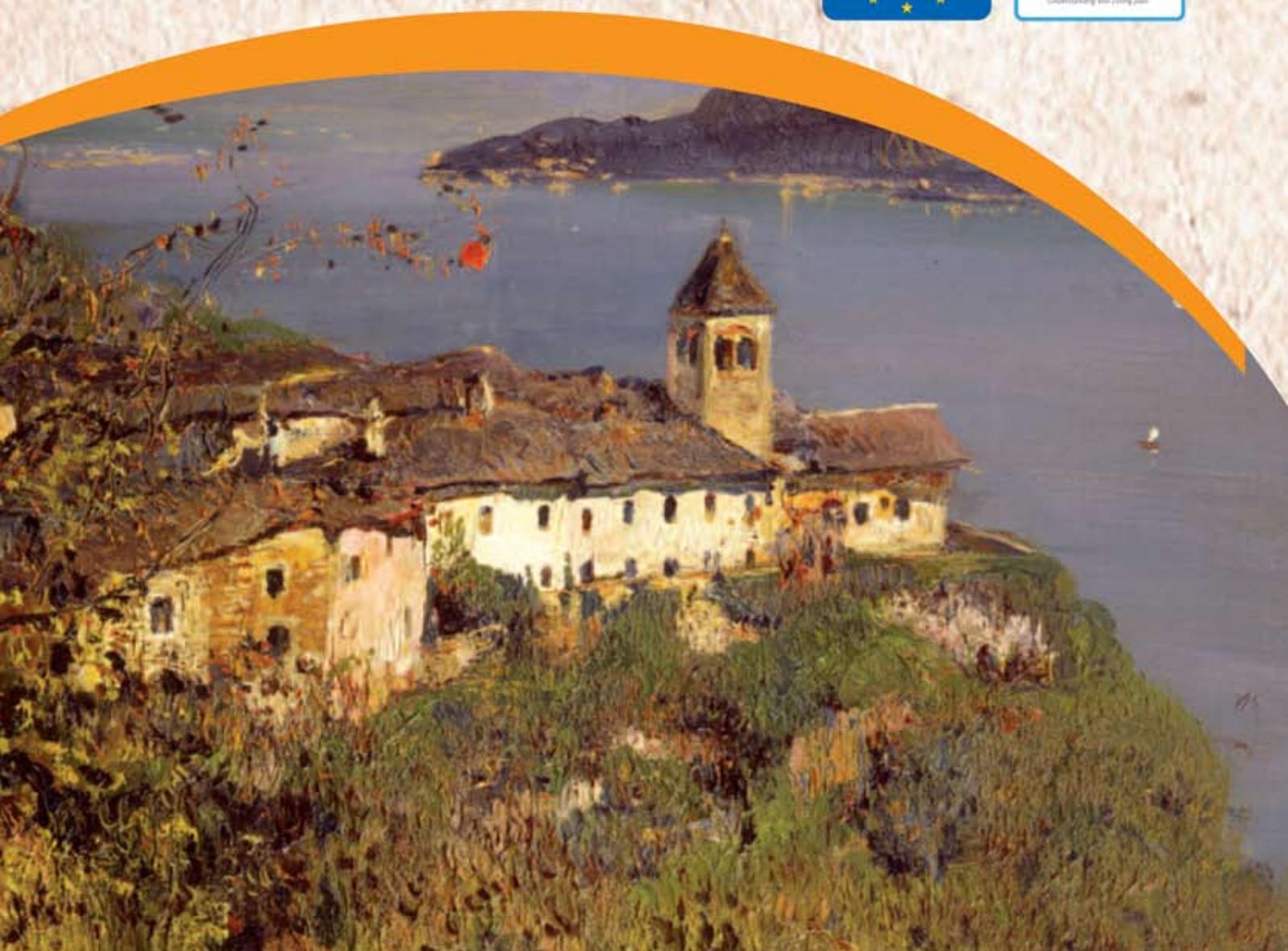


37° CONGRESSO NAZIONALE AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

22-24 maggio 2014, Stresa

La cultura, la ricerca e la formazione in medicina del dolore



www.aisd.it

www.congressiaisd.com

HOTEL REGINA PALACE
Corso Umberto I, 33 - Stresa

Supplemento a Dolore Aggiornamenti Clinici n. 2-4/2013
Organo ufficiale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Aut. Trib. dell'Aquila n. 571 del 18/12/2007
Dir. Resp. Giustino Varrassi
ISSN 1974-448x

LA MEDITAZIONE NEL DOLORE CRONICO: STUDIO DI UNA POPOLAZIONE THAILANDESE RESIDENTE IN ITALIA

Daniela Angelucci e Stefano Coaccioli

Clinica Medica Generale e Terapia Medica – Reumatologia e Terapia Medica del Dolore. Università di Perugia, Polo di Terni; Azienda Ospedaliera “Santa Maria” di Terni

INTRODUZIONE

La meditazione dovrebbe essere considerata un ausilio importante nell'approccio non-farmacologico della terapia del dolore cronico (DC). Nelle numerose filosofie e religioni orientali è tipico l'impiego di una meditazione recettiva, al contrario della meditazione riflessiva più tipica dell'occidente. Una delle più antiche e tra le più diffuse al mondo è la meditazione buddhista.

Scopo dello studio. Mettere a confronto meditanti esperti con meditanti non-esperti in relazione a quanto la pratica meditativa riesca a controllare il DC.

MATERIALI E METODI

Soggetti. La popolazione era composta da 78 soggetti (35 uomini, 43 donne; età media 45.2 ± 17.6 anni, range 10-72), ma sono stati coinvolti nello studio solo i soggetti con età superiore a 30 anni: 60 soggetti (27 uomini, 33 donne; età media 54.1 ± 10.4 anni, range 31-72). Dei soggetti studiati (60), riferivano di avere DC 28 soggetti (46.6%; 12 uomini, 16 donne; età media 53.2 ± 8.6 anni, range 48-67): dei quali, 16 hanno dichiarato di soffrire di lombalgia cronica (LBP, durata >8 anni; media 10.2 ± 2.4 anni, range 6-12) (57.14% di quanti avevano DC; 26.66% di quanti >30 anni; 10 uomini, 6 donne; età media 52.8 ± 7.8 anni, range 46-65) e 12 hanno dichiarato di soffrire di osteoartrosi alle ginocchia (G.OA, durata >10 anni; 13.7 ± 4.5 anni, range 8-15) (42.85% di quanti avevano DC; 20% di quanti >30 anni; 4 uomini, 8 donne; età media 54.2 ± 8.1 anni, range 47-67). *Valutazione del dolore.* A tutti i pazienti è stata illustrata la compilazione della scala analogica visiva (VAS) per la valutazione del DC. E' stata raccomandata la compilazione della VAS prima e dopo almeno 5 sedute di meditazione praticata in 5 giorni consecutivi (i dati riportati rappresentano la media delle rilevazioni). *Grado di capacità ed esperienza meditativa.* I soggetti con DC sono stati suddivisi in 2 gruppi: *meditanti esperti* (ME, con pratica di oltre 10 anni, in grado di praticare meditazione, in ogni singola seduta di pratica, per un periodo compreso fra 40 e 60 minuti); *meditanti non esperti* (MNE, con pratica inferiore a 3 anni, in grado di praticare meditazione, in ogni singola seduta di pratica, per non più di 20 minuti). I soggetti hanno specificato che la pratica di meditazione (per tutti) era quella denominata *vipassana*.

RISULTATI

Nei 28 soggetti con DC, la valutazione media del DC è risultata pari a 5.1 ± 1.8 . Dopo 5 giorni consecutivi di pratica, i ME riferivano una riduzione significativa ($p < 0.01$) del dolore (VAS 3.0 ± 0.5) rispetto alla valutazione basale, mentre i MNE riferivano solo una modesta riduzione del dolore (VAS 4.4 ± 0.4) che non è risultata significativa. Non raggiungeva la significatività il confronto fra i 2 gruppi.

DISCUSSIONE

Il risultato ottenuto dal confronto tra i due gruppi di non è statisticamente significativo e ciò può essere dovuto al fatto che il numero dei soggetti osservati è modesto. Comunque, sembra confermato che più tempo si dedica alla meditazione e più significativi saranno i risultati. La meditazione è una pratica che dovrebbe essere consigliata vivamente all'interno di un approccio non-farmacologico nella terapia del DC. Nell'approccio multimodale della

ABSTRACT BOOK

37° Congresso Nazionale AISD - Stresa, 22-24 maggio 2014

terapia antalgica, oltre ad un tempestivo inizio della terapia farmacologica, potrebbe essere il caso di prendere seriamente in considerazione l'opportunità che ci viene offerta da questa antichissima pratica insieme a tutti i suoi benefici sia a livello fisico che mentale.

THE PROVISION OF PAIN EDUCATION IN UNDERGRADUATE MEDICAL SCHOOLS ACROSS EUROPE: THE ITALIAN PERSPECTIVE

Battelli D,¹ Briggs E,² Gordon D,³ Kopf A,⁴ Ribeiro S,⁵ Puig MM⁶, Kress HG⁷

¹University of Modena e Reggio Emilia, Modena, Italy; ²King's College London, London, UK; ³University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁴Charité Medical University, Berlin, Germany; ⁵Primary Healthcare Cluster of Sintra, Sintra, Portugal; ⁶Universitat Autònoma de Barcelona, Hospital del Mar, Barcelona, Spain; ⁷Medical University of Vienna/AKH, Vienna, Austria

BACKGROUND

A poor understanding of pain medicine by doctors significantly hinders optimal pain management. Limited evidence suggests that undergraduate pain education in medical schools is often inadequate, but this has not been comprehensively assessed in Italy. The Advancing the Provision of Pain Education and Learning (APPEAL) study, guided by an expert taskforce of pain and education specialists under the leadership of the European Pain Federation (EFIC[®]), is a Europe-wide review of pain education in all undergraduate medical schools in 15 countries. These findings have informed recommendations by the APPEAL Taskforce on improving undergraduate pain education. Here, we compare data on pain education between Italian medical schools and those in other European countries.

METHODS

A cross-sectional review of undergraduate pain education in 2012–2013 (assessing its organisation, quantity and methods) was performed for all undergraduate medical schools in Belgium, Bulgaria, Denmark, France, Germany, Ireland, Italy, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Spain, Sweden, Switzerland and the UK. Information was sourced from curricula and websites (including school and government websites, student forums and university guides). Supplementary information was obtained via follow-up phone calls or emails.

RESULTS

Curriculum information was gained from 97% (n=242/249) of all medical schools in the 15 countries, including all 40 Italian schools. Curricula of all Italian medical schools (100%; 40/40) showed evidence of pain education. Among other countries this percentage varied between 60% in Bulgaria and 100% in seven other countries. In 78% (31/40) of Italian schools pain featured only within compulsory, non-pain-specific modules. This was similar to the level in Spain (75%) and the Netherlands (78%) and exceeded only by Ireland, Denmark and Poland (83–100%). Only 15% (n=6/40) of Italian schools had dedicated pain modules; this incidence varied across Europe, being highest in France (87%) and lowest (0%) in Belgium, Denmark, Ireland and Poland. Information on hours dedicated to pain teaching was available from only two Italian schools, giving a median 4.0 hours (range 2.0–6.0 hours) for compulsory non-pain-specific modules versus a European-wide median of 9.0 hours (1.0–60.0 hours). Italian schools used a mean of two methods for pain education (similar to the European-wide average), most commonly classroom-based methods (100%; 20/20 with available information), practical sessions (50%; 10/20) and case-based learning (25%; 5/20). Pain teaching was assessed in Italian schools principally by examinations (95%; 18/20 with available information), with only three schools (16%) using assignments and one (5%) using placements.

CONCLUSION

Undergraduate pain education in medicine is limited and inconsistent across Europe. Although all Italian medical schools provide some form of pain education, few offer dedicated pain modules and hence training occurs mostly within non-pain-specific courses. The focus

ABSTRACT BOOK

37° Congresso Nazionale AISD - Stresa, 22-24 maggio 2014

on classroom teaching and testing by examinations might emphasise the recall of theoretical knowledge over the development of clinical competence. The APPEAL Taskforce has made three recommendations to improve pain teaching: establish a European-wide framework for pain education, introduce compulsory pain teaching for undergraduates, and improve the documentation of pain teaching.

Conflicts of interest

All authors received honoraria and travel/accommodation expenses from Mundipharma International Ltd for attendance at meetings of the APPEAL Taskforce.

Additional declarations:

Daniele Battelli: Astellas (travel grants, paid expert testimony), Grunenthal (travel grants)

Emma Briggs: None

David Gordon: None

Andreas Kopf: Astellas, Pfizer, Grunenthal (Advisory Board), Astella, Pfizer, Janssen-Cilag, Mundipharma, Grunenthal (lecturing honoraria)

Margarita Puig: None

Sofia Ribeiro: None

Hans G Kress: Amgen, Astellas, BIAL-Portela & Ca. SA, Bionorica Ethics, Almirall, Cephalon/Teva, Eisai Europe, Grünenthal GmbH, IBSA, Linde Group, Mundipharma International, Nycomed (speaker's and consultancy honoraria)

Acknowledgements/disclaimer

The APPEAL study was funded by Mundipharma International Ltd and conducted by Adelphi Research. Medical writing support was provided by Lee Baker Medical Communications Ltd.

NARNI PAIN STUDY: UN'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DI POPOLAZIONE SUL DOLORE CRONICO

Giuseppe Bentivegna, Adiberto Favilli* e Stefano Coaccioli

*Clinica Medica Generale e Terapia Medica – Reumatologia e Terapia Medica del Dolore; Università di Perugia – Polo di Terni; Azienda Ospedaliera “Santa Maria”, Terni – Italy; *Associazione Narni Lotta Contro il Cancro, Narni (TR) – Italy.*

INTRODUZIONE

Dopo la European Survey non sono stati pubblicati altri studi epidemiologici a livello delle singole nazioni europee così come non sono disponibili dati su popolazioni “selezionate” in base al territorio o ristretti ad una popolazione selezionata.

SCOPO DELLO STUDIO

Il nostro studio si è prefisso lo scopo di valutare, tramite la diffusione di un semplice questionario originale, la prevalenza, l'entità e la gestione del dolore cronico (DC) in ambito extraospedaliero. Nel questionario viene anche richiesta la conoscenza o meno della legge 38 del 15 marzo 2010.

MATERIALI E METODI

Il nostro studio ha coinvolto le circa 8.000 persone residenti nel comune di Narni (Provincia di Terni), ai quali è stato spedito un semplice e breve questionario. Le domande erano indirizzate a valutare la prevalenza, l'intensità, la sede e le possibili cause, il tipo di dolore; la terapia in atto e il risultato clinico; la conoscenza, infine, della legge 38. La popolazione totale ammessa allo studio è risultata composta da 1230 soggetti (range 18-99 anni; media 56.2 anni); 528 maschi (43%, età media 55.8 anni), 702 femmine (57%, età media 56.4 anni).

RISULTATI

Dei 1230 soggetti ammessi allo studio, 351 riferivano DC (29% del totale; 108 M e 243 F). Si nota una differenza statisticamente significativa tra la prevalenza del DC nei due generi: infatti il genere femminile ne è più colpito ($\chi^2 = 29,632$, GL 1, $p < 0,0001$, SS). Emerge un'altra differenza statisticamente significativa: la prevalenza del dolore cambia in relazione all'età, soggetti che hanno un'età tra 50 e 70 anni rappresentano il 50% del totale dei malati ($F = 7,2484$, $p = 0,0175$). Non esistono differenze statisticamente significative tra la prevalenza di DC e il luogo di residenza [città vs campagna] ($\chi^2 = 0,023$ gl 1, $p\text{-value} = 0,879$; NS). L'89% dei soggetti riferisce dolore moderato-forte; i restanti soggetti provano nel 5% dei casi dolore fortissimo, in un altro 5% lieve-molto lieve. Il 46% dei soggetti assume FANS; il 19% non assume alcuna terapia, il 22% assume paracetamolo. Più della metà dei soggetti risponde che la terapia modifica di poco o molto poco la sintomatologia. A tre anni dalla sua approvazione, la maggioranza dei soggetti non conosce la legge 38.

CONCLUSIONI

La nostra indagine vuole arricchire le conoscenze attuali sulla diffusione e il peso che il DC ha nella nostra società, con particolare attenzione all'epidemiologia di una popolazione ben definita, dal momento che mancano in letteratura studi di popolazione. Il nostro studio conferma la importante diffusione del DC nella popolazione generale ed il particolare interessamento dei soggetti con età superiore a 50 anni. E' stato notato come la terapia prevalente per il DC – specie in fasce di età particolarmente suscettibili ad eventi avversi da FANS – è proprio costituita dai FANS, oltretutto con un risultato terapeutico deludente. Infine, non si può non rilevare la scarsa diffusione di una cultura del dolore, sia nei soggetti sofferenti, sia nei Sanitari che ne hanno la responsabilità clinica e terapeutica.

EPIDEMIOLOGIA E CARATTERISTICHE CLINICHE DEL DOLORE NEL DIABETE MELLITO

Giorgio Celi, Francesco Masia, Ilenia Grandone*, Giuseppe Fatati* e Stefano Coaccioli

Clinica Medica Generale e Terapia Medica, Diabetologia e Dietologia. Università degli Studi di Perugia. Azienda Ospedaliera-Universitaria "Santa Maria". Terni – Italy*

SCOPO DELLO STUDIO

Valutare la prevalenza e le caratteristiche del dolore nei soggetti affetti da diabete mellito (DM), l'approccio ed i risultati terapeutici oltre alla conoscenza della legge 38 del 15 marzo 2010.

Pazienti. Sono stati reclutati 462 soggetti con DM (242 (52.4%) uomini, 209 (42.5%) donne) [in 11 casi (5.1%) non è stata riportata l'indicazione del genere], così suddivisi: 62 (13.4%) con T1DM (37 uomini, 25 donne) e 400 (86.6%) con T2DM (224 uomini e 176 donne). L'età media dell'intero campione era pari a 65.2 anni (range 20-91). I pazienti sono stati reclutati presso l'Ambulatorio Diabetologico nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Terni, nel periodo 1 giugno-30 dicembre 2012. A tutti i pazienti è stato presentato un questionario originale composto da 10 domande.

