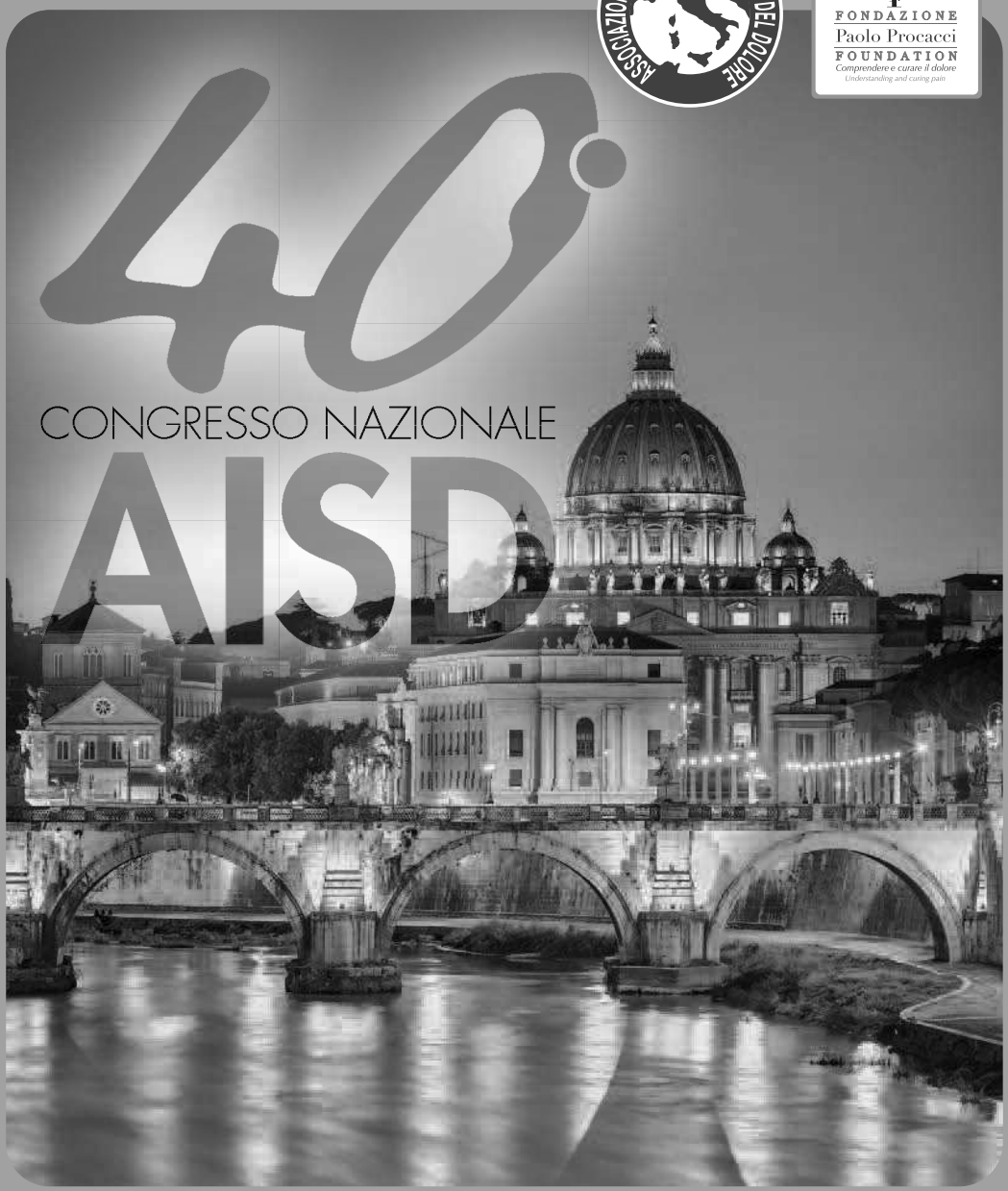

Atti e Abstract Book

Roma 8-10 giugno 2017

© 2017 dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus.
Tutti i diritti riservati.
Supplemento a DOLORE AGGIORNAMENTI CLINICI n. 1-2/2017,
organo ufficiale dell'Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore Onlus

