

38^o

CONGRESSO
NAZIONALE AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

BARI

28-30 MAGGIO 2015

Centro Congressi Nicolaus Hotel

ABSTRACT



COMITATI

COMITATO SCIENTIFICO DEL CONGRESSO

Caterina Aurilio
Francesco Bruno (Comitato Organizzatore Locale)
Stefano Coaccioli
Maurizio Evangelista
Diego M.M. Fornasari (Coordinatore)
Fabrizio La Mura
Franco Marinangeli
Maria Caterina Pace
Enrico Polati
Alessandro F. Sabato
Andrea Truini

CONSIGLIO DIRETTIVO AISD

Presidente	Caterina Aurilio
Past President	Alessandro F. Sabato
Presidente eletto	Enrico Polati
Vicepresidente	Stefano Coaccioli
Segretario	Maria Caterina Pace
Tesoriere	Giustino Varrassi
Consiglieri	Franco Marinangeli Fabrizio La Mura Diego M.M. Fornasari Maurizio Evangelista Andrea Truini
Presidente COL	Francesco Bruno
COL	Filomena Puntillo

ABSTRACT BOOK

SESSIONE POSTER 1

28 Maggio 2015

P01 ANALISI SUL TRATTAMENTO DEL DOLORE: RILEVAZIONE DELLA CUSTOMER SATISFACTION 2014 – PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO – ASUR MARCHER. Appignanesi⁽¹⁾, I. Pellegrini⁽²⁾, G. Acciarri⁽³⁾, G. Ricci⁽⁴⁾, M. Massetti⁽⁵⁾, A. G. Mandolini⁽⁶⁾, C. Sturba⁽⁶⁾

(1) Direzione Medica di Presidio Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto, (2) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università Politecnica delle Marche, Ancona, (3) UO Farmacia Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto, (4) UOS Terapia Antalgica Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto, (5) UO Anestesia e Rianimazione Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto (6) UOC Formazione Area Vasta 5, Ascoli Piceno - San Benedetto del Tronto

INTRODUZIONE

Nel 2009 è stato costituito il Comitato, Ospedale senza dolore, di San Benedetto del Tronto e approvato un programma basato su: valutazione periodica della presenza del dolore; assicurazione di una risposta al paziente con sintomatologia dolorosa; aumento delle competenze per rilevazione e trattamento; informazione al cittadino. La valutazione circa il lavoro sviluppato deve basarsi sia sull'andamento del consumo di farmaci sia sulla soddisfazione percepita dall'utente in relazione al trattamento ricevuto.

MATERIALI E METODI

Il controllo sull'impatto dell'attività del comitato si è basato su due diversi punti di controllo: il monitoraggio dei consumi farmaceutici e la rilevazione della customer satisfaction. In particolare, rispetto al secondo punto, è stata effettuata una rilevazione da gennaio a dicembre 2014, sono stati predisposti item che analizzassero la soddisfazione/insoddisfazione rispetto al trattamento del dolore. L'analisi, eseguita su due domande specifiche riguardanti il trattamento del dolore (1. Che importanza è stata data al problema del dolore?; 2. Il trattamento del dolore ricevuto L'ha soddisfatta?) intende evidenziare gli outcome del paziente in aderenza alle indicazioni dell'OMS rispetto agli indicatori di processo di buona pratica clinica. Sono state inoltre analizzate le caratteristiche demografiche ed occupazionali del campione.

RISULTATI

Nel 2014 sono state consumate 101.392 confezioni di farmaci antidolorifici (60% paracetamolo, 22% oppioidi; 18% FANS), da segnalare un aumento del 36% nei consumi di oppioidi a fronte di una riduzione della spesa del 28% rispetto all'anno 2013.

L'indagine svolta ha evidenziato 422 risposte relative alla tematica del dolore, la maggior parte dei pazienti si ritengono molto soddisfatti o soddisfatti (86,2%), l'11,3% si dichiara abbastanza o per nulla soddisfatto, mentre il 5% non ha risposto alla domanda. La maggioranza dei pazienti ha risposto in modo positivo sia alla domanda sull'importanza data al problema (54%), sia alla domanda sulla soddisfazione rispetto al trattamento (55%). In area chirurgica è più elevato sia il grado di importanza dato al dolore che il numero di pazienti molto soddisfatti (21%), seguono le UU.OO. di Medicina Generale (14%), Ortopedia (13%) e Pediatria (12%). I questionari sono compilati dal diretto interessato (48%), da soggetti di sesso femminile (56%), la fascia di età prevalente è quella maggiore uguale 65 anni (43%), la nazionalità italiana (92%) e residenza nella Provincia di Ascoli Piceno (85%), il titolo di studio preminente è la licenza elementare (28%), l'occupazione principale è il pensionato (42%).

CONCLUSIONI

L'analisi dei risultati dello studio, evidenzia comunque alcune criticità relative alla necessità di un più capillare lavoro di formazione e alla sensibilizzazione al problema dolore. I dati riportati dimostrano l'efficacia dei protocolli analgesici omogenei e dell'attività formativa. I dati ricavati dai questionari di gradimento fanno risaltare l'importanza della corretta ed esauriente informazione fornita al paziente durante la degenza attraverso corretti rapporti interpersonali con gli operatori medici ed infermieristici; sarebbe auspicabile prevedere anche degli opuscoli informativi dedicati, da fornire all'atto dell'accoglimento in ospedale, per attuare azioni d'informazione preventiva. È importante che il paziente possa esprimere il proprio stato, che venga riconosciuto nella sua sofferenza e quindi possa essere curato secondo il suo desiderio e le sue convinzioni.

ABSTRACT BOOK

P02 L'UTILIZZO DEI ROO NEL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO: NOSTRA ESPERIENZA

R. Bellino, L. Masucci, M. Divizia, C Silvestri, B. De Meo, E. Palombo, A. Di Paolo , M. Lazzari, S. Natoli , R. Carpenedo, M. Dauri

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

INTRODUZIONE

L'utilizzo dei Rapid Onset Opioid (ROO) rappresenta un'arma fondamentale nel trattamento del Breakthrough cancer pain (BTcP), in particolare in occasione di BTcP incidente. L'obiettivo di questo studio è valutare l'efficacia e la tollerabilità dei ROO nel trattamento del BTcP incidente, conseguente alla immobilizzazione prolungata in posizione supina, in corso di seduta radioterapica.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati 40 pazienti afferenti all'ambulatorio di Terapia del Dolore del Policlinico di Tor Vergata nel periodo da Gennaio 2012 a Gennaio 2015, affetti da carcinoma della mammella (14), carcinoma del polmone(14) e mieloma multiplo(12), in trattamento radioterapico per metastasi ossee, che riferivano dolore di base ben controllato con terapia oppiacea a lento rilascio e BTcP incidente durante la seduta di radioterapia. Per molti dei pazienti l'intensità del BTcP non permetteva loro di portare a termine le sedute. A tutti i pazienti è stato prescritto un ROO da assumere 15 minuti prima della seduta radioterapica ed il dosaggio individuale efficace è stato raggiunto dopo titolazione.

I pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi sulla base del ROO utilizzato:

15 pazienti trattati con Fentanyl spray nasale

12 pazienti trattati con Fentanyl citrato compresse orosolubili

13 pazienti trattati con Fentanyl sublinguale compresse orodispersibili

E' stata valutata l'intensità del BTcP tramite Numerical Rating Scale (NRS) all'inizio ed al termine della seduta radioterapica prima della prescrizione del ROO e dopo assunzione di ROO. Inoltre sono stati valutati gli eventuali effetti collaterali riferiti dai pazienti.

RISULTATI

	F. SPRAY NASALE	F. CITRATO CPR OROSOL	F. SUBLING. CPR ORODISP.	P
NRS inizio seduta radioterapica senza assunzione di ROO	2,8 ± 1,12	2.87±0,93	2.75 ± 1,41	ns
NRS termine seduta radioterapica senza assunzione di ROO	7.5± 1.13	7.45±1,48	7.2 ±0,97	ns
NRS inizio seduta radioterapica dopo assunzione di ROO	1.15±0,8	1.4±0,7	1.18±0,5	ns
NRS termine seduta radioterapica dopo assunzione di ROO	1.42±1,7	1.61±1,05	1.54±1,2	ns

Non sono stati descritti effetti collaterali dall'assunzione del ROO.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio effettuato hanno dimostrato che l'utilizzo dei ROO per il BTcP incidente ha ridotto in modo significativo ($p < 0,05$) l'intensità del dolore durante la seduta, permettendo ai pazienti di tollerare l'immobilizzazione in posizione supina per il tempo necessario alla terapia, ottimizzando i risultati del trattamento radioterapico e migliorando la sopravvivenza.

Inoltre in questo studio l'assunzione dei ROO si è dimostrata tollerabile e sicura.

ABSTRACT BOOK

P03 RADIOFREQUENZA PULSATA INTRARTICOLARE

S. De Santis ⁽¹⁾, A. Mastrantuono ⁽¹⁾, C. Angeletti ⁽²⁾, R. Berrettoni ⁽²⁾, P.L. Orsini ⁽²⁾, F. Marinangeli ⁽¹⁾⁽¹⁾ S.S. Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di L'Aquila, L'Aquila, ⁽²⁾ Dipartimento di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore Ospedale G. Mazzini, Teramo

Introduzione: la RadioFrequenza Pulsata (PRF) è un'applicazione relativamente recente nata come alternativa alla radiofrequenza tradizionale, differenziandosi da questa per il diverso meccanismo d'azione non più legato all'effetto della temperatura (termolesione) ma del campo elettrico (modulazione nervosa). L'utilizzo intrarticolare della PRF (PRF IA) si è dimostrato efficace in molti casi per il trattamento del dolore delle grandi e piccole articolazioni, sebbene i suoi meccanismi d'azione non siano ancora completamente compresi. E' stato ipotizzato che essa possa avere un duplice effetto: un'azione sul sistema nervoso con soppressione della risposta eccitatoria delle fibre C ed inibizione della trasmissione sinaptica ed un secondo effetto (che sembra essere quello maggiormente implicato a livello delle grandi articolazioni) esercitato attraverso l'influenza dei campi elettrici sulla produzione di citochine infiammatorie. Per quanto ne sappiamo non sono molti gli studi presenti in letteratura sull'applicazione intrarticolare della PRF 1,2,3,4.

Materiali e metodi: nel periodo compreso tra Gennaio e Febbraio 2014 11 pazienti con dolore articolare cronico a carico delle grandi articolazioni (5 pazienti con coinvolgimento dell'articolazione del ginocchio e 6 della spalla) sono stati trattati con PRF IA 60 V per 15 minuti (il corretto inserimento dell'ago è stato garantito dalla conferma fluoroscopica). Per la spalla è stato utilizzato un approccio posteriore o anteriore mentre per il ginocchio un approccio superiore o laterale retropatellare. La procedura è stata preceduta da anestesia locale con lidocaina 2%. In tutti i casi si trattava di dolore dovuto principalmente a fenomeni degenerativi legati ad osteoartrite primaria. Nessun paziente era affetto da malattia autoimmune né aveva riportato traumi recenti a carico dell'articolazione interessata. Il dolore è stato valutato all' inizio del trattamento (T0) ed a distanza di 30 e 45 giorni dal trattamento (T1 e T2). In 3 pazienti con coinvolgimento articolare bilaterale e risultati non ottimali il trattamento è stato ripetuto a distanza di un mese. L'efficacia è stata definita da una riduzione del dolore su scala VAS del 50%. Risultati: complessivamente è stata riscontrata una riduzione significativa del dolore nelle due visite di follow-up (VAS T0 88,18 vs T1 41,81 vs T2 40,90) in tutti i pazienti tranne in uno che ha riferito di non aver avuto nessun miglioramento. Anche nei pazienti in cui è stato necessario ripetere la procedura a distanza di un mese quest'ultima si è dimostrata efficace. In nessun caso si sono riscontrati effetti collaterali o complicanze.

Conclusioni: la PRF IA sembra essere una metodica efficace e sicura nel trattamento del dolore articolare di spalla e ginocchio. L'esatto meccanismo d'azione non è ancora chiaro ma potrebbe essere correlato all'esposizione delle cellule del sistema immunitario ai campi elettrici inducendo un effetto antiinfiammatorio. Una maggiore numerosità del campione, un gruppo di controllo ed un follow-up più lungo potranno permettere una valutazione più approfondita della procedura.



ABSTRACT BOOK

P04 SMALL-FIBRE NEUROPATHY RELATED TO ALS

A. Biasiotta, A. Truini, E. Onesti, G. Di Stefano, M. Ceccanti, S. La Cesa, A. Pepe, C. Giordano, M. Inghilleri, G. Cruccu

Sapienza University, Rome, Italy

Introduction.

We aimed at seeking more precise diagnostic information on the sensory nervous system involvement described in patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS).

Materials and methods.

We investigated large myelinated nerve fibres with nerve conduction study and small-nerve fibres with Quantitative Sensory Testing (QST) (assessing thermal pain perceptible thresholds) and skin biopsy (assessing intraepidermal nerve fibre density) in 24 consecutive patients with ALS, 11 with bulbar-onset and 13 with spinal-onset.

Results.

In 23 of the 24 patients, regardless of ALS onset, nerve conduction study invariably showed large myelinated fibre sparing. In patients with bulbar-onset ALS, QST found normal thermal-pain perceptible thresholds and skin biopsy disclosed normal intraepidermal nerve fibre density. Conversely, in patients with spinal-onset, thermal-pain thresholds were abnormal and distal intraepidermal nerve fibre density was reduced.

Conclusion.

Sensory nervous system involvement in ALS differs according to disease onset. Patients with spinal-onset but not those with bulbar-onset ALS have concomitant distal small-fibre neuropathy. Neurologists should therefore seek this ALS-related non-motor feature to improve its diagnosis and treatment.

ABSTRACT BOOK

P05

PATIENT-CONTROLLED ANALGESIA FENTANYL FOR PAIN RELIEF AFTER TRAUMA

M. Blanco Cabana ⁽¹⁾, M. Tudini ⁽²⁾, Pm. Angeletti ⁽²⁾, F. Mastrobuono ⁽²⁾, S. Amici ⁽²⁾, F. Marinangeli ⁽¹⁾, M. Cecconi ⁽³⁾

⁽¹⁾ Università degli Studi di Aquila, L' Aquila, ⁽²⁾ ASL 4 Teramo, P.O. Giuseppe Mazzini, Teramo,

⁽³⁾ St George's Healthcare NHS Trust, London, U.K.

Introduction

Patient-controlled analgesia (PCA) refers to methods of pain relief that allow a patient to self-administer of a predetermined dose of analgesic drug as required.1

The optimal bolus dose is the minimum dose to produce appreciable analgesia consistently without producing side effects.2

To prevent overdosage by continual demand, all PCA devices use a lockout interval which is the length of time after a successful patient demand during which the device will not administer another demand dose.3

There are no major differences in efficacy of the different opioids used for PCA.4 Morphine remains the "gold standard" for PCA but fentanyl has a quicker onset than morphine, perhaps making it better suited for IV-PCA.5

Case report

A 47- year-old man was admitted to Emergency Department after motorcycle accident from collision with car.

He was conscious. He had a left haemopneumothorax with flail chest (posterior ribs 7, 10), liver haematoma, left elbow open fracture-dislocation and fracture of the left transverse process of T7. There was no relevant past history.

The blood pressure was 80/50 mmHg, heart rate 120, Sat 95% with 2l O2 with pain score 4/4. Transfused 2 units blood and 1 fresh frozen plasma. Given 2 g tranexamic acid, IV morphine 10 mg, IV ketamine 35 mg and IV antibiotics. Chest drain was inserted.

He was taken to Orthopaedic theatre and then transferred to ITU.

We gave him IV bolus fentanyl 25 mcg, lockout 5 min., hourly limit 300 mcg, background infusion 50 mcg and evaluation to response treatment and side effects with Pain score6 (word category scale combining pain at rest and pain during a standard movement) 3/4, Sedation Score 1/4 and Nausea score 3/4. The second day with Pain score 2/4 was treated with intravenous bolus fentanyl 30 mcg, hourly limit 500 mcg. After 48 hours Pain score measures to revert to 1/4, Sedation Score 0/0 and Nausea score 0/0.

Conclusion

Patient-controlled analgesia (PCA) provides improved titration of analgesic drugs, thereby minimizing individual pharmacokinetic and pharmacodynamics differences and consistently high patient satisfaction. PCA decreases patient anxiety resulting from delays in receiving pain-relieving medication and from the slow onset of analgesic action. With PCA therapy, patients are reportedly able to maintain a near optimal state of analgesia with minimal sedation and few side effects.

References

1. Jeffrey A. Grass, MD, MMM: Patient-Controlled Analgesia *Anesth Analg* 2005;101:S44 –S61.
2. Camu, F., Van Aken, H., Bovill, J.G., 1998. Postoperative analgesic effects of three demand-dose sizes of fentanyl administered by patient-controlled analgesia. *Anesth Analg*, *Anesth Analg* 87, 890-5.
3. Grey TC, Sweeney ES: Patient-controlled analgesia. *JAMA* 259(15):2240. April, 1988.
4. Woodhouse A, Ward M, Mather L. Inter-subject variability in post-operative patient-controlled analgesia (PCA): Is the patient equally satisfied with morphine, pethidine and fentanyl? *Pain* 1999;80:545–553.
5. Lehmann KA, Heinrich C, van Heiss R. Balanced anesthesia and patient-controlled postoperative analgesia with fentanyl: minimum effective concentrations, accumulation and acute tolerance. *Acta Anaesthesiol Belg* 1988;39:11–23.
6. Welchew E.: patient controlled analgesia. BMJ Publishing Group, London, England. 1995

ABSTRACT BOOK

P06 PATTERNS OF CORTICAL EXCITABILITY IN CHRONIC MIGRAINE AND MEDICATION OVERUSE HEADACHE: EVIDENCE BY THE SOUND-INDUCED FLASH ILLUSIONS

F. Brighina⁽¹⁾, S. Maccora⁽¹⁾, N. Bolognini⁽²⁾, R. Baschi⁽¹⁾, G. Cosentino⁽¹⁾, G. Vallar⁽²⁾, B. Fierro⁽¹⁾

⁽¹⁾ Dip. di Biomedicine sperimentali e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo, Palermo, ITALY,

⁽²⁾ Dipartimento di Psicologia, University of Milano-Bicocca, Milano, ITALY

Background:

Responsiveness and excitability of visual cortex play a determining role in neural processes underlying multisensorial perception. Such an integration can be evaluated by sound-induced flash illusions (SIFI). When a single flash is accompanied by two or more beeps, it's often perceived as multiple flashes (fission illusion); on the other hand, a fusion illusion occurs when more flashes matched with a single beep are perceived as a single flash. As already shown by Bolognini et al. (2011) in healthy subjects, anodal transcranial direct current stimulation (tDCS) over the occipital cortex can reduce the illusory phenomenon; indeed, according to our previous evidence, migraine patients are less prone to SIFI. In agreement with the hypothesis of hyperexcitability, patients with episodic migraine experience less illusions, especially during the attack.

Objective:

On such a basis, we expected patients with chronic migraine (CM) to be less prone to SIFI as well as ictal episodic patients.

Methods:

We recruited 65 patients (10 M, mean age \pm SD 38.5 \pm 11.8), including 54 patients with Medication Overuse Headache (30 patients with NSAIDs overusers, 24 triptan overusers) and 11 patients with CM. 64 patients with episodic migraine, 32 with-(MWA) and 32 without-aura (MWO) (42 F, mean age 32.3 \pm 16), 20 healthy controls (13 F, mean age 38 \pm 18) were enrolled. All patients were not taking any prophylactic drug for a period of at least 3 months. The experimental task consisted of reporting the number of flash seen on a black screen in isolation or in combination with beeps.

Results:

All migraine groups showed significantly less SIFI than controls ($p < .01$); illusions were more reduced in chronic migraine than in episodic migraine and healthy controls, particularly in those overusing triptans ($p < .04$).

Conclusions:

SIFI represent a valid tool to explore visual cortex excitability in episodic and chronic migraine. Chronic migraineurs show a reduction of illusory proneness like episodic patients during the ictal phase. Triptan overusers show less illusions due to an increase of excitability which could be associated with a downregulation of 5HT1 receptors.

References:

(1) Bolognini N. et al, (2011) *Neuropsychologia* 49:231-7.

(2) Brighina F. et al, (2015) *Neurology*, in press.

ABSTRACT BOOK

P07 INFERMIERI E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

S. Buchini ⁽¹⁾, R. Vecchi ⁽¹⁾, L. Pomicino ⁽¹⁾, G. Cavestro ⁽²⁾, E. Matasel ⁽³⁾

⁽¹⁾ IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo, Trieste, Italy, ⁽²⁾ Corso di Laurea in Inf.Ca Pediatrica - Università degli Studi di Padova, Padova, Italy, ⁽³⁾ ASP La Quiète, Udine

Introduzione. Lo scarso livello di conoscenza degli infermieri relativamente alle cure palliative, rappresenta un fattore che ne impedisce lo sviluppo. L'elaborazione e l'adozione di metodologie educative adatte a supplire a queste carenze, può aiutare a migliorare l'assistenza erogata rendendola adeguata ai bisogni della popolazione pediatrica che necessita di cure palliative.

Obiettivi dello studio. Indagare il livello di conoscenza, sicurezza e supporto percepiti dagli infermieri che lavorano con neonati, bambini e adolescenti nell'ambito delle cure palliative e identificare i fattori che influiscono sulla conoscenza e sulla sicurezza percepita.

Materiali e metodi. Disegno dello studio. Studio descrittivo. Setting. Terapia Intensiva Pediatrica, Patologia Neonatale, Oncematologia Pediatrica, Clinica Pediatrica II piano e III piano dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Campione. Tutti gli infermieri, concordi a partecipare allo studio, che lavorano presso le unità operative pediatriche sopra indicate. Sono stati considerati dei criteri di esclusione. Strumenti. Questionario "Neonatal, Children & Young People's Palliative Care Service Evaluation" e alcune domande che indagavano le caratteristiche socio-demografiche e la formazione in materia di cure palliative. Analisi statistica. Analisi preliminare dei dati socio-demografici. Analisi descrittiva. Kruskal-Wallis Test. Test di Dunn.

Risultati e discussione. Sono stati contattati 144 infermieri, dei quali 77 (54%) hanno acconsentito a partecipare allo studio. Si evidenzia una discrepanza tra i risultati ottenuti attraverso il presente studio e quelli derivanti dall'omonimo studio condotto in Inghilterra da Gallagher et al. (2012) sia in termini di punteggi medi ottenuti per i diversi items sia per quanto concerne l'ordine e l'importanza assegnata agli stessi. I punteggi ottenuti sono mediamente più bassi rispetto all'analogo studio inglese. Il grado di sicurezza è maggiore per le situazioni cliniche rispetto a quelle comunicative, risulta carente la conoscenza di temi etici e delle linee guida legali e professionali. Lo scarso supporto e la ridotta informazione sono fattori che ostacolano e influenzano la conoscenza e la sicurezza percepita.

Conclusioni. Un maggior supporto ai professionisti e l'adozione di un approccio formativo poliedrico che includa conoscenze teoriche, giochi di ruolo, discussioni di gruppo, training all'interno di hospice, possono aumentare le conoscenze e competenze degli infermieri e migliorare l'assistenza erogata.

ABSTRACT BOOK

P08 ANES.GEN./ANES.GEN.+ALR IN CH.MAMMARIA DAY SURG
M. G. Caso, A. Cuomo, R. Accardo, F. Portinaio, M. Del Giudice
IRCCS G.Pascale, Napoli, Italy

INTRODUZIONE

Gli autori hanno suddiviso 180 interventi di fibroadenectomia multipla eseguiti in Day Surgery in due gruppi: gruppo A: 90 interventi con l'utilizzo della sola anestesia generale e gruppo B: 90 interventi con l'utilizzo di anestesia generale associata ad anestesia loco-regionale perilesionale.

A parità di intervento chirurgico, in entrambi i gruppi si è proceduto alla valutazione di alcuni parametri di seguito indicati

1. Tempo di recupero coscienza (Ramsay Sedation Score)
2. Tempo di deambulazione post intervento
3. Analgesia postoperatoria (metodologia VAS a 30 min, 60 min; 120 min)

MATERIALI E METODI

La durata degli interventi variava tra i 20 ed i 40 minuti primi.