RISULTATI

La presenza di dolore è stata segnalata da 221 soggetti (48% del totale); nelle donne la presenza di dolore raggiungeva il 60% mentre tra i maschi si attestava al 38% e la differenza risultava altamente significativa ($p < 0.001$). Nei soggetti con T1DM il dolore veniva segnalato nel 31% dei casi mentre in quelli con T2DM nel 50.5% dei casi con una differenza statisticamente significativa ($p < 0.01$). La presenza di dolore cronico è stata segnalata in 162 casi (35%) con una prevalenza significativamente maggiore ($p < 0.001$) nelle donne (74%) rispetto agli uomini (46.4%); nei pazienti con T1DM la presenza di dolore cronico era segnalata nel 26%, in quelli con T2DM nel 37%. Per quanto riguarda la sede del dolore cronico, con possibilità di indicare più di una sede, 128 (80%) soggetti segnalavano la presenza di dolore articolare, 63 (38%) alla colonna e 29 (18%) ai muscoli. Alla richiesta di definire il tipo di dolore cronico, 69 soggetti (43%) indicavano un dolore tipo "spillo", 55 (34%); "morsa", 18 (11%) "peso", 28 (17%) "bruciore" e 11 (7%) "scossa elettrica". L'entità del dolore cronico veniva definita moderata da 73 soggetti (45%), forte da 59 (36%), lieve da 15 (9%), fortissima da 5 (3%), moderata/forte da 1 (1%); il 6% non rispondeva alla domanda. I farmaci utilizzati per il trattamento del dolore cronico sono stati dichiarati essere i seguenti: in 66 casi (41%) anti-infiammatori non-steroidi (FANS), in 48 (30%) paracetamolo, in 5 (3%) glucocorticoidi, in 4 (2%) oppioidi deboli; 44 soggetti, pari al 27%, non assumevano terapia. La riduzione del dolore cronico risultava consistente in 59 casi (50%), scarsa in 43 casi (36%), molto scarsa in 15 casi (13%) ed in 1 caso (1%) la remissione risultava completa. Relativamente alla conoscenza della legge 38/2010 soltanto 36 soggetti, pari all'8% degli intervistati, hanno affermato di averne notizia.

CONCLUSIONI

Lo studio ha dimostrato la significativa associazione tra DM e dolore cronico, particolarmente nel genere femminile, la rilevanza clinica del dolore, l'inadeguatezza della terapia e la diffusa scarsità di conoscenza e attenzione riguardo al tema dolore.

LA PALMITOILETANOLAMIDE NELLA FIBROMIALGIA: ESPERIENZA PERSONALE

Stefano Coaccioli, Giorgio Celi e Francesco Masia

Clinica Medica Generale e Terapia Medica - Reumatologia e Terapia Medica del Dolore; Università di Perugia - Polo di Terni; Azienda Ospedaliera "Santa Maria", Terni

INTRODUZIONE

Una delle condizioni cliniche associate a dolore cronico/persistente più diffuse al mondo è la sindrome fibromialgica (FMS).

SCOPO DELLO STUDIO

Il nostro lavoro, che si articola in due studi, ha voluto indagare da un lato la sicurezza e l'efficacia dell'associazione Pregabalin (PGB)+Duloxetina (DLX), dall'altro l'ulteriore beneficio che apportava l'aggiunta della Palmitoiletanolamide (PEA) nel trattamento del dolore in pazienti affetti da fibromialgia.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale retrospettivo. Sono stati reclutati 45 pazienti (37 donne, 8 uomini; età media 47 ± 5 anni, range 40-52). Valori di base: numero di tender points positivi (TPs+) 14/18 con dolore provocato pari a 3/3 e intensità del dolore su scala VAS pari a 7.4 ± 2.7 (range 5.2-8.1). Ad essi è stata somministrata una terapia combinata comprendente: DLX 30-60 mg/die (dose media 39.3 mg/die); PGB 25-75 mg/die, dose media 47.2 mg/die. *Studio osservazionale prospettico.* Sono stati reclutati 35 pazienti (29 donne, 6 uomini; età media 48 ± 5 anni, range 42-53). Valori di base: TPs+ 14/18 con dolore provocato 3/3 e VAS 7.3 ± 2.8 (range 5.0-7.8). Questi pazienti erano già in trattamento con DLX+PGB ai seguenti dosaggi: DLX 30-60 mg/die (dose media 36 mg/die); PGB 25-75 mg/die (dose media 49.3 mg/die). Partendo da questi dati, sostanzialmente sovrapponibili per numero di pazienti e dosaggi terapeutici a quelli dello studio precedente, ai pazienti è stata aggiunta in terapia la PEA (3 mesi: 600 mg/bid nel primo mese e 300 mg/bid nei due successivi).

RISULTATI

Studio osservazionale retrospettivo. Dopo 3 mesi di terapia con DLX+PGB, i TPs+ si sono ridotti da 14/18 a 9/18 ($p<0.001$), il dolore provocato da 3/3 a 1/3 e VAS da 7.4 ± 2.7 a 5 ± 0.9 ($p<0.01$). Dopo 6 mesi di terapia, il dolore provocato è rimasto a 1/3, i TPs+ si sono ulteriormente ridotti (4/18, $p<0.01$) e VAS 3.1 ± 1.8 (range 2.8-4.0, $p<0.01$). *Studio osservazionale prospettico.* Dopo 3 mesi di terapia, nella quale alla precedente associazione DLX+PGB si aggiungeva la PEA, si registrava un numero di TPs positivi pari a 2/18, con dolore provocato pari a 1/3 e un dolore su scala VAS pari a 2.2 ± 0.8 (range 1.0-2.5) ($p<0.005$, per tutti i confronti). Nessun paziente ha interrotto la terapia per eventi avversi/effetti collaterali.

CONCLUSIONI

Dai risultati delle nostre indagini sembra di poter affermare che la PEA costituisce un elemento di potenziamento terapeutico, efficace e sicuro, volto a migliorare l'*outcome* clinico dei pazienti con FMS.

FBSS: UTILITÀ DELLA PERIDUROLISI CHIMICA E RADIOFREQUENZA PULSATA PERIDURALE

Colavincenzo S¹, Mastrobuono F¹, Amici S¹, Angeletti C², Berrettoni R², Orsini PL², Marinangeli F³

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

²U.O. Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore Ospedale "G. Mazzini", Teramo

³Direttore SS Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore Università degli Studi di L'Aquila

INTRODUZIONE

Il termine FBSS "failed back surgery syndrome" si riferisce a un dolore cronico lombare e/o delle gambe che si manifesta dopo l'intervento chirurgico sulla colonna vertebrale lombare, generalmente dopo laminectomia. Molti fattori possono contribuire all'insorgenza o allo sviluppo della FBSS tra cui residuo di ernia discale, pressione persistente sulle radici nervose dopo intervento chirurgico, alterata mobilità delle articolazioni, ipermobilità con instabilità delle articolazioni, fibrosi, depressione, ansia, insonnia, condizionamento dei muscoli della colonna vertebrale. Disordini sistemici come diabete, malattie autoimmuni e disordini vascolari possono predisporre il soggetto allo sviluppo della FBSS.

Molti pazienti sono classificati come "spinal cripples" e sono destinati a un trattamento a lungo termine con narcotici con poche speranze di guarigione.

CASO CLINICO

Un uomo di 64 anni con storia di lombosciatalgia, operato di stenosi del canale vertebrale circa sette anni prima, giungeva alla nostra osservazione per dolore persistente VAS=7. Si associava impotenza funzionale con notevole difficoltà alla deambulazione, tale da richiedere periodi di immobilità a letto. Le terapie farmacologiche assunte dal paziente: triamcinolone acetoide 40mg 1fl ogni 5 giorni, paracetamolo/ codeina fosfato 500mg+30mg 1cp 2 volte/die, diclofenac sodico 75mg 1fl im al bisogno, ottenevano risultati appena percettibili. La RMN mostrava ernie espulse L3-L4 ed L5-S1 con associati fenomeni degenerativi discali. All'esame obiettivo neurologico si repertavano: Lasegue ++, SRL+++ , ROT assenti.

Si prescriveva un ciclo di 3 peridurali antalgiche nella zona lombare che risultava inaccessibile a causa della profonda cicatrice, residua dal precedente intervento, pertanto si effettuava la stessa per via sacrale con triamcinolone acetoide 40mg, ropivacaina cloridrato monoidrato 0,2% 10mg, ialuronidasi 900UI, soluzione fisiologica e si associava terapia domiciliare con tramadolo cloridrato 30ggt x 2/die. Al controllo il paziente riferiva scarso controllo del dolore VAS=6-7 con presenza di parestesie e formicolio localizzato alle caviglie ds>sn. Si eseguiva peridurolisi mediante "Navigator" con radiofrequenza pulsata peridurale. La scomparsa del dolore risultava quasi istantanea con VAS=0. Follow up a 7 e 30 giorni e a 3 mesi è stato eseguito. Dopo il primo mese dalla terapia e per circa i due mesi successivi, il paziente riferiva impossibilità all'erezione ed ai rapporti sessuali, difficoltà regredita alla fine scomparsa in circa 20 giorni. Ai successivi controlli il paziente riferiva buon controllo del dolore VAS=1-2. Dopo circa 10 mesi si ripresentava la stessa sintomatologia iniziale ma attenuata con VAS=5. Veniva effettuata peridurale sacrale con scarso risultato (VAS=4). Veniva prescritto un ciclo di agopuntura somatica lombare con lieve miglioramento della sintomatologia. Dati gli scarsi risultati, il paziente chiedeva di essere nuovamente sottoposto a peridurolisi mediante "navigator" con radiofrequenze.

CONCLUSIONI

Dal nostro caso si evince l'utilità della peridurolisi chimica con radiofrequenza pulsata peridurale effettuata mediante "Navigator" nei pazienti affetti da FBSS e poco responsivi ad altre metodiche.

FAILED BACK SURGERY SYNDROME: MIGLIORAMENTO DELL'OUTCOME CLINICO CON PALMITOILETANOLAMIDE IN PAZIENTI IN CO-TERAPIA CON TAPENDATOLO E PREGABALIN

Mariano E. Crapa, Francesco Masia, Giorgio Celi e Stefano Coaccioli

Clinica Medica Generale e Terapia Medica – Reumatologia e Terapia Medica del Dolore; Università di Perugia – Polo di Terni; Azienda Ospedaliera “Santa Maria”, Terni – Italy

INTRODUZIONE

La failed back surgery syndrome (FBSS), costituisce una condizione clinica caratterizzata da dolore cronico riferito alla schiena e/o alle gambe, in seguito ad intervento neurochirurgico interessante la colonna vertebrale, generalmente in seguito ad interventi di laminectomia. Molteplici sono i fattori che possono contribuire allo sviluppo della FBSS, tra questi vi sono l'ernia del disco, persistenza anche nel post operatorio di una pressione eccessiva che comprime il nervo spinale. Disordini sistemici, quali diabete, patologie vascolari ed autoimmuni possono predisporre allo sviluppo della FBSS.

SCOPO DELLO STUDIO

Il nostro studio ha valutato se l'impiego della Palmitoiletanolamide (PEA) in pazienti in trattamento con Tapentadolo (TPD) e Pregabalin (PGB) permettesse di ottenere un migliore outcome clinico.

MATERIALI E METODI

Lo studio osservazionale prospettico ha compreso 35 soggetti (15 uomini, 20 donne; range di età 48-63 anni, media 52,4 anni). I soggetti erano stati sottoposti ad intervento chirurgico (5, laminectomia; 6, stabilizzazione chirurgica; 24, discectomia). I pazienti presentavano dolore (su scala VAS) pre-intervento pari a 7.4 ± 2.3 (range, 5.0-8.7). Nelle quattro settimane dopo l'intervento, la terapia con TPD+PGB ha dimostrato ottenere una riduzione del dolore pari a 4.6 ± 1.6 ($p < 0.01$; range, 3.5-6.1). Sottoposti a terapia per due mesi con TPD (50-200mg/die, dosaggio medio 150mg/die) in associazione con PGB (75-450mg/die, dosaggio medio 300mg). Trascorsi i due mesi hanno riferito una riduzione della sintomatologia dolorosa a 5.2 ± 1.2 (range, 4.0-6.7). Si è quindi aggiunta PEA (600mg/bid per un mese, ridotta a 300 mg/bid per due mesi).

RISULTATI

La somministrazione orale di PEA per un arco temporale di un mese al dosaggio di 600 mg/bid, ha mostrato una riduzione del dolore di circa 2.8 ± 0.8 (range, 2.0-2.4). Nei due mesi seguenti i pazienti sono stati sottoposti a terapia con PEA al dosaggio di 300 mg/bid. Allo scadere del bimestre il dolore riferito era pari ad 1.2 ± 0.4 (range, 0.0-1.8). Si è potuta osservare quindi una significativa ($p < 0.001$) riduzione del dolore.

CONCLUSIONI

I risultati emersi dal nostro studio sembrano confermare che la PEA fornisce un ulteriore strumento terapeutico nella terapia di una sindrome complessa come la FBSS.

EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DELLA COMBINAZIONE DI OSSICODONE/NALOXONE ORALE PER DOLORE CRONICO SEVERO IN PAZIENTI GIÀ IN TRATTAMENTO CON OPIACEI TRANSDERMICI

Cupaiolo A.,¹ Spina T.²

¹*U.O.S. Terapia del Dolore*²

²*Direttore U.O.C. Anestesia, Rianimazione, Terapia del Dolore
Azienda USL Pescara, P.O. Pescara. P.O. "Santo Spirito" Pescara*

INTRODUZIONE

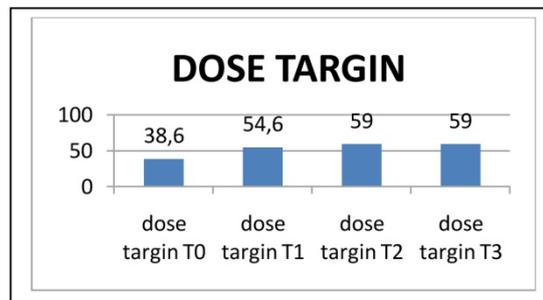
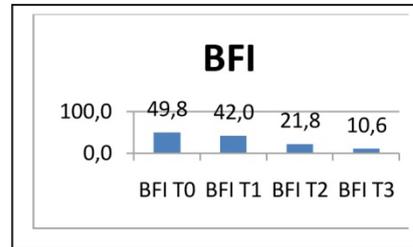
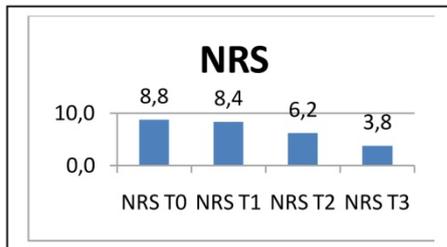
La terapia con oppiacei transdermici (TDS) è ancora molto utilizzata malgrado le indicazioni delle principali linee guida nazionali ed internazionali (LG ESMO 2012, LG AIOM 2012, Raccomandazioni OMS) che relegano i TDS a seconda scelta dopo le formulazioni orali, nel caso di impossibilità a deglutire o quando il paziente ha raggiunto dosi stabili di oppioidi. La Regione Abruzzo è tra le maggiori utilizzatrici di TDS (dati IMS).

MATERIALI E METODI

Questa analisi osservazionale di 60 giorni, ha il proposito di analizzare l'efficacia (mediante NRS), la tollerabilità generale (Effetti collaterali), la stipsi (mediante BFI), l'impatto del dolore sulla vita quotidiana (mediante BPI) e la dose (mg equivalenti di morfina) dei pazienti in trattamento con Fentanyl o Buprenorfina TDS "switchati" alla formulazione orale Ossicodone/Naloxone.

RISULTATI

Analizzati 25 pazienti età media 62 aa, 12 Femmine (48%) già in trattamento con Fentanyl o Buprenorfina TDS (9 con Bup e 16 con Fent) al momento della presa in carico in trattamento con 161 mg/equiv di Morfina /die. Sono stati passati a Ossicodone/Naloxone orale e sono stati osservati dopo 15, 30 e 60 gg (rispettivamente T1, T2 e T3). NRS a T0: 8,8; T1: 8,4; T2: 6,2; T3: 3,8. Il BPI ha registrato le seguenti variazioni da T0 a T3: Sonno da 9 a 4,1; Appetito da 9 a 3,8; Deambulazione da 7 a 4,5; Cura Personale da 5,8 a 2; Attività da 9 a 5,2; Umore da 9,8 a 3,7; Concentrazione da 9,6 a 3,7. La tollerabilità intestinale ha registrato un BFI 49,8 a T0; 42 a T1; 21,8 a T2; 10,6 a T3. Gli effetti collaterali da T0 a T3 hanno registrato: Nausea/Vomito da 2 a 0,8; Vertigini da 0,6 a 0,2; Sonnolenza da 4,1 a 2,3; Secchezza bocca da 1,3 a 0,3; Prurito da 1,2 a 0; Tremore da 0,3 a 0,1; Le dosi medie di switch di Ossicodone/Naloxone a T0 erano pari a 38,6 mg/die (77,2 equiv. Morfina) contro i 161 mg/die equiv. Morfina dei TDS. Le dosi di Ossicodone/Naloxone sono salite da 38,6 mg/die T0 a 59 mg/die T3 (118 mg/die equiv. Morfina).



CONCLUSIONI

Questi dati retrospettivi dimostrano che lo switch alla combinazione fissa Ossicodone/Naloxone orale PR è stata efficace e ha migliorato la tollerabilità in un real-life setting di pazienti già in trattamento con formulazioni Transdermiche. Tale efficacia e tollerabilità è stata raggiunta a dosi equivalenti di Morfina circa dimezzate.

AGOPUNTURA ADDOMINALE PER IL TRATTAMENTO DELLA FIBROMIALGIA: STUDIO PILOTA

De Santis S.¹, Testa A.¹, Mastrantuono A.¹, Berrettoni R.², Orsini P.L.², Marinangeli F.³

¹ S.S. Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di L'Aquila

² Dipartimento di Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore Ospedale G. Mazzini Teramo

³ Professore Associato S.S. Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di L'Aquila

INTRODUZIONE

La Fibromialgia (FM) è una sindrome complessa caratterizzata dalla presenza di dolore diffuso e fatica, spesso associati a disturbi del sonno, dell'umore, cognitivi, sindrome del colon irritabile e cefalea. La combinazione di trattamenti farmacologici e terapie complementari o alternative sembra essere il miglior approccio terapeutico.

L'agopuntura "somatica" è ampiamente utilizzata nel trattamento della FM, tuttavia in letteratura è presente solo un recente studio di Iannuccelli et al. in cui è stata combinata con l'agopuntura "addominale" in pazienti fibromialgici.

Il metodo "addominale" utilizza un *microsistema* di punti localizzati nella regione periombelica (rappresentazione olistica dell'organismo) in cui il sistema testa-colonna-arti è rappresentato dal sistema Shen Gui.

MATERIALI E METODI

Abbiamo utilizzato la sola agopuntura "addominale" in 21 pazienti affette da FM (criteri diagnostici ACR 1990 e 2010). All'inizio del trattamento 5 pazienti assumevano duloxetine da circa 3 mesi ed hanno continuato la terapia farmacologica per tutta la durata del trattamento. Sono state effettuate 12 sedute con cadenza bisettimanale.

Gli obiettivi dello studio sono stati quelli di valutare l'eventuale riduzione del dolore ed il miglioramento della qualità di vita. I Trigger Points (TP) ed il dolore sono stati valutati all'inizio del trattamento (T₀), dopo 15 giorni (T₁), alla fine del trattamento (T₂) e a 3 mesi dall'inizio del trattamento (T₃).

