίζεται από έλλειψη πρόληψης και θεραπείας, όπως και δυσχέρεια διαχείρισης με αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση της νόσου και συνέπειες στην καθημερινή ζωή των ασθενών και στη θεραπεία τους.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η ανάπτυξη λοιπόν και η χρήση αξιόπιστων μεθόδων για τη διάγνωση και την παρακολούθηση αυτών των ασθενών είναι ευεργετική και αναγκαία για κάθε καρκινοπαθή. Μία τέτοια μέθοδος που πληρεί συγκεκριμένα κριτήρια και τελευταία χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στην κλινική πράξη, αποτελεί το ερωτηματολόγιο PNQ (Patient Neurotoxicity Questionnaire) για ασθενείς

---

που λαμβάνουν ταξάνες, σισπλατίνη και καρβοπλατίνη όπως και μια παραλλαγή του για ασθενείς που λαμβάνουν οξαλιπτατίνη.

**Αποτελέσματα:** Προκειμένου ένα ερωτηματολόγιο να γίνει περισσότερο κατανοητό στους ασθενείς ούτως ώστε να αντληθούν χρήσιμες πληροφορίες τόσο για την εκτίμηση για τη διαχείριση και την αντιμετώπιση της CIPN, αλλά και για κλινικές μελέτες, είναι αναγκαία η στάθμισή του στη γλώσσα του πληθυσμού πάνω στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί, δίχως όμως να χαθεί η εννοιολογία και η σημασία του πρωτότυπου. Σε αυτή την εργασία, γίνεται στάθμιση και γλωσσική προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα Ελληνικά χρησιμοποιώντας συγκεκριμένη μέθοδο έπειτα από την άδεια των συγγραφέων του.

**Συμπεράσματα:** Με τη χρήση του PNI καθίσταται δυνατή η κατάσταση στρατηγικών για την αντιμετώπιση του τεράστιου αυτού αλογολογικού προβλήματος και καθίσταται δυνατή και η εφαρμογή του στις κλινικές μελέτες.

---

## EA34 Μελέτη της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προσεγγίσεων σε ενήλικες με χρόνιο πόνο στην σπονδυλική στήλη

Κωνσταντοπούλου Γ., Κωστόπουλος Στ., Καπεζάνος Θ., Φουντούκας Α., Καλούσης Ε., Καπέρδα Α.  
Ιατρείο Πόνου Αναισθησιολογικό Τμήμα & Τμήμα Φυσικής Αποκατάστασης Π.Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Σωτηρία»

**Σκοπός:** Η μελέτη της επίδρασης των θεραπευτικών θεραπειών α. Nural therapy (νευρωνική θεραπεία), β. βελονισμός και γ. φυσικοθεραπεία σε ασθενείς με αυχεναλγία και με κύριο συνοδό σύμπτωμα την ημικρανία.  
**Υλικό – Μέθοδος:** Ελαβαν μέρος 30 άτομα (8 άντρες και 22 γυναίκες), που προσήλθαν στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου, αιτούμενοι αυχεναλγία και ημικρανία. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 3 πειραματικές ομάδες και μια ομάδα ελέγχου. Για την μέτρηση του πόνου χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο του χρόνιου πόνου, όπως επίσης και για την ημικρανία. Η Α' ομάδα ακολούθησε Nural therapy, η Β' ομάδα βελονισμό και η Γ' ομάδα φυσικοθεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Nural therapy παρουσίασαν μεγαλύτερη μείωση της έντασης του πόνου, χωρίς στατιστική διαφορά σε σύγκριση με την ομάδα βελονισμού και με στατιστική διαφορά σε σύγκριση με την ομάδα φυσικοθεραπείας. Το ίδιο συνέβη σε ότι αφορά την ένταση του πόνου της ημικρανίας και της συχνότητά της.

**Συζήτηση:** Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα της θεραπείας, σχετίζεται με τη μείωση της έντασης του πόνου της αυχεναλγίας, καθώς και της έντασης και συχνότητας της ημικρανίας.

---

## EA35 Case series: οζονοθεραπεία με μεγάλη αυτομετάγγιση σε ασθενείς με χρόνια πόνο

Παπαγεωργίου Ε., Γρηγοριάδου Π., Σιώπη Β., Ανίσογλου Σ.  
ΜΕΘ-Ιατρείο Πόνου ΑΝΘ Θεαγένειο

**Εισαγωγή:** Το όζον είναι μία αλλοτροπική μορφή οξυγόνου. Στην ιατρική χρησιμοποιείται με τη μορφή μείγματος όζοντος-οξυγόνου (O<sub>3</sub>-O<sub>2</sub>) και ονομάζεται ιατρικό όζον. Βασισμένο στην αναλγητική, αντιφλεγμονώδη και βακτηριοκτόνο δράση του, προσφέρει ασφάλεια ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα, χωρίς τοξικότητα ή αλλεργικές αντιδράσεις.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι να αναδείξει τη θεραπευτική δράση του όζοντος σε ασθενείς με χρόνια πόνο διαφορετικής προέλευσης.

**Μέθοδος:** Μελετήσαμε τέσσερις (4) ασθενείς του Ιατρείου Πόνου, τρεις γυναίκες και έναν άνδρα για το χρονικό διάστημα από 18/01/19 έως 09/04/2019. Από αυτούς, μία έπασχε από λεμφοίδημα μετά από Ca μαστού και μαστεκτομή, μία από χρόνια οσφυαλγία, μία από γενικευμένο άλγος (αυχεναλγία, ισχιαλγία) μετά από τροχάιο και ένας μετά από πάρεση αριστερού βραχιονίου μετατραυματικής αιτιολογίας

---

επίσης. Οι ασθενείς ήδη ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και τους προτάθηκε η αυτομετάγγιση με όζον ως συμπληρωματική μέθοδος αναλγησίας, με στόχο τη μείωση του πόνου και/ή της per os αναλγητικής αγωγής. Σε όλους συστήθηκε πρωτόκολλο τουλάχιστον 15 συνεδριών, δις εβδομαδιαίως, με αυτομετάγγιση αίματος 50-150 ml εμπλουτισμένο με όζον 75γ(2,5 ml-30γ/ml). Επίσης, έγιναν και τοπικές διηθήσεις με συγκεντρώσεις όζοντος 3μg/ml, με σύριγγα των 5 ml.

**Αποτελέσματα:** Τρεις στους τέσσερις ασθενείς εμφάνισαν μείωση του πόνου (NRS<5), μετά την τρίτη συνεδρία. Επίσης, τρεις στους τέσσερις μείωσαν τη βασική τους αναλγητική αγωγή. Η ασθενής με το λεμφοίδημα, είχε σημαντική μείωση της περιμέτρου στη μεσότητα του βραχιονίου και του αντιβραχίου, αλλά και 2cm πάνω από την πηχεοκαρπική άρθρωση. Τέλος, δύο στους τέσσερις ασθενείς ανέφεραν καλύτερο ύπνο και βελτίωση της διάθεσης. Μία ασθενής εγκατέλειψε τη θεραπεία μετά από 11 συνεδρίες. Δεν κατεγράφησαν επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες.

**Συμπεράσματα:** Η επικουρική θεραπεία με όζον μπορεί να είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, ποικίλης αιτιολογίας.

**Βιβλιογραφία:**

Di Paolo N et al. Ozone therapy editorial review. Int J Artificial Organs. 2004;27:168-175

---

## EA36 Διαδερμικό επίθεμα βουπρενορφίνης: πρώτα συμπεράσματα από την εφαρμογή σε ασθενείς με καρκινικό πόνο

Πουλοπούλου Σ.<sup>1</sup>, Φυρφίρης Ν.<sup>1</sup>, Μάγκλαρη Χρ.<sup>1</sup>, Μίχα Γ.<sup>2</sup>, Μπουραζάνη Μ.<sup>1</sup>, Λεφάκη Τ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α «Ο Αγ. Σάββας», Αθήνα, <sup>2</sup> Β' Χειρουργική Κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών

Η βουπρενορφίνη είναι ένα άτυπο οπιοειδές με μικτό μηχανισμό δράσης, το οποίο συντετέθη το 1966 από την θηβαΐνη. Το διαδερμικό επίθεμα αυτής (ΔΕΒ) κυκλοφόρησε γύρω στα 1990, στην Ελλάδα, όμως, είναι διαθέσιμο μόλις 10 μήνες, από τον Σεπτέμβριο του 2018.

**Σκοπός:** Η αναδρομική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του ΔΕΒ στους 10 πρώτους εξωτερικούς καρκινοπαθείς ασθενείς.

**Υλικό και μέθοδος:** Το ΔΕΒ χορηγήθηκε σε καρκινοπαθείς ασθενείς κατά την χρονική περίοδο 01-05/2019. Καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, το είδος του καρκίνου, η αποτελεσματικότητα και η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Μελετήθηκαν 10 ασθενείς (6 άνδρες και 4 γυναίκες) ηλικίας 58 – 89 ετών, με μέτριο έως σοβαρό καρκινικό πόνο (NRS 6-10). Το ΔΕΒ χορηγήθηκε στα πλαίσια πολυπαραγοντικής αναλγητικής αγωγής, λαμβάνοντας υπόψιν τις κατευθυντήριες οδηγίες, αλλά και τις συννοσηρότητες και την γενική κατάσταση του κάθε ασθενούς. Οι 9 ασθενείς έλαβαν ΔΕΒ ως αρχικό ισχυρό οπιοειδές, ενώ 1 ασθενής ως αποτέλεσμα εναλλαγής οπιοειδών (φεντανύλη).

**Αποτελέσματα:** Ο πόνος βελτιώθηκε (≥30%) στους 7 από τους 10 ασθενείς. Τρεις ασθενείς διέκοψαν τη θεραπεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (παραισθήσεις, τάση προς λιποθυμία, εφιάλτες, έμετοι). Η ανακούφιση από τον πόνο επετεύχθη με την δόση των 35μg/h στους 8 ασθενείς, ενώ σε 2 χρειάστηκε αύξηση σε 52,5 -70μg/h.

**Συμπέρασμα:** Δεδομένης της ετερογένειας και της πολυπλοκότητας των καρκινοπαθών ασθενών, είναι χρήσιμο να υπάρχουν όσο το δυνατόν περισσότερα αναλγητικά στη διάθεση του κλινικού ιατρού. Χρειάζεται, ωστόσο, μεγαλύτερος αριθμός ασθενών και μεγαλύτερη εξοικείωση με το φάρμακο, πριν καταλήξει κανείς σε οριστικά συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα του ΔΕΒ στην πληθυσμιακή αυτή ομάδα.

**Βιβλιογραφία:**

1. Fishman MA, Kim PS. Buprenorphine for Chronic Pain: a Systemic Review. Current Pain and Headache Reports (2018) 22:83.

2. Schmidt-Hansen M et al. The effectiveness of buprenorphine for treating cancer pain: an abridged Cochrane review. BMJ Support Palliat Care. 2016 Sep; 6(3):292-306.

---

## EA37 Η αποτελεσματικότητα του Βελονισμού στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας-ισχιαλγίας. Αποτελέσματα από το ιατρείο πόνου του ΠΓΝ Λάρισας

Λάσδα Ε., Μπουζιά Αι., Βαριάδης Δ., Ντέλλα Α., Αρναούτογλου Ε.  
Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα του βελονισμού στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία ή και ισχιαλγία, μικτού τύπου (αλγαισθητικού-νευροπαθητικού) ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή.

**Υλικό & Μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από τους φακέλους των ασθενών του Ιατρείου Πόνου του ΠΓΝ Λάρισας στους οποίους εφαρμόστηκε βελονισμός ή και ηλεκτροβελονισμός για την αντιμετώπιση χρόνιας ανθεκτικής οσφυαλγίας και ισχιαλγίας, μετά από ενημέρωση και έγγραφη συγκατάθεση. Στο ιατρείο προσήλθαν 116 ασθενείς εξαιτίας έντονου άλγους στην οσφυϊκή χώρα και τα κάτω άκρα, εκ των οποίων 78 γυναίκες και 38 άντρες. Από αυτούς δύο ασθενείς διέκοψαν τις συνεδρίες για προσωπικούς λόγους και τρεις λόγω αδυναμίας προσέλευσης στο ιατρείο εξαιτίας της διαμονής τους σε άλλη πόλη. Κατά την προσέλευσή τους στο ιατρείο οι ασθενείς ανέφεραν αρχικά σκορ πόνου VAS 8 έως 10 και είχαν εξαντλήσει άλλες αναλγητικές μεθόδους φαρμακευτικές και επεμβατικές χωρίς να παρουσιάζουν βελτίωση. Συνολικά συμπτώματα που ανέφεραν ήταν διαταραχές ύπνου, αγχώδης διαταραχή και κατάθλιψη, ενώ είχε επηρεαστεί και η καθημερινή τους δραστηριότητα. Στους ασθενείς προτάθηκε ο βελονισμός ως μια εναλλακτική θεραπεία, την οποία και αποδέχτηκαν.

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

(ΠΕ4, ΠΕ19, Σ8, DU14, OK28, OK31, OK32, OK53, OK 54, OK60, ΛΕ 3, ΧΚ20, DU3, DU4)

**Αποτελέσματα:** Γίνανε 10+2 επαναληπτικής συνεδρίες Βελονισμού και Ηλεκτροβελονισμού μετά τις οποίες σημειώθηκε σταδιακή μείωση της έντασης του πόνου σε VAS < 4 σε 79 ασθενείς (68,10%). Σε 29 ασθενείς (25,0%) παρουσιάστηκε ύφεση της έντασης του πόνου σε VAS < 6, ενώ 5 ασθενείς (4,3%) ανέφεραν VAS < 8. Ενα περιστατικό δεν παρουσίασε καμία μεταβολή και τελικά υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση, ενώ δύο ασθενείς (1,72%) παρουσίασαν υποτροπή των επεισοδίων μετά το τέλος της θεραπείας.

**Συμπεράσματα:** Στην πλειοψηφία των ασθενών ο Βελονισμός φάνηκε να έχει καλά αποτελέσματα και βοήθησε πάρα πολύ στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας και της ισχιαλγίας που δεν αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά με φαρμακευτική αγωγή.

### Βιβλιογραφία:

1. Xu M et al, Acupuncture for chronic low back pain in long-term follow-up: a meta-analysis of 13 randomized controlled trials, Am J Chin Med. 2013;41(1):1-19.
2. Cho YJ et al, Acupuncture for chronic low back pain: a multicenter, randomized, patient-assessor blind, sham-controlled clinical trial, Spine (Phila Pa 1976). 2013 Apr 1;38(7):549-57
3. Lizabeth Liu, Acupuncture for Low Back Pain: An Overview of Systematic Reviews, Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2015, Article ID 328196

## EA38 Βελονισμός σε ασθενή για την αντιμετώπιση παγωμένου ώμου - παρουσίαση περιστατικού

Σαμαρά Ευ., Παναγιώτου Ε., Νικολαΐδης Χρ., Αβρααμίδου Α.  
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο Πειραιά

**Σκοπός:** «Παγωμένος ώμος» (συμφυτική θυλακίτιδα), είναι ένας όρος που περιγράφει μια παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται κυρίως από επώδυνη δυσκαμψία. Στην πρωτοπαθή μορφή περιλαμβάνεται ο ιδιοπαθής παγωμένος ώμος, ενώ δευτεροπαθώς μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμό, προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση και σακχαρώδη διαβήτη. Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό αντιμετώπισης μετατραυματικού παγωμένου ώμου με βελονισμό.

**Υλικό και μέθοδος:** Γυναίκα ασθενής 75 ετών παραπέμφθηκε στο ιατρείο μας από ιατρό της ορθοπαιδικής κλινικής λόγω παγωμένου ώμου μετά από πτώση εξ'ιδίου ύψους. Από το ιστορικό αναφέρεται ΑΥ. Η ασθενής ελάμβανε αναλγητική αγωγή (δικλοφαινάκη), χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση της

---

συμπτωματολογίας. Ανέφερε VAS: 7 και δυσκολία έλευσης ύπνου λόγω άλγους. Προτάθηκε θεραπεία με βελονισμό την οποία και αποδέχθηκε.

**Αποτελέσματα:** Προγραμματίστηκαν 8 συνεδρίες, εκ των οποίων πραγματοποιήθηκαν οι 6, λόγω διακοπής εκ μέρους της ασθενούς. Η ασθενής ανέφερε σημαντική ελάττωση του πόνου και βελτίωση της κινητικότητας. Εξι μήνες μετά επισκέφτηκε ξανά το ιατρείο και ανέφερε διατήρηση της ύφεσης των συμπτωμάτων, ενώ δε χρειάστηκαν επαναληπτικές συνεδρίες.

**Συμπεράσματα:** Ο βελονισμός φαίνεται να αποτελεί μία αποτελεσματική εναλλακτική λύση στην αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν από συμφυτική θυλακίτιδα, αντί φαρμακοθεραπείας.

**Βιβλιογραφία:**

Sven Schröder, Gesa Meyer-Hamme, Thomas Friedemann, Sebastian Kirch, Michael Hauck, Rosemarie Plaetke, Sunja Friedrichs, Amit Gulati, Daniel Briem, Immediate Pain Relief in Adhesive Capsulitis by Acupuncture—A Randomized Controlled Double-Blinded Study, Pain Medicine 1;18(11):2235-2247.

---

## EA39

Χρήση δεξμεδετομιδίνης για καταστολή σε τοποθέτηση εμφυτεύσιμης αντλίας υπαραχνοειδούς έγχυσης μορφίνης. Αναφορά περιστατικού

**Μάγκλαρη Χρ.,** Φυρφίρης Ν., Χρύση Μ., Πουλοπούλου Σ., Λεφάκη Τ.  
Ανασθησιολογικό Τμήμα, ΑΟΝΑ «Αγιος Σάββας», Αθήνα

Η δεξμεδετομιδίνη είναι ένας εκλεκτικός αγωνιστής των α2 υποδοχέων που χρησιμοποιείται στην αναισθησιολογική πράξη όλο και περισσότερο λόγω των φαρμακολογικών ιδιοτήτων της.

**Σκοπός:** Η επίτευξη ενσυνείδητης καταστολής σε επέμβαση τοποθέτησης εμφυτεύσιμης αντλίας συνεχούς έγχυσης μορφίνης υπαραχνοειδώς.

**Υλικό και μέθοδος:** Γυναίκα ασθενής 50 ετών με ιστορικό ανεγχειρήτου Ca μήτρας και υποβληθείσα σε 21 κύκλους ΑΚΘ, προσήλθε στο Ιατρείο Πόνου του νοσοκομείου μας με νευροπαθητικό πόνο στο περιέριο και στην περιοχή κατανομής του ισχιακού νεύρου.

Καθώς η συνήθης φαρμακευτική αγωγή αλλά και οι παρεμβατικές τεχνικές δεν κατάφεραν να ανακουφίσουν το πόνο της ασθενούς, αποφασίστηκε η τοποθέτηση πλήρους εμφυτεύσιμης αντλίας υπαραχνοειδούς έγχυσης μορφίνης. Για την επίτευξη ενσυνείδητης καταστολής χορηγήθηκε δεξμεδετομιδίνη, διότι η καλή επικοινωνία και η συνεργασία της ασθενούς κρίνονται απαραίτητες για την επιτυχή έκβαση της επέμβασης.

**Αποτελέσματα:** Την ημέρα της επέμβασης, κατά την τοποθέτηση της σε ύπτια θέση, η ασθενής ήταν ανήσυχη και ανέφερε έντονο πόνο στην οσφυϊκή χώρα αλλά και στο ΔΕ κάτω άκρο. Μετά την τοποθέτηση περιφερικών γραμμών και την εφαρμογή μη επεμβατικού monitoring (ΑΠ, SpO<sub>2</sub>, ΗΚΓ), χορηγήθηκε δεξμεδετομιδίνη 0,5γ/kg/10min ως δόση φόρτισης και στη συνέχεια σε συνεχή έγχυση με ρυθμό 0,5γ/kg/h.

Καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης η ασθενής ήταν ήρεμη, αιμοδυναμικά σταθερή, σε ήπια καταστολή, απαντούσε σε λεκτικά ερεθίσματα, εκτελούσε εντολές και δεν πονούσε.

**Συμπέρασμα:** Φαίνεται ότι η δεξμεδετομιδίνη είναι μία καλή επιλογή για επεμβάσεις που απαιτείται η επικοινωνία και συνεργασία με τον ασθενή, όπως η προαναφερόμενη επέμβαση.

---

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VI: ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Προεδρείο: Ειρ. Χαϊνάκη, Μπ. Κιαμηλόγλου, Ε. Τομαρά

### EA40 Η αυτονομία του/της ασθενούς στο τέλος της ζωής υπό το πρίσμα της μουσικοθεραπείας

Περβολαράκη Γ..

IMC University of Applied Sciences Krems Austria

**Σκοπός:** Στην παρηγορητική φροντίδα δίνεται έμφαση στη διασφάλιση του σεβασμού των ατομικών δικαιωμάτων και της αυτονομίας του/της ασθενούς. Παράλληλα η ψυχοσωματική υγεία του/της πάσχοντος ενδέχεται να επηρεάσει δραματικά το βαθμό αυτονομίας και ανεξαρτησίας. Το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης προκύπτει από τις συζητήσεις για την ευθανασία, την ενήμερη συγκατάθεση του ασθενούς (Patientenverfügung), την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την άρνηση ή την ανάκληση της θεραπείας. Επομένως σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της σημασίας και της εφαρμογής της αυτονομίας στην παρηγορητική φροντίδα υπό το πρίσμα της μουσικοθεραπείας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συνολικά διεξήχθησαν επτά ημιδομημένες συνεντεύξεις με επτά έμπειρους μουσικοθεραπευτές και μουσικοθεραπεύτριες (40-58 ετών) που εργάζονται στην Αυστρία στον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας. Όλες οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου 2018 και διεξήχθησαν από τη συγγραφέα της παρούσας μελέτης. Η συγγραφέας απομαγνητοφώνησε τις συνεντεύξεις και στη συνέχεια ανέλυσε τα δεδομένα μέσω της ανοιχτής κωδικοποίησης (open coding) και της κωδικοποίησης ανά άξονες (axial coding), σύμφωνα με τις αρχές της κονστρουκτιβιστικής θεμελιωμένης θεωρίας της Kathy Charmaz (Constructing Grounded Theory).

**Αποτελέσματα:** Η μουσικοθεραπευτική σχέση δεν είναι μια πατερναλιστική σχέση. Τουναντίον ο/η μουσικοθεραπευτής / μουσικοθεραπεύτρια προσπαθεί να επικοινωνήσει λεκτικά ή μη, επί ίσοις όροις, λαμβάνοντας υπόψη ολιστικά το άτομο και όχι σαν μία αμιγώς βιολογική υπόσταση. Σύμφωνα με την ολιστική προσέγγιση ο ασθενής, το σώμα του και το περιβάλλον του αποτελούν τα βασικά στοιχεία ενός συνολικού συστήματος. Συνεπώς το μουσικοθεραπευτικό έργο μπορεί να επιφέρει τις ακόλουθες αλλαγές: ενίσχυση των κοινωνικών δραστηριοτήτων, μειωμένη ψυχοκοινωνική απομόνωση, μείωση φόβου, ένταξη της οικογένειας και ενδεχόμενο περιορισμό της φαρμακευτικής αγωγής.

**Συμπεράσματα:** Η μουσικοθεραπεία στο τελευταίο στάδιο της ζωής προσφέρει μια υποστήριξη προσανατολισμένη στις ανάγκες του ατόμου. Η εσωτερική στάση (innere Haltung) των μουσικοθεραπευτών και η ατμόσφαιρα που δημιουργείται στην παρηγορητική μουσικοθεραπεία, παρέχουν ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο οι ανάγκες του/της ασθενούς αποτελούν μέρος της θεραπευτικής σχέσης, προωθώντας κατ' αυτόν τον τρόπο την αυτονομία ως διαδικασία και όχι ως κατάσταση.