GRUPPO A - composto da 90 pazienti arruolate alle quali è stata somministrata Anestesia Generale che prevedeva:

- Premedicazione con Midazolam 2mg + Atropina 0,6 mg
- Induzione con Propofol 150 mg + Fentanyl 0,15 mg + mantenimento con Propofol fino ad una dose massimale di 200 mg

GRUPPO B – composto da 90 pazienti arruolate alle quali è stata somministrata Anestesia Generale combinata con Anestesia Loco-Regionale che prevedeva:

- Premedicazione con Midazolam 2 mg + Atropina 0,6 mg
- Induzione con Propofol 80 mg + Fentanyl 0,05 mg + mantenimento con Propofol fino ad una dose massimale di 80 mg

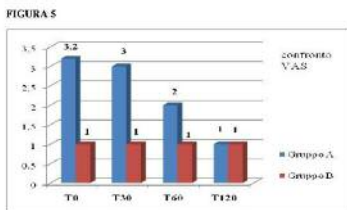
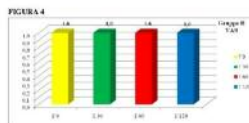
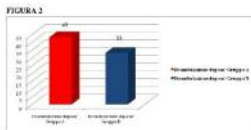
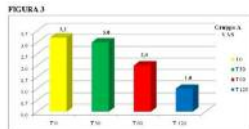
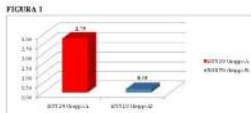
RIASSUNTO DEI RISULTATI

Dall'analisi dei dati relativi ai due gruppi in esame si evince:

1. Nessuna modificazione dei tempi di intervento in entrambi i gruppi
2. Tempi di recupero della coscienza più brevi nel gruppo B (FIGURA 1)
3. Tempi di deambulazione postoperatoria più brevi nel gruppo B (FIGURA 2)
4. Gradi di analgesia postoperatoria più elevati nel gruppo B (FIGG. 3, 4, 5)

CONCLUSIONI

Si conclude quindi che la dimissibilità del paziente in Day Surgery è qualitativamente migliore e si raggiunge in tempi significativamente più rapidi con la seconda metodica adottata.



ABSTRACT BOOK

P09

IL CAREGIVER E LA SOFFERENZA PSICOLOGICA: COME GESTIRLAV. Chiariello ⁽¹⁾, L. Di Costantino ⁽¹⁾, S. Fiorenza ⁽²⁾, G. La Padula ⁽²⁾, R. Di Terlizzi ⁽²⁾, D. Paradiso ⁽²⁾, P. Franco ⁽³⁾, A. Tritto ⁽³⁾, K. Lopopolo ⁽³⁾, L. Dell'Orco ⁽³⁾, E. Martucci ⁽¹⁾, F. La Mura ⁽²⁾⁽¹⁾ Servizio di Psicologia Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT) ⁽²⁾ Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT) ⁽³⁾ OSS Hospice Don Uva, Bisceglie (BT)**INTRODUZIONE**

Il percorso di una malattia, in particolare con prognosi infausta, provoca disagio e sofferenza non solo per la singola persona coinvolta, ma anche per tutto il nucleo familiare: la malattia è una malattia sociale. Il caregiver contribuisce a prendersi carico delle necessità del proprio caro, e, per dare a quest'ultimo un'assistenza efficace e funzionale, necessita di acquisire anche e soprattutto competenze e abilità di coping per la gestione del vissuto emotivo e psicologico dell'evento. Scopo di questo abstract, è illustrare e discutere i risultati dei diversi studi presenti in letteratura, per valutare l'efficacia dell'intervento psicologico sia a breve termine (gestione del sovraccarico emotivo che comporta la fase del fine vita) e sia a lungo termine (elaborazione del lutto) in favore del caregiver.

MATERIALI E METODI

Sono stati presi in considerazione articoli (sostanzialmente trial clinici e case report, 2010-2015) pubblicati sulla Rivista Italiana di Cure Palliative (organo ufficiale della SICP), e dalla Federazione Nazionale Collegio Infermieri (IPASVI), inerenti Focus Group, colloqui individuali atti a migliorare le abilità di coping da parte del caregiver, e survey.

RISULTATI

Gli articoli considerati, mostrano mediamente una percentuale di accettazione dell'aiuto psicologico da parte dei caregiver, prossima al 100% (60% femmine, 40% maschi). Circa il 90% dei caregiver richiede esplicitamente un supporto psicologico. Su un campione di una media di 80 caregiver, emerge che il 64% riferisce di avere disturbi del sonno, il 45% di "sentirsi stanco" e "svuotato" e il 6% dichiara di fare uso di farmaci antidepressivi. L'indicatore d'efficacia del sostegno psicologico, ricorrente in diversi studi, è il numero di telefonate da parte del caregiver alla clinica che ospita il familiare. Si evince che in un arco temporale di 4 settimane, il numero di telefonate, 166 nella prima settimana, si riduce a 80 nella quarta settimana, ciò dimostra che il caregiver ha acquisito le abilità di coping, ha soddisfatto il bisogno di rassicurazione e ciò determina una riduzione del livello d'ansia.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dai suddetti risultati rilevati è possibile affermare che il caregiver, sottoposto ad un carico assistenziale consistente durante il fine vita di un proprio caro, rappresenta l'altro protagonista, e come tale necessita di essere integrato nel piano di assistenza. I caregiver familiari possono sentirsi impreparati e disorientati, insicuri ed impotenti, bisognosi perciò di qualcuno che riesca a sostenerli, come mostra l'alta percentuale (circa il 90% del totale) di richiesta di un supporto psicologico. I differenti studi condotti al riguardo dimostrano quindi che la solitudine e la mancanza di supporti psicologici sono i principali fattori che concorrono ad aumentare la percezione del carico emotivo e assistenziale da parte del caregiver, giungendo alla conclusione che sia mandatorio proporre un'intervento psicologico a chi soffre, congiuntamente a quello medico. Per promuovere la continuità del sostegno al caregiver si suggerisce la possibilità di effettuare un debriefing, a distanza di 6 mesi, per verificare l'avvenuta o meno ridefinizione effettiva delle autonomie familiare conseguenti alla perdita subita.

ABSTRACT BOOK

P10 IL PLASMA QUARTO STATO DELLA MATERIA NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE INFETTE E DEL DOLORE ACUTO AD ESSE ASSOCIATO

D. Ciancia ⁽¹⁾, D. De Benedictis ⁽¹⁾, D. Di Pinto ⁽²⁾, F. La Mura ⁽²⁾

⁽¹⁾ Fondazione Oasi Nazareth RRSSA Salus Infirmorum - Geriatria e Wound Healing, Corato, (BA), ⁽²⁾ Hospice Don Uva, Bisceglie (BT)

INTRODUZIONE

Le ulcere da decubito infette sono causa frequentemente di dolore acuto che richiede oltre ad opportune cure locali e corretta posturazione del paziente anche l'utilizzo di dosi importanti di antidolorifici. I pazienti affetti da ulcere sono spesso in trattamento con più farmaci e malnutriti per questo motivo si è voluto verificare la possibilità di curare, in tempi brevi, l'infezione e il dolore ricorrendo ad uno strumento in grado di generare plasma, gas ionizzato costituito da un insieme di elettroni e ioni.

MATERIALI E METODI

Lo strumento utilizzato è stato il PLEXR che viene impiegato per il trattamento degli inestetismi cutanei ed il cui meccanismo d'azione è la ionizzazione dei gas contenuti nell'aria con produzione di un piccolo arco elettrico simile ad un minuscolo fulmine che sublima i tessuti con cui viene a contatto. Sono state trattate le seguenti ulcere: decubito sacrale (5), venose delle gambe (2) e un'ulcera diabetica del primo dito del piede dx.

RISULTATI

L'azione è molto localizzata per cui non vengono comunicate quantità di calore indesiderate alle aree circostanti. Tutte le lesioni sono state trattate vaporizzando il biofilm, lo slough e i bordi con tecnica "spray". La frequenza è stata giornaliera sino a scomparsa dello slough e dopo settimanale o quindicinale sino a guarigione. Non è stato necessario l'utilizzo di scale del dolore poiché in tutti i casi si è avuto una rapida regressione del dolore mediamente dopo 5 - 7 giorni, senza ricorrere all'uso di anestetici locali o antidolorifici. Tutte le lesioni sono guarite.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Con sorpresa si è notato una rapida formazione di tessuto di granulazione e una riduzione del tempo di guarigione. Il meccanismo d'azione, da indagare, ipotizzabile è la distruzione per vaporizzazione dei batteri e della matrice polimerica extracellulare da essi prodotti causa della loro resistenza agli antibiotici e del ritardo di guarigione delle ulcere. La granulazione viene accelerata probabilmente anche per aumentata produzione di fattori di crescita locali. Continueremo ad approfondire e studiare i possibili meccanismi favorevoli la più rapida guarigione e l'analgesia.



ABSTRACT BOOK

P11 AGOPUNTURA E STENOSI DEL CANALE CERVICALE

A. Cotoia, L. Consoletti, G. Cinnella, M. Dambrosio
Università degli Studi di Foggia, Foggia

Introduzione

Attualmente le medicine non convenzionali sono diffuse e utilizzate in tutto il mondo ed il tentativo di un dialogo con la medicina convenzionale occidentale è in corso da alcuni anni. L'efficacia dell'agopuntura nella pratica clinica del trattamento di diverse patologie è stata confermata da vari lavori scientifici. E' presente in letteratura l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento della stenosi nel canale spinale del tratto lombare.1 Di seguito si presenta un caso clinico di un paziente con restringimento del canale spinale cervicale trattato con agopuntura.

Case report

Un paziente di 89 anni affetto da claudicatio spinalis di origine cervicale e artrosi polidistrettuale maggiormente in sede cervicale, lamenta da circa due anni un intenso e persistente dolore misto prevalentemente neuropatico al collo e agli arti superiori associato a tremori posturo-attitudinali delle mani e frequenti torcicollo (scala analogica visuale pari a 8). In anamnesi si annota insufficienza cardiaca, presenza di pacemaker definitivo, allergia all'acido acetilsalicilico.

La TAC cervicale evidenzia una condizione di canale ristretto e di stenosi dei forami di coniugazione ai livelli C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7 e C7-D1. Patologia degenerativa sia a livello delle articolazioni interapofisarie sia a livello vertebrale con osteofitosi marginale. Non si osservano significative immagini da riferire ad ernie e/o protrusioni a livello degli spazi intersomatici esaminati. Fig. 1

La terapia farmacologica antidolorifica con tramadolo 100 mg 3 volte/die e paracetamolo 1g 3 volte/die, e le terapie infiltrative locali pregresse sono risultate scarsamente efficaci. Il paziente continua a lamentare episodi dolorosi cervico-cefalici ricorrenti, sono fortemente disturbato con risvegli frequenti e un habitus fortemente depressivo.

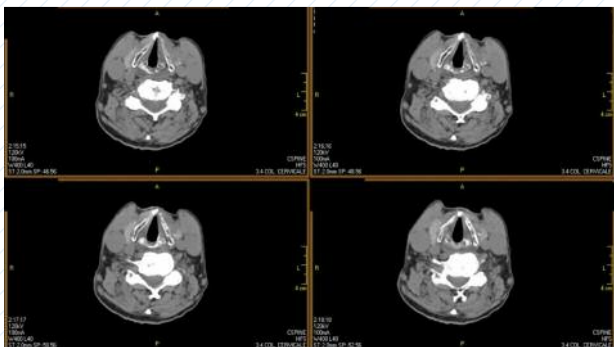
Lo scorso anno il paziente comincia un ciclo di agopuntura di 1 seduta a settimana per 4 settimane durante la quale vengono trattati il meridiano Yang Ming con i seguenti punti LI4- 15-36-38-43, il meridiano Shao Yang con i seguenti punti GB 20-21-34-38, i punti locali della spalla e il 14 VG. Durante il periodo agopunturale il paziente continua ad assumere la terapia farmacologica orale di cui sopra.

Dopo le prime 2 sedute di agopuntura il paziente non lamenta più dolore al collo e agli arti superiori (VAS = 1). Riferisce un miglioramento del tremore delle mani tale da riacquisire la capacità prensile. Riferisce, inoltre, un miglioramento della qualità del sonno e della qualità di vita.

Dopo il primo ciclo di agopuntura, il paziente continua ad eseguire una seduta di agopuntura mensile, tendendo nel tempo a ridurre la dose giornaliera dei farmaci (contramal 100 mg 2 volte/ die)

In conclusione, nel caso in esame l'agopuntura si è mostrata capace di migliorare il dolore e la qualità di vita in pazienti con stenosi dei forami di coniugazione e restringimento del canale spinale cervicale.

1. Meta Analysis: Acupuncture for low back pain. Manheimer E, White A, Berman B, et al. Ann Intern Med 2005;142:651- 63



ABSTRACT BOOK

P12 UTILIZZO DELL'INDICE ANALGESIA/NOCICEZIONE (ANI) NEL MONITORAGGIO DEL DOLORE POSTOPERATORIO PRECOCE

A. Coviello ⁽¹⁾, M. Di Costanzo ⁽¹⁾, A. Grasso ⁽¹⁾, P. Sansone ⁽¹⁾, M. Iannotti ⁽²⁾, Tl. Di Gennaro ⁽¹⁾,
D. Danza ⁽¹⁾, Mc. Pace ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli ⁽²⁾ Struttura Complessa Anestesia e Rianimazione ASL Salerno, Salerno

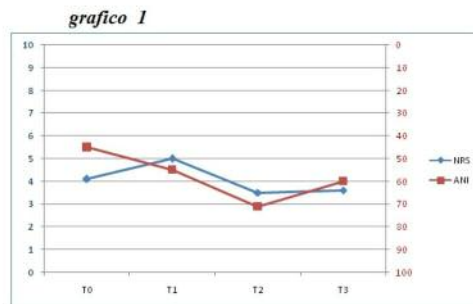
INTRODUZIONE Il monitoraggio ANI (Analgesia Nociception Index) valuta la variabilità della frequenza cardiaca per misurare l'effetto dell'aritmia sinusale respiratoria sulla stessa attraverso il loop del sistema parasimpatico. Il rilassamento dei bronchioli, trasmettendosi al tono vagale, causa un cambiamento del tono parasimpatico che, a sua volta, viene trasmesso al nodo seno atriale determinando un aumento della frequenza cardiaca¹. La tecnologia ANI valuta tale aritmia e la quantifica in base a curve e valori numerici che rispecchiano l'andamento dell'analgesia²: più basso è il valore numerico, maggiore è il dolore del paziente in quel determinato momento³. Lo scopo del nostro studio è stato quello di paragonare, nell'immediato postoperatorio, l'indice ANI con la scala numerica Numeric Rating Scale (NRS) la cui valutazione del dolore viene effettuata chiedendo al paziente di assegnare un punteggio da 0 a 10 corrispondente al dolore provato.

MATERIALI E METODI Studio osservazionale, della durata di cinque mesi (settembre 2014- Febbraio 2015) condotto presso il Servizio di Chirurgia Ambulatoriale della Clinica Ginecologica ed Ostetrica della SUN, dove sono state arruolate 68 pazienti ASA I-II, di età comprese tra 18 e 65 anni, sottoposte ad interventi di isteroscopia diagnostiche, minilaparoscopia, ablazioni dell'endometrio, in analgesedazione mediante l'utilizzo dei seguenti farmaci: propofol al dosaggio di 2mg/kg, fentanyl al dosaggio di 1 mcg/kg. Sono state escluse dallo studio pazienti in terapia con beta bloccanti, anticolinergici, pz psichiatriche DSM V, storia di epilessia, pazienti con disturbi del ritmo cardiaco, diabete mellito, fattori in grado di influenzare la frequenza cardiaca e, conseguentemente, il monitoraggio ANI. A tutte le pazienti è stato chiesto di valutare l'intensità del dolore secondo la scala NRS all'arrivo in recovery room (t0) ed ad intervalli di 10 minuti (t1; t2; t3); contemporaneamente si è misurato l'indice ANI. **RISULTATI** Abbiamo registrato valori al tempo 0, così distribuiti: il 60% delle pazienti (n=40) mostrano un indice 50<ANI<70, corrispondente ad un valore medio con deviazione standard NRS di 0± 3; il 33% (n=22) mostrava un indice 30<ANI<50 valore medio NRS 5±1; il 7 % (n=5) invece presentava un indice ANI<30 , valore NRS =8±2; 1 paziente ha mostrato un indice ANI >70, rispettivamente NRS 1, attribuibile ad iperalgesia da fentanyl (tab.1). Abbiamo, inoltre, calcolato il valore medio sia dell'ANI che della scala NRS al tempo 0,1,2,3 che mostrano differenze non significative nella valutazione dell'entità del dolore (grafico 1)

CONCLUSIONI L'indice ANI durante il periodo postoperatorio, sulla base della nostra esperienza, risulta correlare con l'intensità del dolore ed essere sovrapponibile alla scala di valutazione NRS. I dati, ovviamente, sono stati ottenuti su un campione e in un arco di tempo limitato; pertanto necessitano di ulteriori approfondimenti. La misurazione dell' indice ANI sembra essere un metodo semplice, non invasivo ed accurato per valutare precocemente l'andamento dell'analgesia postoperatoria. Risulta, pertanto, utile avere un indice oggettivo dell'intensità del dolore, che non abbia limiti dati dal coinvolgimento emotivo del paziente o da deficit comunicativi, per valutare il grado di analgesia ottenuto e apportare eventuali variazioni terapeutiche nella gestione postoperatoria.

tab. 1

PAZIENTI	ANI	NRS
40	50<ANI<70	0-3
22	30<ANI<50	4-6
5	ANI<30	7-10
1	ANI>70	1



ABSTRACT BOOK

P13 **GESTIONE DOLORE POST-OPERATIVO NEL PAZIENTE TRATTATO CON INTERVENTO DI SLEEVE GASTRECTOMY**

B. De Meo, R. Tarquini, E. Palombo, L. Evangelista, C. Cardarulo, E. Spoto, C. Ferrucci, A. Di Paolo, R. Carpenedo, M. Lazzari, S. Natoli, M. Dauri
Università degli Studi, Policlinico Tor Vergata, Roma

Introduzione

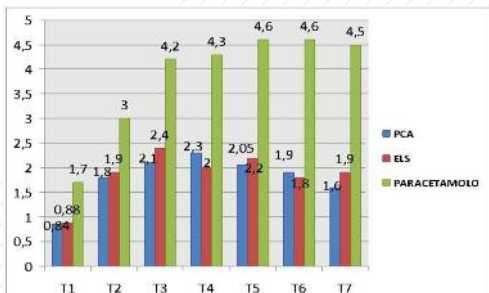
Il dolore postoperatorio nei pazienti obesi sottoposti a tecniche di chirurgia bariatrica rappresenta una delle principali problematiche affrontate dall'anestesista. Tale difficoltà è amplificata dalla paura all'utilizzo della morfina come antidolorifico in questa categoria di pazienti, a causa degli effetti collaterali possibili a carico del sistema respiratorio, (depressione respiratoria) e gastroenterico (chiusura alvo a feci e gas, nausea e vomito) che potrebbero allungare i tempi di degenza ospedaliera con relativo aumento costi per la sanità pubblica. Le linee guida suggeriscono di utilizzare metodi oprotol spering per l'analgesia di questi pazienti. Scopo del lavoro è paragonare l'efficacia e la sicurezza della morfina somministrata in PCA vs ELS per il dolore post chirurgico

Materiali e metodi

Studio retrospettivo osservazionale da Ottobre 2011 e Marzo 2015. Sono stati arruolati 49 pazienti (Età media 53,2 anni, BMI medio 45.5) sottoposti ad intervento chirurgico di SG effettuato dallo stesso operatore e gestiti con la medesima tecnica anestesiológica. Per il trattamento del dolore post operatorio, a 19 pazienti è stato impostato il device PCA CADD®-Solis + paracetamolo 1000 mg ogni 8 h , a 17 pazienti un elastomero con 30 mg di morfina + paracetamolo 1000 mg ogni 8 h , ai restanti 13 pazienti paracetamolo 1000 mg ogni 8 h. La valutazione dell'intensità del dolore a riposo (RIP) su scala NRS è stata valutata prima dell'intervento (T0) ,al risveglio (T1) ed a intervalli di tempo regolari: T2 (2 h), T3 (6 h), T4 (12h), T5 (18 h), T6 (24h), T7 (36h), T8 (48h).

Risultati

L'NRS valutato è stato il seguente.



Il consumo cumulativo di morfina tra i due gruppi PCA e ELS è significativamente diverso, essendo di $19,07 \pm 8,50$ mg in PCA e di $26,22 \pm 6,45$ mg in elastomero ($p < 0,001$). a nausea presenta una incidenza in PCA ed ELS rispettivamente del 12,30% e 23,70% ($p < 0,001$); l'emesi si presenta invece rispettivamente nel 6,4% e 12,031% ($p < 0,001$), dei casi. Relativamente alla sedazione, questa è stata riportata per soli 1 pazienti nel trattamento in elastomero e per 2 nel trattamento in PCA. L'incidenza totale di questi effetti è stata del 23,44% in PCA e del 34,56% in ELS ($p < 0,001$). Nel gruppo di pazienti trattati con paracetamolo non sono stati registrati effetti avversi. La chiusura dell'alvo a feci o gas, alle 36 ore, è stata evidenziata per 4 pazienti in terapia con elastomero, per 2 con PCA e per uno con paracetamolo. La degenza media riscontrata in PCA è stata mediamente di 3,4 giorni, in ELS di 4,3 giorni e nei pazienti con solo paracetamolo di 4,9 giorni.

Conclusioni.

Sebbene l'efficacia analgesica della morfina in PCA vs ELS sia equivalente nel paziente obeso sottoposto a SG, la dose cumulativa dell' oppiaceo e gli effetti collaterali sono significativamente minori quando la morfina è somministrata in modalità PCA. Data la particolare tipologia dei pazienti, tale modalità di somministrazione è da considerare più sicura.

ABSTRACT BOOK

P14 PAINLESS. UNO STUDIO DI PREVALENZA NELL'ASLTO2

T. De Prospo, D. Bernardi, M.T. Sensale
ASLTO2, Torino

Introduzione

Il Comitato Aziendale per la lotta al dolore, su impulso della normativa e della sensibilità dei professionisti, si è impegnato nell'affrontare le tematiche inerenti al dolore. Nel 2014 si è deciso di condurre uno studio di prevalenza, al fine di fare il punto della situazione e costituire una base per possibili sviluppi. Questa indagine è stata condotta all'interno di un evento di formazione sul campo, accreditato.

Scopo dello studio: verificare la rilevazione, la valutazione e la gestione sistematica del dolore all'interno dell'Azienda.

Obiettivi secondari sono: individuare scheda dedicata, scala per misurare l'intensità, adesione alle procedure

Metodologia

E' stata condotta un'indagine di prevalenza che, in un giorno indice e utilizzando una scheda raccolta dati, ha rilevato quanto e come è tenuto in considerazione il parametro dolore, attraverso l'analisi della documentazione clinica dei pazienti. Sono state coinvolte tutte le strutture e i servizi dell'Azienda: tre presidi ospedalieri (degenza ordinaria, day hospital, servizi ambulatoriali) e il territorio (ADI e Cure palliative).

Criteri di inclusione: tutti i pazienti presenti nel giorno di studio da almeno 24 ore, per i ricoveri ordinari, presenti in DH il giorno dello studio, in visita il giorno di studio per l'ADI, presi in carico da almeno 24 ore, sottoposti a visita/esame presso l'ambulatorio il giorno dello studio

Criterio di esclusione: Coloro che non erano in grado di esprimere il consenso al trattamento dei dati.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 851 persone, pari a 89,96%, degli arruolabili. Il genere maschile è pari al 48,4% e la mediana dell'età del campione, al netto dei neonati, è pari a 67 anni (IQ 51-77).

I risultati sono stati stratificati per tipologia di ricovero/prestazione.

La risposta all'obiettivo primario è rappresentata nella tabella 1: sono apprezzabili differenze per quanto riguarda l'area di degenza rispetto agli ambulatori.

Solo nel 46,40% delle rilevazioni viene dichiarata l'esistenza di un documento dedicato, nei restanti casi il parametro dolore è segnato su altri documenti clinici. Circa il 33% delle volte lo stesso dato è ripetuto su più carteggi.

E' principalmente utilizzata la NRS (71%), e altre scale validate in ambiti specifici quali neonatologia, pediatria e geriatria. Però l'indagine mette in mostra che 1 volta su 5 il dolore è rilevato senza alcuno strumento oggettivo.