Ai tempi T₀, T₁, T₂ queste valutazioni sono state fatte prima e dopo ogni seduta. La qualità di vita è stata valutata tramite le variazioni sui punteggi di FIQ, FAS, HAQ, ZSAS, ZSDS al tempo T₀, T₂ e T₃. Gli agopunti utilizzati sono stati: 12-4-6-10 RM, 15 SP e 17 KI bilateralmente; 24 ST bilateralmente, 9 RM e punti extra meridiano per i dolori localizzati nella parte alta; 26 ST bilateralmente e punti extra meridiano per i dolori localizzati nella parte bassa. È stata effettuata una puntura profonda, media o superficiale in base all'agopunto.

RISULTATI

È stata riscontrata una riduzione del numero di TP (15 T₀ vs 12,7 T₁ vs 11,3 T₂ vs 11,19 T₃) e del dolore (VAS 79 T₀ vs 63,3 T₁ vs 40,9 T₂ vs 39,5 T₃). I miglioramenti sono stati rilevati anche a termine di ciascuna seduta. Tutte le pazienti hanno mostrato una buona compliance. Si è potuto constatare un miglioramento della qualità di vita con la riduzione dei punteggi ai questionari clinimetrici rispetto ai valori basali.

CONCLUSIONI

Questi dati suggeriscono che l'agopuntura "addominale" potrebbe rappresentare un trattamento complementare utile per il dolore ed i sintomi associati nei pazienti fibromialgici. Gli agopunti utilizzati hanno relazioni specifiche con precise aree del corpo e rappresentano afferenze selettive per il sistema nervoso centrale per cui possono essere utili per il recupero dell'omeostasi funzionale.

Gli effetti spesso immediati del trattamento e l'utilizzo di agopunti non TP possono favorire la compliance, tuttavia l'efficacia dipende dalla sequenza e dalla profondità di infissione degli aghi, nonché dalla precisione nel reperimento degli agopunti per cui una localizzazione imprecisa di qualche millimetro può rendere il trattamento inefficace. Una maggiore numerosità del campione ed un follow-up più lungo potranno permettere una valutazione più approfondita della significatività dei dati.

POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT THROUGH INTRAPERITONEALLY LOCAL ANESTHETIC IN PEDIATRIC PATIENTS HOSPITALIZED IN PICU AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY

Dario Galante¹, Atul Gaur², Amer Ahmed², Dino Pedrotti³

¹*University Department of Anesthesia and Intensive Care, University Hospital Ospedali Riuniti of Foggia, Italy*

²*Department of Anesthesia, Glenfield Hospital, University of Leicester, UK*

³*Department of Anesthesia and Intensive Care, S. Chiara Hospital, Trento, Italy*

INTRODUCTION

Although pain after laparoscopic surgery is less intense than after open surgery, some patients still experience considerable discomfort in PICU. Postoperative pain after laparoscopic surgery is an important limiting factor for a rapid return to normal activity.

In our study we demonstrate the efficacy and safety of intraperitoneally administration of low doses of local anesthetics.

MATERIALS AND METHODS

After IRB approval 46 patients ASA I-II, 9-14 years old, received in double-blinded fashion 40 ml of 0.9 normal saline solution (group S), ropivacaine 0.2% (group R), levobupivacaine 0.25% (group L). A standard general anesthesia was performed with propofol, cisatracurium, mixture of air/O₂/sevoflurane and remifentanyl in continuous infusion.

The anesthetic solutions were intraperitoneally administered at the end of laparoscopic procedure and repeated in PICU through an intraperitoneally catheter.

Postoperative pain was assessed during the first 24h (T₀ end of surgery, T₁ 2h, T₂ 4h, T₃ 8h, T₄ 12h, T₅ 24h) using visual analogic scale (VAS 0-10). Further anesthetic drug in postoperative time, if administered, were also recorded.

RESULTS

Pain was less intense in the group L, particularly in T₀-T₄-T₅ and rescue analgesic drugs consumption was lower in this group respect ropivacaine and normal saline groups.

Postoperative pain at deep inspiration was higher in ropivacaine group respect levobupivacaine and normal saline groups.

CONCLUSIONS

The efficacy and safety of of intraperitoneally administration of local anesthetics has been well demonstrated in many studies but there is a lack of consensus regarding dose and concentration. In our study we showed that the use of lower concentrations of local anesthetics led to significantly lower pain scores particularly for what concerns levobupivacaine.

References

1. Ioannidis O et al. Intraperitoneal administration of local anesthetics in laparoscopic surgery: pharmacological, anatomical, physiological and pathophysiological considerations. *Minerva Chir* 2013; 68:599-612

DOES THE EPIDERMAL NERVE FIBRE DENSITY MEASURED BY SKIN BIOPSY IN PATIENTS WITH PERIPHERAL NEUROPATHIES CORRELATE WITH NEUROPATHIC PAIN?

S La Cesa, A Biasiotta, G Di Stefano, C Leone, E Galosi, S Piroso, A Pepe, C Giordano, G Cruccu, A Truini

Department of Neurology and Psychiatry, Sapienza University, Rome

The different neuropathic pain types (e.g. ongoing burning pain and allodynia) are frequent and disabling complaints in patients with peripheral neuropathies. Although the reference standard technique for diagnosing painful small fibre neuropathies is nerve fibre density assessment by skin biopsy, the relationship between the epidermal nerve fibre (ENF) density and neuropathic pain is still unclear. In a clinical and skin biopsy study designed to investigate whether changes in ENF density are directly related to pain, we enrolled 139 consecutive patients with distal symmetric peripheral neuropathy.

All patients underwent clinical examination. The Neuropathic Pain Symptom Inventory was used to distinguish the different neuropathic pain types. A skin biopsy was conducted and ENFs were immunostained with the antiprotein gene product 9.5 and their linear density was quantified with bright-field microscopy.

No difference was found in ENF density between patients with and without neuropathic pain, nor between patients with and without ongoing burning pain. Conversely, ENF density was higher in patients with provoked pains (including mechanical dynamic allodynia) than in those without.

The variable association between ENF density and symptoms of neuropathic pain supports the idea that neuropathic pain symptoms arise through distinct underlying mechanisms. The lack of relationship between ongoing burning pain and ENF density suggests that this type of pain reflects factors other than loss of nociceptive afferents. The association between ENF density and provoked pain (including mechanical dynamic allodynia) suggests that this type of pain might be mediated by spared and sensitised nociceptive afferents.

DOLORE DA MONCONE RESIDUO DOPO AMPUTAZIONE DI COSCIA: UTILIZZO DI OSSICODONE/NALOXONE AD ALTO DOSAGGIO

Maniscalco G

*Medico Chirurgo – Anestesia e Terapia del Dolore
Ambulatorio di Terapia Antalgica - Presidio Sanitario Gradenigo, Torino*

INTRODUZIONE

Nei pazienti amputati sono molto comuni il dolore da arto fantasma e da moncone residuo. Il trattamento può richiedere nel corso degli anni la rotazione e l'utilizzo di oppioidi ad alto dosaggio.

MATERIALI E METODI

Giunge alla nostra attenzione un uomo di 67 anni in condizioni generali scadute e con dolore non controllato, amputato di coscia tre anni prima a causa di grave arteriopatia obliterante. La sintomatologia è comparsa a distanza di poche settimane dall'amputazione con progressivo peggioramento in intensità e durata. È descritto come "atroce", "insopportabile", con qualità miste nocicettive-neuropatiche ma senza caratteristiche di sindrome da arto fantasma. Il dolore è localizzato all'estremità distale del moncone residuo ed è presente prevalentemente di notte. Il paziente attribuisce NRS=7-8 con crisi dolorose NRS=9-10. È in corso terapia giornaliera con tramadolo 400 mg, paracetamolo 3 grammi, diclofenac RP 150 mg. Viene da noi prescritta terapia multimodale con fentanyl 25 mcg/ora, paracetamolo ed oxcarbazepina 600 mg/die, interrotta poco dopo per comparsa di eritema multiforme. Il paziente ricontatta quindi il nostro centro per riacutizzazione del dolore (NRS=7-8). Fallisce per inefficacia o effetti collaterali non tollerati l'utilizzo di pregabalin e gabapentin; sono temporaneamente efficaci l'iniezione in sede di cicatrice di cortisone ed anestetico locale (probabile sede di neuromi tuttavia non dimostrabili ecograficamente). Si impianta catetere peridurale (livello L2-L3) per infusione continua di anestetico locale con beneficio dubbio ed alternante per cui si posiziona elastomero sottocute a dosaggi crescenti fino a morfina 70 mg, fentanyl 300 mcg, aloperidolo 2 mg al giorno. Buon controllo della sintomatologia per tre mesi ma un ulteriore incremento del dosaggio di oppioide causa collateralità gastrointestinali (stipsi refrattaria, vomito) ed a carico del sistema nervoso centrale (confusione, delirium, sonnolenza). Si decide per rotazione dell'oppioide e aggiustamento del dosaggio fino ad ossicodone/naloxone PR 160 mg/die in due somministrazioni.

RISULTATI

A distanza di circa 5 mesi il paziente continua ad assumere ossicodone/naloxone PR 80 mg x 2 con discreta efficacia (NRS=2-3) e tollerabilità. Il paziente ha dimostrato un miglioramento apprezzabile della qualità di vita ed ha riacquisito autonomia in alcune semplici attività quotidiane.

DISCUSSIONE DEL CASO

Il dolore da moncone residuo dopo amputazione di un arto è un fenomeno frequente (1) che compromette la qualità di vita del paziente, anche perché spesso è responsabile della mancata protesizzazione dell'arto. La prevenzione (2) ed il trattamento di questa sindrome sono ancora oggetto di ricerca così come la fisiopatologia è solo parzialmente conosciuta. Il caso clinico presentato dimostra la complessità di gestione di questi pazienti e la risposta poco prevedibile a trattamenti di natura interventistica. L'utilizzo di dosaggi esponenziali di oppioidi può condurre nel tempo alla necessità di effettuare la rotazione ad altro oppioide. In questo paziente l'utilizzo di ossicodone/naloxone a dosaggi elevati è stato efficace e bene tollerato. L'impossibilità di utilizzare gli adiuvanti classici nel trattamento del dolore

neuropatico ha costituito un problema terapeutico e la scelta dell'ossicodone è supportata da crescenti evidenze cliniche di superiorità rispetto ad altri oppioidi nel trattamento delle sindromi neuropatiche (3-5).

Bibliografia

1. Clarke C, Lindsay DR, Pyati S, Buchheit T. Residual limb pain is not a diagnosis: a proposed algorithm to classify postamputation pain. *Clin J Pain*. 2013 Jun;29(6):551-62
2. Ypsilantis E, Tang TY. Pre-emptive analgesia for chronic limb pain after amputation for peripheral vascular disease: a systematic review. *Ann Vasc Surg*. 2010 Nov;24(8):1139-46
3. Eisenberg E, McNicol E, Carr DB. Opioids for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;3
4. Watson and Babul, 1998 C.P. Watson and N. Babul, Efficacy of oxycodone in neuropathic pain: a randomized trial in postherpetic neuralgia. *Neurology*, 50(1998):1837–1841
5. Watson et al., 2003 C.P. Watson, D. Moulin, J. Watt-Watson, A. Gordon and J. Eisenhoffer, Controlled-release oxycodone relieves neuropathic pain: a randomized controlled trial in painful diabetic neuropathy. *Pain*, 105(2003):71–78

INIBITORI DEGLI ENZIMI DI DEGRADAZIONE DEGLI ENDOCANNABINOIDI IN CONDIZIONI DI DOLORE NEUROPATICO: DALLA SPERIMENTAZIONE ALL'USO CLINICO

Marinangeli F¹, Piroli A¹, Biancofiore V², Cardilli E², Castellani M², Dibello FM², Di Marco C², Paladini G², Santoro C², Ciccozzi A¹, Marsili I¹, Paladini A¹, Petrini F², Cifone MG³

¹Scuola di Specializzazione Anestesia e Rianimazione, Università degli Studi di L'Aquila

²Scuola di Specializzazione Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara, sede aggregata di L'Aquila

³Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell' Ambiente, Università degli Studi di L'Aquila

Gli endocannabinoidi sono mediatori lipidici che esplicano la maggior parte delle loro funzioni, legando ed attivando due recettori accoppiati a G-protein, Cannabinoid Receptor 1 (CB1) e Cannabinoid Receptor 2 (CB2).

I due endocannabinoidi, maggiormente studiati, sono il derivato dell'acido arachidonico anandamide (AEA) e il monoacilglicerol-2-arachinilglicerolo (2-AG); questi, insieme agli enzimi responsabili della loro biosintesi e della loro degradazione, Fatty Acid Amide Hydrolase (FAAH) e MonoAcilGlicerolLipasi (MAGL), costituiscono il sistema degli endocannabinoidi endogeni (1).

I recettori CB1 sono espressi principalmente a livello del sistema nervoso centrale, oltre che lungo le vie di trasmissione del dolore centrali e periferiche (tratto spino-talamico e tratto talamo-corticale). L'attivazione dei recettori pre-sinaptici CB1, in differenti aree cerebrali o a livello dei neuroni afferenti primari, inibisce il rilascio di neurotrasmettitori, mediante la riduzione della conduttanza dei canali del calcio e aumentando la conduttanza dei canali del potassio.

I recettori CB2 sono primariamente espressi dalle cellule del sistema immunitario, oltre che in diversi tessuti coinvolti nell'immuno-modulazione, quali milza, tonsille e timo. Recenti studi suggeriscono, inoltre, la presenza di CB2 nell'encefalo, sulle radici dei gangli dorsali, nel midollo spinale a livello lombare, sui neuroni sensoriali, sulle microgliali.

La distribuzione dei recettori degli endocannabinoidi fornisce le basi anatomiche per la comprensione degli effetti antalgici degli endocannabinoidi stessi (2).

Il segnale endocannabinoide è limitato da un efficace processo di degradazione di idrolisi enzimatica mediato da specifici enzimi intracellulari. Tali enzimi sono stati ben caratterizzati e includono FAAH e MAGL. FAAH idrolizza AEA e i composti correlati, mentre MAGL idrolizza 2-AG.

La comprensione delle vie di sintesi e metabolismo di AEA e 2AG è importante nello sviluppo di strategie farmacologiche che possano inibire la degradazione enzimatica degli endocannabinoidi (attraverso l'inibizione di MAGL e FAAH) in modo da modulare le vie nocicettive mediate da queste molecole.

Studi abbastanza recenti (3, 4) hanno indagato le conseguenze funzionali dell'inibizione di questi enzimi in un'ampia gamma di modelli animali, su stati di dolore neuropatico e infiammatorio. Gli animali con compromissione del FAAH manifestano un fenotipo antinocicettivo e antinfiammatorio come se fossero trattati con agonisti diretti dei recettori dei cannabinoidi, come il THC (Tetraidrocannabinolo), principio psicoattivo della cannabis sativa. Il blocco di FAAH non dà apparentemente effetti psicomimetici, associati invece al THC, e non produce tolleranza. Gli effetti benefici del blocco di FAAH in questi modelli è prevalentemente mediato dall'attivazione dei recettori CB1 e/o CB2, anche se meccanismi non cannabinoidi potrebbero avere un contributo o addirittura un ruolo primario. Collettivamente la comunità scientifica suggerisce che l'attivazione del sistema degli

endocannabinoidi attraverso il targeting del FAAH è una strategia promettente nel trattamento del dolore e dell'infiammazione mancando gli sconvolgenti effetti tipicamente associati alla cannabis sativa (5).

Bibliografia

- 1) Mireille Alhouayek and Giulio G. Mucciolo. The endocannabinoid system in inflammatory bowel diseases: from pathophysiology to therapeutic opportunity. *Trends in Molecular Medicine*. October 2012, vol.18, No. 10
- 2) Guindon J, Hohmann AG. The endocannabinoid system and pain. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2009 Dec;8(6):403-21.
- 3) Séverine Vandevorde and Christopher J Fowler. Inhibition of fatty acid amide Hydrolase and monoacylglycerol lipase by the anandamide uptake inhibitor VDM11: evidence that VDM11 acts as an FAAH substrate. *Br J Pharmacol*. 2005 Aug;145(7):885-93.
- 4) Kinsey SG, Long JZ, O'Neal ST, Abdullah RA, Poklis JL, Boger DL, Cravatt BF, Lichtman AH. Blockade of endocannabinoid-degrading enzymes attenuates neuropathic pain. *J Pharmacol Exp Ther*. 2009 Sep;330(3):902-10. doi: 10.1124/jpet.109.155465. Epub 2009 Jun 5.
- 5) Schlosburg JE, Kinsey SG, Lichtman AH. Targeting fatty acid amide hydrolase (FAAH) to treat pain and inflammation. *AAPS J*. 2009 Mar;11(1):39-44. doi: 10.1208/s12248-008-9075-y. Epub 2009 Jan 29.

TRE ANNI DI ESPERIENZA CLINICA CON OSSICODONE-NALOXONE

Mariot G.

*Direttore UOSD
Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Terapia Antalgica
ULSS 5 - Regione del Veneto
Ospedale S. Lorenzo, Valdagno*

INTRODUZIONE

Dall'introduzione in Italia (febbraio 2011) dell'associazione farmacologica di ossicodone e naloxone (O/N), abbiamo trattato presso il nostro Centro di Terapia Antalgica circa 300 pazienti affetti da dolore cronico di varia eziologia.

L'utilizzo regolare dell'associazione O/N oltre a confermare l'assenza quasi completa della disfunzione intestinale oppioido-indotta, ha permesso di evidenziare alcuni aspetti clinici di notevole rilevanza.

MATERIALI E METODI

Vengono descritti sette casi clinici che dimostrano la scarsità o assenza di tolleranza, la sicurezza negli alti dosaggi e la ridotta efficacia dell'associazione in presenza di insufficienza renale.

- a) Due pazienti affetti da dolore degenerativo senza segni di tolleranza.
 - Dosaggio efficace per il completo benessere di 30/15 mg bid; solo dopo 18 mesi si porta il dosaggio a 40/20mg bid.
 - La terapia plurifarmacologica con paracetamolo 1000 mg bid e O/N 10/5 mg bid risulta perfettamente efficace dopo 29 mesi di trattamento continuativo.
- b) Tre casi di cancer pain trattati con O/N ad alti dosaggi.
 - 300/150 in due somministrazioni al giorno;
 - 200/80 in due somministrazioni al giorno (O/N associato a solo ossicodone);
 - 200/100 al giorno in due dosi.
- c) Due casi di ridotta efficacia dell'associazione O/N rispetto al solo ossicodone.
 - Presenza di creatinemia normale, mentre il calcolo della VFG (58 ml/min/1,73 m²) indica danno renale cronico.
 - La rotazione da ossicodone ad O/N causa un peggioramento della sintomatologia. Sospettando problemi nefrologici viene eseguita una clearance della creatinina (54 ml/min) che evidenzia un'insufficienza renale misconosciuta.

