

36°

**CONGRESSO
NAZIONALE**

www.congressiaisd.com
www.aisd.it

Le nuove frontiere

della medicina

del dolore

AI SD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO
DEL DOLORE



ABSTRACT BOOK

VERONA, 30 MAGGIO - 1 GIUGNO 2013



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

INDICE ABSTRACT

- PORT A-CATH
SISTEMA VENOSO TOTALMENTE IMPIANTABILE:
SELEZIONE DEI PAZIENTI E PROTOCOLLO DI IMPIANTO E
RIMOZIONE DEL DISPOSITIVO**
Bellino R., Lazzari M., Divizia M., Finocchi S., Guantera D.,
Veronesi MC., Frasca MG., Caroletti F., D'Este N., Gatti A. **1**
- PSEUDO-INFARTO E DOLORE TORACICO DA CARCINOMA
SQUAMO CELLULARE**
Bonetti C, Valenti F, Mariani R, Luciani A, Di Marco C, Castellani M,
Marzilli C, Paladini A, Marsili I, Ciccozzi A, Piroli A, Marinangeli F. **3**
- CLINICAL HYPNOSIS AND ELECTRO-ACUPUNCTURE IN THE
TREATMENT OF TENSION TYPE HEADACHE: A MULTIMODAL
APPROACH**
Brugnoli MP, Zuccolotto P, Schweiger V, Martini A, Polati E. **5**
- EFFECTS OF ACUPUNCTURE AND ELECTROACUPUNCTURE
FOR TRIGEMINAL NEURALGIA AND ATYPICAL TRIGEMINAL
NEURALGIA CARE, IN NON-RESPONDERS TO
PHARMACOLOGICAL THERAPY**
Brugnoli MP, Schweiger V, Martini A, Procacci P, Zanette G, Gottin
L, Polati E. **11**
- CLINICAL HYPNOSIS INTERVENTION FOR
ANESTHESIOLOGICAL NEEDLE-RELATED PROCEDURAL
PAIN AND DISTRESS IN PATIENTS**
Brugnoli MP, Schweiger V, Mantovani A, Guardini B, Martini A,
Polati E. **13**
- INTERPRETATION OF THE PHENOMENOLOGY OF
CONSCIOUSNESS INVENTORY:
PEKALA'S HYPNOTIC ASSESSMENT PROCEDURE (PCI-HAP)
INVENTORY FOR THE STUDY OF HYPNOTIC STATES**
Brugnoli MP, Pekala Rj, Schweiger V, Polati E. **14**
- SOME CONSIDERATIONS IN THE TREATMENT OF CHRONIC
LOW BACK PAIN THROUGH ADJUVANT ACUPUNCTURE**
Brugnoli MP, Schweiger V, Martini A, Gottin L, Polati E. **16**
- TRATTAMENTO ANTALGICO NELLA NEUROPATIA DIABETICA
COMPLICATA: CASO CLINICO**
Cardilli E, Biancofiore V, Castellani M, Di Marco C, Santoro C,
Dibello F, Paladini G, Piroli A, Ciccozzi A, Ida Marsili I, Paladini A,
Petrini F, Marinangeli F **18**
- APPROCCIO POLIFARMACOLOGICO NEL TRATTAMENTO
DELLA NEURALGIA POST-HERPETICA DI LUNGA DURATA:
CASO CLINICO**
Castellani M., Di Marco C., Fionda D., Bonetti C., Cardilli E.,
Santoro C., Biancofiore V., Marzilli C*, Valenti F., Mariani R.,
Ciccozzi A., Paladini A., Piroli A., Petrini F., Marinangeli F. **20**
- PAIN IN DIABETES MELLITUS AND OBESITY: PRELIMINARY
RESULTS OF AN ORIGINAL SURVEY**
Coaccioli S, Mirri E, Celi G, Masia F, Crapa ME, Fatati G **22**
- TAPENTADOL IN FAILED BACK SURGERY SYNDROME:
PRELIMINARY RESULTS OF A SPONTANEOUS SHORT TRIAL**
Coaccioli S. **23**
- TAPENTADOLO NEL TRATTAMENTO DELLA
CERVICOBRAHIALGIA**
Coletta F, Ruotolo F, Pace MC, Passavanti MB, Stumbo R,
Peluso F, D'Arienzo S., D'Ambrosio L, Di Rienzo A, Aurilio C.,
Langella E. **25**
- OSSICODONE/NALOXONE AD ALTE DOSI NEL DOLORE
CRONICO ONCOLOGICO**
Coletta F, Passavanti MB, Sansone P, D'Arienzo S, Stumbo R, Di
Rienzo A, Ruotolo F, D'Ambrosio L, Aurilio C., Langella E. **26**
- OPPIOIDI NEL DOLORE CRONICO DA PANCREATITE:
UN CASO CLINICO**
Coletta F, Pace MC, Iannotti M, D'Ambrosio L, Ruotolo F, Aurilio
C., Langella E. **27**
- EFFICACIA E TOLLERABILITÀ GASTROINTESTINALE DELLA
COMBINAZIONE DI OSSICODONE/NALOXONE ORALE PER
DOLORE CRONICO IN PAZIENTI AMBULATORIALI CON
CANCRO: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE**
Cuomo A., Russo G., Esposito G., Forte C.,
Gatani A., Marcassa C. **29**
- PERCUTANEOUS ELECTRICAL NERVE STIMULATION (PENS)
IN THE TREATMENT OF OCCIPITAL NEURALGIA**
De Carolis G., Nardi LF., Ferrucci F., Paroli M., Tollapi L., Bondi F.,
Poli P. **31**
- OCCIPITAL NERVE STIMULATION FOR CHRONIC HEADACHE:
A CASE REPORT STUDY**
De Carolis G., Tollapi L., Paroli M., Bondi F., Poli P. **32**
- ACUTE PAIN SERVICE (APS): MODELLO OPERATIVO DEL
POLICLINICO TOR VERGATA DOPO INTRODUZIONE DI
DEVICE PCA**
De Meo B., Lazzari M., Caroletti F., Guantera D., Divizia M.,
Palombo E., Veronesi M.C., Rosanò E., Luciani S., Gatti A. **33**
- IL TRATTAMENTO DEL BTCP CON LA FORMULAZIONE DI
FENTANYL SPRAY NASALE CON PECTINA**
De Meo B., Lazzari M., Palombo E., Veronesi MC., Finocchi S.,
Guantera D., Bellucci O., D'Este N., Luciani S., Gatti A. **35**
- ANALGESICI NON OPIACEI NEL TRATTAMENTO DELLA
CEFALEA SECONDARIA IN PAZIENTE HIV POSITIVA: CASO
CLINICO**
Di Marco C, Castellani M, Bonetti C, Valenti F, Marzilli C, Cardilli E,
Biancofiore V, Fionda D, Petrini F, Ciccozzi A, Marsili I, Paladini A,
Piroli A, Marinangeli F **36**
- NEUROTOMIA PERCUTANEA DELLA BRANCA MEDIALE
DELLE FACCETTE ARTICOLARI CON RADIOFREQUENZA**



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

- Di Paolo A., Lazzari M., Divizia M., Palombo E., Tudisco S., Bellucci O., Veronesi MC., D'Este N., Luciani S., Gatti A. **38**
- OSSICODONE/NALOXONE A RILASCIO PROLUNGATO NEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO: STUDIO MONOCENTRICO IN PAZIENTI CON COSTIPAZIONE**
Di Paolo A., Lazzari M., Veronesi MC., Divizia M., Finocchi S., Caldarulo C., Bellucci O., Luciani S., D'Este N., Gatti A. **39**
- STUDIO DI UN PROTOCOLLO DI GESTIONE DEL DOLORE POST-OPERATORIO IN CHIRURGIA ORTOPEDICA PROTESICA NEL PAZIENTE ANZIANO**
Di Pardo M., Dragoni G. **40**
- AGOPUNTURA ADDOMINALE ED ERBORISTERIA TRADIZIONALE CINESE NEL TRATTAMENTO DELLA CERVICALGIA DA PROTRUSIONE DISCALE**
Di Vico A., Liguori A., Petti F. **42**
- CHRONIC LOW BACK PAIN AFTER EPIDURAL ANALGESIA FOR LABOUR**
Galante D. **43**
- ENIGMA DOLORE IN UN INTRIGO INTERNAZIONALE DI DIFFICILE SOLUZIONE: ALEXITIMIA KILLER DI UNA GIOVANE DONNA PROFUGA DALL'EGITTO**
Gerboni D., Giraudo A., Pannocchia F., Obertino E., Gobbi R., Fornaro G., Melchio R., Menardo V., Vecchiato C., Fenoglio L., Lamberto A. **44**
- LA VIA SPINALE A DOMICILIO: UN'ESPERIENZA DI TRE ANNI IN PAZIENTI CON DOLORE ONCOLOGICO COMPLESSO**
Gerboni D., Obertino E., Gobbi R., Menardo V., Salvini E. **46**
- PALMITOILETANOLAMIDE NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO ASSOCIATO A DIFFERENTI EZIOPATOGENESI**
Gianfelice V., Lazzari M., Finocchi S., Frasca M.G., Palombo E., Bellucci O., Luciani S., Guantero D., Divizia M., Gatti A. **47**
- EFFICACIA DELLA COMBINAZIONE INTRATECALE DI MORFINA, ZICONOTIDE E LEVOBUPIVACAINA NEL CONTROLLO DEL DOLORE ONCOLOGICO**
Giglio M., Lagravinese D., Preziosa A., Bruno F., Puntillo F. **49**
- RUOLO DELL'IDROMORFONE NELLA GESTIONE DEL DOLORE NEUROPATICO**
Giglioli F.P., Petrucci E., Scimia P., Paladini G., Piroli A., Panella L., Paladini A., Ciccozzi A., Marsili I., Marinangeli F. **51**
- IL CEROTTO CUTANEO DI CAPSAICINA ALL'8% NEL TRATTAMENTO DELLA NEURALGIA POST-HERPETICA: LA NOSTRA ESPERIENZA**
Lagravinese D., Giglio M., Preziosa A., Bruno F., Puntillo F. **53**
- SAFETY AND EFFICACY OF EFFENTORA TO TREAT ACUTE MODERATE ONCOLOGICAL PAIN IN A CIRRHOTIC PATIENT WITHOUT PREVIOUS STRONG OPIOID THERAPY**
Latina P., Andriulli A., Niro A., Conoscitore P., Ippolito A., Nardella M., Iacobellis A. **55**
- CONTROLLO DI DOLORE DA LESIONE NERVO PERIFERICO DELL'ARTO SUPERIORE DX IN UNA SITUAZIONE DI ESTREMA DIFFICOLTÀ – CASE REPORT**
Liguori S., Fortis M., Marchesi R., Cortinovis R., Ghidoni S., Zanetti S., Gritti C. **57**
- ANALGESIA PERI-OPERATORIA IN CHIRURGIA TORACICA E SINDROME ALGICA POST-TORACOTOMICA**
Limone N., Manzato A. **58**
- STUDIO AD INTERIM DELL'ASSOCIAZIONE PALMITOILETANOLAMIDE-POLIDATINANEL TRATTAMENTO DEL DOLORE DA ENDOMETRIOSI DOPO CHIRURGIA LAPAROSCOPICA CONSERVATIVA**
Lombardo N., Anfora R., Pastore A., Sala C., Lanna M., Setaro A., Aloï M., Nappi T.C., Sansone A. **59**
- DOLORE CRONICO: UN UNICO FARMACO, UN DUPLICE SCOPO**
Luciani A., Bonetti C., Valenti F., Mariani R., Paladini G., Degan G., Castellani M., Di Marco C., Paladini A., Marsili I., Ciccozzi A., Piroli A., Marinangeli F. **61**
- MORBO DI PAGET E DOLORE CRONICO: NUOVE FRONTIERE TERAPEUTICHE**
Luciani A., Degan G., Bonetti C., Valenti F., Mariani R., Paladini G., Marzilli C., Castellani M., Di Marco C., Paladini A., Marsili I., Ciccozzi A., Piroli A., Marinangeli F. **63**
- RUOLO DELL'ANSIA NELL'INSORGENZA DEL DOLORE POST OPERATORIO**
Mango P., Smaldone D., Muollo M., Borrelli G., Fruncillo A., Napodano R., Scafuro A. **64**
- UTILIZZO DEL CEROTTO TRANS DERMICO AL FENTANYL NELLA GESTIONE DEL DOLORE POST OPERATORIO NEL PAZIENTE NEUROCHIRURGICO**
Mango P., Smaldone D., Borrelli G., Muollo M., Gargiulo E., Castronuovo M., de Divitiis D., Scafuro A. **66**
- NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE IN PAZIENTI CON DOLORE CRONICO SEVERO AFFETTI DA STIPSIS OSTINATA OPIOIDE INDOTTA: CASE REPORT**
Mariani R., Valenti F., Bonetti C., Luciani A., Fionda D., De Santis S., Marzilli C., I. Marsili, A. Piroli, A. Paladini, A. Ciccozzi; Marinangeli F. **67**
- SINDROME DELL'ARTO FANTASMA IN UNA PAZIENTE ONCOLOGICA IN STADIO AVANZATO**
Marzilli C., Paladini G., Di Marco C., Castellani M., Luciani A., Bianchetti S., Scimia P., Alfonsi B., Bonetti C., Mariani R., Valenti F., Piroli A., Ciccozzi A., Paladini A., Marsili I., Marinangeli F. **69**
- RADIOFREQUENZA NEUROMODULATIVA PER IL CONTROLLO DEL DOLORE DA INFIAMMAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE SACRO ILIACA**
Mastrantuono A., Cammarota E., Di Martino C., Mastrobuono F., Amici S., Crisci P.M., Colavincenzo S., Angeletti P.M., Blanco M., De Santis S., Berrettoni R., Orsini P.L., Angeletti C., Marinangeli F. **71**

© Copyright 0 Associazione Italiana per lo Studio del Dolore - www.aisd.it

Il contenuto degli abstract rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La correzione dei testi è stata curata dagli Autori
Supplemento a Dolore Aggiornamenti Clinici n. /0 – Aut. Trib. dell'Aquila n. 57 del 8//007



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

L'IMPORTANZA DELL'INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO

Notaro P, Buratti E, Montagna MC, Rubino F, Voltolini A. **72**

TERAPIA MULTIMODALE NEL DOLORE NEUROPATICO: EFFETTI DELLA PALMITOILETANOLAMIDE

Paladini G., Scimia P., Marzilli C., Luciani A., Degan G., Fusco P., Piroli A., Paladini A., Marsili I., Ciccozzi A., Petrini F., Marinangeli F. **74**

RADIOFREQUENZA PULSATA (RFP) ECOGUIDATA DEI NERVI PERONEO SUPERFICIALE E SAFENO IN UN CASO DI DOLORE

POST AMPUTAZIONE SOTTOGENICOLATA: CASE REPORT
Parolini M, Bonora E, Vendramin P, Righetti F, Castellano G **76**

AGOPUNTURA TRADIZIONALE NELL'EMICRANIA: STUDIO CONTROLLATO, RANDOMIZZATO

Patti P., Facco E., Liguori A., Petti F., Zanette G., Coluzzi F., De Nardin M., Mattia C. **78**

SWITCH DA ALTE DOSI DI OPIOIDI A TAPENTADOLO: DUE CASI DI DOLORE NEUROPATICO ONCOLOGICO E NON ONCOLOGICO

Pota V, Coletta F, Passavanti MB, Ruotolo F, D'Ambrosio L, Aurilio C., Langella E **79**

EVIDENZE IN AGOPUNTURA ADDOMINALE

Ripamonti K., Silli L., Liguori A. **81**

OPIOID INDUCED CONSTIPATION IN OUTPATIENTS: PRESERVING ANALGESIA DURING CHRONIC PAIN THERAPY

Rizzardo A., Divella M., Miceli L., Russo AD., Calligaris E., Samogin V., Della Rocca G. **82**

INFUSIONE SUBARANOIDEA DI BACLOFENE NELLA SINDROME DI STIFF-MAN REFRATTARIA

Sandri M, Schweiger V, Brugnoli MP, Manganotti P, Angeli G, Gottin L, Polati E **84**

TAPENTADOLO CLORIDRATO NEL DOLORE VASCOLARE

Sansone P, Coletta F, Passavanti MB, Peluso F, Di Gennaro TL, Di Rienzo A, Ruotolo F, D'Ambrosio L, Aurilio C., Langella E. **86**

TAPENTADOLO NEL TRATTAMENTO DELLA FIBROMIALGIA: NOSTRA ESPERIENZA

Santucci C., Piroli A., Bianchetti S., Petrucci E., Zolotaki M., Giglioli F.P., Paladini A., Ciccozzi A., Marsili I., Panella L., Marinangeli F. **87**

ICHD- CLINICAL FEATURES, EPIDEMIOLOGICAL DATA, ASSESSMENT AND TREATMENTS OF ADULT PATIENTS WITH HEADACHE

Schweiger V, Brugnoli MP, Visona' A, Zanette G, Procacci P, Martini A, Polati E. **89**

IDIOPATHIC ORO-FACIAL PAIN:

PRELIMINARY EPIDEMIOLOGICAL AND AETIOLOGICAL DATA
Schweiger V, Procacci P, Zanette G, Martini A, Brugnoli MP, Polati E. **93**

SCLERODERMIA AND PICC LINE: A NEW PATIENTS OPPORTUNITY

Scocca A., De Lucia T., Paroli M., Poli P. **96**

OSSICODONE/NALOXONE A RILASCIO PROLUNGATO NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO NEUROPATICO

Scordo G., Lazzari M., Caldarulo C., Finocchi S., Pisanu L., Bellocchi O., D'Este N., Palombo E., Guantera D., Gatti A. **97**

L'EFFICACIA NEL TEMPO DI UN PROGETTO FORMATIVO SULLA CONOSCENZA E GLI ATTEGGIAMENTI DEGLI INFERMIERI SUL DOLORE

Toccaceli A, Ciannavei AP, Dignani L **98**

EFFICACIA DEL TAPENTADOLO NELLA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO ONCOLOGICO: CASE REPORT

Tudini M., Alfonsi B., Angeletti PM, Blanco MA, Mastrobuono F., Amici S., Dibello F., Piroli A., Paladini A., Marinangeli F. **101**

GESTIONE E TRATTAMENTO ALGOLOGICO DOMICILIARE DI UN PAZIENTE AFFETTO DA ADENOCARCINOMA SIEROMUCOSO PAROTIDEO

Valenti F., Bonetti C., Mariani R., Luciani A., Marzilli C., Castellani M., Di Marco C., Marsili I., Piroli A., Paladini A., Ciccozzi A. Marinangeli F. **103**

36°

**CONGRESSO
NAZIONALE**

www.congressiaisd.com
www.aisd.it

Le nuove frontiere

della medicina

del dolore

AI SD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO
DEL DOLORE



ABSTRACT

VERONA, 30 MAGGIO - 1 GIUGNO 2013



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

PORT A-CATH

SISTEMA VENOSO TOTALMENTE IMPIANTABILE: SELEZIONE DEI PAZIENTI E PROTOCOLLO DI IMPIANTO E RIMOZIONE DEL DISPOSITIVO

Bellino R., Lazzari M., Divizia M., Finocchi S., Guantera D., Veronesi MC., Frasca MG., Caroletti F., D'Este N., Gatti A.

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Dipartimento di Emergenze, Accettazione, Medicina Critica, Medicina del Dolore e delle Scienze Anestesiologiche

INTRODUZIONE

Il port-a-cath è un dispositivo totalmente impiantabile che permette di avere un accesso venoso centrale. È costituito da due componenti : un catetere venoso centrale di silicone, posizionato per via percutanea in vena succlavia, giugulare o femorale, con estremo distale in vena cava superiore o inferiore, e un *reservoir* (port) alloggiato in una tasca sottocutanea e collegato al CVC .

Tale dispositivo garantisce una maggiore stabilità dell'accesso venoso e una ridotta incidenza di complicanze trombotiche.

Il catetere, se non utilizzato, va lavato abitualmente con soluzione fisiologica ed Eparina (10 UI per 1 ml) .

L'impianto dei port è controindicato in caso di:

- infezioni, batteriemie, setticemie
- allergie note a materiali contenuti nel port
- particolarità anatomiche che non permettono l'inserimento
- pregressa trombosi venosa
- cardiopatie
- trombopenia da Eparina

Il port e il catetere devono essere rimossi alla fine del trattamento prestando la massima attenzione a non rompere il catetere, in quanto può essersi incapsulato ed attaccato alla parete della vena. I rischi che il catetere si rompa variano in funzione del materiale di cui è fatto, del percorso di accesso utilizzato e del punto di entrata a livello del vaso.

Tra le possibili complicanze:

- pneumotorace precoce o tardivo
- emotorace
- embolia gassosa
- aritmia, tamponamento cardiaco
- occlusione del catetere
- rottura del catetere
- trombopenia da Eparina
- infezione / sepsi
- dislocazione del dispositivo
- tromboembolia/tromboflebite.

MATERIALE E METODI

Presso l'HUB di Medicina Del Dolore del Policlinico Tor Vergata, nel periodo compreso tra Gennaio 2011 e Marzo 2013 sono stati arruolati 75 pazienti per l'inserimento del Port-a-cath e 32 pazienti per la rimozione del dispositivo precedentemente impiantato. Tutti i pazienti hanno effettuato visita anestesiológica per valutare esami ematochimici (emocromo con formula, PT, PTT, INR) , funzionalità cardiaca e respiratoria, presenza di allergie e per confermare l'idoneità della terapia farmacologica in atto.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

Pazienti in Terapia Anticoagulante Orale a basso rischio tromboembolico devono sospendere la terapia quattro giorni prima dell'intervento, iniziare dosi profilattiche di LMWH nell'immediato post operatorio.

Pazienti in TAO ad alto rischio tromboembolico devono sospendere la terapia quattro giorni prima dell'intervento, monitorare l'INR quotidianamente e quando questo è < 2 iniziare la profilassi con LMWH. L'eparina va sospesa 12 ore prima dell'intervento e ripresa 12 ore dopo, in assenza di sanguinamenti maggiori. La TAO può essere ricominciata una volta verificata l'assenza di complicanze emorragiche in atto.

L'uso di antiaggreganti aumenta il rischio di sanguinamento . Si suggerisce la sospensione 14 giorni prima per la Ticlopidina e 7 giorni prima per il Clopidogrel.

RISULTATI

A una settimana dall'impianto o dalla rimozione, tutti i pazienti sono stati da noi rivisti per valutare lo stato di cicatrizzazione della ferita ed effettuare la medicazione della stessa. Ai pazienti è stato chiesto se avevano provato o provavano dolore attraverso l'uso della scala NRS. In tutti i 107 casi il dolore era assente al momento della visita ed erano assenti infezione della ferita o altre complicanze.



PSEUDO-INFARTO E DOLORE TORACICO DA CARCINOMA SQUAMO CELLULARE

Bonetti C¹*, Valenti F¹°, Mariani R¹°, Luciani A¹°, Di Marco C¹°, Castellani M¹°, Marzilli C¹°, Paladini A¹°, Marsili I¹°, Ciccozzi A¹°, Piroli A¹°, Marinangeli F¹°.

¹Università degli Studi di L'Aquila – Cattedra di Anestesia e Rianimazione

°V.A.Do. Volontariato per l'Assistenza Domiciliare

Cattedra di Anestesia e Rianimazione

Università degli Studi dell'Aquila, Ospedale Civile San Salvatore – L'Aquila

V.A.DO. Volontariato per l'Assistenza Domiciliare, L'Aquila

INTRODUZIONE

Il carcinoma squamocellulare origina dalle vie aeree seguito dalla trasformazione dell'epitelio bronchiale. Ha una prognosi infausta ed un alto grado di metastatizzazione. L'invasione del miocardio è aspecifica e le metastasi miocardiche si manifestano con l'occlusione coronarica e raramente causano infarto acuto del miocardio¹⁻³.

CASO CLINICO

Un paziente di 68 anni giungeva presso il PS lamentando dolore toracico trafittivo insorto da poche ore. Inviato all'unità di Cardio-UTIC con diagnosi di SCA STEMI (Sindrome Coronarica Acuta ST elevation myocardial infarction) anteriore iperacuta, presentava una pressione arteriosa di 140/85, una frequenza cardiaca 100 bpm con ritmo di galoppo, ECG con tratto ST elevato in V₁-V₆, DI e aVL, in assenza di onda Q. Reciproci cambiamenti, con depressione del tratto ST, erano visibili nelle derivazioni II, III e aVF. L'ecografia evidenziava una frazione di eiezione ventricolare sinistra di 53%, un ventricolo sinistro lievemente aumentato con acinesia dell'apice anteriore e, a livello apico-laterale, si apprezzava un'immagine iperdensa stratificata, da probabile infiltrazione eteroplastica. In anamnesi il paziente presentava ipertensione arteriosa, carcinoma polmonare squamo-cellulare al II stadio, già sottoposto a lobectomia superiore sinistra, pericardiotomia ed exeresi della 4° costa. La PET TOTAL BODY documentava diverse aree di iperfissazione del tracciante con localizzazione polidistrettuale di malattia discariocinetica. La terapia domiciliare era: ossicodone/naloxone cloridrato 10 mg/5mg due volte/die, pregabalin 75 mg due volte/die, diclofenac sodico 150 mg/die, fentanil citrato 400 mcg una compressa orodispersibile al bisogno massimo quattro volte/die, enalapril maleato/idroclorotiazide 20mg/12,5mg e lansoprazolo 15mg/die, con buon controllo della sintomatologia algica. Il dolore che lo aveva spinto al PS era precordiale, trafittivo con irradiazione al braccio sinistro, VAS=10 con incombente senso di morte e dispnea. Non vi era positività nelle prime ore degli enzimi cardiaci. Data la sintomatologia ed il riscontro elettrocardiografico si procedeva con la coronarografia-PCI che evidenziava un calibro 50% IVA (ramo interventricolare anteriore dell'arteria coronarica sinistra), IVA₃ ipomobile, di calibro ridotto per infiltrazione eteroapicale. La coronaria destra era indenne. La coronarografia-PCI, l'ECG e l'assenza di alterazione degli enzimi cardiaci deponevano per una diagnosi di pseudoinfarto.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il carcinoma squamocellulare rappresenta il 25-30% dei tumori broncogeni. Gli studi scientifici attribuiscono al fumo passivo un rischio relativo di decesso per carcinoma polmonare pari a 1,19⁴. Ha un'elevata capacità di metastatizzare o di infiltrare zone viciniori. L'invasione del miocardio è aspecifica e silente, presentandosi con elevazione del tratto ST e tachicardia parossistica sopraventricolare. Le metastasi a carico del tessuto miocardico spesso rimangono silenti ed è difficile porre diagnosi. In letteratura, la sensibilità e specificità dei cambiamenti ECG del tratto ST-T sono markers dirimenti di invasione o metastasi miocardica⁵. Queste possibilità rappresentano un quadro clinico raro e, nel caso di pazienti con tumori maligni, l'infarto acuto del miocardio deve rimanere la prima ipotesi diagnostica, a causa dello stato di ipercoagulabilità indotto dalla neoplasia stessa. È opportuno considerare tra le possibili ipotesi di diagnosi differenziale



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

l'invasione o la metastatizzazione miocardica, secondo la sede del carcinoma primitivo, avvalendosi di tecniche minimamente invasive come l'ecocardiografia.

Bibliografia

1. Cook MA, Sanchez EJ, Lopez JJ Jr, Bloomfield DA. Acute myocardial infarction: a rare presentation of pancreatic carcinoma. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 271-2.
2. Mirvis DM, Goldberger. Electrocardiography. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, editors. *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001: 82-128.
3. Hartman RB, Clark PI, Schulamn P. Pronounced and prolonged ST segment elevation: a pathognomonic sign of tumor invasion of the heart. *Arch Intern Med* 1982; 142: 1917-9.
4. <http://progettooncologia.cnr.it/acro/polmone/polmone.html>
5. Lestruzzi C, Nicolosi GL, Biasi S, Piotti P, Zanuttini D. Sensitivity and specificity of electrocardiographic ST-T changes as markers of neoplastic myocardial infiltration. *Echocardiographic correlation*. *Chest*. 1989 May;95(5): 980-5.



CLINICAL HYPNOSIS AND ELECTRO-ACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF TENSION TYPE HEADACHE: A MULTIMODAL APPROACH

Brugnoli MP, Zuccolotto P, Schweiger V, Martini A, Polati E.

University of Verona, Dept. of Surgical Sciences
Anesthesiology, Intensive Care and Pain Therapy Centre
Policlinico G.B. Rossi

INTRODUCTION

This paper provides a study on the effectiveness of hypnosis and electroacupuncture associated in the treatment of tension-type headache.

Treatment of a headache depends on the underlying etiology or cause. Tension headache: Most patients self-treat this type of headache with OTC medications. Reductions in stress with clinical hypnosis and changes in daily living activities designed to reduce the frequency and intensity of episodes are recommended. Acupuncture is often used for tension-type headache prophylaxis, to reduce pain and muscular tension (1, 2).

Electrical stimulation of acupuncture points is considered to increase acupuncture analgesia.

Objectives of this work are to investigate whether clinical hypnosis and electro-acupuncture are:

- a) effective than no prophylactic treatment/routine care only;
- b) effective in reducing headache pain and frequency (headache days, pain intensity) and analgesic use, in patients with episodic or chronic tension-type headache.

METHOD

20 patients who were suffering for episodic or chronic tension-type headache were recruited for ten weeks treatment. We evaluated pre procedural and post procedural (a post- observation period of at least 10 weeks after the end of the cure.

- 1) Pre-procedural pain (VAS) and post- procedural pain (VAS) were assessed (0-10 scale).
- 2) Pre procedural pain and post procedural pain with The short-form McGill Pain Questionnaire were assessed.

A short form of the McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) has been developed by Department of Psychology, McGill University, Montreal, Que., Canada.

The main component of the SF-MPQ consists of 15 descriptors (11 sensory; 4 affective) which are rated on an intensity scale as 0 = none, 1 = mild, 2 = moderate or 3 = severe. Three pain scores are derived from the sum of the intensity rank values of the words chosen for sensory, affective and total descriptors. The SF-MPQ also includes the Present Pain Intensity (PPI) index of the standard MPQ. The SF-MPQ was also shown to be sufficiently sensitive to demonstrate differences due to treatment at statistical levels comparable to those obtained with the standard form.

- 3) We evaluated (pre procedural and post procedural) the patient's s anxiety and muscular tension using the The Hamilton Anxiety Scale (HAMA): it is a rating scale developed to quantify the severity of anxiety symptomatology and muscular tension.

The Hamilton Anxiety Scale (HAS or HAMA) is a 14-item test measuring the severity of anxiety symptoms. It is also sometimes called the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).

- 4) Patients had a single-session hypnosis and electroacupuncture in a week, for 10 weeks.
- 5) Follow up was executed after at least 20 weeks total (10 week of therapy + 10 weeks of post observation period)
- 6) Evaluation of frequency of headache in 1 month (pre- procedural and post-procedural)
- 7) Evaluation of frequency of analgesic use in 1 month (pre and post procedural)
- 8) We made hypnosis suggestions during the electroacupuncture session.
- 9) Patients had a CD with hypnotic suggestion to listen at home when they had headache or muscle contractions

We included patients with a post- observation period of at least 10 weeks.



After 10 weeks the patient's headache was measured:

1. pain (VAS)
2. anxiety (HAMA)
3. The short-form McGill Pain Questionnaire
4. frequency of headache in 1 month (how many days)
5. duration of headache attack (hour or days)
6. evaluation of decrease of analgesic use in 1 month (pre and post procedural)

Tension-Type Headache is a symptom due to different conditions of the head and also neck. This is a very common complaint in many people. Even though headache may not be life threatening, it can affect a person's day to day activities.

Clinical Hypnosis, is meant to produce a deep and intense muscular relaxation and a state of tranquility. In 1995, the U.S. NIH National Institutes of Health issued a consensus statement based on the scientific evidence to promote the use of hypnosis for chronic pain and headache (3,4). Hypnosis is commonly facilitated by a hypnotherapist, who will guide patient into a state of deep relaxation. The idea is that once patient is in this calm and tranquil state, he will be receptive to statements that can benefit his headache and ease the pain. The hypnotherapist may use hypnosis suggestions during electroacupuncture.

Electroacupuncture is quite similar to traditional acupuncture in that the same points are stimulated during treatment. As with traditional acupuncture, needles are inserted on specific points along the body. The needles are then attached to a device that generates continuous electric pulses. According to the Chinese literature, especially good results are expected from electro-acupuncture treatment of neurological diseases, including chronic pain, spasm, and headache (5,6).

The electro-acupuncture device is not intended to provide a significant current between the acupuncture needles: it delivers less than a milliampere (modern devices usually have an upper level of 0.6 milliampere), about the same as that produced by a wristwatch battery. But, it will provide a significant voltage: 40-80 volts (with short spikes as high as 130 volts).

Duration of standard treatment with electro-acupuncture is usually 10-20 minutes and rarely exceeds 30 minutes. In chronic pain therapy generally is used a frequency of 20 Hz and a very low stimulus. In the treatment of Tension type Headache we used the following acupoints:

(single) GV14 Daz Hui

bilateral: GB 20 Feng Chi; Si 15 Jianzhongshu Middle Shoulder Shu; LI 4 He Gu; LI 11 Qu Chi;

The acupuncture points were stimulated: GB20 and Si 15 Jianzhongshu bilateral, and GV14 single, with acupuncture; LI 4 and LI 11 bilateral with electroacupuncture.

DATA ANALYSIS AND RESULTS

The statistical analysis carried out on the 20 observed patients is descriptive.

In the short form McGill pain Questionnaire respondents were asked to express a pain judgement with respect to 15 pain items, on a scale ranging from 0 to 3, with higher scores reflecting more pain. In order to analyse how pain varied from before to after the treatment, we compute the scores differences and label them as *strongly decreased* (-3), *decreased* (-2), *slightly decreased* (-1), *unchanged* (0), *slightly increased* (+1), *increased* (+2), *strongly increased* (+3). The frequency distribution of scores differences (Figure 1) shows a tendency to pain decrease in the 20 patients. The same conclusion is achieved considering the average overall pain judgements expressed by patients both with the McGill PPI and with the VAS scale, which decrease of about 47% and 49%, respectively. It has also to be noted that all the 20 patients declare a reduction of the attacks frequency and, except for one patient, a reduction of analgesic use: in 1 month for only a few days.

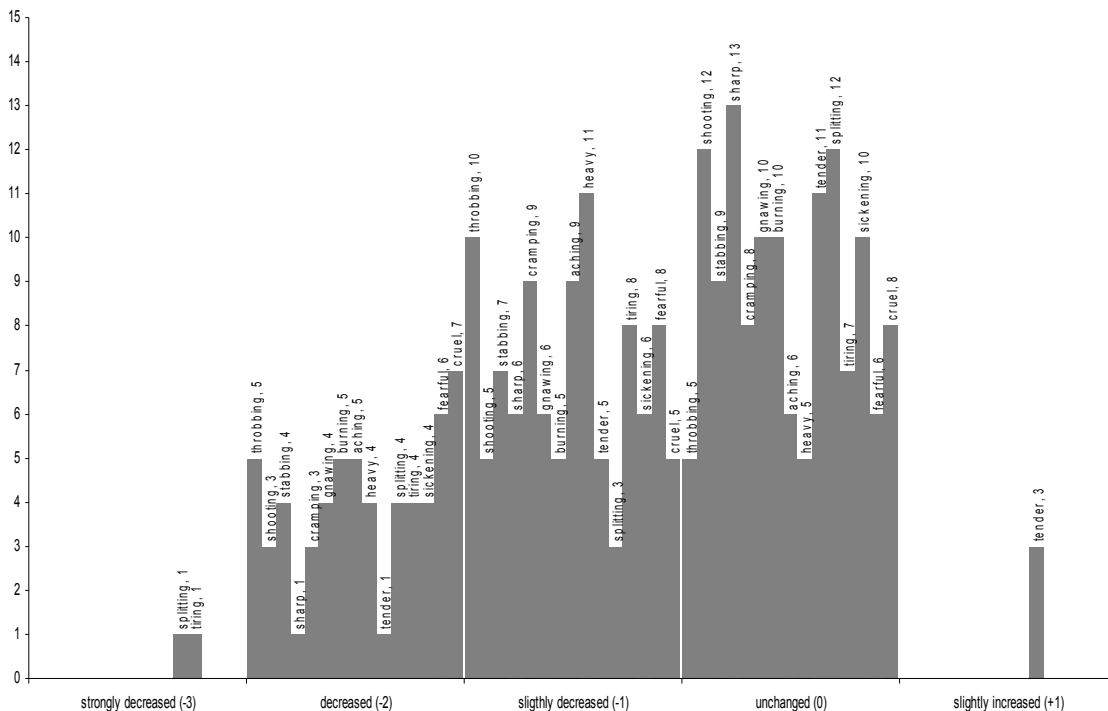


Figure 1: Frequency distribution of scores differences (McGill)

For each patient, summing up the scores expressed on all the items (raw score) is a rough but somehow effective method to obtain an overall measure of pain. Individuals can then be plotted according to their raw score before and after the treatment (Figure 3a, where it is reported the additional information of whether the duration of headache attacks has decreased or not). In a similar way we can obtain raw scores for the items, which can be interpreted as how much each item is painful for patients affected by tension-type headache. Plotting the items according to the raw scores before and after the treatment (Figure 3b) informs us on which aspects of pain are mostly improved by the treatment. The positioning of points (both patients and items) in the resulting graphs can be interpreted following the scheme of Figure 2.