ISSN 1974-448x - Aut. Trib dell'Aquila n. 571 del 18/12/2007
Dir. Resp. Giustino Varrassi
via Tacito, 7 - 00193 Roma
www.aisd.it - info@aisd.it

Il contenuto degli abstract rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori e la loro revisione ortografica.
A causa dei rapidi progressi della scienza medica si raccomanda sempre una verifica indipendente delle diagnosi e dei dosaggi farmacologici riportati.

Progetto grafico e impaginazione: Osvaldo Saverino

Comitato scientifico
Enrico Polati (Presidente AISD)
Caterina Aurilio
Stefano Coaccioli
Maurizio Evangelista
Diego M.M. Fornasari
Franco Marinangeli
Maria Caterina Pace
Filomena Puntillo
Vittorio Schweiger
Andrea Truini
Giustino Varrassi
Daniele Battelli (Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore)
Nicolino Monachese (Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore)
Riccardo Rinaldi (Rappresentante Regionale AISD Lazio)

Comitato organizzatore locale
Maurizio Evangelista (Presidente COL)
Giuseppe Casale
Vitale Cilli
Antonio Clemente
Edoardo de Ruvo
Paolo Diamanti
Claudio Lo Presti
Davide Muriess
Manuel Soldato
Maurizio Stefani
Bartolomeo Violo

Segreteria organizzativa

WE DRIVE YOUR EDUCATION
PLANNING

Planning Congressi srl
Via Guelfa, 9 - 40138 Bologna
Tel. 051 300100
www.planning.it

L'ernioplastica inguinale risulta essere uno degli interventi più a rischio di cronicizzazione del dolore post-operatorio, con una incidenza riportata in letteratura del 10 % (1).
Di seguito proponiamo un protocollo di trattamento del dolore cronico nei pazienti sottoposti ad intervento di ernia inguinale.
I nervi ileo-ipogastrico e ileo-inguinale sono deputati all'innervazione della parete addominale e sono spesso coinvolti nella sintomatologia persistente, dopo intervento di ernioplastica, con una frequente iperalgesia ed allodinia cutanea.

Materiali e metodi
Il nostro protocollo si propone di stabilizzare la membrana del nervo iperattivo, in prima istanza con terapia medica e nei casi non responsivi con terapia infiltrativa.
La valutazione dell'intensità del dolore veniva eseguita con la scala numerica verbale e la presenza di componente neuropatica con la scala DN4. Al momento della diagnosi ai pazienti veniva prescritta l'applicazione di un cerotto di lidocaina 5 % nella zona di iperalgesia per 12 ore/die e l'assunzione di pregabalin 1 cp 75 mg die.
Una visita di controllo veniva programmata a 15 giorni, i pazienti che avevano avuto un significativo miglioramento della sintomatologia, venivano invitati a continuare la terapia per un totale di 60 giorni, i pazienti con scarso miglioramento della sintomatologia venivano sottoposti ad una lisi ecoguidata, con lidocaina e dasametasone, delle zone aderenziali evidenziabili tramite 3- 5 infiltrazioni eseguite settimanalmente.
A tre mesi in tutti i pazienti è stata eseguita una visita di controllo.