### EA41 Ασθενο-κεντρικές προσεγγίσεις για έγκαιρη παρηγορητική φροντίδα, υποστηρικτικά οικοσυστήματα και πρότυπα αξιολόγησης (INADVANCE)

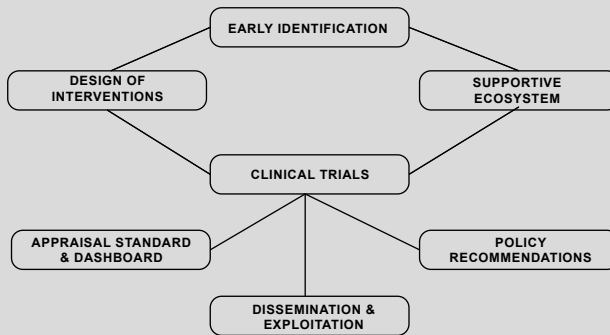
Bamidis Panagiotis<sup>1</sup>, **Reppou Sofia**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assoc. Prof., Medical Education Informatics, Lab of Medical Physics, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Founder, Thessaloniki Active and Healthy Ageing Living Lab (ThessAHALL), Founder, LLM Care Ecosystem and EiPonAHA Reference Site, President, Society of Applied Neuroscience (SAN), President, Hellenic Society of Biomedical Technology (ELEVIT), <sup>2</sup> Researcher, Lab of Medical Physics, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki

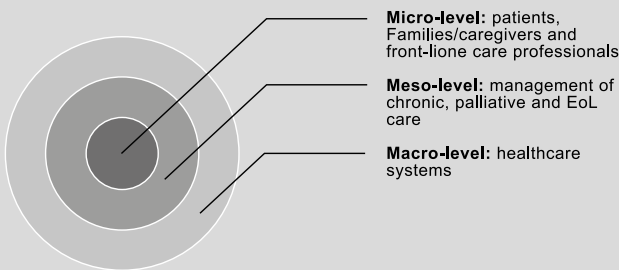
**Σκοπός:** Λόγω της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης, του επιπολασμού και της θνησιμότητας των χρόνιων ασθενειών και της πολυνοσηρότητας, η ανάγκη για πόρους Παρηγορητικής Φροντίδας (ΠΦ) αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Ωστόσο, επί του παρόντος, η πρόσβαση στην ΠΦ παραμένει ανεπαρκής ενώ, και λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, αναμένεται αύξηση του ποσοστού των ατόμων που χρήζουν αυτής της περίθαλψης τα επόμενα 25 χρόνια [1], [2]. Το έργο INADVANCE προτείνει ένα νέο μοντέλο ΠΦ βασισμένο στην έγκαιρη ενσωμάτωση των ασθενών σε αυτό και σε εξατομικευμένες οδούς που απευθύνονται ειδικά σε ασθενείς με σύνθετες χρόνιες παθήσεις, τις οικογένειες και τους φροντιστές τους.



**Υλικό & Μέθοδος:** Το INADVANCE θα αναπτύξει εύκολες στην χρήση (αλλά και στη δημιουργία), αποτελεσματικές και οικονομικές παρεμβάσεις ΠΦ, βασισμένες στις πολύπλοκες χρόνιες ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Τα πακέτα εργασίας του επικεντρώνονται στους ασθενείς ως πρωταρχικούς χρήστες, αλλά και στις οικογένειές τους και στους άτυπους φροντιστές (δευτερεύοντες χρήστες) καθώς και στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας (τριτεύοντες χρήστες). Από μεθοδολογικής άποψης, το έργο αποτελείται από πέντε διαφορετικά (αλλά αλληλένδετα) μέρη: α) Ανάπτυξη μοντέλων στρωματοποίησης των ασθενών; β) Βελτιστοποίηση και εφαρμογή των παρεμβάσεων; γ) Αξιολόγηση; δ) Ενίσχυση ικανοτήτων και πολυεπίπεδη ενδυνάμωση; και ε) Πρότυπο Πίνακα Ελέγχου για εκτίμηση των αναγκών ΠΦ και βελτίωσης της.



**Αποτελέσματα:** Τα αναμενόμενα αποτελέσματα είναι: α) μείωση της επιβάρυνσης από τα συμπτώματα, μείωση της ταλαιπωρίας και βελτίωση της ευεξίας των ασθενών που δέχονται ΠΦ με αντίστοιχη επίδραση στην οικογένεια και στους φροντιστές τους; β) ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και συστάσεων κοινωνικής πρόνοιας και φροντίδας σε σχέση με τη διαχείριση του πόνου, την παρηγορική περίθαλψη, τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής ή την επιβίωση των ασθενών με μακροχρόνιες ασθένειες που απειλούν τη ζωή τους ή που πλήττονται από τις μακροχρόνιες θεραπείες και τις παρενέργειές τους; γ) βελτίωση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της σχέσης κόστους / ωφέλειας της ΠΦ και της πρόσβασης σε αυτήν; και δ) μείωση της οικονομικής και ευρύτερης κοινωνικής επιβάρυνσης που οφείλεται στον αυξημένο αριθμό ασθενών που χρειάζονται ΠΦ.



**Συμπεράσματα:** Το INADVANCE επιδιώκει την έγκαιρη ενσωμάτωση της ΠΦ στην καθημερινότητα των ασθενών με σύνθετες χρόνιες παθήσεις. Η έγκαιρη ενσωμάτωση στην ΠΦ δίνει την δυνατότητα στους ασθενείς και στην οικογένειά τους να ενημερωθούν για τις επιλογές θεραπείας, να σχεδιάσουν το μέλλον τους και να εξετάσουν τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής με σεβασμό στις προσωπικές αξίες του ατόμου.

**Βιβλιογραφία:**

1. Salins, N., Ramanjulu, R., Patra, L., Deodhar, J., & Muckaden, M. A. (2016). Integration of early specialist palliative care in cancer care and patient related outcomes: a critical review of evidence. *Indian journal of palliative care*, 22 (3), 252-257  
 2 Hui, D., Kim, Y. J., Park, J. C., Zhang, Y., Strasser, F., et al. (2015). Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *The oncologist*, 20 (1), 77-83

---

## ΕΑ42 Θεραπεία βελονισμού στον ίλιγγο

**Καρφάκης Γ.,** Μπόλωση Μ., Λένα Α., Τζίμας Π., Παπαδόπουλος Γ.

Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Ο ίλιγγος συνήθως προέρχεται από το περιφερικό νευρικό σύστημα. Κυριότερα αίτια είναι: η διαταραχή του έσω ωτός, όπως η νόσος του Μένιèρε, η λαβυρινθίτιδα και η αιθουσαία νευρίτιδα. Μπορεί επίσης να οφείλεται στην παθολογία του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως αιμορραγία, ισχαιμία, όγκοι του ΚΝΣ, λοίμωξη ή τραύμα και η παθολογία του αυχένα.

Η αιτιολογία και η θεραπεία της νόσου δεν είναι πλήρως κατανοητές. Οι συμβατικές ιατρικές θεραπείες περιλαμβάνουν φάρμακα, διατροφή και χειρουργική επέμβαση.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρουσίασης του περιστατικού είναι η ανάδειξη της βελτίωσης του ίλιγγου μέσω του βελονισμού.

**Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής ηλικίας 70 ετών με ιστορικό γαστρορραγίας και στεφανιαίας νόσου, υποβλήθηκε αρχικά σε διάνοιξη της αποφραγμένης δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και τοποθέτηση stent και ένα μήνα αργότερα σε επέμβαση τοποθέτησης stent στον πρόσθιο κατιόντα λόγω σημαντικής επιμήκους στένωσης. Ο ασθενής τέθηκε σε γαστροπροστασία και διπλή αντι-αιμοπεταλιακή αγωγή. Μία εβδομάδα αργότερα ο ασθενής παρουσίασε ίλιγγο αιφνίδιας έναρξης, που συνοδεύονταν από ναυτία και εμέτους και επιδεινώνονταν με την κίνηση της κεφαλής. Μετά την εξέταση από Ωτορινολαρυγγολόγο τέθηκε η διάγνωση της φλεγμονής του αιθουσαίου νεύρου, πιθανότατα στα πλαίσια ιογενούς λοίμωξης και προτάθηκε η χορήγηση υψηλών δόσεων κορτιζόνης και άλλων φαρμάκων.

Ωστόσο, λόγω του ιστορικού της γαστρορραγίας και της διπλής αντιαμοπεταλιακής αγωγής, αποφασίστηκε η εφαρμογή βελονισμού.

**Αποτελέσματα:** Αμεσα, μετά την εφαρμογή του βελονισμού, ο ασθενής αναφέρει σημαντική βελτίωση της ναυτίας και του εμέτου και μικρή βελτίωση στον ίλιγγο. Μετά από 16 ώρες από τη δεύτερη συνεδρία, ο ασθενής αναφέρει ύφεση των συμπτωμάτων. Παρόλα αυτά, κρίθηκε απαραίτητη η εφαρμογή συνολικά πέντε συνεδριών.

Στο συγκεκριμένο περιστατικό ο βελονισμός σημαντικό αποτέλεσμα, με την εφαρμογή λίγων συνεδριών και αποτέλεσε μέθοδο εκλογής, αφού υπήρχε σημαντική αντένδειξη στη φαρμακευτική αγωγή.

**Συμπεράσματα:** Ο βελονισμός έχει ευεργετική επίδραση στην αντιμετώπιση του ίλιγγου. Υπάρχει, ωστόσο, σημαντική έλλειψη καλά σχεδιασμένων μελετών που να αποδεικνύουν αυτή την αποτελεσματικότητα.

---

## ΕΑ43 Παρανεοπλασματικά σύνδρομα και πόνος

**Κοκολάκη Μ.,** Γαβρά Α., Καμπέρη Π., Βαφειάδου Μ., Ραϊτίσιου Μπ.

Ιατρείο πόνου & ΜΕΘ Σισμανόγλειο – Α. Φλέμινγκ Γ.Ν. Αττικής

**Εισαγωγή:** Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα ή “remote effects” είναι παθολογικές εκδηλώσεις που οφείλονται είτε στην έκκριση ποικίλων βιολογικά, δραστικών ουσιών από την υποκείμενη κακοήθεια με κύριο χαρακτηριστικό την έκτοπη δράση τους, όπως πολυπεπτιδικές ορμόνες, ανοσοσφαιρίνες, κυτοκίνες, είτε στην κινητοποίηση αδρανών πρόδρομων μορφών, οι οποίες όταν διαχέονται στην κυκλοφορία παρακωλύουν την δράση των φυσιολογικών ορμονών στα κύτταρα – στόχους. Ο μηχανισμός παθογένεσης των παρανεοπλασματικών συνδρόμων παραμένει μέχρι σήμερα άγνωστος, είναι πολυπαραγοντικός.

Οι παρανεοπλασματικές νευροπάθειες ταξινομούνται σε οξείες 13%, υποξείες 64,1% και χρόνιες 22,8%.

**Σκοπός** της μελέτης μας ήταν η αντιμετώπιση του πόνου ως πρώτη εκδήλωση σε ασθενείς με παρανεοπλασματική περιφερική νευροπάθεια.

**Υλικό – Μέθοδος:** Μελετήσαμε 12 ασθενείς, 8 γυναίκες και 4 άνδρες ηλικίας 50-70 ετών. Διαταραχή αισθητικότητας είχαν 4 ασθενείς από Νευρολογική εκτίμηση, μυϊκή αδυναμία 5 ασθενείς και πόνο είχαν όλοι οι ασθενείς με κλίμακα VAS > 7. Ο πόνος είχε τα στοιχεία του νευροπαθητικού πόνου. Ο

---

στόχος στη διαχείριση των ασθενών είναι η θεραπεία της υποκείμενης νόσου. Η θεραπεία του πόνου είναι συμπτωματική. Χορηγήσαμε πρεγκαμπαλίνη, τραμαδόλη, ντουλοξετίνη. Από τον Νευρολόγο χορηγήθηκαν στεροειδή και ανοσοσφαιρίνη ενδοφλέβια.

**Αποτελέσματα:** Μετά από 3 εβδομάδες είχαμε μικρή βελτίωση στον πόνο VAS > 6. Εγινε αύξηση στην πρεγκαμπαλίνη και χορηγήθηκε σε 8 ασθενείς Αλφα-λιποϊκό οξύ.

Μετά από 4 εβδομάδες οι 8 ασθενείς VAS < 4 και οι 4 ασθενείς VAS 5.

**Συμπέρασμα:** Ο Αριθμός των ασθενών είναι μικρός. Στα παρανεοπλασματικά σύνδρομα είναι σημαντικό η έγκαιρη διάγνωση και η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση του πόνου.

---

## EA44

### Νευροπαθητικός πόνος μετά απο χημειοακτινοθεραπεία ασθενή με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου. Παρουσίαση περιστατικού

**Κουρή Μ.<sup>1</sup>**, Νικολάτου-Γαλίτη Ου.<sup>1</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>2</sup>, Σιαφάκα Ι.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, <sup>2</sup> Κλινική Πόνου, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>3</sup> Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**Σκοπός:** Η χημειοακτινοθεραπεία σε ασθενείς με Καρκίνο Κεφαλής-Τραχήλου (ΚΚΤ) μπορεί να προκαλέσει χρόνιες επιπλοκές όπως Νευροπαθητικό Πόνο (ΝΠ). Ο ΝΠ οφείλεται σε άμεση ή/και έμμεση επίδραση της ακτινοβολίας πάνω στο σωματοαισθητικό σύστημα όπως και στη νευροτοξικότητα των χημειοθεραπευτικών. Η πρεγκαμπαλίνη έχει την ικανότητα να επιδρά στους μηχανισμούς μετάδοσης των ερεθισμάτων στο συναπτικό επίπεδο, τροποποιώντας την αντίληψή τους. Σκοπός είναι η παρουσίαση ασθενούς με καρκίνο εδάφους στόματος που είχε υποβληθεί σε χημειοακτινοθεραπεία και ανέφερε πόνο με «βελονιές και σιμπήματα» και «κάψιμο» στο στόμα.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ο ασθενής 71 ετών, προσήλθε στην Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής 3 χρόνια μετά το πέρας της χημειοακτινοθεραπείας με πόνο (VAS:8), και έντονη ξηροστομία (VAS:8). Είχε λάβει εισαγωγική χημειοθεραπεία (Cisplatin) και ακτινοθεραπεία (64 Gy ολική δόση). Πραγματοποιήθηκαν οι οδοντιατρικές θεραπείες και μπήκε σε παρακολούθηση. Ο ασθενής ανέφερε τσούξιμο και κάψιμο στη γλώσσα, τα οποία αποδόθηκαν σε μυκητίαση και δόθηκε θεραπεία με μικρή βελτίωση. Εγινε αξιολόγηση για νευροπαθητικό πόνο και επιβεβαίωση με τη χρήση του ερωτηματολογίου DN4 (DN4>4). Δόθηκε πρεγκαμπαλίνη με σταδιακή αύξηση της δόσης έως 225mg / ημέρα και παρακεταμόλη 2000mg /ημέρα, χωρίς παρενέργειες. Δύο μήνες μετά ο ασθενής δεν ανέφερε κανένα σύμπτωμα, ενώ ανέφερε σιελόρροια. Στην προσπάθεια σταδιακής μείωσης της δόσολογίας της πρεγκαμπαλίνης 3 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής τα συμπτώματα επανήλθαν, οπότε χορηγήθηκαν ξανά οι αρχικές δόσεις, με αποδρομή των συμπτωμάτων. Πέντε μήνες μετά την έναρξη της αγωγής ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός και ο αιματολογικός έλεγχος φυσιολογικός.

**Συμπέρασμα:** Ο νευροπαθητικός πόνος συχνά μένει αδιάγνωστος και αθεράπευτος. Η διάγνωση και η θεραπεία του είναι επιτακτική, καθώς με την άρση των συμπτωμάτων, βελτιώνεται άμεσα η ικανότητα λήψης τροφής και η ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η πρεγκαμπαλίνη είναι φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία ΝΠ από χημειοακτινοθεραπεία σε ασθενείς με ΚΚΤ.

---

## ΕΑ45

### Ερυθρομελαλία. Αντιμετώπιση του πόνου σε μια σπάνια ασθένεια

**Κοκολάκη Μ.,** Καμπέρη Π., Βαφειάδου Μ., Παπαβασιλείου Β.

Ιατρείο Πόνου & Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Σισμανόγλειο- Α. Φλέμινγκ Γ.Ν. Αττικής

Η Ερυθρομελαλία (ΕΜ) είναι μια σπάνια ασθένεια που μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. Η πρώτη περιγραφή της Ερυθρομελαλίας ως ανεξάρτητης νόσου δίδεται το 1872 από τον Weir Mitchell. Η ΕΜ παρατηρείται σε διπλάσια συχνότητα στις θήλεις, συγκριτικά με τους άρρενες. Χαρακτηρίζεται από οξύ καυστικό πόνο, αύξηση της θερμοκρασίας του δέρματος, έντονη ερυθρότητα, (κυανόχρωμη σκιά) οιδηματώδη πόδια και λιγότερο συχνά στα χέρια. Σχεδόν πάντοτε είναι συμμετρική.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης μας ήταν να παρουσιάσουμε ένα περιστατικό σπάνιο με ΕΜ που νοσηλεύτηκε στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας που κληθήκαμε για αντιμετώπιση του πόνου.

**Υλικό – μέθοδος:** Ασθενής θήλυ 17 ετών, βάρος 50 kg εμφάνισε αιφνίδια μετά (από stress - συναισθηματική φόρτιση), οξύ καυστικό πόνο VAS>9 στα πόδια και χέρια, υπερθέρμανση, τα πόδια ήταν κυανόχρωμα, οιδηματώδη, αδυναμία βάδισης, χωρίς ανταπόκριση στα κοινά αναλγητικά. Η διάγνωση μπήκε κλινικά, αφού αποκλείστηκαν θρομβοπενία, πολυκυτταραιμία, αγγειίτιδα, φαινόμενο Raynaud κ.τ.λ. σε συνεργασία με πολλές ειδικότητες.

Από το ιατρείο μας χορηγήθηκαν: τραμαδόλη, πρεγκαμπαλίνη, Χαπακ, μαγνήσιο, σύσταση για κρύα ντους, επίθεμα λιδοκαΐνης 5%, επίθεμα από κουρκουμά, εφαρμόστηκαν συνεδρίες Βελονισμού, και σύσταση για ψυχολογική υποστήριξη.

**Αποτελέσματα:** Το οίδημα και η ερυθρότητα υποχώρησε σε 2 εβδομάδες, ο πόνος με την κλίμακα VAS 5-6 (έγινε αύξηση της πρεγκαμπαλίνης). Σε 2 εβδομάδες η ασθενής περπάτησε. Η ασθενής παρακολουθείται από το ιατρείο μας επί 8μηνο, και ο πόνος, VAS 3 <, συνεχίζει να λαμβάνει την πρεγκαμπαλίνη.

**Συμπέρασμα:** Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενή με ΕΜ έχει χρόνια διαδρομή. Χρειάζεται πολυπαραγοντική αντιμετώπιση και συνεργασία με πολλές ειδικότητες.

## ΕΑ46

### Αντιμετώπιση του πόνου με βελονισμό σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας

**Μουτζούρη Α.,** Φυρφίρης Ν., Σιαφάκα Ι.

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

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μία σοβαρή αυτοάνοση απομυελινωτική νόσος που επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα προοδευτική απώλεια της λειτουργικότητας. Εμφανίζει υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα και δεν υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες.

Μελέτες με βελονισμό έχουν δείξει μείωση της σταστικότητας και του πόνου, βελτίωση της κόπωσης, της ισορροπίας και του βαδίσματος σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.

**Σκοπός:** Η ανακούφιση από τον πόνο των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας που επισκέφτηκαν το Ιατρείο Πόνου.

**Υλικό -Μέθοδος:** Οκτώ (8) ασθενείς, 7 γυναίκες και 1 άνδρας με σκλήρυνση κατά πλάκας προσήλθαν στο ιατρείο πόνου για την αντιμετώπιση του πόνου τους με μέση ηλικία 49,37 (25 ελάχιστη, 63 μέγιστη). Εκτός από το κοινό σύμπτωμα του πόνου οι ασθενείς είχαν και συνοδά συμπτώματα.

Δύο είχαν νευραλγία τριδύμου, μία ωμαλγία και θάμβος όρασης, μία οσφυοϊσχιαλγία δεξιά και σπαστικότητα άνω και κάτω άκρου αριστερά, 1 γυναίκα και 1 άνδρας θωρακαλγία, μία γυναίκα θωρακαλγία και ίλιγγο, και τέλος μία γυναίκα θωρακαλγία και σημείο lermhmitte.

Η ένταση του πόνου ήταν 10 κατά την κλίμακα NPRS.

Εγιναν 12 συνεδρίες βελονισμού (μία συνεδρία/εβδομάδα).

**Αποτελέσματα:** Ο άνδρας σταμάτησε μετά από 3 συνεδρίες χωρίς καμία ενημέρωση.

Στο τέλος της 12ης συνεδρίας η ένταση του πόνου ήταν 3-4 και μία βελτίωση των συνοδών συμπτωμάτων.

Σε επανεξέταση, στο τέλος του 3 μήνα, παρατηρήθηκε μικρή επιδείνωση του πόνου σε 2 ασθενείς (NPRS 6) και επιδείνωση των συνοδών συμπτωμάτων σε άλλους 2. Στους ασθενείς αυτούς

---

αποφασίσθηκε συνέχιση του βελονισμού (μία συνεδρία /μήνα) για 3 μήνες.

Σε νέα αξιολόγηση στο τέλος του 6μηνου όλοι οι ασθενείς ήταν απαλλαγμένοι από πόνο και εμφάνιζαν βελτίωση των συνοδών συμπτωμάτων.

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται λοιπόν ότι βελονισμός μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας. Ίσως χρειάζονται επαναληπτικές αναμνηστικές συνεδρίες.

**Βιβλιογραφία:**

H. I. Karpatkin et al. Acupuncture and Multiple Sclerosis: A Review of the Evidence. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2014, Article ID 972935, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/972935>.

---

## EA47

### Αντιμετώπιση του πόνου, εκπαίδευση των ασθενών και συγγενών στο Κοινωνικό Ιατρείο Δήμου Βριλησίων

Κοκολάκη Μ.<sup>1</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>1</sup>, Σιαφάκα Ι.<sup>1</sup>, Βραχνού Ε.<sup>1</sup>, Αρσένη-Λάμπρου Β.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥΑ),

<sup>2</sup> ΟΚΠΑΔΒ, Κοινωνικό Ιατρείο Δήμου Βριλησίων

**Εισαγωγή:** Ο Δήμος Βριλησίων μέσω του Οργανισμού Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης αναδεικνύει την υπέρτατη αξία της εθελοντικής προσφοράς μέσα από το Ιατρικό Λειτουργήμα. Ο εθελοντισμός στο Ιατρείο Πόνου του Δήμου Βριλησίων αποτελεί κορυφαία πράξη ανάδειξης της αγάπης και τον σεβασμό προς τον συνάνθρωπο. Η θεραπεία του πόνου και η παρηγορητική φροντίδα αποτελεί αναφαίρετο ανθρώπινο δικαίωμα. Η ΠΑΡΗ.ΣΥΑ συνεργάζεται με το Ιατρείο Πόνου στο Δήμο 2 φορές τον μήνα.

**Σκοπός:** Σκοπός μας ήταν να καταγράψουμε την αντιμετώπιση του πόνου και την εκπαίδευση των ασθενών και συγγενών στο Κοινωνικό Ιατρείο Πόνου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η αντιμετώπιση καρκινικού πόνου έγινε σε 22 ασθενείς ηλικίας 65-78 ετών, άποροι, εγγεγραμμένοι στο Κοινωνικό Ιατρείο. Τα φάρμακα χορηγούνταν από το Κοινωνικό Φαρμακείο του Δήμου. Η εκπαίδευση των ασθενών και συγγενών περιελάμβανε: 1. Εκτίμηση του πόνου εξατομικευμένη, 2. Συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή του πόνου, 3. Συμβουλές στην διατροφή, 4. Εκτίμηση γνωστικών λειτουργιών (όπως ανησυχία σχετικά με την εξέλιξη της νόσου, ιδέα να είναι «καλός ασθενής», μοιρολατρική πεποίθηση σχετικά με τον καρκινικό πόνο), 5. Τηλεφωνική υποστήριξη, 6. Ψυχολογική υποστήριξη (όπου ήταν αναγκαίο από ψυχολόγο του Κοινωνικού Ιατρείου).

