



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΑΛΓΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ IASP ΚΑΙ EFIC



11^η Επιστημονική Συνάντηση
ΣΠΛΑΧΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ & ΜΕΘΕΡΠΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ
ΠΟΡΟΣ, Sirene Blue Resort

Σάββατο 16 Μαΐου 2015

Σπλαχνικός πόνος – Φαρμακευτική & παρεμβατική αντιμετώπιση

Δρ. Παναγιώτης Θεοδοσιάδης-Αναισθησιολόγος
Ιατρείο Πόνου, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Το κοιλιακό άλγος αποτελεί μια από τις συνηθέστερες αιτίες για την οποία κάνεις ζητά ιατρική εκτίμηση και αντιμετώπιση. Αφορά όλες τις ηλικίες και δυστυχώς πολλές φορές δεν υπάρχει αντικειμενικό εύρημα. Συνήθως στο ιατρείο πόνου έρχονται οι ασθενείς αφού έχουν κάνει πλήθος εξετάσεων και έχουν επισκεφτεί πολλούς ιατρούς. Μια τέτοια μακρά ιστορία και χωρίς να υπάρχει ουσιαστικά ανακούφιση, επηρεάζει αρκετά συχνά και τον ψυχικό κόσμο αυτών των ασθενών.

Είναι σημαντικό στην αντιμετώπιση του χρόνιου κοιλιακού άλγους η κατανόηση της αγωγής των επώδυνων ερεθισμάτων από τα σπλάγχνα, η λήψη καλού ιστορικού, η σταδιακή κλιμάκωση στην αντιμετώπιση της παθολογίας (εάν υπάρχει) καθώς και η παρέμβαση ειδικού ψυχολόγου / ψυχιάτρου για το ψυχολογικό κομμάτι του χρόνιου πόνου.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Στα σπλάγχνα της κοιλιάς ο πόνος προέρχεται από διάταση ή σύσπαση, έλξη, συμπίεση ή συστροφή του οργάνου και επιπλέον σε όργανα με κάψα όταν αυτή διατείνεται ή διηθείται από κάποια νεοπλασία.

Η νεύρωση τους είναι διπλή, από το συμπαθητικό (SNS) και παρασυμπαθητικό νευρικό πλέγμα (PNS)- (φρενικό ν. και ιερό παρασυμπαθητικό πλέγμα). Πρόκειται για τις λεπτές εμμύελες ίνες Αδ και τις αμύελες C.

Τα επώδυνα ερεθίσματα άγονται μέσω των προσαγωγών νευρικών ινών στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού μαζί ίνες των νωτιαίων νεύρων που άγουν τον σωματικό πόνο. Με αυτό τον μηχανισμό εξηγείται ο αντανακλαστικός πόνος στην περίπτωση π.χ της οξείας ή χρόνιας σκωληκοειδίτιδας επειδή οι αντίστοιχες συμπαθητικές ίνες εισέρχονται στο ύψος του T10-T11, ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί αρχικά περιομφαλικά.

Το συμπαθητικό σύστημα αποτελείται από τα συμπαθητικά γάγγλια εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης (από το ύψος του αυχένα έως μπροστά από τον κόκκυγα) και τα παράπλευρα γάγγλια ή προσπονδυλικά που ουσιαστικά είναι αυτά που προσλαμβάνουν τα επώδυνα ερεθίσματα από τα κοιλιακά και πυελικά σπλάγχνα. Στα τελευταία ανήκουν το κοιλιακό (ή ηλιακό), το άνω και το κάτω μεσεντέριο πλέγμα.