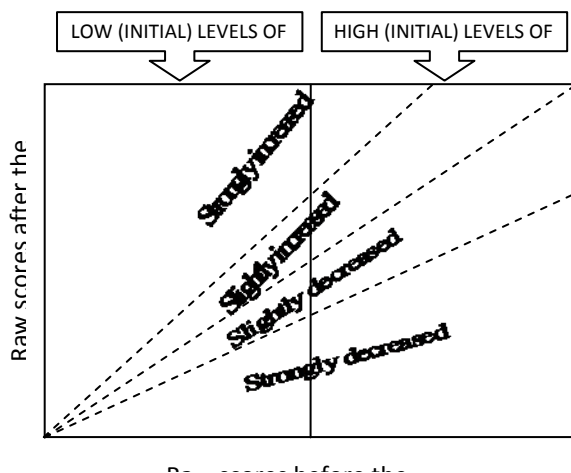


Figure 2: Scheme for interpreting the positioning of points in the plot of patients or items raw scores before against after the treatment



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

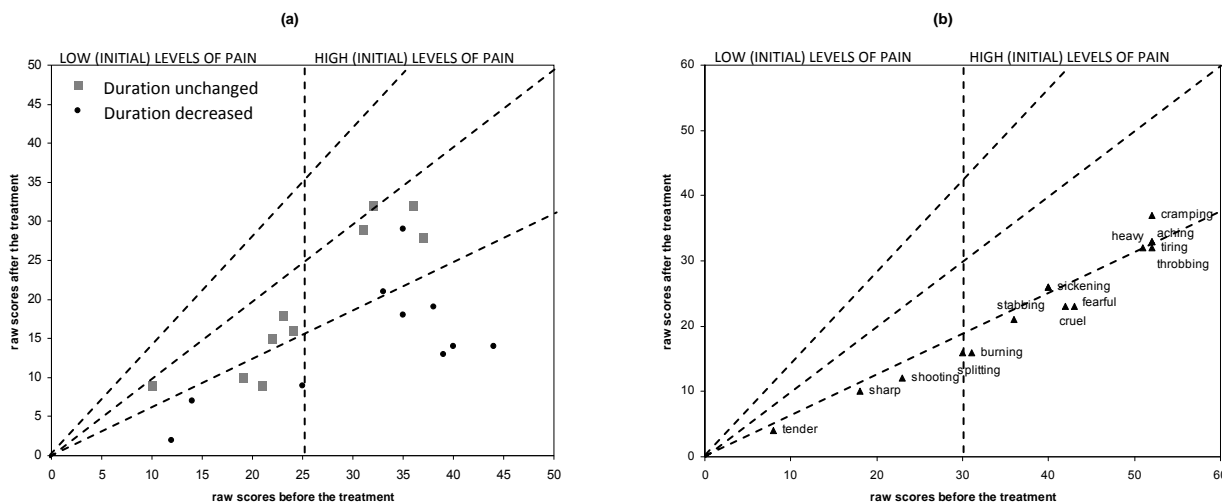


Figure 3: Patients (a) and items (b) raw scores before against after the treatment (McGill)

The questionnaire was focused also on the evaluation of anxiety and muscular tension by means of the HAMA scale which asks for anxiety judgements on 14 items, with a scale ranging from 0 to 4. The same analyses presented for the McGill short form items can be carried out using the anxiety judgements expressed by patients (Figures 4 and 5). It is interesting to note that no one exhibited increased anxiety and pain.

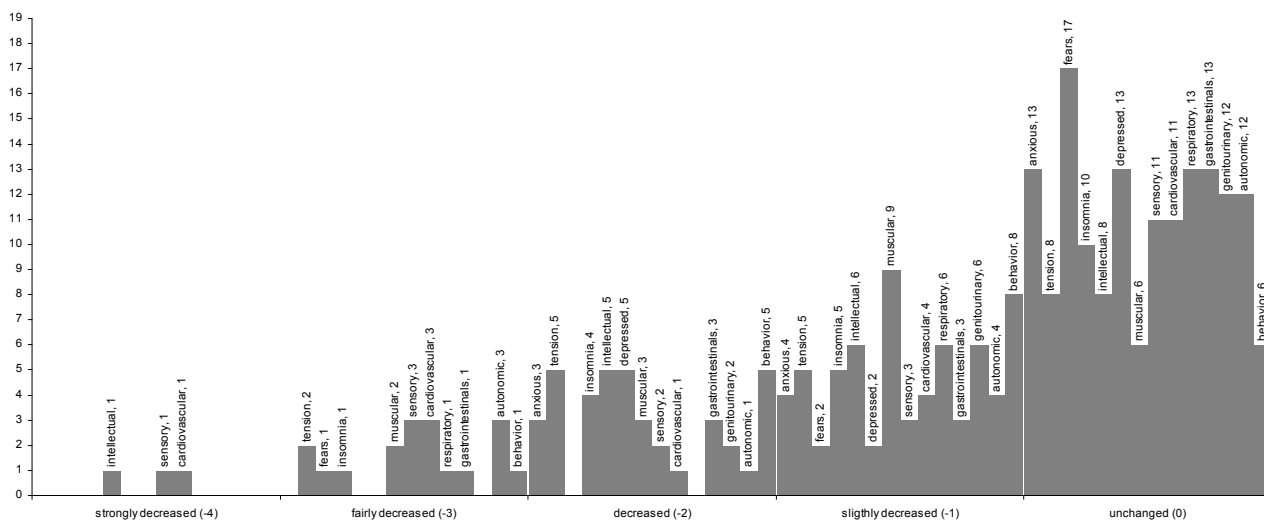


Figure 4: Frequency distribution of scores differences (HAMA)



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

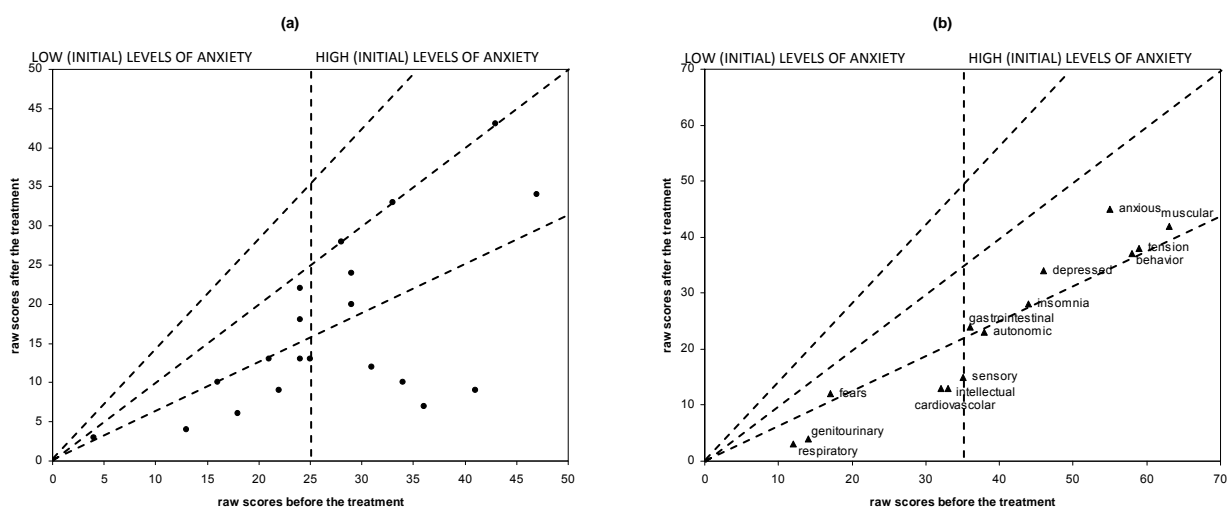


Figure 5: Patients (a) and items (b) raw scores before against after the treatment (HAMA)

In order to investigate the possible presence of some association between pain and anxiety, we plot the patients raw scores of pain against those of anxiety, jointly for before and after the treatment (Figure 6a). In addition, the raw scores differences of pain are plotted against those of anxiety (Figure 6b). Both the plots exhibit a positive linear correlation, measured by means of the linear correlation coefficient, of 60% and 58% respectively, which hopefully will be investigated in depth in the future researches.

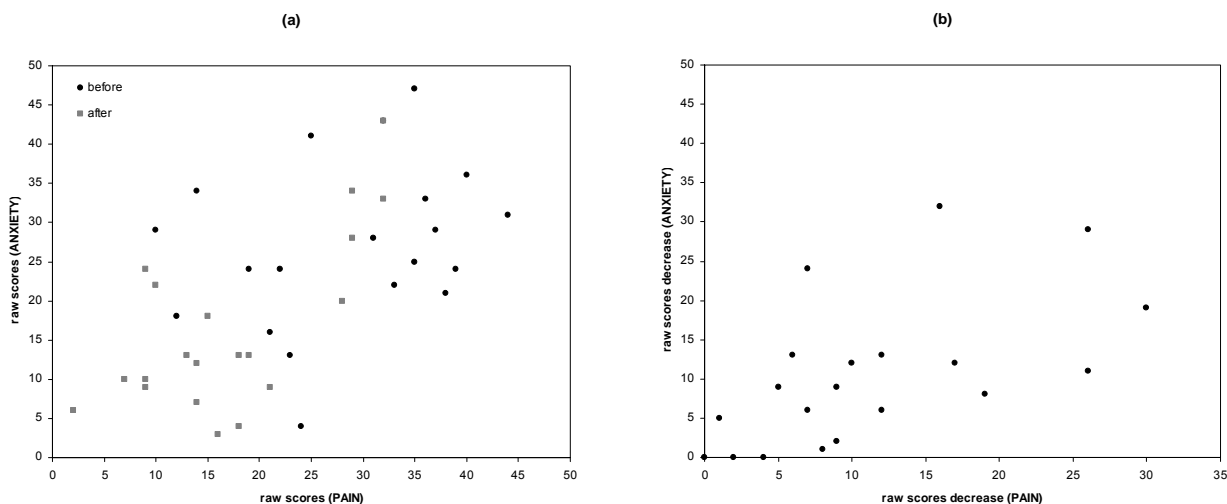


Figure 6: Patients raw scores of pain against anxiety, before and after the treatment (a) and raw scores differences from before to after the treatment, pain against anxiety (b)

Pain: at baseline the tension headaches chronic pain was high.
Anxiety and muscular tension: At baseline, the anxiety and the muscular tension level of the chronic tension headaches was medium-high. After the therapy with the association of Clinical Hypnosis and Electroacupuncture there is a direct proportional decrease in headache's pain and in patient's anxiety: of 60% and 58% respectively.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

CONCLUSION

With the association of Clinical Hypnosis and Electroacupuncture there is a direct proportional decrease in headache's pain and in patient's anxiety: of 60% and 58% respectively, which hopefully will be investigated in depth in the future researches.

Regular practice with this mode of "mind/body medicine" can develop skills for combating headaches as well as retraining one's body for healthier patterns of function that lessens the frequency of headache, its pain and correlative anxiety.

The association of clinical hypnosis and electroacupuncture could be a valuable non-pharmacological and non invasive tool in patients with frequent episodic or chronic tension-type headaches.

References

1. Wallasch TM.[Migraine and tension headache. Complementary and alternative methods] MMW Fortschr Med. 2009 Oct 22;151(43):42-3.
2. Cross-correlation between stress, pain, physical activity, and temporalis muscle EMG in tension-type headache. Cephalalgia 1995;15:511-518.
3. Hammond DC. Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. Int J Clin Exp Hypn. 2007 Apr;55(2):207-19.
4. Melis PM, Roomans W, Spierings EL, Hoogduin CA.Treatment of chronic tension-type headache with hypnotherapy: a single-blind time controlled study. Headache. 1991 Nov;31(10):686-9.
5. Plank S, Goodard J The effectiveness of acupuncture for chronic daily headache: an outcomes study. Mil Med. 2009 Dec;174(12):1276-81.
6. Molsberger A.Commentary on the cochrane review of acupuncture for tension-type headache. Explore (NY). 2009 Nov-Dec;5(6):356-8.



EFFECTS OF ACUPUNCTURE AND ELECTROACUPUNCTURE FOR TRIGEMINAL NEURALGIA AND ATYPICAL TRIGEMINAL NEURALGIA CARE, IN NON-RESPONDERS TO PHARMACOLOGICAL THERAPY

Brugnoli MP, Schweiger V, Martini A, Procacci P, Zanette G, Gottin L, Polati E.
University of Verona, Dept. of Surgical Sciences
Anesthesiology, Intensive Care and Pain Therapy Centre
Policlinico G.B. Rossi

INTRODUCTION

Trigeminal neuralgia (TN, or TGN), is a neuropathic disorder characterized by episodes of intense pain in the face, originating from the trigeminal nerve. The Atypical Trigeminal Neuralgia (ATN), or Type 2 Trigeminal Neuralgia, is a rare form of Trigeminal neuralgia, a disorder of the fifth cranial nerve. This form of neuralgia is difficult to diagnose, as it is rare and the symptoms overlap with several other disorders (1). The symptoms can occur in addition to having migraine headache, or can be mistaken for migraine alone, or dental problems such as Temporomandibular joint disorder, musculoskeletal issues, or Hypochondriasis. ATN can have a wide range of symptoms and the pain can fluctuate in intensity from mild aching to a crushing or burning sensation, and also to the extreme pain experienced with the more common trigeminal neuralgia.

The forms of facial neuralgia are relatively rare, with an incidence recently estimated between 12 and 24 new cases per hundred thousand population per year (2,3). ATN pain can be described as heavy, aching, stabbing and burning. Some sufferers have a constant migraine-like headache. Others may experience intense pain in one or in all three trigeminal nerve branches, including teeth, ears, sinuses, cheeks, forehead, upper and lower jaws, "behind" the eyes, and scalp. In addition, those with ATN may also experience the shocks or stabs found in type 1 TN.

Many TN and ATN patients have pain that is "triggered" by light touch on shifting trigger zones. ATN pain tends to worsen with talking, smiling, chewing, or in response to sensations such as a cool breeze. The pain from ATN is often continuous, and periods of remission are rare. Both TN and ATN can be bilateral, though the character of pain is usually different on the two sides at any one time (4).

Acupuncture and electroacupuncture are widely used in medicine and dentistry pain relief. Thus, a systematic review was conducted to assess the effects of acupuncture and electroacupuncture for atypical trigeminal neuralgia, to consider a different approach in patients non-responders to the pharmacological therapy.

METHOD

Treatment of patients believed to have ATN or TN is usually begun with medication. The long-time first drug of choice for facial neuralgia has been Carbamazepine (Tegretol), an anti-seizure agent. Due to the significant side-effects and hazards of this drug, others have recently come into common use as alternatives that include Gabapentin (Neurontin).

If the anti-seizure drugs are found ineffective, the supervising physician may introduce one of the tri-cyclic anti-depressant medications such as Amitriptyline. The tri-cyclic antidepressants are known to have dual action against both depression and neuropathic pain. Other drugs which may also be tried, either individually or in combination with an anti-seizure agent, include Baclofen, Lyrica, anti-seizure drugs (to calm nerve endings), muscle relaxants, and opioid drugs (5).

Acupuncture's use for certain conditions and in pain therapy, has been endorsed by the United States National Institutes of Health, the National Health Service of the United Kingdom, the World Health Organization (6), and the National Center for Complementary and Alternative Medicine.

A literature search was conducted on PubMed (1961-2012) to retrieve references, controlled clinical studies that have evaluated effects of acupuncture and electroacupuncture for typical and atypical trigeminal neuralgia. The quality of included studies was assessed by evaluating



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

randomization, blindness and drop-outs. The effects of acupuncture on pain were analysed descriptively.

The electronic search retrieved 126 references. In these papers, issues of acupuncture using target points and depth of needling were discussed based upon the theory of traditional Chinese's medicine acupoints and combined with anatomical and neurological research of Western medicine (7). The theoretical evidence of acupuncture on nerve foramen and ganglion and the reasons for being nonstandard operating on acupoints were analyzed. Many studies summarized the methods of using acupuncture at Xiaguan (ST7), Cuanzhu (BL2), Sibai (ST2) and Jiachengjiang acupoints to align with the sphenopalatine ganglion and additional nerve foramen (supraorbital, infraorbital and mental foramina) to treat primary trigeminal neuralgia.

RESULTS AND CONCLUSION

This review and the results from the studies on acupuncture and electroacupuncture, demonstrated the effectiveness that acupuncture and electroacupuncture may be beneficial to reduce symptomatic TN and ATN pain in patients.

However, the poor quality of some clinical studies and the multiplicity of evaluation outcomes, limit the level of evidence. It is therefore, necessary to conduct further clinical studies to confirm the effects of acupuncture and electroacupuncture for the treatment of typical and atypical trigeminal neuralgia.

References

1. Quail G (August 2005). Atypical facial pain--a diagnostic challenge. *Aust Fam Physician* 34 (8): 641–5.
2. Koopman JS, Dieleman JP, Huygen FJ, de Mos M, Martin CG, Sturkenboom MC (December 2009). Incidence of facial pain in the general population. *Pain* 147 (1-3): 122–7.
3. Hall GC, Carroll D, Parry D, McQuay HJ (May 2006). Epidemiology and treatment of neuropathic pain: the UK primary care perspective. *Pain* 122 (1-2): 156–62.
4. R.A. Lawhern. Classification and Treatment of Chronic Face Pain. <http://www.lawhern.org/Diagnosis-Facepain.htm>
5. Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, et al. (March 2010). Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clin. Proc.* 85 (3 Suppl): S3–14.
6. World Health Organization (2003). In Zhang X. Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials. World Health Organization.
7. Ahn CB, Lee SJ, Lee JC, Fossion JP, Sant'Ana A. (2011 Mar). A clinical pilot study comparing traditional acupuncture to combined acupuncture for treating headache, trigeminal neuralgia and retro-auricular pain in facial palsy. *J Acupunct Meridian Stud.*;4(1):29-43.



CLINICAL HYPNOSIS INTERVENTION FOR ANESTHESIOLOGICAL NEEDLE-RELATED PROCEDURAL PAIN AND DISTRESS IN PATIENTS

Brugnoli MP, Schweiger V, Mantovani A, Guardini B, Martini A, Polati E.

University of Verona, Dept. of Surgical Sciences
Anesthesiology, Intensive Care and Pain Therapy Centre
Policlinico G.B. Rossi

INTRODUCTION

The mind, emotions and attention play an important role in the experience of pain and distress during anesthesiological procedures. It is essential to minimize patients' anxiety, pain and distress during procedures (1). This study examined the effect of using clinical hypnosis during anesthesiological and needle-related procedures, such as venous puncture or a subcutaneous venous port access, on reported pain, anxiety or distress of patients. Mind-body approaches include progressive muscle relaxation, different hypnosis stages and guided imagery. Studies have shown that mind-body approaches can be effective in various conditions associated with pain and anxiety (2, 3, 4, 5).

METHODS

40 patients were included in an intervention group with progressive muscle relaxation, different hypnosis stages and guided imagery during the anesthesiological procedures, and 40 patients in a control group where they underwent either venous punctures or subcutaneous venous port devices. Local anesthesia during the procedures, was used in the two patient's groups. Self-reported pain and distress, heart rate and observational pain scores, were collected before and after the procedures. Qualitative interviews (Hamilton Anxiety Scale, and Mc Gill Pain Questionnaire Short Form) were conducted in conjunction with the completed intervention.

RESULTS

Self-reported and observed pain, anxiety and distress scores were low during clinical hypnosis. Progressive muscle relaxation, different hypnosis stages and guided imagery during the procedures distracted and relieved anxiety and pain of patients.

CONCLUSION

The interviews showed that clinical hypnosis is a positive experience to reduce anxiety and distress for patients undergoing anesthesiological procedures such as venous puncture or a subcutaneous venous port access.

References

1. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely S. A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated cochrane review. *J Pediatr Psychol.* 2008 Sep;33(8):842-54.
2. Shockey DP, Menzies V, Glick DF, Taylor AG, Boitnott A, Rovnyak V. Preprocedural Distress in Children With Cancer: An Intervention Using Biofeedback and Relaxation. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2013 Mar 29.
3. Patterson DR, Wiechman SA, Jensen M, Sharar SR. Hypnosis delivered through immersive virtual reality for burn pain: A clinical case series. *Int J Clin Exp Hypn.* 2006 Apr;54(2):130-42.
4. Flory N, Salazar GM, Lang EV. Hypnosis for acute distress management during medical procedures. *Int J Clin Exp Hypn.* 2007 Jul;55(3):303-17. Review.
5. Butler LD, Symons BK, Henderson SL, Shortliffe LD, Spiegel D. Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics.* 2005 Jan;115(1):e77-85.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

INTERPRETATION OF THE PHENOMENOLOGY OF CONSCIOUSNESS INVENTORY: PEKALA'S HYPNOTIC ASSESSMENT PROCEDURE (PCI-HAP) INVENTORY FOR THE STUDY OF HYPNOTIC STATES

Brugnoli MP, Pekala Rj*, Schweiger V, Polati E.
University of Verona, Dept. of Surgical Sciences
Anesthesiology, Intensive Care and Pain Therapy Centre
Policlinico G.B. Rossi

*Coatesville Veterans Administration Medical Center, Coatesville, PA, USA

INTRODUCTION

Procedures for estimating hypnotic depth have been used for more than 70 years. This study predicted self-reported hypnotic depth from the phenomenological and behavioral variables of the Phenomenology of Consciousness Inventory-Hypnotic Assessment Procedure (PCI-HAP). The PCI is the study of the modified states of consciousness during clinical hypnosis, and the study of the different stages of hypnosis. In Pekala's et Al. study 'How deeply hypnotized did I get? Predicting self-reported hypnotic depth from a phenomenological assessment instrument', participants were divided into 2 groups; 1 was used to generate regression equations, and the other group was used for cross-validation. Both imagery vividness during hypnosis (imagoic suggestibility) and the PCI pHGS measure of hypnotic depth (hypnotic state) accounted for most of the variance in self-reported hypnotic depth. The above results, further supported by correlational and 3-D visual analyses, are consistent with other researchers' observations that ratings of hypnotic depth are a function of: (a) alterations in subjective experience, and (b) the perception of responsiveness to suggestions (1).

RESULTS

In the paper reviews the relationships between trance or altered state effects, suggestibility, and expectancy as these concepts are defined in the theorizing of Weitzenhoffer (2002), Holroyd (2003), Kirsch (1991), and others, for the purpose of demonstrating how these concepts can be assessed with the PCI-HAP (Phenomenology of Consciousness Inventory: Hypnotic Assessment Procedure; Pekala, 1995a, b). In addition, how the aforementioned variables may relate to the nature of hypnosis/hypnotism as a function of self-reported hypnotic depth are discussed, along with how the PCI-HAP may be used as a means to measure hypnotic responsivity from a more phenomenological state perspective. A follow-up paper (Pekala, Kumar, Maurer, Elliott-Carter, Moon, & Mullen, 2010) presents research data on the PCI-HAP model and how this model can be useful for better understanding hypnotism (2).

CONCLUSION

Pekala's results suggested that the srHD scores were found to be a function of imagoic suggestibility, expectancy (both estimated hypnotic depth and expected therapeutic efficacy), and trance state and eye catalepsy effects; effects that appear to be additive and not (statistically) interactive. The results support the theorizing of many investigators concerning the involvement of the aforementioned component processes with this particular aspect of hypnotism, the self-reported hypnotic depth score (3). Imagery vividness during hypnotism (hypnotic imagoic suggestibility) was predicted by combined imagery vividness before hypnotism and trance (altered) state effects during hypnotism. When measuring several additional variables, imagery vividness during hypnotism was found to be a function of self-reported hypnotic depth and additional other variables. The usefulness of these results for better understanding imagery vividness before and during hypnotism, and the modified states of consciousness, during clinical hypnosis, are discussed (4).



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

References

1. Pekala RJ, Kumar VK, Maurer R, Elliott-Carter NC, Moon E. "How deeply hypnotized did i get?" Predicting self-reported hypnotic depth from a phenomenological assessment instrument. *Int J Clin Exp Hypn.* 2006 Jul;54(3):316-39.
2. Pekala RJ, Kumar VK, Maurer R, Elliott-Carter N, Moon E, Mullen K. Suggestibility, expectancy, trance state effects, and hypnotic depth: I. Implications for understanding hypnotism. *Am J Clin Hypn.* 2010 Apr;52(4):275-90. Review.
3. Pekala RJ, Kumar VK, Maurer R, Elliott-Carter N, Moon E, Mullen K. Suggestibility, expectancy, trance state effects, and hypnotic depth: II. Assessment via the PCI-HAP. *Am J Clin Hypn.* 2010 Apr;52(4):291-318.
4. Pekala RJ, Maurer R, Kumar VK, Elliott-Carter N, Mullen K. Trance state effects and imagery vividness before and during a hypnotic assessment: a preliminary study. *Int J Clin Exp Hypn.* 2010 Oct;58(4):383-416.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

SOME CONSIDERATIONS IN THE TREATMENT OF CHRONIC LOW BACK PAIN THROUGH ADJUVANT ACUPUNCTURE

Brugnoli MP, Schweiger V, Martini A, Gottin L, Polati E.
University of Verona, Dept. of Surgical Sciences
Anesthesiology, Intensive Care and Pain Therapy Centre
Policlinico G.B. Rossi

INTRODUCTION

Chronic non-specific low back pain is the most common reasons people see a health care provider. It has been estimated that up to 80% of the world's population will suffer from back pain at some point in their lives, with the lower back as the most common location of pain. Although most episodes of low back pain last less than two weeks, research has shown that recurrence rates for low back pain can reach as high as 50% in the first few months following an initial episode. While there is no definitive way to resolve lower back pain, the use of acupuncture to treat this condition has increased dramatically in the past few decades, based in a large extent to placebo-controlled studies that have validated it as a reliable method of pain relief. Acupuncture is an established adjuvant analgesic modality for the treatment of low back pain (1). The National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines, recommend acupuncture as a clinically effective treatment for chronic back pain (5). There were no adverse side effects; acupuncture significantly decreases pain intensity and improves psychological well-being, activity, and sleep in chronic low back pain patients. Once the needles are inserted in some of the appropriate points, endorphins, morphine-like substances, have been shown to be released in the patient's system, thus inducing local or generalized analgesia (pain relief).

This work was a retrospective study of the electronic medical records of patients who received at least one session of acupuncture for low back pain. The electronic search retrieved 471 references on Medline from 1975 to 2013. Comparative controlled studies, such as randomized controlled trials and controlled clinical trials in patients with low back pain were found (2, 3, 4, 6). Many studies presented preliminary findings of a double-blind, crossover trial comparing the effects of traditional with placebo acupuncture in relieving chronic low back pain. Different follow-up periods completed the trials. In the acupuncture studies, no significant difference was found between groups for Visual Analogue Scale for patient's global assessment (VAS), modified disease activity scale (DAS) or for the decrease in analgesic intake. Using Visual Analogue Scale readings as a measure of pain, some groups achieved a 55% overall reduction in pain level at the end of the trial, compared with initial baseline readings (1, 6).

RESULTS

Evidence of longer-term benefits from acupuncture is mixed. Acupuncture was moderately superior for long-term (>6 weeks' duration) pain relief compared with sham TENS in 2 trials and compared with no additional treatment in 5 trials (6).

Few higher-quality trials directly compared different acupuncture techniques. One trial found deep-stimulation acupuncture to be superior to superficial stimulation for immediate outcomes; another found no difference between manual acupuncture and electroacupuncture (6). The scores of VAS had statistically significance before and after acupuncture in many trials (4; 6).

CONCLUSIONS

Although the results from many studies on acupuncture show that it may be beneficial to reduce symptomatic low back pain in patients from 24 hours to a follow up of four-month post treatment, the reviewers concluded that the poor quality of the trial, including the small sample size preclude these studies (2,5). The present findings should be confirmed by future studies that overcome the methodological limitations of the studies evaluated (5). The current evidence is encouraging



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

studies in that acupuncture may be an effective adjuvant for symptom improvement or relieve pain in chronic low back pain (3,4,6).

References

1. Mendelson G, Kidson MA, Loh ST, Scott DF, Selwood TS, Kranz H. Acupuncture analgesia for chronic low back pain. *Clin Exp Neurol*. 1978;15:182-5.
2. Lee JH, Choi TY, Lee MS, Lee H, Shin BC, Lee H. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review. *Clin J Pain*. 2013 Feb;29(2):172-85.
3. Lee JH, Park HJ, Lee H, Shin IH, Song MY. Acupuncture for chronic low back pain: protocol for a multicenter, randomized, sham-controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010 Jun 14;11:118.
4. Lin ML, Wu HC, Hsieh YH, Su CT, Shih YS, Lin CW, Wu JH. Evaluation of the effect of laser acupuncture and cupping with ryodoraku and visual analog scale on low back pain. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012;2012:521612.
5. NIH Consensus Development Program (3–5 November 1997). "Acupuncture --Consensus Development Conference Statement". National Institutes of Health. Archived from the original on 14 July 2007. Retrieved 2007-07-17.
6. Roger Chou, MD; and Laurie Hoyt Huffman, MS. Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2 October 2007;147(7):492-504



TRATTAMENTO ANTALGICO NELLA NEUROPATIA DIABETICA COMPLICATA: CASO CLINICO

Cardilli E^{1*}, Biancofiore V^{1*}, Castellani M^{1*}, Di Marco C^{1*}, Santoro C^{1*}, Dibello F^{1*}, Paladini G^{1*}, Piroli A^{2*}, Ciccozzi A^{2*}, Ida Marsili I^{2*}, Paladini A^{2*}, Petri F¹, Marinangeli F^{2*}

¹Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara; sede aggregata di L'Aquila

²Cattedra di Anestesia e Rianimazione-Università degli Studi di L'Aquila

*V.A.D.O. Volontariato per l'Assistenza Domiciliare

INTRODUZIONE

La neuropatia degli arti inferiori è una delle complicanze che più compromettono la qualità di vita dei pazienti con Diabete Mellito. Il dolore neuropatico è spesso resistente ai trattamenti antidolorifici standard e per questo si rende necessario ricorrere all'associazione di più farmaci come antidepressivi triciclici, oppioidi forti o deboli, anticonvulsivanti ed inibitori del reuptake della serotonina-norepinefrina, per poter ottenere un miglioramento clinico a volte difficile da raggiungere a causa delle complicanze tipiche della malattia; infatti alla neuropatia sensitiva, motoria e autonoma si associa spesso vasculopatia periferica con lesioni trofiche anche infette (1,2).

CASO CLINICO

Nel dicembre del 2007 fece accesso al nostro ambulatorio di Terapia del Dolore A.C. , 50 anni, affetto da Diabete Mellito che riferiva la comparsa di ulcere all'estremità di entrambi gli arti inferiori da circa un anno e mezzo accompagnate da forte dolore.

Da sei mesi si recava presso il reparto di chirurgia vascolare per le medicazioni delle lesioni, le quali presentavano anche infezione da Staphylococcus Aureus trattata con ciprofloxacina.

Ad una riduzione delle lesioni, ottenuta grazie alle medicazioni, non corrispondeva una regressione della sintomatologia dolorosa. Il dolore era forte (VAS 10), continuo, urente, localizzato ad entrambi gli arti inferiori, con maggiore intensità sul dorso dei piedi fino alle caviglie, accompagnato da sensazione di formicolio e punture di spillo, transitoriamente controllabile con ketorolac e tramadolo. In occasione di questa prima visita iniziava trattamento con fentanil cerotto 25 mcg/h, fentanil 1 cpr orosolubile da 200 mcg (10 min prima di ogni medicazione) e nimesulide ½ bustina x2. Al controllo successivo (dopo 10 giorni) il paziente riferiva modesta remissione della sintomatologia (VAS=8), pertanto la terapia veniva così modificata: fentanil cerotto 50 mcg/h ogni 72 h, fentanil 1 cpr 200 mcg (10 minuti prima delle medicazioni) e nimesulide 1 bustina x2 per 10 gg. In occasione del terzo accesso, a causa dell'insoddisfazione del paziente,, si decideva di sostituire il fentanil tts con oxicodone 1 cpr 20 mg X2. Per quattro anni non si ebbero notizie cliniche del paziente, finché, ricoverato nel novembre del 2011 presso il reparto di Chirurgia Vascolare per l'aggravamento delle lesioni trofiche, tornò alla nostra attenzione per una consulenza algologica. In tale occasione fu riferito un buon controllo della sintomatologia dolorosa durante gli ultimi anni grazie all'ultima terapia prescritta e all'ossigeno-terapia ma, nell'ultimo periodo, si era verificato un peggioramento delle lesioni causato probabilmente da uno scarso controllo metabolico. Il dolore era di nuovo intenso (VAS10) tanto da interrompere le sedute di OT, la terapia antalgica veniva così reimpostata: pregabalin 75 mg 1 cpr la sera, diclofenac 1 fl 1h prima dell'ossigeno-terapia, oxicodone 1cpr da 20 mg x2 ed omeprazolo. Dopo 10 giorni il paziente riferiva miglioramento della sintomatologia dolorosa (VAS 3) e delle lesioni trofiche. Si consigliava, conseguentemente, di sospendere il diclofenac, aumentare il pregabalin 75 mg x2, continuare con oxicodone 20 mgx2 ed assumere paracetamolo 1000 mg a.b. e tramadolo 100 mg + metoclopramide 1fl in 100 ml di soluzione NaCl 0,9% 1h prima della medicazione.

Attualmente il paziente riferisce un buon controllo della sintomatologia sulla base della terapia prescritta.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

DISCUSSIONE

Il caso clinico ci mostra come la neuropatia periferica non complicata nel diabetico possa essere inizialmente controllata a sufficienza con l'assunzione di FANS associati occasionalmente a oppiacei deboli. La progressione del quadro clinico e la comparsa di lesioni trofiche su base vascolare e neuropatica impone un progressivo adeguamento dello schema terapeutico che comprenda diverse categorie di farmaci, tra cui gli oppiacei forti, nonché trattamenti preliminari all'esecuzione delle medicazioni.

Bibliografia

1. Sammy j. Lindsay, md, et al. Treating Diabetic Peripheral Neuropathic Pain. American Family Physician. 15 July 2010, Vol. 82, 2, p. 151-158.
2. Vinik ai, Casellini cm. Guidelines in the management of diabetic nerve pain: clinical utility of pregabalin. Diabetes Metab Syndr Obes. 2013, Vol. 6, p. 57-78.



APPROCCIO POLIFARMACOLOGICO NEL TRATTAMENTO DELLA NEURALGIA POST-HERPETICA DI LUNGA DURATA: CASO CLINICO

Castellani M.^{1*}, Di Marco C.^{1*}, Fionda D.^{2*}, Bonetti C.^{2*}, Cardilli E.^{1*}, Santoro C.^{1*}, Biancofiore V.^{1*}, Marzilli C.^{2*}, Valenti F.^{2*}, Mariani R.^{2*}, Ciccozzi A.^{2*}, Paladini A.^{2*}, Piroli A.^{2*}, Petri F.¹, Marinangeli F.^{2*}

¹ Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara; sede aggregata di L'Aquila.

² Cattedra di Anestesia e Rianimazione - Università degli Studi di L'Aquila.

*V.A.Do., Volontariato per l'Assistenza Domiciliare, L'Aquila

INTRODUZIONE

La Neuralgia Post-Herpetica (PHN) è la più comune complicanza dell'infezione da Herpes Zoster; nella maggior parte dei casi si manifesta in pazienti con più di 50 anni. La somministrazione di farmaci antiretrovirali, durante le manifestazioni cutanee, ha lo scopo di accelerare la guarigione e migliorare la sintomatologia dolorosa acuta; essi possono anche ridurre la durata della PHN, ma non possono prevenirla (1).

La natura eterogenea della PHN rende difficoltosa la gestione del dolore, la risposta alla terapia è variabile da paziente a paziente e spesso è necessario ricorrere ad una combinazione di farmaci, con meccanismi d'azione differenti (2). Anticonvulsivanti, antidepressivi triciclici, oppiacei e applicazione topica di capsaicina si sono dimostrati utili nel ridurre il dolore in questi pazienti.

CASO CLINICO

Circa 4 anni fa, un paziente di 56 anni, S.G., giungeva presso il nostro ambulatorio di Terapia del Dolore, in quanto affetto da dolore cronico per neuralgia post-herpetica.

Esso riferiva dolore severo (VAS=9-10), localizzato a livello dell'emivolto sinistro, insorto già da alcuni mesi. Il dolore era sempre presente nell'arco della giornata, di intensità variabile, interrompeva il riposo notturno ed era esacerbato dal contatto fisico con l'area interessata. Le condizioni generali del paziente apparivano buone, in anamnesi si riscontrava ipertensione arteriosa in trattamento con ACE-inibitori e calcio-antagonisti. Le manifestazioni cutanee da Herpes Zoster erano già risolte al momento della nostra visita.

Il paziente descriveva le caratteristiche tipiche del dolore neuropatico: iperalgesia, allodinia e disestesie. Assumeva Paracetamolo e FANS al bisogno, con scarso miglioramento della sintomatologia dolorosa. Si prescriveva, dunque, terapia antalgica con Buprenorfina transdermica 35mcg/h e Pregabalin 75mg 1cps x 2, aumentato a 150mg 1cps x 2, dopo circa una settimana.

A 20 giorni dall'inizio di questo schema terapeutico, il paziente riferiva notevole miglioramento della sintomatologia dolorosa (VAS=2). Si confermava, pertanto, tale terapia e, dopo un ulteriore periodo di 60 giorni, durante il quale il dolore era ben controllato, si provvedeva a sostituire la Buprenorfina con Tramadolo RP 150mg/die, mentre si aumentava il Pregabalin a 150mg + 75mg + 150 mg, per la persistenza delle disestesie e dell'iperalgia, ritenute invalidanti.

Il paziente è stato costantemente seguito nel tempo, con visite periodiche e, attualmente, riferisce totale scomparsa della sintomatologia dolorosa e conseguente sospensione della terapia antalgica; permangono, tuttavia, parestesie, disestesie e prurito nell'area oftalmica, per tale motivo è stata mantenuta la terapia con Pregabalin 150mg x 2 e sono stati recentemente introdotti PEA (Palmitoiletanolamide) 600mg/die e Algonerv® crema 2-3 volte/die, con rivalutazione clinica dopo un mese.

DISCUSSIONE

La particolarità di questo caso clinico è dovuta alla lunga durata della PHN, con disturbi ancora presenti dopo quattro anni di terapia.

In particolare, si può notare come sono stati utilizzati oppiacei, forti e deboli, anticonvulsivanti, terapie topiche e neuromodulatori; in questo modo siamo riusciti a garantire al paziente la migliore



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

qualità di vita possibile, evitando l'insorgenza degli effetti collaterali dei singoli farmaci. Per ottenere risultati positivi, in questo caso, è stata certamente fondamentale la completa adesione del paziente alla terapia prescritta per tutti questi anni.

Bibliografia

1. Galluzzi KE. Management Strategies for Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. J Am Osteopath Assoc. 2007Mar;107(3 suppl 1):S8-S13.
2. Cappuzzo KA. Treatment of postherpetic neuralgia: focus on pregabalin. Clin Interv Aging. 2009;4:17-23



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

PAIN IN DIABETES MELLITUS AND OBESITY: PRELIMINARY RESULTS OF AN ORIGINAL SURVEY

Coaccioli S, Mirri E*, Celi G, Masia F, Crapa ME, Fatati G*

Dept. of Internal Medicine, Rheumatology and Medical Pain Therapy; Perugia University Medical School, District of Terni. *Dept. of Diabetology and Clinical Nutrition. "Santa Maria" General Hospital, Terni

INTRODUCTION.