**Αποτελέσματα:** Η αντιμετώπιση του πόνου μετά από 8 εβδομάδες με την Κλίμακα VAS 5< έγιναν τροποποιήσεις στην φαρμακευτική

αγωγή. Σχετικά με την εκπαίδευση, όλοι οι ασθενείς και συγγενείς είχαν ανάγκη επιβεβαίωσης σχετικά με την εξέλιξη της νόσου, άρα συνεχή εκπαίδευση όλοι οι ασθενείς έχουν οικονομικά προβλήματα (δεν έχουν την δυνατότητα φροντιστή στο σπίτι)

**Συμπέρασμα:** Η συντονισμένη προσπάθεια της ΠΑΡΗ.ΣΥΑ μέσα από το Ιατρείο Πόνου στον Δήμο Βριλησίων στην αντιμετώπιση του πόνου και εκπαίδευση ασθενών-συγγενών της οικογένειας, μπορεί να σπάσει τους φραγμούς και να συμβάλει σε σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

---

**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VII: ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ - ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ**

Προεδρείο: Ε. Κιτσιπούλου, Γ. Παπακίτσος, Α. Παλιαλέξη

**ΕΑ48 Καθετήρες μηριαίου νεύρου: σύγκριση της τοποθέτησής τους κάθετα ή παράλληλα προς το νεύρο**

**Καλημέρης Κ.<sup>1</sup>, Rupnik B.<sup>1</sup>, Fucentese S.<sup>2</sup>, Götschi T.<sup>3</sup>, Aguirre J.<sup>1</sup>, Afkhampour K.<sup>1</sup>, Eichenberger U.<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup> Παν/κή Κλινική Αναισθ/γίας, Εντατικής Θεραπείας και Πόνου, Balgrist University Hospital, Ζυρίχη, Ελβετία,  
<sup>2</sup> Παν/κή Ορθοπαιδική Κλινική, Balgrist University Hospital, Ζυρίχη, Ελβετία, <sup>3</sup> Παν/μιο Ζυρίχης, Ινστιτούτο Βιομηχανικής, ETH Zurich, Ζυρίχη, Ελβετία

**Σκοπός:** Οι μηριαίοι καθετήρες προσφέρουν εξαιρετική αναλγησία μετά από χειρουργεία γόνατος. Παρολαυτά, η συχνή μετατόπισή τους αποτελεί κλινικό πρόβλημα. Αν και η τοποθέτηση των καθετήρων παράλληλα προς το ιγνυακό νεύρο μειώνει τις μετατοπίσεις, αυτό δεν είναι γνωστό για το μηριαίο νεύρο.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ογδόντα ασθενείς ASA I-III, με BMI<40, που επρόκειτο να υποβληθούν σε μείζονες επεμβάσεις γόνατος τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες: Στην ομάδα GROUPIP ο καθετήρας τοποθετήθηκε κάθετα προς το νεύρο, ενώ στην ομάδα GROUPOOP παράλληλα. Στην ομάδα GROUPIP χρησιμοποιήθηκε η απεικόνιση short-axis in-plane, ενώ στην ομάδα GROUPOOP η short-axis out-of-plane, αλλά με στροφή του ηχοβολέα στην απεικόνιση long-axis in-plane για την τοποθέτηση του καθετήρα. Και στις δύο ομάδες χρησιμοποιήθηκε η τεχνική catheter-over-the-needle καθώς και υποδόριο tunnel. Μετεγχειρητικά οι ασθενείς κινητοποιήθηκαν με παθητική και ενεργητική φυσιοθεραπεία. Στις 24 και 48 ώρες ελέγξαμε με υπέρηχο τη θέση του καθετήρα, τον πόνο και το συμπαθητικό αποκλεισμό. Επίσης μετρήσαμε τα χαρακτηριστικά διενέργειας της τοποθέτησης του καθετήρα.

**Αποτελέσματα:** Μέχρι τώρα όλοι οι μηριαίοι αποκλεισμοί ήταν επιτυχείς και η στροφή του ηχοβολέα στην ομάδα GROUPOOP έκανε δυνατό τον έλεγχο της θέσης του καθετήρα. Αν και τα ποσοστά μετατόπισης των καθετήρων είναι σχετικά χαμηλά στη μελέτη μας, δε φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο τεχνικών. Επίσης ο πόνος και ο συμπαθητικός αποκλεισμός δε διαφέρουν. Παρολαυτά, στην ομάδα GROUPOOP η τεχνική διήρκησε περισσότερο και ο καθετήρας έπρεπε συχνά να αποσυρθεί σε άλλοτε άλλο μήκος καθώς περνούσε ενδομυϊκά στο λαγονοψοίτη.

**Συμπεράσματα:** Η τοποθέτηση του καθετήρα παράλληλα προς το νεύρο δεν οδήγησε σε στατιστικά λιγότερες μετεγχειρητικές μετατοπίσεις αλλά διήρκησε περισσότερο χρόνο και φάνηκε να είναι τεχνικά δυσκολότερη. Ο έλεγχος της τελικής θέσης του καθετήρα με τον υπέρηχο είτε άμεσα είτε έμμεσα με τη μετατόπιση των ιστών από το τοπικό αναισθητικό είναι ουσιώδους σημασίας και στις δύο τεχνικές.

**Βιβλιογραφία:**

Hauritz RW, et al. Displacement of popliteal sciatic nerve catheters after major foot and ankle surgery: a randomized controlled double-blinded magnetic resonance imaging study. Br J Anaesth. 2016;220-7

**ΕΑ49 Σύγκριση της επίδρασης της υπαραχνοειδώς χορηγούμενης έναντι της ενδοφλέβιας δεξμετομιδίνης στον οξύ μετεγχειρητικό πόνο μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος**

**Διαγούπη Ι., Διακομή Μ., Σταυροπούλου Ευ, Ντρίμερη Ει., Μπαϊρακτάρη Α., Σοφιανού Α.**  
 Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»

**Σκοπός:** Η ολική αρθροπλαστική γόνατος (ΟΑΓ) έχει σχετιστεί με ανεπαρκή ύφεση του μετεγχειρητικού πόνου παρά τα τρέχοντα σχήματα αναλγησίας. (1,2) Η δεξμετομιδίνη (ΔΕΞ) συνιστά έναν εκλεκτικό α2 αδρενεργικό αγωνιστή με κατασταλτικές, αγχολυτικές και αναλγητικές ιδιότητες, που έχει χρησιμοποιηθεί για την ενίσχυση τόσο των κεντρικών όσο και των περιφερικών νευρικών αποκλεισμών. (3) Στη βιβλιογραφία υπάρχει αυξανόμενη τεκμηρίωση για τον πιθανό ρόλο της ΔΕΞ στην πολυπαραγοντική αντιμετώπιση του πόνου στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΟΑΓ. (4,5,6) Αυτή η προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη διενεργήθη για να εξετάσει την επίδραση της διεγχειρητικής ΔΕΞ στην μετεγχειρητική αναλγησία μετά από ΟΑΓ.

**Υλικό & Μέθοδος:** 60 ασθενείς προγραμματισμένοι για ΟΑΓ τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν υπαραχνοειδή λεβοβουπιβακαΐνη (ομάδα ελέγχου), υπαραχνοειδή λεβοβουπιβακαΐνη και ΔΕΞ (ομάδα SubDEX) ή υπαραχνοειδή λεβοβουπιβακαΐνη και ενδοφλέβια ΔΕΞ (ομάδα InDEX). Καταγράφηκαν: η οπτική αναλογική κλίμακα –VAS την 3η, 6η και 12η μετεγχειρητική ώρα, η διάρκεια της μετεγχειρητικής αναλγησίας, η έναρξη και διάρκεια του αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού και η εμφάνιση επιπλοκών περιεγχειρητικά. Στους ασθενείς που ανέφεραν VAS<sub>≥3</sub> εφαρμοζόταν καθορισμένο αναλγητικό σχήμα διασώσης.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς της SubDEX ομάδας εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές VAS την 3η μετεγχειρητική ώρα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ( $p < 0.05$ ), ενώ δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στην InDEX ομάδα και τις άλλες δυο ομάδες της μελέτης. Η διάρκεια αναλγησίας ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην SubDEX ομάδα (285.10±109.29 min) και την InDEX ομάδα (225.50±82.83 min) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (144.65±51.29 min). Όλες οι ομάδες εμφάνισαν ασφαλές αιμοδυναμικό προφίλ και καμία σημαντική ανεπιθύμητη ενέργεια.

**Συμπεράσματα:** Η υπαραχνοειδής ΔΕΞ προσφέρει ασφαλή και ανάλογη με την ενδοφλέβια ΔΕΞ μετεγχειρητική αναλγησία μετά από ΟΑΓ, με σημείο υπεροχής το σκορ της VAS την 3η μετεγχειρητική ώρα. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να παρέχει υψηλού βαθμού τεκμηρίωση υπέρ της υπαραχνοειδούς ή ενδοφλέβιας ΔΕΞ λογιζόμενης ως αναπόσπαστο κομμάτι μιας αποτελεσματικής στρατηγικής πολυπαραγοντικής αναλγησίας μετά από ΟΑΓ.

#### Βιβλιογραφία:

- 1 Wylde V, Rooker J, Halliday L, Blom A. Acute postoperative pain at rest after hip and knee arthroplasty: severity, sensory qualities and impact on sleep. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2011 Apr; 97(2): 139-44. doi: 10.1016/j.otsr.2010.12.003. Epub 2011 Mar 8
- 2 Lee YS. Comprehensive Analysis of Pain Management after Total Knee Arthroplasty. *Knee Surg Relat Res.* 2017; 29(2): 80–86. doi: 10.5792/ksrr.16.024
- 3 Naaz S, Ozair E. Dexmedetomidine in current anaesthesia practice- a review. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(10):GE01–GE4. doi:10.7860/JCDR/2014/9624.4946
- 4 Chan IA, Maslany JG, Gorman KJ, O'Brien JM, McKay WP. Dexmedetomidine during total knee arthroplasty performed under spinal anesthesia decreases opioid use: a randomized-controlled trial. *Can J Anaesth.* 2016 May;63(5):569-76. doi: 10.1007/s12630-016-0597-y. Epub 2016 Jan 29.
- 5 Shin HJ, Do SH, Lee JS, Kim TK, Na HS. Comparison of Intraoperative Sedation With Dexmedetomidine Versus Propofol on Acute Postoperative Pain in Total Knee Arthroplasty Under Spinal Anesthesia: A Randomized Trial. *Anesth Analg.* 2018 Apr 5. doi: 10.1213/ANE.0000000000003315. [Epub ahead of print]
- 6 Lee C, Lee J, Lee G, Lee H, Koh E, Hwang J. Pregabalin and Dexmedetomidine Combined for Pain After Total Knee Arthroplasty or Total Hip Arthroplasty Performed Under Spinal Anesthesia. *Orthopedics.* 2018 Nov 1;41(6):365-370. doi: 10.3928/01477447-20181023-04. Epub 2018 Oct 29.

## EA50 Διαχείριση και εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας για καισαρική τομή σε επίτοκο με επιληψία και ηλεκτρολυτικές διαταραχές

Στάικου Χ., Θεοδοσοπούλου Π.

Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

**Σκοπός:** Η περιγραφή της περιεγχειρητικής διαχείρισης επιτόκου με ιστορικό επιληψίας που παρουσίασε υπονατρίαμια λόγω αντιεπιληπτικής αγωγής με καρβαμαζεπίνη.

**Υλικό & Μέθοδος:** Παρουσίαση κλινικής περίπτωσης.

**Αποτελέσματα:** Η υπονατρίαμια σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο περιεγχειρητικών επιπλοκών όπως η διέγερση, η σύγχυση, η ληθαργικότητα, οι σπασμοί, ή ακόμα και ο θάνατος από εγκεφαλικό οίδημα. Παρουσιάζουμε την περιεγχειρητική διαχείριση μιας επιτόκου με επιληψία και σοβαρή υπονατρίαμια (128mmol/L κατά την εισαγωγή, 115 mmol/L την τρίτη μέρα νοσηλείας) λόγω λήψης καρβαμαζεπίνης, η οποία υποβλήθηκε σε εκλεκτική καισαρική τομή. Κατά την προεγχειρητική περίοδο αποφασίστηκε η συνέχιση της αγωγής της με την οποία ελέγχονταν πολύ καλά η επιληψία, ενώ ταυτόχρονα εφαρμόστηκε περιορισμός στη λήψη υγρών (1L/ημέρα). Παράλληλα ξεκίνησε ενδοφλέβια χορήγηση φυσιολογικού ορού 1.5% με σκοπό τη σταδιακή αύξηση του νατρίου ορού με ρυθμό 0.5mmol/L/ηεντός 30 ωρών. Με την ολοκλήρωση της έγχυσης η τιμή του νατρίου ορού έφτασε τα 130 mmol /L. Η καισαρική τομή διενεργήθηκε υπό συνδυασμένη ραχιαία/ επισκληρίδιο αναισθησία με 1.8 ml ropivacaine 0.75% υπαραχνοειδώς και 100mcg fentanyl επισκληρίδιως. Διεγχειρητικά, αλλά και μετεγχειρητικά

δόθηκε μεγάλη προσοχή στην ποσότητα και το είδος των χορηγούμενων υγρών, καθώς και στη χορήγηση ωκυτοκίνης, ώστε να αποφευχθεί η πτώση των επιπέδων νατρίου στο αίμα. Στο χειρουργείο χορηγήθηκαν 300ml Hydroxyethylstarch (130/0.4) και 500ml Ringer's Lactate ως τον τοκετό, καθώς δεν υπήρξε σημαντική απώλεια αίματος και η μητέρα ήταν αιμοδυναμικά σταθερή. Τρεις (3) μονάδες ωκυτοκίνης bolus ενδοφλέβια μαζί με 15 μονάδες σε 500 ml Ringer's Lactate χορηγήθηκαν αργά τις επόμενες ώρες και παρείχαν επαρκή σύσπαση της μήτρας.

Το χειρουργείο ολοκληρώθηκε ομαλά και η έκβαση για τη μητέρα και το νεογνό ήταν άριστη.

**Συμπεράσματα:** Η περιεγχειρητική διαχείριση εγκύου με υπονατριάτιμα λόγω αντιεπιληπτικής αγωγής μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για τον αναισθησιολόγο. Η διεπιστημονική προσέγγιση και φροντίδα είναι ζωτικής σημασίας για μια καλή έκβαση. Η αναλογία κινδύνου/οφέλους από τη διακοπή ή την αλλαγή της αντιεπιληπτικής αγωγής θα πρέπει να εκτιμάται πολύ προσεκτικά, ενώ η διόρθωση της υπονατριάτιμας είναι ζωτικής σημασίας στη μείωση του κινδύνου επιπλοκών για τη μητέρα και το νεογνό.

#### Βιβλιογραφία:

- 1 Thomas SV. Managing epilepsy in pregnancy. *Neurol India* 2011;59:59–65.
- 2 Adab N. Therapeutic monitoring of antiepileptic drugs during pregnancy and in the postpartum period: is it useful? *CNS Drugs* 2006;20:791–800.
- 3 Milionis H, Liamis G, Elisaf M. The hyponatremic patient: a systematic approach to laboratory diagnosis. *CMAJ* 2002;166:1056–62.
- 4 Verbalis JG, Goldsmith SR, Greenberg A, Schrier RW, Sterns RH. Hyponatremia Treatment Guidelines 2007: Expert Panel Recommendations. *Am J Med* 2007;120:1–21.
- 5 Van Amelsvoort T, Bakshi R, Devaux CB, Schwabe S. Hyponatremia associated with carbamazepine and oxcarbazepine therapy: a review. *Epilepsia* 1994;35:181–8.

## ΕΑ51 Διασκαληνικός αποκλεισμός VS υπακρωμιακής έγχυσης τοπικού αναισθητικού ως μετεγχειρητική αναλγησία στην αρθροσκόπηση ώμου

Παπαδημητρίου Ε<sup>1</sup>, Ζαφειροπούλου Φ.<sup>2</sup>, Κότσα Α.<sup>2</sup>, Γυφτονικολού Ε.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, <sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Χαλκίδας

**Εισαγωγή:** Μεγάλο ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε αρθροσκόπηση ώμου αναφέρουν σημαντικό πόνο κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, γεγονός που εμποδίζει την άμεση έναρξη του προγράμματος αποκατάστασης. Η παρούσα εργασία μελετά την αποτελεσματικότητα δύο διαφορετικών μεθόδων μετεγχειρητικής αναλγησίας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Τριάντα ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αρθροσκοπική αποκατάσταση ρήξεως του στροφικού τενοντίου πετάλου χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με τυχαίο τρόπο. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία. Η πρώτη ομάδα (IS) μετά το τέλος της επέμβασης υποβλήθηκαν σε διασκαληνικό αποκλεισμό με 20ml, 0,5% bupivacaine και η δεύτερη (SA) μετά το τέλος της επέμβασης σε υπακρωμιακή έγχυση 20ml, 0,5% bupivacaine. Στις δύο ομάδες μετρήθηκε το VAS στις 6 και 24 ώρες μετεγχειρητικά και η κατανάλωση παυσιπόνων κατά τις πρώτες 24 ώρες (παυσίπονο διάσωσης 1mg morphine παρεντερικά). Χορηγήθηκε συστηματικά 1gr paracetamol κάθε 6 ώρες.

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρχαν δημογραφικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Η IS ομάδα στις 6 ώρες παρουσίαζε σημαντικά χαμηλότερο πόνο ( $4 \pm 20$  vs  $40 \pm 30$ ) και χαμηλότερη κατανάλωση παυσιπόνων ( $0.9 \pm 1.8$  mg vs  $1,7 \pm 1,3$  mg) σε σχέση με την SA ομάδα. Ωστόσο στις 24 ώρες δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις δύο αυτές παραμέτρους μεταξύ των δύο ομάδων ( $55 \pm 18$ , vs.  $58 \pm 21$  και  $4.7 \pm 2.5$  mg vs  $4.3 \pm 2.9$  mg).

**Συμπεράσματα:** Η άμεση μετεγχειρητική αναλγησία είναι πιο αποτελεσματική με τον διασκαληνικό αποκλεισμό. Παρόλα αυτά συνολικά τις πρώτες 24 ώρες οι δύο μέθοδοι δεν παρουσιάζουν διαφορές στην αποτελεσματικότητά τους.



# EA52

## Διαμυϊκός αποκλεισμός του τετράγωνου οσφυϊκού μύος και ισχιακός αποκλεισμός σε επέμβαση αποκατάστασης διατροχαντηρίου κατάγματος ισχίου σε ασθενή με πολλαπλή σκλήρυνση

Σηφάκη Φρ., Κοράκη Ε., Ζαρζαβά Ει., Πιστιώλας Γ., Κυριακίδης Β., Τρικούπη Α.  
Αναισθησιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**Σκοπός:** Η διαχείριση της περιεγχειρητικής αναλγησίας σε ασθενή με πολλαπλή σκλήρυνση, η οποία υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης κατάγματος ισχίου.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Θήλυ ασθενής 69 ετών προσήλθε στο χειρουργείο για αποκατάσταση διατροχαντηρίου κατάγματος στο αριστερό ισχίο. Η ασθενής με BMI: 23 kg/m<sup>2</sup> έπασχε από πολλαπλή σκλήρυνση, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και οστεοαρθρίτιδα υπό αγωγή. Ο προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος της ασθενούς ήταν φυσιολογικός. Ταξινομήθηκε ως ASA III. Λόγω του ιστορικού πολλαπλής σκλήρυνσης, αποφασίστηκε η αποφυγή της γενικής αναισθησίας και της πραγματοποίησης κεντρικού νευραξονικού αποκλεισμού. Η αναισθησιολογική προσέγγιση της ασθενούς έγινε με εφαρμογή συνδυασμού δύο περιφερικών νευρικών αποκλεισμών, του διαμυϊκού αποκλεισμού του τετράγωνου οσφυϊκού μύος (Transmuscular Quadratus Lumborum Block, TQLB) με υπερηχογραφική καθοδήγηση και in-plane τεχνική (βελόνα 22G/120mm), με εισαγωγή καθετήρα συνεχούς έγχυσης και του διαγλουτιαίου αποκλεισμού του ισχιακού νεύρου, με υπερηχογραφική καθοδήγηση και out of plane τεχνική (βελόνα 22G/120mm). Συνολικά χορηγήθηκαν 25 ml Ροπιβακαΐνης 0,5% και 25 ml Λιδοκαΐνης 1% και επιτεύχθηκε χειρουργική αναισθησία. Η ασθενής 10 λεπτά μετά την έναρξη του χειρουργείου, δεν ανέχθηκε τη θέση στο χειρουργικό τραπέζι και έτσι, πραγματοποιήθηκε γενική αναισθησία (εισαγωγή λαρυγγικής μάσκας Protector No4), χωρίς τη χορήγηση οπιοειδών ή νευρομυϊκών αποκλειστών και διατήρηση της αναισθησίας με δεσφλουράνιο. Η χειρουργική επέμβαση εξελίχθηκε ανεπίπλεκτα και η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή, χωρίς ανάγκη από επιπλέον χορήγηση οπιοειδών ή άλλων αναλγητικών παραγόντων. Μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης, συνδέθηκε για 48 ώρες αντλία με περιεχόμενο Ροπιβακαΐνη 0,2% στον καθετήρα συνεχούς έγχυσης ο οποίος είχε τοποθετηθεί στο σημείο πραγματοποίησης του TQLB. Η ασθενής ανέφερε ικανοποιητική μετεγχειρητική αναλγησία (NRS 2-3/10), κινητοποιήθηκε την επόμενη ημέρα και έλαβε εξιτήριο μετά από 4 ημέρες, χωρίς να αναφερθούν επιπλοκές.

**Συμπέρασμα:** Το TQLB αποτελεί έναν καινοτόμο αποκλεισμό του κορμού, το οποίο περιγράφηκε πρώτη φορά το 2013 και πραγματοποιείται για επίτευξη περιεγχειρητικής αναλγησίας σε επεμβάσεις θώρακος, κοιλίας και κάτω άκρου. Εως τώρα, υπάρχουν ελάχιστες βιβλιογραφικές αναφορές για τη χρήση του σε συνδυασμό με τον αποκλεισμό του ισχιακού νεύρου στις επεμβάσεις αποκατάστασης διατροχαντηρίου κατάγματος ισχίου. Ο συνδυασμός αυτών των δύο περιφερικών αποκλεισμών προσφέρει ικανοποιητική διεγχειρητική και μετεγχειρητική αναλγησία στις επεμβάσεις αποκατάστασης καταγμάτων ισχίου, συμβάλλει στην πραγματοποίηση μετεγχειρητικής φυσικοθεραπείας και στην πρώιμη κινητοποίηση του ασθενή και αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στην ελαχιστοποίηση της χορήγησης οπιοειδών καθώς και στην επίτευξη της πολυπαραγοντικής αναλγησίας.