L'aderenza alle principali indicazioni di trattamento del sintomo dolore si possono evincere dalle tabelle 2 e 3, che mettono in evidenza la risposta ad un dolore di intensità pari o superiore a 4 NRS e la relativa valutazione della risposta antalgica.

Tabella 1 - Distribuzione rilevazione dolore

	N° soggetti in studio	Dolore rilevato % (n°)	LIMITI DI CONFIDENZA 95%
Totale	851	71,00 (604)	67,8-74
ricoveri ordinari	355	86,80 (308)	82,8-90,1
ricoveri DS/DH	68	84,10 (58)	73,3-91,8
Ambulatoriali	315	53,70 (169)	48,0-59,3
ADI/Cure Palliative	112	61,60 (69)	51,9-70,6

Tabella 2- congruenza

E' evidenziabile la congruenza fra rilevazione dolore e variazioni terapeutiche?

Tipologia pazienti	DH/DS	DEGENZA	AMBULATORIALI	ADI/CP
N° PAZIENTI con NRS>=4	14	67	31	27
SI	9 (64,3%)	56 (83,6%)	22 (71,0%)	12 (44,4%)
NO	3 (21,4%)	7 (10,4%)	2 (6,5%)	10 (37,0%)
NON VALUTABILE	2 (14,3%)	4 (6,0%)	7 (22,6%)	5 (18,5%)
MISSING				3

Tabella 3 - valutazione risultato antalgico

E' segnalato il risultato antalgico?

Tipologia pazienti	DH/DS	DEGENZA	AMBULATORIALI	ADI/CP
N° PAZIENTI	9	56	22	17
SI	5	45	15	8
NO	3	9	1	2
NON VALUTABILE	1	2	6	2

Conclusioni

L'indagine restituisce dati incoraggianti e stimolanti per quanto riguarda le aree in cui è possibile orientare l'attività formativa e/o organizzativa in merito al dolore: incrementare l'utilizzo di una scala validata, aumentare consapevolezza dei clinici: il valore 4 NRS è il primo cut-off per introduzioni o variazioni terapeutiche (OMS), effettuare audit clinici per evidenziare dettagli.

Ad ogni struttura sono stati restituiti i dati specifici, pertanto queste sono in grado di valutare come si collocano rispetto ai dati medi aziendali e di migliorarsi in tale ambito.

ABSTRACT BOOK

P15 TAPENTADOL FOR CANCER-RELATED NEUROPATHIC PAIN

S. De Santis ⁽¹⁾, C. Borghesi ⁽¹⁾, D. Giovannoni ⁽¹⁾, A. Fulvi ⁽²⁾, S. Ricciardi ⁽²⁾, C. Busetti ⁽²⁾, L. Portalone ⁽²⁾

⁽¹⁾ Palliative Care and Cancer Pain Service, San Camillo-Forlanini High Specialization Hospitals, Rome,

⁽²⁾ Oncological Pulmonary Unit, San Camillo-Forlanini High Specialization Hospitals, Rome

Cancer-related neuropathic pain (CRNP) is a symptom with severe negative impact on the quality of life of patients. Pregabalin is recommended as a first-line treatment for neuropathic pain by the Neuropathic Pain Special Interest Group of the International Association for the Study of Pain. Tapentadol Prolonged Release (PR) is a centrally acting analgesic with two mechanisms of action, m-opioid receptor agonism and norepinephrine reuptake inhibition. Tapentadol PR may represent an improved alternative to other strong opioids for the management of chronic cancer pain with a good gastrointestinal tolerability profile.

Objective: To evaluate the effectiveness and tolerability of tapentadol PR monotherapy versus tapentadol PR/pregabalin combination therapy for CRNP in advanced NSCLC patients.

Methods: Eligible pts had DN4 positive ratings and average pain intensity ≥ 6 (11-point NRS-3 (average 3-day pain intensity)) at baseline. Pts were titrated to tapentadol PR 300 mg/day over 1 week. Pts with ≥ 1 -point decrease in pain intensity and average pain intensity > 4 were randomized to two different dose escalation strategies (Arm A) increasing tapentadol PR doses (max to 500 mg/day); (Arm B) tapentadol PR at a fixed dose of 300mg/day with increasing pregabalin doses (max to 300 mg/day) during an 3-week comparative period.

Results: From June 2014 to February 2015, 45 pts with neuropathic cancer pain were enrolled in the study. At study entry the mean NRS value was 7,51. After 1 week of treatment with Tapentadol PR, the mean NRS value had decreased by 31% compared with baseline (mean NRS: 5,16; severe pain: 29%). At 4 weeks endpoint, the effectiveness of tapentadol PR was clinically comparable to tapentadol PR / pregabalin based on the change in pain intensity 50% vs 41,5%. At baseline 71% patients had 3,125 mean number of episodes of BTcP per day, with an average NRS intensity 9,3. At 4 weeks endpoint, 60% patients reported a substantial decrease in the mean number of episodes of BTcP per day of 1,5 for Arm A with a reduction of average NRS intensity of each pain crises 8,1 versus 2,3 BTcP per day for Arm B with average NRS intensity 7,9. Quality-of-life measures improved in both groups. Tolerability was good in both groups, and favorable compared with historical combination trial of OXN and pregabalin for combination therapy (De Santis SIARTI 2014).

Conclusions: In this interim subset, Tapentadol PR is associated with comparable improvements in pain intensity and quality-of-life measures to tapentadol PR 300 mg/pregabalin, with improved central nervous system tolerability, suggesting that tapentadol PR monotherapy may offer a favorable treatment option for severe cancer pain with a neuropathic component.

ABSTRACT BOOK

P16 VALUTAZIONE DELLA CONOSCENZA E DELLA GESTIONE DEL DOLORE DA PARTE DEGLI INFERMIERI

G. Degan⁽¹⁾, A. Luciani⁽¹⁾, A. Gyra⁽¹⁾, C. Marzilli⁽²⁾, L. Pietropaoli⁽¹⁾, M. Vespassiano⁽¹⁾, F. Marinangeli⁽²⁾

⁽¹⁾ Università G. D'Annunzio, Chieti, ⁽²⁾ Università dell'Aquila, L'Aquila

INTRODUZIONE

Sebbene vi sia una presa di coscienza sempre maggiore sull'importanza del sintomo dolore, il suo trattamento farmacologico è ancora spesso inadeguato: una inadatta gestione del paziente con dolore riflette una scarsa conoscenza di questo importante sintomo. La corretta valutazione e gestione del dolore non può prescindere da competenze adeguate da parte del personale Infermieristico: sono infatti gli infermieri che, più di altre figure professionali, svolgono un ruolo chiave di interfaccia tra medico e paziente, essendo a stretto contatto con quest'ultimo¹⁻⁴. Questo articolo valuta le conoscenze infermieristiche su alcuni aspetti della gestione del dolore.

MATERIALI E METODI

A 38 infermieri professionali in servizio presso vari ospedali d'Abruzzo è stato somministrato il Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP), un questionario validato impiegato in vari studi⁵⁻⁶ costituito da 22 domande con risposta vero-falso, 13 domande a risposta multipla e 2 case studies comprendenti 2 domande ciascuno. Il questionario è stato somministrato in forma cartacea senza la raccolta di informazioni personali (età, sesso, reparto di provenienza, anni di servizio etc.).

RISULTATI

I risultati sono stati confrontati con analoghe indagini condotte a partire dal 1995⁴. Miglioramenti sulla conoscenza del dolore e dei farmaci oppiacei, in termini di dosaggi, effetti collaterali e probabilità di sviluppare dipendenza sembrano esserci stati. Tuttavia, la preparazione degli infermieri è ancora carente: meno del 14% degli intervistati conosce la via di somministrazione raccomandata per gli oppioidi nel paziente con dolore persistente da cancro, il 46% sovrastima il rischio di depressione respiratoria in pazienti in terapia stabile con oppioidi. Meno dell'8% sa che pazienti con dolore severo possono comunque riuscire a dormire e quasi il 45% non sa che la morfina è il farmaco di scelta nel trattamento del dolore oncologico moderato/severo. Inoltre dai due case studies proposti risulta che più dell'84% degli infermieri si asterrrebbe dall'aumentare la dose di oppioide, nonostante la prescrizione medica, qualora questa si rivelasse inefficace e in assenza di effetti collaterali.

CONCLUSIONI

Il sottotrattamento e la mancanza di adeguate conoscenze sulla gestione del dolore, soprattutto nel paziente oncologico, sono stati evidenti per circa due decenni. Tuttavia i risultati delle indagini sulle attuali conoscenze degli infermieri suggeriscono che gli sforzi educativi sono stati utili e dovrebbero continuare.

Bibliografia

1. Abbott FV, Gray-Donald K, Sewitch MJ. The prevalence of pain in hospitalized patients and its resolution over six months. *Pain* 1992;50:15-28.
2. Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, de Marco R. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *Eur J Pain* 2005;9:61-67.
3. Zanolin M., Visentin M., Trentin L, Saiani L, Brugnoli A, Grassi M. A Questionnaire to Evaluate the Knowledge and Attitudes of Health Care Providers on Pain. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33:727-736
4. McCaffery M., Ferrell BR., Nurses' Knowledge of Pain Assessment and Management: How Much Progress Have We Made? *J Pain Symptom Manage* 1997; 14(3):175-188.
5. Mocerri JT, Drevdahl DJ. Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the Emergency department. *J Emerg Nurs* 2014;40:6-12.
6. Lui LYY, So WKW, Fong DYT. Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. *Journal of Clinical Nursing* 2008 17, 2014-2021.

ABSTRACT BOOK

P17

DATA BASE DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA NEL DOLORE

G. Dell'Olio ⁽¹⁾, I. Gisondo ⁽¹⁾, R. Pedone ⁽²⁾, A. Papagni ⁽²⁾, A. Mugnolo ⁽³⁾, F. Carabellese ⁽⁴⁾, C. Milani ⁽⁵⁾,
D. Di Pinto ⁽²⁾, F. Ronchetti ⁽⁶⁾, D. La Tegola ⁽⁷⁾, G. Gallo ⁽²⁾, F. La Mura ⁽²⁾

⁽¹⁾ Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico-Relazionale, Bari, ⁽²⁾ Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT),

⁽³⁾ Facoltà di Medicina e Chirurgia, Seconda Università di Napoli (SUN), Napoli, ⁽⁴⁾ Dip. Interdisciplinare di Medicina, Università di Bari, Bari, ⁽⁵⁾ DMD - MS - Studio di Odontologia ed Antropologia Forense, Torino, ⁽⁶⁾ Istituto G. Verdi, Busseto (PR), ⁽⁷⁾ Dip. Interdisciplinare di Medicina, Università di Bari, Bari

INTRODUZIONE

Nell'ambito del Clinical Documentation System, basato su un software (PHP, MySQL) con interfaccia web, su Intranet aziendale, si è ritenuto di voler raccogliere dati non solo relativi allo stato clinico - organico -sintomatologico, ma anche circa lo stato psicologico (ovvero, cognitivo, emotivo, relazionale, comportamentale). E' stata quindi predisposta una Cartella Clinica Psicologica, di utilizzo facile ed intuitivo.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito del Sistema Computerizzato di Rete di Clinical Documentation, è stata predisposta una sezione per la valutazione psicologica. Il sistema di immissione dei dati è intuitivo, e prevede la raccolta dei seguenti dati / parametri, suddivisi in 5 macro-aree: 1) Consapevolezza personale di diagnosi e prognosi (1.1: il Paziente conosce la diagnosi? 1.2: il Paziente conosce la prognosi?), 2) Valutazione dell'informazione ricevuta circa il proprio stato, precedentemente al ricovero (2.1: cosa è stato riferito al Paziente?), 3) Valutazione dello stato emotivo (3.1: in che fase psicologica è collocato il Paziente al momento del ricovero?, 3.2: meccanismi di difesa messi in atto dal Paziente, 3.3: valutazione cognitivo-comportamentale-emotiva, 3.4: vissuto emotivo in base alla consapevolezza di malattia), 4) Bisogni ed aspettative (4.1: del Paziente, 4.2: dei familiari), 5) Valutazione della sfera sociale (5.1: rapporto con i familiari, 5.2: rapporto con la rete amicale). L'interfaccia predisposta, permette di effettuare operazioni logiche e di data minig sui dati immessi (filtri, possibilità di esportare i dati in programmi di statistica). L'intero database è in formato MySQL.

RISULTATI

Viene elencato il tasso di completezza di compilazione per ogni macro-area: 1) 100%, 2) 92%, 3) 92%, 4) 93,5%, 5) 98,5% . La moda statistica rivela che il Karnofsky Performance Status (KPS) = 20% .

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La valutazione psicologica viene effettuata all'inizio di ogni ricovero. La motivazione del deficit di completezza di compilazione relativo alle macro-aree 2 e 3, può essere ricondotto al fatto che lo stato cognitivo della persona malata, provata da settimane, mesi o anni di malattia, non ne rendeva possibile una indagine approfondita, in quel momento. Altre motivazioni circa la non completezza di compilazione, al momento del ricovero, sono riconducibili al fatto che talvolta le reazioni emotive, secondarie alle domande, erano particolarmente esplosive, ansiogene, dolorose. Riteniamo che un database psicologico, integrato con il Clinical Documentation System, permetta di incrociare i dati (ad esempio: relazione fra stato emotivo e VAS; relazione fra KPS e situazione cognitiva; relazione fra situazione cognitiva e stato nutrizionale/metabolico della persona malata), per una migliore comprensione di tutto il percorso di cura.

SCHEDA PSICOLOGICA

Cognome:

Nome: Filomena

n. cart. 111

1. si no forse immagina

2. si no forse immagina

3.

4. La paziente si colloca nella fase dell' accettazione della propria malattia: non si registrano sentimenti di rancore alla propria integrità fisica (normalmente associati ad un ricovero in ambiente hospice).

5. Non si registrano particolari dinamiche psicologiche interferiscono con l'adeguato approccio alla malattia.

6. Aspettative adeguate riferibili ad un miglioramento dei parametri vitali, e, quindi, della qualità di vita.

Anteprima di stampa
Salva modifica
Cancella
Cancella e torna indietro

ABSTRACT BOOK

P18

ANALGO-SEDAZIONE NELLA CRIOABLAZIONE RENALE

S. Di Carlo ⁽¹⁾, P. Scimia ⁽²⁾, F. Vacca ⁽³⁾, P. Fusco ⁽³⁾, A. Luciani ⁽¹⁾, D. Fionda ⁽¹⁾, C. Masciocchi ⁽⁴⁾, T. Pozzone ⁽³⁾, F. Marinangeli ⁽²⁾⁽¹⁾ Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti, L'Aquila, ⁽²⁾ Università degli Studi de L'Aquila Dipartimento MESVA, L'Aquila, ⁽³⁾ U.O.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale S. Salvatore, L'Aquila, ⁽⁴⁾ Università degli Studi de L'Aquila Dipartimento DISCAB, L'Aquila

Introduzione

La crioterapia è un trattamento conservativo che trova indicazione nei pazienti in cui è sconsigliata una terapia chirurgica tradizionale. Tale metodica consente di trattare neoformazioni renali fino a 4-5 cm di diametro, utilizzando temperature tra i -20° e i -40° C prodotte dalla punta attiva di un ago introdotto sotto guida TC nella lesione neoplastica. La diffusione del freddo nel tessuto circostante l'ago provoca necrosi coagulativa del tessuto neoplastico. L'obiettivo della criablazione percutanea è quello di eliminare la lesione neoplastica renale, con un ridotto impatto sulle condizioni generali del paziente e sul tessuto renale sano circostante la lesione. La letteratura scientifica riporta la rara possibilità di complicanze maggiori ed il più frequente effetto collaterale della procedura è rappresentato dal dolore postoperatorio, in genere di lieve entità.

Materiali e metodi

Paziente di sesso maschile, anni 50, affetto da ipertensione arteriosa ed insufficienza renale cronica, ASA 2. Previo monitoraggio dei parametri vitali, si eseguiva un blocco subaracnoideo a livello dell'interspazio L3-L4 utilizzando Bupivacaina 0,5% iperbarica 15mg. Per la sedazione periprocedurale si somministravano Sufentanyl 5mcg e Midazolam 1mg a boli refratti, e si provvedeva al posizionamento di occhiali nasali per la somministrazione di O2 con monitoraggio della capnografia. La tecnica ha previsto l'introduzione sotto guida TC di un ago Galil Medical 17G fino al raggiungimento del centro della neoformazione localizzata sul margine posteriore del rene sinistro e successiva crioblazione con elio. Al termine della procedura, si posizionava un elastomero da 60 ml (velocità 2ml/h) contenente 10 mg di Morfina. Il Paziente, tenuto sotto osservazione in regime di degenza per 24 ore al fine di monitorare l'emocromo, gli indici di funzionalità renale, e trattare l'eventuale dolore postoperatorio o un possibile rialzo febbrile dovuto al riassorbimento del tessuto necrotizzato, veniva dimesso in seconda giornata. Una TC di controllo effettuata a 4 settimane ha documentato l'efficacia del trattamento ed escluso complicanze precoci.

Riassunto dei risultati

L'esecuzione del blocco subaracnoideo associato ad analgo-sedazione ha consentito di ottenere una adeguata stabilità emodinamica intraprocedurale ed un eccellente controllo del dolore postoperatorio (NRS=0), in assenza di complicanze.

Conclusioni

Nel corso degli anni la diagnosi del tumore renale è aumentata grazie al suo riscontro incidentale durante accertamenti per altre patologie. L'incidenza di piccole masse, in soggetti anziani o con importanti patologie associate, ha spinto verso metodiche di trattamento mini-invasive sempre più efficaci, al fine di preservare la funzionalità renale. La criablazione percutanea TC-guidata di piccole masse renali posteriori, in pazienti selezionati, si è rivelata una metodica conservativa sicura, di semplice esecuzione, gravata da scarse complicanze, che offre un buon controllo oncologico della malattia e migliori risultati in termini di sopravvivenza. Nel caso esposto, il blocco subaracnoideo associato ad analgo-sedazione si è dimostrato una tecnica anestesiológica efficace e sicura per questa procedura, consentendo di ottenere un buon controllo dei parametri emodinamici ed una adeguata analgesia intra- e postoperatoria, in assenza di complicanze. E' evidente la necessità di un follow-up a lungo termine e di una maggiore rappresentatività del campione al fine di avvalorare i risultati a breve e medio termine ottenuti.



ABSTRACT BOOK

P19

DRONABINOL INHIBITS NOCICEPTIVE TRANSMISSION

G. Di Stefano, C. Leone, A. Biasiotta, S. La Cesa, S. Piroso, A. Pepe, G. Tartaglia, M.C. Gori, M. Onesti, M. Inghilleri, G. Cruccu, A. Truini
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma

Background and aims: Cannabinoids proved to be effective in several experimental neuropathic pain models, and there is increasing evidence for their use in human neuropathic pain conditions.

In this study we aimed at testing whether dronabinol inhibits nociceptive transmission in humans. To do so we verified whether dronabinol modulates the nociceptive-mediated laser evoked potentials (LEPS).

Methods: We conducted a double blind randomized controlled trial in fourteen healthy volunteers. All subjects underwent two separate sessions: one with 5 mg of dronabinol and the other with 1.5 mg of bromazepam as control drug. The two sessions were randomly alternated among subjects. In each session LEPs were recorded from 32 scalp electrodes after hand stimulation. Each session consisted of two recording blocks: before oral administration of dronabinol or bromazepam and 60 min after dronabinol or bromazepam.

Results: Both the dronabinol and the bromazepam left the LEP latency unchanged. While the dronabinol reduced the N1-, N2-, P2-LEP components ($P < 0.01$), bromazepam did not produce any significant changes.

Conclusions: Our findings show that dronabinol inhibits nociceptive transmission, thus suggesting that it might play an important role in the treatment of neuropathic pain.

ABSTRACT BOOK

P20

IL RUOLO DELL' ANSIA NELLA SEDAZIONE PROFONDA IN CORSO DI ENDOSCOPIA

L. Digirolamo ⁽¹⁾, M. Dei Poli ⁽¹⁾, S. Betti ⁽²⁾, M. Vecchi ⁽³⁾, L. Pastorelli ⁽³⁾, G. Trevisan ⁽¹⁾, M. G. Paletta ⁽²⁾, R. Iorio ⁽¹⁾, G. Spinelli ⁽¹⁾, G. Florio ⁽¹⁾, T. Frontera ⁽¹⁾, M. V. Resta ⁽¹⁾⁽¹⁾ IRCCS Policlinico San Donato - U.O. Rianimazione e Terapia Intensiva, San Donato Milanese (MI),⁽²⁾ IRCCS Policlinico San Donato - Servizio Psicologia Clinica, San Donato Milanese (MI), ⁽³⁾ IRCCS Policlinico San Donato - U.O. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, San Donato Milanese (MI)

INTRODUZIONE

Il numero di colonoscopie, procedura di riferimento in numerose patologie del colon retto, è in aumento (crescita stimata 10%/anno) così come la richiesta di sedazione per ridurre le condizioni di discomfort (ansia, stress e dolore) durante l'esame.

Il discomfort può essere influenzato da : precedenti procedure, percezione soggettiva del dolore, stato d' ansia, durata e difficoltà della procedura. La sedazione è di norma cosciente, ma talora per il livello di discomfort elevato è necessaria la sedazione profonda con assistenza anestesiológica.

Scopo dello studio è stato valutare la possibile relazione tra dosaggio di farmaco ipnotico/sedativo e stato/tratto d' ansia.

MATERIALI E METODI

A 50 pazienti consecutivi sottoposti a colonoscopia in sedazione profonda sono stati somministrati test psicologici in fase di pre-ricovero (STAI Y1 e DS 14 - IS ed AN) e al momento del ricovero (STAI Y2)

A tutti i pazienti è stato somministrata infusione continua di Propofol con il seguente schema: induzione con 1 mg/Kg reale fino a scomparsa di risposta alla chiamata e scomparsa di riflesso ciliare, mantenimento 0,05 mg/Kg reale/min per tutta la procedura, boli di 0,25 mg/Kg reale refratti se movimento intraprocedurale e fino a scomparsa dello stesso, stop infusione all'uscita del colonoscopia.

L'esame endoscopico è stato classificato dall'endoscopista con un punteggio da 1 a 4 in funzione della difficoltà.

L' analisi statistica è stata eseguita con Test T di student tra il numero di boli, pazienti con STAI-Y 1,2 e DS 14 positivi e difficoltà dell' esame.

RIASSUNTO DEI RISULTATI

DS 14 è risultato positivo nel 40% dei casi (punteggio medio 17,15 punti per AN e 12,8 per IS). STAI-Y1 è risultato positivo nel 68% (punteggio medio 51) e STAI-Y2 nel 56% (punteggio medio 51,7) dei casi.

La correlazione tra punteggio DS, Test per ansia di stato/tratto positivi, grado di difficoltà dell'esame e necessità di boli aggiuntivi non è risultata significativa.

CONCLUSIONI

L' analisi non ha evidenziato la necessità di un dosaggio aumentato tra i pazienti positivi ai test STAI-Y e DS 14.

Pur in assenza di dati statistici significativi, i soggetti positivi ai test psicologici con procedure semplici hanno necessità di farmaco più basse di chi, pur con test negativo, ha procedure più complesse. L'aumento dei boli sembra più legato alla difficoltà dell'esame che alla presenza o predisposizione per stato o tratto d' ansia e pertanto una valutazione gastroenterologica sulla predittività di difficoltà può essere utile per pianificare una sedazione più profonda.

Inoltre considerando che STAI-Y è positivo in più del 50% della popolazione esaminata, è ipotizzabile pensare di abbassare il discomfort con approcci non farmacologici riducendo il livello di ansia procedurale (visione di video informativi, l'ascolto di brani musicali pre e durante la procedura etc.). In questo senso potrebbe essere utile inserire un trattamento ipnotico preprocedurale con acquisizione in autoipnosi di immagini mentali tranquillizzanti allo scopo di stimolare un vissuto soggettivo ottimizzando lo stato emotivo e le risposte emozionali all'aspettativa di dolore.

I limiti principali del lavoro effettuato sono la numerosità campionaria e la poca eterogeneità del campione (tabella).