Σε επίπεδο υποδοχέων σημαντικός φάνηκε πως είναι ο ρόλος των TRPV-1 (transient receptor potential vanilloid-1), ASIC3 και των διαύλων Na (NA 1.8 και 1.9) καθώς και των διαύλων Ca. Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος και υποδοχέων που μειώνουν τον πόνο (downmodulate pain): GABA-B, Kappa και Mu υποδοχείς, υποδοχείς γκαμπαπεντινοειδών (gabapentinoids) καθώς και των υποδοχέων σωματοστατίνης. Η



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΑΛΓΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ IASP ΚΑΙ EFIC



11^η Επιστημονική Συνάντηση
ΣΠΛΑΧΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ & ΜΕΘΕΡΠΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ
ΠΟΡΟΣ, Sirene Blue Resort

Σάββατο 16 Μαΐου 2015

έρευνα εδώ κάποιο καιρό εστιάζεται σε φάρμακα-αναλγητικά που έχουν στόχους τους παραπάνω υποδοχείς και διαύλους.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Λόγω της διαφορετικής και ιδιαίτερης νεύρωσης, των διαφορετικών νευροδιαβιβαστών - υποδοχέων και των διαύλων που βρίσκονται στα σπλάγχνα, όπως προαναφέρθηκαν, διαφορετική είναι και αναλγητική απάντηση στα διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τον σωματικό πόνο. Αποδεδειγμένη πλέον είναι και η κεντρική ευαισθητοποίηση στις περιπτώσεις του χρόνιου κοιλιακού άλγους και ως εκ τούτου φάρμακα κεντρικώς δρώντα μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του.

Γενικά δεν υπάρχει μονοθεραπεία στην αντιμετώπιση του κοιλιακού άλγους αφού όπως αναφέραμε εμπλέκονται πολλοί και διαφορετικοί μεταξύ τους παράγοντες.

Παρακεταμόλη και NSAIDs. Η χρήση των “απλών” αυτών αναλγητικών μπορεί να ανακουφίσει διάφορες καταστάσεις άλγους (κολικός νεφρού ή εντέρου ή σε καρκίνο) ενώ σε κάποιες άλλες δεν φαίνεται να βοηθούν ιδιαίτερα και μάλλον τις επιδεινώνουν (φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου).

Οπιοειδή. Ενώ αναλγητική δράση τους είναι γνωστή και αποδεδειγμένη με πάμπολλες μελέτες δεν είναι ευρέως γνωστό το φαινόμενο της σπλαγχνικής υπεραλγησίας (παρατηρείται κυρίως με την μορφίνη). Στην μορφή αυτή της υπεραλγησίας ο πόνος αυξάνεται και σε ένταση και σε μεγαλύτερη έκταση από ότι πριν, δίδοντας έτσι την εντύπωση πως η υποκείμενη νόσος εξελίσσεται αυξάνοντας προοδευτικά την απαίτηση για παραπάνω δόση οπιοειδών. Το πρόβλημα αυτό παρακάμπτεται με την συγχορήγηση γκαμπαπεντινοειδών (gabapentin & pregabalin) αλλά και την κυκλική εναλλαγή των διαφόρων οπιοειδών (opioid rotation). Τα οπιοειδή χρησιμοποιούνται με την μορφή βραδείας αποδέσμευσης ενώ ο συνδυασμός τους με άλλα αναλγητικά (παρακεταμόλη, τραμαδόλη) φαίνεται πως βοηθά σημαντικά.

Βοηθητικά φάρμακα.

Οκτρεοτίδη, βακλοφαίνη, Δεξμετομιδίνη, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νορεπινεφρίνης, στεροειδή, νευροληπτικά, αποτελούν φαρμακευτικές ουσίες που σε συνδυασμό με τα παραπάνω αναλγητικά αυξάνουν το αναλγητικό αποτέλεσμα.

Να υπενθυμιστεί πως για την χορήγηση οπιοειδών στον μη καρκινικό πόνο απαραίτητη είναι η ακριβής τήρηση των κανόνων για την χορήγηση οπιοειδών σε ασθενείς με μη καρκινικό πόνο (κίνδυνος νομικής εμπλοκής σε περίπτωση π.χ υπέρ-συνταγογράφησης).

ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ-ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Στην περίπτωση αυτή ανήκουν παρεμβάσεις είτε υπό την μορφή εγχύσεων είτε με την εφαρμογή ραδιοσυχνότητας είτε με την διέγερση του νωτιαίου μυελού ή ακόμα και με



την διέγερση πλεγμάτων της συμπαθητικής αλυσού που σκοπό έχουν την ανακούφιση από τον πόνο.

Η έγχυση τοπικού αναισθητικού με κάποιο στεροειδές ή η έγχυση οινόπνεύματος είναι γνωστό από παλαιά ότι δίδει σημαντική ανακούφιση είτε όταν πρόκειται για κακοήθεια π.χ παγκρέατος ή στομάχου, οπότε μιλάμε για νευρόλυση του κοιλιακού πλέγματος είτε για καλοήθεις καταστάσεις όπως σε μια χρόνια παγκρεατίτιδα. Συχνότερα γίνονται αναφορές για την έγχυση στο κοιλιακό πλέγμα (συμπαθητικός αποκλεισμός) είτε με τοπικό αναισθητικό (TA) είτε με αλκοόλ. Η έγχυση αυτή που γίνεται πάντα με ακτινοσκοπική καθοδήγηση (C-ARM) και σε περιβάλλον χειρουργείου, σκοπό έχει να ανακουφίσει από τον πόνο που προέρχεται από όργανα όπως το πάγκρεας, το στομάχι, το ήπαρ, τη χοληδόχο κύστη, το μεσεντέριο, και το εγκάρσιο. Για τον πόνο χαμηλότερα (πύελος) γίνονται αντίστοιχες εγχύσεις στο άνω ή κάτω υπογάστριο πλέγμα. Ειδικά για την περιοχή του περινέου η έγχυση στο γάγγλιο του Imapr έχει πολύ καλά αποτελέσματα (ακόμα και στην ανθεκτική κοκκυγοδυνία).

Η εφαρμογή ραδιοσυχνοτήτων, η ηλεκτρική διέγερση του νωτιαίου μυελού και η στοχευμένη ηλεκτρική διέγερση πλέγματος αποτελούν τεχνικές που δεν καταστρέφουν τις νευρικές δομές ενώ παράλληλα προσφέρουν ανακούφιση από τον πόνο.

Στην περίπτωση των ραδιοσυχνοτήτων (Pulsed Radiofrequency, τεχνική που επαναλαμβάνεται όταν εμφανιστεί ξανά ο πόνος) το ειδικό ηλεκτρόδιο, με την ακτινοσκοπική καθοδήγηση, τοποθετείται στο συγκεκριμένο πλέγμα και ακολούθως γίνεται η ακολουθία της παλμικής εφαρμογής ραδιοσυχνοτήτων.

Στην ηλεκτρική διέγερση του κοιλιακού πλέγματος ή του νωτιαίου μυελού, τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται είτε σε επαφή με το πλέγμα είτε σε συγκεκριμένο επίπεδο στον επισκληρίδιο χώρο, ανάλογο με την περιοχή που θέλει κάνεις να διεγείρει π.χ για την χρόνια παγκρεατίτιδα τοποθετούνται στο ύψος Θ5-Θ7 ενώ για το περινεϊκό άλγος γίνεται διέγερση στις I2-I3-I4 νωτιαίες ρίζες.

Βιβλιογραφία

1. Mellar P. Davis, Drug management of visceral pain: concepts from basic research. Pain research and treatment, Volume 2012 (2012), Article ID 265605, 18 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2012/265605>
2. A.BlackshawA, S.J.Brookes, D.Grundy. Sensory transmission in the gastrointestinal tractL. Neurogastroenterol Motil (2007) 19 (Suppl. 1), 1-19.
3. Goroszeniuk T, Khan R. Permanent percutaneous splanchnic nerve neuromodulation for management of pain due to chronic pancreatitis: a case report. Neuromodulation. 2011 May-Jun;14(3):253-7.
4. Kapural L, Cywinski JB, Sparks DA. Spinal cord stimulation for visceral pain from chronic pancreatitis. Neuromodulation. 2011 Sep-Oct;14(5):423-6