

use of pumps. Thank's to the APS we have stepped up regional anesthesia techniques

Conclusion

In agreement with previous literature, this study confirmed that a multimodal approach to pain treatment provides an adequate control of post operative pain, minimizing side effects. An APS should be present in every hospital, to ensure the analgesic technique more appropriated according to the surgical injured, to give the best pain control for the patient's comfort and to shorten the recovery time.

NOSTRA ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO CON RADIOFREQUENZE DEL DOLORE DA OSTEOARTROSI DEL GINOCCHIO

STEFANI M.¹, BIZZARRI G.², FORMICA R.¹, MANFRELLOTTI V.¹.

1 Ospedale Regina Apostolorum Anestesia e Terapia del Dolore, Albano Laziale

2 Ospedale Regina Apostolorum Medicina Diagnostica e Radiologia, Albano Laziale

Introduzione

Il dolore cronico da gonartrosi è tra le maggiori cause di inabilità nella popolazione anziana. Nei pazienti in cui la convenzionale terapia conservativa (farmacologica/non chirurgica – infiltrazioni intrarticolari, agopuntura) non garantisce soddisfacenti risultati, il trattamento con radiofrequenza dei nervi genicolati sembra essere una valida alternativa di trattamento

Materiali e metodi

Questo studio preliminare ed osservazionale è stato svolto presso il centro di terapia del dolore del nostro ospedale, sono stati arruolati e trattati 6 pazienti affetti da dolore cronico da gonartrosi non responder ai trattamenti antalgici effettuati in precedenza. La diagnosi di gonartrosi è stata fatta dopo radiografia in carico nelle due proiezioni standard (anteroposteriore e laterale) e classificata secondo scala di Kellgren Lawrence. Il trattamento è stato eseguito in regime di day hospital. Sotto guida radiografica ed ecografica, dopo infiltrazione cutanea con lidocaina 2% 1ml è stata posizionata una cannula da 22 gauge e successivamente la sonda per RF Kimberly Clarke in prossimità dei nervi genicolati Supero Mediale (SM), Supero Laterale (SL) ed Infero Mediale (IM). Dopo iniziale test di stimolazione sensitiva (50 Hertz con risposta 0.1-0.5 Volt) e motoria (2 Hertz con risposta 0.7-1.5 Volt) è stato effettuato il trattamento con impulso elettrico a 45 Volt per 120 secondi a 42°C. Alla rimozione della sonda da RF sono stati iniettati 2 ml di lidocaina 2% e metilprednisolone 40 mg.

Risultati

Il campione composto da 6 donne di età compresa tra 73 ed 85 anni con gonalgia da più tre mesi di intensità severa. Al primo accesso in regime di day hospital sono stati rilevati i parametri vitali, eseguiti ematochimici per controllo della coagulazione, valutata intensità del dolore con le scale VRS ed NRS. Il VRS era forte in 5 pazienti ed insopportabile in 1 paziente le scale NRS corrispondevano a valori di 8 e 10. Dopo aver eseguito il trattamento con RF le pazienti sono state dimesse e rivalutate a 7 giorni e 30 giorni. Nei controlli successivi si è potuto registrare un miglioramento della sintomatologia algica in tutti i casi con VRS lieve ed NRS 2-3 a 7 giorni e risultati analoghi a 30 giorni.

Conclusioni

Questo studio preliminare, anche se su un campione ridotto di

pazienti, è stato utile per capire l'efficacia del trattamento con RF nel dolore cronico da gonartrosi. I pazienti sono stati trattati con RF pulsata perché reversibile come effetto e di durata variabile (3- 12 mesi). La tecnica è sicura e con minime complicanze, necessità di un training di apprendimento per l'individuazione dei nervi genicolati, rami sensitivi dei nervi tibiale (SM, IM) e peroneale comune (SL), che passano in prossimità degli epicondili di femore e tibia, ma con una certa variabilità anatomica. La corretta individuazione dei nervi con la stimolazione sensitiva e motoria è quindi utile prima del trattamento. Nonostante i buoni risultati servirà un follow up più lungo ed una casistica maggiore per avere dati più validi