Some metabolic disorders appears to have an effect on pain prevalence as well as pain characteristics but not so many studies have been carried out in order to reveal an association between pain itself and diabetes mellitus (DM) and/or Obesity (Ob). Moreover, the link between DM/Ob and pain is not fully explained.

AIMS OF THE STUDY.

1) To study the prevalence of headache (as an example of acute pain) and chronic pain (CP), and some characteristics of pain itself in a cohorts of patients with DM and Ob, as well as the treatments and the outcomes of therapy. 2) To reveal the knowledge of the Italian Law about pain and palliative care.

MATERIALS AND METHODS.

More than 500 consecutive patients (506 (13 no-answered); range of age, 20-91 years) have been studied: 264 males, 229 females (462 with DM; 182 with Ob). *Questionnaire*: 1. headache (?); 2. drug to treat headache; 3. acute pain reduction; 4. chronic pain (CP, ?); 5. CP localization; 6. CP measurement; 7. drug/s for CP; 8. CP reduction; 9. CP description; 10. knowledge of law 38/2010.

RESULTS (some relevant data).

Acute/CP: 245 (48%); headache: 41 (8%); CP: 177 (35%). *DM with CP*: 162 (32% and 35% of cohort and diabetics, respectively); *Ob with pain*: 15/25 (60%). *Localization of CP*: joints, 81%. *Types of CP*: sharping, 34%; cramping, 27%; burning, 12%; heavying, 10%. *Evaluation of CP*: mild, 10%; moderate, 46%; severe, 40%; unbearable, 3%. *Reduction of pain by any treatments*: 14%, very poor; 37%, moderate; 48%, very much. *Knowledge of Law/38*: 8.5% (43/506).

DISCUSSION.

Our study has documented that the prevalence of pain in metabolic disorders such as DM and/or Ob is high and represents an important health problem. The outcome of pain therapy in our cohort of patients appears as not satisfying. The knowledge of the Italian law for pain is really poor.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

TAPENTADOL IN FAILED BACK SURGERY SYNDROME: PRELIMINARY RESULTS OF A SPONTANEOUS SHORT TRIAL

Coaccioli S.

Dept. of Internal Medicine, Rheumatology and Medical Pain Therapy.

Perugia University Medical School, District of Terni.

“Santa Maria” General Hospital, Terni – Italy

INTRODUCTION

Since the 1980s Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) has entered the medical literature as a referring to an unlucky number of patients who relate the persistence of pain after surgical treatment for a back problems (1).

Even though prevention is the best treatment, the therapy of FBSS seems to be merely palliative, according to determinations of evidence-based effectiveness. Therefore, in most cases the therapeutic approaches have been less than satisfactory – including intrathecal/epidural infusion of opiates and glucocorticoids, spinal cord stimulation, sympathetic blocks, as well as non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs).

Tapentadol is a new molecule able to act both on μ receptors (in terms of opioids agonism) and norepinephrine (in terms of inhibition of the re-uptake of norepinephrine) receptors, and seems to have a combined activity on several complex pain situations (2).

AIM OF THE STUDY

To test tapentadol in the treatment of patients with FBSS non-responders to NSAIDs and/or pregabalin in a short-term spontaneous trial.

MATERIALS AND METHODS

Eight patients with FBSS after 6 months (as a mean) from back-surgery have been consecutively recruited with informed consent (3 males, 3 females; mean age 52.4 years, range 46-63). All the patients have been previously treated by NSAIDs (#3, nimesulide [100mg bid]; #2, ibuprofen [600mg tid]; #3, diclofenac [100mg bid]) plus pregabalin [150mg bid]. The evaluation of pain by VAS showed a level $>5/10$ (mean value, 6.8; range 5.2-7.6) at the start of the study. After 3 days of withdrawal from the previous therapy, treatment with tapentadol has been started (150 mg bid). A period of 3 weeks of observation has been carried out, and the evaluation of pain has been measured every week.

RESULTS

All the patients have concluded the period of 3 weeks of treatment without any adverse effects. At the end of the 1st week the mean level of pain has reached a significant ($p<0.005$) reduction (2.2/10 on VAS as a mean), as well as at the 2nd and 3rd week (1.8/10 on VAS as a mean).

DISCUSSION

This preliminary study seems to demonstrate that tapentadol is able to significantly reduce the pain level in patients with FBSS. Further experiences should be realized in order to a better knowledge both of pathophysiology of FBSS and its best treatment.

CONCLUSIONS

FBSS remains as a sort of nightmare for clinicians both in terms of differential diagnosis and in the field of treatment. A therapy with a molecule such as tapentadol seems to give a hope for relief of pain in this complex disorder (3).

References and web_sites.



ABSTRACT BOOK

**36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore**
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

1. Aldrete JA. In: Waldman Pain Management. 2nd Ed. Elsevier, 2011.
2. Terlinden R et al. At: 25th Annual Scientific Meeting of the American Pain Society; May 3–6, 2006 San Antonio, Texas. Poster 689.
3. www.expertconsult.com



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

TAPENTADOLO NEL TRATTAMENTO DELLA CERVICOBRAHIALGIA

Coletta F, Ruotolo F, Pace MC, Passavanti MB, Stumbo R, Peluso F, D'Arienzo S., D'Ambrosio L, Di Rienzo A, Aurilio C., Langella E.

Dipartimento di Scienze Anestesiologiche Chirurgiche e dell'Emergenza, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli.

INTRODUZIONE

La cervicobrachialgia è caratterizzata dalla presenza di dolore neuropatico ed alterazioni della sensibilità a carico del collo e degli arti superiori. Essa può essere causata da discopatie cervicali; più raramente, da patologie del SNC, da un processo traumatico, da malattie reumatiche e da alterazioni tendineo-legamentose. Obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia e la sicurezza dell'associazione di Pregabalin e Tapentadolo Cloridrato, come possibile strategia terapeutica nel trattamento farmacologico a lungo termine del dolore cronico da moderato a severo a componente neuropatica.

MATERIALI E METODI

Dopo approvazione del Comitato Etico locale e dopo aver ottenuto il consenso informato scritto, sono stati reclutati nell'Ambulatorio di Terapia Antalgica della Seconda Università degli studi di Napoli 41 pazienti (18 uomini e 23 donne; età media $50,88 \pm 14,38$). Durante la prima visita di arruolamento (T0) i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi di trattamento omogenei per numero, età e patologia, con VAS > 60 : TAP (21pz) con Pregabalin 150 mg/die e Tapentadolo 100 mg/die; PRE (20pz) con Pregabalin 150 mg/die e placebo. Dopo una settimana di titrazione si raggiungeva la dose media di trattamento con Tapentadolo 300 mg/die ($\pm 48,51$) e Pregabalin 300 mg/die. Tutti i pazienti sono stati rivalutati dopo 7, 15, 30, 45 giorni dalla prima visita con scala VAS, DN4 questionnaire. Ad ogni paziente è stato consegnato un diario su cui annotare l'intensità del dolore, inoltre a tutti i pazienti veniva prescritta come rescue medication paracetamolo 1000 mg in caso di dolore severo per un massimo di 3000 mg die.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Dopo 4 settimane i pazienti del gruppo TAP hanno riportato una VAS media di 24,22 ($\pm 7,08$) Vs 52,12 ($\pm 11,08$) del gruppo PRE. Il ricorso alla rescue medication è stato in media di 500 mg/die per il gruppo TAP e di 1750 mg/die per il gruppo PRE. Due pazienti del gruppo TAP hanno presentato stipsi e vertigini che tuttavia non hanno comportato la sospensione della terapia. Il nostro studio suggerisce che l'associazione di Pregabalin e Tapentadolo cloridrato possa essere una valida opzione terapeutica nel trattamento del dolore da cervicobrachialgia e, tuttavia, ci proponiamo di estendere lo studio ad un maggior numero di pazienti per valutare meglio gli eventuali effetti collaterali e avere un follow up più lungo.

Bibliografia

1. Varrassi G., Muller-Schwefe G., Pergolizzi J., Orònska A., Morlion B., Mavrocordatos P et al. Pharmacological treatment of chronic pain – the need for CHANGE. *Curr Med Res Opin* 2010;26:1231-45.
2. Terlinden R, Kogel BY, Englberger W, Tzschentke TM. In vitro and in vivo characterization of tapentadol metabolites. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*.2010 Jan-Feb; 32(1):31-8
3. Sharma H, Lee SW, Cole AA. The management of weakness caused by lumbar and lumbosacral nerve root compression. *J Bone Joint Surg Br*. 2012 Nov;94(11):1442-7. doi: 10.1302/0301-620X.94B11.29148. Review.
4. Biondi DM, Xiang J, Lange R, Etropolski M, Vorsanger G, Moskovitz B. Tolerability of Tapentadol Extended release versus oxycodone controlled released in elderly patients with chronic low back or osteoarthritis pain in a one-year safety study. Poster at the 64th annual meeting of the postgraduate assembly in Anesthesiology (PGA), December 10-14, 2010



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

OSSICODONE/NALOXONE AD ALTE DOSI NEL DOLORE CRONICO ONCOLOGICO

Coletta F, Passavanti MB, Sansone P, D'Arienzo S, Stumbo R, Di Rienzo A, Ruotolo F, D'Ambrosio L, Aurilio C., Langella E.

Dipartimento di Scienze Anestesiologiche Chirurgiche e dell'Emergenza, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli

INTRODUZIONE

Il dolore incide in modo determinante almeno nel 70 % dei pazienti con patologia oncologica in fase avanzata. L'uso di farmaci oppioidi risulta essere, di grande efficacia in questi pazienti non sempre i dosaggi standard riescono ad essere sufficienti. Il nostro studio osservazionale ha come fine quello di valutare la sicurezza e l'efficacia di ossicodone ad alti dosaggi nei pazienti con dolore cronico oncologico.

MATERIALI E METODI

Dopo approvazione del Comitato Etico della Seconda Università degli Studi di Napoli sono stati inclusi nello studio 25 pazienti con una storia di dolore per patologia oncologica in fase avanzata. Tutti i pazienti erano già in trattamento con Ossicodone 40 mg/Naloxone 20 mg die, Pregabalin 300 mg die e con Fentanyl OraVescent 100 mcg fino ad un massimo di tre volte al giorno per gli episodi di breakthrough pain, in nessun caso erano previsti trattamenti di radio e/o chemioterapia ed alla prima visita avevano una VAS > 70. Dopo valutazione degli esami ematochimici si prescrive Ossicodone 80 mg/ die e Naloxone 40 mg die. Tutti i pazienti sono stati rivalutati dopo 7, 15, 30 giorni dalla prima visita con scala VAS, NRS e Short form Mc Gill Questionnaire. Ad ogni paziente è stato consegnato un diario su cui annotare l'intensità del dolore, inoltre, è stato comunicato loro il numero telefonico del nostro ambulatorio di terapia antalgica per eventuali necessità. Dopo 7 giorni tutti i pazienti presentavano una VAS media di 62 (±10), per cui alla somministrazione di Ossicodone/Naloxone 80+40 mg si aggiungeva Ossicodone 40 mg nelle 24h da assumere contemporaneamente ogni 12 ore.

RISULTATI

Dopo 4 settimane tutti i pazienti hanno riportato una diminuzione della VAS >50%. Dodici pazienti hanno presentato effetti collaterali legati alla terapia: lieve nausea (n=5) e stipsi (n=7), che tuttavia non ne hanno causato la sospensione. Il nostro studio suggerisce che l'uso di alte dosi di Ossicodone può essere una valida opzione terapeutica nel trattamento del dolore cronico oncologico e dal momento che i pazienti trattati hanno avuto un notevole miglioramento della sintomatologia dolorosa, ci proponiamo di estendere lo studio ad un maggior numero di pazienti per avere un follow up più lungo nel tempo e valutare meglio gli eventuali effetti collaterali.

Bibliografia

1. Oxycodone combined with opioid receptor antagonists: efficacy and safety. Davis M, Goforth HW, Gamier P -Expert Opin Drug Saf. 2013 Mar 28.
2. Curr Pain Headache Rep. 2013 Apr;17(4):328. doi: 10.1007/s11916-013-0328-9 Gaertner J, Schiessl C.- Cancer Pain Management: What's New?
3. Evidence from basic research for opioid combinations. Davis MP.-Expert Opin Drug Discov. 2012 Feb;
4. Role of oxycodone and oxycodone/naloxone in cancer pain management. Leppert W. Pharmacol Rep. 2010 Jul.



OPPIOIDI NEL DOLORE CRONICO DA PANCREATITE: UN CASO CLINICO

Coletta F, Pace MC, Iannotti M, D'Ambrosio L, Ruotolo F, Aurilio C., Langella E.
Dipartimento di Scienze Anestesiologiche Chirurgiche e dell'Emergenza,
Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli

INTRODUZIONE

La pancreatite autoimmune (AIP) è una particolare forma di pancreatite cronica riconosciuta, negli ultimi decenni, come entità clinica; infatti, peculiari caratteristiche cliniche, sierologiche, istologiche e radiologiche la rendono differente dalle altre tipologie di pancreatite. Il dolore nella AIP può essere anche severo, con accessi giornalieri, anche in corso di un adeguato trattamento farmacologico per il dolore.

CASO CLINICO

Donna di 37 anni, giunge all'ambulatorio di Terapia Antalgica della Seconda Università degli Studi di Napoli con dolore severo di tipo episodico in sede epigastrica come proiezione dorsale della durata di circa 20 minuti, in concomitanza dei pasti.

All'anamnesi patologica prossima si evince che la paziente è affetta da pancreatite cronica autoimmune con vasculite. L'anamnesi chirurgica evidenzia 3 pregressi interventi: una cefalopancreasectomia, un'apposizione di stent pancreatici, un impianto di protesi cocleare. La paziente è già in terapia con Fentanyl 25 mcg/h TDS da 10 giorni, tale farmaco le ha portato una diminuzione della VAS media, da 80 a 60, ma non del numero degli episodi dolorosi giornalieri, che risultano non controllati neanche dalla somministrazione di FANS e oppioidi deboli.

Valutato accuratamente il quadro clinico e la difficoltà di controllare gli episodi ricorrenti di dolore epigastrico, decidiamo di prescrivere il Fentanyl citrato OraVescent, con un'indicazione diversa da quella prevista. Dopo aver edotto la paziente ed i familiari dei rischi che la terapia presenta, nel rispetto delle normative vigenti in materia di prescrizione di farmaci off-label, dopo aver raccolto il consenso informato scritto della paziente, abbiamo prescritto Fentanyl TDS 50 mcg/h e Fentanyl citrato OraVescent 100 mcg in concomitanza di ogni episodio di dolore intenso, per un massimo di tre volte ad giorno, sotto stretto controllo medico giornaliero.

Dopo le prime 24 ore la paziente riprende ad alimentarsi regolarmente e la VAS negli accessi dolorosi si riduce da 100 a 60. Dopo 48 ore, vista la VAS ancora elevata, aumentiamo il Fentanyl Citrato OraVescent a 200 mcg all'occorrenza per un massimo di tre somministrazioni die. A trenta giorni dalla prima visita la paziente riferisce miglioramento della sintomatologia algica, con una VAS<30 e della qualità di vita tanto da poter riprendere le sue attività quotidiane. A 12 mesi dalla prescrizione del farmaco la VAS media della paziente risulta essere di 20, con riduzione significativa degli accessi dolorosi, risultato che ci ha consentito di ridurre la somministrazione di Fentanyl Citrato Oravescent in media a 3 somministrazioni settimanali.

DISCUSSIONE

La bibliografia internazionale non mostra un approccio univoco sulla terapia analgesica da attuare in tale patologia. Koo HC ha dimostrato che dosi di 25 mcg/h di Fentanyl non alterano il tono dello sfintere di Oddi; ma è necessario dimostrare la efficacia e la sicurezza del Fentanyl citrato OraVescent negli accessi dolorosi giornalieri, considerati come una forma di BreakThrough Pain (BTP) in un dolore non oncologico. L'uso off-label di tale farmaco ha comportato sicuramente nella nostra paziente un miglioramento delle condizioni cliniche, assicurando un'analgesia adeguata nella fase di recrudescenza della patologia, ma sono necessari ulteriori studi per valutare le indicazioni ulteriori di questo farmaco e della sua tecnologia avanzata.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

Bibliografia

1. La pancreatite autoimmune oggi: caratteristiche cliniche e strategie diagnostiche. Catanzaro R, Dimartino A, -Minerva Gastroenterologica e Dietologica. JUN 2012
2. Pain and opioid use in chronic pancreatitis. Nusrat s , Dyada v , bielefeldt k . Pancreas. 2012 mar; 41 (2) :264-70.
3. Effect of transdermal fentanyl patches on the motility of the sphincter of Oddi. Koo Hc et al.- Gut Liver 2010 Sep
4. The diagnosis of autoimmune pancreatitis: a western prospective. Chiari S.T. et al. Pancreas 2009



EFFICACIA E TOLLERABILITÀ GASTROINTESTINALE DELLA COMBINAZIONE DI OSSICODONE/NALOXONE ORALE PER DOLORE CRONICO IN PAZIENTI AMBULATORIALI CON CANCRO: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Cuomo¹ A., Russo G.¹, Esposito G.¹, Forte C.¹, Gatani A.¹ and Marcassa C.²

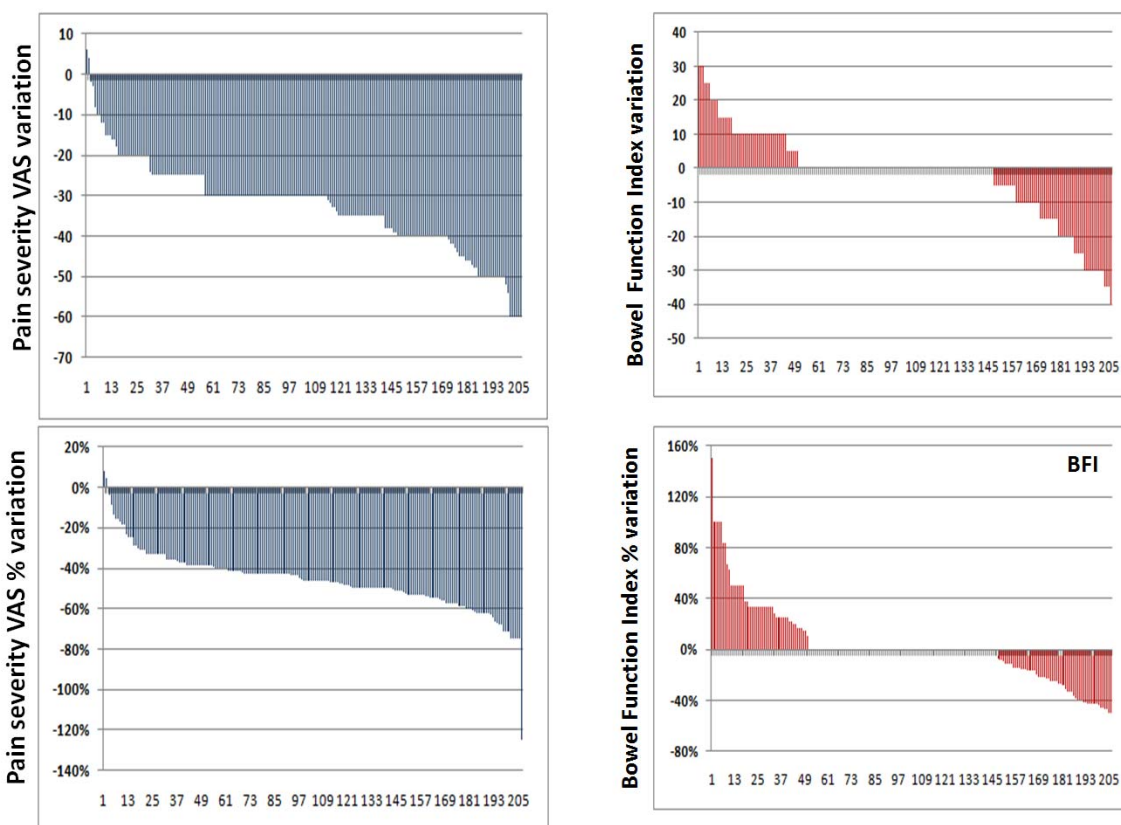
1- Istituto Nazionale Tumori, IRCCS Fondazione Pascale, SSD Terapia Antalgica, via Mariano Semmola, 80131 Napoli, Italia

2 Fondazione Maugeri IRCCS Veruno (NO), Veruno, Italy

INTRODUZIONE

Il trattamento con oppioidi del dolore cronico maligno moderato-severo è associato a costipazione, e spesso richiede una riduzione della dose di oppioidi o interruzione del trattamento, risultando in un inadeguato controllo del dolore nonostante l'analgesia rescue e uso di lassativi.

La terapia con combinazione di oppioidi agonista/antagonista ha dimostrato di preservare la funzione intestinale senza richiedere l'aumento di uso di lassativi. Lo scopo di questo studio era di valutare l'efficacia e la tollerabilità della combinazione a dose fissa di ossicodone e naloxone a rilascio prolungato (PR OXN) in un setting real-life di pazienti ambulatoriali con cancro e dolore cronico da moderato a severo.



MATERIALI E METODI

Questa analisi osservazionale di 4 settimane, retrospettiva, singolo centro è stata condotta su pazienti consecutivi. Le valutazioni includevano: intensità del dolore (VAS); sintomi di costipazione (Bowel Function Index, BFI); dose efficace di PR OXN; analgesici adiuvanti; e uso di lassativi. Sono state condotte specifiche analisi di sottogruppi tra pre-trattati o naive agli oppioidi e sottogruppi stratificati per età (<65, 65–75 and >75 years).



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

RISULTATI

Di 206 pazienti (età media 61.3 ± 12.9 anni) a cui è stato prescritto PR OXN, il 53% erano femmine, il 31,% oppioidnaive e il 73,3% avevano un dolore misto neuropatico/nocicettivo. In totale, PR OXN è risultato associato a significativa riduzione del dolore: la VASè diminuita da 70.9 ± 7.8 al baseline a 38.4 ± 11.4 al giorno 28 ($P < 0.0001$); La dose media di PR OXN è aumentata da 32.6 ± 21.1 a 57.6 ± 29.8 mg/die al giorno 28 ($P < 0.0001$); la terapia adiuvante è rimasta invariata durante il periodo di osservazione. L'efficacia analgesica non ha compromesso la funzione intestinale, e il BFI medio è lievemente migliorato (da 43.2 ± 14.8 baseline a 41.3 ± 9.8 , al giorno 28; $P < 0.0001$); l'uso di lassativi non è cambiato significativamente durante i 28 giorni. L'efficacia e la tollerabilità di PR OXN erano simili nei pazienti pre-trattati o naive agli oppioidi, così come tra i sottogruppi stratificati per età. La terapia è stata sospesa prematuramente in 12 (5,8%) pazienti; effetti collaterali, di lieve-moderata intensità, sono stati rilevati in 23 altri pazienti (11,8%): Nessun effetto collaterale severo è stato rilevato.

CONCLUSIONI

Questi dati retrospettivi dimostrano che la combinazione fissa PR OXN è stata efficace in un real-life setting di pazienti ambulatoriali con dolore da cancro, in termini di analgesia, non interferendo con la funzione intestinale. La significativa efficacia a tra i sottogruppi di pazienti per età o precedenti trattamenti permette un controllo semplificato del dolore cronico, particolarmente quando le opzioni terapeutiche sono limitate a causa della disfunzione intestinale.



PERCUTANEOUS ELECTRICAL NERVE STIMULATION (PENS) IN THE TREATMENT OF OCCIPITAL NEURALGIA

De Carolis G., Nardi LF., Ferrucci F., Paroli M., Tollapi L., Bondi F., Poli P.
Dept. of Oncology - Pain therapy unit, Santa Chiara University Hospital, Pisa

INTRODUCTION

Occipital neuralgia is characterized by pain paroxysm within the distribution of the greater and lesser occipital nerves. The pain may radiate from the rear toward the ipso-lateral frontal or retro-orbital region of head.

METHODS

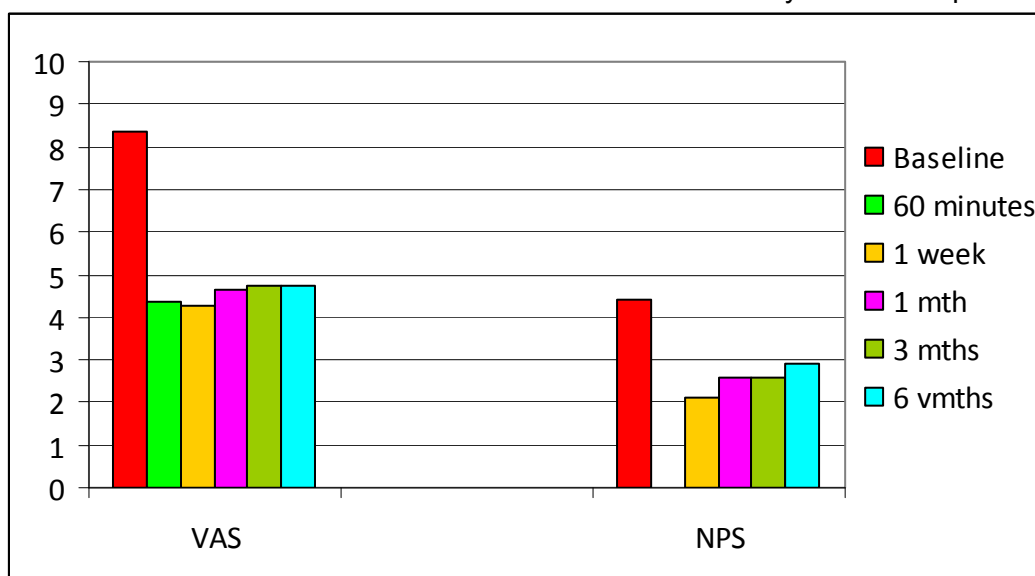
A total of 16 patients (mean age 65 yrs, 14 females and 2 males) with diagnosis of occipital neuralgia underwent PENS sessions. Occipital neuralgic pain had presented since 31, 12 months and all patients had been treated by pharmacological therapies without any benefit. Treatment was administered for 30 minutes. Pre-treatment assessment included EQ-5D for quality of life, a 10 cm visual analogic scale (VAS) for pain and the Neuropathic Pain Scale (NPS). Changes in VAS, EQ-5D, and NPS were used as PENS outcome measures to evaluate the effect of Percutaneous Electrical Nerve Stimulation (PENS) in the management patients with chronic occipital neuralgia. Patients were followed for 6 months after the PENS session.

RESULTS

PENS was well tolerated by patients and there was not any type of complications during stimulation and post stimulation session. Subjects displayed a significant reductions in pain intensity measures from pre- to post-treatment ($p < .001$) and a reduction of neuropathic symptoms ($p < .05$) (graph1). Similarly we observed a significant reduction in pain-related disability, with an improvement in quality of life (EQ-5D).

CONCLUSIONS

PENS appeared to be a useful and safety non-pharmacological modality to treat chronic occipital neuralgia. In addition to decreasing pain intensity, PENS improved physical activity, sense of well-being and mood. Several studies are needed to determine the efficacy in different pain conditions.





OCCIPITAL NERVE STIMULATION FOR CHRONIC HEADACHE: A CASE REPORT STUDY

De Carolis G., Tollapi L., Paroli M., Bondi F., Poli P.

Dept. of Oncology - Pain therapy unit Santa Chiara University Hospital, Pisa

INTRODUCTION

Occipital Nerve Stimulation (ONS) refers to the stimulation of the distal branches of C2-3 (greater and less occipital nerves) and has been used to treat medically intractable headache syndromes including migraine, occipital neuralgia and cluster headache.

MATERIALS AND METHODS

A 42-year-old woman was referred to our pain therapy unit for a 20-year-history of drug resistant migraine. Patient took pregabalin 150 mg/daily, sertraline 100 mg/daily, tramadol 100 mg/ml 8-10gtt/ daily, amitriptyline 40 mg/ml 20gtt, paracetamol+codeine when needed. Before implanting, patient underwent a psychophysiological screening using M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al., 1998) to assess psychiatric disorders according to DSM IV criteria. The purpose of this study is to determine ONS efficacy in drug resistant migraine.

ESAS									
	0							10	
	Best Possible								Worst possible

		Before implant	Trial	Definitive	3 mths	6 mths	12 mths
ESAS	Pain	10	6	4	2	0	0
	Sleep	4	0	0	0	0	0
	Depression	10	6	4	3	1	0
	Anxiety	8	5	4	2	0	0
	Activity	9	5	5	4	4	2
	Global well Being	10	3	3	2	2	2
	HADS	Anxiety	8	5	4	3	1
Depression		8	4	3	3	1	0
Total		16	9	7	6	2	1
IPQ	Sensorial	0,61	0,24	0,21	0,14	0	0
	Affective	0,80	0,33	0,27	0,18	0	0
	Evaluative	0,86	0,24	0,19	0,05	0	0
	VAS	10	6	4	3	1	0

RESULTS

The patient suffered from depression with a bipolar spectrum. We decided to treat depression and to implant. In October 2011, the patient underwent ONS implant (Lightpulse 100 Neuroimpulse, Italy). Outcomes assessed by the QUID (De Benedittis et coll., 1987), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond et al. 1983), ESAS (Edmonton Symptoms Assessment Scale, Bruera et al., 1991) and an headache diary showed a significant pain relief improvement in migraine, with total absence of attacks that resulted in a significant improvement both in quality of life and mood and anxiety symptoms. No adverse events occurred.

CONCLUSION

ONS for head pain can be considered safe over long term and a valid treatment alternative in this patients population.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

ACUTE PAIN SERVICE (APS): MODELLO OPERATIVO DEL POLICLINICO TOR VERGATA DOPO INTRODUZIONE DI DEVICE PCA

De Meo B., Lazzari M., Caroletti F., Guantera D., Divizia M., Palombo E., Veronesi M.C., Rosanò E., Luciani S., Gatti A.

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Dipartimento di Emergenze, Accettazione, Medicina Critica, Medicina del Dolore e delle Scienze Anestesiologiche

INTRODUZIONE

Il dolore è un sintomo clinicamente importante che può compromettere in maniera significativa la gestione del paziente nel post-operatorio ritardando spesso i tempi di dimissione e incidendo negativamente sui costi di sanità pubblica. Presso il PTV di Roma è stato istituito l'Acute Pain Service (APS), un servizio multidisciplinare per la gestione del dolore post-operatorio moderato-severo in pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in regime di ricovero ordinario. In base alla tipologia di dolore post-operatorio previsto, gli interventi sono stati classificati in tre livelli: dolore prevedibile "lieve", dolore prevedibile "moderato", dolore prevedibile "severo".

MATERIALI E METODI

Nel periodo compreso tra Ottobre 2009 e Marzo 2013 venivano complessivamente arruolati presso l'HUB di Medicina del Dolore del Policlinico Tor Vergata 2744 pazienti sottoposti ad interventi chirurgici con dolore prevedibile moderato-severo. Prima dell'intervento (T0) sono stati valutati età, sesso, peso, altezza, classe ASA, tipo di intervento chirurgico e intensità del dolore a riposo e funzionale su scala NRS. Al risveglio post-operatorio (T1) e' stata effettuata una prima valutazione dell'intensità del dolore a riposo e del dolore funzionale, registrando progressivamente i parametri vitali (PA, FC, FR); successivi follow up sono stati effettuati ad intervalli di tempo regolari durante tutto il periodo post-operatorio: T2(2 h), T3(6 h), T4(12h), T5(18 h), T6(24h), T7(36h), T8(48h).

Da Settembre 2011 la terapia antalgica post operatoria veniva impostata opzionalmente con device PCA CADD®-Solis caricato con un reservoir da 50 ml specificatamente concepito, contenente una concentrazione di Morfina 1 mg/ml, lock-out 10 minuti, limite massimo in 4 ore di 20 mg.

Veniva impostata come Rescue Dose (RD) Morfina 2-4 mg ev in bolo.

RISULTATI

Sono stati arruolati 1411 uomini e 1333 donne, con età media di 46,1 anni. Gli interventi chirurgici sono stati effettuati dalle seguenti specialità:

- Ortopedia 1094 (39,88%)
- Chirurgia generale 1047 (38,16%)
- Urologia 223 (8,13%)
- Ginecologia 171 (6,21%)
- Chirurgia vascolare 74 (2,71%)
- Chirurgia toracica 53 (1,92%)
- Altro 82 (2,99%)

La strumentazione utilizzata in APS vede un importante cambiamento nel periodo successivo all'introduzione del device PCA (Settembre 2011); precedentemente a questa data la terapia antalgica post-operatoria si impostava attraverso elastomero nel 95.5% dei casi, con:

- Morfina: 70,3%



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

- Tramadolo: 15,1%
- Ketorolac: 10,6%
- Associazione tra tramadolo e ketorolac: 4%

Successivamente la terapia antalgica post operatoria veniva impostata con elastomero nel 52,2% dei casi e con device PCA nel 42,4%. Il dosaggio medio di morfina somministrata attraverso quest'ultima risulta di 18,5mg con un minimo di 7mg e un massimo di 32mg.

CONCLUSIONI

L'introduzione del servizio di APS permette una riduzione dei tempi di dimissione e dei costi di gestione dei pazienti in post-operatorio. In particolare l' autosomministrazione di oppiacei al bisogno tramite PCA consente al paziente di raggiungere rapidamente la concentrazione analgesica minima efficace (MEAC), risultando particolarmente efficace nella gestione dei picchi dolorosi, rilevati principalmente in T3(6h). Questo dispositivo quindi, garantendo un controllo ottimale della sintomatologia dolorosa post-operatoria sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, migliora complessivamente l'efficienza del servizio di APS .



IL TRATTAMENTO DEL BTCP CON LA FORMULAZIONE DI FENTANYL SPRAY NASALE CON PECTINA

De Meo B., Lazzari M., Palombo E., Veronesi MC., Finocchi S., Guantera D., Bellucci O., D'Este N., Luciani S., Gatti A.

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Dipartimento di Emergenze, Accettazione, Medicina Critica, Medicina del Dolore e delle Scienze Anestesiologiche

INTRODUZIONE

Il dolore è uno dei sintomi più invalidanti e frequenti del cancro. Il BTcP (Breakthrough Cancer Pain) colpisce dal 20% al 95% dei Pz oncologici incidendo negativamente sulla qualità della vita e sui costi per la gestione clinica. L'obiettivo dello studio è stato valutare l'efficacia e la sicurezza della formulazione di fentanyl con pectina, sotto forma di spray nasale, in pazienti con BTcP.

MATERIALI E METODI

Lo studio retrospettivo osservazionale è stato condotto presso l'Hub di Medicina del Dolore del Policlinico di Tor Vergata nel periodo tra Maggio 2011 e Dicembre 2012. Abbiamo osservato 411 pazienti oncologici (217 maschi e 194 femmine; età media di 65,2 anni) con dolore di base ben controllato dalla terapia oppiacea ed episodi di BTcP trattati precedentemente con paracetamolo, tramadolo, fans, con scarso beneficio. Alla visita basale (T_0) i pazienti hanno sostituito la Rescue Dose con fentanil spray nasale con pectina ed il farmaco è stato titolato fino ad un controllo ottimale dell'episodio di BTcP. I follow-up sono stati a una (T_1), due (T_2) e quattro settimane (T_3) dalla visita basale, nel corso dei quali si valutava l'intensità del dolore tramite NRS, la rapidità d'azione, la gestibilità del farmaco e la qualità del sonno (SQ) attraverso questionari somministrati ai pazienti nella comune pratica clinica.

RISULTATI

A T_0 il dolore medio basale era 2,8 punti NRS, quello medio al BTcP era 8,6, dopo assunzione della rescue dose era 8,2. Il tempo di efficacia dopo assunzione della rescue dose era mediamente di 31,09 min. La terapia di base era costituita da ossicodone, idromorfone, fentanil transdermico, buprenorfina, tapentadolo. Il 62% dei soggetti arruolati riferiva una qualità del sonno scadente. Nei follow-up successivi il dolore riferito dopo assunzione di fentanyl con pectina era a T_1 2,65, a T_2 2,5 ed a T_3 2,7 ed il tempo di efficacia si riduceva mediamente a 5,34 minuti a T_1 , a 6,08 minuti a T_2 ed a 6,02 minuti a T_3 . Al termine dello studio il controllo del dolore e l'SQ mostravano un netto miglioramento e solo il 13,69% riferiva un riposo notturno scadente.

A T_3 il controllo del BTcP era raggiunto con 100mcg di fentanil con pectina nel 31,7% dei casi, 200mcg nel 37,5%, 400mcg nel 22,3% e di 800mcg nel 8,5%. Nel corso dello studio 22 Pz sono deceduti.

CONCLUSIONI

La formulazione nasale di fentanil con pectina ha dimostrato di indurre un buon controllo del dolore da BTcP in pazienti che precedentemente assumevano altre terapie di soccorso con scarso beneficio. La rapidità d'azione del fentanil spray nasale gioca un ruolo cruciale nella compliance del paziente che non abbandona il trattamento, anche per la praticità dello spray nasale e la semplicità d'uso con conseguente miglioramento del dolore, della qualità del sonno e della vita.



ANALGESICI NON OPIACEI NEL TRATTAMENTO DELLA CEFALEA SECONDARIA IN PAZIENTE HIV POSITIVA: CASO CLINICO

Di Marco C^{1*}, Castellani M^{1*}, Bonetti C^{2*}, Valenti F^{2*}, Marzilli C^{2*}, Cardilli E^{1*}, Biancofiore V^{1*}, Fionda D^{2*}, Petrini F¹, Ciccozzi A^{2*}, Marsili I^{2*}, Paladini A^{2*}, Piroli A^{2*}, Marinangeli F^{2*}

¹ Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara; sede aggregata di L'Aquila

² Cattedra di Anestesia e Rianimazione- Università degli Studi di L'Aquila

* V.A.Do. onlus, associazione volontariato per l'assistenza domiciliare, L'Aquila

INTRODUZIONE

L'avvento dei farmaci antiretrovirali ha determinato un declino della mortalità HIV-correlata. Il controllo farmacologico della patologia la rende una condizione cronica, gravata da numerose comorbidità, come il dolore cronico⁽¹⁾.

Nei pazienti HIV positivi, il dolore può essere correlato direttamente all'infezione (dolore neuropatico, sarcoma di Kaposi, infezioni opportunistiche), indipendente dall'infezione (Discogenic Back Pain), o secondario al trattamento con antiretrovirali⁽²⁾.

La comparsa di cefalea è una delle condizioni che portano il paziente affetto da HIV ad accedere a cure mediche, essendo tale popolazione a maggior rischio di infezioni opportunistiche a localizzazione meningo-encefalica⁽³⁾.

Uno studio italiano⁽⁴⁾ conferma come la cefalea sia un sintomo invalidante seguito, in ordine di frequenza, dal dolore agli arti inferiori, all'addome e al torace.