Risultati
Nel periodo compreso tra il gennaio 2015 e il dicembre 2016 abbiamo arruolato presso il nostro centro 18 pazienti con dolore persistente post-operatorio (durata maggiore di 3 mesi) e con caratteristiche di neuropatia (DN4 > 4).
L'intensità del dolore all'ingresso era in media di 7.52 con valutazione VRS e il DN4 era di 5.17.
Dei pazienti arruolati 11 hanno avuto una riduzione significativa dell'intensità del dolore ed hanno continuato la terapia per i 60 giorni previsti, di questi 2 alla sospensione della terapia hanno avuto una riacutizzazione della sintomatologia e sono stati sottoposti a terapia infiltrativa.
I 7 pazienti che non hanno risposto alla terapia medica sono stati trattati già dal 15° giorno con terapia infiltrati secondo protocollo.
Dal follow up a 3 mesi dei 18 arruolati solo 5 continuavano ad avere sintomatologia dolorosa invalidante ed erano ancora in terapia medica.

Conclusioni
Il dolore post-operatorio persistente è una causa di importante disabilità per i pazienti sottoposti a chirurgia, nella plastica di ernia inguinale oltre al disagio dato dalla sintomatologia si unisce la mancata comprensione da parte del paziente del fatto che un intervento, ritenuto banale, possa portare una tale e duratura sintomatologia.
Il nostro protocollo si è dimostrato efficace nel controllare il dolore da intrappolamento nervoso periferico con parziale o totale remissione della sintomatologia nella maggior parte dei pazienti (72.2 %)

Bibliografia
1) E. A. Shipton. The transition from acute to chronic post surgical pain. Anaesth Intensive Care 2011; 39: 824-836.

***

Analisi qualitativa dei bisogni formativi degli operatori sanitari nell'area della terapia del dolore neonatale e pediatrico

Failo A. (1), Gobbi L. (2), Venuti P. (1), Baldo E. (2)
(1) Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive - Università degli Studi di Trento
(2) U.O. Pediatria, Ospedale S.Maria del Carmine, Rovereto (TN)

Razionale dello studio
Nell'ambito della terapia del dolore in ambito pediatrico, i trattamenti non farmacologici assumono un ruolo predominante. Essi sono definiti come l'interazione relazionale tra un operatore sanitario ed un bambino che porta ad un miglior adattamento ai pensieri, sentimenti e comportamenti legati al dolore. Nel contesto ospedaliero, la gestione del dolore neonatale e pediatrico comprende le prospettive, le interpretazioni e anche le interazioni delle persone coinvolte.
Lo scopo dello studio è stato quello di identificare le competenze esistenti e le esigenze di apprendimento negli operatori sanitari al fine di pianificare un progetto educativo condiviso sulla gestione del dolore, in particolare sottolineando l'integrazione con gli approcci psicologici EBM.

Metodi
Studio esplorativo qualitativo. Somministrazione di un questionario semistrutturato (8 domande aperte) a 32 professionisti dell' U.O. di Neonatologia e Patologia Neonatale e dell'U.O. di Pediatria dell'Ospedale di Rovereto, rappresentativi di ciascuna figura sanitaria (51% delle due equipe): medici, infermieri, puericultrici, ostetriche, fisioterapiste. Anche gli anni di esperienza lavorativa in ambito neonatale/pediatrico sono stati bilanciati (25% meno di un anno, 37.5% tra due e dieci anni; 37.5% più di dieci anni). È stata effettuata un'analisi tematica con il software Nvivo v.10 per identificare le aree emergenti.

Risultati
I risultati dell'analisi tematica mostrano vi è sopratutto un'esigenza di integrazione delle tecniche psicologiche con l'approccio farmacologico, in particolare per il dolore acuto/procedurale. I principali deterrenti percepiti dalle due equipe sono legati ai tempi limitati e a difficoltà organizzative. Le modalità di formazione maggiormente richieste sono sulla combinazione tra teorie e buone pratiche, attraverso la presentazione di casi clinici. Ogni modulo del programma (interventi farmacologici e tecniche psicologiche) non dovrebbe superare le 8 ore, possibilmente non nello stesso giorno. Rimangono ancora in alcuni operatori delle false credenze sull'utilità delle tecniche psicologiche per il controllo del dolore legate alla loro efficacia ed applicabilità. Mentre in ambito neonatale l'uso delle strategie non farmacologiche è più strutturato anche con il coinvolgimento dei genitori, in pediatria le tecniche psicologiche conosciute ed utilizzate sono limitate al rilassamento, alla distrazione ed alla saturazione sensoriale.
Conclusioni
Sulla base dei risultati è stato pianificato un programma di formazione specifico. Se si conoscono e si considerano gli obiettivi comuni, le diverse competenze e le esigenze, è possibile costruire un progetto formativo di tipo botton-up partecipato nella terapia del dolore in ambito pediatrico/neonatale.