RIASSUNTO DEI RISULTATI

- 1) Nel dolore di eziologia non maligna abbiamo potuto rilevare scarsità o addirittura assenza di tolleranza.
- 2) Ottima efficacia e tollerabilità ad alte dosi nel dolore di origine maligna.
- 3) Riduzione dell'efficacia dell'associazione O/N rispetto al solo ossicodone in presenza di insufficienza renale moderata.

CONCLUSIONI

La presenza di naloxone nel rapporto di 0,5/1 con ossicodone risulta ottimale in clinica, secondo la nostra esperienza, anche ad alti dosaggi.

Solo uno sbilanciamento del rapporto a favore del naloxone causa una minore efficacia analgesica nei confronti dell'ossicodone in monoterapia.

Tale evento può accadere in presenza di insufficienza renale moderata o per ridotto metabolismo del naloxone in presenza di grave insufficienza epatica.

Nella nostra esperienza non si è evidenziata tolleranza, almeno fino a dosaggi di 30/15 mg bid, nel dolore di origine degenerativa; gli incrementi del farmaco sono stati da imputare a peggioramento delle condizioni morbose e non a tolleranza.

I pochi casi di sindrome d'astinenza (circa 1%) rilevati in pazienti che avevano sospeso spontaneamente e bruscamente l'assunzione di O/N si sono manifestati per dosaggi superiori a 10/5 mg bid e sono durati circa 15 giorni, mentre a dosaggi uguali o inferiori la sindrome non si è mai evidenziata.

DOLORE CRONICO E OBESITÀ

Francesco Masia, Giorgio Celi, Ilenia Grandone*, Giuseppe Fatati* e Stefano Coaccioli

Clinica Medica Generale e Terapia Medica, Diabetologia e Dietologia. Università degli Studi di Perugia. Azienda Ospedaliera-Universitaria "Santa Maria", Terni*

INTRODUZIONE

L'obesità (Ob) è uno dei principali problemi di sanità pubblica, soprattutto nel mondo occidentale. La sua prevalenza è in continuo aumento e colpisce sia uomini che donne a qualunque età. Il dolore cronico (DC), d'altro canto, è condizione patologica altrettanto seria e prevalente. L'Ob e il DC non sono solo condizioni patologiche, ma anche importanti fattori di rischio per numerose altre condizioni morbose.

PAZIENTI

Il nostro studio ha osservato 182 pazienti con Ob ai quali è stato somministrato un breve questionario con l'obiettivo di valutare la prevalenza e le caratteristiche del DC, l'atteggiamento terapeutico e i suoi risultati, nonché la conoscenza della Legge n. 38 del 15/03/2010. I pazienti sono stati reclutati presso l'Ambulatorio Diabetologico nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Terni, nel periodo 1 giugno 30 dicembre 2012. A tutti i pazienti è stato presentato un questionario originale composto da 10 domande.

RISULTATI

Il DC è risultato essere presente nel 39% dei soggetti con Ob (73.2% femmine, 23.9% maschi) e aumenta in maniera proporzionale all'aumentare del BMI. La maggior parte dei pazienti (48%) mostra un dolore di tipo articolare, e lo "spillo" e la "morsa" sono le due tipologie più rappresentate. La quasi totalità del campione (90%) soffre di un dolore da moderato a forte. Il 15% circa dei pazienti non assume alcuna terapia, mentre i FANS sono risultati i farmaci di più largo impiego (oltre il 50% dei pazienti) ed il 45% dei soggetti non ha riferito un buon controllo del dolore. La legge n.38 è conosciuta solo dall'8.2% del campione.

CONCLUSIONI

Lo studio ha dimostrato la significativa associazione tra Ob e DC, particolarmente nel genere femminile, la rilevanza clinica del DC stesso, il suo andamento BMI-dipendente, l'inadeguatezza della terapia e la diffusa scarsità di conoscenza e attenzione riguardo al tema dolore.

LB-UTILIZZO DEL DEVICE AIARTEXB NELLA GESTIONE DEL LOW BACK PAIN

Maria Caterina Pace, Maria Beatrice Passavanti, Vincenzo Pota , Pasquale Sansone, Daniela Fierro, Filomena Peluso, Maria Rosaria Pasquariello, Umberto Colella, Caterina Aurilio

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

INTRODUZIONE

Il low-back pain, in Italia, colpisce quasi 15 milioni di persone, di cui circa due milioni in maniera cronica. E' una patologia legata a diversi fattori fisici, ma anche di tipo psicologico e sociale. Mentre esiste un'evidenza scientifica sul trattamento farmacologico del low-back pain, di contro non si può dire altrettanto sulla biomeccanica del carico di peso, del riposo e della postura.

OBIETTIVO

Pertanto presso il reparto di Terapia del Dolore, Tossicologia d'urgenza ed Anestesia, della Seconda Università di Napoli, abbiamo deciso di valutare la capacità analgesica e l'outcome sulla qualità del riposo e della vita del sistema coprimaterasso volumetrico, realizzato con multi e monofilamenti di Poliestere (AIARTEX®) nei pazienti affetti da low-back pain.

MATERIALI E METODI

Previa approvazione del comitato etico locale sono stati arruolati 40 pazienti affetti da LBP. Criteri di inclusione: VAS media >50mm, durata del dolore superiore a 3 mesi, nessuna terapia farmacologia o presenza di terapia farmacologica a dosaggio stabile da almeno un mese. I pazienti dopo la visita di arruolamento (V0) sono stati divisi in due gruppi omogenei:

- gruppo A: 20 pazienti cui è stato consegnato il sistema coprimaterasso AIARTEX®
- gruppo B: gruppo controllo di 20 pazienti.

I pazienti sono stati chiamati per una visita di controllo dopo un mese (V1), dopo 3 mesi (V2), dopo 6 mesi (V3).

Parametri di efficacia primari: VAS media.

Parametri di efficacia secondari: qualità del sonno, PGIC.

RISULTATI

Dei 40 pazienti arruolati nessuno è uscito dallo studio. Dal punto di vista dei parametri di efficacia vi è stata una riduzione del dolore pari al 50% rispetto alla visita di arruolamento nel gruppo trattato con il sistema AIARTEX (gruppo A VAS 24±8 vs gruppo B 62±9.7). Per quanto riguarda la qualità del sonno vi è stato un miglioramento superiore al 50 % nel gruppo A (gruppo A 20 ±6.3 vs gruppo B 73±6.4).

CONCLUSIONI

I risultati del presente studio, anche se caratterizzato da un campione ridotto di pazienti, sono in linea con altri trial, che hanno dimostrato come la superficie di riposo possa contribuire al discomfort del paziente e che dormire su superfici idonee si traduca in un miglioramento della sintomatologia dolorosa, del sonno e quindi della qualità della vita.

Bibliografia

1. Pota V et al. Combination therapy with transdermal buprenorphine and pregabalin for chronic low back pain. Pain Medicine 2012;2: 23-31.
2. Jacobson et al. Effect of prescribed sleep surfaces on back pain and sleep quality in patients diagnosed with low back and shoulder pain. Appl Ergon. 2010 Dec;42(1):91-7.
3. Bergholdt et al. Better backs by better beds? Spine (Phila Pa 1976). 2008 Apr 1;33(7):703-8

N-ACETYL-CYSTEINE INHIBITS NOCICEPTIVE PATHWAY FUNCTION. A COMBINED ANIMAL AND HUMAN STUDY

Piroso S, S La Cesa, A Biasiotta, G Di Stefano, C Leone, E Galosi, A Pepe, C Giordano, G Cruccu, A Truini

Department of Neurology and Psychiatry, Sapienza University, Rome

INTRODUCTION

Despite concerted efforts from pharmacologic research into pain, many patients fail to achieve sufficient pain relief with the currently available drug. N-Acetyl-cysteine (NAC), an old and safe drug used as a mucolytic agent, enhances the endogenous activation of presynaptic metabotropic glutamate receptors type 2 and inhibits neurotransmitter release, thus possibly negatively modulating nociceptive pathway function. In this study we verified whether 1200 mg of oral NAC inhibits nociceptive pathway function by investigating how this drug modulates pain related responses in animals and humans.

METHODS

We have investigated the NAC-induced changes in tail flick evoked by heat stimulation in 6 mice; then in 10 healthy subjects we measured changes induced by NAC on thermal-pain perceptive thresholds as assessed by quantitative sensory testing and laser evoked potentials, according to a cross over, double-blind placebo-controlled design.

RESULTS

In mice, NAC caused a tail flick delay, reverted by a single injection of the mGlu2/3 receptor antagonist (LY341495). In humans, NAC did not change the thermal-pain perceptive thresholds as assessed by quantitative sensory testing ($P > 0.08$), but reduced the laser pain ratings and the amplitude of laser evoked potentials ($P < 0.05$).

CONCLUSIONS

Our data, showing that NAC delays the tail flick response and reduces the laser pain ratings and the amplitude of laser-evoked potentials, indicate that NAC inhibits nociceptive pathway function. These findings suggest that this drug is worthy of being tested in a clinical trial in patients with pain.

STUDIO DI PREVALENZA E INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE NELLA GESTIONE DEL DOLORE PRESSO L'A.O. OSPEDALE DI CIRCOLO DI MELEGNANO

Pisano A.¹, Parolini R.², Mancini M.³

¹ *Infermiera, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano*

² *Infermiere Coordinatore SITRA, Presidio di Vaprio d'Adda, Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Melegnano"*

³ *Infermiera Tutor, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli studi di Milano, sezione di Cernusco S/N, A.O. "Ospedale di Circolo di Melegnano"*

INTRODUZIONE

Sebbene negli ultimi decenni siano stati fatti importanti progressi nello studio e trattamento del dolore, questo risulta ancora sottostimato e sottotrattato nella pratica clinica. A livello sia nazionale che internazionale la prevalenza del dolore varia dal 19% al 57% e i soggetti più colpiti sono le donne e gli anziani. Inoltre, secondo le indicazioni dell'American Pain Society (APS), la valutazione dell'esito di interventi per la gestione del dolore deve considerare non solo il miglioramento dei sintomi, ma anche la soddisfazione dell'utente per le cure ricevute. Con questa indagine ci siamo pertanto proposti di verificare lo stato attuale della prevalenza del dolore nell'A.O. Ospedale di Circolo di Melegnano, e della soddisfazione del paziente rispetto la sua valutazione, monitoraggio e gestione.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale utilizzando per la raccolta dati un questionario validato in italiano, l'American Pain Society Patient Outcome Questionnaire. Il campione era composto da tutti i 521 pazienti ricoverati su 596 posti letto attivi nell'A.O. di Melegnano i giorni della rilevazione; i soggetti esclusi dallo studio o che non hanno risposto al questionario sono stati 255.

RIASSUNTO DEI RISULTATI

Dei 266 soggetti rispondenti il 54% è di sesso femminile e il 46% di sesso maschile; con un'età media di 68 anni. La prevalenza del dolore all'interno dell'A.O. di Melegnano è pari al 34%: le categorie più colpite sono il sesso femminile con il 58% dei soggetti che affermano di provare dolore, e gli anziani. Tutti i soggetti che hanno provato dolore nelle ultime 24 ore hanno assunto trattamento antidolorifico: i farmaci più somministrati sono i non-oppioidi, 74%.

Dai dati rilevati sul dolore peggiore e medio delle 24 ore risulta che il dolore nell'Azienda non è sempre completamente controllato nell'arco della giornata, ma lo era al momento dell'intervista. Più del 50% del campione dichiara che il dolore interferisce in buona parte con le attività di vita generali, l'abilità di camminare, il sonno e l'umore; meno del 50% dichiara che il dolore interferisce nella relazione con le altre persone.

Più dell' 80% del campione ha riferito alti livelli di soddisfazione nel trattamento complessivo del dolore e per come questo è stato gestito sia dai medici che dagli infermieri. Alla domanda relativa alla trasmissione di informazioni relativa al dolore, il 9% dei soggetti dichiara di non aver ricevuto nessuna informazione; i soggetti non informati, non hanno presentato livelli di dolore più alti.

CONCLUSIONI

In questa indagine gli esiti attesi sono stati raggiunti. È possibile dare una valutazione complessivamente positiva sull'approccio alla gestione del dolore adottato nell'A.O. Ospedale di Circolo di Melegnano. I risultati ottenuti rispecchiano i dati della letteratura, sono utili per eventuali confronti e suscettibili di ulteriori miglioramenti.

I dati dell'indagine hanno mostrato, infatti, che nell'azienda si fa poco uso di metodi non farmacologici per il controllo del dolore, solo dal 2% al 19% dei casi, aspetto su cui si dovrebbe intervenire per migliorare la gestione del dolore



AISD

www.aisd.it

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus

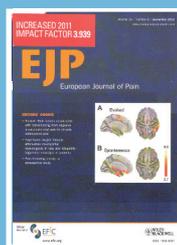
**Dal 1976 impegnati
nello studio e nella cura del dolore**

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

DIVENTA SOCIO AISD!

Per iscriversi basta registrarsi nel sito www.aisd.it, compilare il modulo e inviarlo per e-mail (segreteria@aisd.it) o per fax (178 6089948). La quota annuale è di euro 50,00 (medici, dentisti, farmacisti), o euro 25,00 (infermieri, fisioterapisti).

Tutti i soci hanno diritto all'abbonamento gratuito online all'European Journal of Pain e possono usufruire della quota scontata per partecipare al Congresso nazionale AISD e al Congresso europeo EFIC[®].



Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus

00193 Roma - Via Tacito, 7 - Tel. 339 6195974 Fax 178 6089948 - segreteria@aisd.it

Banca di Credito Cooperativo di Roma - IBAN: IT 44 J 08327 03239 0000 0000 2154

www.aisd.it

www.congressiaisd.com





The Paolo Procacci Foundation (FPP) was created to promote and support initiatives of any form that advance the prevention, the early diagnosis, the cure and social services for illness called “pain” and related symptoms. The Foundation is promoted by internationally renown and productive scientists and researchers who have been active for years in some of most important scientific societies and associations dedicated to pain. The FPP represents a synergy between a rigorous scientific knowledge and the organisational instruments of a foundation. It is the nexus of the professional skills and knowledge that are fundamental to spreading scientific concepts on the study and treatment of pain and to stimulate further research.

Professor Paolo Procacci, a Florentine doctor of enormous and respected medical and humanistic culture was a pioneer in research into pain: one of the founders of the International Association for the Study of Pain, of which he was vice president from 1975 to 1978 he also served as the first president of the Italian Association for the Study of Pain. He worked intensely for a greater sensibility on the subject of pain within the scientific community and he made significant contributions to spreading the fundamental principles that should guide a doctor in his clinical evaluation and choice of therapy for patients with pain.

The FPP, named after him, intends to build on his heritage and that of the many other researchers who have been working on and teaching extensively about pain for years, in order to make concrete contributions and further progress to the treatment and cure of patients suffering from chronic pain.

Mission statement

Understanding and curing pain

TO PROMOTE

clinical studies and basic research into pain and related symptoms

TO PROMOTE

scientific research of particular social interest, even those with the intended to contain and better organise public healthcare spending

TO FINANCE

scholarships and research grants for young researchers

TO CONTRIBUTE

to the training of medical professionals through classes, events, and national information campaigns tailored to general practitioners and specialist doctors

TO RE-EXAMINE

the primary training and continuous education curriculum for doctors

TO DEFINE

protocols for managing chronic pain in practice, that help general practitioners clearly understand who to send to pain medicine specialist and when

TO SUPPORT

the creation of a pain medicine specialisation

TO MANAGE

a correct campaign to spread knowledge and understanding to scientists and specialists as well as to the general public

TO IMPROVE

the quality of treatment and the quality of life of people suffering from pain pathologies

TO BE

an authoritative voice based on scientific findings for the political and policy issues associated with pain and its management.

www.fondazioneprocacci.org

Executive Committee

President

Giustino Varrassi

Councillors

Stefano Coaccioli
Franco Marinangeli

Founding Members and councillors

Serdar Erdine
Stefano Ischia
Franco Marinangeli
Alberto Pasqualucci
Margarita Puig Riera de Conias
Riccardo Rinaldi
Mario Tiengo
Athina Vadalouca
Giustino Varrassi
Michael Wolfgang Zenz

You can help the Paolo Procacci Foundation through direct donations

Bank account: Fondazione Paolo Procacci Onlus
BCC Banca di Credito Cooperativo di Roma
IBAN: IT 08 Z 08327 03239 000000001820
Swift code: Roma ITRRXXX
Fiscal code: 09927861006

RUOLO DELLA ROTAZIONE DEGLI OPIOIDI NEL TRATTAMENTO DEGLI EFFETTI COLLATERALI

Raiola M.

*Dirigente medico
Saronno*

Il tumore del polmone rappresenta la neoplasia con la maggiore mortalità. E' secondo per incidenza, solo al ca. della prostata e della mammella, sia nel maschio che nella femmina.

Risulta essere asintomatico per buona parte della sua evoluzione, dando segni solo nella fase più avanzata. Sotto l'aspetto anatomopatologico si distingue in: NSCLC (epidermoide, a larghe cellule, adenocarcinoma) e SCLC (microcitoma)

I sintomi d'organo sono: tosse, dispnea, emottisi dolore e febbre

i sintomi extrapolmonari sono legati alla compressione di strutture vicine: disfagia, disfonia, s.di Bernard-Horner, s.metastatiche su osso, linfonodi cervello, surrene.

Tumore di Pancoast

Tumore dell'apice polmonare (dx o sn), che genera sintomatologia da compressione su : N. laringeo ricorrente (disfonia), Ganglio stellato (miosi, ipoidrosi, ptosi, enoftalmo) Plesso brachiale (s.di Pancoast con dolore di tipo neuropatico di alta intensità e debolezza nei muscoli del braccio e della mano.)

CASO CLINICO

M.S. anni 59, maschio, forte fumatore dall'età adolescenziale, sieropositivo per epatite B.

Si ricovera in reparto medico per algie "incontrollabili" al distretto cervicobrachiale dx.

Rx torace, radiografia ed ecografia della spalla negative per lesioni dd.nota.

La TAC toracica evidenzia neoformazione del lobo superiore polmone destro di 43x36 mm. che contrae rapporti con la pleura e l'arteria e vena succlavia. Le scansioni in sede addominale ed encefalica non documentano lesioni.

La diagnosi istologica è di carcinoma spinocellulare apicale polmonare LSD (T.Pancoast), con infiltrazione vascolare, del plesso brachiocefalico omolaterale e della parete toracica (distruzione arco prima costa a dx.): T4 NX-2 , MX. Viene sottoposto a ciclo di terapia antitumorale (Cisplatino e Vinorelbina). Dolore violento (VAS 6-10) a sede spalla braccio dx. trattato con cerotti di Fentanyl transdermici: 100 mcg/ora (1 ogni 72 ore) + Tapentadolo 200 mg. ogni 12 ore, Paracetamolo 1000 (2 volte al di), Saldesam 64 gtt.die.