Pazienti	Numero	50
	Età media	52,47
	M/F	16/34
Patologia	IBD	60%
	Screening	20%
	Diagnostica	20%
Difficoltà Procedura	1	13,6%
	2	40,9%
	3	22,7%
	4	18%
D Scale AP Punteggio medio e %	PCOS 17,15 (40%)	NEG 12,29 (60%)
D Scale IS Punteggio medio e %	PCOS 12,8 (40%)	NEG 6,21 (60%)
Stai-y 1 Punteggio medio e %	PCOS 51 (68%)	NEG 34,07 (32%)
Stai-y 2 Punteggio medio e %	PCOS 51,68 (56%)	NEG 34,67 (44%)
Tempo medio procedura	13 minuti	
Media Boli Ansiosi	4	
Media Boli Non Ansiosi	4	
Media Boli totali	4	

ABSTRACT BOOK

SESSIONE POSTER 2

28 Maggio 2015

P21 SO.CO.SHORT NELLA TERAPIA DEL DOLORE INFIAMMATORIO

M. Divizia, M. Lazzari, S. Natoli, G. Scordo, M. Casali, M. Dauri
Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma, ITALY**Introduzione**

L'apparecchiatura So.Co.Short è un dispositivo elettromedicale non invasivo che offre un approccio terapeutico innovativo alle patologie dolorose in cui la componente essenziale è rappresentata da infiammazione, alterazioni del microcircolo e contratture muscolari. Il suo funzionamento si basa sulla generazione di impulsi con frequenza, durata e intensità variabili, controllati da software, veicolati al paziente per via trans-cutanea mediante elettrodi posti in prossimità dell'area da trattare.

Scopo dello studio è valutare se l'utilizzo del dispositivo So.Co.Short sia efficace in un approccio multimodale del trattamento delle patologie dolorose infiammatorie e/o possa rappresentare una valida alternativa terapeutica in presenza di controindicazioni al trattamento farmacologico.

Materiali e Metodi

Nel nostro studio osservazionale retrospettivo sono stati valutati 630 pazienti che tra giugno 2012 e giugno 2014 si sono sottoposti ad un ciclo di 10 sedute di Terapia a Impulsi di Tensione (So.Co.Short) presso l'HUB di Medicina del Dolore della Fondazione PTV Policlinico "Tor Vergata". Tutti i pazienti valutati erano affetti da un processo infiammatorio acuto o cronico di origine articolare e/o vascolare e riferivano, prima del ciclo di trattamento, un dolore di intensità forte, valutata tramite Numerical Rating Scale (NRS>4). I pazienti non assumevano farmaci analgesici o erano in trattamento con farmaci previsti dalla scala analgesica OMS a dosaggi fissi per tutta la durata del ciclo di So.Co.Short.

È stata valutata l'intensità del dolore su scala NRS all'inizio (T0) e al termine (T1) del ciclo di 10 sedute ed in un follow-up (T2) a 45 giorni dall'ultima seduta di So.Co.Short.

Risultati

PATOLOGIA	NRS	
	MEDIO T0	MEDIO T1
Vasculopatie	7,2	3,51
Artrosi spalla	7,11	3,51
Rizoartrosi	7,16	3,12
Artrosi piede	6,85	3,7
Gonartrosi	7,23	3,02
Coxartrosi	7,05	3,58
Cervicalgia	6,97	3,58
Lombalgia	7,36	3,8
Epicondilitte	6,76	3,5

Al follow-up T2 i pazienti hanno confermato il valore medio di NRS ottenuto al termine del ciclo associato ad un miglioramento della funzionalità articolare.

Inoltre sono stati valutati i dosaggi dei farmaci analgesici a orari fissi e la frequenza delle assunzioni di farmaci analgesici al bisogno (T0 e T2), l'evoluzione delle lesioni ulcerative, quando erano presenti, a livello della zona trattata (T0 e T2) e l'eventuale comparsa di effetti collaterali (T1).

Conclusioni

L'utilizzo del trattamento con So.Co.Short ha prodotto una risposta significativa nel controllo del dolore, permettendo a molti pazienti di ridurre il dosaggio dei farmaci analgesici in uso e l'assunzione di analgesici al bisogno e dimostrandosi una valida alternativa terapeutica per quei pazienti che non assumevano farmaci antidolorifici.

Inoltre l'impiego del dispositivo So.Co.Short è risultato efficace nella riduzione della limitazione motoria, influenzando positivamente la disabilità fisica e il disagio psicologico da essa derivante, e in alcune patologie ha rallentato la progressione delle lesioni tissutali, con una riduzione del ricorso a interventi più invasivi.

Tutti i pazienti hanno dimostrato una eccellente compliance al trattamento e non sono mai stati registrati effetti collaterali indesiderati.

ABSTRACT BOOK

P22

PENS THERAPY NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE FACIALE.

S. Drago, C. Tranchina, T. Sanfilippo, L. Birriolo, D. Canzio, S.M. Raineri, A. Alongi
Policlinico Universitario Paolo Giaccone, Palermo, Italy

INTRODUZIONE

Abbiamo trattato pazienti affetti tutti da nevralgia trigeminale, sindrome algica dalla complessa patogenesi e dal difficile approccio diagnostico-terapeutico. Lo scopo del nostro studio è quello di migliorare la sintomatologia algica in pazienti con dolore resistente ad altri trattamenti terapeutici, ridurre la frequenza e l'intensità degli attacchi dolorosi, migliorare la qualità di vita e il ritmo sonno-veglia.

MATERIALI E METODI

Da gennaio a settembre 2014, abbiamo arruolato nel nostro studio 7 pazienti, tutti affetti da nevralgia trigeminale, resistente a trattamenti farmacologici convenzionali. Sono stati tutti sottoposti a numerosi accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici volti alla gestione del quadro. Al momento della prima visita, sei pazienti assumono Carbamazepina 400 mg x tid, al settimo paziente vista la natura neuropatica e non nevralgica del dolore, si aggiunge l'amitriptilina cloridrato. Tutti hanno assunto anche oppiacei in relazione all'intensità del dolore e FANS al bisogno. I pazienti riferiscono dolore localizzato, di grado intenso, urente, trafittivo e con punteggio NPRS in media di 8/10. La sintomatologia algica altera la loro qualità di vita, impedendo un adeguato ritmo sonno-veglia e un'adeguata masticazione, con indice di Karnofsky in media di 70%. È stata applicata la PENS nei punti cutanei allodini, come da protocollo. I pazienti hanno subito una stimolazione standard utilizzando una sonda 21 gauge 50mm.

RISULTATI

Dopo 24 ore dall'applicazione della PENS i pazienti mostrano una riduzione dell'aria allodinic. Dopo la prima seduta si riduce la somministrazione della Carbamazepina 400 mg x bid. Dopo 14 giorni dal trattamento PENS si è sospesa completamente la somministrazione di Carbamazepina in 6 pazienti e si introduce l'amitriptilina cloridrato, nel settimo paziente la sospensione del Tegretol è avvenuta dopo 30 giorni e l'amitriptilina cloridrato già assunta ogni 8 ore, si riduce in monosomministrazione. Al 7 giorno il punteggio NPRS si riduce in media a 4/10. A 30 giorni il punteggio NPRS è compreso tra 0 e 1, sono migliorati la qualità di vita e il ritmo sonno-veglia, l'indice di Karnofsky è in media di 90-100%. Tutti sono stati sottoposti ad un unico trattamento, tranne uno in cui il dolore ricompare dopo 4 mesi e viene sottoposto a un secondo trattamento.

Ad oggi i pazienti riferiscono di svolgere le normali attività di vita quotidiana, il ritmo sonno-veglia non è più alterato e si è ridotto notevolmente l'uso dei farmaci impiegati per il controllo del dolore, 5 pazienti assumono amitriptilina cloridrato in monosomministrazione e due non necessitano di altri trattamenti farmacologici.

CONCLUSIONI

Da quanto osservato la PENS, combinando i vantaggi della Elettroagopuntura e della TENS sembrerebbe una buona alternativa terapeutica nei casi di nevralgia trigeminale refrattari a trattamenti farmacologici e neurolesivi, il grosso vantaggio della metodica è la ripetibilità e la relativa assenza di effetti avversi. La PENS è una metodica terapeutica di facile esecuzione, ben tollerata, reversibile, non distruttiva e ripetibile [1] [2]. È usata nel trattamento del dolore neuropatico centrale cronico, dell'iperalgia e dell'allodinia, nel trattamento del dolore postchirurgico e nelle cefalee. Si può considerare una nuova tecnica analgesica, in quanto agisce direttamente sulle terminazioni nervose dell'area affetta.[3]

ABSTRACT BOOK

P23

EFFICACIA DELL'ASSOCIAZIONE PALMITOILETANOLAMIDE PIU' TAPENTADOLO VERSUS TAPENTADOLO NEL TRATTAMENTO DEL LOW BACK PAIN

T.L. Di Gennaro ⁽¹⁾, V. Donatiello ⁽¹⁾, D. Fierro ⁽¹⁾, C. Nappo ⁽¹⁾, M. D'Amora ⁽¹⁾, C. Servodio ⁽¹⁾, E. Di Costanzo ⁽²⁾, C. Aurilio ⁽¹⁾⁽¹⁾ Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli, ⁽²⁾ U.O.C. di Anestesia, Terapia Intensiva e Postoperatoria, A.O.R.N. Monaldi, Napoli

INTRODUZIONE

La palmitoiletanolamide (PEA) si configura come nuova e valida strategia terapeutica nel dolore neuropatico operando una riduzione dei meccanismi di sensibilizzazione centrale e periferica mediati da cellule neuronali e non neuronali (microglia, mastociti centrali e periferici). Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia della terapia con PEA microgranuli 600mg 2 vv/die in pazienti con low back pain e già in trattamento con tapentadolo da almeno tre mesi e modificazioni dei sintomi correlati alla neuropatia.

MATERIALI E METODI

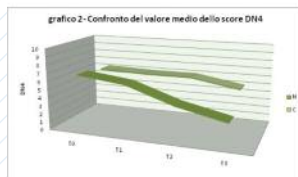
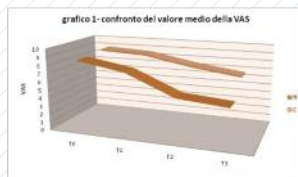
Nel nostro studio aperto e controllato sono stati arruolati 55 pazienti in follow up da almeno 6 mesi, di entrambi i sessi e di età superiore a 18 anni, affetti da low back pain valutato con Oswestry Disability Index (ODI), Visual Analogic Scale (VAS), questionario New Neuropathic Pain Diagnostic Inventory (DN4) e Neuropathic Pain Symptoms Inventory (NPSI). Ai pazienti del Gruppo N (n=30) è stata prescritta terapia con tapentadolo e palmitoiletanolamide microgranuli 600 mg x 2 volte al dì. I pazienti del Gruppo C (n=25) assumevano tapentadolo. Ulteriori criteri di inclusione sono stati stabilità della sintomatologia algica da almeno 3 mesi con punteggi VAS ≥ 6 e DN4 ≥ 4 . In occasione dell'arruolamento (t0) e a 3 settimane (t1), 3 mesi (t2), 6 mesi (t3) dopo la visita t0, i pazienti venivano sottoposti ad esame obiettivo specialistico e valutazione della sintomatologia algica con scale VAS e DN4. L'ODI e il NPSI venivano registrati in occasione della visita ai tempi (t0) e (t3). In caso di breakthrough pain veniva consigliata l'assunzione di paracetamolo 1000mg.

RISULTATI

I risultati riguardanti i valori medi di VAS e DN4 raccolti nei gruppi N e C hanno mostrato ai tempi t1, t2 e t3 un differente livello di analgesia, con valori inferiori e statisticamente significativi nel gruppo N. In tutti i pazienti del gruppo C è stato necessario incrementare la posologia iniziale di tapentadolo per l'inadeguatezza del controllo della sintomatologia algica. Nei pazienti del gruppo N, invece, l'incremento della posologia iniziale di tapentadolo si è reso necessario esclusivamente nel 40% dei pazienti, raggiungendo in soli tre casi valori massimi di 200mg ogni 12ore. Il 10% dei pazienti del gruppo N vs il 12% dei pazienti del gruppo C ha fatto ricorso a terapia occasionale con paracetamolo 1000mg al bisogno. Nessun effetto collaterale importante è stato riscontrato nei pazienti del gruppo N.

DISCUSSIONE

La palmitoiletanolamide (PEA) è un acido grasso dotato di effetti antiinfiammatorio e antiiperalgesico sortiti attraverso attivazione di recettori cellulari di superficie simicannabinoidi (CB-2) e GPR55 (recettore orfano), dei recettori dei PPAR, down regolazione dell'iperattività dei mastociti, facilitazione del legame degli endocannabinoidi al proprio recettore e/o inibizione della loro degradazione. L'associazione della PEA alla terapia con tapentadolo nei pazienti affetti da low back pain correla con una riduzione statisticamente significativa dei punteggi VAS e DN4 rispetto ai pazienti del gruppo controllo in terapia esclusivamente con tapentadolo.



ABSTRACT BOOK

P24 REMIFENTANIL INFUSION IN PEDIATRIC ANESTHESIA

D. Galante ⁽¹⁾, A. Gaur ⁽²⁾, A. Ahmed ⁽²⁾, D Pedrotti ⁽³⁾

⁽¹⁾ University Department of Anesthesia and Intensive Care, University Hospital Ospedali Riuniti, Foggia

⁽²⁾ Department of Anesthesia, Glenfield Hospital, University of Leicester, Leicester, U. K., ⁽³⁾ Department of Anesthesia and Intensive Care, S. Chiara Hospital, Trento, ITALY

Background and goal of study

Remifentanil is an opioid drug with ultra-short pharmacological acting that reduce the Minimal Alveolar Concentration (MAC) of inhalatory anesthetics. This aspect is particularly evident in the pediatric patient. This opioid allows a rapid awakening and a good intraoperative analgesia. The aim of this study is to evaluate if remifentanil infusion is capable to facilitate recovery during sevoflurane anesthesia in pediatric patients.

Material and methods

65 patients (45 male and 20 female) ASA I-II, age range 1-5 years old undergoing elective genitourinary and abdominal surgery were enrolled. Patients were not premedicated and anesthesia was induced with a mixture of air/oxygen and sevoflurane (3-6%). Remifentanil bolus of 1 mcg/kg/min i.v. was administered and a laryngeal mask airway (LMA) was inserted without the use of muscle relaxants. General anesthesia was maintained with remifentanil infusion 0.15 mcg/kg/min, air/oxygen 50% and sevoflurane 2.5%. We monitored ECG, FC, SpO₂, ETCO₂, NIBP. At the end of surgery we stopped sevoflurane and administrated O₂ 100% maintaining remifentanil infusion till the end of surgical procedure. LMA removal time and time to eyes opening were recorded.

Results.

Mean duration of procedures was 115±30 min. Balanced anesthesia with remifentanil and sevoflurane guaranteed an adequate intraoperative analgesia and muscle relaxation with optimal mechanical ventilation even if muscle relaxants were not administered. Hemodynamic stability was observed during all the time of the procedure. Recovery was fast with mean eyes opening time of 2 min ± 0.3 and mean LMA removal time of 3 min±0.5. No adverse effects were recorded and postoperative analgesia was assured by the administration of FANS and acetaminophen.

Conclusions

Remifentanil combined with sevoflurane is effective in ensuring a fast recovery from the anesthesia without the need to administer muscle relaxants (1).

References

1. Gai CA et al. Clinical comparison of sevoflurane and propofol anesthesia with propofol and remifentanil anesthesia for children with cleft lip and palate repair surgery. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2013; 93:1819-21

ABSTRACT BOOK

P25 LA GESTIONE DEL DOLORE DA VENOPUNTURA NEL BAMBINO: L'ESPERIENZA DI GIOCOAMICO E VEINSITE NELLA PEDIATRIA DELL'A.O. PAPA GIOVANNI XXIII° DI BERGAMO

M. Gialli ⁽¹⁾, M.S. Spada ⁽²⁾, R. Ramponi ⁽²⁾

⁽¹⁾ A.O. Papa Giovanni XXIII USC Pediatria, Bergamo, ⁽²⁾ A.O. Papa Giovanni XXIII, USC Psicologia Clinica, Bergamo

Gli operatori sanitari, a maggior ragione se lavorano con i bambini, devono saper riconoscere la dimensione del dolore, in tutti i suoi aspetti, e ricorrere a tutte le strategie possibili per contenerlo e aiutare il soggetto a gestirlo. Alcuni tra i principi della Convenzione Internazionale sui diritti del fanciullo citano: "Il bambino ha diritto ad acquisire tutte le conoscenze e le abilità richieste per una gestione il più possibile autonoma della malattia".

Il Progetto Giocoamico si inserisce entro tale cornice di senso, collocandosi in quella cultura che va nella direzione di informare il paziente rispetto alla propria salute ed al proprio percorso di cura, nel miglior modo possibile per sé. È uno spazio psicologico che si pone l'obiettivo di informare il bambino circa il proprio iter di cura di aiutarlo nel proprio sforzo teso a dare significato e senso all'esperienza di ospedalizzazione, riconoscendo uno spazio alle emozioni coinvolte e ad essa connesse.

La percezione del dolore inizia quando l'avverto nel corpo oppure quando la rendo pensabile, quindi nella mente? E allora se la scelta è tra queste due opzioni dove possiamo inserire il concetto di ansia anticipatoria?

Scientificamente sono provati gli effetti benefici e positivi di numerose tecniche non farmacologiche per la gestione del dolore pediatrico, esistono tecniche cosiddette di distrazione, ed ancora altre tecniche di un confine sottile tra la tecnica e la teoria dell'accoglienza, come per esempio l'allestire un ambiente confortevole e a misura di bambino, adatto alla comunicazione ed allo scambio.

Al fine di ridurre il più possibile l'ansia e la paura causata dalla venipuntura, l'USC Pediatria ed il Pronto Soccorso Pediatrico e Generale, grazie al contributo dell'Associazione Amici della Pediatria, sta provvedendo ad dotarsi dell'apparecchiatura VeinSite (è un sistema elettronico, portatile non invasivo, basato sulla tecnologia NIR -Near Infra – Red- che facilita la visualizzazione delle strutture vascolari sottocutanee superficiali, l'individuazione del miglior sito di accesso vascolare periferico e l'incannulamento delle vene periferiche).

Il VeinSite è un casco dall'applicazione ed utilizzo intuitivi, che si posiziona sulla testa dell'infermiere lasciando completamente libere le mani: l'infermiere, con un semplice movimento degli occhi, ha la possibilità di visualizzare le vene nello schermo del VeinSite, e contemporaneamente, di guardare e palpare direttamente la regione anatomica del bambino. E' utilizzabile ogni qual volta si renda necessario reperire un accesso venoso, soprattutto nei bambini di età compresa tra i 3 e i 7 anni, magari già in precedenza traumatizzati da esperienze di venipuntura.

L'apparecchiatura presentandosi come un casco dall'aspetto futuristico /spaziale, si avvicina molto all'esperienza già collaudata in Azienda di "Giocamico", dove le procedure vengono illustrate al bambino in maniera ludica utilizzando come filo conduttore del racconto l'ambiente dello spazio. In questo modo, il bambino correttamente informato e preparato, potrebbe vivere in modo sereno e curioso l'esperienza con il casco, evitando così momenti di grande stress, emotivo e fisico, permettendo quindi una buona riuscita della procedura dell'incannulamento venoso.

ABSTRACT BOOK

P26 INTECOSTBRACHIAL NEUROPATHY AFTER BREAST SURGERY

S. La Cesa ⁽¹⁾, I. Iannini ⁽²⁾, G. Di Stefano ⁽¹⁾, A. Pepe ⁽¹⁾, M.L. Framarino Dei Malatesta ⁽²⁾, G. Cruccu ⁽¹⁾, A. Truini ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Roma ⁽²⁾ Dipartimento di Ginecologia, Ostetricia e Scienze Urologiche, Roma, ITALY

Although intercostobrachial neuropathy is a common complication of breast cancer surgery, its prevalence and clinical course are still unclear. In this clinical and Quantitative Sensory Testing (QST) longitudinal study we aimed at seeking information on prevalence, clinical features and course of intercostobrachial neuropathy.

After planning a periodic assessment (1, 3, 6 and 12 months after surgery), we enrolled 36 patients with breast cancer surgery. All patients underwent a detailed neurological examination. Using a structured interview, we collected demographic and clinical data and information on sensory disturbances and pain. Patients underwent DN4 questionnaire, for the diagnosis of neuropathic pain.

Tactile sensation was tested with Von Frey filaments (Somedic, Sweden). Using a thermode (ATS, PATHWAY, Medoc, Israel) we tested cold and warm detection thresholds (CDT and WDT), and cold and heat pain thresholds (CPT and HPT). All clinical and QST procedures were applied on the intercostobrachial nerve territory.

36 patients were included in our study (mean age 55.4± 11.2): 18 patients of the 36 patients experienced pain (pain around the scarf, etc). 22 pz (61%) had intercostobrachial neuropathy. 5 out of the 22 patients with intercostobrachial neuropathy had neuropathic pain as assessed with the DN4 questionnaire. The age didn't differ significantly in the group with and without intercostobrachial neuropathy (p value = 0.3).

We couldn't find correlation between the number of node removed and the development of intercostobrachial neuropathy (p value=0.9).

No correlation existed between age and presence of pain (p value =0.3).

In patients with intercostobrachial nerve neuropathy the perceptive thresholds (von Frey filaments, CPT, HPT and CP) were significantly different between the normal and affected side.

So far we didn't find improvement in the perceptive thresholds (von Frey filaments, CPT, HPT and CP) after 12 months of assessment.

In patients without neuropathy we didn't find difference in the perceptive thresholds.

Our study on Intercostobrachial neuropathy after breast cancer surgery might improve current knowledge on this common complication of breast surgery, and help to define its prevalence and clinical course thus possibly opening up new therapeutic approaches.

ABSTRACT BOOK

P27

PROBLEMI DI CONSENSO NEI PAZIENTI CON DOLORE IN FASE TERMINALE E IN FINE VITAD. La Tegola ⁽¹⁾, R. Buzzerio ⁽²⁾, I Gisondo ⁽³⁾, G. Dell'Olio ⁽³⁾, G. Gallo ⁽⁴⁾, F. La Mura ⁽⁴⁾, F.F. Carabellese ⁽¹⁾⁽¹⁾ Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DIM, Università degli Studi Aldo Moro, Bari,⁽²⁾ Dipartimento di Salute Mentale, Bari, ⁽³⁾ Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico-Relazionale, Bari,⁽⁴⁾ Opera Don Uva, Bisceglie (BT)**INTRODUZIONE**

Il consenso informato costituisce una conditio sine qua non nell'ambito di qualsiasi intervento diagnostico-terapeutico in campo medico e, più in generale, un elemento fondante della relazione medico-paziente (Faden et al., 1986). Generalmente si ritiene che, affinché un paziente possa prestare un valido consenso ad un trattamento medico, questi debba essere informato circa la propria condizione di salute, comprendere rischi e benefici delle terapie, conoscere le alternative, nonché possedere la capacità di decidere (competence o capacity to consent).

REVIEW DELLA LETTERATURA E DISCUSSIONE

Nella pratica clinica si tende ad attribuire una presunzione di incapacità a dare consenso da parte di pazienti sottoposti a scelte terapeutico-trattamentali molto impegnative ovvero a dare per scontato che tale capacità sussista laddove tali scelte siano più scontate. Le evidenze disponibili in letteratura suggeriscono, al contrario, che condizioni mediche specifiche legate a contesti di cura in cui si presuppone una capacità a consentire, questa in realtà, una volta valutata, non sempre risulta pienamente valida (Appelbaum et al, 1998a; 1998b).

Per quanto attiene in particolare i pazienti in fase terminale, limitate le ricerche sulla capacità di consentire adeguatamente. Le conoscenze attuali dell'impatto di dimensioni psicologiche e, forse, psicopatologiche, sulle abilità decisionali di persone in fase terminale della loro malattia sottoposte a terapie palliative, sono infatti scarse.

L'incapacità a dare consenso, dunque, deve considerarsi non legata a priori ad una patologia mentale o fisica, ma occorre valutare in ogni singolo caso le eventuali ripercussioni della malattia sulle abilità cognitivo-affettive sottese al processo decisionale (Bellhouse et al, 2003a, 2003b; Palmer et al, 2004; Howe et al, 2005; Palmer et al, 2005; Dunn et al, 2006a; 2006b), nella convinzione che quanto più la capacità di consenso è consapevole e collaborativa, tanto più risulta adeguata l'adesione alla terapia e migliori i risultati attesi, anche rispetto a contesti di cura complessi e situazioni cliniche e trattamentali difficili, quali quelle prese in considerazione.