### Βιβλιογραφία:

- 1 Dorotta IR, Multiple sclerosis and anesthetic implications. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2002;15(3):365–70. doi: 10.1097/00001503-200206000-00015.
- 2 Børglum J, Jensen K, Morigg B, et al: Ultrasound-guided transmuscular quadratus lumborum blockade. *Br J Anesth* 2013.
- 3 Hadzic A -Hadzic's Textbook of Regional Anesthesia and Acute Pain Management-McGraw-Hill (2017)
- 4 Luca La Colla, MD, Quadratus Lumborum Block as an Alternative to Lumbar Plexus Block for Hip Surgery: A Report of 2 Cases, *Case Reports*, 2017
- 5 Tulgar, Serkan et al. "Comparison of Ultrasound-Guided Lumbar Erector Spinae Plane Block and Transmuscular Quadratus Lumborum Block for Postoperative Analgesia in Hip and Proximal Femur Surgery: A Prospective Randomized Feasibility Study." *Anesthesia, essays and researches* vol. 12,4 (2018): 825-831. doi:10.4103/aer.AER\_142\_18

## EA53

### Ο ρόλος της επιφάνειας των νεύρων στην ταχύτητα έναρξης του νευρικού αποκλεισμού

Καλημέρης Κ.<sup>1</sup>, Rupnik B.<sup>1</sup>, Aguirre J.<sup>1</sup>, Götschi T.<sup>2</sup>, Eichenberger U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παν/κή Κλινική Αναισθ/γίας, Εντατικής Θεραπείας και Πόνου, Balgrist University Hospital, Ζυρίχη,

<sup>2</sup> Παν/μιο Ζυρίχης, Ινστιτούτο Βιομηχανικής, ETH Zurich, Ζυρίχη, Ελβετία

**Σκοπός:** Η υπερηχογραφία επιτρέπει την ακριβή έγχυση του τοπικού αναισθητικού γύρω από το νεύρο, οδηγώντας πιθανόν στη μείωση του απαραίτητου όγκου του τοπικού αναισθητικού για το νευρικό αποκλεισμό. Αυτό θα οδηγούσε στη μείωση του κινδύνου για τοξικότητα από τοπικό αναισθητικό αυξάνοντας την ασφάλεια του ασθενούς. Εχει βρεθεί ότι όγκος 0.11ml/mm<sup>2</sup> τοπικού αναισθητικού είναι αρκετός για τον πλήρη αισθητικό αποκλεισμό του ωλένιου νεύρου στο 95% των περιπτώσεων. Παρολαυτά η διακύμανση της επιφάνειας του νεύρου πρέπει να ληφθεί υπόψη. Ετσι σχεδιάσαμε αυτή τη μελέτη ώστε να αναλύσουμε τη σχέση ανάμεσα στο χρόνο έναρξης του αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού και της επιφάνειας δύο περιφερικών νεύρων.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μετά από έγκριση της επιτοπής Δεοντολογίας 15 υγιείς εθελοντές περιελήφθησαν σε αυτήν την περιγραφική μελέτη. Σε κάθε εθελοντή διενεργήθηκε νευρικός αποκλεισμός του ωλένιου και του μέσου νεύρου άμφω από έμπειρο αναισθησιολόγο στην περιοχική αναισθησία. Ο νευροδιεγέρτης χρησιμοποιήθηκε με σταθερές ρυθμίσεις (0.5 mA, 0.1 ms) ως πρόσθετη ασφάλεια. Το ωλένιο και το μέσο νεύρο απεικονίστηκαν σε κάθετη τομή (short axis), μετρήθηκε η επιφάνειά τους δύο φορές με το λογισμικό του υπερήχου και στη συνέχεια ο απαραίτητος όγκος μεπιβακαίνης 1% υπολογίστηκε με βάση τη φόρμουλα 0.11ml/mm<sup>2</sup>. Μετρήθηκε η σχέση ανάμεσα στην επιφάνεια του νεύρου και την έναρξη του αισθητικού αποκλεισμού (αίσθηση κρύου με παγωμένο στυλέο, αφή και πίεση με συσκευή Neuropen), καθώς επίσης με την έναρξη του κινητικού αποκλεισμού και τη διάρκεια του αποκλεισμού. Ο κινητικός αποκλεισμός του ωλένιου νεύρου μετρήθηκε με την κάμψη του αντίχειρα προς το δείκτη ενώ του μέσου νεύρου με την προσαγωγή του αντίχειρα.

**Αποτελέσματα:** Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα δείχνουν τάση για ταχύτερη έναρξη του νευρικού αποκλεισμού στα νεύρα με μικρότερη επιφάνεια.

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση του τοπικού αναισθητικού υπολογισμένου με βάση την επιφάνεια του νεύρου φαίνεται ότι είναι δυνατή. Κάτι τέτοιο καθιστά δυνατή τη μείωση της δόσης του τοπικού αναισθητικού και ενδεχομένως τον κίνδυνο τοξικότητας.

#### Βιβλιογραφία:

Eichenberger U et al. Minimal local anesthetic volume for peripheral nerve block: a new ultrasound-guided, nerve dimension-based method. Reg Anesth Pain Med. 2009;34:242-6.

## EA54

### Εφαρμογή μιας περιεγχειρητικής στρατηγικής αναισθησίας/αναλγησίας χωρίς οπιοειδή (Opioid Free Anaesthesia/Analgesia, OFA-A) σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις: μελέτη σειράς ασθενών

Νύκταρη Β.<sup>1</sup>, Στεφανάκης Γ.<sup>1</sup>, Διαμαντάκη Ε.<sup>1</sup>, Κουτουλάκη Ε.<sup>1</sup>, Παπαστρατηγάκης Γ.<sup>1</sup>, Παπαϊωάννου Α.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη, <sup>2</sup> Τμήμα Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης

**Σκοπός:** Ο ανεπαρκής έλεγχος του πόνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις συνεισφέρει στην περιεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα. Η αρχική υπόθεση είναι ότι επιτυγχάνεται επαρκής (NAScore<6) με μια στρατηγική αναλγησίας χωρίς οπιοειδή (αποφυγή υπεραλγησίας).

**Υλικό –Μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών που υποβλήθηκαν σε θωρακοχειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία. Για την προνάρκωση των ασθενών χρησιμοποιήθηκε μιδαζολάμη (0.05mg/Kg IM). Η εισαγωγή στην αναισθησία επιτεύχθηκε με συνδυασμό κεταμίνης, προποφόλης, θειϊκού μαγνησίου, λιδοκαΐνης και ροκουρόνιου. Πριν τη χειρουργική τομή χορηγήθηκε ακεταμινοφαίνη, ενώ η διατήρηση στην αναισθησία περιελάμβανε πτητικό αναισθητικό, έγχυση δεμεδετομιδίνης και

λιδοκαΐνης, χορήγηση κεταμίνης είτε σε έγχυση είτε σε επαναλαμβανόμενες δόσεις και δεξαμεθαζόνη. Για μετεγχειρητική αναλγησία χορηγήθηκαν ακεταμινοφαίνη, παρακετοξίμπη (αν δεν υπήρχε αντένδειξη) και τραμαδόλη, ενώ ως αναλγησία διάσωσης μικρή δόση οπιοειδούς.

Εκτίμηση αναλγησίας έγινε στη μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας χρησιμοποιώντας την αριθμητική κλίμακα πόνου 0-10 (VAS score) και την CPOT κλίμακα για ασθενείς με καταστολή. Επανεκτίμηση έγινε την 1η και 2η μετεγχειρητική μέρα.

**Αποτελέσματα:** 17 ασθενείς περιλήφθηκαν στη μελέτη. Τα δημογραφικά στοιχεία φαίνονται στον πίνακα 1, οι αναισθητικοί/αναλγητικοί παράγοντες στον πίνακα -2 και η μετεγχειρητική εκτίμηση πόνου στον πίνακα -3.

### Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά Ασθενών

Ηλικία (έτη)*	64+12
BMI (Kg/m <sup>2</sup> )*	27.16 +2.21
ASA κατηγορία II**	15 (88%)
Αρρεν φύλο**	12 (70.5%)

### Πίνακας 2. Διεγχειρητικοί αναλγητικοί/αναισθητικοί παράγοντες

Κεταμίνη (mg)*	165.3+85.89
Θεικό μαγνήσιο (mg)*	5.625+2.14
Δεξμεδετομιδίνη (mcg)*	279.18+119.23
Έγχυση λιδοκαΐνης (mg)*	263.9+77.6
Δεξαμεθαζόνη (16mg)**	16 (94.1%)

### Πίνακας 3. Εκτίμηση πόνου στη μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας (PACU) και σε 24 και 48 ώρες μετεγχειρητικά

	PACU	24 h	48h
VAS ηρεμίας***	0(0-0)	0(0-0)	0
VAS βήχα***	2.5(0.5-5)	2(0-3)	0
VAS κίνησης***	2(1-4)	2(0.75-3)	0
Παραλήρημα**	1(6%)	0	0
Ναυτία/έμετος**	0	1(6%)	0
Κινητοποίηση**	-	14(82%)	17 (100%)
Αναλγησία διάσωσης με οπιοειδές**	4(23.5%)	1(6%)	0

\*mean + SD, \*\* n(%), \*\*\* median(IQR)

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή μιας περιεγχειρητικής στρατηγικής αναισθησίας/αναλγησίας χωρίς οπιοειδή μπορεί να αποτελέσει μια ασφαλή και αποτελεσματική προσέγγιση του ασθενούς που υποβάλλεται σε θωρακοτομή.

#### Βιβλιογραφία:

1. Bottiger BA, Esper SA and Stafford-Smith. Pain Management Strategies for Thoracotomy and Thoracic Pain Syndromes. Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, 2014; Vol. 18(1):45-56
2. Brodner G, Mertes N, Buerkle H, Marcus MA, Van Aken H. Acute pain management: analysis, implications and consequences after prospective experience with 6349 surgical patients. Eur J Anaesthesiol. 2000;17:566-575.

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ VIII: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ

Προεδρείο: Μ. Ράπτη, Α. Χαραλαμπίδου, Γ. Φτούλης

## EA55

### Αμφοτερόπλευρος αποκλεισμός υπερπλάτιου νεύρου με χρήση υπερήχων για αντιμετώπιση συνδρόμου παγωμένου ώμου άμφω σε ασθενή με ιστορικό Σακχαρώδους Διαβήτη

Νικολακοπούλου Ε., Χρυσικοπούλου Α., Κουτσοπούλου Ε., Γαμποπούλου Ζ.  
Κέντρο αξιολόγησης και Θεραπείας πόνου, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

**Σκοπός:** Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αποτελεί πρόκληση τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεράποντα ιατρό. Το σύνδρομο παγωμένου ώμου είναι ένα σύννηθες πρόβλημα στην ιατρική πράξη το οποίο δύναται να προκαλέσει σοβαρό πόνο και προοδευτική μείωση της κίνησης της άρθρωσης του ώμου οδηγώντας σε απώλεια της λειτουργικότητας αυτής. Εμφανίζεται δευτεροπαθώς σε ασθενείς με Σ.Δ. και εκδηλώνεται με σοβαρό πόνο, δύσκολα αντιμετώπισιμο με τις συνήθεις μεθόδους. Ο αποκλεισμός του υπερπλάτιου νεύρου τα τελευταία χρόνια έχει κερδίσει έδαφος στην αντιμετώπιση του Συνδρόμου Παγωμένου Ωμου όντας μια απλή και αποτελεσματική τεχνική.

**Υλικό και μέθοδοι:** Ασθενής θύλη 67 ετών χειρουργηθείσα για ρήξη υπερακανθίου (ΔΕ) προ 20ετίας παραπέμπεται από τους Ορθοπεδικούς στο Ιατρείο Πόνου για αντιμετώπιση χρόνιου πόνου στον ώμο λόγω Συνδρόμου Παγωμένου Ωμου άμφω. Η ασθενής περιέγραψε έντονο,συνεχή διαξιφιστικό πόνο στο σημείο των αρθρώσεων αρχόμενο από 6μήνου ο οποίος την οδήγησε σε απώλεια της λειτουργικότητας και των δύο άνω άκρων δημιουργώντας σοβαρές επιπτώσεις στην καθημερινή της ζωή. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε πλήρης απώλεια της λειτουργικότητας και των δύο αρθρώσεων. Αφού εξηγήθηκε στην ασθενή η διαδικασία και ελήφθη γραπτή συγκαταθεση, προχωρήσαμε σε υπερηχογραφικά καθοδηγούμενο αποκλεισμό του υπερπλάτιου νεύρου αμφοτερόπλευρα με χορήγηση 15ml ροπιβακαΐνης 0,2% και 8mg δεξαμεθαζόνης έκαστο

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκε καμία ανεπιθύμητη ενέργεια. Η ασθενής παρακολουθείται μέχρι και σήμερα, 1 χρόνο μετά, έχοντας ανακτήσει πλήρη λειτουργικότητα των αρθρώσεων, έχοντας επανέλθει στην καθημερινή της ζωή και αναφέροντας θεαματική μείωση του πόνου από την πρώτη κιολας μέρα μετά την εκτέλεση των αποκλεισμών.

**Συμπεράσματα:** Το περιστατικό μας τεκμηριώνει την αποτελεσματικότητα του υπερπλάτιου αποκλεισμού για σύνδρομο χρόνιου πόνου της άρθρωσης του ώμου τα οποία αντιστέκονται στις συνήθεις θεραπευτικές μεθόδους, αποτελώντας μια γρήγορη και εύκολη τεχνική η οποία δεν έχει συστηματικές επιπλοκές και δύναται να εφαρμοσθεί και σε ασθενείς με συμπαρομαρτούντα νοσήματα. Για την διενέργεια τους προτιμάται η χρήση υπερήχων καθώς διασφαλίζει την ακριβέστερη έγχυση σε σχέση με την τεχνική των οδηγών- ανατομικών σημείων.

## EA56

### Υποφυσιακή αποπληξία μετά από συνεδρία βελονισμού για κεφαλαλγία: παρουσίαση περιστατικού

Ασματζή Χ., Χαλμούκη Γ., Αρχοντάκη Β., Μαυραγάνη Ρ., Αρναουτάκης Ε., Μελά Α.  
Ιατρείο Πόνου ΓΝΑ Ασκληπιείου Βούλας

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό ασθενούς με υποφυσιακή ανεπάρκεια που παρουσιάστηκε σαν επιπλοκή του βελονισμού.

**Υλικό και μέθοδοι:** Ασθενής 67 ετών παρουσιάστηκε στο ιατρείο πόνου λόγω χρόνιας κεφαλαλγίας από διαιτίας. Η κεφαλαλγία είχε διερευνηθεί και από την MRI εγκεφάλου είχε αναδειχθεί μικρό αδένωμα υποφύσης. Ετέθη η διάγνωση κροταφικής αρτηρίτιδας. Ξεκίνησε αγωγή με κορτιζόνη σε υψηλές δόσεις. Η κεφαλαλγία υφόνταν με την έναρξη αγωγής με κορτιζόνη και υποτροπίαζε σε κάθε απόπειρα διακοπής της.

Αποφάσισε να επισκεφτεί το ιατρείο πόνου όπου και παρουσιάστηκε με εικόνα κατάθλιψης, αδυναμίας, κόπωσης, ανορεξίας, βραδυψυχισμού και έντονου κνησμού ενώ παρουσίαζε και δυσχρωμία του δέρματος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε αναιμία και ηωσηνοφιλία. Συστήθηκε

να υποβληθεί σε βελονισμό και παράλληλα να διερευνήσει την αναιμία. Κατά την συνεδρία του βελονισμού ανέφερε υπνηλία και παρουσίασε απώλεια συνείδησης με πτώση της ΑΠ και βαγοτονία. Τοποθετήθηκε άμεσα ενδοφλέβια γραμμή και χορηγήθηκαν ατροπίνη και κρυσταλλοειδή. Μετά τη σταθεροποίησή του παρουσίασε οπισθότονο και έγινε συγχυτικοδιεγερτικός ενώ ανέφερε έντονη κεφαλαλγία. Χορηγήθηκε κορτιζόνη σε μεγάλη δόση και διενεργήθηκε εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος. Αναδείχθηκε αναιμία ενώ η CT εγκεφάλου ήταν αρνητική για ισχαιμία ή αιμορραγία. Με την υποψία εγκεφαλίτιδας έγινε ΟΝΠ. Βρέθηκαν 25 κύτταρα, γλυκόζη 65 και λεύκωμα 429, τα οποία δεν αξιολογήθηκαν λόγω πρόσμιξης με αίμα. Ο ασθενής διασωληνώθηκε και διακομίσθηκε στη ΜΕΘ. Αντιμετωπίστηκε ως εγκεφαλίτιδα με αντιβιοτικό σχήμα με Begalin, Rocerphin, Zovirax, Voncon και dexamethasone. Υποβλήθηκε εκ νέου σε ΟΝΠ και στάλθηκε πλήρης βακτηριολογικός, ιολογικός και έλεγχος για αυτοάνοση εγκεφαλίτιδα που απέβει αρνητικός όπως και η δεύτερη CT εγκεφάλου. Αποσωληνώθηκε την 6η μέρα και εξήλθε σε παθολογική κλινική ήπια συγχυτικός. Λόγω της συνεχιζόμενης σύγχυσης στάλθηκε ορμονολογικός έλεγχος και βρέθηκαν χαμηλή κορτιζόλη και ACTH. Έγινε MRI που ανέδειξε αιμορραγία του αδενώματος. Ο ασθενής ξεκίνησε αγωγή με ψηλές δόσεις κορτιζόνης με βελτίωση της κλινικής του εικόνας.

**Συμπέρασμα:** Η υποφυσιακή αποπληξία εμφανίζεται με απότομη κεφαλαλγία και νευρολογικές, οφθαλμολογικές και ενδοκρινικές διαταραχές. Η συνηθέστερη αιτία είναι η επέκταση ενός αδενώματος λόγω αιμορραγίας ή ισχαιμίας (60-90 %). Τα συμπτώματα του ασθενούς συνάδουν με υποφυσιακή ανεπάρκεια που εκδηλώθηκε λόγω της βαγοτονίας κατά τον βελονισμό.

## EA57 Σύγκριση συνδυασμού Ταπενταδόλης και Πρεγκαμπαλίνης με Τραμαδόλη και Πρεγκαμπαλίνη για τον έλεγχο του πόνου στην οξεία φάση της λοίμωξης από έρπη ζωστήρα

Κοντούλη Ζ., Μαριάτου Β., Βουτσάς Π., Πετρόπουλος Χ.

Ιατρείο Πόνου & Νευρολογική Κλινική Νοσοκομείο Μετροπόλιταν, Αθήνα, Ιατρείο Πόνου Νοσοκομείο Charring Cross Imperial NHS, Λονδίνο

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης μας είναι η σύγκριση μεταξύ δύο ομάδων ώστε να βρεθεί η καλύτερη αναλγητική αγωγή κατά την οξεία φάση της λοίμωξης του έρπη ζωστήρα.

**Υλικό και μέθοδος:** 15 ασθενείς με ερπητική λοίμωξη έρπη ζωστήρα και ισχυρό πόνο παταπέμφθηκαν στο ιατρείο πόνου από την Νευρολογική κλινική του νοσοκομείου. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 65 ετών κατά μέσο όρο. Η ερπητική λοίμωξη ήταν ενεργή και ο πόνος είχε VAS σκορ 8/10 κατά μέσο όρο. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τεστ για νευροπαθητικό πόνο με το DN4. Στη συνέχεια χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα ξεκίνησε αγωγή με πρεγκαμπαλίνη και ταπενταδόλη σε δόσεις 300mg και 450mg αντίστοιχα. Η δεύτερη ομάδα πήρε αγωγή με πρεγκαμπαλίνη και τραμαδόλη σε δόσεις 300 mg και 400 mg αντίστοιχα.

Πραγματοποιήθηκε εκτίμηση του πόνου, του ύπνου, της εμφάνισης αλλοδυνίας και υπεραλγησίας σε διαστημα 12 βδομάδων ανα βδομάδα. Επίσης έγινε καταγραφή των περιστατικών που οδηγήθηκαν σε χρόνια μεθερπητική νευραλγία.

**Αποτελέσματα:** Η ομάδα της πρεγκαμπαλίνης με ταπενταδόλη είχε καλύτερα σκοπ αναλγησίας VAS 3 σε σύγκριση με την ομάδα πρεγκαμπαλίνης με τραμαδόλη vas 5.5 (P=0.0012).

Η ομάδα της πρεγκαμπαλίνης με ταπενταδόλη είχε μειωμένη αλλοδυνία και υπεραλγησία.

Δεν υπήρχε διαφορά στην βελτίωση του ύπνου.

Υπήρχε αριθμητική αλλά όχι στατιστική διαφορά στην εμφάνιση μεθερπητικής νευραλγίας μιας και 1 από του ασθενείς με ταπενταδόλη παρουσίασαν ΜΘΝ ενώ 3 από την δεύτερη ομάδα.

**Συμπέρασμα:** Μεγαλύτερες σειρές θα πρέπει να γίνουν ώστε να συγκριθούν οι δύο αυτές θεραπείες. Με τα δικά μας δεδομένα φαίνεται η ταπενταδόλη να υπερτερεί.

## EA58

### Μια συγκριτική μελέτη της αναλγητικής δράσης της διαδερμικής φεντανύλης με διαδερμική μορφίνη σε ασθενείς με ανθεκτικό μεταστατικό καρκινικό πόνο

Κοντούλη Ζ., Μαριάτου Β., Οικονομόπουλος Γ., Βουτσάς Π., Λασκαράκης Α.

Ιατρείο πόνου Νοσοκομείο Μετροπόλιταν Αθήνα, Ιατρείο πόνου Νοσοκομείο Charring Cross Imperial NHS Λονδίνο, 2η & 4η Ογκολογική κλινική Νοσοκομείο Μετροπόλιταν

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης μας είναι η σύγκριση μεταξύ δύο ομάδων ώστε να βρεθεί η καλύτερη αναλγητική αγωγή σε ασθενείς με ανθεκτικό καρκινικό πόνο λόγω οστικών μεταστάσεων.

**Υλικό και μέθοδος:** 30 ασθενείς με ανθεκτικό καρκινικό πόνο λόγω οστικών μεταστάσεων παραπέμφθηκαν στο ιατρείο πόνου από δύο ογκολογικές κλινικές του νοσοκομείου. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 57 ετών κατά μέσο όρο. Η ερπητική λοίμωξη ήταν ενεργή και ο πόνος είχε VAS σκορ 7-9/10. Όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο για τον ύπνο, την λειτουργία του εντέρου, τον πόνο και την ποιότητα ζωής καθώς και το ογκολογικό performance status (PS). Όλοι οι ασθενείς βρίσκονταν ήδη σε αγωγή με διαδερμική φεντανύλη 50μg/h χωρίς ικανοποιητική αντιμετώπιση του πόνου τους παρά την αγωγή και συμπληρωματικών επικουρικών φαρμάκων. Στη συνέχεια χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα ξεκίνησε αγωγή με διαδερμική φεντανύλη μέχρι να φτάσει σε αναλγητική δόση 200 μg/h. Η δεύτερη ομάδα γύρισε σε διαδερμική μορφίνη μέχρι 140 μg/h ώστε να φτάσει σε αναλγητική δόση.

Πραγματοποιήθηκε εκτίμηση του πόνου, του ύπνου, της εμφάνισης δυσκοιλιότητας, υπνηλίας, και ποιότητας ζωής. Επιπλέον καταγράφηκαν ανεπιθύμητες αντιδράσεις και στις δύο ομάδες.

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρχε διαφορά στην ποιότητα ζωής σκορ και στο PS.

Υπήρχε μια μικρή στατιστικά διαφορά στην μείωση του πόνου με την ομάδα της μορφίνης ( $p=0.003$ ).

Η δυσκοιλιότητα ήταν λιγότερη στην ομάδα της διαδερμικής μορφίνης.

Ναυτία και εμετός ήταν το ίδιο.

**Συμπέρασμα:** Η διαδερμική μορφίνη μπορεί να αποτελέσει μια ακόμα επιλογή στον ανθεκτικό καρκινικό πόνο ασθενών προχωρημένου σταδίου.

## EA59

### Διαχείριση πόνου μέσω ύπνωσης (υπνοαναλγησία): παρουσίαση της τεχνικής και η εφαρμογή της σε περιστατικό χρόνιου πόνου

Ζησίμου Αικ.<sup>1</sup>, Βασιλείου Ε.<sup>2</sup>, Σταυροπούλου Ε.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Χώρος Ψυχικής Υγείας «Ψυχή, Σώμα, Κοινωνία», <sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α «Ελπίς», <sup>3</sup> Αναισθησιολογικό τμήμα-Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ

**Σκοπός:** Την τελευταία δεκαετία, διεθνώς, η τεχνική της Υπνωσης έχει εφαρμοσθεί επιτυχώς σε ένα ευρύ φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων. Στον τομέα της Αναισθησιολογίας μάλιστα, και πιο συγκεκριμένα της Θεραπείας Χρόνιου Πόνου, η αποτελεσματικότητά της φαίνεται να είναι μεγάλη με συνέπεια τη γένεση και εξέλιξη της τεχνικής της Υπνοαναλγησίας. Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε τη μέθοδο μέσω ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με χρόνια πόνο, τα δυνητικά οφέλη της και τον τρόπο λειτουργίας της στο ελληνικό κοινό.

**Υλικό & Μέθοδος:** Παρουσιάζουμε την εφαρμογή της Υπνοαναλγησίας σε ηλικιωμένο ασθενή που εμφάνιζε σοβαρό χρόνιο νευροπαθητικό πόνο (VAS=6-9) κάτω άκρων μετά από τροχαίο ατύχημα και ψυχική συννοσηρότητα (φοβία, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, σύνδρομο μετατραυματικού στρες). Καταγράψαμε τον αριθμό και τη συχνότητα των θεραπευτικών συνεδριών, την ένταση του πόνου κατά το τέλος των συνεδριών καθώς και τη βελτίωση της ψυχικής συννοσηρότητας.