Un mese di terapia senza variazioni di qualità o quantità dei farmaci, ma con la sola aggiunta di Morfina fiale (½ sc.a.b.), produceva un calo di VAS da 10 ad 8 (!!!) .

Veniva quindi ricoverato in reparto medico, anche per la comparsa di emoftoe (modesta) e cattivo controllo del dolore. Viene consigliata e poi praticata ambulatoriamente radioterapia locale (spalla dx.) ed il cerotto di Fentanyl viene aumentato a 200 mcg./ora.

Dopo 15 gg. si ricovera ancora, per comparsa di alvo chiuso alle feci ed ai gas con distensione addominale e dolore diffuso, stato di cachessia avanzata e sopore a tratti intenso. Si sospende il Fentanyl, si posiziona sonda rettale. Si somministrano catartici e clisma evacuativo con esito in emissione di feci formate.

Si decide di ruotare gli oppioidi, sostituendo Fentanyl cerotto, con Targin 40 mg ogni 12 ore + infusione continua di Morfina cl. (circa 150mg.die) in elastomero per via sottocutanea, Ketorolac 1 fl im. ogni 12 ore.

Il paziente viene dimesso con dolore sufficientemente controllato (VAS 4-5), alvo pervio e sopore lieve, situazione che permane fino all'exitus 12 giorni dopo la dimissione.

DISCUSSIONE

Ossicodone è un potente agonista dei recettori oppioidi Kappa, Mu e Delta, del SNC. la sua somministrazione fornisce una analgesia profonda con tropismo spiccato nel dolore neuropatico.

Naloxone è antagonista recettoriale puro di tutti i recettori oppioidi ed agisce sui recettori in tutto l'organismo (compreso tratto gastrointestinale).

In virtù dell'antagonismo competitivo locale del Naloxone, sul recettore oppioide a livello intestinale, il Naloxone antagonizza i disturbi della funzione intestinale tipici degli oppioidi (stipsi)

La somministrazione della associazione ossicodone-naloxone è stata vantaggiosamente sfruttata per risolvere una stipsi grave, protratta ed invalidante in corso di somministrazione di alte dosi di oppioidi lipofili. L'efficacia terapeutica dell'ossicodone, nel dolore neuropatico, rappresenta un'arma vincente nelle situazioni più difficili.

PATCH DI LIDOCAINA AL 5% COME COANALGESICO NEL DOLORE NEUROPATICO DA CANCRO IN PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON TAPENTADOLO

Sansone P., Pace M.C., Passavanti M.B., Fierro D., Peluso F., Pasquariello M.R., De Marco G.P., Langella E., La Vedova M., Aurilio C.

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

BACKGROUND

Il dolore neuropatico è evidente nel 35% dei pazienti con dolore cronico oncologico (1). Esso può essere correlato al trattamento radioterapico, chemioterapico, al tumore stesso e al danno neuronale chirurgico secondario all'exeresi tumorale. Le linee guida prevedono la terapia con oppioidi come trattamento standard con adiuvanti come coanalgesici l'utilizzo di anticonvulsivanti, antidepressivi e anestetici locali per uso topico come la lidocaina.(2)(3)

OBIETTIVO

Lo scopo del nostro studio è quello di valutare l'efficacia del patch di lidocaina al 5% come coanalgesico nel trattamento del dolore neuropatico cancro correlato in pazienti trattati con tapentadolo 250 mg/bid.

MATERIALI E METODI

Questo è uno studio controllato, randomizzato, open label della durata di un mese. Sono stati arruolati 20 pazienti con dolore neuropatico correlato al cancro in trattamento con tapentadolo 250mg/bid da almeno 15 giorni ; tutti i pazienti sono stati divisi in due gruppi: gruppo LID (n=10) trattati con patch di lidocaina al 5% in aggiunta alla terapia di base e gruppo NOLID (n=10) in trattamento con il solo tapentadolo. Il patch di lidocaina è stato applicato nell'area di massimo dolore utilizzandolo non più di uno ogni 24 h. La VAS e la scala DN4 sono state utilizzate per valutare l'intensità e le distinte caratteristiche del dolore neuropatico. I dati sono stati raccolti alla visita basale e al controllo delle 2 e 4 settimane. L'efficacia terapeutica è stata misurata confrontando le variazioni da T0 (baseline) a T1 (15 giorni) e T2 (30 giorni) in entrambi i gruppi.

RISULTATI

Nel gruppo LID abbiamo registrato una VAS media di $8\pm 1,05$ al tempo 0, di $6,2\pm 0,92$ al tempo 1 e di $5,5\pm 0,52$ al tempo 2. Nel gruppo NOLID, invece, la VAS media al tempo 0 è stata pari a $7,8\pm 1,03$, quella al tempo 1 pari a $7\pm 0,81$, infine al tempo 2 pari a $6,8\pm 0,63$. I risultati hanno mostrato una superiorità statistica nel gruppo LID rispetto al gruppo NOLID ($p<0,05$) sia a 15 giorni sia a 30 giorni. Nel gruppo LID abbiamo registrato uno score medio DN4 di $7,2\pm 0,92$ al tempo 0, di $6,0\pm 0,67$ al tempo 1 e di $5,5\pm 0,84$ al tempo 2. Nel gruppo NOLID, invece, lo score medio DN4 al tempo 0 è stato pari a $7,1\pm 0,74$, quello al tempo 1 pari a $6,7\pm 0,95$, infine al tempo 2 pari a $6,5\pm 0,85$. I risultati hanno mostrato che anche la riduzione dello score DN4 nel gruppo LID trattato rispetto al gruppo NOLID ($p<0,05$) ad entrambi i controlli è statisticamente significativa.

CONCLUSIONI

Il patch di lidocaina al 5% riduce l'intensità di tutte le caratteristiche della neuropatia nei pazienti con dolore neuropatico cancro correlato.

Bibliografia

- 1) Vadauloca A, Raptis E et al (2012) Pharmacological treatment on neuropathic cancer pain: a comprehensive review of the current literature. Pain Pract 12(3):219–251
- 2) Fallon MT Neuropathic pain in cancer Br J Anaesth.2013 Jul;111(1):105-11
- 3) Cristina Garzón-Rodríguez, Miquel Casals Merchan, Agnes Calsina-Berna, Eugenia López-Rómboli, Josep Porta-Sales Lidocaine 5% patches as an effective short-term co-analgesic in cancer pain. Preliminary results Supportive Care in Cancer November 2013, Volume 21, Issue 11, pp 3153-3158

ANSIA E DEPRESSIONE NEL PAZIENTE AFFETTO DA DOLORE FACCIALE IDIOPATICO PERSISTENTE

Schweiger V¹, Procacci P², Zanette G², Polati E¹, Nocini PF².

¹*Dipartimento di Chirurgia, Anestesia e Terapia Intensiva, Centro di Terapia del Dolore, Università degli Studi di Verona, Italia.*

²*Dipartimento di Chirurgia, Chirurgia Maxillofacciale, Università degli Studi di Verona, Italia*

INTRODUZIONE

Il dolore facciale idiopatico persistente (PIFP; IHS 13.18.4) è definito come un dolore facciale persistente che non possiede le caratteristiche delle nevralgie craniche altrimenti classificate secondo il sistema ICHD-II e non è attribuito ad altra condizione o patologia¹. Negli ultimi 36 mesi nel nostro centro è stata raccolta una casistica di 38 pazienti affetti da PIFP. 22 di questi pazienti hanno acconsentito a compilare dei questionari riguardanti l'ansia e la depressione. Correlazioni statisticamente significative sono state rilevate tra il dolore (espresso come NRS media) esperito ed i livelli di ansia e depressione rilevati.

MATERIALI E METODI

38 pazienti con sospetto dolore facciale atipico persistente sono stati visitati, negli ultimi 36 mesi, nel nostro centro da un team costituito da un terapeuta del dolore e da un chirurgo maxillo-facciale. Dopo la conferma della diagnosi di PIFP per ogni paziente è stata compilata una scheda standard in cui sono state registrate tutte le informazioni significative. 22 pazienti hanno inoltre acconsentito a compilare un test sulla depressione (versione italiana validata della scala di Hamilton per la depressione) ed uno riguardante l'ansia (versione italiana validata della scala di Hamilton per l'ansia).

RISULTATI

La valutazione di ansia e depressione (effettuata in 22 pazienti) ha rilevato la presenza di depressione grave (>25 punti nella scala per la depressione) nel 50,5% dei pazienti, di depressione lieve-moderata (8-24 punti) nel 36,6% dei casi mentre solamente nel 13,6% dei casi non è stata rilevata depressione clinicamente significativa. Il punteggio ottenuto nella scala per l'ansia ha evidenziato la presenza di ansia grave (media 3 punti per item) e molto grave (media 4 punti per item) nel 40,9% dei pazienti. Lo studio delle correlazioni tra il risultato nella scala dell'ansia e quello nella scala per la depressione ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa tra le due variabili ($P < 0,001$) con un coefficiente di correlazione r di 0,8732. Inoltre è stata indagata la possibile correlazione tra la NRS media (dolore percepito misurato tramite scala NRS ed espresso come media tra NRS massima e minima) e punteggio nella scala di Hamilton per la depressione, in pazienti che presentavano anche un livello di ansia da grave a molto grave (campione di 8 pazienti): lo studio ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa ($P = 0,048$) tra le due variabili con un coefficiente di correlazione r di 0,7093 (FIG. 1).

DISCUSSIONE

I coefficienti di correlazione r calcolati mostrano come all'aumentare del livello di ansia aumenti anche il livello di depressione, e come in pazienti molto ansiosi i punteggi ottenuti nella scala di Hamilton per la depressione si associno ad un aumento del dolore percepito dai pazienti. Nei pazienti affetti da PIFP appare quindi evidente l'importanza nella diagnosi e nel trattamento dell'ansia e della depressione all'interno di un percorso volto al miglioramento della qualità di vita.

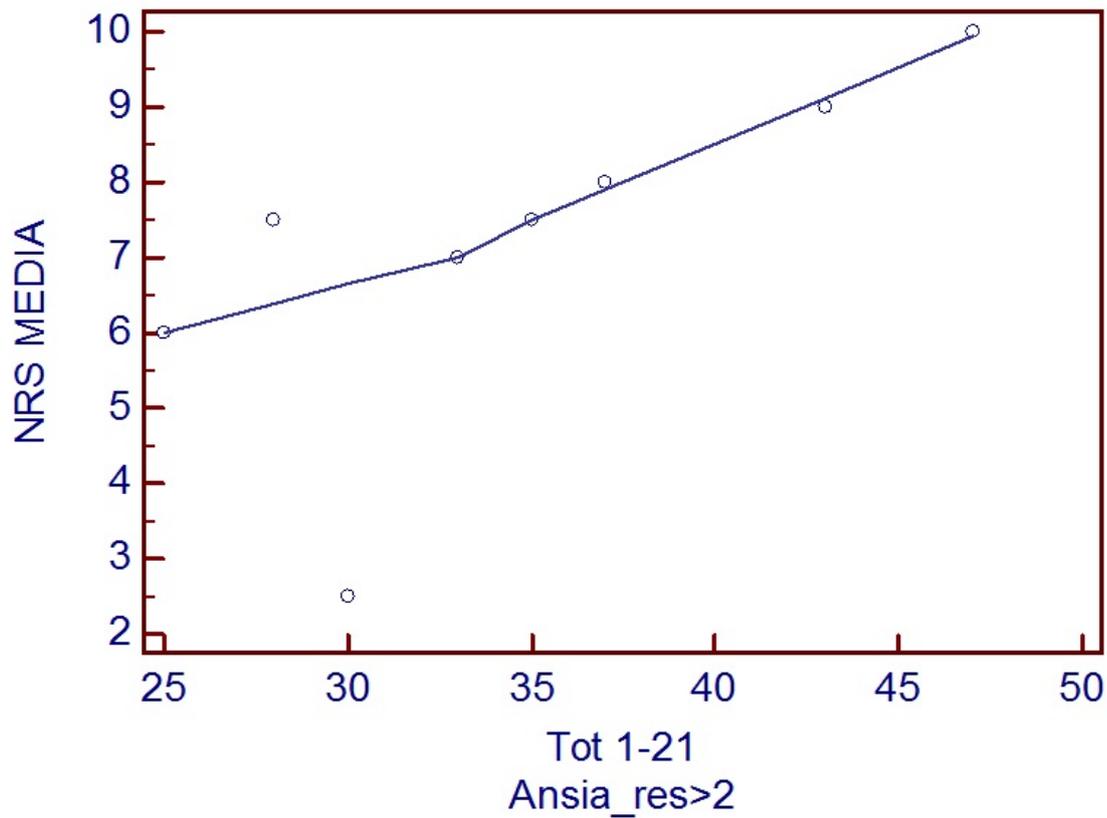


FIG. 1 Correlazione tra NRS media giornaliera e punteggio nei 21 item della scala di Hamilton per la depressione in pazienti con ansia da grave a molto grave (punteggio medio nella scala dell' ansia >2)

Bibliografia

¹IHS 13.18.4, ICHD-2 persistent idiopathic facial pain (G50.1); http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation/04_teil3/13.18.4_facialpain.html

IL TRATTAMENTO DEL DOLORE POST-OPERATORIO IN INTERVENTI DI CHIRURGIA ORTOPEDICA AMBULATORIALE: DIFFERENZE NEI RISULTATI TRA 3 DIVERSI FARMACI

Serpieri S.*, Cilli V.* De Vitis R.* Militerno A.* Evangelista M.°

**U.O.C. di Ortopedia e Chirurgia della Mano, Università Cattolica del Sacro Cuore, Complesso Integrato Columbus, Roma*

°Istituto di Anestesiologia e Rianimazione, Università Cattolica del Sacro Cuore, Complesso Integrato Columbus, Roma

Gli interventi chirurgici di neulolisi esterna del nervo mediano per Sindrome del Tunnel Carpale di tenolisi dell'apparato flessore per la tenosinovite stenosante dell'apparato flessore e di tenolisi dei tendini del primo compartimento degli estensori per Tenosinovite di De Quervain sono tra le procedure chirurgiche più frequentemente eseguite nelle Unità Operative di Chirurgia della Mano. Esse vengono sempre più frequentemente eseguite in regime di chirurgia ambulatoriale ed in anestesia locale.

Esse possono essere causa di sintomatologia dolorosa riferita da lieve a moderata, che viene solitamente trattata ricorrendo a farmaci come il Paracetamolo, i FANS od associazioni di Paracetamolo ed oppioidi.

Il nostro lavoro è volto a verificare se esistano differenze, tra alcuni dei farmaci più frequentemente utilizzati a questo scopo, nell'efficacia complessiva nel trattamento della sintomatologia dolorosa che può seguire questo tipo di procedure chirurgiche.

Sono stati complessivamente arruolati 350 pazienti, sottoposti ad uno dei suddetti interventi chirurgici presso la nostra Unità Operativa (U.O.C. di Ortopedia e Chirurgia della Mano, Complesso Integrato Columbus, Roma) tra il gennaio e l'agosto del 2011. Ai pazienti sono stati sottoposti 2 questionari per la valutazione della sintomatologia dolorosa mediante la scala NRS, uno da compilare prima dell'intervento ed un secondo da compilare a domicilio e recare in visione in occasione del primo controllo clinico, programmato 14 giorni dopo la procedura chirurgica. Sono stati arruolati soggetti di età superiore ai 18 anni, che non avessero riferito in anamnesi episodi di reazioni avverse od allergie ai farmaci utilizzati. Non sono stati arruolati pazienti con allergie. Non sono stati arruolati pazienti che non avessero prestato il consenso informato allo studio.

I farmaci utilizzati sono stati: Kolibri (compresse rivestite 37,5 325 mg), Tachidol (cpr o bustine 500+30 mg) Orudis (cp 50 mg), prescritti al bisogno max. 1 ogni 8 h.

Complessivamente sono state eseguite 350 procedure: 204 per Sindrome del Tunnel Carpale (STC) 122 per Tenosinovite Stenosante Flessori (DS), 24 per Tenosinovite di De Quervain. Kolibri è stato utilizzato in 202 casi, Orudis 33, Tachidol in 110 casi. 5 pazienti avevano assunto Efferalgan.

Il dolore pre intervento, secondo la scala NRS, vedeva un valore medio di 5,64 nella STC, 5,53 nel DS, 4,75 nella Tenosinovite di De Quervain, nella valutazione post-intervento era 1 (DS), 2,1 (STC) ed 1,45 (De Quervain), con una diminuzione del 74% (De Quervain) 76% (DS) E 67% (STC).

Analizzando complessivamente i dati, emerge una sostanziale efficacia dei tre farmaci in esame, con una prevalenza dell'Orudis nei casi di STC (-83% NRS score), del Kolibri nella Tenosinovite di De Quervain (-83% NRS score) e del Tachidol nel DS (-79% NRS score).

Ciò indica che il trattamento del dolore post-operatorio in tali interventi, apparentemente semplici e simili tra di loro, richieda delle terapie, qualora possibile, diverse tra loro per raggiungere i migliori risultati in termini di soddisfazione del paziente. Sono tuttavia necessari altri studi sull'argomento.

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA GESTIONE DEL DOLORE NELL'ANZIANO CON DEMENZA DA PARTE DEGLI INFERMIERI DELL'A.O. DI MELEGNANO

Soccio G.¹, Zunico M.², Sasanelli F.³

¹Infermiera, Presidio Ospedaliero di Vizzolo Predabissi

²Infermiera Coordinatrice presso il reparto di Neurologia del Presidio Ospedaliero di Vizzolo Predabissi

³Direttore del reparto di Neurologia del Presidio Ospedaliero di Vizzolo Predabissi

INTRODUZIONE

Diversi studi epidemiologici mostrano come il dolore sia presente tra il 45 e l'80% (1)(2) della popolazione geriatrica, con una prevalenza maggiore negli anziani con deterioramento cognitivo. Nonostante le elevate percentuali, la letteratura evidenzia una minor prescrizione e somministrazione di analgesici nei pazienti affetti da demenza rispetto ai non affetti della stessa età e con simili patologie potenzialmente algogene. Il minor trattamento del dolore in queste persone è dovuto, da un lato, alla mancata espressione dello stesso, dall'altro al mancato riconoscimento da parte del sanitario di quei segni che diventano comunicazione alternativa dell'esperienza dolorosa. La presenza di preconcetti, di idee errate e carenze conoscitive in tema di dolore da parte del personale sanitario è riconosciuta essere un importante ostacolo al trattamento efficace del dolore (3).

OBIETTIVO

Indagare la conoscenza, le opinioni e le credenze che gli infermieri dell'A.O. di Melegnano hanno, riguardo al dolore nei pazienti anziani e nei pazienti anziani con demenza.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale attraverso l'utilizzo di un questionario strutturato tratto dallo studio di Zwakhalen SM et al. (4) Il questionario è stato consegnato agli infermieri di dodici reparti dell'A.O. di Melegnano.