ABSTRACT BOOK

P28 DOLORE E STATO PSICOLOGICO: DATI PRELIMINARI

F. Lacerenza ⁽¹⁾, V. Monticelli ⁽¹⁾, S. Fiorenza ⁽²⁾, D. Paradiso ⁽²⁾, E. Martucci ⁽¹⁾, F. La Mura ⁽²⁾

⁽¹⁾ Servizio di Psicologia Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT), ⁽²⁾ Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT)

INTRODUZIONE

Nel 1979 la IASP ha definito il dolore "un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata a un effettivo o potenziale danno tissutale". Il dolore è sempre soggettivo, il dolore fisico è solo una delle cause di sofferenza, si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere emozionale. Il dolore può quindi essere definito come DOLORE TOTALE, in quanto fisico, psicologico, sociale, e culturale. Con la Legge 38/2010 il dolore rientra come fondamentale parametro clinico, da rilevare e monitorare. Il dolore è fisiologico, un sintomo vitale esistenziale, ovvero un sistema di difesa, quando rappresenta un segnale d'allarme per una lesione tissutale, essenziale per evitare un danno, mentre diventa dolore "inutile" quando cronicizza. Il dolore non può essere descritto come un fenomeno sensoriale, bensì deve essere visto come la composizione di 3 componenti: percettivo-nocicettiva; emotiva-esperienziale; comportamentale. Quando il dolore diventa consapevole si trasforma in sofferenza e pian piano nel tempo e con una sempre maggiore consapevolezza si può monitorare riducendone l'angoscia. La sofferenza consapevole muta in una grande forza che sorregge chi l'ha provata e chi viene a contatto con chi l'ha provata.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito del Sistema Computerizzato di Rete di Clinical Documentation, è stata predisposta una sezione per la valutazione psicologica. Il sistema di immissione dei dati è intuitivo, e prevede la raccolta dei seguenti dati / parametri, suddivisi in 5 macro-aree: 1) Consapevolezza personale di diagnosi e prognosi, 2) Valutazione dell'informazione ricevuta circa il proprio stato, precedentemente al ricovero, 3) Valutazione dello stato emotivo, 4) Bisogni ed aspettative, 5) Valutazione della sfera sociale. L'interfaccia predisposta, permette di effettuare operazioni logiche e di data mining sui dati immessi (filtri, possibilità di esportare i dati in programmi di statistica). L'intero database è in formato MySQL.

RISULTATI

E' stato valutato il Karnofsky Performance Status (KPS) per ogni Persona ricoverata, ottenendo la seguente stratificazione: KPS 50 = 0,6% , KPS 40 = 6,2%, KPS 30 = 16%, KPS 20 = 47,4%, KPS 10 = 20,8% . E' stato rilevato il VAS basale ed il VAS incidente per tutti i Pazienti con KPS > 20 (79% del totale dei Pazienti). Per i Pazienti con KPS 20, solo il 75% delle volte è stato possibile rilevare il VAS. Il 12,6% del totale dei Pazienti, era a conoscenza della diagnosi ma non della prognosi. Il 33,1% dei Pazienti non era a conoscenza né della diagnosi né della prognosi, al momento del ricovero. Il 7,5% dei Pazienti era a conoscenza sia della diagnosi che della prognosi.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati statistici, mostrano che solo un Paziente su dieci fosse a conoscenza del proprio stato di salute. L'83% delle persone a conoscenza di diagnosi e prognosi, al momento del ricovero, appariva emotivamente tranquilla. Il 30% delle persone non a conoscenza del proprio stato di salute, oppure non sufficientemente informate prima del ricovero, appariva sofferente, agitata, ansiosa, preoccupata. I dati preliminari suggeriscono che le persone ancora dubbiose circa il proprio stato di salute, oppure non consapevoli del tutto, siano maggiormente soggette ad ansia, angoscia e dolore.

ABSTRACT BOOK

P30 LOMBOSCIATALGIA E TERAPIA PERIDURALE: RELAZIONE CON DIAGNOSI ETIOLOGICA, DIAGNOSI ALGOLOGICA E TIMING DI INSORGENZA

N. Luxardo⁽¹⁾, M. Barberis⁽²⁾, I. Vincenzo⁽³⁾⁽¹⁾ SSCVD di Terapia del Dolore, Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, presidio CTO-Maria Adelaide, Torino, ⁽²⁾ Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione Università di Torino, Torino,⁽³⁾ UOC Anestesia e Rianimazione 5, Presidio Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, presidio CTO-Maria Adelaide, Torino

Introduzione Il Low back pain colpisce pazienti di età >40a e di sesso femminile, rappresenta una delle principali cause di assenza dal lavoro e di richieste di visite mediche. Le procedure interventistiche del LBP comprendono tecniche locoregionali e miniinvasive. Nel nostro lavoro, l'obiettivo è quello di mettere in relazione il tipo di dolore, la tecnica ed il timing attraverso un database.

Materiali e Metodi Da novembre 2013, i pazienti con lombosciatalgia sottoposti a peridurale presso la nostra Struttura, sono stati inseriti in un database di raccolta dati comprendente: diagnosi eziologica, algologica, timing, tecnica utilizzata e VAS (tabella 1). La peridurale prevedeva la somministrazione di idrocortisone 25-50-100 mg e ropivacaina 4 mg.

Risultati Da novembre 2013 a novembre 2014, abbiamo analizzato 277 pazienti sottoposti a peridurale. 64pz sono stati persi nei follow-up. I dati demografici dei 213 pazienti rimasti sono riassunti nella tabella 2. La causa principale di lombosciatalgia era ernia discale (104pz). 21 pazienti sono stati esclusi dallo studio. Dei 192 analizzati, 141pz sono arrivati dopo >6 mesi dall'insorgenza dei sintomi, 51 pazienti prima dei 6 mesi e tra questi solo 9 entro 3 mesi. Nel tempo analizzato abbiamo praticato 162 peridurali interlaminari, 113 trasformaminali e 38 sacrali. Dei 104 pazienti con ernia discale, 43 sono stati sottoposti a peridurale nei primi 6 mesi, tra questi solo 8 prima dei tre mesi; la maggior parte (61pz), è stato trattato dopo più di 6 mesi dalla comparsa della lombosciatalgia. Nei pazienti affetti da ernia del disco, la peridurale è stata efficace in 65 casi già 1 mese dopo la procedura, in 68 dopo 6 mesi ed in 66 dopo 12 mesi. La VAS mostrava una riduzione significativa passando da >50 a <20.

Nei pazienti affetti da ernia discale e stenosi lombare, la peridurale è stata efficace in 16 pazienti su 43 ad 1 mese, in 22 a 6 mesi e 18 a 12 mesi. La riduzione del VAS è stata inferiore al gruppo precedente, attestandosi comunque a valori <30. Dei 29 pazienti affetti da FBSS ed ernia del disco, 13 hanno tratto beneficio ad 1 mese, 14 a 6 mesi, solo per 7 di loro l'efficacia persisteva ad 1a di distanza. La riduzione della VAS, risultava significativa attestandosi su valori <20 e nei 7 pazienti valutati dopo 1 anno ad un valore <10. I 6 pazienti affetti da stenosi lombare hanno tratto beneficio dalla peridurale in 3 casi ad 1 mese, in 2 a 6 mesi ed in 1 a 12 mesi. La VAS ha raggiunto livelli < 30 ad 1 e 6 mesi ed < 20 a 12 mesi.

Conclusione La peridurale è efficace nel trattamento della lombosciatalgia. I dati evidenziano una efficacia statisticamente significativa a 1, 6 e 12 mesi in tutti i pazienti, indipendentemente dalla diagnosi eziologica e dal sesso. Si evidenzia, inoltre che la peridurale interlaminare e trasformaminale si equivalgono, la sacrale sembra essere meno efficace, forse perché è spesso riservata a pazienti operati al rachide, che non possono essere sottoposti ad altre procedure. Il database permette una buona analisi dei dati.

Tabella 2 : caratteristiche demografiche dei pazienti trattati con peridurale antalgica.

I dati sono espressi come Media ± Deviazione Standard (DS).

ALL PATIENTS	
n=213	
DEMOGRAPHICS:	
Age, yrs	64,5±14
Male/Female	92/121
VAS pre	6,61±1,2
FBSS	n=40 (18,7%)
CAUSES OF LOW BACK PAIN: N = 192	
Ernia	104
Stenosi	21
Ernia+stenosi	22
Listesi	10
FBSS	
FBSS+ernia	29
FBSS+stenosi	6
Altre cause	21

Tabella 1: caratteristiche dei pazienti: timing e diagnosi algologica. I dati sono espressi come numero di pazienti e in percentuale.

	< 6 mesi	> 6 mesi
Timing	64 (30%)	149 (70%)
Diagnosi algologica	No: 119 (55,8%)	
	Ne: 94 (44,2%)	
	Dolore intermittente: 75 (35,3%)	
	Dolore continuo: 138 (64,7%)	
	Senza allodinia/iperalgesia: 194 (91,1%)	
	Con allodinia/iperalgesia: 19 (8,9%)	

ABSTRACT BOOK

P31 ASSENZA DI TOLLERANZA NELLA TERAPIA OPIACEA

G. Mariot*Ospeale S. Lorenzo - ULSS 5 Regione del Veneto, Valdagno, (VI)***Introduzione**

Nonostante sia stata ampiamente dimostrata l'efficacia degli oppiacei nel controllo del dolore oncologico, sono ancora presenti molte resistenze nel trattamento del dolore cronico non oncologico che impone un trattamento continuativo anche pluriennale e la paura maggiore è rappresentato dal timore di abuso legato alla tolleranza e dipendenza.

La sonnolenza può essere presente nei primi giorni di trattamento o essere sintomo di sovradosaggio, mentre non si evidenziano fenomeni allucinatori, né quello stato di quiete profonda accompagnato a sensazione di intenso piacere diffuso in tutto il corpo che viene invece ricercato nel soggetto privo di dolore.

Il fenomeno della ricerca compulsiva dell'oppiaceo (craving), tipico della tossicodipendenza, non si ritrova nel paziente in terapia antalgica. Sembra quindi che possa essere la presenza del dolore ad impedire quella sensazione di intenso benessere dovuta all'attivazione del nucleo accumbens.

L'impressione che il fenomeno della tolleranza non si evidenzi nel paziente affetto da dolore cronico viene suggerito dal trattamento con morfina intratecale.

Per valutare l'assenza di tolleranza con la morfina intratecale abbiamo selezionato fra i pazienti portatori di pompa per infusione continua quelli che mostravano un completo e stabile benessere, in quanto, se il paziente avverte dolore, questo potrebbe essere imputabile sia ad un peggioramento della sindrome dolorosa, sia alla comparsa della tolleranza.

Materiali e metodi

Per poter dimostrare che anche la somministrazione orale di oppiacei non comporta tolleranza in presenza di dolore soggiacente, abbiamo identificato alcuni pazienti che presentavano una malattia stabilizzata e la totale assenza di dolore.

Fra gli ultimi 50 pazienti transitati in ambulatorio che presentavano le caratteristiche adatte per un periodo di tempo superiore ad un anno, ne abbiamo scelti due in cui eravamo certi della presenza del dolore che però era completamente coperto dall'associazione di ossicodone/naloxone (O/N).

ZM 64 anni femmina

Mieloma multiplo.

Nell'agosto 2011 accusa dolore al rachide dorso-lombo-sacrale in trattamento con fentanyl transdermico 75 mcg/h.

Viene eseguita rotazione ad O/N fino a titolazione con 50/20 mg bid.

Nell'ottobre 2011 la paz si autoriduce la terapia con O/N 40/20 bid e dopo un mese arriva a 20/10 bid.

il benessere completo permane fino a febbraio 2015, variando la dose fra 20/10 e 30/15.

GF 79 anni maschio

Da un anno presenta dolore toracico degenerativo vertebrale.

Nel settembre 2013 inizia terapia con O/N 5/2,5 bid e in meno di un mese si raggiunge la dose di 15/7,5 bid, ottenendo la scomparsa quasi completa del dolore.

Il benessere completo viene raggiunto con il dosaggio di 20/10 bid nel gennaio 2014.

Nel febbraio 2015 continua la terapia con O/N 20/10 bid in totale benessere.

Riassunto dei risultati e conclusioni

I farmaci e le sostanze d'abuso hanno in comune la proprietà di stimolare la trasmissione dopaminergica nella shell del nucleo accumbens.

Tuttavia la risposta della shell ai farmaci non va incontro a quella rapida habituation cui va invece incontro la risposta agli stimoli gustativi.

A questa differenza è stato attribuito un ruolo fondamentale nella tossicodipendenza.

La presenza del dolore potrebbe impedire l'attivazione del nucleo accumbens impedendo il manifestarsi della tossicodipendenza e della tolleranza.

ABSTRACT BOOK

P32 GESTIONE PERIOPERATORIA DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON OPIOIDI PER VIA TRANS-DERMICAC. Marzilli, A. Testa, S. Bianchetti, A. Piroli, F. Marinangeli*Cattedra Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore, Università degli Studi di L'Aquila, L'Aquila***Introduzione**

La dipendenza da oppioidi rappresenta un'importante comorbidità, organica e psicologica, e dovrebbe essere considerata come una problematica rilevante nel perioperatorio.

Il paziente con dolore cronico, trattato con oppioidi, presenta delle particolarità nella gestione del dolore perioperatorio. I pazienti che utilizzano oppioidi in maniera incontrollata e i tossicodipendenti rappresentano un'altra categoria più complessa.

La tolleranza, lo sviluppo di iperalgesia e una ridotta soglia al dolore sono le cause più importanti in grado di influenzare le aumentate richieste analgesiche, rispetto alla popolazione oppioide naive (1).

Materiali e metodi

Questo report si propone di semplificare la gestione perioperatoria dei pazienti in trattamento a lungo termine con oppioidi per via trans-dermica. Sebbene non siano presenti in letteratura linee guida specifiche, alcuni principi generali possono aiutare la scelta più appropriata nel frangente perioperatorio.

Strategie per un'analgia adeguata includono: sostituzione con metadone o mu-agonisti; utilizzo di tecniche loco-regionali, in combinazione con farmaci non-oppioidi o oppioidi a dosi più elevate; utilizzo di co-analgesci e sostegno psicologico laddove necessario.

Risultati

Nei pazienti in terapia cronica con oppiacei per via transdermica, in caso di anestesia loco regionale, sebbene il dolore chirurgico sia controllato dagli anestetici locali, sembrerebbe opportuno continuare la somministrazione di oppioidi, utilizzando almeno la metà del dosaggio preoperatorio, al fine di prevenire sindromi d'astinenza (2)

Nei pazienti, invece, sottoposti ad anestesia generale, la rimozione del cerotto ed un'infusione continua di oppioidi, nell' intra e postoperatorio, sembrerebbe il metodo più praticabile. La rimozione potrà essere effettuata 12 ore prima dell'intervento per il cerotto di fentanyl e 24 ore prima per il cerotto di buprenorfina, considerando la diversa farmacocinetica delle due formulazioni. Le possibili interferenze con gli agenti alogenati, il loro effetto vasodilatatorio, la termodispersione intraoperatoria o, al contrario, sorgenti di calore come le coperte riscaldanti, possono modificare l'assorbimento dell'oppioide trans-dermico, rendendo ragione della rimozione del cerotto nel preoperatorio. Inoltre, l'uso concomitante di altri farmaci depressivi del SNC, può produrre effetti avversi additivi: ipoventilazione, ipotonia e sedazione profonda o coma. Le dosi di oppioidi intraoperatorie variano da soggetto a soggetto. Pazienti tolleranti presentano bisogni maggiori di oppioidi perioperatori, che possono essere anche tre volte superiori, attraverso tutte le vie di somministrazione.

Efficaci nel produrre un'analgia aggiuntiva e nel ridurre il consumo di oppioidi sono i FANS e la Clonidina, quest'ultima utile soprattutto nel prevenire l'insorgenza di sindromi d'astinenza. L'uso del cerotto nel trattamento del dolore acuto postoperatorio è controindicato a causa del rischio di depressione respiratoria e per l'impossibilità di una determinazione del giusto dosaggio a breve termine. Superata la fase acuta del postoperatorio si tornerà gradualmente ai dosaggi preoperatori e all'applicazione del cerotto (3).

Bibliografia

- 1) Perioperative pain and Intraoperative pain and anesthetic care of the chronic pain and cancer pain patient receiving chronic opioid therapy. Pain Practice .2005; 5:18-3. Rozen D
- 2) Management of perioperative pain in patients chronically consuming opioids. Reg Anesth Pain Med 2004; 29: 576 591 Carrol L
- 3) Perioperative pain therapy in opioid abuse, Eur J Anaesthesiol. 2013 Feb; 30(2): 55-64; Stromer W et al

ABSTRACT BOOK

P33 LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE DEMENTE

S. Mastrangelo ⁽¹⁾, M. Cervi ⁽²⁾, S. Cecchella ⁽¹⁾, M. Bagnasco ⁽¹⁾, F. Reggiani ⁽³⁾, A. Bargellini ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Azienda USL Reggio Emilia, Reggio Emilia, ⁽²⁾ RETE Reggio Emilia Terza Età, Reggio Emilia, ⁽³⁾ Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova IRCCS, Reggio Emilia, ⁽⁴⁾ Università degli Studi Modena e Reggio Emilia, Modena

Introduzione

Nonostante che demenza e dolore cronico siano molto frequenti in età geriatrica, non si hanno dati sufficienti sulla prevalenza del dolore negli anziani dementi, anzi la percentuale di pazienti dementi con almeno un dolore cronico sembrerebbe diminuire con l'aumentare del deficit cognitivo. La causa di questa evidente sottostima è rappresentata dal deficit di espressione verbale di questi pazienti, laddove quanto riferito dal paziente (self-report) rappresenta il gold standard per la rilevazione del dolore, che deve essere quindi affidata all'osservazione degli operatori.

Materiali e metodi

Studio epidemiologico cross sectional condotto su 45 pazienti anziani ospiti di due case protette (6 nuclei operativi) del territorio reggiano ed affetti da demenza grave (CDR 3-4-5) al fine di:

- valutare la prevalenza del dolore mediante la scala osservazionale PAINAD, a riposo e durante attività assistenziali potenzialmente dolorose;
- valutare la frazione di pazienti in trattamento antalgico durante la rilevazione;
- sensibilizzare il personale medico ed infermieristico delle strutture;
- sondare tramite questionario, conoscenze e comportamenti degli operatori relativamente alla gestione del dolore in pazienti con demenza.

Risultati

I risultati preliminari di questo studio hanno permesso di evidenziare che oltre l'80% dei pazienti selezionati presentava dolore e che nella quasi totalità di essi si è registrato un aumento significativo della quantità di dolore percepito durante lo svolgimento delle attività assistenziali potenzialmente dolorose.

Dei pazienti osservati, una porzione consistente non presentava alcuna prescrizione antalgica al momento della rilevazione così come una percentuale superiore al 20% aveva ricevuto un trattamento antalgico con indicazioni generiche non mirate al controllo del dolore durante lo svolgimento delle manovre assistenziali.

I risultati dei questionari hanno evidenziato disomogeneità e ampi margini di miglioramento rispetto a conoscenze possedute e comportamenti agiti dagli operatori.

L'elaborazione dei dati raccolti è attualmente in fase di completamento.

Conclusioni

La gestione del dolore nell'anziano con grave demenza rappresenta un problema molto frequente nei reparti di Geriatria e nelle Case protette e RSA. I primi risultati di questo studio permetteranno di orientare una formazione mirata agli operatori sociosanitari della rete provinciale e di definire un'apposita procedura per la valutazione e gestione del dolore nei pazienti con demenza. Un adeguato strumento per la valutazione del dolore e lo sviluppo di competenze specifiche, costituiscono presupposti essenziali per una corretta ed efficace terapia antidolorifica.

L'aumento del dolore rilevato fino a steady state comporterà la sua successiva riduzione, con conseguente riduzione di disturbi comportamentali, aumento di antalgici per dose e potenza analgesica e riduzione di psicofarmaci.

La valutazione del dolore dovrebbe fare parte dell'accertamento globale dei pazienti, al pari degli altri bisogni fondamentali (alimentazione, eliminazione, mobilità, ecc.) allo scopo di ridurre o eliminare quelle situazioni che possono peggiorare lo stato clinico del paziente

ABSTRACT BOOK

P34 ANALGESIA E SEDAZIONE AI TEMPI DEI FARAONIC. Milani ⁽¹⁾, S. Malgora ⁽²⁾, D. Di Pinto ⁽³⁾, D. Paradiso ⁽⁴⁾, S. Di Piero ⁽⁵⁾, A. Barelli ⁽⁶⁾, F. La Mura ⁽⁷⁾⁽¹⁾ DMD, MS - Studio di Odontologia e Antropologia Forense, Torino, ⁽²⁾ Mummy Project; Sezione Egizia Castello Buonconsiglio, Trento, ⁽³⁾ Hospice Don Uva, Bisceglie (BT), ⁽⁴⁾ IP - Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT),⁽⁵⁾ Amministrazione Straordinaria Congregazione Ancelle della Divina Provvidenza, Bisceglie, (BT),⁽⁶⁾ CentroAntiveneni - Ist. di Anestesia e Rianimazione - Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma, ⁽⁷⁾ Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT)**Introduzione.**

La pratica della medicina trova in Egitto le più antiche attestazioni, oltre a fonti storiche greche e latine. Fin dal 2650 a.C., la figura del medico, sia nell'accezione moderna, sia con connotazioni religiose è documentata con specializzazioni e gerarchizzazioni.

Materiali e Metodi.

Diversi sono i papiri che documentano pratiche mediche di tipo chirurgico (papiro Smith, p. Hearst, ecc.) o ricette mediche con fini terapeutici di vario genere (es. papiro di Londra, p. Ebers, p. Chester Beatty, ecc.).

In essi è attestato l'uso di medicinali di origine vegetale o minerale, utili a fini analgesici, sedativi o ipnoinducenti. Allo stesso modo pitture murarie e oggetti rinvenuti in corredi funerari raffigurano piante dalle note proprietà psicotrope.

Risultati.

Molte sono le fonti risalenti all'Egitto antico che fanno riferimento a sostanze dalla funzione sedativa o narcotica: il lattice proveniente da alcune lattughe, il loto, la mandragora e, probabilmente, anche l'uso di componenti del papavero.

Il lattucato estratto dai fusti fiorieri della *Lactuca Serriola*, della *L. Sativa*, e della *L. Virosa*, lasciato asciugare, produce una sostanza resinosa dalle proprietà sedative, ipnoinducenti e anafrodisiache, riconosciute anche dalla farmacopea moderna.

La Mandragora officinarum la cui radice, contenente iosciamina, atropina e scopolamina, trovava invece impiego come anestetico e sedativo. È raffigurata in pitture murali di varie tombe tebane della XVIII dinastia e le sue bacche sono presenti in cesti rinvenuti nella tomba di Tutankhamon. La ritroviamo nel papiro di Leida (I-383) dove, miscelata al vino, viene prescritta come ipnoinducente.

La conoscenza del papavero da Oppio (shepen) pare essere documentato, invece, da rappresentazioni di capsule in monili: un paio di orecchini in oro recanti il cartiglio di Seti II (XIX dinastia, Museo del Cairo), rappresentano la capsula del papavero con la tipica striatura longitudinale; la stessa si trova in una collana di perline di cornalina (XVIII dinastia, BritishMuseum). Tali riscontri non sono, tuttavia, di univoca interpretazione e sono oggetto di discussione, a causa della somiglianza della capsula del papavero con i frutti di alcune specie di ninfea o fiordaliso.

Un'anforetta appartenente al corredo funerario dell'architetto Kha (Museo Egizio di Torino) è stata più volte oggetto di indagini: nel 1925 il suo contenuto fu sottoposto ad analisi chimiche che individuarono residui di morfina. Tale riscontro non fu confermato da analisi successive, e non venne rilevata la presenza né degli alcaloidi dell'oppio, né degli alcaloidi tropanici (es. mandragora, solanacee, ecc.).

Il papiro Smith, forse il più antico trattato di traumatologia risalente al 1500 a.C. circa, copia di un documento antecedente, raccomanda l'uso di fiori di papavero rosso per lenire ascessi e piaghe infette. Il papiro Ebers (1550 a.C., lung. 20 m. circa) che raccoglie circa 700 ricette mediche e formule rituali di vario genere, prescrive la capsula di papavero per le eruzioni del cuoio capelluto o per calmare le grida del bambino.

Conclusione.

La conoscenza di medicinali dalla funzione psicotropa, in particolare di tipo alcaloide, è documentata nell'antico Egitto da molteplici reperti archeologici, fonti scritte e iconografiche. Tuttavia, per alcune di queste, le specifiche applicazioni non sono sempre univocamente riconosciute e condivise dagli studiosi.