**Αποτελέσματα:** Στον ασθενή εφαρμόσαμε 9 εβδομαδιαίες συνεδρίες Υπνοαναλγησίας, διάρκειας 60 λεπτών. Κατά το τέλος των συνεδριών η ένταση του πόνου έγινε ήπια (VAS=2-4), ενώ ελάφρυνση και η εξάλειψη της ψυχικής συννοσηρότητας κατέστη δυνατή με τη συγκεκριμένη τεχνική, αποφέροντας σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής του ασθενή.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική της Υπνοαναλγησίας φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό όπλο στη φαρέτρα του Αλγολόγου αλλά και των λοιπών επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με το Χρόνιο Πόνο (Ψυχολόγοι, Νοσηλεύτες, Φυσιοθεραπευτές, κλπ.) ως μία μη επεμβατική μέθοδος που

---

προσαρμόζεται στις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή. Χρειάζονται μελέτες με καλό σχεδιασμό για την τεκμηρίωση της χρήσης αυτής της μεθόδου.

#### Βιβλιογραφία:

- 1 <http://www.apa.org>. (2017). Hypnosis for the Relief and Control of Pain. [online] Available at: <http://www.apa.org/research/action/hypnosis.aspx> [Accessed 14 Dec. 2017].
  - 2 Lanfranco, R., Canales-Johnson, A. and Huepe, D. (2017). Hypnoanalgesia and the study of pain experience: from Cajal to modern neuroscience.
  - 3 Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. [Description of current hypnosis practice in French university hospitals]. *Encephale*. 2017 Oct;43(5):498-501. doi: 10.1016/j.encep.2016.06.006. Epub 2016 Sep 16. PubMed PMID: 27644918.
- 

## EA60 Δώδεκα μήνες επαναλειτουργίας του ιατρείου πόνου του Τζάνειου Νοσοκομείου – τα πεπραγμένα μας

Σαμαρά Ευ., Παναγιώτου Ε., Αλεξοπούλου Κ., Τσίλη Δ., Ιατρέλλη Ι., Οικονόμου Στ.  
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Πειραιά

**Σκοπός:** Το Ιατρείο Πόνου του Τζάνειου νοσοκομείου επαναλειτούργησε το Μάρτιο του 2018, μετά από 5 έτη αναστολής λειτουργίας. Παρουσιάζουμε αναλυτικά τα πεπραγμένα του τους 12 πρώτους μήνες επαναλειτουργίας του.

**Υλικό και μέθοδος:** Στο διάστημα λειτουργίας του Ιατρείου πόνου παρακολούθηθηκαν 220 ασθενείς, 54 άνδρες (24,5%) και 166 γυναίκες (75,5%). Οι ασθενείς είχαν ηλικία από 35-90 ετών με το μεγαλύτερο ποσοστό (53%) να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών.

**Αποτελέσματα:** Παρακολούθηθηκαν και αντιμετωπίστηκαν ασθενείς με καρκινικό και κυρίως, μη καρκινικό πόνο (αλγαισθητικό, νευροπαθητικό και μικτό). Τα κυριότερα σύνδρομα που αντιμετωπίστηκαν ήταν οσφυαλγία με ή χωρίς ριζιτική συνδρομή, μεθέρπητική νευραλγία, αρθραλγία, αυχέναλγία, ρευματοειδή αρθρίτιδα, χρόνιο πνευλικό άλγος.

Χρησιμοποιήθηκαν φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές μέθοδοι (κατά κύριο λόγο βελονισμός). Κατά τη διάρκεια του ανωτέρω χρονικού διαστήματος αναπτύξαμε συνεργασία με τις κλινικές του νοσοκομείου, κυρίως του χειρουργικού τομέα, με αποτέλεσμα πολλοί εξωτερικοί ασθενείς να παραπέμπονται από ιατρούς του χειρουργικού τομέα (γενικούς χειρουργούς, νευροχειρουργούς, ορθοπεδικούς), και να δεχόμαστε κλήσεις για εκτίμηση νοσηλευόμενων ασθενών. Τέλος, εγκαινιάσαμε τη συνεργασία μας με τον ψυχολόγο του νοσοκομείου.

**Συμπεράσματα:** Το Ιατρείο Πόνου ήταν μια απαραίτητη προσθήκη στις υπηρεσίες του νοσοκομείου μας, που εκτιμήθηκε τόσο από τους ασθενείς που διαμένουν στην περιοχή, όσο και από τους συναδέλφους ιατρούς.

---

## EA61 Η μουσική παρέμβαση στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου

Αγγουράκης Μ.<sup>1</sup>, Γεωργούδης Γ.<sup>2</sup>, Φελάχ Λ.<sup>3</sup>, Κελίδου Μ.<sup>4</sup>, Κοσμόπουλος Α.<sup>4</sup>, Μακρή Μ.<sup>4</sup>, Σιαφάκα Ι.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ιατρική Σχολή Αθήνας, <sup>2</sup> Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Π.Α.Δ.Α, <sup>3</sup> Τμήμα Φυσιοθεραπείας, Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων,

<sup>4</sup> Ιδιώτης, <sup>5</sup> Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής αγωγής Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Από την αρχαιότητα υπάρχουν αναφορές για τη θεραπευτική δράση της μουσικής. Η μουσική παρέμβαση αφορά σε 2 κατηγορίες, στην μουσική στην ιατρική και στη μουσικοθεραπεία. Σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι, έχουν επιβεβαιώσει την νευροβιολογική δράση της μουσικής στον ανθρώπινο εγκέφαλο τόσο στο ανοσοβιολογικό σύστημα όσο και στο σύστημα διαχείρισης του στρες. Καινούργια ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν πως η ακρόαση μουσικής είτε η συμμετοχή σε συνεδρίες

μουσικοθεραπείας συντελούν στην μείωση του χρόνιου και οξέως πόνου. Επιπροσθέτως, τεκμηριώνεται βελτίωση των δευτερευόντων «συστατικών» του χρόνιου πόνου όπως το στρες-άγχος και η κατάθλιψη, ενώ παρατηρείται και μείωση των απαιτήσεων για επιπλέον αναλγητικά ή/και αναισθητικά φάρμακα.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη εξετάζει την αποτελεσματικότητά των μουσικών παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και του άγχους σε ασθενείς με χρόνια επώδυνα σύνδρομα.

**Μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων Pubmed/Medline, Cochrane Library καθώς και οι λίστες αναφορών της αρθρογραφίας, προκειμένου να εντοπισθούν οι σχετικές μελέτες. Περιελήφθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές έρευνες, συστηματικές ανασκοπήσεις, μεταanalύσεις και ελεγχόμενες μελέτες στο γνωστικό αντικείμενο.

**Συμπεράσματα:** Τα διαθέσιμα στοιχεία από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τεκμηριώνουν στατιστικά σημαντικά θετικά αποτελέσματα ως προς την μείωση του πόνου αλλά και των συνοδών επιπλοκών του όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η μειωμένη ποιότητα ζωής, των ασθενών με χρόνια πόνου. Οι περιορισμοί που εντοπίζονται στις μελέτες αφορούν κυρίως τη πολυπλοκότητα του φαινομένου του χρόνιου πόνου, τονίζοντας την αναγκαιότητα ενδεδειγμένου μεθοδολογικού σχεδιασμού πειραματικών μελετών. Τα ενθαρρυντικά θετικά στοιχεία μπορούν να βοηθήσουν στην ενσωμάτωση και περαιτέρω διερεύνηση των μουσικών παρεμβάσεων, στο πλαίσιο της ολιστικής αντιμετώπισης και πολυδύναμη προσέγγισης των ασθενών με χρόνια πόνου.

#### Βιβλιογραφία:

- 1 Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev 2016;13 (11):1221-1234.
- 2 Lee JH. The effects of music on pain: A meta-analysis. J Music Ther 2016;53 (4):430-77.
- 3 Lunde SJ, Vuust P, Garza-Villarreal EA, Vase L. Music-induced analgesia: how does music relieve pain? Pain 2019;160 (5):989-993.
- 4 Chanda ML, Levitin DJ. The neurochemistry of music. Trends Cogn Sci 2013;17 (4):179-93.

## EA62

### Η χρήση της Οζονοθεραπείας σαν συμπληρωματικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του συνδρόμου CRPS

Σιαφάκα Ι., Σταύρου Ι., Φίλιππας Π., Τσαρουχά Α.

Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής αγωγής Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο CRPS(Complex Regional Pain Syndrome)τύπου I και II αποτελεί ιδιαίτερη κατηγορία συνδρόμων πόνου με στοιχεία καυσalgίας, φλεγμονής, συμμετοχής του αυτόνομου Ν.Σ, του σωματοαισθητικού καθώς και του ανοσοποιητικού συστήματος(1).Εμφανίζεται συνήθως μετά από τραυματισμό άκρου με η χωρίς κάκωση νεύρων και είναι ιδιαίτερα ανθεκτικό στους θεραπευτικούς χειρισμούς. Η Οζονοθεραπεία έχει μηχανισμούς δράσης που ρυθμίζουν πολλούς από τους σχετιζόμενους με την παθογένεση του CRPS παράγοντες(2). Η πολυπαραγοντική θεραπευτική προσέγγιση προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα σε δύσκολα σύνδρομα χρόνιου πόνου.

Περιγραφή περιστατικού. Άνδρας 50 ετών προσήλθε στο Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, με ιστορικό χειρουργιθέντος κατάγματος κνήμης-περόνης από 5μηνου και έξι επιπλέον χειρουργικών επεμβάσεων λόγω οστεομυελίτιδας και απειλής βιωσιμότητας του άκρου. Ο ασθενής είχε εξωτερική οστεοσύνθεση, βακτηριές μασχάλης και δυσκολία κίνησης. Περιέγραφε καυστικό πόνο (VAS=10), διακυμάνσεις στη θερμοκρασία του δέρματος, υπεραλγησία καθώς και αλλοδυνία στη χειρουργηθείσα περιοχή, που ήταν οιδηματώδης με μεταβολές στο χρώμα και στην αφή του δέρματος. Ο ασθενής είχε ήδη λάβει IV αντιβιοτική αγωγή, υπερβαρικό οξυγόνο και ΜΣΑΦ χωρίς ιδιαίτερη ανακούφιση του πόνου. Στον ασθενή χορηγήθηκε συνδυασμός:

1. Πρεγκαμπαλίνη(ς) (τιτλοποίηση μέχρι 375 mg/ημέρα για 2 μήνες)
  2. Οξυκοδόνης 60 mg/ημέρα+ παρακεταμόλης 2600 mg/ημέρα για 10 ημέρες
  3. 5 Συνεδρίες Οζονοθεραπείας με την τεχνική της μεγάλης αυτομετάγγισης
- Για τον εμπλουτισμό του φλεβικού αίματος του ασθενή(50 -70 ml)χρησιμοποιήθηκαν συγκεντρώσεις μίγματος O<sub>2</sub>/O<sub>3</sub> που κυμάνθηκαν από 20mg/ml -40 mg/ml.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής μετά την δεύτερη συνεδρία της οζονοθεραπείας,εμφάνισε βελτίωση στην ένταση του πόνου(VAS=5) στην αλλοδυνία, στις διαταραχές αισθητικότητας . Μετά από συνδυαστική



---

Θεραπεία 40 ημερών με πρεγκαμπαλίνη και οζονοθεραπεία, κινείται χωρίς βακτήριες, η βαθμολογία του πόνου του είναι VAS= 2, έχει μεγάλη βελτίωση στην επούλωση του τραύματος, ευρίσκεται σε μονοθεραπεία με πρεγκαμπαλίνη (προοδευτική ελάττωση), κα έχει επανέλθει στην εργασία του.

**Συμπέρασμα:** Με βάση τους μηχανισμούς του συνδρόμου CRPS, η Οζονοθεραπεία σε συνδυασμό με την πρεγκαμπαλίνη μπορεί να αποτελεί αιτιολογημένη θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με σύνδρομο CRPS. Απαιτείται εκτενέστερη μελέτη στα Ιατρεία πόνου και Παρηγορικής αγωγής, για τη θεραπεία πολύπλοκων συνδρόμων χρόνιου πόνου, όπως είναι το CRPS και άλλες επώδυνες καταστάσεις.

**Βιβλιογραφία:**

- 1 Goh W.L, Chidambaram S. Complex regional pain syndrome: a recent update. Burns Traume 2017;5:2
- 2 Rowen R.J, Robins H. Ozone therapy for Complex Regional Pain Syndrome: Curr Pain Headache Rep. 2019 May 6;23(6)

## ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΙΧ: ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ - ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Προεδρείο: : Ε. Αρναουτάκης, Π. Γαλανού, Ν. Βελίκη

## EA63 Σύγκριση επισκληριδίου χορήγησης μορφίνης με συνδυασμό μορφίνης-ροπιβακαΐνης για την περιεγχειρητική αντιμετώπιση του πόνου σε οισοφαγεκτομή IVOR LEWIS

Παπαϊωάννου Ε.  
ΓΝΑ “Λαικό”

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση επισκληριδίου (ed) μορφίνης με συνδυασμό μορφίνης-ροπιβακαΐνης για αντιμετώπιση του πόνου σε οισοφαγεκτομή.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη, 20 ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε οισοφαγεκτομή, κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες: Α και Β (n=10), ανάλογα με τη χορήγηση μορφίνης (Α) ή συνδυασμό με ροπιβακαΐνη (Β). Σε όλους τοποθετήθηκε επισκληριδίου καθετήρας (επίπεδο Θ5-7). Το πρωτόκολλο εισαγωγής στην αναισθησία ήταν κοινό, πλην της χορήγησης οπιοειδών τα οποία τιτλοποιήθηκαν με βάση τις ανάγκες εκάστοτε ασθενούς. Στην ομάδα Α χορηγήθηκε ed μορφίνη 1,5-3mg σε όγκο 10-12ml, ενώ στη Β μορφίνη 1,5-3mg συν ροπιβακαΐνη 0,25% σε όγκο 10-12ml, τουλάχιστον 20' πριν τη χειρουργική τομή. Διεγχειρητικά καταγράφηκαν ανάγκες σε οπιοειδή, μεταβολές στα ζωτικά σημεία και οι επαναληπτικές δόσεις ροκουρονίου, ενώ μετεγχειρητικά (μτχ) οι ανάγκες σε εποπλέον αναλγησία, ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ναυτία, ζάλη και αναπνευστική καταστολή

**Αποτελέσματα:** Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Διεγχειρητικά, οι ασθενείς της ομάδας Α έλαβαν σημαντικά υψηλότερες ( $p<0,001$ ) δόσεις φεντανύλης (4-6mcg/kg αρχικά και επαναληπτικές δόσεις των 1-2mcg ανά δώρο, σε σχέση με την ομάδα Β (2-2,5mcg αρχικά, 4 (40%) δε χρειάστηκαν επαναληπτική δόση, ενώ οι υπόλοιποι έλαβαν 1-2 δόσεις των 1-2mcg ως το πέρας της επέμβασης). Τα ζωτικά σημεία ήταν σταθερά και στις δύο ομάδες. Οι απαιτήσεις των ασθενών της ομάδας Β ήταν σημαντικά χαμηλότερες ( $p<0,001$ ) από αυτές της ομάδας Α (σε όλους τους ασθενείς της ομάδας Β χορηγήθηκε μία μόνο επαναληπτική δόση 0,4mg/kg για την αλλαγή του ενδοτραχειακού σωλήνα από απλό σε διπλού αυλού, ενώ οι απαιτήσεις των ασθενών της ομάδας Α ήταν 0,2-0,3mg/kg/hr). Κανείς από τους ασθενείς δεν εμφάνισε ανεπιθύμητα συμβάμματα, πλην 3 (30%) της ομάδας Α που χρειάστηκαν επιπλέον αναλγησία (VAS score >4).

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός επισκληριδίου χορήγησης μορφίνης-ροπιβακαΐνης φαίνεται να υπερτερεί στη διεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση του πόνου και την επιπλέον μνοχαλαρωτικών κατά την οισοφαγεκτομή Ivor Lewis. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για την τεκμηρίωση των ανωτέρω συμπερασμάτων.

## EA64 Μετεγχειρητική αναλγησία με συνεχή υποδόρια έγχυση τοπικού αναισθητικού σε επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης

Κοκκίνης Κ., Αθανασοπούλου Α., Καλλιόφα Ε., Τσεκούρας Β.  
Γ.Ν. Πατρών

**Σκοπός:** Οι μείζονες επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης χαρακτηρίζονται από έντονο μετεγχειρητικό πόνο. Η αντιμετώπιση του περιλαμβάνει τη χρήση οπιοειδών και ΜΣΑΦ. Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν η αξιολόγηση της συνεχούς έγχυσης διαλύματος ροπιβακαΐνης, δια μέσου καθετήρων πολλαπλών οπών, για έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου το πρώτο 24ωρο.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 20 ασθενείς (Ομάδα Α) που υποβλήθηκαν σε ευρεία οπίσθια σπονδυλοδεσία τοποθετήθηκαν δυο (2) καθετήρες πολλαπλών οπών στο τέλος της επέμβασης από το χειρουργό. Οι καθετήρες τοποθετήθηκαν υποδοριώς, εκατέρωθεν της τομής πριν τη συρραφή του δέρματος. Μετά τη στερέωση ξεκίνησε η χορήγηση διαλύματος ροπιβακαΐνης 0,5%, 2 ml/h σε κάθε καθετήρα. Το τμήμα του καθετήρα με τις οπές ήταν 19 cm. Στη συνέχεια ακολούθησε καταγραφή της έντασης του μετεγχειρητικού πόνου ανά τέσσερις ώρες καθώς και η συνολική χορήγηση οπιοειδών. Η σύγκριση έγινε

---

με 20 ασθενείς (Ομάδα Β) που είχαν υποβληθεί σε αντίστοιχες ευρείας έκτασης οπίσθιες σπονδυλοδεσίες στους οποίους δεν έγινε τοποθέτηση καθετήρα. Το πρωτόκολλο μετεγχειρητικής αναλγησίας για τις 2 ομάδες ήταν παρακεταμόλη 1gr x4 (IV), τραμαδόλη 50mg x 3( IV) και μορφίνη 1,5mg (IV) σαν τεχνική διάσωσης για ένταση πόνου VAS > 5.

**Αποτελέσματα:** Η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου στην ομάδα Α (VAS: 3.33 ± 1.45) ήταν στατιστικά μικρότερη ( $p < 0.05$ ) από ότι στην ομάδα Β (VAS : 4.48 ± 1.63 ). Η συνολική δόση μορφίνης ήταν στατιστικά μικρότερη ( $p < 0.05$ ) στην ομάδα Α (9,2 ± 2,3) απ' ότι στην ομάδα Β (17,2 ± 4,4). Ναυτία και έμετος εμφανίστηκαν σε 2 ασθενείς στην ομάδα Α και σε 5 ασθενείς στην ομάδα Β. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές που να σχετίζονται τόσο με την τοποθέτηση όσο και με την παραμονή των καθετήρων.

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση διαλύματος ροπιβακαΐνης 0.5% δια μέσου καθετήρων πολλαπλών πώνων εξασφαλίζει καλύτερη μετεγχειρητική αναλγησία, μικρότερες δόσεις οπιοειδών χωρίς επιπλοκές μετά από μείζονες επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης.

---

## EA65

Εκτίμηση της δράσης του συνδυασμού δεξκετοπροφένης – τραμαδόλης στην αντιμετώπιση του μέτριου και σοβαρού οξέος μετεγχειρητικού πόνου μετά από ολική αρθροπλαστική ισχίου με ελάχιστα επεμβατική πρόσθια προσπέλαση

Νικολακοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Μηλαράς Χρ.<sup>2</sup>, Γαμποπούλου Ζ.<sup>1</sup>, Μαχαιράς Γ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα, <sup>2</sup> Δ' Ορθοπεδική Κλινική, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα

**Σκοπός:** Πολλά πρωτόκολλα πολυπαραγοντικής αναλγησίας έχουν προταθεί για την αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου. Η δεξκετοπροφένη μαζί με την τραμαδόλη αποτελεί έναν καινούριο από του στόματος συνδυασμό 2 αναλγητικών με διαφορετικό μηχανισμό δράσης για την αντιμετώπιση του πόνου τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση του αναλγητικού αποτελέσματος του συνδυασμού δεξκετοπροφένης-τραμαδόλης από του στόματος χορηγούμενο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική ισχίου ελάχιστης επεμβατικότητας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Σε αυτή τη διπλή, τυφλή, προοπτική μελέτη 126 ασθενείς ηλικίας 50-80 ετών, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε ολική αρθροπλαστική ισχίου πρόσθια προσπέλασης υπό υπαραχνοειδή αναισθησία, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η Ομάδα Α έλαβε τον συνδυασμό δεξκετοπροφαΐνης/τραμαδόλη(25mg/75mg) σε κάψουλα από του στόματος ανά 8 ώρες μετεγχειρητικά με την πρώτη δόση να λαμβάνεται 2 ώρες μετεγχειρητικά και για 72 ώρες συνολικά, ενώ η Ομάδα Β έλαβε πεθιδίνη ενδομυϊκά 50mg και παρακεταμόλη ενδοφλέβια ανά 6 ώρες με την πρώτη δόση να λαμβάνεται 2 ώρες μετά την λήξη του χειρουργείου. Αναλγησία Διάσωσης ήταν η χορήγηση πεθιδίνης IM 50mg. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, το VAS Score στις 8,24,48 ώρες μετεγχειρητικά καθώς και η συνολικές ανάγκες συμπληρωματικής αναλγησίας.

**Αποτελέσματα:** Το VAS score στην Ομάδα Α ήταν σημαντικά μικρότερο από την Ομάδα Β ( $P < 0.05$ ) 8,24,48 ώρες μετεγχειρητικά. Η συνολική κατανάλωση πεθιδίνης στην Ομάδα Α ήταν πολύ σημαντικά μικρότερη από την Ομάδα Β ( $P < 0.01$ ).

**Συμπεράσματα:** Το από του στόματος χορηγούμενο σκεύασμα δεξκετοπροφαΐνης/τραμαδόλης μπορεί να μειώσει σημαντικά τον οξύ μετεγχειρητικό πόνο τις τρεις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική ισχίου πρόσθια προσπέλαση.

---

## EA66

### Αξιολόγηση επιτυχίας υπαραχνοειδούς αναισθησίας και μετεγχειρητικού πόνου με το σύστημα παρατήρησης πόνου FLACC σε ασθενή στο φάσμα του αυτισμού που υπεβλήθη σε χειρουργείο κατάγματος κνήμης

Νικολακοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Μηλαράς Χρ.<sup>2</sup>, Χούσου Μ.3, Αδαμίδου Μ.1, Κουτσοπούλου Ε.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Ανασθησιολογίας, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα, <sup>2</sup> Δ' Ορθοπεδική Κλινική, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα, <sup>3</sup> Board Certified Behavior Analyst, United Steps Therapy, New York

**Σκοπός:** Ατομα στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζουν μη φυσιολογική αντίδραση στα ερεθίσματα αφής, αλλοιωμένη αντίληψη του πόνου και χαμηλές κινητικές δεξιότητες καθιστώντας δύσκολη έως αδύνατη την αξιολόγηση της εγκατάστασης ενός κεντρικού νευρικού αποκλεισμού και του οξέος μετεγχειρητικού πόνου. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει το τρόπο διαχείρισης του πόνου περιεγχειρητικά και μετεγχειρητικά σε ασθενή στο φάσμα του αυτισμού. Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 45 ετών με «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» Επιπέδου 3 δηλαδή με «Ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης» σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία προσέρχεται στο χειρουργείο για επείγουσα αντιμετώπιση ανοιχτού κατάγματος κνήμης. Από το ιστορικό του καταγράφεται Επιληψία και Θυρεοειδοπάθεια για τα οποία λαμβάνει αγωγή. Αποφασίζεται η χορήγηση υπαραχνοειδούς αναισθησίας για την πραγματοποίηση του χειρουργείου προς αποφυγή εμφάνισης επιληπτικών σπασμών και επιδείνωση της νευρολογικής κατάστασης. Για την αξιολόγηση της εγκατάστασης του κεντρικού νευρικού αποκλεισμού και για την θεραπεία του οξέος μετεγχειρητικού πόνου έως την έξοδο του ασθενούς από το Νοσοκομείο χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα παρατήρησης πόνου FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) η οποία είναι βιβλιογραφικά αποδεκτή για μέτρηση πόνου σε ασθενείς με διανοητικές διαταραχές που αδυνατούν να επικοινωνήσουν με τον θεράποντα ιατρό.