CASO CLINICO

Descriviamo il caso di una donna di 47 anni, affetta da infezione cronica da HIV, giunta alla nostra osservazione per la comparsa di cefalea importante (NRS=6), continua, esacerbata dal movimento, associata a sintomi di ipertensione endocranica. La paziente veniva sottoposta d'urgenza a RM encefalo che evidenziava la presenza di lesioni ascessuali, probabilmente conseguenti ad una recente rinfaringite da candida. Veniva prescritta terapia diuretica con Mannitolo, terapia antifungina e terapia antalgica non oppiacea (considerando anche la storia di tossicodipendenza della donna), con Paracetamolo cpr 1gr 2 volte/die, Ketorolac trometamina al bisogno, 1/2 fiala i.m. fino a 60 mg al dì. La paziente veniva rivalutata a distanza di tre giorni: la terapia antalgica sintomatica, associata a quella diuretica ed anti-fungina, garantiva un buon controllo del dolore cefalgico (NRS=2).

CONCLUSIONI

L'analgesia nei pazienti HIV positivi risulta talvolta difficoltosa, poiché le terapie antiretrovirali possono comportare interazioni farmacologiche verso numerosi farmaci⁽⁵⁾. Ad esempio, l'interazione tra antiretrovirali ed oppiacei può determinare cambiamenti nei livelli ematici dell'una o dell'altra categoria farmacologica, causando fallimento terapeutico o tossicità⁽³⁾. Una storia di abuso di sostanze stupefacenti, in taluni pazienti, può ulteriormente complicare la scelta terapeutica.

Il trattamento del dolore dovrebbe, in prima istanza, prevedere l'utilizzo di farmaci non oppiacei, come il paracetamolo, associato, in caso di dolore più intenso, a tramadolo o codeina, riservando la somministrazione di oppiacei forti al trattamento del dolore severo, che non risponde ai farmaci suddetti. In ogni caso i farmaci oppiacei dovrebbero essere somministrati al minor dosaggio possibile e per il minor tempo possibile⁽⁶⁾.

Bibliografia

1. Thomas C. Quinn. HIV epidemiology and the effects of antiviral therapy on long-term consequences. AIDS. 2008 September; 22(Suppl 3): S7-12.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

2. Daniel L. Krashin, MD, Joseph O. Merrill, MD, and Andrea M. Trescot, MD. Opioids in the management of HIV-related Pain. *Pain Physician* 2012; 15: ES 157-ES 168.
3. Kale E. Kirkland, PhD; Karl Kirkland, PhD; W. J. Many Jr, MD; Todd A. Smitherman; PhD. Headache Among patients with HIV disease: prevalence, characteristic, and associations. *Headache* 2012; 52:455-466
4. Del Borgo C, Izzi I, Chiarotti F, Del Forno A, Moscati AM, Cornacchione E, Fantoni M. Multidimensional aspects of pain in HIV-infected individuals. *AIDS patient care STDS* 2001; 15: 95-102
5. www.salute.gov; effetti indesiderati ed interazioni farmacologiche del trattamento antiretrovirale
6. Basu S, Bruce R, Barry D, Altice F. Pharmacological pain control for human immunodeficiency virus-infected adults with a history of drug dependence. *J Subst Abuse Treat* 2007; 32:399-409.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

NEUROTOMIA PERCUTANEA DELLA BRANCA MEDIALE DELLE FACCETTE ARTICOLARI CON RADIOFREQUENZA

Di Paolo A., Lazzari M., Divizia M., Palombo E., Tudisco S., Bellucci O., Veronesi MC., D'Este N., Luciani S., Gatti A.

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Dipartimento di Emergenze, Accettazione, Medicina Critica, Medicina del Dolore e delle Scienze Anestesiologiche

INTRODUZIONE

Secondo la International Association for the Study of Pain la sindrome delle faccette articolari rappresenta circa il 15-45% delle cause di lombalgia cronica.

La diagnosi, oltre che clinica, viene completata con un "Blocco Anestetico Selettivo" a livello del ramo mediale della branca posteriore del nervo spinale innervante la faccetta interessata.

Se il blocco darà esito positivo (riduzione dell'80% del dolore paravertebrale per 24-48 ore) si procederà alla Neurotomia con radiofrequenza del suddetto ramo.

Il trattamento, di pochi minuti per ogni metamero coinvolto, si esegue per via percutanea, con anestesia locale e sotto guida fluoroscopica. Tale procedura comporta la denervazione transitoria (6 mesi/1 anno) del nervo compromesso. Priva di effetti avversi per il paziente, in caso di riacutizzazione della sintomatologia algica, può essere ripetuta dopo 1 anno.

MATERIALI E METODI

Sono stati selezionati presso l'HUB di Medicina del Dolore del Policlinico Tor Vergata, nel periodo compreso tra maggio 2011 e febbraio 2013, settantanove pazienti affetti da lombalgia cronica che non rispondevano o rispondevano parzialmente alla terapia farmacologica. Tutti sono risultati positivi al blocco diagnostico effettuato con triamcinolone acetamide 40 mg e Naropina cloridrato 2% effettuato una volta a settimana per due settimane.

Prima della neurotomia e al suo termine, in tutti i pazienti è stata valutata l'intensità del dolore tramite NRS. Il follow up è stato effettuato a 30 giorni dalla procedura con valutazione del NRS e dell'ODI (Oswestry Disability Index), a 3 mesi, a 6 mesi, a 12 mesi con la sola valutazione dell'NRS.

RISULTATI

Nei 79 pazienti trattati, 50 donne e 29 uomini, con età media di 71 anni ± 17 , l'NRS valutato prima dell'intervento è stato di 6,88. La neurotomia ha interessato nel 65% dei casi le faccette articolari del lato destro e nel 35% quelle del lato sinistro. La procedura è stata effettuata nel 3% dei casi sul ramo nervoso tra L1 e L2, nel 14% sul tra L2 e L3, nel 95% tra L3 e L4 e tra L4 e L5, infine nel 77% tra L5 e S1. Non si sono evidenziate complicanze intra e post-procedurali. Nel controllo post neurotomia è stato riscontrato NRS= 0. Al controllo dopo 30gg l'NRS è stato di 1,82, ed è stato, quindi, possibile ridurre il dosaggio dei farmaci analgesici fino al 50%. Per quanto riguarda la disabilità si è passati da una disabilità modesta ad una minima, con decremento dell'ODI del 32%. Dei 79 pazienti, 72 sono arrivati al follow up a 3 mesi dove è stato riscontrato un NRS di 1,94. Dei 72 pazienti, 59 hanno raggiunto il follow up a 6 mesi e l'NRS riscontrato è stato di 2,92. Infine, di questi 59 pazienti, 25 sono stati valutati a 12 mesi con NRS= 3,81.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio osservazionale mostrano come la neurotomia del ramo mediale della branca posteriore del nervo spinale sia uno strumento utile per il trattamento della sindrome delle faccette articolari lombari nei casi che non rispondono alla terapia farmacologica, essendo una procedura semplice, scevra da effetti collaterali, efficace e ripetibile.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

OSSICODONE/NALOXONE A RILASCIO PROLUNGATO NEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO: STUDIO MONOCENTRICO IN PAZIENTI CON COSTIPAZIONE

Di Paolo A., Lazzari M., Veronesi MC., Divizia M., Finocchi S., Caldarulo C., Bellucci O., Luciani S., D'Este N., Gatti A.

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Dipartimento di Emergenze, Accettazione, Medicina Critica, Medicina del Dolore e delle Scienze Anestesiologiche

INTRODUZIONE

Gli oppiacei rappresentano il trattamento d'elezione per il dolore cronico oncologico e non di intensità moderata-severa. Tuttavia il loro legame ai recettori periferici intestinali provoca disfunzione intestinale e conseguente costipazione. Nei pazienti con costipazione indotta da oppiacei può essere necessaria la riduzione della dose o l'interruzione della terapia.

L'associazione di ossicodone/naloxone a rilascio prolungato è considerata una terapia antalgica capace di contrastare l'insorgenza di tale effetto collaterale combinando l'azione di agonisti e antagonisti. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia e la sicurezza di PR ossicodone/naloxone in una coorte di pazienti con dolore non oncologico analizzando sottogruppi specifici per età.

MATERIALI E METODI

Studio monocentrico, osservazionale retrospettivo effettuato su 1051 pazienti, afferenti all'Hub di Medicina del dolore del Policlinico Tor Vergata nella comune pratica clinica, affetti da costipazione con dolore cronico non oncologico di intensità moderata-severa, poco responsivi ai trattamenti analgesici. Nel complesso sono stati valutati 1051 pazienti (336 Maschi e 715 Femmine, di età media 67 ± 13 , di cui 23,9% >75 anni). E' stata somministrata l'associazione di ossicodone/naloxone a rilascio prolungato con adeguamenti del dosaggio in base alla risposta del paziente. I pazienti sono stati visitati a T0 (prima visita), T1 (15 giorni), T2 (30 giorni) e T3 (60 giorni). In ogni visita si sono valutati: l'intensità del dolore (NRS: Numerical Rating Scale), la funzionalità intestinale (BFI: Bowel Function Index), la dose giornaliera di Ossicodone/Naloxone richiesta per ottenere un controllo adeguato del dolore, la percezione del paziente sul proprio stato di salute (PGIC: Patient's global impression of change), l'uso di lassativi, la necessità di assumere Paracetamolo come Rescue Medication e l'insorgenza di eventuali effetti collaterali.

RISULTATI

Dei 1051 pazienti, 1012 giungono alla fine dello studio a due mesi. La combinazione di Ossicodone/Naloxone ha ridotto significativamente l'intensità del dolore (NRS iniziale $7,0 \pm 1,3$ e NRS al termine dello studio $4,5 \pm 1,3$, $p < 0,001$), l'uso di Paracetamolo come Rescue Medication ($p < 0,001$), la costipazione (BFI da $71,5 \pm 21,1$ a $34,8 \pm 21,6$, $p < 0,001$) e l'uso di lassativi ($p < 0,001$). Il dosaggio medio dell'associazione ossicodone/naloxone a T3 è stato di $25,3 \text{ mg/die} \pm 12,6 \text{ mg/die}$. L'83,9% dei pazienti ha considerato il proprio stato di salute "molto migliorato" o "estremamente migliorato". Gli effetti collaterali emersi sono stati in linea con quelli osservati nei precedenti studi (di cui i più comuni: sonnolenza 2,00%, vertigini 1,1% e confusione 1,0%). Nel complesso, non sono state riscontrate grandi differenze riguardanti i parametri presi in considerazione tra pazienti nelle diverse fasce d'età: <65 anni (37,4%), 65-75 anni (38,7%), o >75 anni (23,9%).

CONCLUSIONI

L'associazione ossicodone/naloxone si è dimostrata efficace per il trattamento del dolore cronico non oncologico di intensità moderata-severa di diversa eziologia in un ampio gruppo di pazienti affetti da costipazione riducendo il rischio di ulteriore peggioramento della funzionalità intestinale. I risultati emersi dallo studio non si sono dimostrati differenti nei sottogruppi specifici per età.



STUDIO DI UN PROTOCOLLO DI GESTIONE DEL DOLORE POST-OPERATORIO IN CHIRURGIA ORTOPEDICA PROTESICA NEL PAZIENTE ANZIANO

Di Pardo M*, Dragoni G.

*Specialista in Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore, Casa di Cura Privata Villa Anna, San Benedetto del Tronto

INTRODUZIONE

Numerosi studi evidenziano come un approccio multimodale al dolore postoperatorio nei pazienti sottoposti a protesi d'anca e ginocchio permetta di ottenere una rapida ripresa funzionale.

Si propone uno schema terapeutico composto da un oppioide recentemente commercializzato per ottenere un miglior controllo degli effetti collaterali mantenendo inalterata l'azione antalgica.

MATERIALI E METODI

Cinquanta pazienti anziani (74% femmine; 26% maschi, $p < 0,001$; età media $72 \pm 12,7$; mediana 73,5) sottoposti a protesi d'anca e ginocchio, hanno assunto ossicodone/naloxone PR 5/2,5 mg ogni 12 ore per i primi 3 giorni postoperatori, associato a 160 mg/12 ore di ketoprofene.

Il farmaco Rescue Dose prescritto era 1 gr di paracetamolo ev.

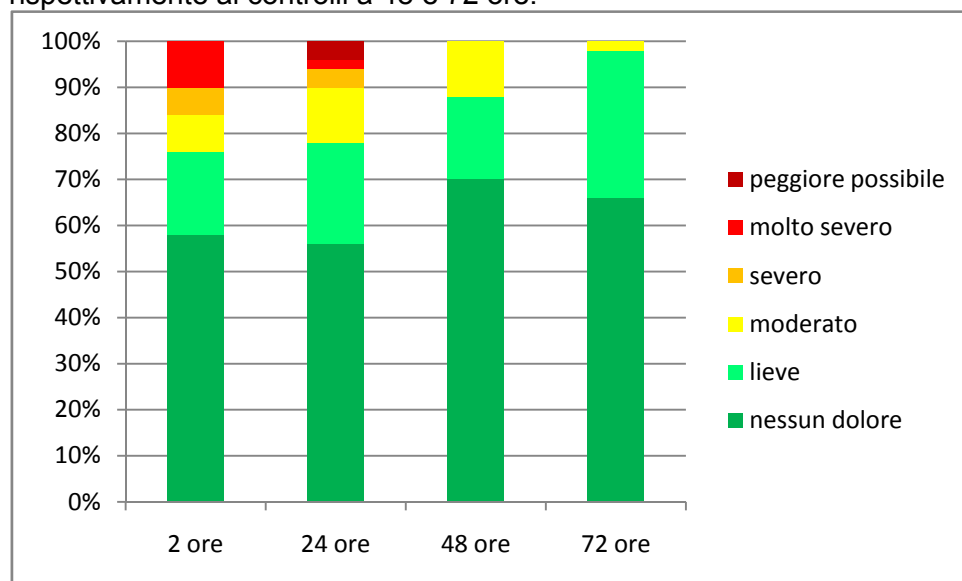
L'intensità del dolore è stata valutata tramite scala NRS (0-10) e scala VRS (da nessun dolore a peggior dolore possibile); si è monitorata la performance intestinale, la presenza e l'intensità di effetti collaterali quali nausea e vomito, prurito, cefalea, parestesie, gastralgie.

RISULTATI

L'intensità media del dolore si è mantenuta sempre lieve e costante per tutto il periodo dell'osservazione con valori di NRS di 2,02; 2,04; 1,2 ed 1,12 (2^a ora e 1^a, 2^a e 3^a giornata dopo l'intervento).

Nei pazienti sottoposti alle procedure di anca (24 paz) e ginocchio (26 paz.) notiamo un ottimo controllo sul dolore postoperatorio di anca (NRS 0,75; 1,29; 0,875; 0,92) fino alla riabilitazione. I pazienti sottoposti a protesi di ginocchio hanno mostrato dolore significativamente superiore ($p < 0,05$) ma sempre lieve con valori di NRS di 3,19; 3; 2 ed 1 in ultimo controllo in 3^o giornata.

La misurazione del dolore con Scala di Valutazione Verbale dimostra presenza di nessun dolore o dolore lieve sin dalla prima misurazione nel 76% dei pazienti e tale quota raggiunge l'88% e 98% rispettivamente ai controlli a 48 e 72 ore.



scala vrs



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

Gli effetti collaterali hanno colpito il 10% dei pazienti ed in particolare: 1 (2%) episodio di nausea, 2 (4%) episodi di vomito (1 in prima giornata non correlabile ad assunzione di ossicodone/naloxone), 1 (2%) episodio di cefalea (in prima giornata non correlabile ad ossicodone/naloxone) e 1 (2%) episodio di stipsi.

Solo 1 paziente (2%) accusava ancora sintomi in 3^a giornata (stipsi), mentre per tutti gli altri la comparsa di sintomi è stata lieve e transitoria.

La quota di pazienti che ha richiesto una rescue dose per il controllo dell'analgesia è stata significativamente superiore ($p < 0,01$) nella protesi di ginocchio (22%) rispetto a quella di anca (7%).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il protocollo proposto si è dimostrato efficace per controllo del dolore, per il ridottissimo numero di effetti collaterali e per il buon gradimento dei pazienti. L'insorgenza di complicanze da terapia con oppioidi si è dimostrata totalmente assente, confermandone la validità. Nel dolore postoperatorio di ginocchio la buona tollerabilità dimostrata con ossicodone/naloxone CR ci permetterà di aumentare il dosaggio a 10/5 mg/12 ore al fine di migliorare l'efficacia sul dolore e riducendo al minimo le rescue dose per il controllo del dolore.



AGOPUNTURA ADDOMINALE ED ERBORISTERIA TRADIZIONALE CINESE NEL TRATTAMENTO DELLA CERVICALGIA DA PROTRUSIONE DISCALE

Di Vico A, Liguori A, Petti F.

Istituto Paracelso Roma

MATERIALI E METODI

82 pazienti affetti da cervicalgia da protrusione discale che datava da almeno 2 anni, sono stati randomizzati in due gruppi di 41 soggetti: gruppo A (agopuntura addominale secondo il metodo del prof Bo Zhiyun); gruppo B (agopuntura secondo il metodo del prof. Bo Zhiyun + erboristeria tradizionale cinese). E' stata effettuata una valutazione della ipomobilità del tratto cervicale in rotazione e in flessione estensione prima del trattamento (T_0), a fine trattamento (T_1) e tre mesi dopo (T_2). Si è considerata severa una ipomobilità che permetteva una rotazione del capo sia verso destra che verso sinistra $< 60^\circ$ o una flessione-estensione $< 30^\circ$ (Score 10); grave, una ipomobilità che permetteva una rotazione del capo sia verso destra che verso sinistra $> 60^\circ < 80^\circ$, oppure una flessione-estensione $> 30^\circ < 50^\circ$ (Score 7); moderata, se i due parametri erano rispettivamente di $> 80^\circ < 90^\circ$ e di $> 50^\circ < 70^\circ$ ed era comunque presente una limitazione del movimento (Score 3).

E' stata valutata l'intensità del dolore mediante analogo visivo di Scott- Huskisson con valori da 1 a 10 sempre a T_0 - T_1 - T_2 per entrambi i gruppi.

I pazienti di entrambi i gruppi sono stati trattati con 12 sedute di agopuntura addominale 3 volte a settimana per 4 settimane. Al gruppo B in aggiunta all'agopuntura, è stato somministrato un decotto a base di erbe della farmacologia tradizionale cinese sulla formula Du Huo Ji Sheng Tang per 1 mese con varianti apportate alla suddetta formula in presenza di dolore molto intenso e stasi di sangue.

RISULTATI

A fine trattamento (T_1), nei pazienti del gruppo A è stato rilevato un decremento sia dello score medio del dolore (da 8.39 ± 1.03 a 1.55 ± 1.28) sia nello score medio della disabilità nel movimento (da 6.94 ± 2.61 a 2.94 ± 2.12).

Invece nei pazienti del gruppo B a (T_1) lo score medio è risultato 1.36 ± 1.29 e quello di disabilità 1.18 ± 1.49 .

Tre mesi dopo la fine del trattamento (T_2), nei pazienti di gruppo A è stato registrato uno score medio del dolore pari a 2.61 ± 2.09 ed uno score medio della disabilità al movimento pari a 2.94 ± 2.12 .

A (T_2) nel gruppo B lo score medio di dolore è risultato 1.70 ± 0.92 , quello della disabilità pari a 2.09 ± 2.14 .

CONCLUSIONI

Il numero dei soggetti del campione preso in esame non permette la formulazione di risultati conclusivi, tuttavia risulta evidente la notevole efficacia del metodo dell'agopuntura addominale sia sul miglioramento della funzionalità articolare ma soprattutto sulla diminuzione della sintomatologia dolorosa.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

CHRONIC LOW BACK PAIN AFTER EPIDURAL ANALGESIA FOR LABOUR

Galante D.

University Department of Anesthesia and Intensive Care, University Hospital Ospedali Riuniti of Foggia, Italy

INTRODUCTION

According to a definition of the International Association for the Study of Pain, pain is considered to be persistent when it has lasted for at least 2 months. The aim of our survey is to understand the extent of the problem through a questionnaire sent randomly to european anesthesiologists involved in epidural analgesia for labour. Our study aimed to identify the incidence of persistent pain following this procedure and the effect on daily functioning. The relationship to previous pain problems, chronic diseases and some features of labour also were examined.

METHODS

We sent to 150 european anesthesiologists who deal daily with epidural analgesia for labour a questionnaire via email in which were required to report whether the patients who underwent analgesia reported persistent pain in the lower back that influenced the attitudes of common everyday life. It was also asked for the duration of the pain and whether this was attributable to the technique of epidural anesthesia

RESULTS

The response rate was 58% (87 out of 150 returned questionnaires). Approximately 25% of women (22 out of 87) had pain 2 months following epidural analgesia for labour. Nearly all of the women suffering with persistent pain localised at the site of the peridural puncture. About 71% of those with persistent pain (16 of 22) continued to suffer pain at 6 months following the procedure. The commonest discomfort accused was a fixed pain localized to the lumbar region and in some cases irradiated to a lower limb. The pain has not in any way affected the sleep of patients and common attitudes of daily life. Approximately 50% of the patients were obese and in 34% of cases the epidural technique has been difficult. Only in 2 cases association was found with previous pain problems.

DISCUSSION

Epidural for labour analgesia is one of the commonest procedures worldwide. This survey suggests that persistent pain following this procedure is a significant problem, which not affect daily functioning. The greatest difficulties are found in obese patients and in women in which the epidural technique was rather laborious. Moreover epidural space is supposed to be narrower and deeper in a parturient than that in a nonpregnant woman and this may be another cause of the technical difficulties observed during the procedure (1).

REFERENCE

Lu IC et al. Lumbar epidural space was narrower in parturients than that in nonpregnant women by ultrasound assessment. Kaohsiung J Med Sci. 2011; 27:20-4.

**ENIGMA DOLORE IN UN INTRIGO INTERNAZIONALE DI DIFFICILE SOLUZIONE:
ALEXITIMIA KILLER DI UNA GIOVANE DONNA PROFUGA DALL'EGITTO**

¹Gerboni D., ²Girauda A., ³Pannocchia F., ¹Obertino E., ¹Gobbi R., ³Fornaro G., ²Melchio R.,
¹Menardo V., ³Vecchiato C., ²Fenoglio L., ⁴Lamberto A.

¹Dipartimento di emergenza e accettazione, SS Algologia, Ospedale S. Croce e Carle di Cuneo, Ospedale S. Croce e Carle

²Dipartimento di Medicina, SC Medicina Interna, Ospedale S. Croce e Carle di Cuneo

³Dipartimento di salute mentale interaziendale, SC Psichiatria, Ospedale S. Croce e Carle di Cuneo

⁴Psicologo convenzionato, Dipartimento di emergenza e accettazione, SS Algologia, Ospedale S. Croce e Carle di Cuneo

INTRODUZIONE

L'interesse per questo caso è determinato dal rischio clinico per indagini e trattamenti non necessari subiti in una storia complessa di dolore.

CASE REPORT

Donna 38 anni di nazionalità egiziana, sposata con due figli, insegnante, profuga per motivi religiosi, giunge alla nostra osservazione (settembre 2012) in quanto ricoverata per crisi di dolore addominale, migrante nel tempo, scarsamente responsivo alla terapia. La paziente ha goduto buona salute fino a nove mesi prima quando, in concomitanza con il trasferimento in Europa, inizialmente in Svezia, ha iniziato a presentare crisi di dolore addominale per cui è stata sottoposta a: ECT addome, TC, RM addome, EGDS, risultati negativi; colecistectomia laparoscopica e rimozione di calcolo renale, senza benefici. Nel successivo trasferimento in Italia la paziente veniva sottoposta ad ulteriori e ripetuti accertamenti: ematochimici (indici di flogosi, esame emocromocitometrico, transaminasi, elettroforesi proteica, porfobilinogeno, C1 esterasi inibitore), urinari (uro porfirine, pionbinuria). Ecografia, TAC ed RMN addome, laparoscopia esplorativa, risultati negativi.

Dopo iniziale rotazione da Ossicodone a Morfina ev successivamente, per evitare addiction, sono stati privilegiati Tapentadolo, Amitriptilina e Duloxetina. Infruttuosi blocchi di parete con AL su PT. Fugace beneficio da Midazolam ev. NRS tra 4 e 7. Psicoalgologo ipotizzava genesi del dolore nel contesto traumatico da trasferimento.

Escluse patologie organiche di rilievo, la paziente è stata trasferita in Psichiatria per approfondimento diagnostico-terapeutico. Coadiuvati dalla mediatrice culturale sono affiorati maggiori particolari della storia familiare, personale ed alcuni elementi di rilievo relativamente all'intensa dipendenza nel rapporto con la madre e con la sorella gemella oltre a modalità di tipo passivo-aggressivo con il marito. E' stata segnalata una fobia nei confronti del parto naturale, con conseguenti due parti cesarei. E' emerso un quadro caratterizzato da gravi difficoltà per la paziente a esprimere i propri sentimenti e a mentalizzare i propri conflitti, che venivano espressi tramite intense crisi algiche, con una notevole componente di rabbia e irritabilità. Rilevato trauma da separazione per inaspettato distacco dai propri familiari. Durante il ricovero è stata trattata con Duloxetina 60mg/die, Gabapentin 600mg/die, Amitriptilina 30mg/die.

Dopo dieci giorni è stata dimessa, le crisi algiche si sono nuovamente presentate. Permanendo al domicilio una condizione di rilevante disagio, con l'accordo e tramite il coinvolgimento di un allargato contesto sociale, è stato deciso il rientro in Egitto. Il rientro nella famiglia di origine si è dimostrato risolutivo, tanto che dopo un mese è tornata in Italia per ricongiungersi ai figli e al marito ed attualmente risulta in condizioni di benessere.

CONCLUSIONI

L'alexitimia è un disturbo che compromette la consapevolezza e la capacità descrittiva degli stati emotivi esperiti, rendendo incolore lo stile comunicativo. Poiché l'abilità di riconoscere espressioni



ABSTRACT BOOK

**36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore**

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

emotive è prevalentemente collegata al corretto funzionamento dell'emisfero destro, è stata ipotizzata disfunzione di tale emisfero. Neuroimmagini forniscono informazioni: depressione delle aree limbiche associate ad emozioni, amplificazione delle aree coinvolte dal dolore con riduzione delle aree regolatorie.

Il deficit di elaborazione cognitiva delle emozioni può essere conseguente a eventi traumatici oppure derivare dallo sviluppo inadeguato delle funzioni di mentalizzazione. Nel caso riportato verosimilmente agiscono entrambi. La difficoltà della lingua acuisce l'alelessitimia.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

LA VIA SPINALE A DOMICILIO: UN'ESPERIENZA DI TRE ANNI IN PAZIENTI CON DOLORE ONCOLOGICO COMPLESSO

¹Gerboni D., ¹Obertino E., ¹Gobbi R., ¹Menardo V., ²Salvini E.

Dipartimento di emergenza e accettazione, SS Algologia, Ospedale S. Croce e Carle di Cuneo, Ospedale S. Croce e Carle

²Fondazione ADAS onlus di Cuneo

Il dolore rappresenta uno dei sintomi maggiormente riscontrati nella storia naturale delle patologie oncologiche nonché uno dei maggiormente impattanti sulla qualità di vita dei pazienti. Per quanto i farmaci cardine nella terapia del dolore siano indiscutibilmente gli oppioidi, in casi attentamente selezionati l'utilizzo della via spinale e, contestualmente, l'introduzione dell'anestetico locale, possono rappresentare un utile strumento per il raggiungimento del compenso algico e conseguentemente per poter garantire una migliore qualità di vita ai pazienti. Nel corso degli ultimi tre anni, tra i pazienti afferenti al nostro centro di algologia, sulla base di un'attenta selezione basata sulla valutazione dell'opioids escalation index, dell'eventuale presenza di effetti avversi, del raggiungimento di dosaggi endovenosi elevati (>200 mg di morfina/die ev), della stratificazione prognostica ottenuta attraverso il "revised Edmonton Staging System for Classifying Cancer Pain" (rESS) e della presenza di dolore episodico intenso, 21 pazienti sono stati candidati al posizionamento di un catetere spinale con Porth (9 cateteri intratecali e 12 cateteri peridurali). Successivamente tali pazienti sono stati presi in carico a domicilio dalla Fondazione ADAS onlus che si è occupata della gestione di tale terapia mediante pompa elettronica con PCA.

Tali terapie hanno avuto una durata media di 69 giorni per i cateteri intratecali e 97 giorni per i cateteri peridurali, non abbiamo rilevato complicanze né immediate, relative alla procedura d'impianto, né tardive quali infezioni, formazione di granulomi, posizionamenti o reazioni avverse ai farmaci. Tuttavia, nelle fasi terminali di malattia (ultimi 15 giorni), in tutti i pazienti è stato reintrodotta, al fine di ottenere un ottimale compenso dei sintomi, un oppioide sistemico. In relazione a ciò, riterremmo opportuna l'impostazione di studi volti a chiarire se tale necessità possa essere ricondotta all'opportunità di ottenere un maggior effetto corticale nelle fasi terminali di malattia piuttosto che a un'eventuale iperalgesia indotta da tale via di somministrazione.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

PALMITOLETANOLAMIDE NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO ASSOCIATO A DIFFERENTI EZIOPATOGENESI

Gianfelice V., Lazzari M., Finocchi S., Frasca M.G., Palombo E., Bellucci O., Luciani S., Guantero D., Divizia M., Gatti A.

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Dipartimento di Emergenze, Accettazione, Medicina Critica, Medicina del Dolore e delle Scienze Anestesiologiche

INTRODUZIONE

"The origin of all pain is inflammation and the inflammatory response" [Omoigui S. 2007].

L'attivazione della flogosi tessutale richiama mastociti, macrofagi e cellule endoteliali in situ, i quali rilasciano citochine pro-infiammatorie, ossido nitrico, NGF e prostaglandine.

Queste sostanze attivano diverse vie intracellulari e aumentano la sensibilità e l'eccitabilità dei nocicettori, tra cui TRPV1 e TRPV2, espressi a livello dei neuroni sensoriali primari periferici e del ganglio trigeminale. Questi recettori vengono fosforilati e defosforilati attraverso le chinasi, la cui attività è governata dalla glia.

Oggi i target dei farmaci per il dolore neuropatico sono i neuroni che trasmettono l'informazione nocicettiva. In futuro potrebbe essere una strategia innovativa utilizzare cellule non neuronali (mast-cell e microglia) per raggiungere il pain relief.

La Palmitoletanolamide (PEA) è un composto endogeno di natura lipidica, appartenente alla famiglia delle N-aciletanolamine, che inibisce il rilascio di mediatori pro-infiammatori dai mastociti attivati e riduce il reclutamento e l'attivazione dei mastociti nei siti di lesione del nervo, riducendo l'allodinia e l'iperalgisia.

MATERIALI E METODI

Lo studio osservazionale retrospettivo è stato condotto presso l'HUB Medicina del Dolore del Policlinico Tor Vergata, per valutare la sicurezza e l'efficacia del PEA nel ridurre l'intensità del dolore cronico in pazienti con differenti condizioni patologiche. Nel periodo compreso tra Giugno 2009 e Marzo 2013, sono stati osservati 1597 pazienti (485 uomini e 1112 donne), d'età compresa tra i 18 e 90 anni (età media 65,6 anni) affetti da dolore cronico non controllato (NRS \geq 4).

Le patologie associate al dolore cronico sono state: Radicolopatia (58.20%), FBSS (7.6%), Nevralgia post-herpetica (5.25%), Neuropatia Diabetica (4.8%), Patologie oncologiche (3.61%), Osteoartrosi (8.9%), Post-chirurgico (2.16%), Nevralgia Trigeminale (2.5%) e Altro (neuropatia post traumatica, sclerosi multipla, polineuropatia metabolica o iatrogena ecc...) (6.98%). La PEA è stata somministrata alla posologia di 2 bustine da 600 mg al dì per 21 giorni e di 1 bustina al dì per ulteriori 30 giorni.

Alla visita basale la PEA è stata somministrata in politerapia, in associazione alle terapie antalgiche convenzionali, a dosaggi stabili, oppure è stata somministrata come unico trattamento in pazienti che avevano sospeso la terapia antalgica convenzionale a seguito dell'insorgenza di effetti collaterali. È stata analizzata la variazione dell'intensità del dolore, utilizzando la *Numeric Rating Scale* (NRS), valutata all'inizio (tempo T0) ed alla fine del periodo di trattamento (tempo T1 = fine ciclo 51 giorni).

RISULTATI

Il trattamento con PEA ha significativamente diminuito l'intensità media del dolore da un valore medio di NRS di 5,55 ad un valore medio di NRS di 2,43 in politerapia e in monoterapia, seppure in misura ridotta, da un valore di NRS di 5.55 ad un valore di NRS di 3.7.

Nessun paziente ha manifestato effetti indesiderati dal trattamento con PEA.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

CONCLUSIONI

La PEA si è dimostrata efficace e sicura nel trattamento del dolore cronico in differenti condizioni patologiche, indipendentemente dalla causa eziologica del dolore, sia in politerapia che in monoterapia, seppure in misura ridotta. Il trattamento con PEA si è dimostrato sicuro in quanto non si sono verificati effetti avversi.



EFFICACIA DELLA COMBINAZIONE INTRATECALE DI MORFINA, ZICONOTIDE E LEVOBUPIVACAINA NEL CONTROLLO DEL DOLORE ONCOLOGICO

Giglio M, Lagravinese D, Preziosa A, Bruno F, Puntillo F

Anestesia e Rianimazione, Dipartimento di Emergenze e Trapianto di Organi, Università di Bari

BACKGROUND

Diversi lavori hanno dimostrato l'efficacia della combinazione di morfina e ziconotide intratecale, nei pazienti con dolore cronico oncologico (1,2).

OBIETTIVO

Verificare l'efficacia e la tollerabilità della combinazione di morfina, ziconotide e levobupivacaina nel controllo del dolore in pazienti con intenso dolore da neoplastica metastatica.

METODO

Criteri di inclusione: pazienti con dolore cronico oncologico con VAS>7, nonostante somministrazione sistemica di oppioidi forti.

Criteri di esclusione: età < 18 anni, metastasi encefaliche, alterazioni della coagulazione.

Tutti i pazienti che presentavano i criteri di inclusione venivano sottoposti a posizionamento di catetere sub-aracnoideo tunnellizzato e ad impianto di port-a cath sottocutaneo. Al port veniva collegata una pompa contenente la miscela dei tre farmaci e veniva valutata la VAS a T0, dopo 2 giorni (T2), a una settimana (T7) e a 30 gg(T30). Venivano altresì monitorati gli eventuali effetti collaterali.

RISULTATI

Durante il 2012 sono stati arruolati 21 pazienti (14M/7F) di età media 66 ± 15 aa. Tutti i pazienti arruolati erano affetti da neoplasie di diversa origine (uroteliale, colico, pancreatico, polmonare, epatico) con metastasi diffuse e in particolare con coinvolgimento osseo del rachide.

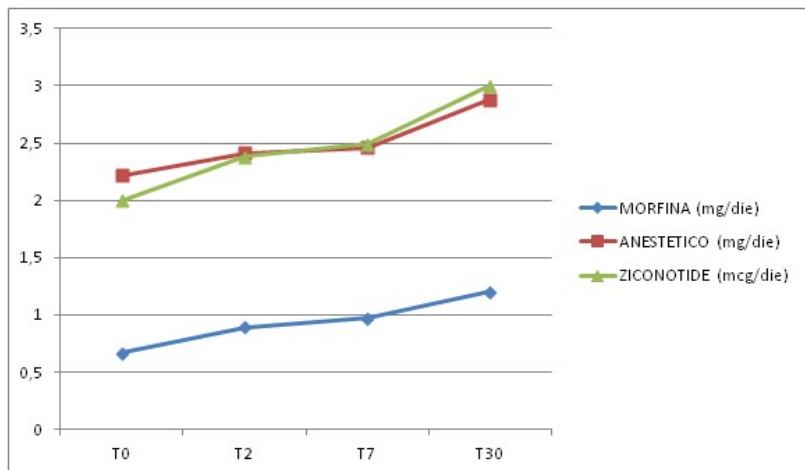
I pazienti erano tutti in trattamento con oppioidi per via sistemica. La VAS media era 90 ± 8 .

Nella combinazione intratecale, i dosaggi medi iniziali dei tre farmaci sono stati 0,67 mg/die per la morfina, 1,75mcg/die per la ziconotide e 2,22 mg/die per la levobupivacaina.

A T2 la VAS media si è ridotta a 33 ± 11 , e i dosaggi medi dei tre farmaci sono stati di 0,89 mg/die per la morfina, 2,38 mcg/die per la ziconotide e 2,41 mg/die per la levobupivacaina.

A T7 la VAS è rimasta costante (valore medio 32 ± 9) così come i dosaggi utilizzati per i farmaci intratecali. A T30 la VAS media è stata di 42 ± 11 .

I dosaggi medi dei tre farmaci nei diversi tempi sono mostrati in fig. 1.





ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

I pazienti hanno notevolmente ridotto la frequenza dell'assunzione di farmaci per il controllo del dolore episodico intenso durante il periodo di studio.

DISCUSSIONE

La combinazione intratecale di morfina, ziconotide e levobupivacaina ha consentito un rapido ed efficace controllo del dolore con una più lenta escalation delle dosi giornaliere di morfina nel tempo. Inoltre ha permesso anche una riduzione dell'assunzione di oppioidi sistemici per il controllo del dolore episodico intenso.

CONCLUSIONI

La combinazione di morfina, ziconotide e levobupivacaina per via subaracnoidea garantisce un efficace e rapido controllo del dolore cronico intenso da neoplasia metastatica anche con bassi dosaggi dei farmaci intratecali, suggerendo una importante azione sinergica tra loro. L'aggiunta di levobupivacaina garantisce un miglior controllo del dolore incidente.