SINDROME DELLA BOCCA URENTE E TERAPIA DEL DOLORE. LA NOSTRA ESPERIENZA CLINICA

TESTA A.¹, DEGAN G.¹, BICCIRÈ D.¹, DI CERBO D.³, PIROLI A.², MARINANGELI F.², EVANGELISTA M.⁴

1 Scuola di Specializzazione Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore L'Aquila Chieti, L'Aquila

2 Cattedra di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore. Università degli Studi dell'Aquila, 3 Unità Operativa Complessa Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore. Ospedale di Tivoli ASL RMG, Roma

4 Unità Operativa di Terapia del Dolore Università Cattolica del Sacro Cuore/ CIC di Roma, Roma

Introduzione

La sindrome della bocca urente è una patologia caratterizzata da una forte sensazione di bruciore a livello della lingua e del cavo orale in assenza di lesioni specifiche locali e di altre anomalie clinico-laboratoristiche. Colpisce soprattutto le donne, in particolare dopo la menopausa, con una frequenza percentuale stimata tra il 12 e il 18% (1). Può essere classificata in primaria e secondaria: in quest'ultimo caso la sua insorgenza è correlata a diversi fattori locali, sistemici e psicologici quali ad esempio infezioni del cavo orale, carenze vitaminiche, patologie della tiroide, disfunzioni ormonali, disturbi psichici, reflusso gastroesofageo. Nella maggior parte dei casi, comunque, l'eziopatogenesi è sconosciuta (2-4).

Caso clinico

Paziente di sesso femminile, 84 anni, giunge alla nostra osservazione per la comparsa da circa un anno e mezzo di dolore localizzato a livello di lingua, palato duro e mucosa orale. Il dolore è urente e continuo (NRS =8) e si associa a bruxismo e xerostomia. In anamnesi non presenta patologie degne di nota. Non assume farmaci e non riferisce allergie. Dieta libera e varia. Anamnesi psicologica e psicosociale negativa. Data la sintomatologia, l'assenza di lesioni locali a carico della mucosa e di patologie sistemiche o autoimmuni, si prescrivono esami ematochimici e diagnostici: ortopantomografia, RM encefalo senza mdc, biopsia delle ghiandole salivari, TC del massiccio facciale. Tali esami non evidenziano nulla di significativo se non modesta atrofia delle ghiandole salivari. Gli esami ematochimici e ormonali sono nella norma. Essendo stati eseguiti tutti gli accertamenti secondo l'iter diagnostico raccomandato (4), si pone diagnosi di sindrome della bocca urente primaria. Si imposta terapia antalgica con paracetamolo 1000 mg al mattino +500 mg la sera e venlafaxina a dosaggio progressivamente crescente fino a 200 mg. Dopo 1 mese di terapia non avendo la paziente riscontrato alcun beneficio, si decide di sospendere la venlafaxina e di aggiungere fentanil transdermico 12 mcg/h, mezzo cerotto. In seguito la terapia viene stabilizzata con un cerotto intero di fentanil transdermico 12 mcg/h + paracetamolo 500 mg 2 volte al gior-

no. La paziente, nelle valutazioni successive, riferisce miglioramento della sintomatologia dolorosa (NRS= 4 a tre mesi) e della qualità del riposo notturno.

Conclusioni

Non esiste a tutt'oggi un approccio terapeutico definito per questa patologia: trattamenti singoli o combinati a base di acido alfa-lipoico, benzodiazepine, analgesici, antidepressivi, antiepilettici, agopuntura e terapia comportamentale si sono dimostrati efficaci (2,5). Non esistono invece, per questa sindrome, evidenze scientifiche sull'efficacia terapeutica del fentanil, da solo o associato al paracetamolo. Tuttavia nel nostro caso questa associazione ha dato buoni risultati con una regressione del dolore da forte a lieve-moderato e in assenza di effetti collaterali

Bibliografia

1. Burning mouth syndrome: a review and update. J Oral Pathol Med. 2013 Oct.
2. Burning mouth syndrome: a review of recent literature. Curr Pain Headache. 2013 Jun.
3. An overview of burning mouth syndrome for the dermatologist. Clin Exp Dermatol. 2016 Mar.
4. Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach. J Pharm Bioallied Sci. 2014 Jul.
5. Therapeutic options in idiopathic burning mouth syndrome: literature review. Int Arch Otorhinolaryngol. 2015 Jan.

POOR INFLUENCE OF AGE ON SUCCESS OF NEUROMODULATION THERAPY

VALENTE A., CIGOGNETTI L., ARCIONI R.