**Αποτελέσματα:** Η επιτυχής εγκατάσταση του κεντρικού αποκλεισμού αποσαφηνίστηκε με την αλλαγή της κλίμακας από 9/10 σε 2/10 καθώς και η αναλγητική αγωγή μετεγχειρητικά προσαρμόστηκε βάσει των αποτελεσμάτων της κλίμακας παρατήρησης πόνου FLACC.

**Συμπεράσματα:** Η αναγκαιότητα της χρήσης διαφοροποιημένων κλιμάκων εκτίμησης πόνου σε ασθενείς με αδυναμία επικοινωνίας λόγω συγγενών διαταραχών είναι απαραίτητη ώστε να αποφεύγεται η υποθεραπεία τους διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

## EA67

### Επεμβάσεις μαστού και PECS BLOCK

Φυρφίρης Ν., Μάγκλαρη Χρ., Κατσοχειράκη Μ., Πουλοπούλου Σ., Λεφάκη Τ.  
Ανασθησιολογικό τμήμα, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

Οι νευρικοί αποκλεισμοί PECS I-II συνιστούν επιφανειακούς αποκλεισμούς του θωρακικού τοιχώματος, οι οποίοι μέσω του αποκλεισμού των θωρακικών και μεσοπλευρίων νεύρων, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μετεγχειρητική αναλγησία σε επεμβάσεις μαστού.

**Σκοπός:** Η αναδρομική αξιολόγηση της μετεγχειρητικής αναλγησίας του PECS I-II block σε επεμβάσεις μαστού (μαστεκτομή ή ογκεκτομή με ή χωρίς βιοψία φρουρού λεμφαδένα).

**Υλικό και μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 50 γυναίκες ασθενείς, ηλικίας 32-78 ετών και ASA I—III. 44 υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή και ΤΒΦΛ και 6 σε μαστεκτομή, υπό γενική αναισθησία σε συνδυασμό με PECS I-II block. Σε όλες τις ασθενείς χορηγήθηκαν 10ml ροπιβακαΐνης 0,375% στα 2 σημεία έγχυσης. Εγινε καταγραφή της έντασης του πόνου την 1η, 2η, 6η, 12η και 24η ώρα, των χορηγούμενων αναλγητικών και της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών κατά το πρώτο 24ωρο.

**Αποτελέσματα:** 48 ασθενείς ανέφεραν κατά την αφύπνιση και παραμονή στην ανάνηψη ένταση πόνου 0 κατά NPRS και μόνο 2 ασθενείς ανέφεραν NPRS 2.

Κατά το πρώτο 24ωρο 49 ασθενείς ανέφεραν ένταση πόνου <3 και δεν χρειάστηκε η λήψη αναλγητικού. Μόνο μία ασθενής που υποβλήθηκε σε μαστεκτομή ανέφερε ένταση πόνου 5 την 12η ώρα και έλαβε 50mg τραμαδόλης.

Σε καμία ασθενή δεν παρατηρήθηκε οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια.

---

**Συμπέρασμα:** Φαίνεται και από τη δική μας μελέτη ότι τα PECS I-II blocks προσφέρουν ικανοποιητική αναλγησία σε επεμβάσεις μαστού.

**Βιβλιογραφία:**

- 1 Bashandy GM, Abbas DN. Pectoral nerves I and II blocks in multimodal analgesia for breast cancer surgery: a randomized clinical trial. Reg Anesth Pain Med 2015; 40:68-74.
  - 2 M. Campos, J. Azevedo, L. Mendes, H. Rebelo. Pectoral nerve block as a single anesthetic technique for breast surgery and sentinel lymph node investigation. Revista Española de Anestesiología y Reanimación, Volume 65, Issue 9, November 2018, Pages 534-536.
- 

## ΕΑ68

**Η αξιολόγηση της προφυλακτικής δράσης συνεχούς περιφερικού νευρικού αποκλεισμού στην εμφάνιση πόνου μέλους φάντασμα. Αναφορά περιστατικού**

**Μάγκλαρη Χρ.,** Φυρφίρης Ν., Χρύση Μ., Πουλοπούλου Σ.  
Αναισθησιολογικό τμήμα, ΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

Ο ακρωτηριασμός συνιστά μία μείζονα και επώδυνη επέμβαση. Εκτός από τα διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν, η μεγαλύτερη πρόκληση είναι η αντιμετώπιση και η διαχείριση του χρόνιου πόνου (πόνος μέλους φάντασμα).

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της προφυλακτικής δράσης συνεχούς περιφερικού νευρικού αποκλεισμού στην εμφάνιση πόνου μέλους φάντασμα μετά από ακρωτηριασμό άκρου.

**Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής 17 ετών, προσήλθε στο νοσοκομείο μας για ακρωτηριασμό ΑΡ άνω άκρου κατά αγκωνιαία άρθρωση λόγω οστεοσαρκώματος.

Λόγω του νεαρού της ηλικίας, αποφασίστηκε η διενέργεια υποκλείδιου αποκλεισμού του βραχιονίου πλέγματος και τοποθέτηση καθετήρα συνεχούς έγχυσης μετά την εισαγωγή στη γενική αναισθησία. Σκοπός ήταν η μετεγχειρητική αναλγησία, η ακινητοποίηση του άκρου για μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης, αλλά και η αποτροπή της εμφάνισης πόνου μέλους φάντασμα.

Η χειρουργική επέμβαση ήταν πιο εκτεταμένη από όσο είχε σχεδιαστεί. Για το λόγο αυτό αποφασίστηκε η τροποποίηση του αποκλεισμού προκειμένου να καλύψουμε όλο το χειρουργικό τραύμα. Ως εκ τούτου, τοποθετήθηκε νέος καθετήρας συνεχούς έγχυσης στο βραχιόνιο πλέγμα με διασκαληνική προσπέλαση πριν την αφύπνιση.

**Αποτελέσματα:** Ο καθετήρας συνεχούς έγχυσης Τ.Α. παρέμεινε για 6 ημέρες. Στο διάστημα αυτό ο ασθενής ανέφερε ένταση πόνου 0-1 κατά την NPRS κλίμακα και 15 ημέρες αργότερα δεν ανέφερε κανένα σύμπτωμα που να σχετίζεται με το σύνδρομο.

**Συμπέρασμα:** Φαίνεται λοιπόν, σύμφωνα και με τη διεθνή βιβλιογραφία, ότι οι συνεχείς περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί συμβάλουν θετικά στην πρόληψη εμφάνισης του συνδρόμου μέλους φάντασμα.

**Βιβλιογραφία:**

- 1 Borghi B, D'Addabbo M, Borghi R. Can neural blocks prevent phantom limb pain? Pain Manag. 2014 Jul; 4(4):261-6.
  - 2 Clifford SP, Maggard BD, Hines KM. Prolonged continuous infraclavicular brachial plexus perineural infusion following replantation of a mid-humeral amputation. January 10, 2019; SAGE Open Medical Case Reports Volume 7: 1-5.
- 

## ΕΑ69

**Η αξιολόγηση της προφυλακτικής δράσης των συνεχών περιφερικών νευρικών αποκλεισμών στην εμφάνιση πόνου μέλους φάντασμα. Αναφορά περιστατικού**

Φυρφίρης Ν., **Μάγκλαρη Χρ.,** Μπουραζάνη Μ., Πουλοπούλου Σ.  
Αναισθησιολογικό τμήμα, ΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», Αθήνα

Ο ακρωτηριασμός άκρου αποτελεί μία μείζονα και επώδυνη επέμβαση για τους ασθενείς, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Η μεγαλύτερη, όμως, πρόκληση είναι συνήθως η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου (πόνος μέλους φάντασμα). Οι εμπλεκόμενοι μηχανισμοί του συνδρόμου είναι τόσο κεντρικοί όσο και περιφερικοί.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της προφυλακτικής δράσης των συνεχών περιφερικών νευρικών αποκλεισμών στην εμφάνιση του πόνου μέλους φάντασμα.

**Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής 47 ετών ο οποίος έπασχε από πλακώδες Ca υψηλής διαφοροποίησης στην περιοχή του έσω σφυρού ΔΕ, προσήλθε στο νοσοκομείο μας για ακρωτηριασμό κάτωθεν του γόνατος ΔΕ. Κατόπιν συνεννόησης με τον ασθενή, αποφασίστηκε η διενέργεια περιοχικής αναισθησίας, με αποκλεισμό του μηριαίου νεύρου στο διαμέρισμα του ψοίτη μυός και αποκλεισμό του ισχιακού νεύρου υπεργλουτιαία. Τοποθετήθηκαν καθετήρες συνεχούς έγχυσης οι οποίοι και ενταφιάστηκαν, για να αποφευχθεί η μετακίνησή τους αλλά και να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα επιμόλυνσης. Χορηγήθηκε ροπιβακαΐνη 0,375%, 25 ml στο οσφυϊκό πλέγμα και 20 ml στο ισχιακό νεύρο. Αμεσα μετεγχειρητικά τέθηκε συνεχής έγχυση ροπιβακαΐνης 0,2% με ρυθμό 7 ml/h.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής καθ' όλη τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης παρέμεινε ήρεμος και αιμοδυναμικά σταθερός. Η έγχυση Τ.Α. μέσω των καθετήρων συνεχίστηκε για 17 ημέρες μετεγχειρητικά, κατά τις οποίες ο ασθενής ήταν ελεύθερος πόνου και συνοδών συμπτωμάτων συμβατών με την ανάπτυξη του συνδρόμου.

Εξακολούθησε να είναι ελεύθερος συμπτωμάτων για διάστημα 6 μηνών (μηνιαία επανεκτίμηση).

**Συμπέρασμα:** Η έκβαση του συγκεκριμένου περιστατικού συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, με βάση την οποία οι συνεχείς περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί φαίνεται να συμβάλλουν στην πρόληψη της εμφάνισης του συνδρόμου μέλους φάντασμα.

#### Βιβλιογραφία:

Borghì B, D'Addabbo M, Borghì R. Can neural blocks prevent phantom limb pain? Pain Manag. 2014 Jul;4(4):261-6.

## EA70

### Παρουσίαση περιστατικού: βραδυκαρδία και καρδιακή ανακοπή 90 λεπτά μετά την ραχιαία αναισθησία. Βιβλιογραφική ανασκόπηση-Παράδοξα αντανακλαστικά βραδυκαρδίας

Γκιζιώτη Σ.<sup>1</sup>, Ανδριόπουλος Χρ.<sup>1</sup>, Χατζηκώστα Σ.<sup>1</sup>, Παπαδάκης Ε.<sup>1</sup>, Λιάσκου Χ.<sup>1</sup>, Καλογριδάκη Μ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Αναισθησιολογίας, Γ.Ν. Ρεθύμνου, <sup>2</sup> Τ.Ε.Π. Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

**Σκοπός:** Η ραχιαία αναισθησία (ΡΑ) χρησιμοποιείται για πάνω από έναν αιώνα και θεωρείται μέθοδος ασφαλής. Ωστόσο, οι περιπτώσεις εμφάνισης καρδιακής ανακοπής κατά την διενέργεια της δεν είναι και τόσο σπάνιες. Με την κατανόηση των εμπλεκόμενων μηχανισμών μπορούμε να φροντίσουμε με μεγαλύτερη ασφάλεια το μέλλον.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ο ασθενής, 74 ετών, προσήλθε για να χειρουργηθεί για βουβωνοκλήλη σε τακτική βάση. Από το ιστορικό του ανέφερε αρτηριακή υπέρταση σακχαρώδη διαβήτη και υπερλιπιδαιμία υπό αγωγή. Από τον προεγχειρητικό έλεγχο δεν προέκυψε τίποτα το ανησυχητικό (ΑΣΑ II). Κατά την άφιξη του ασθενούς στη χειρουργική αίθουσα είχε αρτηριακή πίεση 160-80mmHg, σφύξεις 60 το λεπτό και δεν είχε λάβει προνάρκωση. Εγινε ΡΑ με βουπιβακαΐνη 11mg και φεντανύλη 20mcg. Κατά τα πρώτα 90 λεπτά ενυδατώθηκε με 1 λίτρο διαλύματος Ringers, δεν έλαβε κανένα άλλο φάρμακο και παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς ανάγκη για χρήση αγγειοσυσπαστικών. Περίπου στο 90ο λεπτό, και ενώ το χειρουργείο πλησίαζε στο τέλος του (συρραφή υποδορίου), το μόνιτορ έδειξε πρώτα 31 φλεβοκομβικές σφύξεις το λεπτό (ενώ οι προηγούμενες μετρήσεις ήταν περίπου στο 60). Αμεσα χορηγήθηκε ατροπίνη 0,6mg, μα στα επόμενα δευτερόλεπτα, ο ασθενής μπήκε σε ανακοπή, με απώλεια συνείδησης και ισοηλεκτρική γραμμή στο μόνιτορ. Χορηγήθηκε επιπλέον ατροπίνη 1mg και έγινε έναρξη ΚΑΡΠΑ. Σε λιγότερο από 2 λεπτά ο ασθενής επανήλθε σε φλεβοκομβικό ρυθμό με 78 σφύξεις το λεπτό και ανέκτησε πλήρως τη συνείδηση του.

Μετά το πέρας του χειρουργείου μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ, όπου παρά τον ενδεδειγμένο έλεγχο, δεν προέκυψε κάτι το παθολογικό.

**Συμπεράσματα:** Κατά την υποβολαιμία (αληθή ή από ανακατανομή) μπορούν να ενεργοποιηθούν παράδοξα αντανακλαστικά προκαλώντας βραδυκαρδία, αντί της αναμενόμενης ταχυκαρδίας. Ενδεικτικά αναφέρονται η μειωμένη διάταση της αριστερής κοιλίας, η μείωση της πίεσης στους τασεοϋποδοχείς του δεξιού κόλπου και της κάτω κοίλης φλέβας και το αντανακλαστικό Bezold-Jarisch ή νευροκαρδιογενές αντανακλαστικό. Επίσης, κατά την υποχώρηση της ΡΑ η άρση του

---

παρασυμπαθητικού αποκλεισμού προηγείται της αντίστοιχης του συμπαθητικού. Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων πιθανώς οδήγησε στην ανακοπή.

Βιβλιογραφία:

- 1 Unexpected cardiac arrest in spinal anaesthesia. G Barreiro et. al. Acta Anæsthesiologica Belgica, 2006
  - 2 Incidence of bradycardia during recovery from spinal anaesthesia: influence of patient position. Ponhold et. al. BJA, 1998
  - 3 Cardiac arrest during spinal anesthesia: common mechanisms and strategies for prevention. Pollard, Anesthesia & Analgesia, 2001
-

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Χ: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Προεδρείο: Ι. Διονυσιώτης, Ρ. Σουβατζόγλου, Ι. Χρονάκης

## EA71 Εφαρμογή Βελονισμού για την αντιμετώπιση σπαστικότητας στα άκρα μετά από τροχαίο- Παρουσίαση Περιστατικού

Μπουζιά Αικ., Λάσδα Ε., Παπασπύρου Δ., Κολώνια Κ., Αρναούτογλου Ε.  
Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Λάρισας

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα του βελονισμού σε ασθενή που προσήλθε στο ιατρείο Πόνου με σπαστικότητα στα άνω και κάτω άκρα, μετά από τροχαίο, νοσηλεία σε ΜΕΘ και χειρουργικές επεμβάσεις επιμήκυνσης στα κάτω άκρα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για παρουσίαση περιστατικού για την οποία χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από το φάκελο του ασθενούς. Άρρην ασθενής 22 ετών προσήλθε στο ιατρείο πόνου του ΠΓΝ Λάρισας με δυνατούς πόνους στην ΑΜΣΣ και με σπαστικότητα στα κάτω άκρα ενώ στη κλίμακα του πόνου είχε VAS=8. Από το Ατομικό Ιστορικό αναφέρεται τροχαίο ατύχημα προ 4ετίας με ΚΕΚ και νοσηλεία σε ΜΕΘ. Ο πόνος δεν απαντούσε σε φαρμακευτική αναλγητική αγωγή ενώ παρέμεινε η σπαστικότητα και μετά τις χειρουργικές επεμβάσεις και τις φυσιοθεραπείες. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο ιατρείο πόνου από τους ιατρούς του κέντρου αποκατάστασης όπου συνέχιζε τις φυσιοθεραπείες και προτάθηκε στους γονείς ο βελονισμός ως μια εναλλακτική θεραπεία, την οποία και αποδέχτηκαν. Το πρωτόκολλο με τα βελονιστικά σημεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το παρακάτω:

(ΠΕ4,Σ8,ΟΚ28,ΟΚ29, ΟΚ 30, ΟΚ 39, ΟΚ 40, ΛΕ 3,ΤΘ21,ΧΚ29,ΧΚ30,)

**Αποτελέσματα:** Γίνανε 13+2 επαναληπτικές συνεδρίες Βελονισμού και Ηλεκτροβελονισμού μετά τις οποίες σημειώθηκε σταδιακή μείωση της έντασης της σπαστικότητας και του πόνου. Με το πέρας των θεραπειών ανέφερε VAS 1-2. Σήμερα, 6 μήνες μετά ο ασθενής συνεχίζει να μην πονάει, παρουσιάζει ικανοποιητική ποιότητα ύπνου και καθημερινή λειτουργικότητα.

**Συμπεράσματα:** Στο συγκεκριμένο περιστατικό ο Βελόνισμος σαν εναλλακτική θεραπεία βοήθησε πάρα πολύ στην αντιμετώπιση της σπαστικότητας και του πόνου που δεν αντιμετωπιζόνταν ικανοποιητικά με φαρμακευτική αγωγή.

**Βιβλιογραφία:**

- 1 Jun Matsumoto-Miyazaki et al, Acupuncture Reduces Excitability of Spinal MotorNeurons in Patients with Spastic Muscle Overactivity and Chronic Disorder of Consciousness Following Traumatic Brain Injury, The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Volume 22, Number 11, 2016, pp. 895–902
- 2 Loredana Cavalli et al, Role of Acupuncture in the Management of SevereAcquired Brain Injuries (sABIs), Hindawi, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2018, Article ID 8107508
- 3 Jacob Wolf et al, Restoration of Function With Acupuncture Following SevereTraumatic Brain Injury: A Case Report,GLOBAL ADVANCES IN HEALTH AND MEDICINE, Volume 4, Number 6 • November 2015

## EA72 Αντιμετώπιση & ανακούφιση συμπτωμάτων ινομυαλγίας με έλαιο κανναβιδιόλης

Χρονάκης Ι.<sup>1</sup>, Σταυροπούλου Ε.<sup>2</sup>, Κακακίου Δ.<sup>1</sup>, Δελλαρόκα Κ.<sup>3</sup>, Σπανέλη Ι.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΚΘ-ΓΝ-ΚΥ Λέρου, <sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας «ΚΑΤ», <sup>3</sup> Εθελόντρια Ιατρείου Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας ΓΝ-ΚΥ Νάξου

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η ινομυαλγία είναι συχνό, επώδυνο σύνδρομο των μυών, των συνδέσμων και των αρθρώσεων. Συχνά, υπάρχουν συμπτώματα κόπωσης μετά την πρωινή αφύπνιση, που επιδεινώνονται με την καθημερινή δραστηριότητα και άλλα συμπτώματα όπως αδυναμία, διαταραχές ύπνου, ημικρανίες, ευερέθιστο έντερο κ.α. Για τη χώρα μας, από Πανελλαδική μελέτη του Ελληνικού Ιδρύματος Ρευματολογικών Ερευνών, έχει βρεθεί ότι η συχνότητα της ινομυαλγίας ανέρχεται στο 0,5% των ενηλίκων. Για άγνωστους λόγους το 80% έως 90% των ασθενών με ινομυαλγία είναι γυναίκες, αναπαραγωγικής ηλικίας, αλλά μπορεί να προσβληθούν παιδιά, άνδρες και ηλικιωμένοι. Η ανακούφιση απο τον χρόνιο πονο είναι δυσκολη και συχνά απαιτούνται μεγάλες δόσεις αντιεπιληπτικών



---

αντικαταθλιπτικών και αναλγητικών φαρμάκων. Σκοπός της μελέτης μας είναι η αντιμετώπιση 7 περιστατικών με ινομυαλγία που λάμβαναν πρεγκαμπαλίνη σε υψηλές δόσεις σε συνδυασμό με ντουλοξετίνη και επικουρικά τραμαδόλη σε συνδυασμό με παρακεταμόλη. Σταδιακά έγινε μείωση της πρεγκαμπαλίνης και αντικατάσταση με έλαιο κανναβιδιόλης όπου και περιγράφεται η εξίσου ισορροπημένη διάθεση και μείωση του χρόνιου πόνου και των συμπτωμάτων της ινομυαλγίας όπως και η πλήρης διαύγεια και θετική διάθεση των ασθενών με ινομυαλγία.

**Υλικό - Μέθοδος:** Σε βάθος 2 ετών προσήλθαν στο Ιατρείο Πόνου του ΓΝ ΚΥ Νάξου 7 γυναίκες με ινομυαλγία που εκτός από πρεγκαμπαλίνη χρειάστηκε να πάρουν και οι 7 σε βάθος χρόνου ντουλοξετίνη και τραμαδόλη σε συνδυασμό με παρακεταμόλη. Οι ηλικίες των ασθενών κυμάνθηκαν από 52 έως 62 ετών, οι 3 από τους 7 ασθενείς είχαν δυσάρεστα συμπτώματα μεγάλωνοντας τη δόση της πρεγκαμπαλίνης σε 150 - 200 mg ( ζάλη, ναυτία, θάμβος οράσεως, έντονη υπνηλία καθώς και 3 από τους 7 εμφάνισαν και συμπτώματα δυσκοιλιότητας αφού χρησιμοποίησαν στην φαρμακευτική τους αγωγή και τραμαδόλη. Αναγκαστήκαμε να μειώσουμε σταδιακά την πρεγκαμπαλίνη στους 3 αυτούς ασθενείς και αποφασίζεται να αντικατασταθεί σταδιακά με έλαιο κανναβιδιόλης ( CBD ) 10% σε αυξανόμενη δοσολογία κάθε 4 ημέρες από 1 έως 5 σταγόνες δυο φορές το 24 ωρο λαμβάνοντας ταυτόχρονα μικρές δόσεις πρεγκαμπαλίνης 25 - 75 mg ημηρεσίως.

**Αποτελέσματα:** Με τη χρήση του ελαίου CBD και οι 3 ασθενείς σε βάθος ενός (1) μηνός βελτίωσαν κατά πολύ τα δυσάρεστα συμπτώματα της πρεγκαμπαλίνης συμπεριλαμβανομένης και της δυσκοιλιότητας, επίσης βελτίωσαν το αίσθημα του πόνου σε VAS 2-3 ενώ αρχικά ο πόνος έφτανε έως και 8 VAS. Επίσης βελτίωσαν τη διάθεση τους κατά πολύ και την όρεξη για ζωή, χωρίς φυσικά να γίνει διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής με ντουλοξετίνη, καταφέραμε και στις 3 περιπτώσεις να μειώσουμε αισθητά την πρεγκαμπαλίνη αλλά και την τραμαδόλη. Σταδιακά περάσαμε και τους υπόλοιπους 4 ασθενείς σε CBD 10 % μειώνοντας την φαρμακευτική αναλγητική αγωγή και μειώνοντας αλλά χωρίς να διακόψουμε την αντιεπιληπτική αγωγή με πρεγκαμπαλίνη και οι 7 ασθενείς έχουν τα ίδια ευχάριστα για την ασθένεια τους αποτελέσματα και οι επισκέψεις στο ιατρείο πόνου περιορίζονται μόνο μια φορά τον μήνα για την καθιερωμένη συνταγογράφηση και την επανεκτίμηση τους.

**Συμπέρασμα:** Το έλαιο κανναβιδιόλης ( CBD Oil ) μια μη ψυχοδραστική ουσία που είναι νόμιμη στην Ελλάδα πιθανά να εμφανίζει μια νευρο-αναλγητική δράση στην αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς με ινομυαλγία και οι ανάγκες για επικουρικά αναλγητικά φάρμακα και αντιεπιληπτικά είναι πολύ μικρότερες. Φυσικά χρειάζονται και άλλες μελέτες πάνω σε ασθενείς με χρόνιο πόνο για την τεκμηρίωση αυτού του αποτελέσματος.

Ωστόσο τα αποτελέσματα της θεραπείας με το έλαιο κάνναβης είναι πολύ ενθαρρυντικά και πολλά υποσχόμενα.