Bibliografia
- Liossi, C. (2006). Psychological Interventions for Acute and Chronic Pain in Children. Pain: Clinical Updates 1, 1–4.
- Gagnon, M. M., Hadjistavropoulos, T., Hampton, A. J. D., & Stinson, J. (2016). A Systematic Review of Knowledge Translation (KT) in Pediatric Pain: Focus on Health Care Providers. The Clinical journal of pain, 32, 972-990.
- Srouji, R., Ratnapalan, S. & Schneeweiss, S., (2010). Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management. International Journal of Pediatrics, 11, 1-11.

***

The effects of small-dose ketamine on sufentanil consumption in surgical patients after major abdominal surgery

Fede M., Culini A., Feo L., Formica R., Guelfi C., Manfrellotti V., Polani A., Rotondo G., Stefani M.
Department of Anaesthesia, Regina Apostolorum Hospital, Albano Laziale (Rome)

Background
Patients submitted to major abdominal surgery need effective and sustained pain relief without significant side effects (1). The nociceptive input for these patients have additional sources and severity beyond those created by tissue injury. Pathologic pain states, hyperalgesia and allodynia can be induced. As a consequence, opioids as sufentanil can be less effective despite larger consumption.
The anestestetic and analgesic effects of ketamine were described 30 years ago. Because of research showing that NMDA receptors have a fundamental role as gate of perception, ketamine was reconsidered for clinical use, after its use as anesthetic has declined. Ketamine is the most potent NMDA receptor inhibitor available, and it binds to a specific site in the NMDA receptor-gated channel, mainly when the channels are in the activated states.
Because NMDA receptors are also implicated in the development of tolerance to opioids, the vicius circle between pathologic pain and tolerance to opioids might be stopped with ketamine. Using subanesthetic doses, an effect on postoperative hyperalgesia has been supposed.

Methods
Patients undergoing major abdominal surgery were included from the General Surgical Unit of the Regina Apostolorum Hospital. Elegible patients met the following criteria: adults older than 18 yr scheduled for major abdominal surgery. Exclusion criteria included: ASA III-IV; patients with cardiovascular disorders or renal insufficiency , or who was unable to understand the use of PCA. Patients were observed at regular intervals during a 24-hour evaluation period. Numeric Rating Scale (NRS) scores were used to assess analgesia and satisfaction with therapy. Patients were assigned to receive, during the postoperative period, either sufentanil i.v., or ketamine with sufentanil for each.

Results
The adjunction of ketamine resulted in a significant reduction in cumulative sufentanil consumption. The incidence of side effects was less in the group with ketamine and sufentanil; The Ramsey score for sedation was not difference between two groups and was maintained between 2 and 3 during the study.

Conclusions
This study will finish in October 2017, but looking at our first results, we can assert that, by adding small doses of ketamine to sufentanil in PCA devices, we can decrease the sufentanil consumption and reduce the incidence of side effects secondary to high dosage of oppioids.

References
1) N. Guillon, M. Tanguy, P. Seguin, B. Branger, J.P. Campion, Y. Malledant. The effects of Small-Dose Ketamine on Morphine Consumption in Surgical Intensive Care Unit Patients After Major Abdominal Surgery. Anaesth Analg 2003; 97:843-7.

***