RISULTATI

Un totale di 121 infermieri ha risposto al questionario (l'80% degli infermieri in servizio nelle due settimane di consegna del questionario).

Gli infermieri risultano essere complessivamente soddisfatti di come il dolore venga valutato e trattato nel proprio reparto. Gli infermieri, inoltre, hanno ammesso di trovare difficoltosa l'interpretazione dei segni di dolore dei pazienti con demenza (81%). Positivi sono i risultati provenienti dalle risposte inerenti all'esperienza algica nell'anziano: la maggioranza degli infermieri non pensa che il dolore abbia un'intensità minore nella persona anziana e una buona percentuale è in disaccordo con l'idea, spesso radicata nell'opinione comune, che il dolore sia una conseguenza naturale del processo di invecchiamento. Inoltre il 79% degli infermieri non pensa che gli anziani con demenza provino meno dolore rispetto ai cognitivamente integri. Per quanto riguarda le risposte inerenti al trattamento del dolore, secondo gli infermieri, gli antidolorifici non sarebbero meno efficaci e non avrebbero effetti più duraturi nelle persone anziane, mentre queste sarebbero più soggette a svilupparne gli effetti collaterali. Inoltre, una buona percentuale di infermieri, riconosce che la somministrazione di un analgesico dovrebbe avvenire anche in caso di dolore di intensità lieve/moderata e non solo severa. Il 58% degli infermieri pensa che sia meglio somministrare gli antidolorifici ad orari fissi piuttosto che "al bisogno" per avere un controllo efficace del dolore mentre ancora molti infermieri temono la dipendenza degli anziani dagli analgesici.

INDAGINE SULLA CONSAPEVOLEZZA E CONOSCENZA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO RIGUARDO AL DOLORE NELL'ANZIANO CON DEMENZA

Età: _____ Sesso: [] maschio [] femmina Esperienza lavorativa (anni): _____ Nazionalità: _____

Reparto in cui lavora attualmente: _____

	Completamente in disaccordo (%)	Parzialmente in disaccordo (%)	Nessuna opinione (%)	Parzialmente in accordo (%)	Completamente in accordo (%)
1. Le persone anziane provano dolore meno intensamente rispetto alle persone giovani	62	14	3	19	2
2. Gli antidolorifici sono più efficaci nelle persone giovani che in quelle anziane	47	23	8	19	2
3. Gli antidolorifici hanno effetti più duraturi nelle persone anziane che in quelle giovani	35	21	10	25	9
4. Gli antidolorifici hanno maggiori effetti collaterali nelle persone anziane che in quelle giovani	16	13	8	40	23
5. Gli anziani con demenza <u>provano</u> meno dolore rispetto agli anziani non dementi	61	18	11	7	3
6. Valutare il dolore in un anziano con demenza è difficoltoso	9	7	3	29	52
7. Dove lavoro il dolore è valutato correttamente	8	7	9	40	37
8. Dove lavoro il dolore è trattato correttamente	10	15	6	38	31
9. Dove lavoro è rivolta molta attenzione al dolore nel paziente con demenza	7	17	18	31	28
10. Gli analgesici dovrebbero essere somministrati solo ai pazienti che soffrono un dolore intenso	58	22	3	10	7
11. Ai pazienti sono spesso prescritti troppi farmaci analgesici	37	30	12	14	7
12. E' meglio somministrare farmaci analgesici "al bisogno" piuttosto che seguire una <u>pianificazione</u> fissa ad orari	38	20	5	21	16
13. La somministrazione di farmaci analgesici dovrebbe essere ritardata il più possibile, perché un paziente con demenza dovrebbe ricevere la minor quantità di farmaci analgesici possibile	58	18	9	9	6
14. Un paziente con demenza dovrebbe riferire dolore prima di ricevere la somministrazione successiva di analgesico	57	16	12	7	8
15. Il dolore fa parte del processo di <u>invecchiamento</u>	51	13	8	19	9
16. Le persone anziane hanno più probabilità di provare dolore rispetto alle persone giovani	33	14	8	30	15
17. Gli analgesici, se somministrati in grande quantità, <u>possono</u> dare facilmente dipendenza negli anziani	12	20	9	34	25

CONCLUSIONI

Sebbene i risultati provenienti dall'analisi dei questionari siano positivi ed indice di diversi passi in avanti in merito al tema, diversi ne restano da compiere. L'importanza della formazione per una gestione migliore del dolore è confermata da diversi studi (5) e questa dovrebbe essere sostenuta e incentivata all'interno del contesto lavorativo per migliorare l'assistenza da parte dell'infermiere in questo ambito.

Bibliografia essenziale

- (1) Torvik K, Kaasa S, Kirkevold O, Rustøen T. Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes. Pain Manag Nurs, 2010 Mar; 11(1): 35-44.
- (2) Maxwell CJ, Dalby DM, Slater M, Patten SB, Hogan DB, Eliasziw M, Hirdes JP. The prevalence and management of current daily pain among older home care clients. Pain, 2008 Aug 15; 138(1): 208-16.
- (3) Jones KR, Fink R, Pepper G, et al. Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. Gerontologist, 2004; 44: 469-478.
- (4) Zwakhalen SM, Hamers JP, Peijnenburg R, Berger PF. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. Pain Res Manag. 2007 Autumn; 12(3): 177-184.
- (5) Ghandehari OO1, Hadjistavropoulos T, Williams J, Thorpe L, Alfano DP, Dal Bello-Haas V, Malloy DC, Martin RR, Rahaman O, Zwakhalen SM, Carleton RN, Hunter PV, Lix LM. A controlled investigation of continuing pain education for long-term care staff. Pain Res Manag. 2013 Jan-Feb;18(1): 11-8.

IL DOLORE PROCEDURALE

Testa A^{1°}, Bonetti C^{1°}, R. Berrettoni², S. di Filippantonio³, P. Orsini², Marinangeli F^{1°}.

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

²U.O.C. Anestesia e Rianimazione, Ospedale G. Mazzini – Teramo

³U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia, Ospedale G. Mazzini - Teramo

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

INTRODUZIONE

Il dolore procedurale è una manifestazione clinica del dolore episodico intenso (D.E.I.)¹ a seguito di un intervento terapeutico. Il D.E.I. consiste in esacerbazioni transitorie di dolore che raggiungono il picco d'intensità in pochi minuti, sullo sfondo di un dolore persistente.

Solitamente si verifica entro 10 minuti dall'inizio della procedura e può durare fino ad un'ora. Gli oppioidi a breve durata d'azione, spesso utilizzati, non hanno un profilo farmacocinetico tale da controllare l'inizio improvviso e il picco doloroso breve ma intenso. Il dolore procedurale e l'interesse per le formulazioni di oppioidi a rapida azione per alleviare questo dolore sono ambiti di crescente interesse pertanto il nostro case report vuole testimoniare e confermare l'efficacia e la sicurezza di questi farmaci.

CASE REPORT

Nell'Ottobre 2013 si presentava al Pronto Soccorso dell'Ospedale Mazzini di Teramo un ragazzo di 20 anni con un trauma da schiacciamento con sub-amputazione dell'avampiede sinistro che veniva operato d'urgenza per revisione e stabilizzazione del trauma e, successivamente, amputazione del I-II dito e falange distale del III dito del piede sinistro.

Al termine degli interventi aveva la seguente terapia antalgica con pompa infusoriale di Morfina 20 mg, Ketorolac 60 mg, Ranitidina 100mg e Metoclopramide 20 mg, impostata a 2 ml/h e Paracetamolo e.v. al bisogno massimo 3 somministrazioni/die.

Il 2° giorno post-operatorio il paziente riferiva dolore continuo (VAS=7) per cui si aumentava la pompa antalgica a 4 ml/h e aggiungeva Ossicodone/Naloxone 10mg/5 mg due volte/die e Pregabalin 75 mg la sera. Tale terapia non copriva il dolore provocato dalle medicazioni giornaliere della ferita chirurgica, pertanto, il 5° giorno, il dolore di base era ben controllato ma aveva dei D.E.I. con VAS=9 durante le medicazioni.

Abbiamo sospeso la pompa antalgica, lasciando Ossicodone/Naloxone 10 mg/5mg bigiornaliero, ed introducendo Fentanil sublinguale 200 mcg da somministrare dieci minuti prima di eseguire la medicazione. Solo nelle prime due medicazioni il paziente ha assunto 400 mcg di Fentanil sublinguale per un picco doloroso intenso (VAS=8). In generale, con il dosaggio di 200 mcg ha avuto una notevole riduzione di intensità del picco doloroso procedurale (VAS=5) nonché della sua durata (15 minuti circa).

Al momento della dimissione si prescriveva Fentanil sublinguale da 200 mcg da assumere prima delle medicazioni e al bisogno massimo 3 volte/die. Durante le medicazioni il dolore era ben controllato (VAS 4.5).

CONCLUSIONI

Il paziente non ha manifestato nessun effetto collaterale maggiore tra quelli indicati con l'uso degli oppioidi se non una leggera cefalea durante i primi giorni di assunzione alleviata successivamente ma ha avuto una riduzione importante dell'intensità del picco doloroso, da una VAS =9 a VAS =5, e una riduzione della durata dello stesso. Il nostro case report testimonia come la gestione del dolore procedurale, e del dolore episodico intenso più in generale, sia importante anche nei pazienti con dolore non oncologico e che le formulazioni di Fentanil² a rapido rilascio siano efficaci e valide nella gestione del picco doloroso proprio nelle due sue caratteristiche principali ossia la rapidità e l'intensità.

Bibliografia

ABSTRACT BOOK

37° Congresso Nazionale AISD - Stresa, 22-24 maggio 2014

- 1) Smith H. A comprehensive review of rapid-onset opioids for breakthrough pain. *CNS Drugs*. 2012 Jun 1; 26(6):509-35.
- 2) Darwish M, Hamed E, Messina J. *Perspect Medicin Chem*. Fentanyl buccal tablet for the treatment of breakthrough pain: pharmacokinetics of buccal mucosa delivery and clinical efficacy. 2010 Jun 4; 4:11-21.

TRATTAMENTO MULTIMODALE DELLA NEURALGIA POSTHERPETICA

Tudini M¹, Angeletti PM¹, Santucci C¹, Zolotaki M¹, Alfonsi B¹, Blanco MA², Marsili I¹, Piroli A¹, Paladini A¹, Marinangeli F¹.

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

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

INTRODUZIONE

La nevralgia post-herpetica (PHN) è caratterizzata da persistenza del dolore dopo la scomparsa dell'eruzione cutanea causata dal virus dell'Herpes Zoster (1).

Le zone maggiormente colpite sono i dermatomeri toracici e la regione innervata dalla branca oftalmica del nervo trigemino.

Il 10% circa dei pazienti che ne sono affetti sviluppa dolore neuropatico cronico persistente. Nel tempo sono stati considerati molti trattamenti combinati per il controllo del dolore: oppiacei, anticonvulsivanti e cerotti locali(2,3).

CASO CLINICO

Un paziente di 56 anni, giungeva presso il nostro ambulatorio di Terapia del Dolore, in quanto affetto da dolore cronico per nevralgia post-herpetica.

Successivamente riferiva comparsa di dolore severo (VAS=9-10), localizzato al dorso e anteriormente in regione ombelicale. Il dolore si mostrava urente, lancinante, tipo a scosse elettriche con iperalgesia, allodinie e disestesie. Esso era sempre presente nell'arco della giornata, di intensità variabile, interrompeva il riposo notturno ed era esacerbato dal contatto fisico con l'area interessata.

Il paziente aveva assunto morfina, su consiglio del curante, con scarso miglioramento della sintomatologia dolorosa. Si prescriveva, dunque, terapia antalgica con il cerotto di lidocaina al 5% sull'area interessata, pregabalin 75mg x 2/die e tramadolo 5 gtt x 3/die. Il paziente riferiva miglioramento della sintomatologia dolorosa durante giorno e buon riposo notturno. Riferiva inoltre, ottimo controllo della sintomatologia dolorosa e conseguente sospensione della terapia antalgica.

DISCUSSIONE

Il cerotto di lidocaina al 5% è attualmente prescritto per il trattamento della nevralgia post-erpetica, agendo sui nocicettori cutanei danneggiati/eccitati.

I cerotti dovrebbero essere mantenuti dalle 12 alle 16 ore consecutive al giorno e poi rimossi, fino all'applicazione successiva dopo 8-12 ore. La quantità di lidocaina assorbita per via sistemica è molto bassa, dal 3 al 5% della dose applicata, ed è direttamente correlata alla durata dell'applicazione.

In uno studio prospettico effettuato da Hans *et al.*(4), gli autori sostengono fortemente che il cerotto di lidocaina al 5% possa costituire una nuova opportunità terapeutica per il trattamento del dolore neuropatico localizzato post-chirurgico e postraumatico. Esso, infatti, sopprimendo l'attività anormale spontanea ed evocata che avvia e sostiene il dolore neuropatico, agisce perifericamente come un analgesico topico non invasivo, combinando efficacia ed un minimo assorbimento sistemico con un basso rischio di interazione con altri farmaci ed un eccellente profilo di sicurezza e tollerabilità (5).

CONCLUSIONI

Questo caso conferma l'opportunità di agire su più fronti farmacologici per il trattamento del dolore neuropatico, infatti una terapia con un singolo farmaco ad alto dosaggio garantisce con difficoltà il controllo del dolore mentre invece, l'approccio multimodale, un maggiore successo riducendo l'impatto degli effetti collaterali dei singoli farmaci (6).

Bibliografia

1. Jung BF, Johnson RW, Griffin DR *et al.* Risk factors for postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster. *Neurology* 2004;62:1545-51.
2. Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z *et al.* Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2004;63:959-65.
3. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J *et al.* Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis* 2007;44:S1-26.4.
4. Hans G, Joukes E, Verhulst J, Vercauteren M. Management of neuropathic pain after surgical and non-surgical trauma with lidocaine 5% patches: Study of 40 consecutive cases. *Curr Med Res Opin* 2009;25:2737-43.
5. Correa-Illanes G, Calderón W, Roa R, Piñeros JL, Dote J, Medina D. Treatment of localized posttraumatic neuropathic pain in scars with 5% lidocaine medicated plaster. *Local and RegionalAnesthesia* 2010;3:77-83.
- 6 Vorobeychik Y, Gordin V, Mao J, et al. Combination therapy for neuropathic pain: a review of current evidence. *CNS Drugs*. 2011;25(12):1023–34.

TRATTAMENTO DELLA NEVRALGIA POST HERPETICA CON PATCH ALLA CAPSAICINA NEL GRANDE ANZIANO

Tudini M¹, Angeletti PM¹, Santucci C¹, Zolotaki M,¹ Alfonsi B,¹ Blanco MA², Valenti F¹, Marsili I¹, Piroli A¹, Paladini A¹, Marinangeli F¹.

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

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

INTRODUZIONE

La Nevralgia Post-Herpetica (PHN) è la più comune complicanza dell'infezione da Herpes Zoster. La terapia del dolore mira al controllo sintomatologico. Il patch alla capsaicina può rappresentare una valida scelta terapeutica nella cura del dolore al fallimento della terapia farmacologica sistemica.

CASO CLINICO

Giungeva alla nostra osservazione, una paziente di 83 anni (155 cm, 70 kg BMI 29,14) che circa due anni fa, era stata colpita da HZ. In anamnesi comparivano ipertensione arteriosa ed ipercolesterolemia. Riferiva dolore severo (V-NRS = 10), localizzato all'emitorace di destra. Il dolore era presente costantemente durante l'arco della giornata, di intensità variabile, interrompeva il riposo notturno ed era esacerbato dal contatto fisico con l'area interessata. Esso si associava ad iperalgesia, allodinia e disestesia. Si iniziava la terapia con Pregabalin 75 mg per i primi giorni; in assenza di effetti collaterali si incrementava la dose a 150 mg x 2/die. Al successivo controllo, il dolore era scarsamente controllato e si prescrivevano, dunque, 5 gtt di Tramadolo al giorno e 5 gtt al bisogno, aumentando di 1 goccia al giorno fino ad arrivare alla dose massima di 10 gocce per 3 /die, sempre associato a pregabalin. Questo schema terapeutico garantiva un'adeguata analgesia (V-NRS 5-6 nei picchi di dolore, V-NRS 3 di base). Dopo un mese circa, la paziente riferiva ricomparsa di dolore severo (V-NRS 8) per cui si pianificava l'applicazione del cerotto a base di capsaicina 8%. La paziente non ha riportato effetti collaterali durante il trattamento. L'intervento è stato efficace riducendo il dolore fino ad una V-NRS di 3, senza incidere con le comorbidità presentate dalla paziente. A seguire sono stati ridotti i dosaggi del tramadolo e del pregabalin fino a completa sospensione. Attualmente continua i follow-up presso il Nostro Servizio.

DISCUSSIONE

La capsaicina agisce come agonista del recettore vanilloide di tipo 1 desensibilizzando le fibre nervose. Il cerotto medicato con capsaicina allo 8%, fornisce un controllo nel tempo del dolore neuropatico, fino a 12 settimane.

In questo caso il ricorso ad una terapia topica è stato giustificato dalla volontà di non aumentare eccessivamente i dosaggi della terapia sistemica, incidendo, di fatto, sulla compliance e sulla aderenza alla terapia stessa, con effetti disastrosi sulla qualità di vita.

In letteratura sono presenti diversi trial che confermano l'efficacia di questa pratica, come mostrato in particolare in QUEPP study (1) in cui l'età dei soggetti osservati era comunque più bassa rispetto a quella riportata in questa nostra esperienza (61,2 +- 14,4).

L'efficacia di questo presidio è stata confermata anche in una recente metanalisi di Mou et al (2) condotta specificamente sulle forme di dolore neuropatico prodotte da infezioni virali (HIV e Zoster). Restano tuttavia scarse le testimonianze in letteratura dell'uso di questo farmaco nel grande anziano.

CONCLUSIONI

Con una terapia combinata oppiaceo-gabapentinoide associato all'uso del patch di capsaicina, si è garantita alla paziente una migliore qualità di vita incidendo significativamente sul dolore ed evitando la comparsa di effetti collaterali dei singoli farmaci.

Bibliografia

1. Joy Mou et al. Efficacy of Qutenza® (Capsaicin) 8% Patch for Neurupathic Pain: A Meta Analysis of the Qutenza Clinical Trial Databases. PAIN (2013). Curr Med Res Opin. 2013 Jun;29(6):673-83. doi: 10.1185/03007995.2013.792246. Epub 2013 Apr 25.
2. Maihofner C1, Heskamp ML. Prospective, non-interventional study on the tolerability and analgesic effectiveness over 12 weeks after a single application of capsaicin 8% cutaneous patch in 1044 patients with peripheral neuropathic pain: first results of the QUEPP study.