Bibliografia

1. Alicino I, Giglio M, Manca F, Bruno F, Puntillo F. Intrathecal combination of ziconotide and morphine for refractory cancer pain: a rapidly acting and effective choice. *Pain* 2012 Jan;153(1):245-9
2. Raffaelli W, Sarti D, Demartini L, Sotgiu A, Bonezzi C; Italian Ziconotide Group. Italian registry on long-term intrathecal ziconotide treatment. *Pain Physician*. 2011 Jan;14(1):15-24



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

RUOLO DELL'IDROMORFONE NELLA GESTIONE DEL DOLORE NEUROPATICO

Giglioli F.P.^{1,2}, Petrucci E.^{1,2}, Scimia P.^{1,2}, Paladini G³, Piroli A.^{1,2}, Panella L.⁴, Paladini A.^{1,2}, Ciccozzi A.^{1,2}, Marsili I.^{1,2}, Marinangeli F.^{1,2}

¹Cattedra di Anestesia e Rianimazione- Università degli Studi de L'Aquila

²V.A.Do.- Volontariato per l'Assistenza Domiciliare- L'Aquila

³Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara; sede aggregata di L'Aquila

⁴ U.O.C. Anestesia e Rianimazione a D.O.- Ospedale Civile S. Salvatore- L'Aquila

INTRODUZIONE

Il dolore neuropatico affligge tra il 25 e il 50% dei pazienti che afferiscono ai centri di Medicina del Dolore. La presenza di un dolore severo non controllato è in grado di interferire pesantemente non solo a livello biologico, ma anche sulla qualità di vita dei pazienti, alterando il sonno e le normali attività quotidiane. L'obiettivo del presente studio è stato quello di valutare l'efficacia, la tollerabilità e l'interazione con i principali parametri vitali dell'idromorfone a lento rilascio, in pazienti affetti da sindrome dolorosa neuropatica, sia di origine neoplastica che non.

MATERIALI E METODI

Sono stati inclusi nel presente studio osservazionale prospettico non randomizzato i pazienti affetti da sindrome dolorosa neuropatica di severa intensità (NRS \geq 6), di diversa origine, diagnosticata con l'ausilio della versione italiana della "Scala del Dolore Neuropatico"¹.

Sono stati monitorizzati l'intensità del dolore (scala NRS), e la qualità di vita (Scala Karnofsky Performance Index), al momento della prima visita (T0) ed in tre controlli successivi effettuati a distanza di una settimana (T1), 1 mese (T2) e tre mesi (T3).

Un NRS score \geq 6, comportava l'incremento della dose di idromorfone come da schema seguente: DOSE START 4mg/die > 8mg/die > 16mg/die > 32mg/die. I farmaci adiuvanti ammessi erano: anticonvulsivanti (pregabalin, gabapentina), antidepressivi (amitriptilina, duloxetina). I pazienti potevano utilizzare, al bisogno, tramadolo, paracetamolo, paracetamolo-codeina e diclofenac.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Sono rientrati nello studio 14 pazienti, 9 maschi e 5 femmine, età media 79,9 \pm 7,8 anni. Cinque affetti da dolore neuropatico di natura neoplastica (C) e 9 da patologia non neoplastica (NC). Dopo una settimana di trattamento con idromorfone 4 mg, il 100% presentava ancora una NRS $>$ 6, pertanto il dosaggio di idromorfone è stato incrementato a 8mg/die, ottenendo un pain relief accettabile (NRS $<$ 6) in 4 pazienti, confermato anche alle successive rilevazioni, pertanto tale dose è stata mantenuta fino alla fine dell'osservazione. Al tempo T2, 9 pazienti con NRS $>$ 6 sono passati a 16 mg di idromorfone, con tale dosaggio la percezione del dolore è risultata inferiore a 6 nel 100% del campione, con un NRS medio di 3,1 (\pm 1,2) per il gruppo C e di 3,0 (\pm 1,2) per il gruppo NC, al tempo T3. In nessun paziente sono state rilevate modificazioni significative dei parametri vitali, un paziente del gruppo C è passato alla somministrazione trans-dermica di oppioidi per impossibilità ad assumere il farmaco per os. Una differenza statisticamente significativa è emersa per l'indice di Karnofsky (p $<$ 0,05) ai tempi T2 e T3, a scapito dei pazienti con neoplasia.

La somministrazione di idromorfone, grazie al rilascio graduale e prolungato del principio attivo, garantisce una costante analgesia nell'arco delle 24 ore. La possibilità di mono-somministrazione giornaliera, consente di ottenere un miglioramento della compliance al trattamento antalgico, con riduzione delle interazioni farmacologiche dovute alla polifarmacoterapia^{2,3}.

Bibliografia

1. E. Negri, R.Bettaglio, I. Demartini, M. Allegri, M. Barbieri, D. Miotti, I.Paulin, M. Buonocore, C. Bonezzi Validazione della «scala del dolore neuropatico» (sdn) e sue applicazioni terapeutiche". Minerva anesthesiol 2002;68:95-104



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

2. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, et al (Aarhus Univ Hosp, Denmark; Churchill Hosp, Oxford, England) Pain 2005; 118: 289–305
3. Wallace M, Skowronski R, Khanna S, Tudor IU, Thippawong J. Efficacy and safety evaluation of once-daily OROS hydromorphone in patients with chronic low back pain: a pilot open-label study. Curr Med Res Opin 2007 May; 23(5):981-9



IL CEROTTO CUTANEO DI CAPSAICINA ALL'8% NEL TRATTAMENTO DELLA NEVRALGIA POST-HERPETICA: LA NOSTRA ESPERIENZA

Lagravinese D, Giglio M, Preziosa A, Bruno F, Puntillo F

Anestesia e Rianimazione, Dipartimento di Emergenze e Trapianto di Organi, Università di Bari

BACKGROUND

Il cerotto di capsaicina all'8% è indicato per il trattamento del dolore neuropatico periferico negli adulti non diabetici da solo o in associazione ad altri farmaci.

La capsaicina (8-metil-N-Vanillil_Trans-6-Nonenamida) è un agonista altamente selettivo dei recettori TRPV1 (Transient Receptor Potential Vanilloid Type 1) abbondantemente espressi nel sistema nervoso centrale e sulle terminazioni periferiche delle fibre C e A delta. La loro attivazione determina un'azione bifasica sui nervi sensoriali, con una iniziale eccitazione, legata al rilascio di sostanza P e del fattore CGRC, seguita da un durevole periodo refrattario dovuto all' influsso di ioni calcio all'interno della cellula. Clinicamente questo determina una iniziale sensazione di bruciore cui segue un periodo di analgesia per desensitizzazione funzionale.

OBIETTIVO

Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia e la tollerabilità di cerotto di Capsaicina all'8% nei pazienti con NPH non responsiva ai trattamenti farmacologici convenzionali

METODI

Criteri di inclusione: NPH resistente a trattamenti farmacologici, comparsa di allodinia tattile nei dermatomeri interessati, sensibilità per il caldo preservata.

Criteri di esclusione: età inferiore a 18 anni, zona algica molto estesa tale da non poter essere coperta da 4 cerotti, cute non integra e anestesia dolorosa nella zona interessata.

L'applicazione è stata fatta secondo i criteri della scheda tecnica. In caso di comparsa di dolore urente durante l'applicazione del cerotto era prevista l'apposizione di ghiaccio secco sulla zona algica e nel caso di persistenza del dolore la somministrazione di fentanyl e.v.

Durante l'applicazione del cerotto è stata monitorata la Pressione arteriosa media (PAM) e la Frequenza cardiaca.

L'analgesia è stata valutata con scala VAS al tempo 0, dopo 7 giorni (T7), a 30 (T30) a 60 (T60) e a 90 giorni (T90).

RISULTATI

Sono stati arruolati 6 pazienti (3 maschi/3 femmine) di età media 79 ± 7 anni, tutti affetti da nevralgia post-herpetica. La NPH datava da 20 ± 14 mesi.

Le sedi interessate sono state: torace (2 pz.), addome (2 pz.), arto inf sin (1 pz) e fronte (1 pz). Il numero medio di cerotti utilizzato è stato di 1,42 (range 0,5-3)

Tutti i pazienti hanno presentato una sensazione di dolore urente dopo 20' dall'applicazione del cerotto con acme a 30'. Tutti i pazienti sono stati trattati con crioterapia, in due pazienti è stato necessario somministrare 50 mcg di fentanyl. La PAM è aumentata tra i 20' e 30' dopo l'applicazione per poi tornare ai valori presenti prima del trattamento. In nessun paziente è stato necessario somministrare farmaci antiipertensivi. Il rossore comparso in tutti quanti i pazienti durante l'applicazione del cerotto, è scomparso nell'arco di 24 h.

La figura 1 indica l'andamento della VAS nel tempo.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

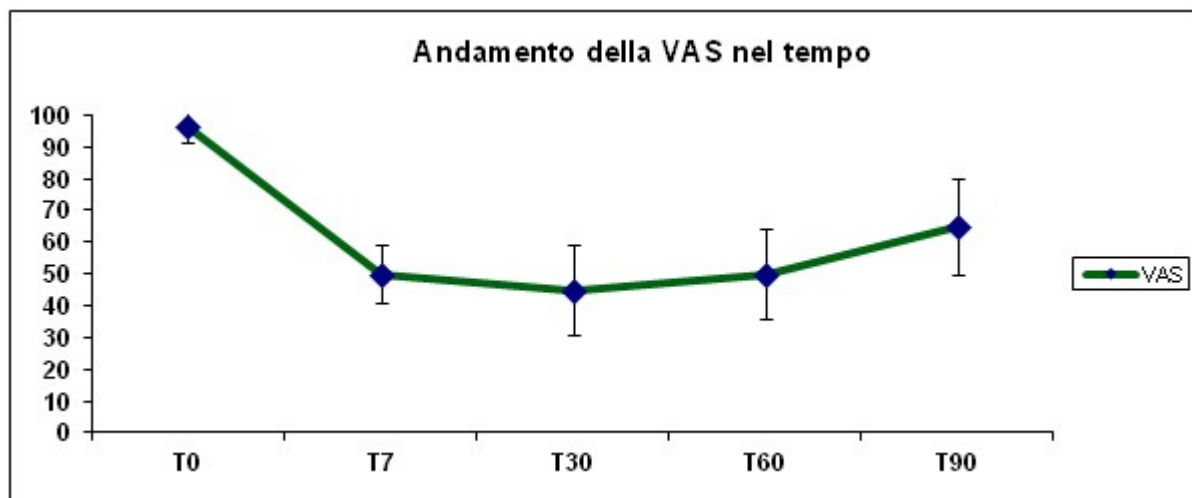


Figura 1

DISCUSSIONE

Il cerotto di capsaicina all'8% si è dimostrato efficace e sicuro nel nostro gruppo di pazienti con una riduzione del dolore di circa il 50% nei primi 2 mesi. In tre pazienti si è ridotta l'assunzione di farmaci analgesici.

CONCLUSIONE

Nonostante l'esiguità del campione a nostra disposizione, il cerotto di Capsaicina è una buona opportunità per una sottocategoria di pazienti resistenti ai trattamenti tradizionali.



SAFETY AND EFFICACY OF EFFENTORA TO TREAT ACUTE MODERATE ONCOLOGICAL PAIN IN A CIRRHOTIC PATIENT WITHOUT PREVIOUS STRONG OPIOID THERAPY

Latina P¹, Andriulli A², Niro A², Conoscitore P², Ippolito A², Nardella M², Iacobellis A²

Anestesia I¹ e Gastroenterologia², Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo

INTRODUCTION

Cancer pain management in patients with cirrhosis generates considerable misconception and apprehension among health care professionals. In this subset of patients, drugs with high hepatic extraction, such as fentanyl (opioid μ -receptors agonist), need a thorough assessment of dosage and timing of administration as they may worsen or develop hepatic encephalopathy by direct sedative effect and by decreasing bowel movements with subsequent increase in serum ammonia. Fentanyl buccal tablet has been designed to provide a rapid onset of analgesia for the treatment of breakthrough cancer pain (BTcP) in opioid-tolerant cancer patients. After transmucosal absorption, its analgesic and sedative effect is related to its plasma level.

We describe a case of clinical efficacy of fentanyl buccal tablet (Effentora) in a cirrhotic patient (HBV infection, 63 years old caucasian man; Child score B7 / Meld score 12) with oncologic pain due to peritoneal carcinomatosis who experienced sporadic resurgence of pain.

METHODS

Remission of chronic pain was induced by Tachidol (Paracetamol 500 mg; codein 30 mg) three times a day. Effentora was administered to treat acute pain episodes with Visual Analogic Scale (VAS) ≥ 7 . Vital signs, biochemical parameters, efficacy and side effects were evaluated and reported in the table.

	Baseline	Tachidol		Tachidol+Effentora ^a (as needed: VAS ≥ 7)				
	(no analgesia)	1	2	3 ^a	4	5 ^a	6	7
Liver function parameters								
AST	161	/	/	157	/	173	/	165
ALT	487	/	/	488	/	446	/	457
gGT	597	/	/	585	/	547	/	554
FA	228	/	/	221	/	261	/	213
Total bilirubin	1.57	/	/	2.2	/	2.1	/	1.62
Creatinine	1.59	/	/	1.31	/	1.4	/	1.42
Vital signs and Analgic Parameters								
Clinical side effects	No	No	No	drowsiness	No	drowsiness	No	No
VAS (higher score/24 hrs)	6.5	4.5	5	8 \rightarrow 2	4	7 \rightarrow 3.5	4	5
Abdominal pain surface (%)	60	50	50	70 \rightarrow 10	35	55 \rightarrow 10	30	45
Arterial Blood Pressure	118/66	120/65	120/70	120/70 \rightarrow 104/55	115/65	132/72 \rightarrow 123/67	124/70	119/66
Heart Rate	85	79	87	86 \rightarrow 105	82	83 \rightarrow 97	78	81
sPO2	92	93	94	93	93	94	93	93



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

RESULTS

The initial dose of Effentora was 100 µg and titrated upwards until the effective dose of 400 µg provided rapid onset of analgesia. Within 15 minutes after administration the patient experienced drowsiness, a mild decrease in blood pressure and an increase in heart rate. VAS reduced < 4 for longer than 9 hours. No any collateral effects were reported at the increasing dose of 100 µg and 200 µg. After 36 hours a second acute painful episode with VAS 7 was treated with the same dosage of Effentora with effectiveness and similar side effects.

CONCLUSION

Opioid therapy should be postponed as long as possible in cirrhotic patients in order to preserve as much as possible both their liver function and life relation. This case report provides the first evidence of efficacy of Effentora in the management of BTcP in cirrhotics with oncologic pain.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

CONTROLLO DI DOLORE DA LESIONE NERVO PERIFERICO DELL'ARTO SUPERIORE DX IN UNA SITUAZIONE DI ESTREMA DIFFICOLTA' – CASE REPORT

Liguori S., Fortis M., Marchesi R., Cortinovis R., Ghidoni S., Zanetti S., Gritti C.

USC Cure Palliative Terapia del Dolore – Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo

INTRODUZIONE

Il caso descrive una situazione particolare di dolore cronico intenso dove il disagio psico-sociale è elevato e dove gli ingredienti che portano ad una qualità di vita pessima sono presenti e determinanti. In un arco temporale di circa 7 anni, la paziente, è stata sottoposta a percorsi terapeutici che hanno sempre di più aumentato la sofferenza con assenza di efficacia e, talvolta, esiti peggiorativi ed invalidanti; la paziente presenta, inoltre, patologie extralogogene come disturbi dell'alimentazione con dimagrimento estremo (peso corporeo 36 Kg e altezza di 165 cm), depressione reattiva. Presa in carico presso il nostro centro di terapia antalgica, viene seguita dapprima con terapie farmacologiche antalgiche fino al posizionamento di sistema per l'elettroneuromodulazione a scopo antalgico.

MATERIALI E METODI

Paziente giovane di circa 28 anni d'età, frattura scomposta dell'omero dx per accidentale caduta durante il lavoro, riduzione con mezzi di osteosintesi; dopo qualche tempo rimozione dei mezzi di sintesi ed esiti di incarceramento dei nn. periferici radiale e ulnare omolaterali; in seguito viene sottoposta a diversi interventi di scarceramento dei nervi periferici con risultato di dolore persistente sull'arto superiore dx. Diagnosi algologica di dolore in arto superiore dx con causalgia allodinica (interessante il n. radiale dx), esiti cicatriziali e deficit del nervo radiale. Per tali motivi, dopo aver perseguito altre procedure antalgiche, si decide, con la paziente stessa, il posizionamento di elettrocattetero midollare per via percutanea cervicale per la neuromodulazione elettrica a scopo antalgico.

RIASSUNTO DEI RISULTATI

Già dopo il posizionamento dell'elettrocattetero cervicale in fase temporanea, la paziente, riferisce estremo beneficio antalgico (da VNS= 8-9 di intensità del dolore percepito prima del posizionamento a VNS= 3-4 dopo posizionamento) con netto miglioramento della qualità della vita. Il miglioramento percepito come determinante dalla paziente, in termini di aumento della qualità della vita, è stato la migliore qualità del riposo notturno con un aumento delle ore di sonno notturno; la pz., prima del posizionamento, dormiva a frazioni di circa 30 minuti intervallate da lunghe pause di insonnia, dopo il posizionamento il riposo notturno è notevolmente migliorato con aumenti notevoli dei periodi di sonno).

CONCLUSIONI

La decisione di posizionare il sistema di elettromodulazione midollare è stato determinante e vincente, sia per l'aumento della qualità della vita dovuto al discreto controllo del dolore, sia in termini di fiducia che ha spinto la paziente ad intraprendere percorsi psicoterapeutici e principalmente percorsi per affrontare i problemi alimentari. L'applicazione del sistema è stato difficile e complicato anche dai problemi che abbiamo incontrato nel posizionarlo in sottocute; in particolar modo, le difficoltà si sono presentate nel confezionare la tasca addominale in una situazione di assenza completa di tessuto sottocutaneo, che ha allungato il periodo post-posizionamento con follow-up frequenti di controllo e medicazioni contenitive. Contemporaneamente si è iniziato uno svezzamento al riguardo dei farmaci analgesici oppioidi, imposti anche dal protocollo terapeutico per i disturbi dell'alimentazione.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

ANALGESIA PERI-OPERATORIA IN CHIRURGIA TORACICA E SINDROME ALGICA POST-TORACOTOMICA

Limone N*, Manzato A*.

*U.O. Anestesia e Rianimazione Cardio Toracica, Ospedali Civili di Brescia

INTRODUZIONE

La Toracotomia è una tra le procedure chirurgiche con maggiore incidenza di dolore cronico postoperatorio (PTPS) e conseguente disabilità (1). L'incidenza di PTPS è variabile tra il 30% ed il 50% (1,2,7). Dal punto di vista anestesiológico sono stati studiati differenti per la riduzione dell'incidenza di PTPS (9), limitatamente, però, alle prime giornate di degenza post operatoria.

OBIETTIVI

Lo scopo di questo studio è verificare l'incidenza di PTPS nei pazienti sottoposti a toracotomia nel nostro blocco operatorio, valutando l'esistenza di una significativa differenza tra pazienti sottoposti ad anestesia generale (AG) e trattati con antalgica endovenosa (gruppo EVA) rispetto a pazienti sottoposti ad AG+HTEA e Ossicodone+Naloxone (gruppo HTEA).

MATERIALI E METODI

In questo studio osservazionale valuteremo 80 pazienti sottoposti a toracotomia: 40 secondo metodica EVA, 40 secondo metodica HTEA.

Oltre alla compilazione pre-operatoria di un questionario SF-12 ed alla valutazione di NRS, SpO₂, P.A., F.C., brivido e PONV a 2,4,6,8,12h dall'intervento, attraverso interviste telefoniche, compileremo questionari quali SF-12, NRS, VDS, DN-4, BFI a 2, 4, 6, 8 mesi dall'intervento.

Dopo analisi descrittiva dei dati raccolti, stratificheremo la popolazione in base al tipo di anestesia. Si utilizzerà quindi il test t di Student o il corrispettivo non parametrico (test di Mann Withney). Il livello di significatività α sarà posto a 0.05.

RISULTATI

Dopo 3 mesi sono stati reclutati 14 pazienti EVA e 14 pazienti HTEA. Nelle prime 24 ore post operatorie NRS nei pazienti EVA era maggiore rispetto a HTEA (42.85% Vs. 7.14% $p = 0.0291$). A due mesi, l'incidenza di PTPS è notevolmente inferiore nel gruppo HTEA vs. EVA (36.2% Vs. 64.8%, $P = 0.001$).

CONCLUSIONI

I risultati preliminari ci suggeriscono che HTEA in associazione con Ossicodone e Naloxone riducono l'incidenza di PTPS



STUDIO AD INTERIM DELL'ASSOCIAZIONE PALMITOILETANOLAMIDE-POLIDATINANEL TRATTAMENTO DEL DOLORE DA ENDOMETRIOSI DOPO CHIRURGIA LAPAROSCOPICA CONSERVATIVA

Lombardo N.⁽¹⁾, Anfora R.⁽¹⁾, Pastore A.⁽¹⁾, Sala C.⁽¹⁾, Lanna M.⁽¹⁾, Setaro A.⁽¹⁾, Aloï M.⁽¹⁾, Nappi T.C.⁽¹⁾, Sansone A.⁽²⁾

⁽¹⁾AOU Federico II di Napoli, Dipartimento di Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva, Terapia del dolore e cure palliative

⁽²⁾ AOU Federico II di Napoli, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive

INTRODUZIONE

L'endometriosi è definita come la presenza di tessuto endometriale funzionante localizzato in sedi diverse dall'utero. Tali sedi sono le ovaie, il cavo del Douglas, le tube uterine, i legamenti uterini, il peritoneo pelvico, il setto retto-vaginale, la cervice e la superficie intestinale¹. La teoria più accreditata sulla genesi è quella della mestruazione retrograda, con impianto di tessuto endometriale sulle superfici peritoneali². È stata osservata la diffusione degli impianti endometriali attraverso il sistema linfatico³. È stata anche ipotizzata la diffusione per via ematica di tessuto endometriale vitale⁴. I sintomi più comuni di endometriosi comprendono la dismenorrea, la dispareunia e il sanguinamento. La diagnosi è basata sulla storia clinica ed è confermata dall'indagine biotipica eseguita in laparoscopia. Il trattamento è chirurgico con distruzione delle lesioni mediante laser o elettrochirurgia. Altri efficaci metodi di trattamento sono quelli medici, dal più classico impiego di ormoni inibitori ipofisari che sopprimono il rilascio di estrogeni e progesterone alla più recente combinazione palmitoiletanolamide-polidatina. La palmitoiletanolamide (Pea) è un cannabinoide endogeno con attività antianafilattica ed antiinfiammatoria, in grado di ridurre di circa il 50% il rilascio di istamina da parte dei mastociti. La Polidatina è il derivato glucoside del transresveratrolo ed ha attività antiinfiammatoria ed antiossidante. Si è visto, inoltre, che l'infiammazione è una delle maggiori cause di dolore nell'endometriosi. In particolare, la degranolazione delle mast-cellule è stata ritrovata in quantità notevole nei tessuti affetti da endometriosi e non in quelli sani⁷.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia dell'utilizzo dell'associazione palmitoiletanolamide-polidatina nel management del dolore pelvico da endometriosi dopo laparoscopia conservativa.

MATERIALI E METODI

Presso l'AOU Federico II di Napoli, Area Funzionale di Ginecologia e Ostetricia, nel periodo compreso tra settembre 2012 e febbraio 2013, abbiamo arruolato 30 pazienti di sesso femminile di età compresa tra i 20 e 42 anni (età media 29), affette da endometriosi e sottoposte a chirurgia laparoscopica conservativa. Previo consenso informato abbiamo suddiviso le pazienti in 2 gruppi randomizzati di pari numerosità campionaria.

Dopo l'intervento, alla dimissione in terza giornata, al gruppo A veniva prescritta l'associazione palmitoiletanolamide-polidatina 400mg+40 mg 2 volte al giorno per tre mesi; al gruppo B un singolo ciclo di celecoxib 200 mg 2 volte al giorno per 7 giorni. Il primo follow up era a 7 giorni, il secondo a 15 giorni e poi a 30, 60 e 90 giorni dalla prima somministrazione, con valutazione del dolore mediante questionario BPI per la ricerca dei sintomi di dolore pelvico, e punteggio stimato con scala VAS. I risultati sono stati analizzati mediante t-test ($p < 0.005$).

RISULTATI

Al termine del periodo di osservazione abbiamo riscontrato una riduzione statisticamente significativa del dolore pelvico, dismenorrea e dispareunia nel gruppo A rispetto al gruppo B. Gli effetti collaterali sono stati lievi e transitori e nessuna paziente ha avuto la necessità di abbandonare lo studio.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

CONCLUSIONI

Il nostro studio mostra l'efficacia dell'associazione palmitoiletanolamide-polidatina nel controllo del dolore da endometriosi dopo chirurgia laparoscopica conservativa, e rappresenta un'efficace alternativa laddove altre terapie sono controindicate. Dati i risultati positivi confidiamo di ampliare lo studio e di adottare l'associazione palmitoiletanolamide-polidatina nella gestione del dolore pelvico.

Bibliografia

1. Fayez JA, Taylor RB. Endometriosis:staging and management. Hosp Physician Nov.26, 1984
2. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. Am J ObstetGynecol 1927;14:422-469.
3. Javert CT.Observationson the pathology and spread of endometriosis based on the theory of benign metastasis. Am J ObstetGynecol 1951;62:477-487.
4. Hobbs JE, Bortnick AR. Endometriosis of the lungs. Am J ObstetGynecol 1940;40:832-843.
5. Boerlum KG. Infarction of an accessory spleen presenting as a uterine fibroid with necrosis. Am J ObstetGynecol 1982;143:974.
6. Pittaway DE, Fayez JA. The use of Ca125 in the diagnosis and management of endometriosis. FertilSteril 1986;46:790-795.
7. Indraccolo U. Barbieri F. Effect of palmitoylethanolamide-polydatin combination on chronic pelvic pain associated with endometriosis: preliminary observations. Eur J ObstetGynecolReprod Biol. 2010 May;150(1):76-9.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

DOLORE CRONICO: UN UNICO FARMACO, UN DUPLICE SCOPO

Luciani A^{1°}, Bonetti C^{1°}, Valenti F^{1°}, Mariani R^{1°}, Paladini G^{1°}, Degan G^{1°}, Castellani M^{1°}, Di Marco C^{1°}, Paladini A^{1°}, Marsili I^{1°}, Ciccozzi A^{1°}, Piroli A^{1°}, Marinangeli F^{1°}

¹Università degli Studi di L'Aquila – Cattedra di Anestesia e Rianimazione

[°]V.A.Do. Volontariato per l'Assistenza Domiciliare

INTRODUZIONE

Il dolore rappresenta un problema di salute pubblica in tutto il mondo per il quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda un trattamento tempestivo ed efficace¹. Nonostante la provata efficacia analgesica, l'uso degli oppioidi è associato a effetti negativi, in particolare la costipazione indotta da oppioidi (OIC) è presente in circa il 40% dei pazienti¹. Abbiamo valutato l'efficacia analgesica dell'associazione ossicodone-naloxone e l'azione sulla funzionalità gastrointestinale.

MATERIALI E METODI

Sono stati selezionati presso il nostro ambulatorio di Terapia del dolore i pazienti con dolore cronico moderato-severo, oncologico e non, in terapia da un anno con oppiaceo forte, che lamentavano stipsi tale da ricorrere all'utilizzo di lassativi. I criteri di esclusione erano l'impossibilità ad assumere farmaci per os, insufficienza epatica e renale. Per ogni paziente sono stati registrati età, sesso, peso, patologia, comorbidità, terapia farmacologica, dolore, dolore episodico intenso, alvo (scala Bowel Function Index). A tutti i pazienti, dopo la prima visita, è stato eseguito il passaggio all'ossicodone/naloxone in dosi equianalgesiche. Sono stati valutati ogni 15 giorni presso il nostro ambulatorio sia l'analgesia che la funzionalità intestinale.

RISULTATI

Sono stati arruolati 30 pazienti (16 donne, 14 uomini), di età media 68,2 anni (tra 44 e 87 anni) con dolore moderato-severo di natura oncologica (n°5 pazienti) e non (n°25 pazienti), di peso medio di 60,4 kg \pm 10,5. Tutti assumevano oppiaceo forte da circa un anno e un oppiaceo debole come rescue medication. I pazienti con dolore oncologico assumevano una terapia per via transdermica. Tutti riferivano un buon controllo della sintomatologia con la terapia in atto (NRS=3,8 \pm 0,5) ma lamentavano una stipsi invalidante con BFI medio di 59,3 \pm 7,5. Il numero di DEI era in media \pm 3,2 di NRS \pm 4. Dopo la prima visita tutti i pazienti hanno eseguito il passaggio all'ossicodone/naloxone. Si è visto un ottimo controllo della sintomatologia algica nei pazienti con dolore non oncologico al dosaggio equianalgesico, mentre nei pazienti con dolore oncologico l'associazione ossicodone /naloxone ha imposto aumenti di terapia nel tempo a causa di aumento dei DEI sia in numero (media n°4,5) che in intensità (media NRS \pm 6,5). La funzionalità intestinale era migliorata nel tempo in tutti i pazienti con BFI di 49,9 \pm 5,0. Nessun paziente ha lamentato effetti collaterali per l'assunzione del nuovo farmaco.

CONCLUSIONI

Circa ¹/₅ della popolazione adulta è affetta da dolore cronico² e i farmaci utilizzati per la gestione dello stesso spesso causano effetti collaterali che aggiunti alla sintomatologia di base aggravano la qualità di vita del paziente. La nuova formulazione combinata di ossicodone/naloxone si prefigura come una strategia terapeutica completa³ per la gestione della sintomatologia e degli eventi avversi che questa produce. Entrambi i componenti, a lungo rilascio rappresentano il gold standard per la gestione del dolore e delle disfunzioni gastrointestinali, a seguito dell'affinità che entrambi i farmaci hanno sui recettori μ , κ e δ presenti nel SNC, midollo spinale ed organi periferici: l'ossicodone, agonista, inibisce lo stimolo antalgico e il naloxone⁴, antagonista, ha una azione competitiva sui recettori μ presenti a livello intestinale, riducendo gli effetti collaterali dell'oppiaceo a questo livello.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

Bibliografia

1. Raccomandazioni per la costipazione indotta da oppiacei – Gruppo italiano per la costipazione indotta da oppioidi – http://www.simg.it/Documenti/Rivista/2009/02_2009/7.pdf
2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287–333.
3. Schutter U, Grunert S, Meyer C, Schmidt T, Nolte T. Innovative pain therapy with a fixed combination of prolonged-release oxycodone/naloxone: a large observational study under conditions of daily practice. *Curr Med Res Opin*. 2010 Jun;26(6):1377-87.
4. Marinangeli F, Guetti C, Angeletti C, Bonetti C, Paladini A, Piroli A, Varrassi G. Intravenous naloxone plus transdermal buprenorphine in cancer pain associated with intractable cholestatic pruritus. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Oct;38(4):e5-8. Epub 2009 Aug 21.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

MORBO DI PAGET E DOLORE CRONICO: NUOVE FRONTIERE TERAPEUTICHE

Luciani A^{1°}, Degan G^{1°}, Bonetti C^{1°}, Valenti F^{1°}, Mariani R^{1°}, Paladini G^{1°}, Marzili C^{1°}, Castellani M^{1°}, Di Marco C^{1°}, Paladini A^{1°}, Marsili I^{1°}, Ciccozzi A^{1°}, Piroli A^{1°}, Marinangeli F^{1°}

¹Università degli Studi di L'Aquila – Cattedra di Anestesia e Rianimazione

[°]V.A.Do. Volontariato per l'Assistenza Domiciliare

INTRODUZIONE

Il morbo di Paget è un'alterazione focale e cronica del metabolismo dell'osso che interessa almeno il 10% della popolazione anziana dell'Europa occidentale. Il sintomo principale è il dolore che può essere causato dall'aumentato turn-over osseo, dalla compressione nervosa a seguito della deformazione ossea o dalla coesistente artrite¹. Nel primo caso il trattamento d'elezione sono i bifosfonati, nei restanti due i FANS^{2,3}. Presentiamo un caso di dolore incoercibile che ci ha spinto alla somministrazione di un oppiaceo forte.

CASO CLINICO

Un uomo, di 86 anni, giungeva presso il nostro ambulatorio di Terapia del dolore lamentando un dolore severo NRS=9 all'anca destra, irradiato fino alla caviglia, di tipo spastico. In anamnesi presentava cardiopatia sclero-ipertensiva, fibrillazione atriale e morbo di Paget. Una TC bacino e sacro evidenziava una riduzione bilaterale delle rime articolari coxofemorali con fenomeni di degenerazione geodica a livello di entrambe le teste femorali. La terapia in atto con acido alendronico 70mg/15gg, paracetamolo 500mg tre volte/die e tramadolo 10ggt/tre volte die non gestiva il dolore.

Dopo una valutazione algologica, si procedeva alla sospensione della terapia antalgica in atto e alla prescrizione di ossicodone 5mg/naloxone 2,5mg al mattino, per il controllo del dolore sotto carico, e una rescue medication di paracetamolo 500 mg/codeina 30 mg per la gestione del dolore episodico intenso. Invariata la terapia con i bifosfonati. Nei mesi successivi si è valutato un progressivo controllo del dolore (NRS=5 a tre mesi) tale da eliminare l'utilizzo del farmaco al bisogno. Non sono stati documentati effetti collaterali indotti dall'oppiaceo forte.

CONCLUSIONI

Il morbo di Paget è, dopo l'osteoporosi, la seconda patologia metabolica ossea più diffusa nell'età avanzata. Tutti i pazienti richiedono un accurato esame clinico allo scopo di determinare la causa più probabile del dolore e instaurare un'appropriata terapia¹. La somministrazione dei bifosfonati o dei FANS spesso non risulta bastevole e necessita di un supporto antalgico maggiore. L'utilizzo di una nuova combinazione molecolare, che ha una duplice finalità di gestire la sintomatologia algica e preservare la funzionalità intestinale, si è rivelata efficace in un paziente grande anziano in cui spesso l'utilizzo dell'oppiaceo forte è limitato dall'effetto collaterale che induce all'auto-sospensione della terapia in atto.

Bibliografia

1. Guidelines on the Management of Paget's Disease of Bone. P. L. SELBY, M. W. J. DAVIE, S. H. RALSTON, M. D. STONE Bone Vol.31, No.3 Sep 2002.
2. Josse RG, Hanley DA, Kendler D, et al. Diagnosis and treatment of Paget's disease of bone. ClinInvestMed 2007, 30: E210–23.
3. Reid IR Pharmacotherapy of Paget's disease of bone. 2012 Apr;13(5):637-46. doi: 10.1517/14656566.2012.662486. Epub 2012 Feb 18.



RUOLO DELL'ANSIA NELL'INSORGENZA DEL DOLORE POST OPERATORIO

Mango P., Smaldone D., Muollo M., Borrelli G., Fruncillo A., Napodano R., Scafuro A.
Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva della S.U.N.
Direttore: Prof. Biagio Lettieri

BACKGROUND

In molti soggetti l'ansia si presenta come una risposta emozionale inappropriata rispetto all'entità reale degli stimoli divenendo fonte di sofferenza soggettiva. La necessità di un intervento chirurgico influisce su questa situazione perchè lo esclude dalla sua dimensione spazio-temporale abituale. Nel post operatorio l'ansia peggiora la sintomatologia dolorosa.

METODI

Nel periodo di tempo compreso tra febbraio e dicembre 2012 abbiamo arruolato nel nostro studio 36 pazienti (17M e 19F) di età compresa tra 50 e 70 anni, ASA I-II che si rivolgevano al nostro istituto perchè affetti da ernia discale lombare ad indicazione chirurgica e pertanto sottoposti ad intervento di erniectomia in anestesia generale condotta in TIVA. Nel pre operatorio (3 gg prima dell'intervento) l'ansia è stata valutata con la Scala di Hamilton (0=assente; 4=grave). Il dolore è stato valutato con la Scala NRS (numerical rating scale).

Criteri di inclusione: età compresa tra 50 e 70 anni, pazienti che dichiarano di non fare uso di sostanze stupefacenti, dolore acuto o cronico non più responsivo ai FANS di intensità maggiore di 7 (grave), pazienti che all'anamnesi riferiscono uno stato ansioso superiore a 3 (grave), ASA I-II, assenza di patologie psichiatriche maggiori.

Criteri di esclusione ASA III-IV .

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi:

- GRUPPO A (18 pazienti di cui 10M e 8F): disturbo d'ansia non curato
- GRUPPO B (18 pazienti di cui 7M e 11F): disturbo d'ansia trattato con delorazepam per os (1mg/die= 26 gocce/die divise in 2 o 3 somministrazioni) nei 3 gg precedenti l'intervento.
-

Il trattamento antalgico post-operatorio è stato effettuato per entrambi i gruppi somministrando ai pazienti tramadolo 200 mg, ketorolac 60 mg, metoclopramide 10 mg, ranitidina 100 mg in pompa elastomerica. Un attento monitoraggio della risposta antalgica è stato quindi effettuato in maniera programmata : recovery room, 3 ore, 12 ore, 24 ore, 48 ore dall'intervento. Rescue dose con paracetamolo 1g ev. I risultati sono espressi in valori medi.

RISULTATI

Dalla valutazione del dolore nel post-operatorio si evince una sensibile differenza nella risposta antalgica tra i due gruppi di pazienti, così come mostrato dai risultati espressi in valori medi:

GRUPPO A: la NRS dal valore di 9 del pre-operatorio è progressivamente diminuita ai valori di 4 all'atto dell'arrivo dei pazienti in recovery room, mantenendosi in un range compreso fra 3 e 5 alle successive valutazioni. Sei dei diciotto pz hanno richiesto un'analgesia supplementare.

GRUPPO B: la NRS dal valore di 8 NRS del pre-operatorio è progressivamente diminuita ai valori di 4 all'arrivo in recovery room, mantenendosi su valori di 2 alle successive valutazioni. Soltanto 2 pazienti hanno necessitato di dosi aggiuntive di analgesico per ottenere tale risultato.

CONCLUSIONI

I risultati riportati mostrano una sensibile differenza tra i due gruppi studiati nella risposta alla terapia antalgica post-operatoria, risultando essa migliore nel gruppo in cui si è effettuata terapia ansiolitica pre-operatoria. Ciò conferma la correlazione esistente tra percezione del dolore e disturbi legati all'ansia.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

CONSIDERAZIONI

L'anestesista dovrebbe sempre prendere in considerazione che il risultato positivo dell'intervento terapeutico medico-chirurgico dipende dal vissuto del soggetto. La proposta è un cambiamento da una visione tradizionalmente medica del concetto di malattia e di cura focalizzato sulla patologia ad un approccio orientato alla globalità della persona, con la presa di consapevolezza dei bisogni non solo fisici, ma anche psicologici e sociali, caratteristici di ogni singolo individuo.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

UTILIZZO DEL CEROTTO TRANS DERMICO AL FENTANYL NELLA GESTIONE DEL DOLORE POST OPERATORIO NEL PAZIENTE NEUROCHIRURGICO

Mango P., Smaldone D., Borrelli G., Muollo M., Gargiulo E., Castronuovo M., de Divitiis D., Scafuro A*.

Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva della S.U.N.

Direttore: Prof. Biagio Lettieri

**Dipartimento di Neurochirurgia S.U.N*

INTRODUZIONE

Il management del dolore post operatorio è ancora oggi in continua evoluzione. Tra le varie opzioni terapeutiche disponibili per la sua gestione nel nostro studio abbiamo preso in considerazione l'utilizzo del cerotto transdermico al fentanyl (2,5mg= 25mcg/h). Questa via di somministrazione prevede un rilascio graduale e costante del farmaco per circa 72 ore dalla sua applicazione.

METODI

Nel periodo di tempo compreso tra settembre 2011 e febbraio 2013 sono stati valutati nel nostro studio 48 pazienti (24M e 24F) di età compresa tra 55 e 70 anni, ASA I-II che si rivolgevano al nostro istituto perché affetti da ernia discale lombare ad indicazione chirurgica e pertanto sottoposti ad intervento di erniectomia in anestesia generale condotta in TIVA. Abbiamo valutato l'entità del dolore mediante la scala VRS (scala verbale) al tempo 0 (pre operatorio) e ogni 12 h per i successivi 2 giorni e mediante la richiesta di analgesia supplementare (rescue dose se VRS >3) con paracetamolo ev.

Criteri di inclusione: età compresa tra 55 e 70 anni, pazienti che dichiarano di non fare uso di sostanze stupefacenti, pazienti naive ai farmaci oppioidi, ASA I-II.

Criteri di esclusione: ASA III-IV, controindicazioni all'utilizzo di oppioidi.

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base al tipo di terapia antalgica somministrata:

- GRUPPO A (28 pazienti di cui 15M e 13F): pompa elastomerica con tramadolo 200 mg, metoclopramide 10 mg, ketorolac 60 mg, ranitidina 100 mg, midazolam 5mg, catapresan 150 mg a 2ml/h per 48 h.
- GRUPPO B (20 pazienti di cui 9M e 11F): applicazione del cerotto trans dermico di fentanyl (2,5mg= 25 mcg/h) 24h prima dell'intervento fino al 2° giorno postoperatorio.

RISULTATI

Durante la degenza in reparto, nel gruppo B, trattato con cerotto al fentanyl transdermico, la percentuale di pazienti con dolore VRS 2 o 3 era significativamente più bassa rispetto al gruppo A (85 % nel gruppo B rispetto al 61% nel gruppo A). In entrambi i gruppi ci sono stati pazienti che hanno necessitato di analgesia supplementare, tuttavia la percentuale è risultata maggiore nei pazienti del gruppo A (46% gruppo A rispetto al 25% gruppo B).

CONCLUSIONI

La somministrazione per via transdermica di oppiacei nel pre-operatorio si è dimostrata efficace nella riduzione del dolore post-chirurgico. Il basso dosaggio utilizzato e il limitato periodo di esposizione rendono inoltre ragione del contenimento degli effetti collaterali classicamente associati all'utilizzo di questi farmaci, consentendone la somministrazione in relativa sicurezza. Conseguenze di tale efficacia sono una maggiore soddisfazione del paziente, una più rapida ripresa funzionale e quindi una diminuzione delle giornate di degenza e dei loro costi.



NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE IN PAZIENTI CON DOLORE CRONICO SEVERO AFFETTI DA STIPSI OSTINATA OPIOIDE INDOTTA: CASE REPORT

Mariani R.^{1*}, Valenti F.^{1*}, Bonetti C.^{1*}, Luciani A.^{1*}, Fionda D.^{1*}, De Santis S.^{1*}, Marzilli C.^{1*}, I. Marsili^{1*}, A. Piroli^{1*}, A. Paladini^{1*}, A. Ciccozzi^{1*}, Marinangeli F.^{1*}

¹ Cattedra di Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di L'Aquila

* V.A.DO, Volontariato per l'Assistenza Domiciliare

INTRODUZIONE

Gli analgesici oppioidi rappresentano il caposaldo del trattamento del dolore cronico severo, oncologico e non. In questi pazienti l'uso di oppioidi forti risulta essere obbligatorio poiché permettono un rapido ed adeguato controllo della sintomatologia dolorosa, aspetto predominante nella valutazione della qualità di vita, ancor di più se di fine vita. Tra gli effetti collaterali riportati da pazienti in terapia cronica con oppioidi, la costipazione è sicuramente il più frequente, elemento che incide in maniera decisiva sulla quotidianità, tale da condurre alcuni verso l'abbandono della terapia.

CASE REPORT

La nostra attenzione si è rivolta verso una paziente ultraottantenne affetta da grave artrosi polidistrettuale, già in terapia alla prima visita con cerotto trans dermico di Fentanil 100 mcg/h. Presentava costipazione e grave stipsi con severi dolori addominali associati (BFI=75). Il dolore non era sufficientemente controllato (VAS di base 7 – DEI 9) dato l'errato schema di somministrazione del farmaco. Si regolarizza così la somministrazione del cerotto transdermico ad intervalli fissi di 72 ore e si inserisce in terapia 1 compressa a rilascio prolungato Oxycodone/Naloxone da 5 mg alle ore 8 con l'obiettivo di un graduale switch dal cerotto di Fentanil. Al bisogno Paracetamolo 500 mg max tre volte die.

Dopo sei giorni si riduce a 75 mcg/h il dosaggio del cerotto aggiungendo una compressa di Targin da 5 mg alle ore 20. A distanza di due settimane la paziente riferisce discreto controllo della sintomatologia (VAS 5) con sporadici DEI (VAS 7) in un numero massimo di 3 die. Al contempo dato rilevante è il miglioramento del transito intestinale con diminuzione dei crampi addominali, permane stipsi (BFI 60). Si continua così a scalare di 25 mcg/h il dosaggio del cerotto ogni 12 giorni aumentando al contempo di 5 mg le compresse di Targin.

Ad ogni visita netto miglioramento della funzionalità intestinale. A distanza di 45 giorni la paziente segue terapia con Fentanil cerotto transdermico 12 mcg/ora ogni 72 ore, Targin compresse 15 mg la mattina e 10 mg la sera. Il dolore è ben controllato con occasionali DEI (VAS 5) in numero massimo di 4 la settimana. Si associa regolarizzazione del transito intestinale con defecazione tendenzialmente stitica BFI 30.

La paziente a distanza di 45 giorni dall'inserimento in terapia delle compresse di Ossicodone/Naloxone è soddisfatta della gestione farmacologica del suo dolore, gradimento principalmente legato al miglioramento del transito intestinale che non le provoca più severi dolori crampiformi.

CONCLUSIONI

La formulazione in analisi è un'efficace e completa strategia terapeutica; all'assunzione il naloxone subisce un primo metabolismo epatico che riduce la biodisponibilità plasmatica limitando l'antagonismo dell'oppioide a livello dei soli recettori μ presenti in sede intestinale. È così spiegato il motivo per cui l'associazione riduce notevolmente l'incidenza di costipazione, migliorando la funzionalità intestinale, senza ridurre l'efficacia sul controllo del dolore. Tutto ciò soddisfa anche il clinico che umanamente cerca di supportare i suoi pazienti, ancor più se terminali.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

Bibliografia

1. Systemic opioid and chronic pain. G. Varrassi, C. Angeletti, C. Guetti, F. Marinangeli, A. Paladini. *European Journal of Pain Supplements* 3 (2009) 77–83
2. Use of Strong Opioids in Advanced Cancer Pain: A Randomized Trial. F. Marinangeli, A. Ciccozzi, M. Leonardis, L. Aloisio, A. Mazzei, A. Paladini, G. Porzio, P. Marchetti, G. Varrassi. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 27 No. 5 May 2004
3. A randomised controlled trial with prolonged-release oral oxycodone and naloxone to prevent and reverse opioid-induced constipation. W. Meissner, P. Leyendecker, S. Mueller-Lissner, J. Nadstawek, M. Hopp, C. Ruckes, S. Wirz, W. Fleischer, K. Reimer. *European Journal of Pain* 13 (2009) 56–64
4. Schutter U, Grunert S, Meyer C, Schmidt T, Nolte T. Innovative pain therapy with a fixed combination of prolonged-release oxycodone/naloxone: a large observational study under conditions of daily practice. *Curr Med Res Opin.* 2010 Jun;26(6):1377-87
5. Analgesic Efficacy and Safety of Oxycodone in Combination With Naloxone as Prolonged Release Tablets in Patients With Moderate to Severe Chronic Pain. D. Vondrackova, P. Leyendecker, W. Meissner, M. Hopp, I. Szombati, K. Hermanns, C. Ruckes, S. Weber, B. Grothe, W. Fleischer, K. Reimer. *The Journal of Pain*, Vol 9, No 12 (December), 2008: pp 1144-1154



SINDROME DELL'ARTO FANTASMA IN UNA PAZIENTE ONCOLOGICA IN STADIO AVANZATO

Marzilli C^{1*}, Paladini G^{3*}, Di Marco C^{3*}, Castellani M^{3*}, Luciani A*, Bianchetti S^{2*}, Scimia P^{2*}
Alfonsi B^{2*}, Bonetti C^{2*}, Mariani R^{2*}, Valenti F^{2*}, Piroli A^{2*}, Ciccozzi A^{2*}, Paladini A^{2*},
Marsili I^{2*}, Marinangeli F^{2*}

¹Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva – Università degli Studi di L'Aquila, Ospedale Civile S. Salvatore

²Cattedra di Anestesia e Rianimazione – Università degli Studi di L'Aquila

³Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara; sede aggregata di L'Aquila

* VADO, Volontariato per l'Assistenza Domiciliare

INTRODUZIONE

La perdita di una parte del corpo può portare a sequele neurologiche che rientrano in tre distinte categorie descrittive: dolore da arto fantasma (PLP), dolore del moncone residuo (RLP) e sensazioni fantasma (PS). Questi elementi spesso coesistono nei pazienti e risultano di difficile differenziazione. La patologia vascolare rappresenta la causa più comune di amputazione, responsabile nell'82% dei casi, seguita da traumi (16,4%), tumori (0,9%) e anomalie congenite (0,8%). Il dolore post-amputazione è molto diffuso, la prevalenza varia dal 50 all'80% a carico degli arti amputati ⁽¹⁾, ma resta una condizione estremamente impegnativa da trattare, tenendo conto della complessità dei meccanismi fisiopatologici che si realizzano a livello spinale, sovraspinale e periferico. Studi condotti su umani e animali indicano che un severo dolore pre-amputazione si associa allo sviluppo di fenomeni d'arto fantasma, tanto più severi quanto più severa è l'eziologia. Attualmente lo stato dell'arte per la gestione del quadro prevede una terapia complessa che si avvale di farmacoterapia, terapie complementari, chirurgia e prevenzione ⁽²⁾.

CASE REPORT

Nella nostra esperienza descriviamo una donna di 76 aa, affetta da osteosarcoma al III stadio, sottoposta ad intervento chirurgico demolitivo, con amputazione della gamba sinistra. Al momento della nostra valutazione la paziente si presentava in condizioni cliniche scadenti, a causa dell'adattamento alle limitazioni funzionali imposte dal dolore severo. Durante la visita ed il colloquio lamentava dolore intenso continuo, NRS=9, sia a livello dell'arto mancante che in corrispondenza del moncone residuo. Descrive, inoltre, sensazioni fantasma riferite a movimenti delle dita del piede perso e anomalie di posizione dell'arto. La paziente faceva risalire l'inizio di tali fenomeni al periodo post-operatorio, ma riferiva di non aver ricevuto una soddisfacente terapia antalgica per la gestione del dolore oncologico, già nel periodo precedente l'intervento chirurgico. Sulla base di tale quadro si prescriveva una terapia multimodale con associazione di Pregabalin 75 mg/2 cpr die, Diclofenac RP 150 mg /die, Paracetamolo 500 mg 2 cpr/die e Fentanyl TTS incrementato progressivamente da 50 mcg/h a 100 mcg/h ogni 72h. A distanza di un mese la paziente riferiva miglioramento del dolore post-amputazione, NRS=5, ma incompleta risoluzione della sintomatologia, facendo ritenere la terapia in atto, seppur palliativa, poco soddisfacente.

CONCLUSIONI

In considerazione del successo limitato, osservato nel trattamento del dolore post-amputazione, la nostra esperienza focalizza l'attenzione sulla necessità di intervenire preventivamente sull'insorgenza dei fenomeni fantasma. Studi recenti avvalorano l'ipotesi che un'adeguata analgesia perioperatoria riduca intensità, prevalenza e frequenza del dolore postamputazione (a sei mesi dalla chirurgia elettiva demolitiva), agendo direttamente sui processi di rimodellamento corticale e di sensibilizzazione, centrale e periferica, che costituiscono la base fisiopatologica della memoria del dolore e della cronicizzazione del dolore neuropatico ⁽³⁾.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

Bibliografia

1. Nikolajsen L, Jensen TS. Phantom limb pain. Br J Anaesth 2001; 87:107-16.
2. H, Nikolajsen L, Staehelin Jensen T. Phantom limb pain: a case of maladaptive CNS plasticity? Flor Nat Rev Neuroscience 2006; 7:873-81
- 3 Karanikolas M. et al. Optimized perioperative analgesia reduces chronic phantom limb pain intensity, prevalence, and frequency: a prospective, randomized, clinical trial. Anaesthesiology 2011 May;114(5):1144-54



RADIOFREQUENZA NEUROMODULATIVA PER IL CONTROLLO DEL DOLORE DA INFIAMMAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE SACRO ILIACA

Mastrantuono A.¹, Cammarota E.¹, Di Martino C., Mastrobuono F.¹, Amici S.¹, Crisci P.M., Colavincenzo S., Angeletti P.M., Blanco M., De Santis S., Berrettoni R.², Orsini P.L.², Angeletti C.², Marinangeli F.¹

¹ Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore, Università degli Studi di L'Aquila

² Servizio di Anestesia e Rianimazione ASL 4 Teramo

OBIETTIVO

La sacroileite si caratterizza per la presenza di dolore localizzato generalmente a livello dell'articolazione sacroiliaca; spesso riferito come dolore lombare, ai glutei o in corrispondenza della parte superiore e posteriore delle cosce.

Il controllo della sintomatologia algica della sacroileite risulta spesso per il terapeuta del dolore una sfida clinica che spesso porta a risultati scoraggianti. Attualmente, infatti, non sono disponibili trattamenti fisici, farmacologici e riabilitativi efficaci a lungo termine per questo tipo di dolore¹.

MATERIALI E METODI

Dodici pazienti sono state sottoposte a trattamento di radiofrequenza neuromodulativa a livello dell'articolazione sacro-iliaca

Tutte le pazienti erano in terapia domiciliare con antinfiammatori non steroidei e ossicodone; 6 su 12 erano state sottoposte in precedenza a blocco dell'articolazione sacro iliaca con anestetico locale con discreto beneficio. E' stata effettuata una seduta di radiofrequenza pulsata (RFP) sulla branca laterale di S2 e sono stati posizionati 2 aghi intra articolari e lasciati in stimolazione per 4 minuti ai parametri standard della RFP.

RISULTATI

Sono state arruolate 12 pazienti, tutte donne, con età media di 79,2±5,5 aa affette da dolore da sacroileite con vNRS (verbal Numerical Rate Score) alla prima osservazione di 7.9±0.7. A tre giorni dalla procedura la media del dolore valutata tramite scala vNRS era di 1.3±1. Una differenza statisticamente significativa è stata riscontrata prima e dopo il trattamento di radiofrequenza (p<0.001; t-Student)

Dopo 3 mesi dalla procedura l' 83.3% delle pazienti riferiva un buon controllo del dolore (vNRS<3 punti), una sola paziente riferiva un controllo appena sufficiente del dolore e una scarso controllo della sintomatologia dolorosa, per tale ragione veniva sottoposta ad un secondo trattamento con PRF. Il follow-up a 6 mesi metteva in evidenza come 10 pazienti su 12 risultavano libere da dolore e dichiaravano di assumere farmaci antalgici solo al bisogno; ad un successivo follow-up a 12 mesi (contatto telefonico o controllo ambulatoriale) il 58.3% delle pazienti risultava essere ancora libero da dolore.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti mostrano, non soltanto che il trattamento con RF per la sacroileite possono determinare un buon controllo del dolore ma anche come tali risultati vengano mantenuti in circa il 60% dei pazienti ad un follow-up di un anno, riducendo sensibilmente l'assunzione di terapie farmacologiche.

Bibliografia

1. Evaluation of Pulsed Radiofrequency Denervation in the Treatment of Chronic Facetjoint Pain: An Observational Study. *Anesth Pain.* 2012;1(3):168-173.
2. Pulsed radiofrequency treatment in interventional pain management: mechanisms and potential indications—a review. Nicholas H. L. Chua & Kris C. Vissers, *Acta Neurochir* (2011) 153:763–771.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

L'IMPORTANZA DELL'INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO

Notaro P, Buratti E, Montagna MC, Rubino F, Voltolini A.

Servizio di Terapia del Dolore

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano

Il dolore cronico è uno dei maggiori problemi in area sanitaria: la sua prevalenza varia tra il 10,1% e il 55,2% della popolazione (Notaro et al., 2009), generalmente più elevata nelle donne (39%) ed aumenta con l'età. Questa esperienza è basata su complessi aspetti multidimensionali (Turk, 1999) e deve essere gestita globalmente attraverso un'attenta valutazione della condizione fisica, psicologica e sociale del paziente.

La sofferenza indotta dalla malattia dolore porta ad una severa compromissione del senso di Sé, modifica gli atteggiamenti, i comportamenti del paziente e della sua famiglia, incidendo sull'efficacia degli interventi e sul benessere percepito, al di là della riduzione della sintomatologia algica. Queste determinanti e il deterioramento della qualità di vita portano all'insorgenza di sindromi depressive nel 50% dei casi, percentuale superiore del 2-9% rispetto alla popolazione generale (Manchiakanti, 2002).

Lo studio presentato è una prima indagine esplorativa finalizzata all'osservazione dei correlati psicosociali che partecipano all'esperienza di dolore.

MATERIALI E METODI

N. 34 pazienti (21 femmine, 13 maschi). Età media 55,8 anni (ds=0,25). Dolore di prevalenza neuropatico o post operatorio. Procedura di campionamento opportunistica. Per tutti i pazienti sono stati somministrati Back Depression Inventory (BDI-II) Back Anxiety Inventory (BAI) e sono stati effettuati colloqui psicologici orientati all'indagine del funzionamento psicosociale.

RISULTATI

Il 70,6% del campione presenta punteggi elevati (stato depressivo moderato-grave) alla BDI-II. 14 femmine con punteggio percentile >93 e 9 maschi con punteggio percentile >91. Il 47% dei soggetti riporta punteggi che indicano la presenza di uno stato ansioso moderato-grave alla BAI: 9 femmine con punteggio percentile >90; 7 maschi con punteggio percentile >90. Tra i fattori significativi sono emersi: NRS >6, pensieri suicidari, disturbi del sonno, limitazioni sociali/relazionali, patologie psichiatriche pregresse, storia di dolore compresa tra i 3.-10 anni.

CONCLUSIONI

I soggetti con dolore cronico si rivolgono ai Servizi di Terapia del Dolore dopo diversi anni dall'esordio della malattia favorendo lo sviluppo di cronicità, disturbi psichici, costi sociali elevati. Emerge la necessità di un'implementazione degli interventi di carattere multidisciplinare con una particolare attenzione alla dimensione psicosociale e un lavoro di rete congiunto tra Servizi e territorio.

Bibliografia

1. Dobkin P, Boothroyd Organizing health service for patients with chronic pain: when there is a will, there is a way. *Pain Med*, 2008; 9(7): 881-889
2. Manchikanti L, Fellows B, Singh V. Understanding psychological aspects of chronic pain in interventional pain management. *Pain Physician* 2002; 5:57-82.
3. Marangell L., Clauw D.J, Chay E, Wang F, Shoemaker S, Mease P, Comparative pain and mood effects in patients with comorbid fibromyalgia and major depressive disorder: Secondary analyses of four pooled randomized controlled trials of duloxetine. *Pain*, 2011;152 (1):31,37
4. Morley S, Davies C, Barton S. Possible selves in chronic pain: self-pain enmeshment, adjustment and acceptance. *Pain*, 2005;115: 84-94



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

5. Notaro P. Dolore cronico, dolore inutile. Strutture di Terapia del dolore in Italia. Perché un aggiornamento del libro bianco.2012 scaricabile sul sito www.nopain.it
6. Turk DC, Meichenbaum D. A cognitive-behavioral approach to pain management. In: Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain*. 2nd ed. London, England: Churchill Livingstone; 1989.



TERAPIA MULTIMODALE NEL DOLORE NEUROPATICO:

EFFETTI DELLA PALMITOILETANOLAMIDE

Paladini G.^{1*}, Scimia P.^{2*}, Marzilli C.^{2*}, Luciani A.^{2*}, Degan G.^{2*}, Fusco P.³, Piroli A.^{2*}, Paladini A.^{2*}, Marsili I.^{2*}, Ciccozzi A.^{2*}, Petri F.¹, Marinangeli F.^{2*}

¹Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara; sede aggregata di L'Aquila

²Cattedra di Anestesia e Rianimazione, Università degli Studi di L'Aquila

³U.O.C. di Anestesia e Rianimazione, Ospedale S. Salvatore L'Aquila

*V.A.Do. onlus, associazione volontariato per l'assistenza domiciliare, L'Aquila

INTRODUZIONE

Il dolore neuropatico (DN) si sviluppa come conseguenza di una disfunzione del sistema somatosensoriale¹ e riconosce come movente eziopatogenetico fattori di natura traumatica, dismetabolica o degenerativa.

Studi recenti^{2,3} indicano l'esistenza di una comunicazione tra il sistema immunitario e il sistema nervoso. Sebbene più condizioni possano generare dolore neuropatico, un meccanismo comune sottostante è la presenza di infiammazione nel sito del nervo danneggiato: l'attivazione di cellule periferiche del sistema immunitario, come i mastociti, e di cellule immunocompetenti centrali, come la microglia, è in grado di influenzare lo sviluppo, l'intensità e la persistenza del DN.²

In virtù di tali evidenze, si è reso necessario lo sviluppo di approcci terapeutici multimodali che prevedano l'utilizzo combinato di farmaci attivi sulle cellule neuronali in associazione a molecole in grado di modulare i fenomeni neuro-infiammatori.

Tra le molecole in grado di esplicare un'azione analgesica mediante la *down-regulation* delle cellule mastocitarie e microgliali, desta grande interesse la Palmitoiletanolamide (PEA), un endocannabinoide indiretto (N-acilamide), privo di affinità per il recettore centrale dei cannabinoidi CB1. Agendo sul recettore CB2 la PEA è in grado di normalizzare il rilascio di fattori pro-infiammatori (IL-1, IL-6, NO, NGF, istamina, bradichinina) responsabili dei processi di sensitizzazione periferica.³ Obiettivo del nostro studio è stato valutare l'efficacia della PEA nel trattamento delle sindromi dolorose neuropatiche in associazione ad anticonvulsivanti e analgesici oppiacei.

MATERIALI E METODI

Nel presente studio sono stati presi in esame quattro pazienti (1 Maschio e 3 Femmine; età media: 70 aa), giunti alla nostra osservazione con sintomatologia dolorosa di tipo neuropatico: una paziente di 65 anni con deficit di estensione e parestesie a carico del IV e V dito della mano destra in seguito a lesione del nervo ulnare omolaterale; un paziente, anni 72, con Sindrome del tunnel carpale bilaterale, diagnosticata mediante elettromiografia; una paziente, anni 68, con episodi di dolore parossistico all'emivolto destro attribuibili a nevralgia del trigemino; infine una paziente di 75 anni con lombosciatalgia e stenosi del canale vertebrale, già sottoposta ad intervento di laminectomia e stabilizzazione. Al momento della prima visita i pazienti erano in trattamento antalgico con differenti terapie (FANS, anticonvulsivanti, antidepressivi triciclici, TENS) con risultati non soddisfacenti.

A tutti i pazienti sono stati prescritti anticonvulsivanti (Gabapentina 100 mg x 3 /die) e PEA (300 mg x 2 /die), in associazione o meno a Tramadolo (10 gtt S.O.). A quindici giorni di distanza, il dosaggio di PEA è stato aumentato fino a 600 mg x 2/die. In questo modo, si è potuto valutare l'efficacia della terapia con dosaggi crescenti di PEA associati ad un dosaggio fisso di Gabapentina e Tramadolo. L'intensità del dolore è stata determinata mediante Numeric Rating Scale (NRS) a T0, T1, T2, T3; rispettivamente alla prima visita, a 15 giorni, a 30 giorni e a 60 giorni di trattamento.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

RISULTATI

Nessun paziente ha manifestato effetti collaterali durante il trattamento e tutti hanno continuato la terapia per l'intero periodo di osservazione. In tutti i pazienti si è osservato miglioramento del dolore; l'effetto analgesico si dimostrava indipendentemente dalla condizione patologica di base, mentre sembrava dipendere dal tempo di trattamento. L'intensità media del dolore, misurata con scala NRS, risultava pari a $8,75 \pm 0,95$ al tempo T0. Una lieve riduzione dell'intensità del dolore, sebbene non significativa (valore medio NRS = $7,75 \pm 0,95$), si evidenziava già al primo controllo (T1) effettuato 15 giorni dopo l'inizio della terapia. Nei controlli successivi si rilevava un netto miglioramento della sintomatologia algica: dopo 30 giorni di trattamento (T2), infatti, lo score medio del NRS era pari a $6,25 \pm 0,5$; raggiungendo un valore medio di $5 \pm 0,81$ al termine dei 60 giorni di osservazione (T3).

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti suggeriscono le enormi potenzialità analgesiche ed antinfiammatorie della PEA⁴ avendo dimostrato come il trattamento farmacologico sia stato in grado di garantire una graduale riduzione della sintomatologia algica da severa a moderata, in concordanza con la scala di valutazione del dolore utilizzata nella nostra pratica clinica (NRS). L'introduzione di tale molecola in un contesto farmacologico multimodale permette di ottenere un rapporto ottimale tra effetto terapeutico ed effetti indesiderati, come suggerito dalle Linee Guida europee per il trattamento del DN⁵; nonché di agire sui diversi meccanismi fisiopatologici implicati nella genesi del DN stesso.

Bibliografia

1. Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. Pain 2008; 137(3): 473-7.
2. Vallejo R, Tilley DM, Vogel L, Benyamin R. The Role of Glia and the Immune System in the Development and Maintenance of Neuropathic Pain. Pain Pract 2010.
3. Ren K, Dubner R. Interactions between the immune and nervous systems in pain. Nat Med 2010.
4. Darmani NA, Izzo AA, Degenhardt B et al. Involvement of the cannabimimetic compound, N-palmitoyl-ethanolamine, in inflammatory and neuropathic conditions: review of the available pre-clinical data, and first human studies. Neuropharmacology 2005 Jun;48(8):1154-63.
5. Cruccu G, Sommer C, Anand P et al. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. Eur J Neurol 2010; 17(8): 1010-1018.



RADIOFREQUENZA PULSATA (RFP) ECOGUIDATA DEI NERVI PERONEO SUPERFICIALE E SAFENO IN UN CASO DI DOLORE POST AMPUTAZIONE SOTTOGENICOLATA: CASE REPORT

Parolini M*, Bonora E#, Vendramin P#, Righetti F#, Castellano G**

*Direttore UOS Terapia Antalgica, UOC Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica, Dipartimento di Emergenza, Ospedale "G. Fracastoro" San Bonifacio (VR)

#Dirigente Medico, UOC Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica, Dipartimento di Emergenza, Ospedale "G. Fracastoro" San Bonifacio (VR)

**Direttore Dipartimento di Emergenza, Ospedale "G. Fracastoro" San Bonifacio (VR)

INTRODUZIONE

La RFP consiste nell'esposizione del tessuto nervoso ad un campo elettromagnetico tale da determinare analgesia transitoria senza creare una lesione irreversibile. Trova applicazione sia nei casi di dolore a componente nocicettiva che neuropatica. Essendo scarsi i dati in letteratura circa il suo utilizzo nel dolore postamputazione, si riporta la nostra esperienza relativa ad un caso clinico trattato.

CASE REPORT

Donna di 47 anni, sottoposta nel maggio 2011 ad amputazione sottogenicolata dx su base vascolare. Successivo quadro di dolore della porzione anteriore del moncone, non responsivo all'infiltrazione locale di anestetici locali e alla terapia con oppioidi, amitriptilina e pregabalin ad alti dosaggi.

Previo test anestetico (diminuzione dell'NRS da 10 a 2 dopo iniezione ecoguidata di ropivacaina 0,75% 1 ml per sito di iniezione) è stata posta indicazione per RFP dei nervi safeno e peroneo superficiale responsabili dell'innervazione sensitiva della porzione anteriore della gamba.

Nel Novembre 2012 è stata sottoposta RFP con posizionamento ecoguidato di ago 22G stainless steel (Acciaio) lungo 100mm, punta attiva 5mm. Sono stati eseguiti per ognuno dei due nervi 3 cicli da 300 secondi alla frequenza di 50 Hz mediante (generatore TherMediko® NK1). La procedura è stata scevra da complicanze. I follow up a 7, 30, 60, 90 giorni hanno evidenziato: riduzione NRS da 10 a 3; riduzione del consumo degli oppioidi (da assunzione giornaliera di ossicodone 100 mg a sola dose di salvataggio di ossicodone/paracetamolo 10/325 mg nel follow up a 60 giorni); riduzione del pregabalin, da 300 a 75 mg/die nel follow up a 90 giorni.

CONCLUSIONI

L'incidenza del dolore postamputazione maggiore è di oltre il 60% ed il suo trattamento risulta spesso difficoltoso nonostante le politerapie adottate. L'RFP dei nervi safeno e peroneo superficiale è risultata essere una tecnica semplice e sicura nel trattamento del dolore postamputazione sottogenicolata che interessa la porzione anteriore della gamba. Il suo utilizzo sotto guida ecografica, nel caso descritto, è risultata efficace nella riduzione sia del dolore che del consumo di farmaci.

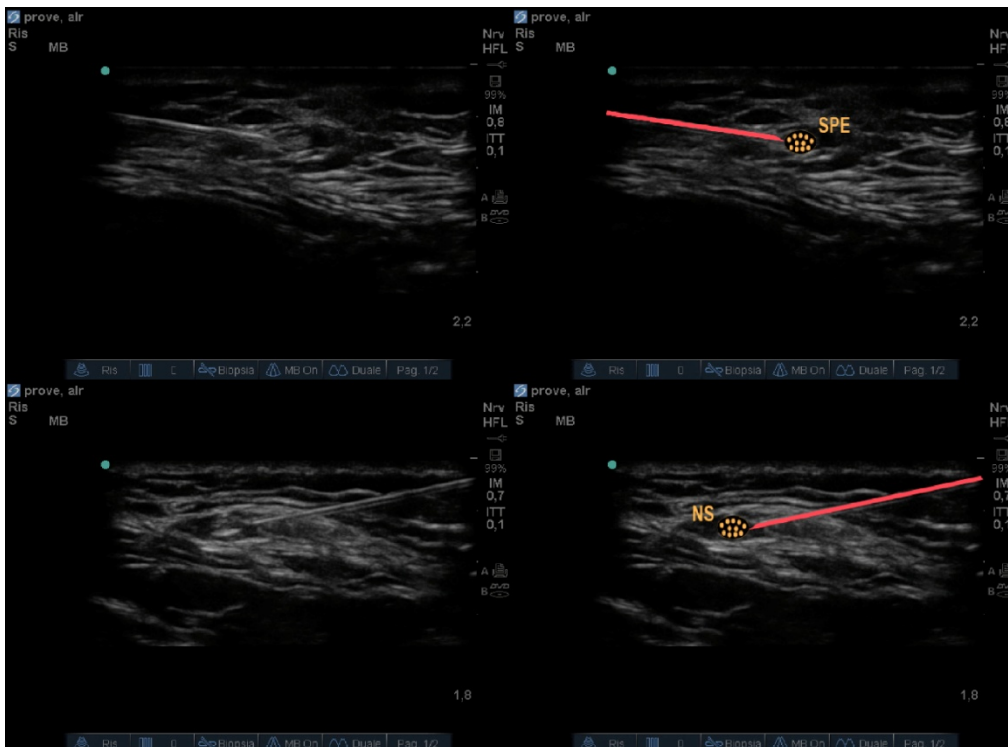
La semplicità e la ripetibilità della procedura ne possono permettere la presa in considerazione nei pazienti con test anestetico positivo non responsivi alle terapie convenzionali. L'utilizzo della guida ecografica permette l'esecuzione della tecnica anche in strutture ambulatoriali.

Per contro la durata della procedura necessita di un considerevole impiego di risorse temporali. Se il dolore coinvolge sia la porzione anteriore che quella posteriore del moncone, risulta necessario trattare anche le radici del nervo surale (rami del nervo peroneo profondo e del nervo tibiale). Studi clinici futuri dovranno valutarne un miglior inserimento negli algoritmi terapeutici del dolore postamputazione.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013



Bibliografia

1. Williams A, Richard LMN, Section 8 pelvic, girdle and lower limb in Gray's Anatomy The Anatomical Based of Clinical Practice 39th ed. London, Elsevier Churchill Livingstone. 2005;1397-418.
2. Hsu E, Cohen SP. Postamputation_pain: epidemiology_mechanisms, and_treatment. J Pain Res. 2013;6:121-36
3. Subedi B, Grossberg GT PhantomLimb Pain:Mechanisms and Treatment Approaches, Pain Res Treat. 2011;2011:864605. doi: 10.1155/2011/864605. Epub 2011 Aug 14.
4. Cohen SP, Gambel JM, Raja SN, Galvagno ST. The contribution of sympathetic mechanism to postamputation phantom and residual limb pain: a pilot study. J Pain 2011;12:859-67
5. West M, Wu H. Pulsed radiofrequency ablation for the management of residual limb pain and phantom limb pain. Pain Practice. 2010;10:485-91.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

AGOPUNTURA TRADIZIONALE NELL'EMICRANIA: STUDIO CONTROLLATO, RANDOMIZZATO

Patti P., Facco E., Liguori A., Petti F., Zanette G., Coluzzi F., De Nardin M., Mattia C.

Relatore: Patti P.

Master Agopuntura di II Livello, Associazione italiana Agopuntura-Moxibustione e Medicina Tradizionale Cinese

INTRODUZIONE

L'emicrania ha una elevata prevalenza e colpisce una rilevante percentuale di adulti nella fase produttiva della loro vita. L'agopuntura è stata proposta ed utilizzata in modo crescente nei paesi occidentali per il trattamento dell'Emicrania, ma l'evidenza della sua efficacia rimane ancora scarsa. Una grande varietà di trattamenti è presente in studi pubblicati e nessuna selezione di punti di agopuntura secondo la MTC è stata finora indagata. Pertanto lo scarso livello di evidenza dell'efficacia dell'agopuntura potrebbe in parte dipendere da un trattamento inappropriato.

Obiettivo del lavoro è stato controllare l'efficacia di un vero trattamento di agopuntura secondo la medicina tradizionale cinese (TCM) nell'Emicrania senza aura, confrontandolo con un protocollo standard di falsa agopuntura, con un accurato trattamento che simula il precedente e con un gruppo di controllo non trattato

MATERIALI E METODI

Uno studio prospettico, randomizzato, controllato è stato condotto su 160 pazienti sofferenti di emicrania senza aura, valutato secondo la classificazione ICD-10. I pazienti sono stati divisi in 4 gruppi: (1) gruppo TA, trattato con vera agopuntura (secondo MTC) più Rizatriptan; (2) gruppo RMA trattato con agopuntura simulata ritualizzata più Rizatriptan, (3) gruppo SMA trattato con agopuntura simulata standardizzata più Rizatriptan; (4) gruppo R senza trattamento di profilassi, sottoposto alla sola terapia di supporto (Rizatriptan). Il questionario MIDAS è stato compilato prima del trattamento (T0), a 3 (T1) e 6 (T2) mesi dall'inizio del trattamento ed è stato calcolato il MIDAS Index (MI). È stato inoltre calcolato il dosaggio del Rizatriptan in tutti i gruppi di pazienti a T0, T1 e T2. I gruppi TA ed RMA sono stati valutati secondo la MTC, poi il primo è stato sottoposto alla vera agopuntura, il secondo al falso trattamento di agopuntura ma simile al precedente. L'analisi statistica è stata condotta con il sistema ANOVA e prove di multiplo con una rettifica di Bonferroni.

RISULTATI

Un totale di 127 pazienti hanno completato lo studio (33 rinunciatari): 32 nel gruppo TA, 30 nel gruppo RMA, 31 nel gruppo SMA e 34 nel gruppo R. Prima di iniziare il trattamento il MI (T0) è risultato da moderato a severo senza differenze significative tra i gruppi. Tutti i gruppi hanno subito un calo di MI a T1 e T2 con una significativa differenza tra i gruppi sia in T1 che in T2 rispetto a T0 ($P < .0001$). Solo il gruppo TA ha evidenziato un aumento significativo sia a T1 che a T2 rispetto al gruppo R ($P < .0001$). Il gruppo RMA ha evidenziato un miglioramento transitorio di MI a T1. Il Rizatriptan assunto ha avuto un andamento parallelo al MI in tutti i gruppi.

CONCLUSIONI

Il trattamento TA è stato l'unico in grado di offrire un risultato di miglioramento stabile rispetto al solo uso di Rizatriptan, mentre il gruppo RMA ha mostrato un effetto placebo transitorio a T1.



SWITCH DA ALTE DOSI DI OPIOIDI A TAPENTADOLO: DUE CASI DI DOLORE NEUROPATICO ONCOLOGICO E NON ONCOLOGICO

Pota V, Coletta F, Passavanti MB, Ruotolo F, D'Ambrosio L, Aurilio C., Langella E.
Dipartimento di Scienze Anestesiologiche Chirurgiche e dell'Emergenza
Seconda Università degli Studi di Napoli

INTRODUZIONE

Lo sviluppo della tolleranza e della resistenza ad un farmaco oppioide è diverso da molecola a molecola e dipende dal patrimonio genetico individuale. Pertanto, spesso si rende necessaria la rotazione di un farmaco oppioide quando gli effetti collaterali prevalgono sulla analgesia o il dolore non è più controllato. I casi clinici presentati propongono la rotazione tra oppioidi ad alte dosi e Tapentadolo ad alte dosi.