#### **Βιβλιογραφία:**

- 1 Fiz J, Durán M, Capellà D, Carbonell J, Farré M. PLoS One. 2011 Apr 21;6(4):e18440. doi: 10.1371/journal.pone.0018440. Cannabis use in patients with fibromyalgia: effect on symptoms relief and health-related quality of life.
- 2 Sagy I1,2, Bar-Lev Schleider L3,4, Abu-Shakra M5, Novack V6. J Clin Med. 2019 Jun 5;8(6). pii: E807. doi: 10.3390/jcm8060807. Safety and Efficacy of Medical Cannabis in Fibromyalgia.
- 3 George Habib 1 and Irit Avisar 2Pain Res Treat. 2018; 2018: 7829427.Published online 2018 Jul 22. doi: 10.1155/2018/7829427. The Consumption of Cannabis by Fibromyalgia Patients in Israel van de Donk T1, Niesters M1, Kowal MA2, Olofsen E1, Dahan A1, van Velzen M1, Pain. 2019 Apr;160(4):860-869. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001464. An experimental randomized study on the analgesic effects of pharmaceutical-grade cannabis in chronic pain patients with fibromyalgia.

Χρονάκης Ι.<sup>1</sup>, Βαδαλούκα Α.<sup>2</sup>, Σταυροπούλου Ε.<sup>3</sup>, Μαμμή Γ.<sup>4</sup>, Κεραμάρη Χ.<sup>5</sup>, Μαγγιώρου Μ.<sup>6</sup>, Μπερδούσης Ι.<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Αναισθησιολόγος Επ. Β' ΚΘ-ΓΝ-ΚΥ Λέρου, <sup>2</sup> Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>3</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ιατρείο Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας «ΚΑΤ», <sup>4</sup> Τμήμα Αναισθησιολογίας ΓΝΑ «η Αγία Σοφία», Διοικήτρια Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών και Γενικού Νοσοκομείου Ανατολικής Αχαΐας-Αιγίου, <sup>5</sup> Διευθύντρια Αναισθησιολόγος & Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας ΓΝ-ΚΥ Νάξου, <sup>6</sup> Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝ-ΚΥ Νάξου, <sup>7</sup> Υπεύθυνος Νοσηλευτικής κατ'οίκον νοσηλείας ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αποτίμηση λειτουργίας του ιατρείου πόνου και παρηγορικής φροντίδας που λειτουργεί στο ΓΝ Νάξου και κατ'επέκταση και στις μικρές κυκλαδες, αφού το ΓΝ Νάξου εξυπηρετεί πολλά από τα μικρά νησιά των Κυκλάδων συμπεριλαμβανομένου και της Πάρου εδώ και 3 περίπου χρόνια.

**Υλικό & μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από τους φακέλους όλων των ασθενών στη διάρκεια των 3 αυτών ετών που έπασχαν από χρόνια ανθεκτικό πόνο ο οποίος προκαλείται από διαφορετικές ασθένειες και παθολόγεια.

**Αποτελέσματα:** Στο διάστημα λειτουργίας του ιατρείου πόνου η επισκεψιμότητα ήταν 644 ασθενείς διαφόρων παθήσεων με διαφόρων μορφών πόνου καλοήθη και κακοήθη. (Καρκινικός πόνος, πολυαρθροπάθεια, οσφυαλγία, ισχιαλγία, κεφαλαλγίες, έρπης ζωστήρας, ινομυαλγία, φάντασμα). Για την αντιμετώπιση τους εφαρμόσαμε φαρμακευτικές και επεμβατικές τεχνικές και για τη Νάξο, Πάρο και για τα γύρω μικρά νησιά, η έναρξη ιατρείου πόνου ήταν πρωτόγνωρη και η φήμη του εξαπλώθηκε γρήγορα. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανακούφιση των ασθενών εκτός από φαρμακευτικές και επεμβατικές τεχνικές ήταν βελονισμός, φυσιοθεραπεία, κατ'οίκον νοσηλεία και εκεί έρχεται να συμπληρώσει την αλυσίδα του χρόνιου πόνου η παρηγορική φροντίδα.

Οποτε ήταν αναγκαίο υπήρχε τηλεφωνική η διαδικτυακή επικοινωνία του ΓΝ Νάξου για γνωμοδότηση, συνεργασία και παραπομπή σε μεγάλα Κέντρα Πόνου στη Αθήνα όπως το Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής της Α' Αναισθησιολογικής Κλινικής του ΕΚΠΑ στο Αρεταίειο Νοσοκομείο και το Κέντρο Πόνου και Κλινικής Σπονδυλικής Στήλης του ΓΝΑ ΚΑΤ, γεγονός που παρείχε μεγάλη διευκόλυνση και στο δύσβατο δρόμο που έχουν να διανύσουν οι ασθενείς με χρόνια πόνο.

Παράλληλα διοργανώθηκαν ενημερωτικές εκδηλώσεις σχετικά με τη θεραπεία του χρόνιου πόνου οι οποίες έτυχαν ευρείας παρακολούθησης από τους κατοίκους των Κυκλάδων, καθώς και επίσκεψη επώνυμων ιατρών και επαγγελματιών υγείας εξειδικευμένων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, από μεγάλα κέντρα πόνου της πρωτεύουσας που εθελοντικά πρόσφεραν επί τόπου τις υπηρεσίες τους.

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς εμφάνισαν μέτρια η μεγάλη ελάττωση του πόνου τους ενώ ανέφεραν μεγάλη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους

**Συμπέρασμα:** Οι ασθενείς των Κυκλάδων, που έπασχαν από χρόνια πόνο και μέχρι πριν την έναρξη του συγκεκριμένου ιατρείου υπέφεραν, συχνά υποθεραπεύονταν, και υποδέχτηκαν με ενθουσιασμό και ανακούφιση το νέο Ιατρείο που ήταν μέχρι τότε άγνωστο. Η πλειοψηφία τους είναι πλέον σε μια αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή, είτε φαρμακευτική, είτε παρεμβατική, είτε μέσω εναλλακτικών τεχνικών όπως ο βελονισμός και φυσικά απολαμβάνουν πλέον το ευεργέτημα της παρηγορικής φροντίδας με μεγάλα ιατρικά, κοινωνικά και οικονομικά οφέλη στον τόπο μόνιμης κατοικίας τους.

Για αυτούς τους λόγους είναι προφανές ότι η λειτουργία των ιατρείων πόνου και παρηγορικής φροντίδας πρέπει να διαδοθεί και να εξαπλωθεί στην περιφέρεια.

## EA74 Αντιμετώπιση ημικρανίας και κεφαλαλγίας με βελονισμό

Παπαδόπουλος Γ., Μπόλωση Μ., Καρφάκης Γ., Λένας Α., Τζίμας Π.  
Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Ο ιατρικός βελονισμός αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπεία για την ημικρανία και την χρόνια κεφαλαλγία. Είναι, πλέον, μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση τους. Στις Η.Π.Α, ο βελονισμός για κεφαλαλγία αποτελεί μία από τις 10 κορυφαίες ενδείξεις με το ποσοστό των πολύ καλών ή καλών αποτελεσμάτων να κυμαίνεται από 81 έως 90%.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής του βελονισμού σε ασθενείς με κεφαλαλγία-ημικρανία.

**Υλικό και μέθοδος:** Αντιμετωπίστηκαν στο Ιατρείο 75 ασθενείς ηλικίας από 25 έως 88 ετών με ημικρανία (32 ασθενείς) και με κεφαλαλγία τάσεως ή με κοινή κεφαλαλγία (43 ασθενείς). Η διάρκεια των επεισοδίων κυμάνθηκε από 3 μήνες έως 45 έτη. Στους ασθενείς αυτούς εφαρμόστηκαν 3 έως 16 συνεδρίες βελονισμού και ωτικού ηλεκτροβελονισμού. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην αντιμετώπιση του στρες καθώς και στην αντιμετώπιση σημείων πυροδότησης της κεφαλαλγίας με βελονισμό, ηλεκτροβελονισμό, υπέρυθρες ακτίνες και μοχα.

**Αποτελέσματα:** Πολύ καλά και καλά αποτελέσματα στη θεραπεία με βελονισμό είχε το 89,33% των ασθενών (67 ασθενείς). Πιο συγκεκριμένα, στην έκβαση των 12 μηνών πολύ καλή ανταπόκριση, δηλαδή καθόλου κεφαλαλγία μετά από 3 έως 16 συνεδρίες είχε το 70,16% των ασθενών (53 ασθενείς). Καλά αποτελέσματα, δηλαδή μερικές φορές εμφάνιση κεφαλαλγίας, που μπορούσε να ελεγχθεί με λίγες συνεδρίες βελονισμού ή με σημαντικά λιγότερη ποσότητα αναλγητικών, είχε το 18% (14 ασθενείς). Τέσσερις ασθενείς (5,33%) δεν είχαν σημαντική ανταπόκριση. Τέλος, 3 ασθενείς (4%) δεν ολοκλήρωσαν την θεραπεία.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα είναι σε συμφωνία με εκείνα της βιβλιογραφίας. Ο βελονισμός δεν έχει παρενέργειες όπως η θεραπεία με φάρμακα. Επιπρόσθετα, αποτελεί μέθοδο πρόληψης της χρόνιας κεφαλαλγίας. Εκτός από την ανακούφιση των συμπτωμάτων της πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας τάσης, της αθροιστικής κεφαλαλγίας και της ημικρανίας με αύρα ή χωρίς, επαναφέρει την ομοιόσταση στον οργανισμό περιορίζοντας ή και εξαλείφοντας εντελώς τις οργανικές ανισορροπίες που συνοδεύονται συχνά από κεφαλαλγία: όπως στρες, αϋπνία, κατάθλιψη, ίλιγγος, ναυτία, υπέρταση.

## EA75 Η επίδραση του συνδυασμού μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού σε ασθενείς με χρόνια οσφυϊκό πόνο: προκαταρκτικά αποτελέσματα

Παπανικολάου Φ., Λάσδα Ε., Χαλκιάς Α., Αρναούτογλου Ε.  
Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισα

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του συνδυασμού μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία που προσήλθαν στο Ιατρείο Πόνου με έντονο άλγος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΣΣ).

**Μέθοδος και Υλικό:** Καταγραφή περιστατικών, τα οποία επισκέφθηκαν το Ιατρείο Πόνου της Αναισθησιολογικής Κλινικής του ΠΓΝΛ και εφαρμόστηκε η συνδυαστική μέθοδος Μάλαξης – Ηλεκτροβελονισμού. Συμπεριλήφθησαν 22 ασθενείς, ηλικίας 20 έως 60 ετών, 15 γυναίκες και 7 άνδρες, οι οποίοι προσήλθαν στο Ιατρείο με έντονο άλγος στην οσφυϊκή μοίρα της ΣΣ, οι οποίοι έπασχαν από Οσφυαλγία – Ισχιαλγία. Οι ασθενείς ανέφεραν πόνο στην οσφυϊκή μοίρα, με προσωπική εκτίμηση μεταξύ 9 και 7 της κλίμακας VAS, αιμωδίες, κακή διάθεση, κόπωση και περιορισμός της δραστηριότητας. Η φαρμακευτική αγωγή που λάμβαναν ήταν: Τραμαδόλη, Πρεγκαμπαλίνη & ΜΣΑΦ. Τους προτάθηκε για θεραπεία ο συνδυασμός μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού, την οποία και δέχθηκαν. Ταυτόχρονα τους χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια SF-36, POMS & Roland – Morris Questionnaire, καθώς και το Pain Detect, ώστε να μετρηθούν οι παράμετροι της ποιότητας ζωής και της ψυχικής έντασης, της λειτουργικότητας ανικανότητας και της ανίχνευσης νευροπαθητικού πόνου, πριν και μετά το πέρας των

---

Θεραπειών.

**Αποτελέσματα:** Εφαρμόστηκαν 8 συνεδρίες της συνδυαστικής μεθόδου Μάλαξης - Ηλεκτροβελονισμού. Μετά το πέρας της πρώτης συνεδρίας παρουσίασαν μια βελτίωση στον πόνο (VAS:6) και καλύτερη κινητική δραστηριότητα. Μετά από ένα δίμηνο ο πόνος ελαττώθηκε ή εξαλείφθηκε (VAS:2 έως 0), βελτιώθηκε η διάθεση, μειώθηκε η ψυχική ένταση και οι ασθενείς επανήλθαν στην καθημερινότητα τους. Η φαρμακευτική αγωγή διεκόπη.

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός μάλαξης και ηλεκτροβελονισμού αποτέλεσε μια συμπληρωματική και εναλλακτική λύση στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και έντονο άλγος.

Βιβλιογραφία:

1. Bogduk, N. (2010). A cure for Back Pain? Pain; 149 (1):7-8.
  2. Cherkin DC, Eisenberg D, Sherman KJ, Barlow W, Kaptchuk TJ, Street J. (2001). Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self-care education for chronic low back pain. Archives of Internal Medicine; 161(8): 1081-1088.
  3. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M (2007) Massage Therapy Research. Developmental Review, 27, 75-89.
- 

## EA76 Βελονισμός και διαταραχές ύπνου

**Μουτζούρη Α.,** Φυρφίρης Ν., Τζαμάκου Ευ., Μπιρλής Ν., Πουλίδα Σ., Σιαφάκα Ι.  
Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

**Εισαγωγή:** Πρόσφατες μελέτες καταλήγουν ότι ο βελονισμός είναι τουλάχιστον τόσο αποτελεσματικός όσο και η φαρμακευτική αγωγή, χωρίς τις παρενέργειες των φαρμάκων, και πρέπει να θεωρείται ως μια από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με διαταραχές ύπνου.

**Σκοπός:** Η θεραπεία με βελονισμό των διαταραχών του ύπνου ως ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκων.

**Μέθοδος και υλικό:** Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 38 ετών, προσήλθε στο Ιατρείο Πόνου του Αρεταίειου Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση μετεγχειρητικού νευροπαθητικού πόνου μετά από χειρουργική εξαίρεση καλοήθους όγκου αριστερής παρωτίδας. Είχαν προηγηθεί 2 μη επιτυχείς προσπάθειες αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου λόγω παρενεργειών που εμφανίστηκαν από τη θεραπεία. Κατά την πρώτη επίσκεψη η ένταση του πόνου της ασθενούς ήταν NPRS 10. Τέθηκε, λοιπόν, σε σταδιακή αλλά αργή αύξηση γκαμπαπεντίνης (1800mg), ντουλοξετίνης (60mg), τραμαδόλης (200mg) και παρακεταμόλης (3gr) ημερησίως.

Μετά τη παρέλευση 4 μηνών η ασθενής αναφέρει ένταση πόνου κατά NPRS 0 και ότι ο πόνος στη περιοχή αντικαταστάθηκε από αιμωδία, αλλά παρουσίαζε εφιάλτες και αντιμετώπιζε προβλήματα στην εργασία της λόγω διαταραχών του ύπνου. Αρνήθηκε όμως οποιαδήποτε αλλαγή στη φαρμακευτική αγωγή φοβούμενη νέα επιδείνωση του πόνου. Αποφασίσθηκε, λοιπόν, η διατήρηση της αγωγής και η προσθήκη βελονισμού για την αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου.

Εγιναν 10 συνεδρίες των 20 min, (1συνεδρία/εβδομάδα).

Η αξιολόγηση του ύπνου έγινε με το ερωτηματολόγιο ποιότητας ύπνου Pittsburg (GR-PSQI), πριν, αμέσως μετά τον βελονισμό και 2 μήνες αργότερα.

**Αποτελέσματα:**

1. Βελτιώθηκε η ποιότητα του ύπνου της ασθενούς.
2. Μειώθηκαν οι νύκτες με τους εφιάλτες.
3. Μειώθηκε ο χρόνος επέλευσης του ύπνου.
4. Αυξήθηκαν οι ώρες του ύπνου.

**Συμπέρασμα:** Ο βελονισμός μπορεί να αποτελέσει μία μη φαρμακολογική και ασφαλή αντιμετώπιση των διαταραχών ύπνου που οφείλονται σε φάρμακα.

Βιβλιογραφία:

1. Xiuyun Wen et al. Randomized single-blind multicenter trial comparing the effects of standard and augmented acupuncture protocols on sleep quality and depressive symptoms in patients with depression. Psychology, Health & Medicine Volume 23, 2018 (4)
  2. Feng Yu et al. Clinical Research of Acupuncture on Malignant Tumor Patients for Improving Depression and Sleep Quality. Journal of Traditional Chinese Medicine, September 2011; 31(3): 199-202 199
-

## EA77 Αντιμετώπιση της καυσαλγίας στόματος (burningmouthsyndrome) με nevalrip (α-λιποϊκό οξύ) και βελονισμό. Αναφορά περιστατικού

**Μουτζούρη Α.,** Φυρφίρης Ν., Τζαμάκου Ευ., Πουλίδα Σ., Σιαφάκα Ι.  
Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

**Εισαγωγή:** Η καυσαλγία στόματος αποτελεί μία χρόνια κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από πόνο ή αίσθημα καύσου στο βλεννογόνο του στόματος (γλώσσα, χείλη, παρειές, υπερώα) χωρίς άλλα κλινικά σημεία. Προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης.

**Σκοπός:** Η αντιμετώπιση έντονης καυσαλγίας με βελονισμό και χορήγηση nevalrip (α-λιποϊκό οξύ).

**Υλικό και μέθοδος:** Γυναίκα ασθενής ηλικίας 66 ετών προσήλθε στο ιατρείο πόνου με καυσαλγία στόματος από 2ετίας. Η καυσαλγία εντοπιζόταν στην κορυφή και στο αριστερό πλάγιο χείλος της γλώσσας καθώς και στην υπερώα αριστερά. Ο πόνος ήταν συνεχής κατά τη διάρκεια της ημέρας και πολύ έντονος (NPRS 10).

Κατά την κλινική εξέταση ο βλεννογόνος του στόματος ήταν φυσιολογικός και δεν υπήρχε ξηροστομία. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει υστερεκτομή άνευ εξαρτημάτων σε ηλικία 39 ετών. Σε ηλικία 53 ετών, οξεία μυελογενή λευχαιμία η οποία υφέθη 5 μήνες μετά με χημειοθεραπεία. Αμέσως μετά ακολούθησε ψυχιατρική παρακολούθηση έως σήμερα λαμβάνοντας αντικαταθλιπτικά (βενλαφαξίνη) και βενζοδιαζεπίνη. Η αρχική δόση της βενλαφαξίνης ήταν 350 mg/ημέρα η οποία προοδευτικά μειώθηκε σε 250mg /ημέρα. Η αρχική δόση της βενζοδιαζεπίνης ήταν 9mg/ημέρα και η οποία μειώθηκε σε 3 mg/ημέρα.

Λόγω της έντονης συμπτωματολογίας και του φόβου της ασθενούς για παρενέργειες φαρμάκων αποφασίσθηκε όπως η αντιμετώπιση της καυσαλγίας γίνει με βελονισμό και με χορήγηση nevalrip. Η διάρκεια της θεραπείας με βελονισμού διήρκεσε 12 εβδομάδες (μία συνεδρία/εβδομάδα) και στη διάρκεια αυτή η ασθενής λάμβανε 600mg nevalrip την ημέρα.

**Αποτελέσματα:** Στο τέλος της θεραπείας η ασθενής αναφέρει βελτίωση των συμπτωμάτων. Η ένταση του πόνου στην κλίμακα NPRS μειώθηκε στο 5. Τρεις μήνες μετά η ασθενής είναι ελεύθερη συμπτωμάτων (NPRS 0).

**Συμπεράσματα:** Ο βελονισμός σε συνδυασμό με Nevalrip είναι αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση της καυσαλγίας του στόματος

Βιβλιογραφία:

1 Palacios-Sánchez B, Moreno-López LA, Cerero-Lapiedra R, LlamasMartínez S, Esparza-Gómez G. Alpha lipoic acid efficacy in burning mouth syndrome. A controlled clinical trial. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015 Jul 1;20 (4):e435-40.

2 Scardina GA, Ruggieri A, Provanzano F, Messina P. Burning mouth syndrome: Is acupuncture a therapeutic possibility? Br Dental J. 2010 Jul 10;209(1):E2. doi: 10.1038/sj.bdj.2010.582. Epub 2010 Jul 2.

## EA78 Μελέτη παρατήρησης για την εκτίμηση της κλινικής αποτελεσματικότητας του NEURALIP σε ασθενείς με χρόνια πόνο στην Ελλάδα

**Σιαφάκα Ι., Φυρφίρης Ν.,** Φτούλης Γ., Βαδαλούκα Α.  
Α' Αναισθησιολογική Κλινική, Κέντρο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΕΚΠΑ & Ιατρείο Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής – Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

**Σκοπός:** Το αλφα-λιποϊκό οξύ (NEURALIP) έχει ειδική αντιοξειδωτική και νευροτροφική/νευροπροστατευτική δράση, χαρακτηριστικά που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα του στον χρόνια πόνο. (1) Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με NEURALIP, σε όλο το φάσμα των διαγνώσεων του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου συλλέγοντας πληροφορίες σχετικά με τη χρήση του, στην καθιερωμένη κλινική πρακτική.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μη παρεμβατική, προοπτική μελέτη κοορτης, όπου εντάχθηκαν 119 ασθενείς, με διάγνωση ΝΠ, εφόσον είχε συνταγογραφηθεί μονοθεραπεία με NEURALIP, από δύο κέντρα αναφοράς στην Αθήνα. Καταγράφηκε η αποτελεσματικότητα Του NEURALIP 1,3 και 6 μήνες μετά την πρώτη έναρξη χορήγησης, είτε ως μονοθεραπεία, είτε ως μέρος συνδυασμού φαρμάκων. Για την αξιολόγηση

---

των καταληκτικών σημείων της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία: NPRS, PGIC και self assesment of treatment. Για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκαν μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής.

**Αποτελέσματα:** Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν συμπτώματα αυθόρμητου πόνου, επεισόδια πόνου και μη φυσιολογικές αισθήσεις ενώ απρόκλητος πόνος καταγράφηκε στο 57.1% του δείγματος. Περιφερικό Ν.Π. παρουσίαζε το 88.2% των ασθενών ενώ το 7.5% παρουσίαζαν ειδικά σύνδρομα Ν.Π. Στον πρώτο μήνα θεραπείας, 108 (90.8%) ασθενείς παρέμειναν σε μονοθεραπεία, ενώ σε 10 ασθενείς πραγματοποιήθηκαν αλλαγές στην θεραπεία τους. Συγκεκριμένα, όλοι (πλην ενός) οι συμμετέχοντες παρέμειναν σε θεραπεία με NEURALIP (είτε ως μονοθεραπεία είναι ως συνδυασμό με άλλες θεραπείες) καθ' όλη την διάρκεια των 6 μηνών της μελέτης ενώ 32 (26.9%) ασθενείς παρέμειναν σε μονοθεραπεία σε όλο το διάστημα των 6 μηνών. Η διάμεση διάρκεια μονοθεραπείας για τους ασθενείς που έλαβαν κατά διαστήματα και άλλα φάρμακα για το Ν.Π. ήταν 2 μηνες. Η διάμεση ποσοστιαία μείωση του NPRS ήταν 25% στην πρώτη επίσκεψη, με το 41.2% των ασθενών να παρουσιάζουν βελτίωση κατά 30% ή περισσότερο.

Στην τρίτη και τέταρτη επίσκεψη η διάμεση ποσοστιαία μείωση της κλίμακα NPRS ήταν 55.6% και 73.2% αντίστοιχα. Τα ποσοστά ασθενών που πέτυχαν 30% ή υψηλότερη μείωση στην κλίμακα NPRS στους 3 και 6 μήνες ήταν 82.2% και 94.1% αντίστοιχα. Στην δεύτερη επίσκεψη η διάμεση τιμή της κλίμακας PGIC ήταν ίση με 3, στην τρίτη επίσκεψη ήταν ίση με 2 ( $p < 0.001$ ) και στην τέταρτη επίσκεψη ήταν ίση με 1 ( $p < 0.001$ ). Στην δεύτερη το 73.1% των ασθενών δήλωσε ότι «ο πόνος μου είναι κάπως καλύτερος», το 13.4% δήλωσε ότι «Αισθάνομαι ότι ο πόνος μου είναι πολύ καλύτερος». Αντίστοιχα, στην τρίτη επίσκεψη το 55.1% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι «Αισθάνομαι ότι ο πόνος μου είναι πολύ καλύτερος» και ακόμη ένα 40.7% δήλωσε ότι «Αισθάνομαι ότι ο πόνος μου είναι κάπως καλύτερος» ενώ στην τέταρτη επίσκεψη το 82% των ασθενών δήλωσε ότι «Αισθάνομαι ότι ο πόνος μου είναι πολύ καλύτερος». Αναφορικά με το επίπεδο δραστηριότητας των ασθενών, το 49.6% δήλωσε ότι αισθάνεται «κάπως» ή «πολύ περισσότερο δραστήριος/α» στην δεύτερη επίσκεψη, το αντίστοιχο ποσοστό στην τρίτη επίσκεψη ήταν 94.1% και στην τέταρτη επίσκεψη 97.5%.