37° CONGRESSO NAZIONALE AISD
22-24 maggio 2014 - Stresa
la cultura, la ricerca e la formazione in medicina del dolore



ASSOCIAZIONE
ITALIANA PER LO
STUDIO DEL DOLORE

ABSTRACT BOOK

ABSTRACT CONCORSO AISD PER I GIOVANI

LIDOCAINA 5% CEROTTO IN NEURALGIA POST-ERPETICA: UN CASO DI REMISSIONE COMPLETA

Bonaldi E.

in collaborazione con Bresadola E., Parolini M., Schweiger V., Brugnoli P., Polati E.
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona Dipartimento ad Attività Integrata di Emergenza e Terapie Intensive- U.O.C. di Anestesia e Terapia Intensiva d'Urgenza

CASO CLINICO

Sig.ra Z. E. di 65 anni, pensionata, ex-operaia, vita attiva e autonoma, sposata con un figlio. Nega fumo, potus e allergie. In anamnesi Artrite Reumatoide da circa 23 anni in terapia con Metotrexate (sospeso il 09/2013 dopo visita specialistica), ipertesa in terapia domiciliare. Sottoposta in passato a colecistectomia per calcolosi della colecisti. Dal 07/2013 inizia ad accusare dolore al fianco sinistro, profondo e continuo. Dopo 2 settimane si associa eruzione erpetica nella stessa regione. Effettua un ciclo di terapia antivirale per 1 mese. Al termine, il dolore persiste. Terapia in corso, parzialmente efficace: Pregabalin 75 mg*2, Paracetamolo 1000 mg*2, Ramipril, Colecalciferolo. Giunge al nostro centro di Terapia Antalgica il 15/10/2013. Dalla visita emerge un dolore urente spontaneo in regione T10-L1 sinistra, con zona centrale di allodinia e zona circostante di iperalgesia. NRS 10. Si decide per aggiungere, alla terapia in atto, la somministrazione di cerotto di Lidocaina 5% (Versatis®) sulle zone dolenti, massimo 3 cerotti/die, ogni 12 ore. La paziente applica la terapia per 20 gg e successivamente autosospinge sia la somministrazione del cerotto che del Pregabalin per scomparsa del dolore. Al follow up a 6 mesi, NRS 0, è presente solo lieve parestesia nella zona interessata.

DISCUSSIONE

La nevralgia post-erpetica (PHN) è la più comune complicanza dell'infezione da Herpes Zoster (VZV) e si manifesta come una sindrome caratterizzata da dolore neuropatico causato da un danno infiammatorio e citotossico alle fibre afferenti primarie dei nervi sensitivi e del midollo spinale (1). L'incidenza aumenta con l'età; nei soggetti di età inferiore a 50 anni si manifesta in circa il 20% dei casi di Herpes Zoster ma può salire fino al 70% in persone anziane non adeguatamente trattate. Una terapia insufficiente o tardiva verso il VZV aumenta il rischio di PHN (2). La PHN è stata definita come un dolore a distribuzione dermatomica a seguito del caratteristico rash cutaneo segmentale da VZV. Il dolore viene descritto come continuo per 3 mesi dopo la risoluzione dell'eruzione erpetica cutanea oppure dolore continuo per 3-4 mesi dopo l'onset dell'eruzione. Almeno il 70% dei pazienti con PHN riferisce allodinia con sommazione temporale. I sintomi possono variare da una sensazione fastidiosa di bruciore, prurito, disestesia fino a dolore intenso, urente e trafittivo (3). Sebbene la storia naturale indichi un lento miglioramento per molti pazienti, taluni lamentano dolore per anni. Nonostante diverse opzioni di trattamento farmacologico (antidepressivi triciclici, antiepilettici, oppioidi), rimane una condizione difficile da trattare. Il cerotto medicato di Lidocaina 5% è un analgesico topico indicato per il trattamento del dolore neuropatico associato alla precedente infezione da VZV negli adulti. Il cerotto presenta un'azione locale diretta con ridotta esposizione sistemica ed è efficace nel trattamento dei pazienti con PHN. Il cerotto ha dimensioni di 10 cm x 14 cm e contiene 700 mg di Lidocaina (5% w/w). Possiede un duplice meccanismo d'azione: l'attività farmacologica della lidocaina e l'azione meccanica del cerotto idrogel che protegge la zona ipersensibile. La lidocaina svolge il suo effetto analgesico tramite il blocco della generazione e della conduzione del potenziale d'azione neuronale, legandosi ai canali del sodio voltaggio-dipendenti delle fibre nervose. Il farmaco viene lentamente assorbito grazie alla via di somministrazione cutanea con un picco plasmatico (Cmax) di 0.052 mg/L a 14 ore nei pazienti affetti da PHN, ben al di sotto della concentrazione terapeutica antiaritmica (2-5 mg/L) e della concentrazione tossica (>6 mg/L). Non è stata riscontrata alcuna tendenza all'accumulo di lidocaina e dei suoi metaboliti (MEGX, GX e 2,6-xillidina). L'esposizione sistemica aumenta proporzionalmente al numero di cerotti utilizzati (max 3 contemporaneamente). Il volume di distribuzione della lidocaina (1.3 L/kg) è aumentato nei

pazienti con epatopatia e diminuito nei pazienti con scompenso cardiaco congestizio. La lidocaina è rapidamente metabolizzata nel fegato tramite N-D-alchilazione a monoetilglicinxillidide (MEGX) e glicinxillidide (GX). Questi metaboliti vengono idrolizzati a 2,6-xillidina che viene convertita, per coniugazione, a 4-idrossi-2,6-xillidina, escreta a livello renale (4). Esistono evidenze dell'efficacia del cerotto di Lidocaina 5% nella PHN in due studi randomizzati controllati in doppio cieco. Il primo studio prevedeva 14 giorni di trattamento con i cerotti medicati di lidocaina 5% seguiti da placebo o viceversa. L'obiettivo primario era il "time to exit", cioè il momento in cui i pazienti uscivano dallo studio perché il sollievo dal dolore era di 2 punti inferiore rispetto alla loro usuale risposta su una scala a 6 punti (da peggioramento a completo sollievo del dolore). Dei 32 pazienti reclutati 30 hanno terminato lo studio. Il "time to exit" medio per il placebo è stato di 4 giorni mentre per il farmaco attivo è stato di 14 giorni ($p < 0,001$). Nessun paziente sotto trattamento attivo ha interrotto lo studio durante il periodo delle 2 settimane di trattamento (5). Nel secondo studio sono stati reclutati 265 pazienti affetti da PHN, per un trattamento di 8 settimane con cerotto medicato di lidocaina 5%. Circa il 50% dei pazienti ha risposto al trattamento con una riduzione di almeno quattro punti su una scala a 6 punti (da peggioramento a completo sollievo). Un totale di 71 pazienti erano stati randomizzati per ricevere placebo o cerotti medicati di lidocaina 5%, somministrati per 2-14 giorni. L'end point primario era definito come mancanza di efficacia per 2 giorni consecutivi. La sospensione per inefficacia è occorsa in 9/36 pazienti trattati con il farmaco e in 16/35 pazienti trattati con placebo (6). In uno studio randomizzato-controllato open-label, il cerotto di Lidocaina 5% sembra avere un'efficacia paragonabile a Pregabalin in 98 pazienti con PHN, con un favorevole profilo di sicurezza.

CONCLUSIONI

Presentiamo un case report di paziente affetta da PHN trattata efficacemente con Lidocaina 5% cerotto medicato. Il trattamento si è protratto per circa 20 giorni, con autosospensione del farmaco e degli adiuvanti in seguito a remissione completa della sintomatologia. Al follow-up a sei mesi, la paziente riferisce NRS 0 e lieve parestesia nella zona trattata. Nonostante in alcuni pazienti si assista a remissione completa spontanea della sintomatologia (storia naturale della malattia), resta da definire se il caso in esame rientri fra questi oppure se l'applicazione del cerotto medicato di Lidocaina 5% abbia contribuito in maniera sostanziale alla guarigione.

Bibliografia

1. Garnock-Jones KP, Keating GM. Lidocaine 5% Medicated Plaster. A Review of its Use in Postherpetic Neuralgia. *Drugs* 2009;69(15): 2149-2165.
2. Dainty P. Prevention and medical management of postherpetic neuralgia. *Br J Hosp Med*
3. Volpi A. Severe complications of Herpes Zoster. *Herpes Vol 14, Suppl 2, 2007: 35A-39°*.
4. Campbell BJ, Rowbotham M, Davies PS, et al. Systemic absorption of topical Lidocaine in normal volunteers, patients with post-herpetic neuralgia, and patients with acute Herpes Zoster. *J Pharm Sci* 2002 May; 91(5):1343-50.
5. Galer BS, Rowbotham MC, Perander J, et al. Topical lidocaine patch relieves postherpetic neuralgia more effectively than a vehicle topical patch: results of an enriched enrollment study. *Pain* 1999 Apr; 80(3):533-8.
6. Binder A, Bruxelles J, Rogers P, et al. Topical 5% lidocaine (lignocaine) medicated plaster treatment for post-herpetic neuralgia: results of a double-blinded, placebo-controlled, multinational efficacy and safety trial. *Clin Drug Investig* 2009; 29(6): 393-408.

DOLORE NEL TRAUMA MIDOLLARE

Bonetti C.

Istituto di Anestesia e Rianimazione

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

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

Hanno collaborato:

Di Cola F², Melone A³, Valenti F¹, Mariani R¹, Di Marco C¹, Castellani M¹, Zolotaki M¹, Piroli A¹, Paladini A¹, Galzio R.J², Desideri G³, Pozzone T⁴, Marinangeli F¹.

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

²Università degli Studi di L'Aquila – Istituto di Neurochirurgia

³Università degli studi di L'Aquila – Istituto di Medicina di Emergenza-Urgenza

⁴U.O.C. Anestesia e Rianimazione – Ospedale Civile San Salvatore, L'Aquila

Il danno midollare è una lesione successiva ad un evento traumatico, ad una patologia loco-regionale o sistemica. Colpisce una popolazione in un range di età tra 25-45 anni con un notevole impatto socio-economico. Un trauma del rachide può provocare delle lesioni al contenente (sistema osteo-legamentoso) e al contenuto (midollo spinale e radici nervose). La sindrome da sezione midollare completa si manifesta immediatamente dopo il trauma subito, spesso preceduta da una fase di shock midollare. La sintomatologia che ne deriva è dovuta ad una depressione dei riflessi ed attività spinali successivo all'interruzione degli impulsi dei livelli rostrali a quelli caudali rispetto il livello midollare leso. Un transezione del sistema nervoso centrale provoca un dolore di tipo centrale, una sindrome di entità straordinaria per vastità e complessità terapeutica, spesso sottostimata a causa del dolore riferito al di sotto del piano midollare leso. Una lesione del midollo spinale provoca un dolore sia nocicettivo che neuropatico, entro un mese dall'evento traumatico.

Un paziente di 40 anni, vittima di un politrauma da precipitazione da un'altezza di circa 4 metri, veniva trasportato mediante elisoccorso presso il nostro PS in respiro spontaneo, GCS 12, tetraplegia con livello C4-C5 e anestesia lemniscale e spinotalamica con livello C7 (come da lesione midollare completa cervicale). Il paziente veniva ricoverato presso la nostra unità di rianimazione, intubato e stabile emodinamicamente. Dopo 12 ore, si procedeva ad intervento di decompressione ventrale per somatectomia, artrodesi ed osteosintesi con placca C4-C6 per via anteriore della frattura cervicale e successiva craniotomia FT sinistra con evacuazione degli ematomi epi- e sub-durali e della contusione temporale. Ricoverato in rianimazione il paziente si presentava tetraplegico, stabile emodinamicamente e portatore di tracheostomia, PEG e collare di Aspen. L'analgo-sedazione veniva progressivamente sospesa. Il dolore sembrava essere ben gestito fino al 21° giorno di degenza in cui il paziente si presentava agitato, iperidrosico al volto a cui si associavano rush cutanei transitori ed iniziava a lamentare un dolore di tipo nocicettivo nei dermatomeri C₂-C₇ di entità moderata (NRS 6-7) e dolore neuropatico L₁-L₅ ed S₁ (NRS 8). Il trattamento con oppiaceo forte, anticonvulsivante, antiepilettico ed antidepressivo dava risultati sperati sulla sintomatologia algica.

La mancata gestione del dolore aggrava la qualità di vita di un paziente, di per sé stesso, già irreversibilmente mutata. La poca conoscenza di questa patologia aumenta la latenza dell'inizio della cura aggravandone le ripercussioni. Una terapia antalgica tempestiva non è solo eticamente corretta ma è di primaria importanza al fine di evitare le ripercussioni metaboliche che potrebbe indurre ed andrebbe attuata sin dal periodo pre-ospedaliero.

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL TAPENTADOLO NEL DOLORE NEOPLASTICO IN PAZIENTI NAIVE PER OPIOIDI MAGGIORI

Cena T.

*Medico Frequentatore S.S.D di Medicina del Dolore e Terapia Antalgica
A.O.U. San Luigi Gonzaga- Orbassano (To)*

INTRODUZIONE

Lo studio, prospettico osservazionale, descrive una coorte di pazienti con dolore neoplastico sottoposti a trattamento con tapentadolo, naive per oppioidi maggiori; sono stati valutati l'effetto analgesico, la tollerabilità e l'impatto del farmaco sulla qualità di vita. Tale studio è iniziato nel 2012 quando non erano presenti in letteratura dati sull'efficacia di tapentadolo nel dolore oncologico.

METODI

Come *end point* primario dell'effetto analgesico, si è utilizzata la risposta al dolore neoplastico, misurata mediante scala NRS a 11 punti. Sono stati reclutati pazienti con $NRS \geq 5$ e, su parere di un esperto oncologo, si è ritenuto indicatore di successo, il raggiungimento di un punteggio pari a 2 al quindicesimo giorno di trattamento. La durata dello studio prevista per ogni singolo paziente è stata di 60 giorni. Si è eseguita adeguata titolazione del farmaco a partire da un dosaggio di 100mg/die aumentato, come da scheda tecnica, dove necessario, ogni 3 giorni fino ad un massimo di 500 mg/die, per un periodo di due settimane.

Sono inoltre stati valutati i seguenti *end point* secondari ai giorni 15, 30, 45 e 60 :

- » Controllo del dolore (scala NRS).
- » Stipsi (indice BFI)
- » Presenza di Nausea, Vomito e Confusione Mentale
- » Qualità della vita (questionario FACT-G)
- » Ansia e depressione (questionario BDI-II)

RISULTATI: sono stati reclutati 25 pazienti il cui punteggio medio del dolore al baseline è risultato di 7,54 punti su scala NRS scendendo al 15 giorno a 5,2($p=0,0000005$). Solo 7 pazienti però hanno raggiunto l'*end point* primario ed hanno quindi continuato lo studio, presentando al sessantesimo giorno NRS medio inferiore ad 1. Nei primi 15 giorni la stipsi è aumentata significativamente e l'effetto collaterale maggiormente riscontrato è stata la confusione mentale. I 18 pazienti che non hanno raggiunto l'*end point* primario sono stati ruotati ad altro oppioide ed in particolare a causa della stipsi, 17 sono stati ruotati ad ossicodone-naloxone con una riduzione significativa dell'NRS già al terzo giorno dalla rotazione (NRS medio di 3,12) ed un ulteriore decremento del dolore dopo 7 giorni dalla rotazione (NRS medio di 1,7) avendo adeguato la dose. Infine tramite un modello di regressione logistica in cui la variabile dipendente è il successo e le variabili esplicative sono età, dose di tapentadolo maggiore o minore di 200 mg e severità del dolore al baseline abbiamo riscontrato che l'unico fattore prognostico del successo terapeutico è la severità del dolore al baseline.

CONCLUSIONI

Tapentadolo ha dimostrato di avere efficacia analgesica, ma questa non è stata sufficiente per raggiungere l'obiettivo fissato per il nostro studio nè un sufficiente controllo del dolore in un campione di pazienti con dolore da cancro moderato-severo. Tali dati sono in contrasto con i pochi studi attualmente presenti in letteratura che dimostrano che la molecola ha una buona azione sul dolore da cancro moderato-severo. Si sottolinea a proposito, che l'obiettivo di questo studio era descrivere l'efficacia analgesica di tapentadolo e non di valutare l'efficacia di tale farmaco in comparazione a quella di altri oppiacei.

STUDIO CLINICO PROSPETTICO SULL'UTILIZZO DEL TAPENTADOLO NEL TRATTAMENTO DEL LOW BACK PAIN

Peluso F., Fierro D., Colella U.

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

INTRODUZIONE

Nell'ambito del dolore cronico, il low back pain rappresenta sicuramente la problematica di maggiore importanza dal punto di vista sanitario e socio-economico. Il tapentadolo, avendo un meccanismo d'azione analgesico centrale innovativo (agonismo dei recettori oppioidi mor ed inibizione della ricaptazione della noradrenalina) e una farmacocinetica favorevole, permette il superamento di alcuni vincoli all'uso degli oppioidi nel dolore cronico severo, soprattutto quando si prevede la necessità di un trattamento analgesico a medio-lungo termine.

OBIETTIVO

L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare a 6 mesi l'efficacia e la comparsa di effetti collaterali durante il trattamento con tapentadolo nel low back pain.

MATERIALI E METODI

Previo consenso informato, abbiamo arruolato 25 pazienti, la cui diagnosi era lombalgia cronica severa, di età minima di 18 anni e che necessitavano di terapia analgesica con oppioidi in seguito a fallimento di terapie precedenti. Sono state escluse dallo studio donne in gravidanza accertata o presunta, oppure pazienti che presentavano controindicazioni all'utilizzo del farmaco, pazienti incapaci di leggere o capire il Consenso Informato; pazienti con partecipazione ad altri studi clinici nei 30 giorni precedenti l'arruolamento al nostro. Il confronto tra i due gruppi in esame è stato eseguito con metodo ANOVA e, se necessario, corretto con il t-student. La soglia per la significatività statistica è stata fissata per $p < 0,05$. I pazienti sono stati seguiti per un periodo di 6 mesi e sono stati sottoposti a controlli prestabiliti a 3 e 6 mesi durante i quali tramite l'utilizzo di scale e questionari, è stata valutata l'intensità (VAS) e le caratteristiche del dolore (PDQ), la qualità della vita (SF12) e lo stato di salute (EQ5D).

RISULTATI E CONCLUSIONI

La riduzione media dell'intensità del dolore è di oltre 4 punti in ogni parametro considerato. L'EQ-5D ci dimostra che la percezione globale del proprio stato di salute risulta essere superiore di circa 20 punti rispetto al valore basale. Entrambi gli score del questionario SF-12 hanno subito un significativo incremento, confermando che il tapentadolo già solo dopo 3 mesi di terapia è riuscito a modificare la qualità della vita dei pazienti in senso positivo. L'analisi a 6 mesi del questionario PD-Q dimostra che il tapentadolo è in grado di ridurre l'intensità algica di tutti i tipi di dolore esplorati (dall'allodinia alla sensazione di intorpidimento). Il tapentadolo, pertanto, risulta un'utile opzione terapeutica nel trattamento della lombalgia cronica severa.

