



ΑΛΓΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ

Φεβρουάριος 2006

Το έντυπο αυτό διανέμεται δωρεάν

Τόμος 3^{ος}/Τεύχος 1

Υπεύθυνος έκδοσης:

Α. Γεωργίου

Συντακτική Επιτροπή:

Ε. Αργύρα

Ε. Ευτυχίδου

Α. Καστρινάκη

Α. Μπαϊρακτάρη

Σ. Χονδρέλη

Κ. Βαγδατλή

ΡΙΖΙΤΙΔΑ: ΠΟΙΑ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ; ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ Η ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γεωργίου Λουκάς

Διευθυντής Ανασθησιολογικού Τμήματος
και Ιατρού Πόνου ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΓΝΑ.

(προσωπική εμπειρία και επιλογή)

Ιστορικό

Δεύτερη συνεχόμενη χρονιά που ο Αύγουστος «με πονάει». Πέρυσι με κέντρισμα σκορπιού (βλέπε 1^ο τόμο, 1^ο τεύχος, ΑΛΓΟΣ Κλινικά Χρονικά) φέτος (2004) με αιφνίδια οξυτάτη ριζίτιδα O₂-O₃. Αναφέρω αιφνίδια και οξυτάτης μορφής διότι ξύπνησα το πρωί και όταν δοκίμασα να σηκωθώ από το κρεβάτι μου ήταν αδύνατο. Οξυτάτος πόνος στην οσφυϊκή χώρα που δεν μου επέτρεπε να σηκωθώ. Η παραμικρή κίνηση έγερσης προκαλούσε σπασμό των παρασπονδυλικών μυών με αποτέλεσμα αφόρητο πόνο (VAS 10). (Έχω αρκετή εμπειρία από οξύ πόνο ώστε να μπορώ να αξιολογώ την έντασή του-2 φορές κατάγματα πλευρών, δύο φορές διαστρέμματα ποδοκνημικής, περιαρθρίτιδα ώμου, κ.λπ.). Μου πήρε δέκα λεπτά για να μπορέσω να σταθώ όρθιος. Με μετέφεραν στο Ιπποκράτειο με ισχυρούς πόνους σε κάθε κούνημα του αυτοκινήτου. Εκεί με δική μου επιλογή μου έγινε επισκληρίδια χορήγηση celestone chronodose 12 mg (2 ml), ropivacaine 0.75% (1 ml), fentanyl 50 γ (1 ml) στη πάσχουσα ρίζα. 20 λεπτά αργότερα βρισκόμουν στο γραφείο με σκορ πόνο 2. Είχα κνησμό αλλά ανεκτό και ελαφρά υπαισθησία.

Η δράση των χορηγούμενων επισκληριδίων φαρμάκων είναι συνεργική με την έννοια ότι:

Το κορτικοειδές παρατεταμένης δράσης ασκεί την αντιφλεγμονώδη δράση του σε 24 με 48 ώρες και παραμένει στο σημείο τοποθέτησης για δέκα με δεκαπέντε ημέρες.

Το τοπικό αναισθητικό, άμεσα λύνει το μυϊκό σπασμό που προκαλεί η ριζίτιδα και ο οποίος επιδεινώνει τον πόνο αλλά συντηρεί και τη ριζίτιδα.

Το δε οπιοειδές ανακουφίζει άμεσα από τον πόνο.

Πήρα άδεια προκειμένου να παραμείνω κλινής για δύο ημέρες, οδηγίες που δίνουμε σε όλους τους αρρώστους που έχουν ριζίτιδα και υποβάλλονται σε παρόμοια θεραπευτική αγωγή. Σε όλους τους αρρώστους στη συνέχεια στο συγκεκριμένο Ιατρείο Πόνου του οποίου και προϊστάμαι, δίνουμε οδηγίες για κινητοποίηση στο σπίτι, αποφυγή άρσης βάρους, επανεκτίμηση σε μια εβδομάδα και αν το σκορ πόνου είναι μεγαλύτερο από 6 επαναχορήγηση δόσης κορτικοειδούς κατά 50% αυξημένης. Αν το σκορ πόνου είναι μικρότερο από 6 επιστρέφουν στην εργασία τους σε τρεις με τέσσερις ημέρες.