1 UOC Anestesia, Rian. e Terapia del dolore - Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Roma

Introduction

Selected categories of chronic pain patients can be approached with Spinal Cord Stimulation and other neuromodulation techniques. Being these treatments expensive, a high percent of success is crucial to allow their sustainability by Health Systems. A neuromodulation trial is currently performed in most centres before definitive implantations, even if a positive trial may not fully exclude late failures, due to placebo effect cessation, anatomic and physiologic changes and other factors, not always understood. Reliable predictors of outcome would be extremely important to exclude from trial patients who surely will not benefit from neuromodulation techniques. Demographic factors as patients age are still under investigation

Methods

We retrospectively collect chronic pain diagnosis, age of patients (years) and gross outcome of implantation (0= Failure, 1= partial success, 2= complete success) in patients who underwent a neuromodulation trial and eventually a definitive implantation during the last 3 years. Complete success was defined as a pain free condition or absence of the need for a chronic drug treatment of pain. Partial success was defined as pain reduction but continuing need for pharmacologic therapy. In failures, no significant benefit was reported by patients from trial or definitive implantation even after a positive trial. A correlation analysis between age and outcome was performed.

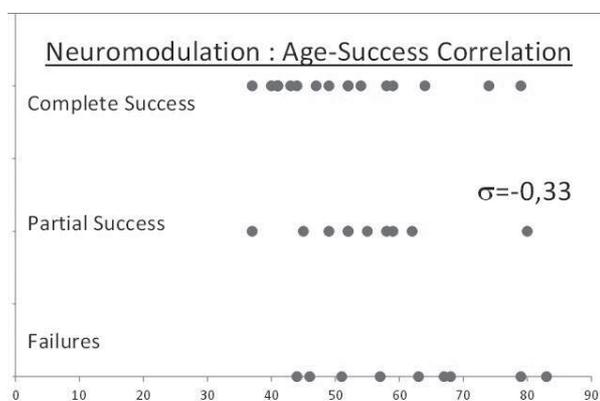
Results

36 patients (16 males, 20 females) underwent a neuromodulation treatment after selection and psychological screening.

Diagnoses were: Failed Back Surgery Syndrome (n=15), Refractory headaches (n=9), Vascular disease (n=3), traumatic neurologic lesions (n=3), Other (n=6). Median age was 52 (Min 37, Max 83). 16 patients (44,4%) obtained a full benefit from definitive treatment. 11 (30,5%) patients reported a partial benefit and there were 9 (25%) failures. A very weak negative correlation was found between age of patients and success of neuromodulation treatments (Sigma=-0,33).

Discussion

Success of neuromodulation technique appears to be multifactorial: diagnostic accuracy, type and extent of injury, time since the beginning of symptoms, psychological coherence and motivation appear to be important factors on outcome. Age negligibly influenced outcome. Advancing age is not a contraindication per se and is not a reason to abstain from a neuromodulation trial.



Reference

Kim D, Saidov A, Mandhare V, Shuster A. Role of pretrial systemic opioid requirements, intrathecal trial dose, and non-psychological factors as predictors of outcome for intrathecal pump therapy: one clinician's experience with lumbar postlaminectomy pain. Neuromodulation. 2011 Mar-Apr;14(2):165-75; discussion 175. doi: 10.1111/j.1525-1403.2011.00333.x. Epub 2011 Mar 1.

VENLAFAXINE AND OXYCODONE HAVE DIFFERENT EFFECTS ON SPINAL AND SUPRA- SPINAL ACTIVITY IN MAN
VALERIANI M.¹, LELIC D.², FISHER I.W.D.², DAHAN A.², DREWES A.M.²

1 Neurologia, Ospedale Bambino Gesù, Roma, Italy

2 Gastroenterology & Hepatology, Aalborg University Hospital, Denmark, Aalborg, Denmark

Introduction

The analgesic effect of opioids and SNRIs is not completely understood. This study aimed to explore how oxycodone (opioid) and venlafaxine (SNRI), commonly used for their analgesic properties, modulate somatosensory processing. Methods: Twenty volunteers were included in this randomized, cross-over, double blinded experimental study comparing treatment with venlafaxine and oxycodone to placebo. Spinal and full scalp cortical somatosensory evoked potentials (SEPs) to median nerve stimulation were recorded before and after five days of treatment