TAPENTADOLO: UNA NUOVA ARMA NELLA PREVENZIONE DELLA NEURALGIA POST-ERPETICA?

Russo V, Viscardi D, Vaccarella A, Miralto F, Salzano A, Ferrara M, Palomba R

Dipartimento di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica dell'AOU Federico II di Napoli

BACKGROUND

L'incidenza della neuralgia post-erpetica interessa circa il 25% dei pazienti con riattivazione del virus della Varicella- Zoster, con età superiore ai 50 anni, trattati con terapia antivirale. Il ruolo del tapentadolo nella sua prevenzione non è ancora stato adeguatamente indagato.

OBIETTIVI

Lo scopo di questo studio retrospettivo è dimostrare l'efficacia del tapentadolo nel ridurre l'intensità e la durata del dolore erpetico acuto e indagare se tale farmaco sia in grado di prevenire o diminuire l'incidenza e/o la severità della neuralgia post-erpetica.

MATERIALI E METODI

39 pazienti di età compresa tra i 30 e i 70 anni trattati tra il 2010 e il 2012 per herpes zoster acuto, sono stati divisi in due gruppi, a seconda del trattamento ricevuto: gruppo A (19 pazienti) tapentadolo e gruppo B (20 pazienti) ossicodone, entrambi associati a gabapentinoidi e antivirali. La valutazione dell'evoluzione del dolore è stata eseguita mediante scala VAS, al momento della prima visita, a distanza di 4 settimane e di 6 mesi. Lo sviluppo di neuralgia post-erpetica è stato valutato attraverso questionario DN4, somministrato a 6 mesi.

RISULTATI

Entrambi i gruppi hanno avuto una riduzione della sintomatologia acuta superiore al 55%. Lo sviluppo invece della neuralgia post-erpetica è stato significativamente inferiore nel gruppo trattato con tapentadolo.

CONCLUSIONI

L'uso del tapentadolo, in associazione con gabapentinoidi, risulta essere una modalità di trattamento efficace nella fase acuta dell'herpes, in maniera molto simile all'ossicodone. Dai risultati ottenuti sembra però che, a differenza dell'ossicodone, il tapentadolo sia anche in grado di ridurre significativamente l'incidenza di neuralgia post-erpetica.

ASSOCIAZIONE TAPENTADOLO-GABAPENTIN NEL LOW BACK PAIN

Salzano A.M.; Zuppa O.; Vaccarella A.; Cianciulli F.; Miralto F.; Zampi M.; Palomba R.
Università degli studi di Napoli Federico II, Dip di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, cattedra di Anestesia e Rianimazione

INTRODUZIONE

Il Low Back Pain (LBP) rappresenta un'entità nosologica di difficile definizione sostenuta da decine di condizioni morbose a diversa eziologia. Nel dolore cronico è frequente riscontrare una componente neuropatica. Il trattamento prevede un approccio multidimensionale. I farmaci utilizzati agiscono sui meccanismi patogenetici del dolore tra questi analgesici oppioidi e non oppioidi, antidepressivi e antiepilettici. Il Tapentadolo è indicato nel trattamento del dolore cronico severo, appartiene ad una classe di analgesici denominata MOR-NRI. Tra gli antiepilettici il gabapentin si è imposto da subito come uno dei farmaci maggiormente utilizzati nella terapia del dolore neuropatico cronico.

L'obiettivo del nostro studio è quello di valutare gli eventuali vantaggi derivanti dall'associazione del tapentadolo con gabapentin.

MATERIALI E METODI

Studio prospettico su 60 pazienti affetti da LBP seguiti da Gennaio 2012 a Gennaio 2014. Pazienti di età compresa tra 20 e 70 anni, naive agli oppiacei, con VAS iniziale >7, esclusi pazienti con insufficienza d'organo, disturbi cognitivi e comportamentali, gravi comorbidità cardiovascolari e respiratorie. Al gruppo A (30 pazienti) abbiamo somministrato tapentadolo e gabapentin, al gruppo B (30 pazienti) ossicodone e gabapentin. Non erano previsti altri farmaci adiuvanti (TCA e SNRI); si prevedeva l'utilizzo di un analgesico rescue al bisogno (Paracetamolo, massimo 3 g/die). Lo studio ha avuto una durata di 3 mesi, abbiamo considerato: valori del test dn4 per la componente neuropatica del dolore al reclutamento, valori di VAS al reclutamento, a 1 mese e a 3 mesi e dosaggi medi di gabapentin e di oppioidi raggiunti alla fine dello studio (analisi statistica effettuata mediante t di student). Sono stati annotati gli effetti collaterali e il gradimento secondo una scala a tre steps (0-scarso 1-sufficiente 2-ottimo).

RISULTATI

I due gruppi erano omogenei per le variabili età, sesso, BMI. Il 33,3% nel gruppo A e 30% nel gruppo B presentava dolore neuropatico. In entrambi i gruppi si è verificata una riduzione rispetto al VAS basale del 58% a t1=1mese (58,2 gruppo A e 58,1 gruppo B) e a t2=61% (60,8% gruppo A e 61,2% gruppo B). I valori medi non sono risultati statisticamente significativi. Nel confronto dei valori medi dei dosaggi finali di tapentadolo e di ossicodone (in equianalgesia con la morfina) non è stata rilevata alcuna differenza statisticamente significativa tra i due gruppi; mentre nel confronto tra dosaggio medio di gabapentin nei due gruppi è risultato che il gruppo A assumeva un dosaggio di gabapentin statisticamente inferiore a quello del gruppo B. Nel gruppo A vi erano minori effetti collaterali e il gradimento della terapia risultava maggiore.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti hanno dimostrato un'efficacia analgesica per ossicodone e tapentadolo, ma quest'ultimo, a parità di dosaggio equianalgesico con l'ossicodone, ha permesso la somministrazione di meno gabapentin con maggior gradimento della terapia. Se da un lato, questo può essere tradotto in un miglioramento della qualità della vita del paziente con dolore cronico, dall'altro il dato è da attribuire, come ampiamente descritto in letteratura, al duplice meccanismo d'azione del tapentadolo che risulta particolarmente utile nel dolore cronico dove è frequente osservare riduzione dell'inibizione noradrenergica discendente.

STUDIO PROSPETTICO OSSERVAZIONALE SULLA RELAZIONE TRA DOLORE E SINTOMI DEPRESSIVI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO EMODIALITICO CRONICO: VALUTAZIONE CON AUTOALGOMETRO A PRESSIONE

Zagaria G.

in collaborazione con: Aurilio Caterina, Colella Umberto, Fierro Daniela, Peluso Filomena
Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza – Seconda Università degli Studi di Napoli

INTRODUZIONE

Il dolore è un problema comune nei pazienti con malattia renale allo stadio terminale (ESRD), inclusi i pazienti sottoposti a dialisi, e può essere dovuto alla malattia primaria , a comorbidità oppure a patologie determinate dall'insufficienza renale. Il dolore spesso si associa a depressione , ansia e insonnia. La complessa farmacocinetica degli analgesici nei pazienti sottoposti a dialisi comporta spesso un sotto-trattamento dei sintomi, e può ostacolare l'uso sicuro ed efficace soprattutto degli oppioidi. Generalmente il dolore viene sottostimato, quindi non adeguatamente trattato. Obiettivo del presente studio è valutare l'incidenza e l'intensità del dolore cronico e dei sintomi depressivi associati tra i pazienti sottoposti a dialisi a lungo termine.

MATERIALI E METODI

Previa approvazione del Comitato Etico, sono stati arruolati 68 pazienti con insufficienza renale cronica V stadio secondo la classificazione Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) in trattamento dialitico da almeno 24 mesi. I pazienti hanno firmato il consenso informato, sono stati intervistati per valutare il dolore e i sintomi depressivi associati utilizzando la scala NRS, il sistema di valutazione dei sintomi di Edmonton e l'algometria a pressione. La valutazione della soglia del dolore è stata effettuata utilizzando un algometro da noi brevettato, costituito da un ago a punta smussa con la pressione del quale si può misurare la soglia e/o la tolleranza al dolore. L'analisi statistica è stata effettuata con l'analisi della varianza, il limite di significatività statistica considerato è stato per $P < 0,05$. I dati sono espressi come media e deviazione standard.

RISULTATI

Tutti i pazienti hanno completato lo studio (38 M, 30 F), tra 42 e 80 anni in dialisi in media da 30 mesi. 56 pazienti riferivano dolore nelle 4 settimane precedenti l'intervista: 48 avevano dolore cronico, 43 riportavano un'intensità del dolore moderato-severo ($NRS \geq 5$); il dolore muscolo-scheletrico era prevalente (25/56), cefalea (12/56), il dolore neuropatico (11/56), il dolore viscerale (6/56), il dolore ischemico vascolare (2/56). Astenia, insonnia, dispnea, perdita di appetito, nausea, vomito e ansia sono stati correlati con il dolore in 41 pazienti come evidenziato dal sistema di valutazione dei sintomi di Edmonton. Il test dell' autoalgometria ha evidenziato una netta riduzione della soglia dolorifica, nonché della tolleranza al dolore nei pazienti con sintomi depressivi associati. Tale riduzione era statisticamente significativa ($P < 0,05$) se i dati ottenuti nella valutazione della soglia dolorifica erano confrontati con quelli dei pazienti in trattamento emodialitico in assenza di dolore cronico ($180 \text{ g} \pm 10,7$ vs $270 \text{ g} \pm 12,2$). La tolleranza al dolore risultava significativamente inferiore nei pazienti con dolore cronico e sintomi depressivi associati ($300 \text{ g} \pm 11,1$ vs $420 \text{ g} \pm 11,8$).

CONCLUSIONI

La severità del dolore e dei sintomi depressivi associati nei pazienti in dialisi sono importanti ma sottovalutati e spesso non trattati in maniera adeguata. Interferiscono con la qualità del sonno e la vita quotidiana. Una valutazione sistematica, una gestione del dolore simili a quelle utilizzate nelle cure palliative e un adeguato uso di analgesici per il trattamento di specifiche sindromi dolorose dialisi-associate deve essere considerato nelle linee guida.



INDICE ABSTRACT

LA MEDITAZIONE NEL DOLORE CRONICO: STUDIO DI UNA POPOLAZIONE THAIANDESE RESIDENTE IN ITALIA

Angelucci D, Coaccioli 1

THE PROVISION OF PAIN EDUCATION IN UNDERGRADUATE MEDICAL SCHOOLS ACROSS EUROPE: THE ITALIAN PERSPECTIVE

Battelli D, Briggs E, Gordon D, Kopf A, Ribeiro S,
Puig MM, Kress HG 3

NARNI PAIN STUDY: UN'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DI POPOLAZIONE SUL DOLORE CRONICO

Bentivegna G, Adiberto Favilli A, e Stefano
Coaccioli S. 5

EPIDEMIOLOGIA E CARATTERISTICHE CLINICHE DEL DOLORE NEL DIABETE MELLITO

Celi G, Masia F, Grandone I, Fatati G,
Coaccioli S 6

LA PALMITOILETANOLAMIDE NELLA FIBROMIALGIA: ESPERIENZA PERSONALE

Coaccioli S, Celi G, Masia F 7

FBSS: UTILITÀ DELLA PERIDUROLISI CHIMICA E RADIOFREQUENZA PULSATA PERIDURALE

Colavincenzo S, Mastrobuono F, Amici S, Angeletti
C, Berrettoni R, Orsini PL, Marinangeli F 8

FAILED BACK SURGERY SYNDROME: MIGLIORAMENTO DELL'OUTCOME CLINICO CON PALMITOILETANOLAMIDE IN PAZIENTI IN CO-TERAPIA CON TAPENDATOLO E PREGABALIN

Crapa ME, Masia F, Celi G, Coaccioli S 9

EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DELLA COMBINAZIONE DI OSSICODONE/NALOXONE ORALE PER DOLORE CRONICO SEVERO IN PAZIENTI GIÀ IN TRATTAMENTO CON OPPIACEI TRANSDERMICI

Cupaiolo A., Spina T. 10

AGOPUNTURA ADDOMINALE PER IL TRATTAMENTO DELLA FIBROMIALGIA: STUDIO PILOTA

De Santis S., Testa A., Mastrantuono A., Berrettoni
R., Orsini P.L., Marinangeli F. 12

POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT THROUGH INTRAPERITONEALLY LOCAL ANESTHETIC IN PEDIATRIC PATIENTS HOSPITALIZED IN PICU AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY

Dario Galante D, Gaur A, Ahmed A, Pedrotti D 14

DOES THE EPIDERMAL NERVE FIBRE DENSITY MEASURED BY SKIN BIOPSY IN PATIENTS WITH PERIPHERAL NEUROPATHIES CORRELATE WITH NEUROPATHIC PAIN?

S La Cesa, A Biasiotta, G Di Stefano, C Leone, E
Galosi, S Piroso, A Pepe, C Giordano, G Cruccu,
A Truini 15

DOLORE DA MONCONE RESIDUO DOPO AMPUTAZIONE DI COSCIA: UTILIZZO DI OSSICODONE/NALOXONE AD ALTO DOSAGGIO

Maniscalco G 16

INIBITORI DEGLI ENZIMI DI DEGRADAZIONE DEGLI ENDOCANNABINOIDI IN CONDIZIONI DI DOLORE NEUROPATHICO:

DALLA SPERIMENTAZIONE ALL'USO CLINICO
Marinangeli F, Piroli A, Biancofiore V, Cardilli E,
Castellani M, Dibello FM, Di Marco C, Paladini G,



Santoro C, Ciccozzi A, Marsili I, Paladini A, Petrini F, Cifone MG 18

TRE ANNI DI ESPERIENZA CLINICA CON OSSICODONE-NALOXONE
Mariot G. 20

DOLORE CRONICO E OBESITÀ
Masia F, Celi G, Grandone I, Fatati G, Coaccioli S 22

LB-UTILIZZO DEL DEVICE AIARTEXB NELLA GESTIONE DEL LOW BACK PAIN
Pace MC, Passavanti MB, Pota V, Sansone P, Fierro D, Peluso F, Pasquariello MR, Colella U, Aurilio C 23

N-ACETYL-CYSTEINE INHIBITS NOCICEPTIVE PATHWAY FUNCTION. A COMBINED ANIMAL AND HUMAN STUDY
Piroso S, S La Cesa, A Biasiotta, G Di Stefano, C Leone, E Galosi, A Pepe, C Giordano, G Cruccu, A Truini 24

STUDIO DI PREVALENZA E INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE NELLA GESTIONE DEL DOLORE PRESSO L'A.O. OSPEDALE DI CIRCOLO DI MELEGNANO
Pisano A., Parolini R., Mancini M. 25

RUOLO DELLA ROTAZIONE DEGLI OPIOIDI NEL TRATTAMENTO DEGLI EFFETTI COLLATERALI
Raiola M. 29

PATCH DI LIDOCAINA AL 5% COME COANALGESICO NEL DOLORE NEUROPATICO DA CANCRO IN PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON TAPENTADOLO
Sansone P., Pace M.C., Passavanti M.B., Fierro D., Peluso F., Pasquariello M.R., De Marco G.P., Langella E., La Vedova M., Aurilio C. 30

ANSIA E DEPRESSIONE NEL PAZIENTE AFFETTO DA DOLORE FACCIALE IDIOPATICO PERSISTENTE
Schweiger V, Procacci P, Zanette G, Polati E, Nocini PF 32

IL TRATTAMENTO DEL DOLORE POST-OPERATORIO IN INTERVENTI DI CHIRURGIA ORTOPEDICA AMBULATORIALE: DIFFERENZE NEI RISULTATI TRA 3 DIVERSI FARMACI
Serpieri S., Cilli V., De Vitis R., Militerno A., Evangelista M. 33

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA GESTIONE DEL DOLORE NELL'ANZIANO CON DEMENZA DA PARTE DEGLI INFERMIERI DELL'A.O. DI MELEGNANO
Soccio G., Zunico M., Sasanelli F. 35

IL DOLORE PROCEDURALE
Testa A, Bonetti C, R. Berrettoni, S. di Filippantonio, P. Orsini, Marinangeli F 37

TRATTAMENTO MULTIMODALE DELLA NEURALGIA POSTHERPETICA
Tudini M, Angeletti PM, Santucci C, Zolotaki M, Alfonsi B, Blanco MA, Marsili I, Piroli A, Paladini A, Marinangeli F 39

TRATTAMENTO DELLA NEURALGIA POSTHERPETICA CON PATCH ALLA CAPSAICINA NEL GRANDE ANZIANO
Tudini M, Angeletti PM, Santucci C, Zolotaki M, Alfonsi B, Blanco MA, Valenti F, Marsili I, Piroli A, Paladini A, Marinangeli F 41

ABSTRACT CONCORSO AISD PER I GIOVANI

LIDOCAINA 5% CEROTTO IN NEURALGIA POST-ERPETICA: UN CASO DI REMISSIONE COMPLETA

Bonaldi E.
in collaborazione con Bresadola E., Parolini M.,
Schweiger V., Brugnoli P., Polati E. 45

DOLORE NEL TRAUMA MIDOLLARE

Bonetti C.
in collaborazione con
Di Cola F, Melone A, Valenti F, Mariani R, Di
Marco C, Castellani M, Zolotaki M, Piroli A,
Paladini A, Galzio R.J, Desideri G, Pozzone T,
Marinangeli F 47

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL TAPENTADOLO NEL DOLORE NEOPLASTICO IN PAZIENTI NAIVE PER OPIOIDI MAGGIORI

Cena T. 48

STUDIO CLINICO PROSPETTICO SULL'UTILIZZO DEL TAPENTADOLO NEL TRATTAMENTO DEL LOW BACK PAIN

Peluso F., Fierro D., Colella U. 49

TAPENTADOLO: UNA NUOVA ARMA NELLA PREVENZIONE DELLA NEURALGIA POST- ERPETICA?

Russo V, Viscardi D, Vaccarella A, Miralto F,
Salzano A. Ferrara M, Palomba R 50

ASSOCIAZIONE TAPENTADOLO-GABAPENTIN NEL LOW BACK PAIN

Salzano A.M., Zuppa O., Vaccarella A., Cianciulli
F., Miralto F., Zampi M., Palomba R. 51

STUDIO PROSPETTICO OSSERVAZIONALE SULLA RELAZIONE TRA DOLORE E SINTOMI DEPRESSIVI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO EMODIALITICO CRONICO: VALUTAZIONE CON AUTOALGOMETRO A PRESSIONE

Zagaria G.
in collaborazione con Aurilio C, Colella U, Fierro D,
Peluso F 52

www.aisd.it