Την επομένη της επέμβασης επειδή ένιωθα καλά, όχι μόνο δεν έμεινα στο κρεβάτι αλλά άρχισα και διάφορες δουλειές, (δάσκαλε που δίδασκες) με αποτέλεσμα σε δύο ημέρες να επανεμφανιστεί πόνος (VAS 6) που με οδήγησε να καθηλωθώ στο κρεβάτι για τρεις ημέρες. Σε δέκα ημέρες από την έναρξη της θεραπείας ήμουν τελείως καλά και επέστρεψα στην εργασία.

Το Νοέμβριο του ίδιου χρόνου 2004, (δικό μου φταίξιμο) ξεχάστηκα και σήκωσα βάρος 60 κιλών με αποτέλεσμα να νοιώσω έναν οξύ δυνατό πόνο, σε δύο ημέρες ανέπτυξα ριζίτιδα στη O₂-O₃ ρίζα με σκορ πόνο 7 (VAS). Αποφάσισα να ακολουθήσω τη κλασική συντηρητική αγωγή, δηλαδή:

1. Ανάπαυση επί κλίνης επί 5 24ωρα.
2. Μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες πρωί, μεσημέρι, βράδυ.
3. Μυοχαλαρωτικό πρωί, μεσημέρι, βράδυ.
4. Ραντιδίνη για γαστροπροστασία πρωί βράδυ όλα από του στόματος.

Η κατάσταση ήταν στάσιμη την ημέρα, αλλά το βράδυ στο κρεβάτι η μετακίνηση ήταν ανυπόφορη με αποτέλεσμα να ξυπνάω σε κάθε μετακίνηση. Την έβδομη μέρα από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής, λόγω της αναποτελεσματικότητας της εφαρμοζόμενης θεραπευτικής αγωγής αποφάσισα να υποβληθώ σε παρεμβατική θεραπεία. Έτσι μου χορηγήθηκαν επισκληριδίως celestone chronodose 6 mg, (1 ml) ropivacaine 0.75% (1 ml), fentanyl 50 γ (1 ml), στη πάσχουσα ρίζα.

Το ίδιο σκηνικό επαναλήφθηκε, δηλαδή άμεση απαλλαγή από το πόνο, κνησμός και ελαφρά υπαισθησία. Δεν χρειάστηκε να πάρω μη στεροειδές και μυοχαλαρωτικό την ίδια μέρα ή το βράδυ. Ο ύπνος ήταν σαφώς βελτιωμένος, το δε σκορ πόνου στο ήμισυ αυτού που είχα με τα μη στεροειδή και τα μυοχαλαρωτικά.

Συζήτηση

Η απλή ριζίτιδα από κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου στο 80% των περιπτώσεων, υποχωρεί σε 4-6 εβδομάδες με τη κλασική θεραπεία που προανέφερα, (κατάκλιση, μη στεροειδή, μυοχαλαρωτικά, γαστροπροστασία). Αυτό όμως μεταφράζεται ότι μέχρι την αποθεραπεία θα υπάρχουν πόνοι άλλοτε άλλης έντασης, καθήλωση στο κρεβάτι, κακή ποιότητα ύπνου, ζώης κ.λπ., καθώς και αποχή από την εργασία. Η παράταση αυτή της θεραπείας προκαλεί και ψυχολογικά προβλήματα με την έννοια ότι συνειδητοποιεί κανείς ότι δεν είναι «άρρωτος», ότι μια κατά τα άλλα απλή πάθηση τον καθήλωνει για αρκετές ημέρες στο κρεβάτι, εξαρτάται από τους άλλους, υποφέρει, κ.λπ.

Η απλή ριζίτιδα επίσης με τη παρεμβατική θεραπεία μειώνει το χρόνο αποθεραπείας σε μερικές ημέρες, ο πόνος και η καθήλωση στο κρεβάτι διαρκούν πολύ λίγο και δεν υπάρχει χρόνος για αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες αφού σε μια εβδομάδα επιτρέπει την επιστροφή στην εργασία και τις παλιές καθημερινές συνήθειες.