**Συμπέρασμα:** Βελτίωση παρατηρήθηκε στο μέσο πόνο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, καθώς και σε άλλες αναφερόμενες από τον ασθενή εκβάσεις (ποιότητα ζωής, ικανοποίηση από την θεραπεία, κατάσταση υγείας, συμπτωματολογία) σε ασθενείς με Ν.Π. που έλαβαν για πρώτη φορά θεραπεία NEURALIP ακόμη και από τον πρώτο μήνα θεραπείας. Ταυτόχρονα σχεδόν όλοι οι ασθενείς παρέμειναν σε μονοθεραπεία για τον πρώτο μήνα ενώ συνολικά περισσότερο από το 25% του δείγματος παρέμεινε σε μονοθεραπεία για όλη τη διάρκεια της μελέτης

Βιβλιογραφία:

Baicus C, Purcarea A, von Elm E, Delcea C, Furtunescu FL. Alpha-lipoic acid for diabetic peripheral neuropathy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2. Art. No.: CD012967. DOI: 10.1002/14651858.CD012967

---

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
Afkhampour K.	92	Γεωργούδης Γ.	101
Aguirre J.	92,96	Γκαγκαντέρος Α.	66
Bamidis P.	86	Γκιζιώτη Σ.	108
Eichenberger U.	92,96	Γκίκα Α.	63,73
Fucentese S.	92	Γκιουλιάβα Α.	71
Geroulanos S. J.	32	Γκουτζιομήτρου Ευ.	63,71
Götschi T.	92,96	Γρηγοράκη Α.	73,74
Hausheer F.	81	Γρηγοριάδου Π.	75,82
Reppou S.	86	Δελλαρόκα Κ.	110
Rupnik B.	92,96	Δήμου Π.	68
Varrassi G.	58	Διαγούπη Α.	66
Westzaan N.	63,74	Διαγούπη Ι.	92
Αβρααμίδου Α.	84	Διακομή Μ.	66,67,92
Αγγουράκης Μ.	101	Διαμαντάκη Ε.	96
Αγουρίδα Η.	68	Δουμπάρατζη Μ.	63,71
Αδαμίδου Μ.	106	Ζαρζαβά Ει.	95
Αδαμοπούλου Μ.	45	Ζης Π.	81
Αθανασοπούλου Α.	69,104	Ζησίμου Αικ.	100
Αλεξοπούλου Κ.	101	Ζυγογιάννη Α.	75
Ανδριόπουλος Χρ.	108	Θεοδοσοπούλου Π.	70,93
Ανίσογλου Σ.	75,82	Θεοδωράκη Κ.	69
Αρναουτάκης Ε.	98	Ιατρέλλη Ι.	101
Αρναούτογλου Ε.	60,62,64,65,77,84,110,113	Κακακίου Δ.	110
Αρσένη-Λάμπρου Β.	91	Καλημέρης Κ.	92,96
Αρχοντάκη Β.	98	Καλλιόφα Ε.	104
Ασματζή Χ.	98	Καλογριδάκη Μ.	108
Βαδαλούκα Α.	36,75,81,89,91,112,115	Καλούσης Ε.	82
Βαϊόπουλος Χ.	34	Καμπέρη Π.	88,90
Βάρδας Ε.	75	Καντιάνης Α.	35
Βαριάδης Δ.	60,84	Καπεζάνος Θ.	82
Βασιλείου Ε.	100	Καπέρδα Α.	62,82
Βαφειάδου Μ.	79,88,90	Καρανίκα Ε.	54
Βελίκη Ν.	75	Καρασάββα Ε.	74
Βιτούλα Κ.	67	Καραφωτιά Α.	33
Βουτσάς Π.	99, 100	Καρρά Κ.	63
Βραχνού Ε.	91	Καρφάκης Γ.	61,76,77,79,88,113
Γαβρά Αι.	88	Κατσοχειράκη Μ.	106
Γαλίτης Ε.	75	Κέκελος Π.	74
Γαμποπούλου Ζ.	81,98,105	Κελίδου Μ.	101
Γάτης Ν.	62	Κεραμάρη Χ.	112
Γεωργιάδης Αχιλ. Ε.	50	Κετικίδου Ε.	48
Γεωργιτσογιαννάκος Π.	63,73	Κιτσιοπούλου Ε.	71,92



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
Κοκκίνης Κ.	69,104	Μάστορα Ευ.	65,69
Κοκολάκη Μ.	53,79,88,90,91	Μαυραγάνη Ρ.	98
Κολεσνίκοβα Α.	71	Μαχαιράς Γ.	105
Κολλιοπούλου Γ.	72	Μελά Α.	98
Κολώνια Κ.	65, 110	Μελά-Καραμανάκου Α.	68
Κοντούλη Ζ.	99, 100	Μηλαράς Χρ.	105,106
Κοράκη Ε.	71,95	Μιτσοκάπας Α.	63,71
Κορούζη Τ.	73,77	Μίχα Γ.	42,83
Κοσμόπουλος Α.	101	Μιχαήλ Θ.	63
Κουϊδή Ευ.	63	Μόκα Ε.	40
Κουλουλίας Β.	75	Μορέλλα Δ.	67
Κουρή Μ.	75,89	Μοσχοντόπουλος Κ.	72
Κουρούκλη Ε.	63,74	Μουτζούρη Α.	90
Κουτάλος Α.	65	Μουτζούρη Α.	114,115
Κουτουλάκη Ε.	96	Μπαιρακτάρη Α.	67,68,72,92
Κουτσοπούλου Ε.	81,98,106	Μπαρέκα Μ.	65,69
Κρεμαστινού Φ.	43	Μπατιστάκη Χ.	46
Κριθαρίδου Γ.	68	Μπερδούσης Ι.	112
Κυριακάκη Α.	65	Μπίνα Α.	68
Κυριακίδης Β.	95	Μπιρλής Ν.	114
Κυροδήμος Ε.	75	Μπόλωση Μ.	61,76,77,79,88,113
Κωλέτση Δ.	68	Μπουζιά Αικ.	60,62,84, 110
Κωνσταντοπούλου Γ.	62,82	Μπουραζάνη Μ.	83,107
Κωστόπουλος Στ.	82	Μπράττου Π.	69
Κωτούζας Α.	71	Μπρόζου Β.	26
Λάσδα Ε.	60,62,64,77,84,110,113	Νασιούλας Γ.	52
Λασκαράκης Α.	100	Νικολαΐδης Χρ.	84
Λένα Α.	88	Νικολακοπούλου Ε.	66,67,72,81,98,105,106
Λένας Α.	61,76,77,79,113	Νικολάτου-Γαλίτη Ου.	75,89
Λεοναρδοπούλου Ο.	79	Νταλούκα Μ.	65
Λεφάκη Τ.	83,85,106	Ντέλλα Α.	62,77,84
Λιακούλη Ζ.	75	Ντρίμερη Ε.	68,92
Λιάσκου Χ.	108	Νύκταρη Β.	96
Λίολιος Μ.	71	Οικονομόπουλος Γ.	100
Λογοθέτη Ε.	60	Οικονόμου Στ.	101
Λουίζος Α.	63,73,74,77	Παλιαλέξη Λ.	92
Μαγγιώρου Μ.	112	Παναγιώτου Ε.	84,101
Μάγκλαρη Χ.	66,83,85	Παπαβασιλείου Β.	90
Μάγκλαρη Χρ.	106,107	Παπαγεωργίου Ειρ.	75,82
Μακρή Μ.	101	Παπαδάκης Ε.	108
Μαμμή Γ.	112	Παπαδήμα Α.	74
Μαριάτου Β.	99, 100	Παπαδημητρίου Ε.	65,94

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
Παπαδόπουλος Γ.	61,76,77,79,88,113	Τράντζας Π.	66
Παπαδοπούλου Ε.	75	Τρικούπη Α.	71,95
Παπαϊωάννου Ε.	78	Τριχάς Μ.	75
Παπαϊωάννου Α.	96	Τσακιράκη Κ.	72
Παπαϊωάννου Ε.	104	Τσαρουχά Α.	102
Παπακίτσος Γ.	92	Τσεκούρας Β.	104
Παπανικολάου Φ.	62,64,77,113	Τσίλη Δ.	101
Παπασπύρου Δ.	110	Τσιρογιάννη Αικ.	44
Παπαστρατηγάκης Γ.	96	Τσολερίδης Θ.	81
Παρασκευόπουλος Τ.	67	Φελάχ Α.	101
Πενθερουδάκης Γ.	37	Φίλιππας Π.	63,102
Περβολαράκη Γ.	86	Φουντούκας Α.	82
Πετρόπουλος Χ.	99	Φτούλης Γ.	115
Πιστιώλας Γ.	71,95	Φυρφίρης Ν.	66,83,85,90,106,107,114,115
Πολυχρονίου Α.	71	Χαλκιάς Α.	64,113
Πουλίδα Σ.	114,115	Χαλμούκη Γ.	98
Πουλοπούλου Σ.	66,83,85,106,107	Χαραλαμπίδου Α.	60
Ραϊτίσιου Μπ.	88	Χατζηγιαννάκη Δ.	68
Ρεκατσίνα Μ.	70	Χατζηκώστα Σ.	108
Ροκά Β.	62,64,77	Χλωροπούλου Παν.	47
Ρουντ Ι.	71	Χούσου Μ.	106
Σαλάτας Κ.	65,69	Χριστοδούλου Αικ.	63,73
Σαμαρά Ευ.	84,101	Χρονάκης Ι.	110,112
Σηφάκη Φ.	71,95	Χρύση Μ.	85,107
Σιαφάκα Ι.	35,69,81,89,90,91,101,102,114,115	Χρυσικοπούλου Α.	72,81,98
Σιώπη Β.	75,82	Ψυρρή Α.	75
Σμυρνιώτης Δ.	71		
Σοφιανού Α.	66,68,92		
Σπανέλη Ι.	110		
Σταθάτος Δ.	68		
Στάικου Χ.	70,93		
Σταματοπούλου Μ.	71		
Σταυροπούλου Ε.	39,92, 100,110,112		
Σταύρου Ι.	102		
Στεφανάκης Γ.	96		
Ταταρίδη Ο.	66,72		
Τζαβέλλας Α.Ν.	63		
Τζαβούλης Δ.	57		
Τζαμάκου Ε.	37,114,115		
Τζίμας Π.	61,76,77,79,88,113		
Τιλελή Μ.	68		
Τομαρά Ε.	63,73		

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΤΟΠΟΣ & ΧΡΟΝΟΣ

Το Συνέδριο πραγματοποιείται στα Ιωάννινα 26-29 Σεπτεμβρίου 2019, στο ξενοδοχείο Du Lac (τηλ: 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

ΕΓΓΡΑΦΗ	Εως 31/7/2019	Μετά τις 31/7/2019
Ειδικευμένοι	200 €	200 €
Ειδικευόμενοι	150 €	170 €
Νοσηλεύτες	140 €	150 €
Άνεργοι Αναισθησιολόγοι		Δωρεάν
Φοιτητές		Δωρεάν
Κλινικά Φροντιστήρια *		Δωρεάν

Οι ανωτέρω τιμές εγγραφών επιβαρύνονται με 24% ΦΠΑ

#### Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

Παρακολούθηση των επιστημονικών Συνεδριάσεων, Επισκέψεις στον Εκθεσιακό χώρο, Τσάντα & Συνεδριακό Υλικό, Ελαφρύ Γεύμα, Συμμετοχή στην Τελετή Εναρξης την Πέμπτη 26 Σεπτεμβρίου 2019, Διαλείμματα καφέ, Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό παρακολούθησης.

#### Το δικαίωμα συμμετοχής για Φοιτητές Ιατρικής περιλαμβάνει:

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

#### 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, Συναντήσεις με τους Ειδικούς, Κλινικά Φροντιστήρια και Ελεύθερες Ανακοινώσεις.

### ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

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

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ

Τα θέματα ειδικά επιλεγμένα θα καλύψουν ζητήματα αμφιλεγόμενα, νέες μεθόδους καθημερινής πρακτικής στην Περιτομική Ανασθησία 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 Angelini, Brain Therapeutics, Menarini, Pfizer, Rafarm και Βιανέξ, για τη συμμετοχή τους στις εργασίες του Συνεδρίου.

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

Συμμετοχή των εκπαιδευομένων και πρακτική άσκησή τους σε προπλάσματα και μοντέλα.

### ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Η κάθε ανακοίνωση θα διαρκεί 7'. Η καλύτερη εργασία θα κριθεί από ειδική Επιτροπή και θα βραβευθεί.

### ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

Στους Συνέδρους θα χορηγηθούν 22 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME) από τον Π.Ι.Σ.

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

**Εναρκτήρια Τελετή:** Η Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου θα γίνει την **Πέμπτη 26 Σεπτεμβρίου 2019** και **ώρα 19.30** στο Συνεδριακό ξενοδοχείο Du Lac. Θα ακολουθήσει Δείπνο Υποδοχής για όλους τους Συνέδρους.

**Δείπνο Συνεδρίου:** Το Δείπνο του Συνεδρίου θα γίνει το **Σάββατο 28 Σεπτεμβρίου 2019** και **ώρα 21.00** στο εστιατόριο ΦΡΟΝΤΖΟΥ ΠΟΛΙΤΕΙΑ.

## 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 τη διευκόλυνση των Συνέδρων, δωμάτια έχουν προκρατηθεί στο Συνεδριακό ξενοδοχείο αλλά και σε κοντινά ξενοδοχεία.

**Διαμονή ανά δωμάτιο με πρωινό & φόρους – Τελευταία ημερομηνία κρατήσεως δωματίων 15/6/2019 – Υποχρεωτική διανυκτέρευση για 3 νύχτες σε κάθε ξενοδοχείο**

Όνομα Ξενοδοχείου	Cat	Μονόκλινο/Δίκλινο
-------------------	-----	-------------------

Du Lac Συνεδριακό Ξενοδοχείο	5*	<input type="checkbox"/> 150 €
------------------------------	----	--------------------------------

Grand Serai	5*	<input type="checkbox"/> 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

## ΔΕΙΠΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Δείπνο του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί για όλους τους Συνέδρους το **Σάββατο 28 Σεπτεμβρίου 2019** και **ώρα 21.00** στο εστιατόριο ΦΡΟΝΤΖΟΥ ΠΟΛΙΤΕΙΑ. Το κόστος ανέρχεται στο ποσόν των 70€ ανά άτομο συμπεριλαμβανομένης της μεταφοράς.

## ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ

Για τη διευκόλυνση των Συνέδρων με αναχώρηση από **Αθήνα**, έχουν προκρατηθεί εισιτήρια στις κάτωθι πτήσεις:

ΔΡΟΜΟΛΟΓΙΟ	ΠΤΗΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΚΟΣΤΟΣ
ΑΘΗΝΑ- ΙΩΑΝΝΙΝΑ	ΟΑ 160	Πέμπτη 26 Σεπτεμβρίου 2019	09:00-10:05	230€
ΙΩΑΝΝΙΝΑ- ΑΘΗΝΑ	ΟΑ 161	Κυριακή 29 Σεπτεμβρίου 2019	10:30-11:30	
ΑΘΗΝΑ- ΙΩΑΝΝΙΝΑ	GQ 330	Πέμπτη 26 Σεπτεμβρίου 2019	11:00-12:05	180€
ΙΩΑΝΝΙΝΑ- ΑΘΗΝΑ	GQ 331	Κυριακή 29 Σεπτεμβρίου 2019	12:35-13:40	

Το ανωτέρω κόστος αφορά κρατήσεις που έγιναν έως 15/6/2019 και περιλαμβάνει: Όλους τους ισχύοντες φόρους αεροδρομίων, 1 αποσκευή έως 20 κιλά ανά επιβάτη, Μεταφορά από και προς το αεροδρόμιο για όλα τα συνεδριακά ξενοδοχεία

## **ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ - ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**

Για την επιβεβαίωση των εγγραφών απαιτείται πλήρης εξόφληση  
Το Δικαίωμα Συμμετοχής στο Συνέδριο **δεν επιστρέφεται.**

Απαιτείται προκαταβολή 50% για την επιβεβαίωση κράτησης διαμονής & αεροπορικών εισιτηρίων  
Εξόφληση έως τις 15 Ιουνίου 2019

Για ακυρώσεις διαμονής μέχρι τις 15/6/2019: δεν υπάρχουν ακυρωτικά τέλη

Για ακυρώσεις διαμονής από 15/6/2019 έως 30/6/2019: 50% ακυρωτικά τέλη επί του συνολικού κόστους διαμονής

Για ακυρώσεις διαμονής μετά τις 30/6/2019 100% ακυρωτικά τέλη επί του συνολικού κόστους διαμονής και αεροπορικών εισιτηρίων

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

- Ταχυδρομική Επιταγή σε διαταγή: **ERA ΕΠΕ** – Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα.

- Τραπεζικό έμβασμα στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: **ERA ΕΠΕ** - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307, IBAN Νο GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307 αναφέροντας **το όνομα του Συνεδρίου & το όνομα του συμμετέχοντος**

- Με πιστωτική κάρτα

**Η Γραμματεία θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου, στο Ξενοδοχείο Du Lac**

**ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ**



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

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

---

Η Οργανωτική Επιτροπή του  
19ου Πανελληνίου Συνεδρίου Περιφερειακής Ανασθησίας, Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας

Ευχαριστεί  
για την ενεργό συμμετοχή και υποστήριξη στην πραγματοποίηση του Συνεδρίου

τον ΠΛΑΤΙΝΙΝΙΟ ΧΟΡΗΓΟ

---



τον ΧΡΥΣΟ ΧΟΡΗΓΟ

---



τους ΑΡΓΥΡΟΥΣ ΧΟΡΗΓΟΥΣ

---



Menarini Hellas

τους ΚΥΡΙΟΥΣ ΧΟΡΗΓΟΥΣ

για τη συμμετοχή και την οικονομική τους ενίσχυση

---



Επίσης ευχαριστεί τους Χορηγούς

---



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

---



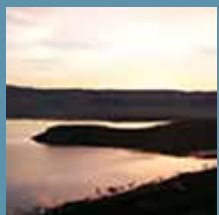
GE Healthcare





### Μουσείο κέρινων ομοιωμάτων Παύλου Βρέλλη

Ενα αληθινά εντυπωσιακό δημιούργημα, το μεγαλύτερο και σπουδαιότερο μουσείο κέρινων ομοιωμάτων στην Ελλάδα, αλλά και ένα από τα καλύτερα σε όλο τον κόσμο. Τα αξεπέραστης ομορφιάς κέρινα ομοιώματα που κυριολεκτικά “μιλάνε” για την ιστορία της Ηπείρου και ολόκληρης της Ελλάδας θα σας εντυπωσιάσουν. Μην παραλείψετε να το επισκεφτείτε για κανένα λόγο!



### Η λίμνη Παμβώτιδα και το νησάκι της

Πηγή ζωής και πραγματικό στολίδι για την πόλη των Ιωαννίνων είναι η θρυλική λίμνη της. Θα γοητευτείτε από το υπέροχο τοπίο και τη φυσική ομορφιά και θα γεμίσετε με θετική ενέργεια κάνοντας έναν περίπατο στον παραλίμνιο δρόμο. Στη μέση της λίμνης βρίσκεται το γραφικό νησάκι, ένας πανέμορφος παραδοσιακός οικισμός πλημμυρισμένος από πράσινο που έχει ιδιαίτερη ιστορική σημασία και πρέπει να το επισκεφτείτε



### Το κάστρο των Ιωαννίνων

Ενα από τα παλαιότερα κάστρα που σώζονται στην Ελλάδα, το κάστρο των Ιωαννίνων εντυπωσιάζει μέχρι σήμερα με την επιβλητικότητά του. Θα δείτε την παλαιά πόλη των Ιωαννίνων, σημαντικά μουσεία, τζαμιά, μπουντρούμια αλλά το κυριότερο είναι πως μπροστά στα μάτια σας θα ζωντανέψουν μύθοι και παραδόσεις αιώνων. Μία εμπειρία που αξίζει να ζήσετε!



### Το σπήλαιο Περάματος

Ενας ασυνήθιστος κόσμος, ένας κόσμος διαφορετικός γεμάτος χρώμα, εικόνες και μυστήριο. Το Σπήλαιο Περάματος, που δημιουργήθηκε πριν από 1.500.000 χρόνια περίπου, ανακαλύφθηκε τυχαία το 1940 και άρχισε να εξερευνείται το 1956. Με την είσοδο σας στο Σπήλαιο θα μείνετε με το στόμα ανοιχτό μπροστά στην ομορφιά που θα αντικρίσετε, θα αισθανθείτε δέος μπροστά στη δύναμη της φύσης και θα ενθουσιαστείτε με την πρωτόγνωρη ατμόσφαιρα του χώρου. Μην το χάσετε!



### Μουσείο και Πινακοθήκες

Ιδιαίτερης πολιτιστικής σημασίας είναι τα μουσεία και οι πινακοθήκες που συναντά κανείς μέσα στην πόλη των Ιωαννίνων. Οσοι από σας είναι λάτρεις της ιστορίας, της τέχνης και του πολιτισμού θα έχουν την ευκαιρία να επισκεφτούν χώρους που αποτελούν αξιόλογες πηγές γνώσεων και πληροφοριών για πολλές περιόδους της ιστορίας της Ελλάδας, αλλά και να θαυμάσουν έργα παλαιών και σύγχρονων Ελλήνων καλλιτεχνών.



### Τζαμιά

Η εποχή της τουρκοκρατίας και ιδιαίτερα η παρουσία του Αλή Πασά στα Ιωάννινα άφησαν ανεξίτηλα τα σημάδια τους στην πόλη. Αρκετά είναι τα κτίσματα που σώζονται μέχρι σήμερα και θυμίζουν εκείνες τις εποχές με πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα τα τρία μεγαλοπρεπή τζαμιά που δεσπόζουν στην πόλη και έχουν αφήσει τη σφραγίδα τους σε όλους όσους τα έχουν θαυμάσει από κοντά.





L/Ana/ADY/03.2019

# Lygabrin

πρεγκαμπαλίνη

 **anaBIOSIS**  
pharmaceuticals

**Αθήνα:** Αμαλιάδος 1, 145 64 Κηφισιά, τηλ.: 210 2711020, fax: 210 2712001  
**Θεσ/νίκη:** 9<sup>ο</sup> χλμ. Θεσ/νίκης - Μουδανιών, 55535 Θεσ/νίκη, τηλ.: 2310 489360, fax: 2310 489396  
email: [info@anabiosis.gr](mailto:info@anabiosis.gr) • [www.anabiosis.gr](http://www.anabiosis.gr)

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

# WIP 2020 ROME

10<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS OF THE  
WORLD INSTITUTE OF PAIN (WIP)  
20-23 ΜΑΥ, 2020  
ROME MARRIOTT PARK HOTEL - ROME

[www.wip2020.org](http://www.wip2020.org)



Εξουσιοδοτημένο Γραφείο, από το WIP για Εγγραφές, Διαμονές, Διακίνηση και άλλες υπηρεσίες:  
Ασκληπιού 17, 10680 Αθήνα Τηλ: 210 3634944 | Fax: 210 3631690 E- mail: [info@era.gr](mailto:info@era.gr) Web site: [www.era.gr](http://www.era.gr)

# LYRICA®

## PREGABALIN



Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος που διατίθενται 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) Λ. Αθαλάσσης 26, 2018 Λευκωσία, Τηλ.: 22817690

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

# **Dynastat**<sup>TM</sup> **IM/IV** parecoxib sodium for injection



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



**PFIZER HELLAS A.E.**

Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό,  
Τηλ. Επιστημονικής Ενημέρωσης: 210 6785800, Τηλ. Παραγγελιών: 210 8199060.  
**Pfizer Hellas AE Cyprus Branch**  
Λεωφόρος Αθαλάσσης 26, 2018 Λευκωσία, Κύπρος, Τηλ: 22817690.

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