ABSTRACT BOOK

P35 MEDICINA NARRATIVA PER IL SOLLIEVO DEL DOLORE

V. Monticelli ⁽¹⁾, F. Lacerenza ⁽¹⁾, G. La Padula ⁽²⁾, F. Cosmai ⁽³⁾, A. De Cesare ⁽³⁾, E. Martucci ⁽⁴⁾, F. La Mura ⁽²⁾

⁽¹⁾ Servizio di Psicologia Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT), ⁽²⁾ Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT), ⁽³⁾ OSS Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT), ⁽⁴⁾ Servizio di Psicologia, Bisceglie, (BT), ⁽²⁾ Hospice Don Uva

INTRODUZIONE

La medicina è protagonista di una straordinaria evoluzione scientifico-tecnologica, ma allo stesso tempo si è sentita l'esigenza di recuperare il rapporto medico-paziente, dove la narrazione della condizione di sofferenza è considerata al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa. Anche nella vita di tutti i giorni, peraltro, utilizziamo la nostra capacità narrativa per raccontarci agli altri, per dire qualcosa di noi, del nostro passato ma anche delle nostre aspettative future. Allo stesso modo il paziente racconta all'equipe sanitaria la propria "storia di malattia", e questa è la descrizione più completa del suo malessere. Si vuole dimostrare come la parola possa migliorare l'efficacia di cura.

MATERIALI E METODI

E' stata predisposta una serie di strumenti quali: 1) diario narrativo messo a disposizione dei singoli Pazienti, dei loro familiari e caregiver, 2) diario narrativo da compilare a cura dei sanitari, 3) intervista semi-strutturata a cura del Servizio di Psicologia, 4) registrazioni audio-video, 5) "cartella clinica parallela" che si affianca alla Cartella Clinica ordinaria, all'interno della quale vengono riportate impressioni e riflessioni sulla base del racconto del Paziente.

RISULTATI

L'adesione e la "compliance" rispetto a questo tipo di percorso è del 100% . Gli strumenti elencati in "Materiali e Metodi" sono stati utilizzati dai Pazienti soltanto(30% del totale), oppure dei Familiari (70% del totale).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La comunicazione aiuta il paziente a: prendere decisioni con più consapevolezza; esprimere stati d'animo e disagi; condividere testimonianze che potranno essere utili ad altri medici o pazienti; rafforzare una reale alleanza terapeutica; ridurre la sofferenza; favorire una migliore aderenza alla terapia; fornire materiale utile da analizzare per nuove strategie di cura. Ciascun essere umano è una storia che si racconta, ed una malattia, qualunque essa sia, fa parte di quella storia.

ABSTRACT BOOK

P36 I PRINCIPI DELLA GOVERNANCE CLINICA NELLA GESTIONE DEL DOLORE NELLA NEURORIABILITAZIONE

A. Morreale, COSD (Comitato Ospedale senza Dolore)
Montecatone Rehabilitation Institute, Imola (BO)

La Legge 38/2010 ha indotto una maggiore attenzione alla gestione del dolore delle persone degenti nelle strutture sanitarie. In particolare, ha stabilito la necessità di effettuare il monitoraggio del dolore nella cartella clinica e di integrare quanto attuato durante la degenza, con le strutture territoriali.

La regione Emilia-Romagna, ha definito gli obiettivi specifici per i Comitati Ospedale-Territorio senza dolore (COSTD) ed ha individuato come strumenti di rilevazione del dolore la NRS, per i pazienti collaboranti e la PAINAD per i pazienti non collaboranti. A Montecatone Rehabilitation Institute (MRI), da circa due anni, stato intrapreso un Progetto di Miglioramento della gestione del dolore per i degenti.

A MRI sono disponibili 150 posti letto di degenza ordinaria, dedicati a persone con lesione midollare e gravi cerebrolesioni acquisite per le quali viene attuata una precoce presa in carico riabilitativa.

Le caratteristiche cliniche dei pazienti, nonché la lunga durata della degenza rendono particolarmente impegnativa la gestione del dolore.

Attraverso l'attuazione di Audit clinico-organizzativi periodici (2 volte all'anno) sono state rilevate, pertanto, le criticità del percorso ed individuate e messe in atto le successive azioni correttive.

Sono state pianificate 4 date di svolgimento degli Audit, durante i quali sono state esaminate tutte le cartelle dei pazienti presenti al momento, nella struttura.

Ogni area di degenza è stata valutata da una coppia di auditors, composta da un medico e da un infermiere. Per tutti i pazienti è stata compilata una scheda preordinata con gli indicatori.

I dati ottenuti sono stati analizzati con il supporto del Servizio Qualità e diffusi a tutti gli operatori, con incontri pianificati.

Con l'obiettivo di fornire consulenze sulla gestione dei casi complessi, è stato costituito un Team Dolore, composto da medici specialisti in Anestesia, Neurologia, Reumatologia e Fisiatria.

Sono stati inoltre organizzati corsi di formazione specifica per diffondere conoscenze di base sulla gestione del dolore ed approfondire i metodi di valutazione diagnostica e terapeutica.

E' stata, infine, prevista la redazione di un opuscolo informativo sul tema del dolore da distribuire ai pazienti, con i quali sono stati effettuati incontri divulgativi.

Rispetto al Progetto di Miglioramento, attualmente, sono stati analizzati i dati rilevati nei primi 3 Audit. Tra gli indicatori più significativi, la percentuale di rilevazione del dolore all'ingresso del paziente nella struttura, nel primo Audit, (Novembre 2013), era del 70%; nell'ultimo Audit, (Novembre 2014), la percentuale è stata del 91%. La rilevazione quotidiana era nel 2013, del 73% ed è diventata del 98%, nel 2014. Nei due Audit successivi del 2014, il 54.6% e, rispettivamente, il 65% dei pazienti, stava assumendo una terapia per il dolore nel giorno di rilevazione.

Nel caso in cui, durante la rilevazione quotidiana del dolore, il paziente avesse presentato un dolore d'intensità >2-3, è stato verificato che fosse stato messo in atto un provvedimento terapeutico (farmacologico o non) e che ne fosse stata monitorata l'eventuale efficacia.

Più del 50% degli operatori hanno partecipato ai corsi di formazione.

Le azioni intraprese hanno determinato una maggiore consapevolezza nella gestione del dolore ma rimangono ampie aree di ulteriore miglioramento.

ABSTRACT BOOK

P37 STUDIO DESCRITTIVO SUL DOLORE POST-OPERATORIO

S. Cavallo, N. Chiapusso, D. Chiarini, E. Galliano, M. Garbarino, D. Giunta, C. Gho, P. Maritano, A.F. Mistretta, O. Morrone, L. Trabunella, F. Tullio
AOU Citta' della Salute e della Scienza di Torino, Torino

Introduzione e obiettivi

Verificare la presenza e l'intensità del dolore post-operatorio nei pazienti sottoposti a craniotomia.

Materiali e metodi

Studio descrittivo retrospettivo su pazienti sottoposti a intervento di craniotomia nel periodo compreso tra Gennaio 2013 e Aprile 2014 considerando sino alla quarta giornata post-operatoria.

Per la registrazione dei dati è stato costruito ad hoc un database formato Access®. Il database offriva la possibilità di registrare tutti dati riconducendoli alle variabili emerse dalla letteratura consultata e dall'esperienza clinica.

Risultati

Sono stati osservati 115 pazienti con caratteristiche descritte nella tabella 1 e sottoposti a differenti approcci chirurgici (grafico 1) per diverse patologie (grafico 2). Si rileva maggiormente la presenza di dolore (scala NRS>4) negli approcci chirurgici infratentoriali e sovratentoriali (grafico 3) e nei pazienti che non si sono ancora mobilizzati in prima giornata (grafico 4).

Per quanto riguarda la patologia di base, i risultati sono contrastanti in base alla giornata post-operatoria analizzata. I dati sulla tipologia di analgesia postoperatoria somministrata risultano coerenti con la letteratura.

Conclusioni

Il dolore postoperatorio legato alla craniotomia è ancora un problema per pazienti, caregiver e professionisti della salute. Questo studio ha messo in luce la necessità di rilevare, registrare e trattare il dolore in modo sistematico attraverso scale comuni e approcci terapeutici standardizzati e condivisi.

Tabella 1. Caratteristiche della popolazione.

	Genere			
	femmina		maschio	
	N°	%	N°	%
Iperensione	69	60,4	46	40,0
Diabete	21	30,4	11	23,9
BPCO	1	1,4	0	0,0
Metastasi più localizzazioni	3	4,3	1	2,2
Patologia oncologica	4	5,8	7	7,5

Grafico 1. Tipologia accessi chirurgici.

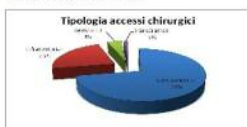


Grafico 2. Diagnosi principale.

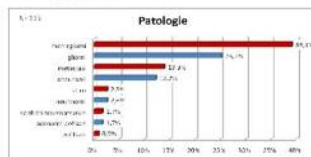


Grafico 4. Correlazione di base e mobilizzazione.

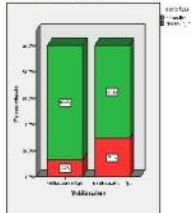
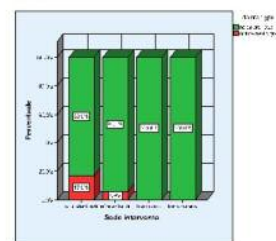


Grafico 3. Dolore in base all'approccio chirurgico.





ABSTRACT BOOK

P39 ATTITUDINI E CONOSCENZE SUL DOLORE POST-OPERATORIO

C. Della Pelle ⁽¹⁾, R. Paci ⁽²⁾, F. Cerratti ⁽¹⁾, G. Ricci ⁽³⁾, F. Pipicelli ⁽⁴⁾, D. Comparcini ⁽¹⁾, V. Simonetti ⁽⁵⁾, G. Cicolini ⁽⁶⁾

⁽¹⁾ Università G. d' Annunzio, Chieti, Italy, ⁽²⁾ Università Politecnica delle Marche, Macerata, Italy,

⁽³⁾ Area Vasta n.5 ASUR Marche, San Benedetto Del Tronto, (AP), Italy, ⁽⁵⁾ Università Politecnica delle Marche, Ascoli Piceno, Italy, ⁽⁶⁾ Università G. d' Annunzio, Chieti, Italy

Introduzione. Il controllo inadeguato del dolore postoperatorio espone i pazienti chirurgici ad un maggiore rischio di complicanze polmonari o di dolore cronico. Anche se l'importanza di un efficace controllo è generalmente riconosciuta, spesso il dolore acuto associato alle procedure chirurgiche rimane ancora sottovalutato o trattato in maniera insufficiente. Un'ottimale gestione del dolore, tuttavia, richiede una uniforme capacità di valutazione da parte degli operatori sanitari al fine di garantire un idoneo trattamento.

Obiettivo dello studio. L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare attitudini e conoscenze sul trattamento del dolore.

Materiali e Metodi. Tra maggio e luglio 2014, agli infermieri di sei unità operative chirurgiche di un ospedale italiano è stato somministrato un questionario a 10 items per ciascuno dei quali era richiesto di specificare, mediante scala Likert a 5 punti, il proprio grado di accordo o disaccordo, basandosi sulle proprie conoscenze ed esperienze. Il punteggio ottenibile variava da 0 a 40, con punteggi più alti che indicavano migliore conoscenza e maggiore attitudine.

Risultati. Il campione è rappresentato da 50 infermieri, il 60% dei quali è di sesso femminile, con età media di 41,8 (\pm 9.9) anni ed esperienza lavorativa complessiva di anni 18.5 (\pm 11.2), 13.5 (\pm 10.4) dei quali in ambito chirurgico. Il 46% è laureato e dichiara di aver partecipato ad eventi formativi sulla gestione del dolore. Il punteggio medio ottenuto è di 19.38 (\pm 4.2). Un'esperienza lavorativa totale compresa tra 11 e 20 anni ed un'esperienza in ambito chirurgico inferiore ai 10 anni sono associati a punteggi più elevati ($p=0.036$, $p=0.028$), che si osservano, in assenza tuttavia di significatività statistica, anche tra gli infermieri di sesso maschile, di età compresa tra 31 e 40 anni, con laurea triennale e partecipazione ad eventi formativi, prevalentemente online.

Limiti. la ridotta numerosità campionaria non permette la generalizzazione dei dati a livello nazionale.

Conclusione. I risultati evidenziano una bassa attitudine al trattamento del dolore da parte degli infermieri, nonostante la partecipazione ad eventi formativi sul tema. Future ricerche potrebbero essere utili per evidenziare le criticità dei programmi formativi e migliorare la gestione del dolore postoperatorio anche attraverso l'acquisizione di una nuova consapevolezza da parte dell'infermiere. Infatti, per quanto la formazione possa essere adeguatamente progettata, non si può sperare che essa da sola possa essere sufficiente ad ottenere il controllo del dolore e la sua gestione, ma è anche necessario abbattere le molteplici barriere di carattere culturale e motivazionale che possono influenzare negativamente la gestione del dolore post operatorio.

ABSTRACT BOOK

P40

SCHEMA DI ANALGESIA CONTROLLATA NEL POST-CESAREOV. Simonetti ⁽¹⁾, R. Paci ⁽²⁾, F. Cerratti ⁽³⁾, C. Della Pelle ⁽³⁾, S. Di Tuccio ⁽²⁾, D. Comparcini ⁽³⁾, G. Cicolini ⁽³⁾⁽¹⁾ Università Politecnica delle Marche, Ascoli Piceno, ⁽²⁾ Università Politecnica delle Marche, Macerata,⁽³⁾ Università G. d'Annunzio, Chieti**Introduzione**

L'adeguata gestione del dolore post-operatorio dopo taglio cesareo influisce sul benessere sia della madre sia del bambino, oltre che sul recupero emozionale e fisico degli stessi. Nonostante ciò, in molti ospedali il problema viene affrontato con una certa sterilità applicativa. Un'efficace gestione del dolore negli adulti inizia con la valutazione del dolore che, assieme al monitoraggio, rappresenta la base di partenza per ottenere dati confrontabili tra loro e per programmare strategie d'intervento personalizzate. Una non corretta gestione del dolore influenza la qualità assistenziale percepita e potrebbe aumentare i tempi di degenza, determinando un conseguente incremento dei costi sanitari. Nella gestione del dolore post-operatorio delle cesarizzate, un'analgesia controllata sembra avere una certa efficacia, se confrontata con altre metodologie. Tuttavia, ad oggi, in molti contesti clinici non si segue un protocollo terapeutico standard o viene ancora praticata l'analgesia al bisogno (AB).

Obiettivo dello studio

L'obiettivo primario è stato quello di confrontare tre modalità terapeutiche per trattare il dolore post-operatorio nelle pazienti cesarizzate di tre differenti presidi ospedalieri in termini di: "customer satisfaction" e riduzione del dolore. Inoltre, è stata verificata la gestione del dolore da parte degli infermieri.

Materiali e Metodi

Lo studio osservazionale, prospettico, multicentrico, si è svolto da giugno a settembre 2009 ed è stato condotto in tre Zone Territoriali (ZT) dell'ASUR Marche: la n.12 che adottava uno schema di analgesia controllata (SAC), la n.8 analgesia AB e la n.9 analgesia a discrezione dell'anestesista. I dati sono stati raccolti somministrando, in terza giornata post-operatoria un questionario, appositamente strutturato, alle donne cesarizzate che hanno accettato di partecipare.

Risultati

Dall'analisi dei 120 questionari, si evince che le partecipanti risultano essere prevalentemente italiane (88.3%) con un'età media di 30 anni (± 5.26), e una scolarità medio-alta (Diploma di scuola superiore 62.5%; Laurea 17.5%). La totalità dei soggetti (100%) della ZT n.12 dichiara il pieno sollievo dal dolore al seguito del trattamento con la SAC; contro il 76.7% della n.8 e il 96% della n.9 ($p=0.001$). Inoltre, il 50% si dichiara molto soddisfatto del trattamento del dolore vs 16.7% e 26.7% delle n. 9 e 8, rispettivamente ($p=0.008$).

Anche la gestione del dolore (tempestività nella rilevazione, monitoraggio del dolore e gestione degli effetti collaterali) è risultata più efficace nella ZT n.12, seguita dalla n.9 ($p=0.001$).

Limiti

Un limite di questo studio è rappresentato dalla scarsa numerosità del campione. Inoltre, il campionamento riferito alle due tipologie di cesareo, urgente e programmato, è omogeneo esclusivamente nella ZT n.12.

Conclusioni

Attraverso l'uso della SAC è possibile ridurre il dolore globale rispetto ad una terapia AB. Dai dati rilevati, emerge anche una eterogeneità nella gestione del dolore sui tre centri che suggerisce la necessità di uniformare i comportamenti tra gli operatori, in modo da garantire standard assistenziali equivalenti per il trattamento della medesima problematica di salute. Rimane inoltre inaccettabile, la scarsa rilevazione del dolore utilizzando strumenti ormai consolidati che, tuttavia, non fanno sempre parte della pratica clinico-assistenziale.

ABSTRACT BOOK

P41 ADOLESCENT GIRLS HAVE A MUCH HIGHER RISK OF BACK PAIN FROM SCHOOLBAG WEIGHT: A CROSS-SECTIONAL STUDY ON 5318 STUDENTS

I. Aprile ^(1,2), E. Di Stasio ⁽³⁾, M.T. Vincenzi ⁽²⁾, M.F. Arezzo ⁽⁴⁾, F. De Santis ⁽²⁾, R. Mosca ⁽⁵⁾, C. Briani ⁽⁶⁾, E. Di Sipio ⁽¹⁾, M. Germanotta ⁽¹⁾, C. Pazzaglia ⁽¹⁾, L. Padua ^(1,7)

⁽¹⁾ Don Carlo Gnocchi Foundation, Milan, ⁽²⁾ Don Carlo Gnocchi Foundation, S.M. Provvidenza, Rome,

⁽³⁾ Biochemistry and Clinical Biochemistry, UCSC University, Rome, ⁽⁴⁾ Department of Methods and Models for Economics, Territory and Finance, La Sapienza University, Rome, ⁽⁵⁾ Don Carlo Gnocchi Foundation, Sant' Angelo dei Lombardi, (AV), ⁽⁶⁾ Department of Neurosciences: Sciences NPSRR, University of Padova, Padova,

⁽⁷⁾ Department of Neurosciences, UCSC University, Rome, ITALY

Background

Back pain at young age has been considered as predictive of chronicity. Several studies have investigated the relationship between the use of schoolbag and back pain but some aspects are still unclear. We performed a cross-sectional study in order to evaluate back pain due to schoolbag in term of : a) prevalence and intensity, b) differences between males and females, and c) predisposing factors.

Materials and methods

5318 healthy students aged 6 to 19 years (classified into three age groups: children, young adolescents and older adolescents) were enrolled.

Subjects underwent a face-to-face interview using an ad hoc questionnaire. The intensity of pain was assessed with the Wong scale. Based on the prevalence and intensity of back pain we stratified our population in two groups: a) no/mild pain group and, b) moderate/severe pain group. For each subject, the "schoolbag load" (ratio between schoolbag and student weight multiplied by 100) was calculated.

Results

More than 60% of the subjects reported pain. The schoolbag load decreased, whereas the schoolbag pain significantly increased ($p < 0.001$) from children to young and older adolescents. Girls reported significantly more frequent and more severe pain than boys. Logistic model confirmed that the adolescent girls are the group at greatest risk of suffering from intense pain. The schoolbag load had no strong impact on back pain.

Conclusions

Adolescent girls have the highest risk of experiencing severe back pain, regardless of schoolbag load, suggesting that other factors (anatomical or hormonal) might play a relevant role in pain perception.

ABSTRACT BOOK

SESSIONE POSTER 3

29 Maggio 2015

P42 PAIN-RELATED CORTEX FUNCTION IN PAZIENTS WITH AD

A. Pepe, G. Di Stefano, S. La Cesa, F. D'Antonio, A. Trebbastoni, A. Truini, C. De Lena, G. Cruccu
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Roma

Introduction: Previous studies found that patients with Alzheimer's disease (AD) have increased pain threshold and pain tolerance. Nevertheless it is still unclear whether these findings are explained by communication problems, or rather they are associated with degenerative processes affecting pain-related cortex. In this neurophysiological study we aimed at assessing pain-related cortex function, by recording laser evoked potentials (LEPs) after hand stimulation in patients with AD.

Methods: We enrolled 10 patients with a diagnosis of probable mild-to-moderate AD, recruited from the Alzheimer Evaluation Unit of Sapienza University of Rome. In all patients we recorded the SII-generated N1-LEP, and the N2-P2 complex of LEPs, generated in the insula and cingulate cortex. All patients also underwent the recording of A-beta fibre mediated somatosensory evoked potentials (SEP), after median nerve stimulation. LEP and SEP variables were compared with normative reference ranges, matched for age and gender.

Results: Whereas SEP variables, and the N1-LEP component came within reference values in all patients, the N2-P2 complex of LEP was dampened or absent in 7 patients.

Conclusions: Our findings suggest that in patients with AD the degenerative processes affects pain-related cortex. This damage predominantly involves the insular cortex and the anterior cingulate cortex.



ABSTRACT BOOK

P44 PROCESSING OF NOCICEPTIVE INPUT IN SCHIZOPHRENIA

S. Piroso, G. Di Stefano, A. Fasolino, A. Minichino, S. Bersani, S. Lacesa, A. Pepe, C. Leone, A. Biasiotta, R. Delle Chiaie, A. Truini

La Sapienza University, Department of Neurology and Psychiatry, Roma

Introduction: Diminished sensitivity to pain in schizophrenia is widely reported in literature but little is known about the underlying mechanism of this phenomenon. In this case-control study we aimed at assessing pain threshold and nociceptive pathway function in patients with schizophrenia.

Methods: We enrolled 20 subjects with diagnosis of schizophrenia treated with Risperidone and a control group of 30 healthy subjects age and sex matched. To explore a possible iatrogenic effect we also enrolled 16 subjects with diagnosis of bipolar II disorder treated with Risperidone as well. All subjects underwent right hand LEPs and right hand thermal QST.

Results: Schizophrenic patients showed significantly reduced cold detection threshold (CDT) and significantly increased warm detection threshold (WDT) compared to both bipolar and healthy subjects. The amplitude of all LEP components (N1 and N2-P2) was significantly lower in schizophrenic patients than in both bipolar and healthy subjects.

Conclusions: The reduction of LEP amplitude suggests a dysfunction in processing of nociceptive input in schizophrenic patients. The concomitant reduction of all LEP components indicates an involvement of afferent nociceptive pathway rather than of cortical areas. The significant difference between schizophrenic and bipolar patients rules out a iatrogenic effect.

ABSTRACT BOOK

P45 IL RUOLO DEL FISIOTERAPISTA NELLA RIDUZIONE DEL DOLORE PROCEDURALE

A. Preziosa ⁽¹⁾, M. Brindicci ⁽¹⁾, G. Mazzilli ⁽¹⁾, L. Masella ⁽¹⁾, R. Di Terlizzi ⁽¹⁾, L. Di Corato ⁽¹⁾, M. Labbate ⁽²⁾, F. Di Pilato ⁽²⁾, E. Martucci ⁽³⁾, F. La Mura ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospice Don Uva, Bisceglie, (BT), ⁽²⁾ Hospice Don Uva, Bisceglie, ITALY, ⁽³⁾ Responsabile Servizio di Psicologia, Bisceglie, (BT)

INTRODUZIONE

La mitigazione del dolore procedurale ai fini del buon esito di procedure invasive (posizionamento CVC, epidurale, ecc), del cambio di decubito o posturale è possibile grazie all'intervento del fisioterapista, sebbene tale figura non sia sempre strutturalmente presente nei Centri residenziali di Cure Palliative.

MATERIALI E METODI

Per ogni Paziente, viene redatta una scheda fisioterapica, sia all'ammissione sia in itinere. Le valutazioni effettuate comprendono la rilevazione del peso e dell'altezza (con calcolo del BMI), l'indice di Barthel (IB) (1. autonomia alimentare, 2. motoria, 3. abbigliamento, 4. passaggi posturali, 5. deambulazione), ed il VAS basale ed incidente. Durante il ricovero, ogni 21 giorni circa, viene valutato il dolore tramite scala NRS/VAS, correlandolo con l'Indice di Barthel. Viene inoltre valutata la diagnostica per immagini, ove disponibile, anche e soprattutto al fine di individuare metastasi ossee. Vengono inoltre rilevate le necessità routinarie (igiene personale, medicazioni, gestione di presidi protesici, ecc).