Σε μια πλέον ανθεκτική ριζίτιδα που με τη συντηρητική θεραπεία ο χρόνος αποθεραπείας θα διαρκέσει 4-6 μήνες, με ότι αυτό συνεπάγεται, με τη παρεμβατική θεραπεία ο χρόνος περιορίζεται στις 4-6 εβδομάδες.

Τα κορτικοειδή από την άλλη πλευρά έχουν θεαματικά αποτελέσματα στην οξεία φάση όπου η ρίζα δεν έχει υποστεί αλοιώσεις από τη χρόνια φλεγμονή και έτσι εμποδίζουν τη δράση των κορτικοειδών.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω η επισκληριδία χορήγηση κορτικοειδών παρατεταμένης δράσης πρέπει να αποτελεί μέθοδο επιλογής για την θεραπεία της οξείας ριζίτιδας.

KENTRISMA ENTOMON II

Αυτό το καλοκαίρι (2005), πάλι Αύγουστο μήνα, διακοπές, εξοχικό, κέντρισμα από σφήκα στο μέσο δάκτυλο του αριστερού ποδιού.

Επειδή ο πόνος ήταν διάχυτος και δεν φαινόταν το σημείο κεντρίσματος θεώρησα καλό να απολγείσω με διάλυμα ξυλοκαΐνης 2% τα δύο νεύρα που νευρούν τη περιοχή. Τελικά αποδείχθηκε ότι ήταν στη ρόγα του δακτύλου. Ο πόνος πέρασε άμεσα αφού προκλήθηκε αναισθησία όλου του δακτύλου. Δύο ώρες μετά ο πόνος επανήλθε με οίδημα και η πορεία του κεντρίσματος ήταν κλασική. Πόνος, ερυθρότητα, οίδημα και από την επομένη ημέρα κνησμός.

Είναι προφανές λοιπόν ότι η τοπική διήθηση του σημείου κεντρίσματος με διάλυμα τοπικού αναισθητικού, είναι καθοριστική για να προληφθεί η ανάπτυξη περιφερικής ευαισθητοποίησης (πρωτοπαθής και δευτεροπαθής υπεραλγησία). Φαίνεται δε ότι ο απλός νευρικός αποκλεισμός της περιοχής δεν εμποδίζει τον μηχανισμό ανάπτυξης περιφερικής ευαισθητοποίησης αλλά απλώς προκαλεί προσωρινή απαλλαγή από το πόνο λόγω της προκαλούμενης αναισθησίας.

Πρόσφατα πληροφορήθηκα από συνάδελφο ότι τοποθέτησε αλοιφή EMLA σε σημείο κεντρίσματος από σφήκα και ότι είχε πλήρη προστασία από την ανάπτυξη του γνωστού φαινομένου.

Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Μαρία Παπαστάμου
Ανασθησιολόγος

Εξαιτίας της αύξησης του μέσου όρου επιβίωσης και της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων, οι ενήλικες προχωρημένης ηλικίας αποτελούν ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού της Ευρώπης.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοίνωσε ότι ο αριθμός των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών το 2005 θα έφτανε το 1,2 δις., ενώ αναμένεται να φτάσει τα 2 δις το 2050.

Στους ενήλικες ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου. Το 67% των θανάτων από καρκίνο αφορά την ηλικιακή αυτή ομάδα. Τα 2/3 των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο υποφέρουν από έντονο πόνο. Περισσότερο από το 1/4 των ασθενών αυτών δεν λαμβάνουν κανένα αναλγητικό.

Ο Πόνος στους ηλικιωμένους - Η Ευρωπαϊκή πραγματικότητα

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα ιδιαίτερα κοινό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους. Αφορά περισσότερο από το 50% των ηλικιωμένων ατόμων και περισσότερο από 80% των ηλικιωμένων που δέχονται νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. (Ferrell et al 1995, Helme and Gibson 2001). Δηλαδή τουλάχιστον ένας στους δύο ηλικιωμένους πολίτες της Ευρώπης υποφέρει από χρόνια πόνο.