CASO CLINICO

Un uomo di 54 anni soffriva da 3 anni di adenocarcinoma del pancreas, per il quale era stato operato di cefalopancreasectomia con successivo trattamento chemioterapico adiuvante. Dopo due anni dall'intervento gli veniva diagnosticata una localizzazione secondaria per processi ripetitivi a livello polmonare; comparivano noduli sottocutanei, alcuni ulcerati, a livello degli arti superiori e del cuoio capelluto, molto dolenti come processi ripetitivi secondari all'adenocarcinoma del pancreas.

Per il dolore da processi ripetitivi, era stato trattato con differenti FANS, oppioidi deboli e forti, inclusi gli oppioidi transdermici ed il Fentanyl transmucosale per il trattamento del breakthrough pain, raggiungendo alti dosaggi fino alla presenza di effetti collaterali gravi. Alla prima visita presso il nostro Ambulatorio di Terapia Antalgica il dolore veniva valutato con NRS =9/10, DN4 = 8. Si inizia la terapia con Pregabalin cp 150 mg/die, dopo sette giorni veniva aumentato a 300mg. cp./die. Si esegue lo switch da Ossicodone 80 mg/naloxone 40 mg, ultima terapia in corso da oltre sei mesi, a Tapentadolo, al dosaggio di 400mg/die, aumentato dopo 8 giorni a 500mg/die. Il paziente al termine dello switch mostrava una notevole diminuzione dell'intensità del dolore NRS= 2/10, DN4=3. Tale miglioramento della sintomatologia si è mantenuta costante per oltre due mesi senza effetti collaterali significativi.

Una donna di anni 67aa, 56Kg, lamenta comparsa di dolore cronico, dorso-lombare da circa 5 anni con esacerbazione dello stesso dopo due interventi di cifoplastica. La paziente è anche affetta da ipertensione arteriosa, bypass aorto-succlavio, fibrillazione atriale, BPCO, ed è in terapia con calcio antagonisti, dicumarolici, broncodilatatori e all'occorrenza steroidi.

La VAS media settimanale riferita era di 90 mm e presentava dolore evocato dal movimento, con un DN4: 7/10; la sua terapia era: Ossicodone 80mg die, Escitalopram 20 mg, Ketorolac 30mg fl i.m. al bisogno.

Alla prima visita presso il nostro Ambulatorio abbiamo prescritto Tapentadolo 200 mg die, Pregabalin 150mg/die.

Dopo 14 giorni, alla visita successiva, la paziente mostrava una di VAS 60mm, le esacerbazione giornaliere erano scomparse ed aveva un DN4 4/10. In base alla VAS si aumentava il Tapentadolo a 400 mg/die ed il Pregabalin a 300mg/die. La settimana successiva la VAS media appariva ulteriormente ridotta < 40 mm ed il DN4=2. Dopo sei mesi di terapia non è stato necessario alcun aumento del dosaggio farmacologico perché si manteneva costante il controllo della sintomatologia algica con effetti collaterali trascurabili tanto da permettere alla paziente di cominciare la fisioterapia.

CONCLUSIONI

I due casi indicano che la rotazione da oppioidi ad alte dosi a Tapentadolo è consigliabile per il miglioramento della sintomatologia algica e la diminuzione degli effetti collaterali.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore

Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

Bibliografia

1. J Pain Symptom Manage. 2013 Feb;45(2):298-304. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.02.025. Epub 2012 Oct 25. Opioid switching in patients with advanced cancer followed at home. A retrospective analysis. Mercadante S, Valle A, Porzio G, Fusco F, Aielli F, Adile C, Casuccio A; Home Care—Italy Group.
2. Opioids switching with transdermal systems in chronic cancer pain. J Exp Clin Cancer Res. 2009 May 7;28:61. doi: 10.1186/1756-9966-28-61 Aurilio C, Pace MC, Pota V, Sansone P, Barbarisi M, Grella E, Passavanti MB.
3. Pain Physician. 2013 Jan;16(1):27-40. Efficacy of tapentadol ER for managing moderate to severe chronic pain. Afilalo M, Morlion B. Emergency Department, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, Montreal Canada.
4. Tapentadol extended-release for treatment of chronic pain: a review. Adivelu N, Timchenko A, Huang Y, Sinatra R. J Pain Res. 2011;4:211-8. doi: 10.2147/JPR.S14842. Epub 2011 Aug 1.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

EVIDENZE IN AGOPUNTURA ADDOMINALE

Ripamonti K., Silli L., Liguori A.
Istituto Paracelso Roma

INTRODUZIONE

L'Agopuntura Addominale è un'elaborazione teorico pratica di un microsistema addominale, tratto da conoscenze antiche e acquisizioni recenti; in Cina è stato messo appunto dal Prof. Zhiyun Bo a partire dagli anni '70.

Questa tecnica prevede l'inserimento di aghi a livello dell'area che circonda l'ombelico, dove esiste un gruppo di agopunti corrispondenti alle varie parti dell'organismo.

Il presente lavoro vuole mettere in evidenza i dati esistenti in letteratura in tema di Agopuntura Addominale sulle possibili applicazioni nel trattamento del dolore, allo scopo di realizzare una sintesi sull'utilizzo dell'Agopuntura Addominale nella terapia del dolore.

MATERIALI E METODI

Partendo dal materiale bibliografico per un totale di 48 articoli, presenti su banche dati di PubMed (20 articoli), atti congressuali (3 articoli) e riviste scientifiche (25 articoli), inerenti l'utilizzo dell'Agopuntura Addominale sul trattamento di diverse patologie, gli autori prendono in rassegna i lavori più significativi a partire dal 2001 riguardanti l'efficacia dell'Agopuntura Addominale nel trattamento del dolore.

RIASSUNTO RISULTATI E CONCLUSIONI

Gli autori, dopo aver ristretto il campo di ricerca agli articoli ritenuti più significativi, riguardanti l'utilizzo dell'Agopuntura Addominale sulle sindromi dolorose, sono giunti ad un totale di 17 articoli, estrapolati dalla totalità dei lavori presenti su banche dati di PubMed (9 articoli), atti congressuali (3 articoli) e riviste scientifiche (5 articoli). Il materiale bibliografico riporta studi condotti sul trattamento di patologie osteoarticolari come: spondilosi cervicale, periartrite scapolo-omerale, cervico-brachialgia, lombo-sciatalgia, gonartrosi; patologie come cefalea, fibromialgia, endometriosi, nevralgia del trigemino.

Dagli articoli presi in esame emergono le diverse possibilità di applicazione dell'Agopuntura Addominale nel trattamento delle sindromi dolorose; inoltre l'elevato livello di standardizzazione delle procedure, dei protocolli, del metodo di esecuzione rende questa tecnica sicura, efficace ed un importante strumento nelle mani del medico per il trattamento del dolore. Pur se i dati di esperienze sono molto positivi, sono necessari studi ben disegnati per raccogliere risultati conclusivi.



OPIOID INDUCED CONSTIPATION IN OUTPATIENTS: PRESERVING ANALGESIA DURING CHRONIC PAIN THERAPY

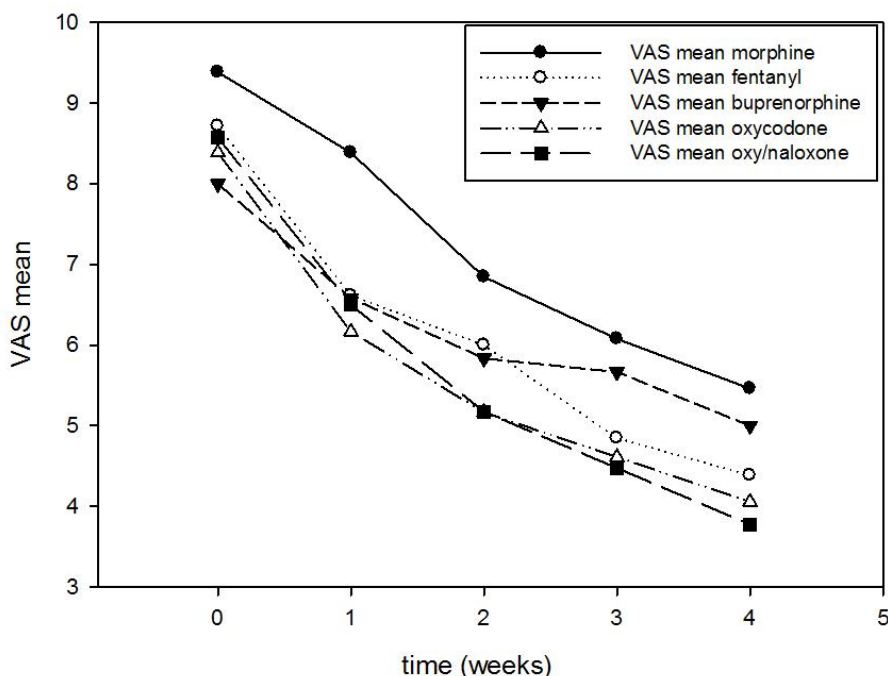
Rizzardo A., Divella M., Miceli L., Russo AD., Calligaris E., Samogin V., Della Rocca G.
Dept. of Anesthesia and Intensive Care Medicine, University of Udine.

BACKGROUND

Opioid induced constipation (OIC) is one of the most frequent reasons of opioid interruption causing pain undertreatment. Existing data about OIC and analgesia and have been obtained in comparison studies between only two strong opioids, and as secondary aims. To assess OIC incidence assessment as first aim we performed a prospective randomized study with the four most used strong opioids in modern pain therapy and compared them against the combined formulation oxycodone/naloxone; secondary aim was OIC/analgesia ratio.

METHODS

84 patients with osteoarticular degenerative and 80 with oncological severe pain (VAS > 7, mean age 69 years) were randomized in 5 single opioid therapy groups: GB Buprenorphine TTS (N=26) (mean dose 52,5mcg±22,1mcg), GF Fentanyl TTS (N=36) (mean dose 40,9mcg±20.2mcg), GO Oxycodone CR PO (N=36) (mean dose 27,27mg±15.5mg), GM Morphine sulphate CR PO (N=26) (mean dose 92.7mg±30mg), GON Oxycodone/Naloxone CR PO (N=40) (mean dose 36.4mg±24.6mg). A weekly follow up lasting 1 month was performed collecting VAS at rest, Common Terminology Criteria for Adverse Events score (CTCAE). Anova (A) Two Way (p<0,01) and Mann Whitney Test (MW) (p<0,05) were performed.

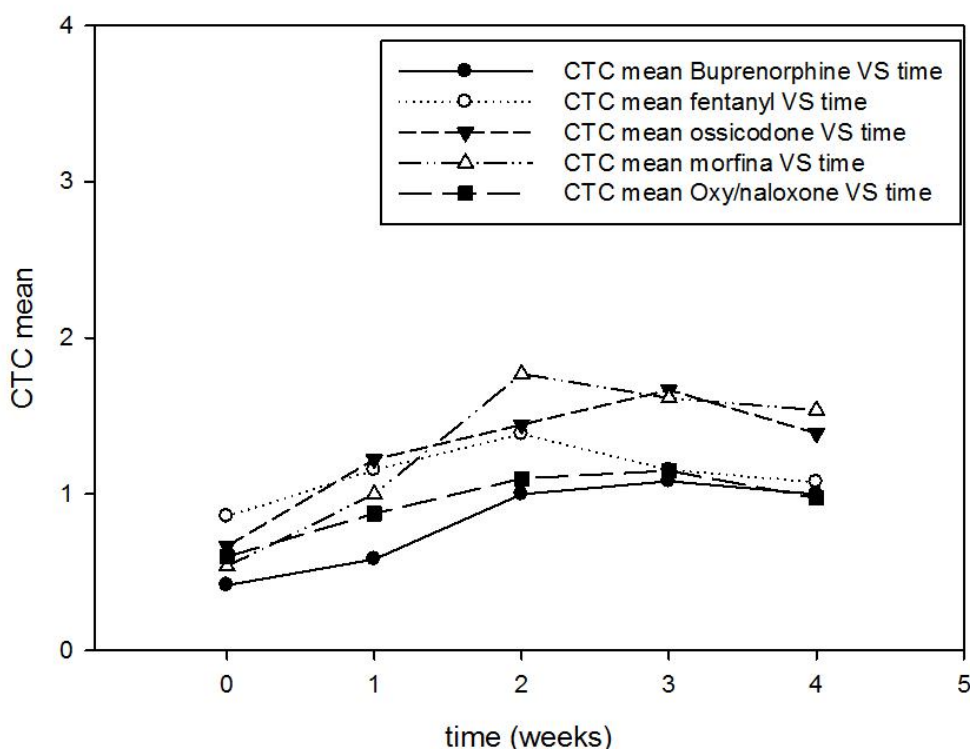


RESULTS

CTCAE increased in GB between T0 and T4 (growth 27,9%); in GON (growth 24%) in GF (growth 36,1%); in GO (growth 56,1%); in GM (growth 65,6%). Constipation incidence at T4 was: GB=61%, GF=67%, GON=44%, GO=78%, GM=84%. VAS decreased in GB at T0=8,08 ± 1,19 vs. T4= 5,08



$\pm 0,95$; in GF at T0= $8,83 \pm 0,99$ vs. T4= $4,44 \pm 1,34$; in GO at T0= $8,39 \pm 1,29$ vs. T4= $4,06 \pm 1,70$, in GM at T0= $9,38 \pm 0,51$ vs. T4= $5,46 \pm 1,61$, in GON at T0= $8,56 \pm 1,13$ vs. T4= $3,77 \pm 1,29$. Matching CTCAE data with VAS at T4 we demonstrate GON has the better ratio: CTCAE= $0,97 \pm 0,58$ vs. VAS= $3,77 \pm 1,29$. Significant differences on CTCAE mean data was detected between GB vs. GM (A p=0,001, MW p=0,003), GB vs. GO (A p=0,002, MW p=0,026), GF vs. GM (A p=0,006, MW p=0,023); GON vs. GM (A p=0,005, MW p=0,001); GON vs. GO (A p=0,007, MW p=0,001); other comparisons were not significant.



CONCLUSIONS

This study stratifies the incidence of OIC with strong opioids therapy: high for morphine, intermediate for fentanyl and oxycodone and low for buprenorphine and oxycodone/naloxone. Also opioid therapy oxycodone/naloxone CR PO offers best ratio between analgesia and constipation. In all non-blended therapy groups the increase of OIC is dose dependant to opioid therapy in the first two weeks and develops a plateau in the following weeks. This may be the result of peripheral bowel tolerance to opioid induced side effects. In GON group instead we observed a linear growth with fewer side effects which allowed best pain control. Furthermore we emphasize the rapid titration of the effective dose obtained with oxycodone and oxycodone/naloxone, critical side in the management of outpatients.

References

1. Combined oral prolonged-release oxycodone and naloxone in chronic pain management. Mercadante S, Giarratano A. Expert Opin Investig Drugs. 2013 Jan;22(1):161-6..
2. Prolonged-Release Oxycodone/Naloxone in Nonmalignant Pain: Single-Center Study in Patients with Constipation. Gatti A, Casali M, Lazzari M, Tufaro G, Gafforio P, Silvestri C, Marcassa C, Sabato AF. Adv Ther. 2012 Dec 21.
3. Opioid-induced bowel dysfunction in cancer-related pain: causes, consequences, and a novel approach for its management. Holzer P, Ahmedzai SH, Niederle N, Leyendecker P, Hopp M, Bosse B, Spohr I, Reimer K. J Opioid Manag. 2009 May-Jun;5(3):145-51.



INFUSIONE SUBARANOIDEA DI BACLOFENE NELLA SINDROME DI STIFF-MAN REFRATTARIA

Sandri M, Schweiger V, Brugnoli MP, Manganotti P, Angeli G, Gottin L, Polati E
University of Verona, Dept. of Surgical Sciences
Anesthesiology, Intensive Care and Pain Therapy Centre
Policlinico G.B. Rossi

OBIETTIVI

La sindrome di stiff-man (SPS) è un raro disturbo del sistema nervoso centrale caratterizzato da rigidità e spasmi muscolari dolorosi che possono portare a disabilità importante [1]. Quando i farmaci orali (es. agonisti dei recettori GABA come le benzodiazepine, analgesici) sono inefficaci nel trattare la spasticità muscolare e il dolore è stato proposto l'utilizzo del baclofene per via subaracnoidea. L'effetto terapeutico del baclofene è dovuto all'attivazione dei recettori GABA che determina l'inibizione presinaptica a livello del midollo spinale e del sistema nervoso centrale [2]. Riportiamo di un caso di SPS refrattaria alla terapia farmacologica convenzionale in cui la paziente è stata sottoposta a trattamento con baclofene intratecale.

CASE REPORT

Una donna di 64 anni giunge alla nostra osservazione per comparsa di dolore (fino ad una VAS di 10) e allodinia agli arti inferiori, associati a rigidità del tronco e degli arti inferiori bilateralmente (score di Ashworth tra 3 e 4 agli arti superiori e inferiori). In anamnesi era stata operata 6 anni prima per una neoplasia della mammella e successivamente era stata sottoposta a radioterapia e chemioterapia. Sulla base della sintomatologia e della storia clinica viene quindi sospettata una SPS su base paraneoplastica ma, non essendovi segni di ripresa di malattia alla TC-PET, viene posta diagnosi di SPS idiopatica senza anticorpi diretti contro l'acido glutammico decarbossilasi (GAD-). La terapia orale con ossicodone (240 mg/die), lyrica (600 mg/die), diazepam (30 mg/die) e morfina (20 mg/die) non è tuttavia in grado di ridurre la spasticità muscolare e alleviare il dolore, che comportano la progressiva riduzione del grado di autonomia della paziente (paziente allettata). Si decide quindi di eseguire come test un'iniezione subaracnoidea di baclofene. In relazione alla discreta risposta ottenuta (seppur non completa), si decide di posizionare una pompa subaracnoidea a rilascio continuo di baclofene. L'impianto viene eseguito in anestesia generale senza complicanze immediate relative alla procedura. Si inizia la somministrazione di baclofene. Già dalla seconda giornata post-operatoria si nota una progressiva riduzione della spasticità e della sintomatologia dolorosa; dalla quarta giornata si inizia a ridurre progressivamente la terapia antidolorifica orale che viene sospesa dopo 1 mese; a 3 mesi di distanza la paziente ha un recupero motorio quasi completo (deambula autonomamente con girello) con scomparsa della sintomatologia dolorosa in assenza di significativi effetti collaterali.

DISCUSSIONE

La SPS refrattaria alla terapia orale convenzionale è molto difficile da trattare. La letteratura riporta 6 casi di pazienti affetti da SPS GAD(-) trattati con il baclofene [3,4,5,6], di cui in 3 casi è stata impiantata una pompa a rilascio continuo di baclofene dopo aver eseguito una iniezione test con un netto miglioramento della sintomatologia, e in un caso dopo aver eseguito un trial di 4 giorni titolando la dose di baclofene fino ad ottenere una buona risposta terapeutica. Dalla nostra esperienza emerge che l'infusione continua subaracnoidea di baclofene può dare un netto miglioramento della sintomatologia della SPS a lungo termine anche in pazienti che all'iniezione test di baclofene avevano avuto una risposta non ottimale.

Bibliografia

1. Murinson BB. Stiff-person syndrome. *Neurologist*. 2004;10:131-7
2. Stayer C, Meinck HM. Stiff-man syndrome: an overview. *Neurologia*. 1998;13:83-8



ABSTRACT BOOK

**36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore**
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

3. Silbert PL, Matsumoto JY, McManis PG, et al. Intrathecal baclofen therapy in stiff-man syndrome: a double blind placebo controlled trial. *Neurology*. 1995;45:1893-7
4. Ho BL, Shih PY. Successful intrathecal baclofen therapy for seronegative stiff-person syndrome: a case report. *Acta Neurol Taiwan*. 2008;17:172-6
5. Maramattom BV. Intrathecal baclofen pump implantation in a case of stiff person syndrome. *Neurol India*. 2010;58:115-7
6. Newton JC, Harned ME, Sloan PA et al. Trialing of intrathecal baclofen therapy for refractory stiff-person syndrome. *Reg Anesth Pain Med* 2013;38:248-50



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

TAPENTADOLO CLORIDRATO NEL DOLORE VASCOLARE

Sansone P, Coletta F, Passavanti MB, Peluso F, Di Gennaro TL, Di Rienzo A, Ruotolo F, D'Ambrosio L, Aurilio C., Langella E.

Dipartimento di Scienze Anestesiologiche Chirurgiche e dell'Emergenza, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli.

INTRODUZIONE

Il dolore severo è sempre presente nelle arteriopatie croniche ostruttive. I soggetti affetti da tale patologia assumono anche numerosi farmaci per patologie associate che spesso utilizzano lo stesso metabolismo attraverso il CYP 450. Il razionale dell'uso di Tapentadolo è legato alla componente mista del dolore vascolare: nocicettivo e neuropatico ed al metabolismo del farmaco. Il fine del nostro studio è quello di valutare la sicurezza e l'efficacia di Tapentadolo cloridrato nel dolore cronico di origine vascolare.

MATERIALI E METODI

Dopo approvazione del Comitato Etico e consenso informato scritto sono stati reclutati nell'ambulatorio di Terapia Antalgica della Seconda Università degli Studi di Napoli 36 pazienti (14 uomini e 22 donne) con età media di $60,88 \pm 10,38$ anni, VAS alla prima visita > 70 , con dolore agli arti inferiori di tipo vascolare cronico in trattamento con anticoagulanti ed antiaggreganti. Durante la prima visita di arruolamento (T0) i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi di trattamento, TAP (n°18) e TRA (n°18) omogenei per età e patologia. Per i pazienti erano previsti 15 giorni di titrazione del farmaco ad un dosaggio compreso tra i 100 mg e i 500 mg. Il gruppo TAP è stato trattato con Tapentadolo ad un dosaggio medio di 284,37mg (± 50 mg) ed il gruppo TRA con Tramadolo ad un dosaggio medio di 150 mg (± 50 mg). Tutti i pazienti sono stati rivalutati dopo 7,15,30 giorni dalla prima visita, con scala VAS, Short Form Mc Gill Questionarie (MPQ-sf) e Sleep Interference (SI). Ad ogni paziente è stato prescritto paracetamolo 1000 mg per os fino a 3000 mg/die come rescue medication. Ad ogni paziente è stato consegnato un diario su cui annotare quotidianamente 1 volta al giorno l'intensità del dolore, tutti i pazienti potevano comunicare per via telefonica con il nostro Ambulatorio di Terapia Antalgica della Seconda Università degli Studi di Napoli per eventuali urgenze.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Un paziente del Gruppo TRA ha abbandonato lo studio perchè presentava sedazione. Alla visita T3 abbiamo riscontrato nel gruppo TAP una VAS di 36 ± 5 Vs 48 ± 7 di TRA, un Mc Gill score $8,1 \pm 1,5$ Vs $13,2 \pm 1,40$ di TRA ed una SI di 2.6 Vs 5.7. TAP con DN4 3 ± 1 Vs 5 ± 1 di TRA. Il ricorso alla rescue medication è stata in media di 750 mg per il gruppo TAP Vs 1500 mg di TRA. Due pazienti del gruppo TAP hanno presentato vertigini di lieve entità e due pazienti del gruppo TRA hanno presentato stipsi ed uno sedazione. Il nostro studio sottolinea l'efficacia dell'uso del Tapentadolo nel dolore cronico di tipo vascolare, tuttavia riteniamo utile di estendere lo studio ad un maggior numero di pazienti per avere risultati statisticamente significativi.

Bibliografia

1. Treatment of chronic pain in older people: evidence-based choice of strong-acting opioids. van Ojik AL, Jansen PA, Brouwers JR, van Roon EN. *Drugs Aging*. 2012 Aug
2. Tapentadol: with two mechanisms of action in one molecule effective against nociceptive and neuropathic pain. Preclinical overview. Tzschentke TM, Christoph T, Schröder W, Englberger W, De Vry J, Jahnel U, Kögel BY. *Schmerz*. 2011 Feb;25(1):19-25. Review. German.
3. Comparative pharmacokinetics and bioavailability of tapentadol following oral administration of immediate- and prolonged-release formulations. Göhler K, Brett M, Smit JW, Rengelshausen J, Terlinden R.
4. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jan. Pain management for inflammatory arthritis (rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis and other spondylarthritis) and gastrointestinal or liver comorbidity. Radner H, Ramiro S, Buchbinder R, Landewé RB, van der Heijde D, Aletaha D. Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine 3, Medical University Vienna, Vienna, Austria



TAPENTADOLO NEL TRATTAMENTO DELLA FIBROMIALGIA: NOSTRA ESPERIENZA

Santucci C.^{1*}, Piroli A.^{1*}, Bianchetti S.^{1*}, Petrucci E.^{1*}, Zolotaki M.^{1*}, Giglioli F.P.^{1*}, Paladini A.^{1*}, Ciccozzi A.^{1*}, Marsili I.^{1*}, Panella L.², Marinangeli F.^{1*}

¹Cattedra di Anestesia e Rianimazione-Università degli Studi L'Aquila

*V.A.Do., Volontariato per l'Assistenza Domiciliare, L'Aquila

²UOC di Anestesia e Rianimazione a D.O.-Ospedale Civile S. Salvatore-L'Aquila

INTRODUZIONE

La fibromialgia (FM) è una malattia che colpisce prevalentemente le donne. È caratterizzata dalla presenza di dolore cronico (>3 mesi), diffuso, tendente al peggioramento; parestesie e disestesie di mani e piedi; facile affaticabilità, anche dopo esercizio minimo; disturbi del sonno; dolore articolare alla mobilitazione e al carico; iperalgesia diffusa a livello muscolo-scheletrico accompagnata da aree tensive che vengono denominate *Tender Points* (TPs), in assenza di reperti neurologici e di laboratorio caratteristici. Vari farmaci sono stati proposti per il trattamento del dolore fibromialgico: analgesici, miorilassanti, antidepressivi¹.

Il tapentadolo, farmaco analgesico ad azione centrale, agisce come agonista sui recettori oppioidi μ e come inibitore della ricaptazione della noradrenalina.

Esso è approvato per il trattamento a lungo termine del dolore cronico severo e si è mostrato efficace nel trattamento del dolore neuropatico, notoriamente difficile da trattare².

MATERIALI E METODI

Nel periodo settembre-dicembre 2012 sono giunte alla nostra osservazione 3 pazienti con diagnosi di fibromialgia. L'esame clinico (rilevazione dei TPs) e i sintomi riferiti dalle pazienti erano compatibili in tutti e 3 i casi con tale patologia. Le pazienti riferivano dolore di intensità medio-elevata (media NRS= 7,6), con notevole interferenza con le attività quotidiane e con il riposo notturno.

Tutte le pazienti riferivano di aver precedentemente assunto numerosi farmaci analgesici appartenenti alla classe dei FANS ed una paziente era, al momento della visita (T0), in trattamento con paracetamolo/codeina, ma con scarsi risultati. Una sola paziente aveva assunto in passato duloxetina, 60 mg/die, per un breve periodo ma, seppure aveva notato miglioramento della sintomatologia dolorosa, aveva dovuto sospendere l'assunzione a causa di effetti collaterali ritenuti intollerabili.

Alle pazienti è stata prescritta terapia con tapentadolo, 50 mg 2 volte/die e sono state programmate le successive visite di controllo a 3 giorni (T1), 8 giorni (T2), 15 giorni (T3) e 30 giorni (T4), allo scopo di verificare l'efficacia analgesica della terapia, la comparsa di eventuali effetti collaterali e provvedere all'aggiustamento posologico.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Le 3 pazienti hanno mostrato già al tempo T1 lieve miglioramento della sintomatologia dolorosa (NRS medio=6), ritenuto però insufficiente, pertanto tutte sono passate ad assumere un dosaggio superiore di tapentadolo: 100 mg/2 volte die. Al tempo T2 la rilevazione media dell'NRS era pari a 4,3, ed una sola paziente che riferiva NRS pari a 6 è passata al dosaggio di 200 mg/2 volte die.

Ai successivi controlli le pazienti non hanno avuto necessità di incrementare il dosaggio e la valutazione del dolore risultava costantemente pari o inferiore a 3.

Nessuna delle pazienti ha sospeso la terapia durante il periodo di osservazione per l'insorgenza di eventi avversi e, complessivamente, le pazienti si sono dichiarate soddisfatte della terapia proposta. In particolare 2 pazienti hanno dichiarato di poter svolgere nuovamente le normali attività quotidiane e tutte e 3 hanno riferito di aver ripreso un riposo notturno pressoché normale e "ristoratore".



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

Il tapentadolo ad un dosaggio variabile da 200 a 400 mg/die, è risultato efficace e ben tollerato per il trattamento di una sintomatologia dolorosa cronica piuttosto difficile da trattare, come è quella fibromialgica.

Bibliografia

1. Podolecki T, Podolecki A, Hrycek A. Fibromyalgia: pathogenetic, diagnostic and therapeutic concerns. *Pol Arch Med Wewn.* 2009 Mar;119(3):157-61
2. Afilalo M, Morlion B. Efficacy of tapentadol ER for managing moderate to severe chronic pain. *Pain Physician.* 2013 Jan;16(1):27-40



ICHD-2 CLINICAL FEATURES, EPIDEMIOLOGICAL DATA, ASSESSMENT AND TREATMENTS OF ADULT PATIENTS WITH HEADACHE

Schweiger V, Brugnoli MP, Visona' A, Zanette G, Procacci P, Martini A, Polati E.
University of Verona, Dept. of Surgical Sciences
Anesthesiology, Intensive Care and Pain Therapy Centre
Policlinico G.B. Rossi

Headache, in all its varieties, is common and can seriously affect the quality of life. The International Classification of Headache Disorders (ICHD) is an in-depth hierarchical classification of headaches published by the International Headache Society. It contains explicit (operational) diagnostic criteria for headache disorders. The current revision, ICHD-2, was published in 2004 (1). The classification uses numeric codes. The top, one-digit diagnostic level includes 13 headache groups. The first four of these are classified as primary headaches, groups 5-12 as secondary headaches, cranial neuralgia, central and primary facial pain and other headaches for the last two groups (2). The ICHD-2 classification defines migraines, tension-types headaches, cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias as the main types of primary headaches (3). Secondary headaches are classified based on their etiology and not on their symptoms (3). According to the ICHD-2 classification, the main types of secondary headaches include those that are due to head or neck trauma such as whiplash injury, intracranial hematoma, post craniotomy or other head or neck injury. Headaches caused by cranial or cervical vascular disorders such as ischemic stroke and transient ischemic attack, non-traumatic intracranial hemorrhage, vascular malformations or arteritis are also defined as secondary headaches. This type of headaches may also be caused by cerebral venous thrombosis or different intracranial vascular disorders. Other secondary headaches are those due to intracranial disorders that are not vascular such as low or high pressure of the cerebrospinal fluid pressure, non-infectious inflammatory disease, intracranial neoplasm, epileptic seizure or other types of disorders or diseases that are intracranial but that are not associated with the vasculature of the central nervous system. ICHD-2 classifies headaches that are caused by the ingestion of a certain substance or by its withdrawal as secondary headaches as well. This type of headache may result from the overuse of some medications or by exposure to some substances. HIV/AIDS, intracranial infections and systemic infections may also cause secondary headaches. The ICHD-2 system of classification includes the headaches associated with homeostasis disorders in the category of secondary headaches. This means that headaches caused by dialysis, high blood pressure, hypothyroidism, and cephalalgia and even fasting are considered secondary headaches. Secondary headaches, according to the same classification system, can also be due to the injury of any of the facial structures including teeth, jaws, or temporomandibular joint. Headaches caused by psychiatric disorders such as somatization or psychotic disorders are also classified as secondary headaches. The ICHD-2 classification puts cranial neuralgias and other types of neuralgia in a different category. According to this system, there are 19 types of neuralgias and headaches due to different central causes of facial pain. Moreover, the ICHD-2 includes a category that contains all the headaches that cannot be classified.

Although the ICHD-2 is the most complete headache classification there is and it includes frequency in the diagnostic criteria of some types of headaches (primarily primary headaches), it does not specifically code frequency or severity which are left at the discretion of the examiner (3).

METHOD AND RESULTS

Headache disorders are the most common complaints worldwide. Migraine, tension type and cluster headaches account for majority of primary headaches and improvise a substantial burden on the individual, family or society at large. In the Pain Therapy Unit of Verona University, Borgo Roma Hospital, was treated from 2006 to 2013 a total of 315 patients with headache. Epidemiological data have been reported. This study aimed to assess the prevalence and



ABSTRACT BOOK

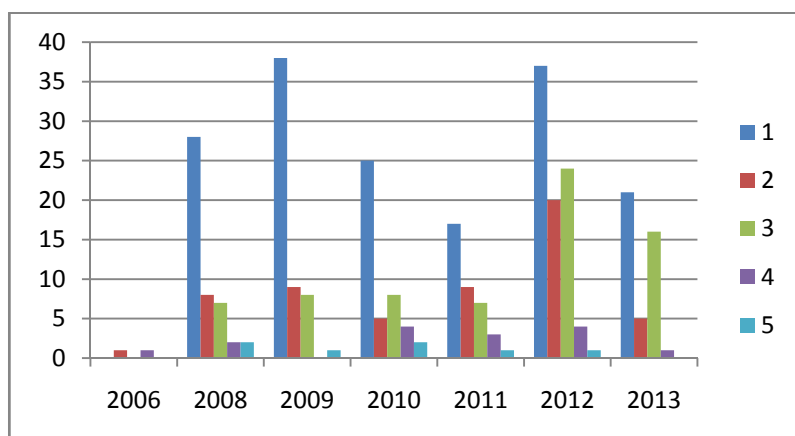
36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
 Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

statistical characteristics, of headache. The study subjects were 315 of which 73 (23,2%) were males and 242 (76,8%) were females. The prevalence for migraine was 166 patients (52,7%), migraine without aura 138 patients; migraine with aura was 28 patients. The prevalence of tension type of headache was found to be in 57 patients (18,1%). The prevalence of migraine + tension type headache was 70 patients (22,2%). The prevalence of cluster headache was 7 patients (2,2%).
 The prevalence of secondary headaches was 15 patients (4,8%).

**VERONA UNIVERSITY UNIT PAIN THERAPY BORGOMASSA HOSPITAL
 HEADACHE TYPE (YEARS 2006-2013):**

1. MIGRAINE
2. TENSION TYPE HEADACHE
3. MIGRAINE + TENSION TYPE HEADACHE
4. SECONDARY HEADACHES
5. CLUSTER HEADACHE

HEADACHE TYPE	YEAR							
	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
1	0	28	38	25	17	37	21	166 (52,7%)
2	1	8	9	5	9	20	5	57 (18,1%)
3	0	7	8	8	7	24	16	70 (22,2%)
4	1	2	0	4	3	4	1	15 (4,8%)
5	0	2	1	2	1	1	0	7 (2,2%)
TOTAL PATIENTS	2 (0,6%)	47 (14,9%)	56 (17,8%)	44 (14,0%)	37 (11,7%)	86 (27,3%)	43 (13,7%)	315

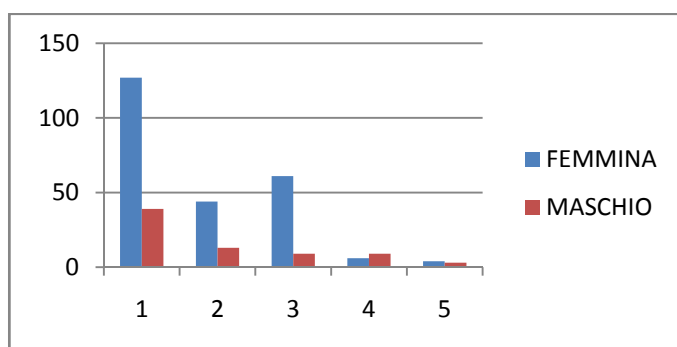




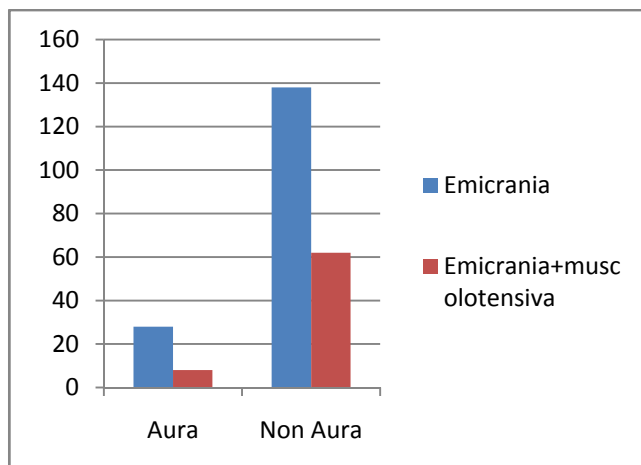
ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

HEADACHE TYPE	FEMALE	MALE	
1	127	39	166 (52,7%)
2	44	13	57 (18,1%)
3	61	9	70 (22,2%)
4	6	9	15 (4,8%)
5	4	3	7 (2,2%)
TOTAL PATIENTS	242 (76,8%)	73 (23,2%)	315



	migraine with aura	migraine without aura	
MIGRAINE	28	138	166
MIGRAINE + TENSION TYPE HEADACHE	8	62	70
TOTAL PATIENTS	36	200	236



CONCLUSION

Prevalence and burden of primary headache disorders was substantial in this community. The population of patients suffering with headaches is vast. The most critical element in headache evaluation is the history. The targeted history not only differentiates primary from secondary headaches but also provides a realistic list of conditions associated with secondary headache. Several of these conditions do present with specific physical, psychological and



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

pathological findings. The ability simply to recognize but a few straightforward clinical findings directs the evaluation in the proper direction.

The most common types of headache are the "primary headache disorders", such as tension-type headache and migraine. They have typical features; migraine, for example, tends to be pulsating in character, affecting one side of the head, associated with nausea, disabling in severity, and usually lasts between 3 hours and 3 days. Rarer primary headache disorders are trigeminal neuralgia (a shooting face pain), cluster headache (severe pains that occur together in bouts), and hemicrania continua (a continuous headache on one side of the head) (4).

Patients with headaches must learn about their headache disorder, and must be willing to take steps to treat it. This includes not just taking medication, but also monitoring the effectiveness of treatments and making lifestyle modifications to optimize headache control. The doctor will provide medication and education, but more than perhaps any other disorder, actual treatment is up to the patient.