RISULTATI

All'ammissione, l'87,7% dei pazienti era allettata (KPS < 30). Il 15,6% dei Pazienti totali aveva un BMI < 21. Nel 43% del totale dei Pazienti al primo giorno di ricovero, era possibile rilevare il VAS. L'IB, all'ammissione, era < 30 nell'80% dei casi, > 70 nel 20% dei casi. Il 52% dei Pazienti totali, durante il ricovero, veniva sottoposto a procedure invasive (accessi venosi centrali, accessi peridurali, ecc), mentre la totalità dei Pazienti con KPS < 30 veniva sottoposta a manovre routinarie di igiene personale e medicazioni.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nella nostra esperienza (2011-2015), nel 60% dei casi la sola somministrazione di analgesici o infiltrazione di anestetici locali, non era sufficiente a ridurre efficacemente il dolore procedurale. In alcuni casi specifici (anchilosi, spasticità, deformità) le procedure erano rese possibili sostanzialmente grazie all'intervento del fisioterapista. Abbiamo rilevato inoltre, sebbene ciò sarà oggetto di analisi statistica più approfondita, che alla diminuzione dell'IB corrispondeva un aumento del VAS. In letteratura, si evince che, almeno in Italia, la figura del fisioterapista è presente nel 72% degli Hospice (dato del 2010). Il nostro suggerimento è che la figura del Fisioterapista sia da ritenersi parte integrante dello staff di Cure Palliative.



ABSTRACT BOOK

P46 MONITORAGGIO DEL DOLORE NEI DISTURBI DI COSCIENZA

P. Salucci, G.B. Castellani, G. Sanguinetti
Montecatone, Imola (BO)

Introduzione: i pazienti con disturbi di coscienza (SV stato vegetativo MCS stato di minima coscienza) non sono in grado di riferire l'esperienza del dolore con risposte verbali e non verbali. Le scale di valutazione utilizzate abitualmente sui pazienti non collaboranti non sono applicabili nei pazienti in SV e MCS.

Materiali e metodi: abbiamo utilizzato la scala NCS (nociception coma scale) validata dal Coma science groupe di Liège, correlandola alla CRS-R (coma recovery scale revised) nella determinazione dello stato cognitivo e alla PAINAD (Pain Assesmente in Advanced Dementia) nella determinazione del dolore.

40 pz (13 SV, 27 SMC) 16 pz eziologia emorragica, 15 pz traumatici, 7 pz anossici, 2 pz ischemici. Osservazione e monitoraggio giornaliero per due mesi, dopo una prima rilevazione di PAINAD e NCS contemporaneamente con somministrazione di CRS (baseline).

Risultati: la scala NCS ha dimostrato una buona sensibilità nel rilevare il dolore nello SV e SMC e una buona sensibilità in associazione alla CRS nella diagnosi tra SV e SMC a confronto della PAINAD.

Conclusioni: dalla nostra esperienza su un campione di pazienti in SV e SMC, la scala della NCS alla seconda valutazione dopo lo stimolo doloroso permette di identificare la baseline della risposta al dolore da parte del paziente. questo dato permette di monitorare il malato che mostra segni di dolore, ricercando le risposte e i segni ormai noti che il paziente mette in atto nel manifestare il dolore. La nostra esperienza ci insegna che i cambiamenti fisiologici come FC, PA, sudorazione, rusch cutaneo .. non sono attendibili come risposta al dolore e spesso rientrano nell'adiagnosi differenziale con le crisi neurovegetative. abbiamo notato inoltre che più il paziente emerge dallo SV, monitorandolo con la CRS-R risulta più reattivo allos timolo doloroso mostrando reazioni più costanti e ripetibili, tali da essere ben individuati dall'osservatore. Questo dato conforta il risultato dell CRS-R che individua l'emergenza dallo SV e l'ingresso nella MCS.

ABSTRACT BOOK

P47 L'UTILIZZO DEL NERIDRONATO NELL'ALGODISTROFIA

T. Sanfilippo, C. Tranchina, S. Drago, L. Birriolo, D. Canzio, M.S. Raineri
Policlinico Paolo Giaccone, Palermo

L'Algodistrofia è una sindrome algica rara, caratterizzata da iperalgesia, allodinia resistente ai trattamenti analgesici. È un'affezione dolorosa regionale che, può associarsi a una serie di manifestazioni locali quali l'edema, le alterazioni vasomotorie e sudomotorie, rigidità articolare e osteoporosi. Un dato ampiamente condiviso è che quasi i tre quarti dei casi, riconosce quale evento scatenante un trauma. In una percentuale di casi la comparsa di una SA/CRPSI non consente di identificare alcun evento o patologia ad essa correlabile. La SA/CRPSI sembra essere più frequente nel sesso femminile, nelle decadi tra i 40 e i 60 anni. In assenza di esami specifici, in presenza di sintomatologia sospetta, l'esame radiografico può mostrare un'osteoporosi a chiazze, la risonanza magnetica individua alterata intensità nell'osso ed edema nella zona interessata. La scintigrafia è sicuramente l'esame strumentale più idoneo perché coglie in maniera precoce i sintomi rispetto alla radiografia, comunque, oggi la diagnosi di algodistrofia è prevalentemente clinica. I BSF sono farmaci che hanno dimostrato di funzionare su patologie scheletriche. In base a studi recenti randomizzati in doppio cieco si pensa possano essere utili anche nell'algodistrofia. Nell'ambito di questa famiglia farmacologica, la molecola che più recentemente ha offerto dimostrazioni di efficacia è rappresentata dal Neridronato che sembra possedere un ottimo profilo d'efficacia somministrato per via endovenosa al dosaggio di 100mg per quattro infusioni ogni quarto giorno per dodici giorni. Presso il nostro istituto sono stati trattati sei pazienti affetti da algodistrofia, documentata alla MRI, di età media compresa tra i 50 e 55 anni. In base alla scala Euroqol5, da noi utilizzata per valutare la qualità della vita dei pazienti, è emerso tutti avevano problemi di deambulazione, 4 erano addirittura incapaci di lavarsi e vestirsi, nessuno era in grado di svolgere le proprie attività quotidiane, erano affetti da forte dolore ed avevano sviluppato una sindrome ansioso-depressiva. Eseguite le quattro somministrazioni di Neridronato 100mg infuso in circa due ore, ogni quarto giorno per dodici giorni, i pazienti hanno manifestato un miglioramento delle condizioni cliniche e della qualità della vita, passando dalle scadenti condizioni precedenti alle attuali, nelle quali non si ravvisa nessun problema di deambulazione, completa autonomia dell'igiene personale, nessun problema nello svolgere attività quotidiane, nessun dolore né depressione. Il miglioramento e l'attuale stato di guarigione, che permangono da circa 90 giorni per 4 pazienti e 60 giorni per i restanti 2, si sono ottenuti a distanza di 10 giorni dalle infusioni. Unica condizione degna di nota è la poliartralgia e l'iperipressia emerse esclusivamente dopo la prima infusione e regredite con la somministrazione di Ketoprofene in 2 pazienti.

CONCLUSIONI

L'uso di BSF nella SA/CRPSI si è dimostrato efficace nei nostri pazienti, dove l'azione di inibizione osteoclastica, mediata da questa classe di farmaci, ha ridotto il turnover osseo locale che normalmente si traduce nell'osservazione di edema, documentato mediante MRI. Sulla base di questi presupposti sarebbe interessante valutare l'attività dei BSF in patologie quali il dolore lombare cronico (CLBP) sul quale si è già effettuato qualche studio dai risultati interessanti, che noi stessi vogliamo approfondire

ABSTRACT BOOK

P48 ASSOCIAZIONE DI OSSICODONE/NALOXONE E TAPENTADOLO NEL TRATTAMENTO DI UN DOLORE DIFFICILE ONCOLOGICO DI GENERE.

A. Scarano, E. Adducci, G. Morelli Sbarra, L. Zappia, L. Polidori, A. Russo, M. Rossi
Universita' Cattolica Sacro Cuore, Roma, Italy

INTRODUZIONE

Le linee guida dell'OMS raccomandano l'impiego di oppioidi nel trattamento del dolore oncologico. In una percentuale variabile di pazienti (10-20%) l'approccio terapeutico risulta inadeguato in termini di pain relief a causa della progressione della patologia. Il dolore oncologico pelvico negli stadi avanzati di malattia impone strategie terapeutiche diversificate perché presenta una componente nocicettiva ed una neuropatica. Nell'ambito di un approccio multimodale a questo tipo di dolore l'associazione di Ossicodone/Naloxone e Tapentadolo può costituire una soluzione valida al difficile equilibrio tra efficacia analgesica e tollerabilità individuale.

MATERIALE E METODI

E' stato condotto uno studio osservazionale da dicembre 2014 a febbraio 2015 su 13 pazienti oncologiche ginecologiche (età media 55,4±8,3 anni, Eastern Cooperative Oncology Group ECOG 1= 3 pazienti, ECOG 2= 5, ECOG 3= 4, ECOG 4= 1) con dolore pelvico cronico severo poco responsivo alla terapia antalgica in corso. I criteri di inclusione sono stati: donne maggiorenti con neoplasia pelvica avanzata, assunzione di oppioidi, NRS>7, DN4>5. Criterio di esclusione: assunzione di inibitori selettivi della serotonina, insufficienza epatica o renale. La terapia con oppiacei in corso è stata sostituita da Ossicodone/Naloxone 1 cp x 2 die a dosi equianalgesciche + Tapentadolo 50 mg 1 cp x 2 die con incrementi posologici previa rivalutazione del dolore con scala NRS e DN4 ogni 48 ore. La terapia rescue con fentanil sublinguale o nasale per il dolore episodico intenso è stata mantenuta senza variazioni. Di ogni paziente sono stati riportati NRS e DN4 basali, a una settimana di terapia, a un mese e a due mesi. Sono stati registrati eventuali effetti collaterali e l'aderenza alla terapia.

RISULTATI

Nelle 12 pazienti esaminate, (un exitus si è registrato durante lo studio), la rotazione all'ossicodone/naloxone si è verificata nell'85% dei casi con il cerotto di fentanil e nel 15% con l'idromorfone. Il Tapentadolo è stato somministrato a dosi crescenti (50 mg x 2 nel 25%; 100 mg x 2 nel 15%; 150 mg x 2 nel 40%; 200 mg x 2 nel 20%) in base al monitoraggio effettuato con la scala DN4. Il valore medio di NRS ha presentato una significativa riduzione già dopo la prima settimana di trattamento (NRS 4±2,38 vs 7,14±1,77 dato basale), confermando questa riduzione ai controlli successivi (3,14 ± 2,34 a un mese, 2,86± 2,19 a due mesi). Il dato del DN4 è passato da 5,86±1,07 a 3,29 ±1,38 dopo una settimana, a 2,57±0,98 ad un mese, a 2,86±1,46 a due mesi. In nessuna paziente sono stati registrati effetti collaterali maggiori.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio mostrano come il sinergismo tra i due farmaci si riveli favorevole e sicuro sul piano clinico. L'intensità del dolore risulta diminuita in maniera significativa già nella prima settimana, con un progressivo miglioramento nelle settimane successive. Il dato del DN4 conferma l'efficacia del trattamento verso la componente neuropatica del dolore. Nessuna paziente ha sospeso la terapia. L'efficacia analgesica e la totale assenza di effetti collaterali, seppure su un campione ridotto di pazienti, sembrano incoraggiare a proseguire nell'uso di questa associazione, sebbene ancora scarse evidenze risultino in letteratura.

ABSTRACT BOOK

P49 CASE REPORT: NPH IN PAZIENTE CON SENSIBILITA' CHIMICA MULTIPLA E FENOTIPO METABOLIZZATORE INTERMEDIO.

G. Scordo, S. Natoli, M. Lazzari, R. Carpenedo, V. Gianfelice, P. Favaro, S. Zorbo, M. Dauri
Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

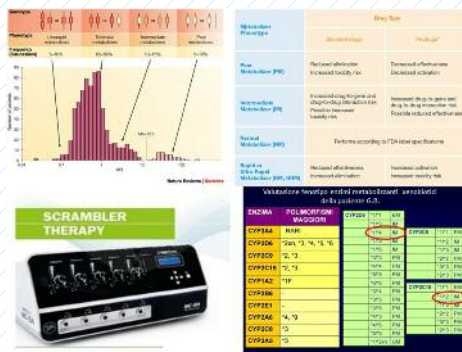
Introduzione: L'efficacia terapeutica e la comparsa di effetti collaterali dei farmaci è fortemente condizionata dalle caratteristiche individuali del paziente. La variabilità nell'attività dei citocromi può influenzare profondamente la risposta ai farmaci in vivo. Ciò può tradursi clinicamente in variazioni dell'efficacia (in eccesso o in difetto) o nello sviluppo di reazioni avverse in seguito a somministrazione della stessa dose standard in soggetti differenti.

La Sensibilità Chimica Multipla (SCM) è una sindrome metabolica complessa che induce una ridotta capacità di metabolizzazione delle sostanze xenobiotiche a causa di una carenza genetica o della rottura dei meccanismi enzimatici di metabolizzazione a seguito della esposizione tossica.

Materiali e metodi: Nel febbraio del 2015 giunge presso il nostro centro la Sig.ra G.B. di 59 anni, riferendo comparsa di Herpes Zoster livello D12 irradiato all'emitorace sn con rush vescicolare da circa 10 giorni. Riferisce dolore neuropatico DN4 6/10, continuo, di intensità moderato-forte NRS 6-8; scarso controllo dalla terapia antalgica con Coefferalgan impostata dal medico di medicina generale, con comparsa di stipsi ostinata. La paziente risulta inoltre affetta da SCM. La diagnosi di SCM è completata da analisi del metabolismo polimorfico di enzimi metabolizzanti gli xenobiotici che mostra un fenotipo metabolico di Metabolizzatore Intermedio (IM) sia sul CYP2D6, sul CYP2C19 e sul UGT1A1. In considerazione della sintomatologia e dello stato metabolico della paziente si effettua ciclo di Scrambler Therapy ST (una seduta da 30 min al giorno per 15 giorni) e si imposta terapia con Fentanyl tts 12 mcg/h ogni 72 ore, Pregabalin cpr, secondo lenta titrazione fino ad un dosaggio di 25 mg mattina e 75 mg sera e ciclo con L-acetilcarnitina cpr (500 gm bi die per 15 giorni, in seguito 500mg die per 30 giorni). Controllo dopo 15 giorni, la paziente riferisce buon controllo della dolore NRS 2-4, comparsa di sonnolenza lieve nei primi 4 giorni, in seguito del tutto regredita e scomparsa del rush cutaneo. Alla terapia farmacologica si aggiunge Lidocaina tts 5% alternato ogni 12 ore. Controllo dopo 20 giorni, la paziente riferisce NRS 2-4 e comparsa di prurito di grado intenso all'applicazione del cerotto di lidocaina. Si sospende cerotto, si aumenta Pregabalin cpr 75 mg bi die e si conferma terapia farmacologica; possibilità di successivo ciclo ST.

Risultati: L'adattamento della terapia farmacologica per i IM prevede di somministrare i farmaci ad un dosaggio inferiore ed evitare terapie farmacologiche multiple che inibiscono o attivano attraverso la stessa via metabolica. Nella nostra paziente la scelta per il trattamento della Nevralgia post-herpetica si è indirizzata verso la terapia fisica con la Scrambler Therapy, che non comporta stimoli o interazioni con lo stato metabolico della paziente e verso la scelta di farmaci con profilo metabolico diverso dalle note vie compromesse e con una lenta titolazione.

Conclusioni: Le mutazione dei geni coinvolti nel metabolismo dei farmaci possono influenzare la corretta determinazione della dose terapeutica iniziale di molti farmaci. La farmacogenomica rappresenta la frontiera emergente per capire la variabilità interindividuale in termini di efficacia e tossicità dei farmaci ed indirizzare una farmacoterapia verso una scelta sicura ed efficace.





ABSTRACT BOOK

P50 FENOTIPO DEL DOLORE NEUROPATICO IN PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

V. Cilli ⁽¹⁾, R. De Vitis ⁽²⁾, A. Militerno ⁽²⁾, M. Soldato ⁽²⁾, S. Serpieri ⁽³⁾, M. Evangelista ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Complesso Integrato Columbus, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, ITALY* ⁽²⁾ *Complesso Integrato Columbus, Roma, ITALY*, ⁽³⁾ *Ospedale Cristo Re, Roma, ITALY*

INTRODUZIONE

La Sindrome del Tunnel Carpale rappresenta un tipico esempio di patologia caratterizzata da sintomatologia dolorosa di tipo neuropatico; sebbene molto diffusa, non esiste in letteratura una stima precisa della sua incidenza sulla popolazione generale, in quanto varia a seconda della popolazione presa in esame. Non esiste, altresì, una caratterizzazione fenotipica di tale quadro sintomatologico, che pure risulterebbe di ausilio nell'individuazione e, conseguenzialmente, nell'utilizzo di terapie sempre più appropriate e mirate al governo del meccanismo patogenetico prevalente.

MATERIALI E METODI

Viene riportata la nostra esperienza su 50 pazienti, afferiti dal settembre 2014 al marzo 2015 presso l' Ambulatorio di Chirurgia della Mano, provenienti da vari setting dello stesso Nosocomio (UO Terapia del Dolore, Ambulatorio di Geriatria). I pazienti esaminati (34 f, 16 m, età media 57.1 aa), non presentavano comorbidità in grado di influenzare l'attendibilità dell'esame clinico. Per tutti i pazienti era stata posta diagnosi di Sindrome del Tunnel Carpale di grado medio o grave mediante elettromiografia (EMG). Durante la visita, sono stati valutati, in aggiunta alle valutazioni normalmente effettuate (ipotrofia eminenzia tenar, Tinell al canale del carpo, test di Phalen, deficit di forza pinza pulpo-pulpare I-III E I-IV raggio, ipoestesia), mediante PainDetect, Fenotipo del Dolore (secondo Baron) e scala NRS:

- Dolore Spontaneo
- Disestesia
- Ipoestesia
- Allodinia meccanica
- Allodinia termica (freddo)
- Iperalgesia
- Iperalgesia termica
- Alterazione del Ritmo Sonno-Veglia (NRS)

RISULTATI

I punteggi medi riguardo i diversi parametri esaminati sono stati

- Dolore Spontaneo 7.1/10 (range 0-10)
- Disestesia 4.3/10 (range 3-9)
- Ipoestesia 6.1/10 (range 3-10)
- Allodinia meccanica: negativa in 28 casi, nei restanti media 4.4/10 (range 2-8)
- Allodinia termica (freddo) negativa in 22 casi, nei restanti media 3.6/10 (range 2-10)
- Iperalgesia negativa in 25 casi, nei restanti media 5.4/10 (range 3-8)
- Iperalgesia termica 3.1 (range 2-7)
- Alterazione del Ritmo Sonno-Veglia (NRS) 7.9

CONCLUSIONI

Quanto rilevato evidenzia dolore spontaneo ed ipoestesia come tratti prevalenti nella STC; aspetti legati all'iperalgesia termica e meccanica ed all'allodinia, solitamente non indagati o sottovalutati, sono rilevati, in alcuni casi, di grado estremamente invalidante; i disturbi del Ritmo Sonno-Veglia appaiono poi come il sintomo più frequente e tra i più impattanti sulla qualità della vita: talvolta è proprio questo il sintomo che spinge i pazienti a rivolgersi al medico.

Questi dati mostrano che la Sindrome del Tunnel Carpale non è stata finora indagata nei suoi aspetti clinici maggiormente correlati con il sintomo dolore, che invece, proprio per le sue peculiarità, se adeguatamente investigato, può costituire indispensabile guida nella scelta del trattamento o dei trattamenti più appropriati al peculiare fenotipo del singolo paziente. Tale modo di procedere deve, a nostro avviso ed in accordo con quanto postulato dalla Comunità Scientifica Internazionale, rappresentare strumento indispensabile al fine di poter giungere ad una terapia "individualizzata" ed attenta al raggiungimento del miglior bilancio tra efficacia analgesica ed effetti collaterali con l'obiettivo, primario nel dolore cronico non oncologico, di migliorare la quotidianità e la disabilità indotta dal dolore.

ABSTRACT BOOK

P51 UTILIZZO DI FARMACI ANALGESICI IN UN CAMPIONE DI ANZIANI AFFERENTI AD UN SETTING AMBULATORIALE DI GERIATRIA

M. Soldato ⁽¹⁾, V. Cilli ⁽²⁾, M. Evangelista ⁽³⁾

⁽¹⁾ *Complesso Integrato Columbus - Servizio di Geriatria, Roma*, ⁽²⁾ *Università Cattolica Sacro Cuore - UO Ortopedia e Chirurgia della Mano - Istituto di Ortopedia e Traumatologia, Roma*, ⁽³⁾ *Università Cattolica del Sacro Cuore - UO Terapia del dolore, Istituto di Anestesiologia e Rianimazione, Roma*

Introduzione: Il dolore è una esperienza comune nei soggetti anziani e si associa ad un elevato rischio di disabilità e depressione. Lo scopo di questo studio è quello di valutare la prevalenza e l'effettivo trattamento farmacologico del dolore in una popolazione di anziani in cura presso un setting ambulatoriale di geriatria.

Materiali e Metodi: I dati, inerenti ad un campione di 94 pazienti, 65 f (69.1%)/ 29 m (30.8%) di età superiore a 80 anni (età media 81 aa), sono stati rilevati nel periodo compreso tra ottobre 2014 e febbraio 2015. Per la valutazione dell'intensità e la definizione del tipo di dolore è stata utilizzato il questionario Pain Detect, uno strumento già validato in precedenti studi presenti in letteratura internazionale, unitamente alla scala visuo-analogica (VAS). Sono stati inoltre raccolti dati inerenti la terapia farmacologica in atto al momento della visita (T0).

Risultati: La prevalenza di dolore "significativo" a T0 (VAS = o >5) è risultata pari al 55,3% (52 pz). Il 73% (38) di questi pazienti presentava uno score finale del questionario Pain Detect tra 0 e 12 che indica un dolore di tipo nocicettivo; il 13,5% (7) presentava uno score tra 19 e 38 che indica un dolore di tipo neuropatico e il restante 13,5% (7) uno score tra 13 e 18 che indica un dolore con caratteristiche dubbie in cui può essere inclusa una componente neuropatica. Il 36,5% (19 pz) non assumeva farmaci per il controllo del dolore, mentre il 63,4 % (33) assumeva almeno un farmaco. I pazienti in terapia farmacologica assumevano in prevalenza FANS (54,5%) e paracetamolo (51,5%).

Conclusioni: In una popolazione di anziani in cura presso un ambulatorio geriatrico la prevalenza di dolore è significativa. Un terzo circa di queste persone, sebbene con dolore di intensità >5 (VAS) non assumeva, a T0, alcun farmaco analgesico. Una valutazione routinaria del dolore in questa popolazione fragile di pazienti può migliorare sia il processo di presa in carico che la qualità delle cure consentendo, come diretto epifenomeno, una migliorata quotidianità e una consequenziale riduzione di tutte le potenziali complicanze derivanti da una inadeguata gestione della disabilità indotta dal dolore.

ABSTRACT BOOK

P52 COGNITION AND EMOTIONAL DECISION-MAKING IN CHRONIC LOW BACK PAIN: AN EVENT RELATED POTENTIALS STUDY DURING IOWA GAMBLING TASK

S. Tamburin ⁽¹⁾, A. Maier ⁽¹⁾, S. Schiff ⁽²⁾, M. F. Lauriola ⁽³⁾, A. Federico ⁽¹⁾, E. Di Rosa ⁽⁴⁾, G. Zanette ⁽³⁾, D. Mapelli ^(4,5)

⁽¹⁾ Department of Neurological and Movement Sciences, Neurology Section, University of Verona, Verona

⁽²⁾ Department of Medicine, University of Padova, Padova, ⁽³⁾ Section of Neurology, Pederzoli Hospital, Peschiera

del Garda (VR), ⁽⁴⁾ Department of General Psychology, University of Padova, Padova, ⁽⁵⁾ Human Inspired Technologies Research Center, University of Padova, Padova

Background & Objectives. Previous reports documented abnormalities in cognitive functions and decision-making (DM) in patients with chronic pain, but these changes are not consistent across studies. The present study was aimed to add evidence in this field, by exploring the cognitive profile of a specific type of chronic pain, i.e.: chronic low back pain (cLBP).