Το ποσοστό των χρόνιων νοσημάτων είναι σαφέστερα υψηλότερο στους ηλικιωμένους από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό και αυτό είναι ένα μεγάλο πρόβλημα το οποίο καλούνται να αντιμετωπίσουν οι Ευρωπαϊκές Υπηρεσίες Υγείας. Ο οξύς πόνος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως σύμπτωμα νόσου ή βλάβης ιστών και οργάνων, ο χρόνιος και υποτροπιάζων πόνος είναι ένα ιδιαίτερο πρόβλημα, είναι μία νόσος με δική της νοσολογική οντότητα. (EFIC'S Declaration D. Niv

and M.Devor, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο Μάιος 2001). Παραδείγματα χρόνιου πόνου στους ηλικιωμένους είναι η οστεοαρθρίτιδα, η μεθερπητική νευραλγία, η στένωση του σπονδυλικού σωλήνα, ο καρκίνος, ο μυοσκελετικός πόνος, η ινομυαλγία, η διαβητική περιφερική νευροπάθεια κ.λπ.

Πόνος και η διαφορετικότητα της ηλικίας

Ο χρόνιος πόνος δεν είναι ένα φυσιολογικό επακόλουθο της ηλικίας. Σχεδόν πάντα εμπλέκονται περισσότερες από μία παθολογικές ή ψυχοπαθολογικές καταστάσεις (Hurkins et al 1994). Με την πάροδο της ηλικίας σημειώνονται αλλαγές στη λειτουργία των οδών μετάδοσης του πόνου. Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις αφορούν τόσο τη μετάδοση όσο και την τροποποίηση των βλαπτικών ερεθισμάτων (Gibson and Farrell 2003).

Πειραματικές μελέτες αναφέρουν ότι ο ουδός του πόνου στους ηλικιωμένους είναι μειωμένος όπως και η ανοχή στον πόνο. Η μείωση της ευαισθησίας δεν σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι δοκιμάζουν λιγότερο ή καθόλου πόνο. Αντίθετα, όταν αναφέρουν πόνο θα πρέπει να θεωρηθεί ότι η υποκείμενη παθολογία είναι πολύ σοβαρή. (Hurkins et al 1994; Gagliese and Melzack 1997; Gibson and Helme 2001).

Οι ηλικιωμένοι συνήθως έχουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες συνοδές της ηλικίας όπως η συνταξιοδότηση, η απώλεια στήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, η απώλεια της ανεξαρτησίας, ο ιδρυματισμός. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την έκφραση, τη διάρκεια και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του πόνου. (Roy 2001).

Ο πόνος επηρεάζει την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων και αυτό μπορεί να εκφραστεί ως κατάθλιψη (συμπεριλαμβανομένου και του αυξημένου κινδύνου αυτοκτονίας), σαν άγχος, σαν διαταραχές ύπνου και όρεξης, σαν απώλεια βάρους αλλά και σαν περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων. Όλα αυτά μπορούν να βελτιωθούν με την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου. (Flor et al.1992;Helme et al 1996; AGS Panel 2002).

Η αντιμετώπιση του πόνου στους ηλικιωμένους

Η εκτίμηση και η αντιμετώπιση του πόνου στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Απαιτείται ειδική εμπειρία, εκπαίδευση και γνώση. Υπάρχουν θεραπευτικά πρωτόκολλα και θεραπευτικοί στόχοι που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν τις ειδικές ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. (American Geriatrics Society 2002).

Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στις προλήψεις που επικρατούν στον πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων και που μπορεί να αφορούν την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων καθώς επίσης και την πρόγνωση. (Kee et al. 1998)

Χρειάζεται ιδιαίτερη γνώση και κλινική εμπειρία για την αντιμετώπιση του χρόνιου υποτροπιάζοντα πόνου (οστεοαρθρίτιδα, μεθερπητική νευραλγία κ.λπ.) στους ηλικιωμένους που αδυνατούν να αναφέρουν και να περιγράψουν τον πόνο (π.χ νόσος Alzheimer, εγκεφαλικό επεισόδιο). Η προσεκτική και λεπτομερής παρατήρηση της συμπεριφοράς του ηλικιωμένου ατόμου π.χ ευερεθιστότητα, παραλήρημα, στάση του σώματος, εκφράσεις του προσώπου, κινητικό-