In recurrent unexplained headaches keeping a "headache diary" with entries on type of headache, associated symptoms, precipitating and aggravating factors may be helpful. This may reveal specific patterns, such as an association with medication, menstruation or absenteeism or with certain foods. There are two types of treatment for chronic headaches, i.e. acute abortive treatment and preventive treatment. Whereas the first is aimed to relieve the symptoms immediately, the latter is focused on controlling the headaches that are chronic. For this reason, the acute treatment is commonly and effectively used in treating migraines and the preventive treatment is the usual approach in managing chronic headaches. The primary goal of preventive treatment is to reduce the frequency, severity, and duration of headaches. To date, only amitriptyline, fluoxetine, gabapentin, tizanidine and topiramate have been evaluated as "prophylactic treatment of chronic daily headache in randomized, double-blind, placebo-controlled or active comparator-controlled trials. Antiepileptics can be used as preventative treatment of chronic daily headache. Psychological treatments are usually considered in comorbid patients or in those who pain, depression and anxiety are unresponsive to the medication. Chronic headache is associated with disability and high utilisation of health care including complementary and alternative medicine (CAM), such as acupuncture (5).

References

1. Jes Olesen, Peter J. Goadsby, Nabih M. Ramadan, Peer Tfelt-Hansen, K. Michael A. Welch (2005). *The Headaches* (3 ed.). Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0-7817-5400-3.
2. Morris Levin, Steven M. Baskin, Marcelo E. Bigal (2008). *Comprehensive Review of Headache Medicine*. Oxford University Press US. ISBN 0-19-536673-5.
3. IHS - The International Headache Classification (ICHD-2) "Headache: classification". Retrieved 2010-08-06.
4. Scottish Intercollegiate Guideline Network (November 2008). *Diagnosis and management of headache in adults*. Edinburgh. ISBN 978-1-905813-39-1.
5. Kristoffersen ES, Aaseth K, Grande RB, Lundqvist C, Russell MB. Self-reported efficacy of complementary and alternative medicine: the Akershus study of chronic headache. *J Headache Pain*. 2013 Apr 18;14(1):36.



IDIOPATHIC ORO-FACIAL PAIN: PRELIMINARY EPIDEMIOLOGICAL AND AETIOLOGICAL DATA

Schweiger V¹, Procacci P², Zanette G², Martini A¹, Brugnoli Mp¹, Polati E¹.

¹Department of Surgery, Anesthesia and Intensive Care, Pain Therapy Centre, University of Verona, Verona, Italy.

²Department of Surgery, Maxillofacial Surgery, University of Verona, Verona, Italy

INTRODUCTION

Idiopathic orofacial pain (IOFP) has been defined as a persistent idiopathic facial pain that has not the classic features of neuralgias and that is not attributed to another disorder or to another biological or clinical cause.¹ Idiopathic orofacial pain often occurs without any recognizable etiology or trigger factor. Nevertheless, minor oral surgical procedures, trauma and major maxillofacial surgeries have been reported in literature as possible causes of long standing orofacial pain disorders.^{2,3,4}

Actually, the diagnosis of IOFP is reached after the following conditions have been excluded: TMJ related pain and disorders, headaches and migraines, typical neuralgias, ENT disorders and ophthalmic disorders⁵. As a direct consequence of the over mentioned differential diagnosis process, the group of patients diagnosed for IOFP includes different kind of pain with different etiologies and clinical features. The IOFP often presents as pain in the face, present daily and persisting for all or most of the day. At onset the pain is confined to a limited area on one side of the face, is deep and poorly localized and it is not associated with sensory loss or other physical signs. Investigations including x-ray of face and jaws should not demonstrate any relevant abnormality¹.

Here is presented preliminary epidemiological and etiological data collected in the last 24 months at the Policlinic G.B. Rossi, University of Verona, by a multidisciplinary group involving maxillofacial surgeons and anesthesiologists. A population of 33 patients has been studied. In the studied population the females were 25 (75,8%) and the males were 8 (24,2%); the mean age was 54 (52 for women and 58 for men).

The etiology was minor oral surgical procedures (MOSP) in 19 cases, major oncologic surgery in 2 cases and no etiology was recorded in 12 cases. For females the etiology were MOSP in 60% of cases (15) and no etiology in 40% (10); for males were MOSP in 50% of cases (4), major oncologic surgery in 2 patients (25%) and no etiology in another 2 patients (25%). Patients were also tested for oral and extraoral sensory disorders. An extraoral sensory disorder was present in the 66,7% of MOSP and no etiology patients, while it was present in the 100% of major surgery patients.

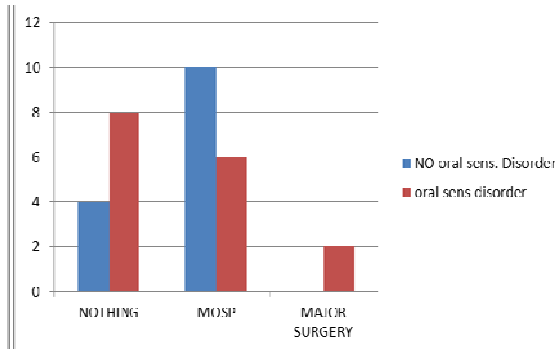
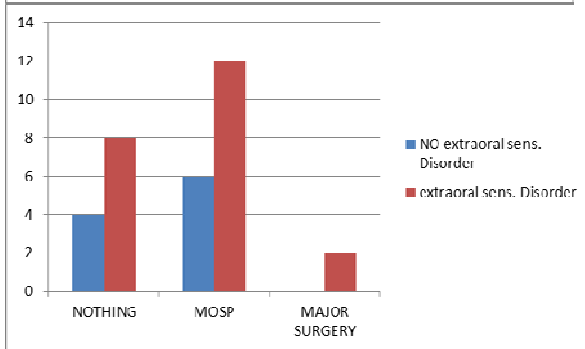
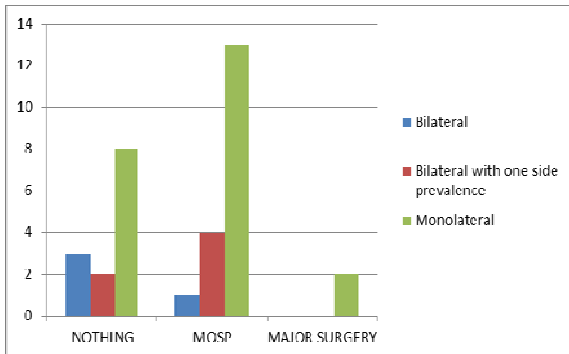
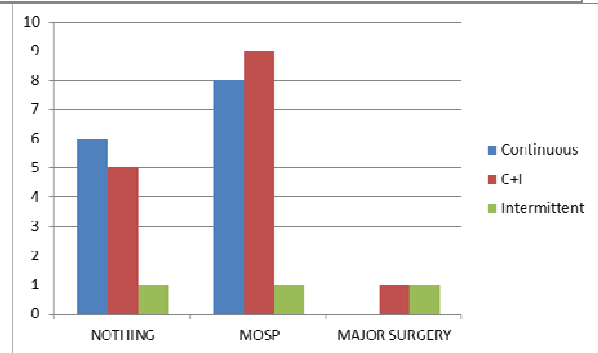
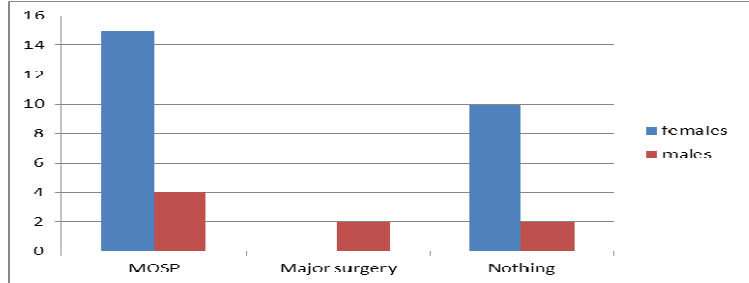
In the no etiology patients were an intraoral sensory disorder in the 66,7% of cases, while in MOSP patients only the 37,5% had some kind of disorders. In major surgery patients a sensory disorder was always present. Furthermore the specific features of pain for each etiology were different.

MOSP patients showed a continuous plus intermittent pain pattern in the 50% of cases, a continuous pattern in the 44,4% of cases and an intermittent pattern in the 5,6% of cases. No etiology patients otherwise showed a continuous plus intermittent pattern in 33,3% of cases, a continuous pattern in the 55,6% of cases and an intermittent pattern in 11,1% of cases. In the major surgery patients there was a 50% that showed a continuous plus intermittent pain pattern and another 50% which had an intermittent pattern.

There were also a few differences in the localizations of pain. MOSP patients had monolateral pain in 72% of cases (5,6% bilateral, 22,2% bilateral with one side prevalence) similar to no etiology patients which showed monolateral pain in 61,5% of cases, but 23%bilateral and 15,4% bilateral with one side prevalence. Major surgery patients had monolateral pain in all cases.

Graphs

ETIOLOGY	GENDER		
	Females	males	
MOSP	15	4	19 (57,6%)
Major surgery	0	2	2 (6,1%)
Nothing	10	2	12 (36,4%)
	25	8	33
	75,80%	24,20%	



CONCLUSIONS

The data reported show that the IOFP has some peculiar features. It seems to affect women in 75,8% of cases and patients age average out at 54. Moreover both MOSP and no etiology patients seems to be involved frequently in extraoral sensory disorders while patients without any kind of trigger factors seems to have different pain history and present an higher incidence of oral sensory disorders compared with MOSP patients. There are also few differences in temporal pattern and localizations of pain between MOSP and no etiology patients: the former group showed higher incidence of continuous plus intermittent pain pattern compared with latter group, and even though



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

the two groups present monolateral pain are the more represented localization, the bilateral with one side prevalence pain is more incident in MOSP patients rather than patients without trigger factors. The actual classification of IOFP doesn't consider any kind of subclasses. The data here reported suggest that a more specific subclassification could be useful to create a personalized therapeutic approach for each patient

References

1. IHS 13.18.4, ICHD-2 persistent idiopathic facial pain (G50.1); http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation/04_teil3/13.18.04_facialpain.html
2. Atypical Odontalgia, Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2005;115(11):1006-11.
3. Francisco J. Rodríguez-Lozano, DDS, PhD; Arturo Sanchez-Pérez, MD, DDS, PhD; Maria J. Moya-Villaescusa, DDS, PhD; Antonio Rodríguez-Lozano, DDS; Maria R. Sáez-Yuguero, MD, DDS, PhD. Neuropathic orofacial pain after dental implant placement: review of the literature and case report. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology: Volume 109, Issue 4, April 2010, Pages e8–e12
4. Karen S.G Chua, MRCP (U.K.), MBBS (Sing.); Suresh K Reddy, MD, FFARCS; Ming-Chien Lee, MD; Richard B Patt, MD. Pain and Loss of Function in Head and Neck Cancer Survivors. Journal of Pain and Symptom Management: Volume 18, Issue 3, September 1999, Pages 193–202
5. Paul Cornelissen, MD; Maarten van Kleef, MD, PhD, FIPP; Nagy Mekhail, MD, PhD, FIPP; Miles Day, MD, FIPP, DABIPP; Jan van Zundert, MD, PhD, FIPP. Evidence-based interventional pain medicine according to clinical diagnoses. 3. Persistent idiopathic facial pain. Pain Practice. 2009 Nov-Dec;9(6):443-8



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

SCLERODERMIA AND PICC LINE: A NEW PATIENTS OPPORTUNITY

Scocca A., De Lucia T., Paroli M., Poli P.

Dept. of Oncology - Pain therapy unit, Santa Chiara University Hospital, Pisa

INTRODUCTION

Scleroderma makes difficult to find and manage peripheral vein access because of the abnormal connective tissue growth. PICC line is a peripheral inserted central catheter but without the risks associated to CVC (Central Venous Catheter).

OBJECTIVE

Describe the use of PICC line as safe alternative in patients affected by scleroderma a for which a central line is often the only opportunity to give infusion therapies.

METHODS

We collect data of 30 female patients from January 2008 to December 2010. Insertion complications included bleeding. Post-insertion complications included mechanical phlebitis, catheter occlusion thrombosis, local or systemic catheter-related infections, catheter fracture, dislodgement or external breakage, accidental removal. PICC nurse assessed site conditions weekly, as well as dressing changes and catheter function.

RESULTS

We have no insertion complications. We have a total of 10 post-insertion complications: six catheter occlusion, and four accidental removal.

CONCLUSION

PICC line is safer to place if compared with other CVCs. All complications related to PICC use observed occurred because ward nurses and homecare nurses was not well trained to PICC management. PICCs are associated with a significantly lower rate of mechanical complications (hemothorax, pneumothorax) and are cheaper than CVCs.

In conclusion PICC proved to be a reasonably safe and reliable way of providing therapy requiring prolonged IV access in patients with scleroderma remaining a convenient and reasonable alternative to other central venous access.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

OSSICODONE/NALOXONE A RILASCIO PROLUNGATO NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO NEUROPATICO

Scordo G., Lazzari M., Caldarulo C., Finocchi S., Pisanu L., Bellocchi O., D'Este N., Palombo E.,
Guantera D., Gatti A.

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Dipartimento di Emergenze, Accettazione, Medicina Critica, Medicina del Dolore e delle Scienze
Anestesiologiche

INTRODUZIONE

Nonostante gli oppioidi possono alleviare il dolore neuropatico (NP) cronico, questi farmaci sono considerati analgesici di seconda o terza linea nel trattamento del NP, anche a causa della loro scarsa tollerabilità gastrointestinale (GI). Una combinazione fissa di ossicodone a rilascio prolungato e naloxone (OXN) è stata studiata per superare gli effetti collaterali gastrointestinali associati agli oppioidi forti. Scopo del nostro studio è stato di valutare l'efficacia analgesica e la tollerabilità di bassi dosaggi di OXN somministrati a pazienti che alla visita basale presentavano NP cronico non oncologico di intensità moderata-forte, nonostante il trattamento analgesico.

MATERIALI E METODI

E' stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo monocentrico presso l'HUB di Medicina del Dolore del Policlinico di Tor Vergata su 150 pazienti con età da 18 a 90 anni (età media 65,6), 52% donne e 48% uomini, con NP di intensità moderata-forte. Questi pazienti sono stati osservati per 8 settimane con follow up seriati in cui sono stati valutati: i dosaggi di OXN assunti, il numero di assunzioni di Paracetamolo come rescue dose, la funzionalità intestinale (BFI), l'eventuale utilizzo di lassativi e la sicurezza del farmaco OXN. Tutti i pazienti alla visita basale lamentavano stitichezza, erano in trattamento con farmaci anticonvulsivanti ed iniziavano OXN, in sostituzione del trattamento analgesico assunto precedentemente. L'efficacia di OXN è stata valutata sulla base dei risultati di questionari somministrati ai pazienti nella comune pratica clinica, riguardanti l'intensità del dolore (NRS), il giudizio sul proprio stato di salute (PGIC), le caratteristiche del dolore (DN4) e la qualità del sonno (CPSI).

RISULTATI

L'intensità del dolore è diminuita in modo significativo al termine delle 8 settimane (NRS $2,2 \pm 1$ vs $7,3 \pm 1$ al basale, $p < 0,0001$) e si è ridotto notevolmente il numero di assunzioni di Paracetamolo come rescue dose. La riduzione dell'intensità del dolore non variava a seconda dell'eziopatogenesi del dolore neuropatico. La funzionalità intestinale è notevolmente migliorata al termine (BFI: $31,2 \pm 20$ vs $73,3 \pm 21$ al basale, $p < 0,0001$) e l'uso di lassativi si è conseguentemente ridotto. Non sono state riscontrate differenze tra pazienti di età superiore ai 65 anni vs pazienti di età inferiore ai 65 anni. OXN è stato generalmente ben tollerato.

CONCLUSIONI

OXN a basse dosi, in associazione a farmaci anticonvulsivanti è stato molto efficace nel controllare il NP non oncologico di diverse eziopatogenesi, con riduzione della necessità di farmaci analgesici rescue, e di migliorare la funzionalità intestinale, con conseguente riduzione dell'utilizzo di lassativi.



L'EFFICACIA NEL TEMPO DI UN PROGETTO FORMATIVO SULLA CONOSCENZA E GLI ATTEGGIAMENTI DEGLI INFERMIERI SUL DOLORE

Tocaceli A*, Ciannavei AP**, Dignani L*

* Infermiere AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**Coordinatore Dipartimento Malattie Immuno-Allergiche e Respiratorie AOU Ospedali Riuniti di Ancona

INTRODUZIONE

Una delle questioni ancora aperte in ambito sanitario è la corretta gestione del dolore. Infatti nonostante ci sia una crescente sensibilizzazione al problema e una maggiore disponibilità di mezzi, numerosi studi dimostrano che molti pazienti continuano a soffrire inutili disagi. Una delle cause di questo fenomeno può essere attribuita ad un deficit di conoscenze del personale sanitario in merito alla gestione del dolore. In particolare, dai dati della letteratura emerge che spesso gli infermieri non sono sufficientemente preparati ad affrontare il dolore a causa di inadeguate conoscenze circa la valutazione e il trattamento. In questo contesto la formazione continua assume un ruolo di primo piano come strumento in grado di colmare le lacune esistenti.

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia di un progetto formativo per il miglioramento delle conoscenze e degli atteggiamenti sul dolore di un gruppo infermieristico.

MATERIALI E METODI

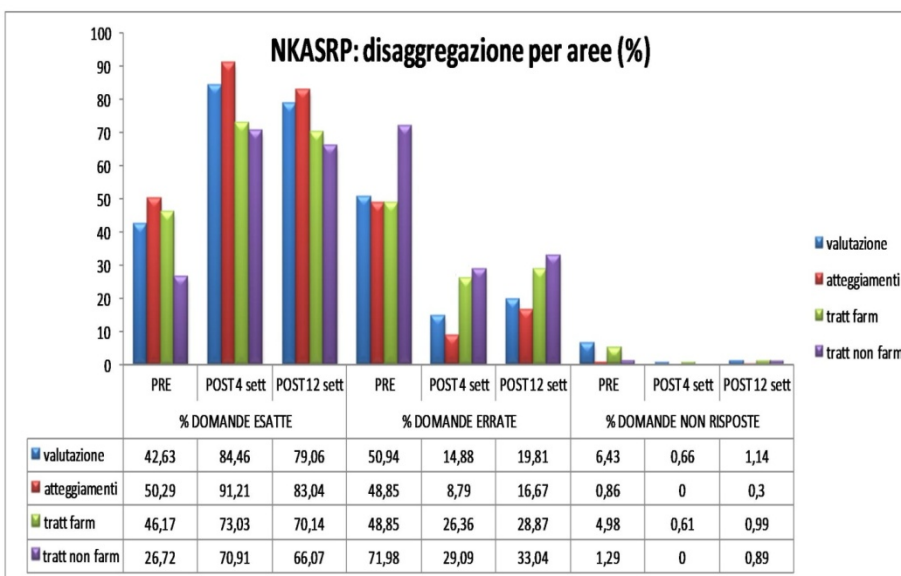
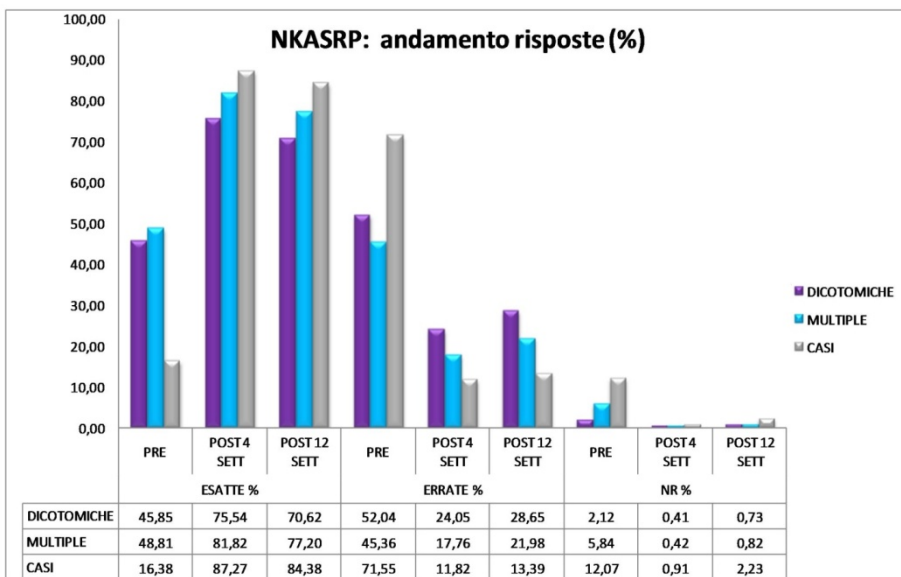
È stato condotto uno studio osservazionale che ha coinvolto gli infermieri di un Dipartimento dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona. Le conoscenze e gli atteggiamenti del gruppo infermieristico sul dolore sono state valutate mediante il "Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" (NKASRP), nella sua versione italiana. Il NKASRP è uno strumento che consente di analizzare aspetti legati alla valutazione del dolore, al suo trattamento e di verificare i comportamenti nella gestione del dolore. Il questionario è stato somministrato prima dell'evento formativo, 4 settimane dopo e 12 settimane dopo. La formazione prevedeva sia la didattica frontale, sia una sessione di project work basata sulla presentazione e discussione di casi clinici.

RISULTATI

Dei 70 infermieri del Dipartimento, l'82,9% ha completato il questionario pre evento formativo, a cui hanno partecipato l'88,57%. Il tasso di risposta al post test è stato del 88,71% a 4 settimane e del 90,32% a 12 settimane. L'analisi delle risposte è stata condotta considerando la modalità di formulazione dei quesiti e le aree di interesse del NKASRP. Complessivamente l'andamento delle risposte corrette è stato: pre test 43,81%, post test a 4 settimane 78,83%, post test a 12 settimane 74,22%. Si è verificato quindi un marcato miglioramento delle conoscenze e degli atteggiamenti rispetto al dolore nel periodo immediatamente successivo all'evento formativo e una leggera riduzione dei risultati a 12 settimane. Rispetto alle aree del questionario, il deficit di conoscenze maggiori è risultato essere quello relativo al trattamento del dolore, in tutte e tre le somministrazioni del NKASRP.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio indicano che il programma formativo si è rivelato un ottimo strumento per migliorare le conoscenze relative alla gestione della persona con dolore. Tuttavia si renderebbe necessario effettuare una ripetizione della formazione ad intervalli regolari, in modo da mantenere costante il livello di preparazione e la sensibilità del personale infermieristico nei confronti del dolore.



Bibliografia

1. Abdalrahim MS, Majali SA, Stomberg MW, Bergbom I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Educ Pract*; 11(4):250-5.
2. Bernardi M, Catania G, Lambert A, Tridello G, Luzzani M. (2007). Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs*; 11(3):272-9.
3. Catania G, Costantini M, Lambert A, Luzzani M, Marceca F, Tridello G, Boni L, Bernardi M. (2006). Testing an instrument measuring Italian nurses' knowledge and attitudes regarding pain. *Assist Inferm Ric*; 25(3):149-56.
4. Costantini M, Viterbori P, Flego G. (2002). Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage*; 23(3):221-30



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

5. European Pain in Cancer Survey, European Association of Palliative Care. (2007). Half of European cancer patients have moderate to severe pain: one in five patients does not receive treatment. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 21(4):51-3.
6. Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. (1993). Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. *J Prof Nurs*; 9(2):79-88.
7. Guardini I, Talamini R, Lirutti M, Palese A. (2008). The effectiveness of continuing education in postoperative pain management: results from a follow-up study. *J ContinEducNurs*; 39(6):281-8.
8. Hall-Lord ML, Larsson BW. (2006). Registered nurses' and student nurses' assessment of pain and distress related to specific patient and nurse characteristics. *Nurse Educ Today*; 26(5):377-87.
9. Innis J, Bikaunieks N, Petryshen P, Zellermeier V, Ciccarelli L. (2004). Patient satisfaction and pain management: an educational approach. *J Nurs Care Qual*; 19(4):322-7.
10. Levett-Jones TL. (2005). Continuing education for nurses: a necessity or a nicety? *J ContinEducNurs*; 36(5):229-33.
11. Lui LY, So WK, Fong DY. (2008). Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. *J ClinNurs*; 17(15):2014-21.
12. Matthews E, Malcolm C. (2007). Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *Br J Nurs*; 16(3):174-9.
13. McNamara MC, Harmon D, Saunders J. (2012). Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *Br J Nurs*; 21(16):958, 960-4.
14. Schafheutle EI, Cantrill JA, Noyce PR. (2001). Why is pain management suboptimal on surgical wards? *J AdvNurs*; 33(6):728-37.
15. Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, de Marco R. (2005). Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *Eur J Pain*; 9(1):61-7.
16. Whelan CT, Jin L, Meltzer D. (2004). Pain and satisfaction with pain control in hospitalized medical patients: no such thing as low risk. *Arch Intern Med*; 164(2):175-80.
17. Zhang CH, Hsu L, Zou BR, Li JF, Wang HY, Huang J. (2008). Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in China. *J Pain Symptom Manage*; 36(6):616-27



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

EFFICACIA DEL TAPENTADOLO NELLA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO ONCOLOGICO: CASE REPORT

Tudini M¹. Alfonsi B¹. Angeletti PM¹. Blanco MA². Mastrobuono F². Amici S.² Dibello F¹. Piroli A¹. Paladini A¹. Marinangeli F¹.

¹Cattedra di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore a DU - Università degli Studi di L'Aquila

²Servizio di Anestesia e Rianimazione ASL 4 Teramo, P.O. Giuseppe Mazzini, Teramo

INTRODUZIONE

Il dolore misto ha caratteristiche tipiche sia del dolore nocicettivo che neuropatico ed è probabilmente quello più frequentemente riscontrato nei pazienti con dolore cronico oncologico.

Il dolore da cancro coinvolge, inoltre, meccanismi infiammatori, neuropatici, ischemici e compressivi. Il trattamento si basa sull'impiego della scala analgesica proposta nel 1986 dalla WHO(1) mentre le linee guida per la gestione del dolore da cancro, sulle raccomandazioni dell'EPAC (2).

CASE REPORT

Giungeva presso il nostro ambulatorio di terapia antalgica un paziente di 66 anni affetto con carcinoma polmonare, istotipo non a piccole cellule, localizzato a livello del polo polmonare superiore di sinistra, con ripetizioni ossee multiple a carico dei seguenti segmenti scheletrici: emibacino, ala iliaca, emisacro di destra, emisoma D 2 e quarta costa di sinistra.

Riferiva dolore continuo a livello dell'emitorace anteriore di sinistra, irradiato a barra a livello dorsale e picchi di dolore episodico intenso che regredivano transitoriamente dopo assunzione di paracetamolo o ibuprofene; esso era di tipo continuo durante il giorno, peggiorava di notte, in posizione distesa e con la deambulazione, raggiungendo intensità 10 della scala NRS e 4 nella sua fase migliore.

Il paziente riferiva scarso beneficio dalla terapia precedentemente assunta: Fentanil TTS 75 mcg/h, un cerotto ogni 72 ore, Ibuprofene 600 mg la sera. In occasione della prima visita si sostituiva il Fentanyl TTS con Oxycodone orale 60 mg associato ad Ibuprofene; dopo 5 giorni di terapia il dolore risultava ancora scarsamente controllato (NRS 8). Si decideva, pertanto, di sospendere la terapia in atto, sostituendola con Tapentadolo 50 mg x 2 /die. Dopo 3 giorni il paziente riferiva lieve miglioramento del dolore (NRS 7); si raddoppiava, pertanto, il dosaggio di Tapentadolo (100 mg 2 volte/die). Con questo aggiustamento della terapia aveva durante il giorno un buon controllo del dolore che però persisteva di notte. Si consigliava così un nuovo schema che prevedeva Tapentadolo 100 mg la mattina e 150 mg la sera.

A distanza di un mese il paziente aveva ottimo controllo dolore (NRS=3), buon riposo notturno e miglioramento della qualità di vita.

CONCLUSIONI

Tapentadolo è un oppiaceo forte con duplice meccanismo d'azione: agonismo sul recettore μ e inibizione della ricaptazione di Noradrenalina ed Serotonina a livello centrale; studiato per superare i limiti del tramadolo a cui è strutturalmente correlato, non dà luogo ad enantiomeri e il metabolismo avviene principalmente attraverso coniugazione di fase II con formazione di metaboliti glucuronati e solfati.

È una sostanza stupefacente, con potenziale tossico-manigeno analogo a morfina, idromorfone ed oxycodone, registrato in Italia in compresse a rilascio prolungato.

Non esistono ad oggi dati pubblicati sull'uso di tapentadolo nel dolore neoplastico (3) né studi comparativi con altri oppiacei forti, tuttavia la nostra esperienza dimostra come un paziente oncologico, non responsivo ad altri oppiacei, abbia risposto in modo eccellente alla terapia con tapentadolo a rilascio prolungato.



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

Bibliografia

1. World Health Organization: WHO 1996.
2. Hanks GW et al. Br J Cancer 2001; 84: 587-93.
3. Tapentadol extended-release for treatment of chronic pain: a review. Vadivelu et al; Journal of pain research 2011: (4) 211-218.



GESTIONE E TRATTAMENTO ALGOLOGICO DOMICILIARE DI UN PAZIENTE AFFETTO DA ADENOCARCINOMA SIEROMUCOSO PAROTIDEO

Valenti F.^{1*}, Bonetti C.^{1*}, Mariani R.^{1*}, Luciani A.^{1*}, Marzilli C.^{1*}, Castellani M.^{1*}, Di Marco C.^{1*}, Marsili I.^{1*}, Pirolì A.^{1*}, Paladini A.^{1*}, Ciccozzi A.^{1*}, Marinangeli F.^{1*}

¹ Cattedra di Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di L'Aquila

* V.A.DO, Volontariato per l'Assistenza Domiciliare

INTRODUZIONE

I tumori maligni della ghiandola parotidea sono rari, rappresentando circa lo 0,5% di tutti i tumori e meno del 5% dei tumori della testa-collo (1;2). In Italia, l'incidenza annua è di circa 80-90 casi, la maggior parte dei pazienti ha un'età >65aa al momento della diagnosi (3). Il trattamento di scelta per i tumori della ghiandola parotidea è la chirurgia, con o senza l'ausilio della radioterapia, quest'ultima con finalità adiuvanti o neoadiuvanti per i tumori ad alto grado di malignità e/o allo stadio avanzato (III-IV), stadiazione importante anche per ravvisare la necessità di una terapia antalgica (4). Presso la sede dell'Associazione Va.d.o. di L'Aquila, giunge la richiesta di visita algologica domiciliare per un paziente di sesso maschile, 85 aa, affetto da adenocarcinoma sieromucoso parotideo destro (T4.N1.M0), che presenta dolore nocicettivo e neuropatico (NRS=7/8) a livello della loggia parotidea con irradiazione craniale (fronto-temporo-occipitale). Il paziente presenta le seguenti comorbidità e trattamenti farmacologici in corso: fibrillazione atriale cronica (Coumadin 5mg ¼ cp/die), ipertensione arteriosa (Unipril 2,5 mg ½ cp/die), disturbo d'ansia (Prazene 15 mg/ml, 6 gtt/die prima di coricarsi) e nessuna terapia antalgica in corso.

MATERIALI E METODI

La scelta terapeutica iniziale è caduta su Tramadolo 100 mg/ml gocce orali (20 gtt 3volte/die) e Coefferalgan 500 mg cp al bisogno. Dopo 20 giorni, il paziente, a causa dell'insorgenza di disturbo depressivo, ha iniziato l'assunzione di Mirtazapina 30 mg/die su prescrizione dello Psichiatra. Nei pazienti anziani, le interazioni tra antidepressivi e Tramadolo rappresentano circa un terzo delle interazioni farmacologiche riportate (5). Poiché questa interazione può scatenare una sindrome serotoninergica a qualsiasi età, la terapia antalgica è stata modificata, introducendo Durogesic cerotto transdermico 12 mcg/h ogni 72h e Oramorph gtt (4 gtt al bisogno, massimo 4 volte/die e con un intervallo di almeno 4 h tra le somministrazioni) per il breakthrough pain. Durante la terza visita, a causa dell'evoluzione della patologia oncologica che rendeva difficoltosa l'assunzione delle gocce di Oramorph e per il riferimento di dolore diurno di grado moderato-severo (NRS=6/7), si è provveduto alla sospensione delle gocce ed all'incremento di Durogesic cerotto transdermico a 18 mcg/h ogni 72h.

RISULTATI

Il paziente, alla visita T0, riferiva dolore pari a 7/8 della scala NRS. Dopo tre mesi, con visite domiciliari secondo necessità, ha raggiunto un controllo ottimale del dolore grazie all'adeguamento della modalità di somministrazione dei farmaci analgesici e del dosaggio degli stessi, non necessitando di ulteriori modifiche grazie al riscontro di un'intensità del dolore pari a 0-1 della scala NRS.

CONCLUSIONI

Numerosi studi hanno evidenziato che il 25-50% della popolazione anziana, nei Paesi Occidentali, riferisce dolore molto spesso sottostimato e/o non adeguatamente trattato (6). Le conseguenze del dolore cronico non trattato sono numerosissime: depressione, ansia, difficoltà socio-relazionali, ipo/malnutrizione, disturbi del sonno, aumento della disabilità e del rischio di sindrome di allettamento o di cadute che peggiorano, spesso in modo irreversibile, lo stato funzionale e la qualità di vita di questi pazienti (7). Altri studi mostrano che solo nel 10% dei casi si prescrivono terapie antalgiche a base di oppiacei negli over 85 affetti da dolore severo di origine



ABSTRACT BOOK

36° Congresso Nazionale Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore
Verona, 30 maggio-1° giugno 2013

neoplastica(8).Il nostro dato esperienziale sottolinea ancora l'importanza di prescrivere un'adeguata terapia del dolore, senza trascurare un approccio attento alle condizioni generali del paziente, alle sue comorbidità ed alle possibili interazioni farmacologiche. Un'attenta osservazione delle esigenze soggettive, cosicché il paziente sia sempre coinvolto,quando possibile,nell'iter decisionale terapeutico,sembra altrettanto importante,affinché si delinei insieme il percorso per il sollievo dalla sofferenza del dolore cronico.

Bibliografia

1. DeVita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer, principles & practice of oncology. 5th ed. Philadelphia-New York: Lippincott-Raven; 1997.
2. McGurk M, Renehan A. Controversies in the management of salivary gland disease. Oxford: Oxford University Press; 2001.
3. Sato T, Kamata SE, Kawabata K, Nigauri T, Mitani H, Beppu T, et al. Acinic cell carcinoma of the parotid gland in a child. *Pediat Surg Int* 2005;21: /377/80.
4. Tullio A, Marchetti C, Sesenna E, Brusati R, Cocchi R, Eusebi V. Treatment of carcinoma of the parotid gland: The results of a multicenter study. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;/59:263/70.
5. Mark TL, et al. Antidepressant use in geriatric populations: The burden of side effects and interactions and their impact on adherence and costs. *Am J Geriatric Psychiatry* 2011; 19: 211-21.
6. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R , Kumpusalo A,Kauhanen J, Viinamaki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2011;89:175-80.
7. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of Persistent Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:S205-24.
8. Bernabei R , Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R , et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group (Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology) *JAMA*1998;279:1877-82.



AISD

www.aisd.it

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus

Dal 1976 impegnati nello studio e nella cura del dolore

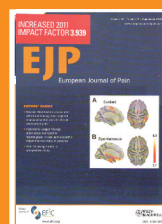
L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus, AISD, è una società scientifica multidisciplinare dedicata alla ricerca sul dolore e al miglioramento dell'assistenza dei pazienti con dolore. È attiva dal 1976 ed è la società scientifica italiana con la più lunga e ricca storia di impegno nella medicina del dolore. Aderisce all'EFIC[®], European Federation of IASP[®] Chapters ed è un capitolo della IASP[®].

L'AISD, raccogliendo l'insegnamento di J.J. Bonica, sostiene da sempre l'idea che la soluzione dei problemi del paziente con dolore, soprattutto cronico, possa scaturire solo dall'incontro di più specialisti clinici, ognuno per le proprie competenze. È inoltre fondamentale l'apporto di neurofisiologi, immunologi, genetisti, biologi molecolari e di tutti coloro che, con la ricerca di base, possano aiutare il clinico a meglio comprendere questo fenomeno e a migliorare l'approccio terapeutico.

Come emerso da recenti indagini epidemiologiche, da dolore cronico non da cancro è affetto un Italiano su quattro, con enorme impatto sociale ed economico sulla società e sulla qualità di vita dei pazienti affetti dalla malattia dolore. Per alleviare le sofferenze occorre promuovere anche un cambiamento culturale, con l'informazione e la formazione del personale sanitario, e una maggiore informazione tra la popolazione, perché non si rassegni a convivere con un dolore inutile.

DIVENTA SOCIO AISD!

Per iscriversi basta registrarsi nel sito www.aisd.it. La quota annuale è di euro 50,00 (medici, dentisti, farmacisti), o euro 25,00 (infermieri, fisioterapisti). Tutti i soci hanno diritto all'abbonamento gratuito online all'European Journal of Pain.



Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus

00193 Roma - Via Tacito, 7 - Tel. 339 6195974 Fax 178 6089948 - segreteria@aisd.it
BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA - IBAN: IT 44 J 08327 03239 0000 0000 2154

www.aisd.it

www.congressiaisd.com





www.fondazioneprocacci.org

Comprendere e curare il dolore

La **Fondazione Paolo Procacci Onlus** nasce nel 2008 per iniziativa di un gruppo di scienziati e ricercatori di livello internazionale, da anni attivi collaboratori delle più importanti società scientifiche dedicate alla medicina del dolore: l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, l'EFIC®, European Federation of IASP® Chapters, l'International Association for the Study of Pain, il World Institute of Pain. Il professor Paolo Procacci, medico fiorentino di enorme ed apprezzata cultura medica ed umanistica, è stato un pioniere nella ricerca sul dolore, tra i fondatori della International Association e dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore.

La Fondazione promuove:

- studi clinici • premi per giovani ricercatori • corsi residenziali e online per il personale sanitario
- iniziative editoriali: il periodico online Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal (www.painnursing.it) e la collana dedicata ai racconti dei pazienti "Il mio dolore"
- mette a disposizione dei pazienti un servizio di consulenza gratuita e promuove campagne di informazione ed educazione della popolazione perché non si rassegni a convivere con un dolore inutile
- ha presentato e promosso a livello europeo il Codice Etico della Medicina del Dolore
- collabora attivamente con la campagna europea EFIC® sull'impatto sociale del dolore cronico (www.sip-platform.eu)
- sostiene la creazione di una specializzazione in medicina del dolore



La ricerca e la formazione servono a tutti!

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA - IBAN: IT 08 Z 08327 03239 00000001820

www.fondazioneprocacci.org



www.painnursing.it

Fondazione Paolo Procacci Onlus
 00193 Roma - Via Tacito, 7 - Tel. 339 6195974 Fax 178 6089948 - info@fondazioneprocacci.org



www.aisd.it
www.fondazioneprocacci.org