Methods. Twenty four cLBP patients and 24 healthy controls underwent a neuropsychological battery and we focused on emotional DM abilities by means of Iowa gambling task (IGT). During IGT, behavioral responses and the electroencephalogram (EEG) were recorded in 12 patients and 12 controls. Event-related potentials (ERPs) were averaged offline from EEG epochs locked to the feedback presentation (4000 ms duration, from 2000 ms before to 2000 ms after the feedback onset) separately for wins and losses and the feedback-related negativity (FRN) and P300 peak-to-peak amplitudes were calculated.

Results. Among cognitive measures, cLBP patients scored lower than controls in the modified card sorting test (MCST) and the score in this test was significantly influenced by pain duration and intensity. Behavioural IGT results documented worse performance and the absence of a learning process during the test in cLBP patients compared to controls, with no effect of pain characteristics. ERPs findings documented abnormal feedback processing in patients during IGT.

Conclusions. cLBP patients showed poor performance in the MCST and the IGT. Abnormal feedback processing may be secondary to impingement of chronic pain in brain areas involved in DM or suggest the presence of a predisposing factor related to pain chronification. These abnormalities might contribute to the impairment in the work and family settings that often cLBP patients report.

ABSTRACT BOOK

P53 THE ASSOCIATION BETWEEN SERUM CYTOKINES AND LARGE AND SMALL NERVE FIBER DAMAGE AND PAIN IN DIABETIC PERIPHERAL NEUROPATHY

F. Magrinelli ⁽¹⁾, C. Briani ⁽²⁾, M. Romano ⁽³⁾, S. Ruggero ⁽²⁾, E. Toffanin ⁽²⁾, G. Triolo ⁽⁴⁾, G. Chummar Peter ⁽⁵⁾, M. Praitano ⁽⁶⁾, M. F. Lauriola ⁽⁶⁾, G. Zanette ⁽⁶⁾, S. Tamburin ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Department of Neurological and Movement Sciences, University of Verona, Verona, ⁽²⁾ Department of Neurosciences, Sciences NPSRR, University of Padova, Padova, ⁽³⁾ Neurology Unit and ⁽⁴⁾ Internal Medicine Unit, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, Palermo, ⁽⁵⁾ Diabetology Unit and ⁽⁶⁾ Neurology Unit Pederzoli Hospital, Peschiera del Garda, (VR)

Diabetic peripheral neuropathy (DPN) is a frequent complication of type 2 diabetes mellitus (DM) and may involve small and large peripheral nerve fibers. Recent evidence suggests a role of cytokines in DPN. The paper aimed at exploring whether the serum concentration of cytokines is associated with small and large nerve fiber function and with neuropathic pain (NP).

We recruited a group of 32 type 2 DM patients who underwent serum cytokines (TNF- α , IL-2, IL-4, IL-6, IL-10) dosage as well as electrodiagnostic and quantitative sensory testing (QST) assessment to explore damage to large and small nerve fibers.

Raised serum levels of interleukin IL-6 and IL-10 correlated with markers of large nerve fiber sensory and motor axonal damage. Raised IL-10 serum level was associated with signs of motor nerve demyelination. No differences were found in pain characteristics, and electrodiagnostic and QST markers of small nerve fiber function in relation to cytokines serum levels.

IL-6 and IL-10 serum levels were associated with large nerve fiber damage but not to small fibers function or NP. IL-6 and IL-10 cytokines might play a role in the pathogenesis of nerve fiber damage or represent a compensatory or neuroprotective mechanism.

ABSTRACT BOOK

P54 RADIOFREQUENZA PULSATA NELLA MERALGIA PARESTETICA

M. Tedesco, V. Mazza, D. Alicino, R.G. Biondi

UOC di Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica Marianna Giannuzzi, Manduria,(TA)

Obiettivi

scopo di questo studio è quello di descrivere il trattamento della meralgia parestetica (neuropatia del nervo femoro cutaneo laterale) usando la radiofrequenza pulsata in un paziente che non ha risposto a trattamenti conservativi

Case report

paziente donna di 66 anni obesa con una storia di lower back pain che si presentava alla nostra osservazione con disestesia e parestesia nella regione anterolaterale della coscia, che appariva come una meralgia parestetica del nervo femoro cutaneo laterale. Già trattata con due precedenti infiltrazioni di una miscela di cortisone ed anestetico locale con scarsi risultati se non temporanei. La paziente si mostrava insoddisfatta dei trattamenti precedenti e veniva alla nostra osservazione per un trattamento a lungo termine del dolore riferito. Con l'uso degli ultrasuoni veniva individuato il nervo femoro cutaneo laterale ed eseguito un trattamento con radiofrequenza pulsata a 42° per 120 sec, seguito da infiltrazione di una miscela di un ml di metilprednisolone acetato (40 mg/ml) e 4 ml di levobupivacaine 0,25% . La paziente riportava una eccezionale e prolungata scomparsa del dolore ad un follow-up a 6 mesi.

Limitazioni

Non ci sono molti casi in letteratura o studi randomizzati e controllati sull'argomento, e nessuna conclusione può essere tratta da questo singolo caso.

Conclusioni

Un singolo trattamento con radiofrequenza pulsata ha determinato completa e duratura scomparsa del dolore, a differenza di altri terapie farmacologiche e vari blocchi nervosi eseguiti in precedenza dalla paziente. Non si sono registrati effetti collaterali. La radiofrequenza pulsata del nervo femoro cutaneo laterale può offrire un trattamento efficace, ed a basso tasso di complicanze in quei pazienti con meralgia parestetica che sono refrattari ad altre terapie conservative o che non vogliono o non possono essere sottoposti ad intervento chirurgico.

ABSTRACT BOOK

P55 US NEL TRATTAMENTO DELLA MERALGIA PARESTETICA

M. Tedesco ⁽¹⁾, F. Puntillo ⁽²⁾, D. Alicino ⁽¹⁾, R.G. Biondi ⁽¹⁾⁽¹⁾ UOC di Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica Marianna Giannuzzi, Manduria,(TA), ⁽²⁾ Dipartimento dell' Emergenza Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari**Obiettivi**

Scopo di questo studio è quello di descrivere una tecnica di trattamento della meralgia parestetica (neuropatia del nervo femoro cutaneo laterale) usando gli ultrasuoni e riportando i risultati del trattamento

Metodi

40 pazienti (14 maschi e 26 femmine; età 23-66 anni con una media di 39 anni) con diagnosi di meralgia parestetica confermata con elettromiografia sono stati trattati con iniezione perineurale di 1 ml di metilprednisolone acetato (40 mg/ml) e 4 ml di levobupivacaine 0,25% in real time con guida ecografica. Principali outcome dello studio:

successo della procedura

VAS score del NFCL (nervo femoro cutaneo laterale) dolore, sensazione di bruciore, parestesia

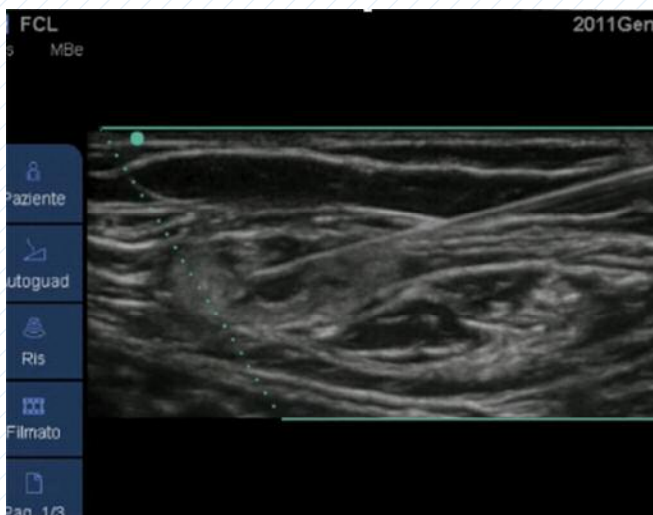
VAS globale della qualità di vita

Risultati

Il successo del blocco del NFCL si era ottenuto in tutti i pazienti. I sintomi nell'80% (32pz) dei casi si sono ridotti progressivamente fino a scomparire nella prima settimana, nel restante 20% (8 pz) è stata necessaria una seconda iniezione. I sintomi sono scomparsi in tutti i pazienti entro due mesi dall'iniezione (Media VAS+SD PRIMA DELL'INIEZIONE = 8,3+-2,2 NEI SUCCESSIVI DUE MESI =2,3+-0,6; t= 6,1; P<.001) la VAS per quanto riguarda la qualità di vita si è ridotta da 7,1+-3,5 al 2,6+-2,4 (t= 5,2; P<.002)

Conclusioni

il blocco del nervo femoro cutaneo laterale con anestetico locale e cortisone con l'ausilio degli ultrasuoni nella meralgia parestetica ha risolto la sintomatologia in tutti i pazienti entro due mesi dall'iniezione. Trials randomizzati placebo-controllo sono necessari in futuro.



ABSTRACT BOOK

P56 GESTIONE DEL DOLORE CRONICO ATTRAVERSO L'ATTIVITA' DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

A. Testa, C. Marzilli, A. Gyra, A. Piroli, F. Marzilli, F. Marinangeli

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di L'Aquila, L'Aquila,

Introduzione

L'assistenza sanitaria del nostro Paese è in fase di transizione: da un sistema incentrato sull'ospedale ad uno in cui sono i servizi territoriali ad essere prioritari (1). Il nostro report presenta i principali risultati dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per il trattamento del dolore sul territorio di L'Aquila e Provincia e si inserisce in questo contesto più ampio di impegno e di attenzione agli aspetti peculiari di tale assistenza.

Materiali e Metodi

Il Report scaturisce dall'analisi dei dati riguardanti le modalità di accesso al servizio, la popolazione di malati e le patologie trattate, nonché la qualità delle prestazioni erogate. Si fa riferimento al servizio ADI ad intensità medio-alta per pazienti over 65 (65%) ed il motivo prevalente per la richiesta di attivazione è il dolore cronico.

Risultati

Il medico di famiglia è la figura che maggiormente richiede l'attivazione del servizio ADI (83%) rispetto allo specialista ospedaliero (14%) e alla richiesta autonoma da parte della famiglia (3%). I pazienti sono affetti da dolore cronico per neoplasia (60%), patologie cronico-degenerative muscolo-scheletriche (35%) e sindromi algiche varie (5%). La periodicità delle visite è quindicinale (70%) anche se si diversificano sulla base della complessità del quadro clinico. Al momento della presa in carico, i pazienti sono gravemente compromessi dal dolore, infatti nel 77% sono allettati e/o con brevi periodi di mobilità. La terapia antalgica vede un uguale ricorso agli oppioidi forti (35%) e deboli (35%); Aduvanti (25%) e FANS (5%). La formulazione più utilizzata è la transdermica (83%) seguita dalla orale (17%) in pieno accordo con la letteratura secondo cui il cerotto garantisce miglior copertura della sintomatologia (2). Il controllo del dolore è ritenuto buono nel 44% dei casi, sufficiente nel 53% e insufficiente nel 3%. Il livello del servizio è giudicato in media più che soddisfacente anche se per il 5% dei pazienti è ancora insufficiente. I pazienti giudicano l'assistenza e la disponibilità del medico specialista del dolore come ottima (40%), buona (54,8%), discreta (5%) e decisamente inadeguata (0,2%); collegato a questo, emerge il dato che in caso di necessità il paziente si rivolge al medico dell'ADI (40%), al MMg (35%) e al 118 (25%). Secondo la percezione del paziente l'equipe assistenziale è costituita esclusivamente dallo specialista del dolore e dall'infermiere, con il MMg come supervisore: ciò evidenzia una discrepanza con la composizione tipo prevista dalle ASL (1).

Conclusioni

Il nostro rapporto offre la fotografia dello stato dell'arte dell'Assistenza Domiciliare, così da contribuire al processo di trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale e illustrare le peculiarità di tale Servizio e gli standards da garantire per far fronte ai bisogni dei malati cronici.

(1) Rapporto sull'Attività Domiciliare Integrata . Min 2010

(2). Interventional modalities to treat cancer-related pain. Moeschler SM, Rosenberg C, Trainor D, Rho RH, Mauck WD. 2014 Dec;42(5):14-23. Review.

ABSTRACT BOOK

P57 UTILIZZO DELLA CANNABIS IN INFUSIONE ORALE PER LA TERAPIA DEL DOLORE NEUROPATICO CRONICO

L. Triggiani ⁽¹⁾, G. Ballerini ⁽²⁾, L. M. Dodaro ⁽²⁾, R. Vellucci ⁽²⁾, M. Dauri ⁽¹⁾, R. D. Mediatì ⁽²⁾

⁽¹⁾ Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Università degli Studi di Tor Vergata, Roma

⁽²⁾ SOD di Cure Palliative e Terapia del Dolore, AOUC Careggi, Firenze

Introduzione Il dolore neuropatico è una forma disablingante di dolore cronico determinato da lesioni nervose, patologie o stati tossici. Il dolore neuropatico è spesso resistente alle comuni terapie farmacologiche. L'utilizzo dei cannabinoidi può costituire un utile approccio terapeutico in questa patologia.

Materiali e metodi Il Bedrocan®, un ceppo di cannabis sativa caratterizzato da un contenuto del 19% in Tetraidrocannabinolo (THC) e <1% in Cannabidiolo (CBD) è stato utilizzato, in forma di infusione per via orale, in un gruppo di pazienti affetti da dolore neuropatico cronico ad eziologia post-traumatica, post-chirurgica o degenerativa, afferenti al Centro di Cure Palliative e Terapia del Dolore del Policlinico Universitario di Careggi – Firenze. Tutti i pazienti hanno sottoscritto un consenso informato prima della terapia. La Visual Analogue Scale (VAS) ed il Brief Pain Inventory (BPI) sono stati utilizzati per valutare l'intensità del dolore e la qualità di vita.

Riassunto dei risultati Sono stati inclusi nello studio 23 pazienti, attualmente in trattamento, dei quali rispettivamente 13 maschi (56.5%) e 10 femmine (43.5%). L'età media è risultata di 52.8 ± 16.2 anni: rispettivamente 48.9 ± 18.7 nei maschi e 58.0 ± 11.2 nelle femmine ($p=0.19$). La durata media del trattamento è di 172.7 ± 103.4 giorni. La dose media quotidiana di cannabis è di 240.2 ± 212.8 mg. Il punteggio medio alla VAS è risultato pari a 7.5 ± 1.9 al baseline e 5.3 ± 1.9 al termine del trattamento ($p=0.0004$). Tutti i pazienti hanno mostrato al BPI un significativo miglioramento del dolore nelle ultime 24 ore sia al livello peggiore ($p=0.0028$) che a quello minore ($p=0.0016$), al livello medio ($p=0.0024$) ed istantaneo ($p=0.0404$). Il sollievo fornito dalle medicine o terapie in corso per il dolore è risultato significativamente migliorato ($p<0.0001$). Inoltre i pazienti hanno mostrato un significativo miglioramento nell'attività in generale ($p<0.0001$), nel tono dell'umore ($p=0.0056$), nel sonno ($p=0.0005$) e nel gusto di vivere ($p<0.0104$).

Conclusioni Questo studio dimostra che i cannabinoidi costituiscono una terapia efficace per il dolore neuropatico cronico. L'utilizzo dei cannabinoidi consente un significativo miglioramento sia dell'intensità del dolore che della qualità di vita dei pazienti. I cannabinoidi possono costituire un valido trattamento sia in monoterapia che in add-on ad altri agenti terapeutici per il dolore neuropatico cronico.



ABSTRACT BOOK

P58 CORTICAL INHIBITION OF LASER-PAIN AND LASER EVOKED POTENTIALS BY NON-NOCICEPTIVE SOMATOSENSORY INPUT

M. Valeriani ⁽¹⁾, D. Le Pera ⁽²⁾, C. De Percio ⁽³⁾, R. Miliucci ⁽¹⁾, A. Brancucci ⁽⁴⁾, C. Pazzaglia ⁽⁵⁾, L. De Armas ⁽²⁾, C. Babiloni ⁽³⁾, P. M. Rossini ⁽⁶⁾, E Testani ⁽⁶⁾

⁽¹⁾ *Neuroscienze, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*, ⁽²⁾ *Neuroriabilitazione, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma*, ⁽³⁾ *EEG Lab, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma* ⁽⁴⁾ *Department of Psychological Sciences, Humanities and the Territory, University of Chieti and Pescara, Chieti*, ⁽⁵⁾ *Neuroriabilitazione, Fondazione Don Gnocchi, Roma*, ⁽⁶⁾ *Neurologia, Università Cattolica, Roma*

Although the inhibitory action that tactile stimuli can have on pain is well documented, the precise timing of the interaction between the painful and non-painful stimuli in the central nervous system is unclear. The aim of this study was to investigate this issue by measuring the timing of the amplitude modulation of laser evoked potentials (LEPs) due to conditioning non-painful stimuli. LEPs were recorded from 31 scalp electrodes in 10 healthy subjects after painful stimulation of the right arm (C6-C7 dermatomes).

Non-painful electrical stimuli were applied by ring electrodes on the second and third finger of the right hand. Electrical stimuli were delivered at 50 ms, 150 ms, 200 ms, and 250 ms inter-stimulus intervals (ISIs) after the laser pulses. LEPs obtained without any conditioning stimulation were used as a baseline.

As compared to the baseline, non-painful electrical stimulation reduced the amplitude of the vertex N2/P2 LEP component when electrical stimuli followed the laser pulses only at +150 ms and +200 ms ISIs.

At cerebral cortex, the late processing of painful (thermal) stimuli is partially inhibited by the processing of non-painful (cutaneous) stimuli when the painful stimuli precede the non-painful ones of about +150 ms/+200 ms.

No evidence of subcortical inhibition of pain by non-painful inputs was found.

ABSTRACT BOOK

P59 PROLONGED INHIBITORY EFFECT OF 1 HZ RTMS OF THE MOTOR CORTEX ON THE NOCICEPTIVE EVOKED POTENTIALS TO CONTRALATERAL HAND STIMULATION

M. Valeriani ⁽¹⁾, G. Granata ⁽²⁾, C. Pazzaglia ⁽³⁾, L. Padua ⁽²⁾, E. Testani ⁽²⁾

⁽¹⁾ *Neuroscienze, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*, ⁽²⁾ *Neurologia, Università Cattolica, Roma*, ⁽³⁾ *Neuroriabilitazione, Fondazione Don Gnocchi, Roma*

While the inhibitory effect of high frequency motor cortex rTMS on pain is well known (O'Connell et al., 2014), there are only few data about the effect of the low frequency motor cortex rTMS on both clinical and experimental pain.

Theoretically, since low frequency rTMS should have an inhibitory effect on motor cortex, whose activation is known to reduce experimental pain (Le Pera et al., 2007), one could expect that 1 Hz motor cortex rTMS increases an objective pain measure, such as laser evoked potentials (LEPs).

In 8 healthy subjects, we investigated the effect of 1 Hz rTMS of the left motor cortex on LEPs to stimulation of both right and left hand dorsum. LEPs were recorded at 4 different times: baseline, Time 0 (immediately after 20 minutes of 1 Hz rTMS), Time +20 (20 minutes after 1 Hz rTMS), and Time +40 (40 minutes after 1 Hz rTMS).

We found that rTMS modified the amplitude of the N2/P2 LEP component only to right hand stimulation ($F=12.06$, $p<0.001$), while there was no effect on left hand LEPs ($F=0.7$, $p=0.56$). Post-hoc analysis showed that the N2/P2 amplitude was reduced at Time 0, Time +20, and Time +40, as compared to baseline ($p<0.01$).

Instead of the expected facilitatory action of low frequency motor cortex rTMS on pain, our results show that 1 Hz rTMS of the motor cortex inhibits contralateral pain and that this effects last up to 40 minutes after the cortical stimulation.

Moreover, they suggest that the functional network connecting the motor cortex with the pain matrix areas is complex and cannot be trivialized to mere reciprocal inhibitory/facilitatory actions.

ABSTRACT BOOK

P60 A NEW METHOD FOR SHAM-CONTROLLED ACUPUNCTURE IN EXPERIMENTAL VISCERAL PAIN

M. Valeriani ⁽¹⁾, J. Juel ⁽²⁾, S. Liguori ⁽³⁾, C. Graversen ⁽²⁾, S.S. Olesen ⁽²⁾, A. Drewes ⁽²⁾

⁽¹⁾ *Neruroscienze, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*, ⁽²⁾ *Department of Gastroenterology and Hepatology, Aalborg University, Aalborg, DENMARK*, ⁽³⁾ *Istituto Paracelso, Roma*

This study aimed to investigate the validity of a new method for sham acupuncture in experimental visceral pain.

Fifteen subjects underwent a sequence of either sham stimulation or acupuncture followed by visceral experimental pain stimulation.

Experimental pain was induced by rectal stimulation with an inflatable balloon. The balloon was distended until the pain threshold was reached.

Before and after intervention, an electroencephalogram (EEG) was recorded for 2.5 minutes to explore central effects of acupuncture.

Only 5 participants (36%) were able to indicate the correct sequence of sham and acupuncture ($P=0.4$; compared to chance level).

A significant increase in balloon volume was observed after sham acupuncture ($P=0.049$) and acupuncture ($P=0.046$).

However, the change in rectal balloon volume was not different between groups ($P=0.6$).

No differences in EEG spectral power distributions between sham stimulation and acupuncture were seen (all $P>0.6$).

The presented sham procedure provides a valid method for blinding of 'sham acupuncture' and may be used in future blinded controlled trials of acupuncture for visceral pain.

ABSTRACT BOOK

P61 LASER-EVOKED POTENTIALS IN CHILDHOOD MIGRAINE

E. Vecchio, M.G. Foschino Barbaro, K. Ricci, A. Montemurno, V. Sciricchio, M. De Tommaso
Dipartimento SMBNOS, Università di Bari

Objectives: Few studies have addressed central sensitization symptoms and pain processing in childhood migraine. Our aims were to examine pain sensitivity and responses, including habituation, evoked by CO₂ laser stimuli (laser-evoked potentials; LEPs) in a cohort of children with migraine compared to non-migraine controls and to determine the correlation between LEP features and signs of central sensitization.

Methods: Thirty-five patients 8-15 years of age with migraines without aura were evaluated during the inter-critical phase and were compared to 17 controls. LEPs were analyzed, and their main features were correlated with clinical symptoms including allodynia and pericranial tenderness.

Results: The laser-evoked pain threshold was lower and the N2P2 vertex complex amplitude was higher in children with migraines. Furthermore, habituation of vertex waves of LEPs clearly showed a tendency toward progressive amplitude enhancement in migraine group. Acute allodynia and inter-critical pericranial tenderness correlated with trigeminal LEP features, particularly with the abnormal habituation pattern.

Discussion: Abnormalities of pain processing and symptoms of central sensitization appear to be characteristics of children with migraine. Reduced habituation and progressive amplification of cortical responses to laser stimuli indicate an overactive nociceptive system at the onset of migraine, and this hyperactivity may subtend allodynia and pericranial tenderness. Future prospective trials may aid in the early identification of clinical phenotypes that display a tendency to develop into the chronic form of migraine, warranting a timely therapeutic approach.

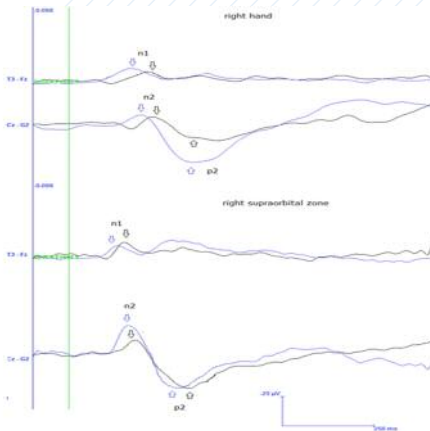


Figure 1. Grand average of laser-evoked potentials (LEPs) across 17 non-migraine (black track) and 35 children with migraine without aura (blue track) obtained via stimulation of the right hand and the right supraorbital zone.

Tutti i diritti riservati.

Tutti gli abstract e le relative immagini sono stati pubblicati come ricevuti dagli Autori.

Il materiale pubblicato non può essere riprodotto in alcuna forma, né in parte né per intero, senza previa autorizzazione da parte degli Autori, dell' AISD e dell' AIM International Group in qualità di Segreteria Organizzativa del Congresso.

L' AISD e l' AIM International Group non rispondono delle opinioni, dei dati e del contenuto in generale degli articoli pubblicati, i quali esprimono unicamente il parere degli autori

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



AIM Group International – Sede di Roma
Via Flaminia, 1068 – 00198 Roma
Tel. 06 330531 – Fax 06 33053229
E-mail: aisd2015@aimgroup.eu