τητα, αποτελούν ενδείξεις μιας επώδυνης κατάστασης. Η παράλληλη χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση συνοδών νόσων, το ιατρικό και ψυχοκοινωνικό ιστορικό, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη όταν σχεδιάζεται η αντιμετώπιση του πόνου. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη οι αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων, οι ανεπιθύμητες ενέργειες, οι απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις των συνήθως χορηγούμενων αναλγητικών στους ηλικιωμένους (American Geriatrics Society 2002). Κατά τη δράση των αναλγητικών προκύπτουν φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές αλλαγές (π.χ. μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οπιοειδή) όπως επίσης και κατά τη δράση των συμπρωματικών-βοηθητικών φαρμάκων όπως είναι τα αντιεπιληπτικά, τα αντικαταθλιπτικά, κ.λπ..

Οι επεμβατικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του πόνου στους ηλικιωμένους κατέχουν σημαντική θέση, όμως υπάρχουν περιορισμοί στη χρήση τους. (Prager 1996).

Όλοι οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν είναι ίδιοι. Υπάρχει μια μεγάλη και ουσιαστική ετερογένεια μεταξύ των ασθενών της ίδιας ηλικίας. Η ετερογένεια αυτή αφορά τη φυσιολογική κατάσταση, την ψυχολογική δομή και τη λειτουργική δυνατότητα του κάθε ατόμου. (Busse and Maddox 1985).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Geriatric society (AGS) Panel on Persistent Pain in Older Persons. *J Amer Geriatr Soc* 2002; 50: S205S224.

Bush E, Maddox G. *The Duke Longitudinal Studies of Normal Aging: 1995-1980*. New York: Springer, 1985.

EFIC's Declaration, D. Niv and M. Devor, presented at the European Parliament May 2001.

Ferrell BA, Josephson KR, Pollan AM, Loy S, Ferrell BR. A randomized trial of walking versus physical methods for chronic pain management. *Aging (Milano)* 1997; 9: 99-105.

Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: meta-analytic review. *Pain* 1992; 9: 99-105.

Gagliese L. Assessment of pain in elderly people. Turk DC, Melzack R. (Eds). *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Press, 2002, pp. 119-133.

Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70: 3-14.

Gibson SJ, Chambers C. Pain across the life span: a developmental perspective. In: Hadjistavropoulos T, Craig KD (Eds). *Pain: Psychological Perspectives*. Mahwah, NH: Lawrence Erlbaum, 2003.

Gibson SJ, Helme RD. Age-related differences in pain perception and report. *Clin Geriatr Med* 2001; 227-239.

Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 417-431.

Helme RD, Katz B, Gibson SJ, et al. Multidisciplinary pain clinics for older people: do they have a role? *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 417-431.

Harkins SW, Price DD, Bush FM. Geriatric pain. In: Wall PD, Melzack R. (Eds). *Textbook of Pain*. New York: Churchill Livingstone, 1994, pp. 769-787.


Kee WG, Middaugh SJ, Redpath S, Hargadon R. Age as a factor in admission to chronic pain rehabilitation. *Clin J Pain* 1998; 14: 121-128.


Prager JP. Invasive modalities for the diagnosis and treatment of pain in elderly. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 549-561.

Roy R. *Social Relations and Chronic Pain*. New York: Academic/Plenum, 2001.

6^ο Πανελλήνιο
Συνέδριο Πόνου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ IASP & EFIC

Υπό την Αιγίδα της EFIC 



19-22 Οκτωβρίου 2006
Χανιά, ΚΡΗΤΗ Ξενοδοχείο Minoan Palace Resort

aktinacity
congress
ORGANIZATION AND SECRETARIAT OF THE CONGRESS

Οργάνωση και Γραμματεία Συνεδρίου ΑΚΤΙΝΑ - CITY CONGRESS S.A.
Φιλελλήνων 26, 105 58 ΑΘΗΝΑ Τηλ: 210 3232433 Fax: 210 3232338
E-mail: info@citycongress.com www.citycongress.com

Το ενημερωτικό δελτίο της ΕΕΠ εκδίδεται με την ευγενική χορηγία της

