

CEROTTO DI LIDOCAINA 5% NEL DOLORE NEUROPATICO LOCALIZZATO

CASTAGNINI D., SCHWEIGER V., MARTINI A., SERRAIOTTO C., BRUNELLO E., PAROLINI M., POLATI E.

Azienda Ospedaliera Integrata Verona

Introduzione

Il dolore neuropatico è stato definito nel 2011 dalla IASP come diretta conseguenza di una lesione o di una patologia che colpisce il sistema somato-sensoriale. Il dolore neuropatico localizzato è caratterizzato da una coerente e circoscritta area di massima intensità algica, associata a segni sensitivi positivi e negativi e/o sintomi spontanei caratteristici di dolore neuropatico. Indicativamente, l'area interessata non dovrebbe essere superiore alle dimensioni di un foglio A4, il suo contorno dovrebbe essere precisamente isolato, il paziente dovrebbe essere in grado di indicare la localizzazione del dolore o dei sintomi sensitivi e quest'area dovrebbe rimanere costante nel tempo.

Obiettivi

Scopo dello studio prospettico/osservazionale in aperto è la valutazione del profilo di efficacia/tollerabilità del cerotto di lidocaina 5% in differenti tipi di dolore neuropatico localizzato.

Risultati

La VAS mediana è risultata essere pari a 80 al momento dell'arruolamento; l'associazione del cerotto al trattamento analgesico di base ha permesso una riduzione significativa dell'intensità del dolore già al primo follow-up, che ha mostrato una VAS mediana (IQR) pari a 40 (range 30-67,5) e un NNT di 2,7 (CI 2,2-3,5). I dati raccolti evidenziano come l'effetto sia stato di veloce insorgenza, con un pain relief che si è mantenuto piuttosto stabile nei follow up a 1, 3, 6 e 12 mesi. Una buona efficacia è stata confermata nei pazienti affetti da: radicolopatia degenerativa, dolore post-chirurgico/post-traumatico, nevralgia post-erpetica e nevralgia trigeminale, mentre modesti risultati sono stati ottenuti nella cocci-godinia. Invece, nelle neuropatie da intrappolamento e in quelle dopo FBSS non si è evidenziata particolare efficacia.

Il tasso di dropout complessivo è stato del 61,5%: dovuto per il 35,4% al non soddisfacente risultato analgesico, per il 13,1% alla scomparsa della sintomatologia dolorosa, mentre solo per il 4,6% alla comparsa di eventi avversi (eritema e prurito).

Conclusioni

Il dolore neuropatico rappresenta a tutt'oggi una condizione di difficile gestione e questo studio testimonia le difficoltà cui va incontro il clinico nella selezione dei pazienti che possono beneficiare del trattamento con lidocaina cerotto 5%. Il presente lavoro conferma la lidocaina topica come parte integrante del trattamento del dolore neuropatico localizzato, in quanto dotata di soddisfacente efficacia analgesica, tollerabilità, selettività d'azione e lungi dal rischio di tachifilassi e di interazioni farmacologiche.

IL TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELLA RIZOARTROSI CON DICLOFENAC 180 MG CEROTTO MEDICATO

CILLI V.¹, DE VITIS R.¹, MARINANGELI F.², MILITERNO A.¹, EVANGELISTA M.³

1. Istituto di Clinica Ortopedica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2. Istituto di Anestesia e Rianimazione, Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila

3. Istituto di Anestesia e Rianimazione, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione

L'artrosi dell'articolazione trapezio-metacarpale (rizoartrosi) è una patologia tipica dell'età adulto-anziana, senza dubbio frequente ed invalidante.

Coinvolgendo questa il pollice, è estremamente impattante sull'esecuzione praticamente di tutti i movimenti della mano e quindi sull'autonomia dei pazienti nello svolgere la maggior parte delle ADL (Activity Daily Living) e spesso anche sulla loro capacità lavorativa.

Il trattamento si basa su: immobilizzazione del pollice in tutori, terapia farmacologica (cortisone, FANS, paracetamolo), infiltrativa, terapia fisica (chinesi, laserterapia, TECAR) e sulla chirurgia, quest'ultima soprattutto in caso di fallimento delle terapie conservative.

Più in particolare, la terapia farmacologica viene generalmente somministrata per os, per periodi di tempo prolungati ed in associazione alle terapie fisiche.

Il fenotipo doloroso della rizoartrosi è generalmente di tipo nocicettivo-infiammatorio, tale da poter potenzialmente trarre un grande beneficio dall'utilizzo delle sopra citate classi di farmaci, anche solo come "ponte" nell'attesa del trattamento chirurgico.

Materiali e metodi

Presentiamo il caso di un paziente di sesso maschile, età 57 aa, di professione tassista, il quale, giunto alla nostra osservazione, riferiva una rizoartrosi dx perdurante da circa 6 mesi. Fino a quel momento la sintomatologia dolorosa, riferita come intensa, era stata trattata con l'immobilizzazione in tutore e la magnetoterapia, senza risultati apprezzabili.

Inoltre, a causa dell'intenso dolore, riferiva la perdita di 7 giornate lavorative nel corso dei 30 gg precedenti la visita.

Il pz è stato trattato mediante applicazione topica di diclofenac 180 mg cerotto per 14 gg (12h/die).

A T0 (prima visita) sono stati valutati fenotipo del dolore, dolore spontaneo (scala NRS) e funzione della mano mediante versione validata in italiano della PRWHE (patient-rated wrist/hand evaluation) score.

Al T1 (dopo 15 gg di terapia) sono state ripetute le stesse valutazioni, con l'aggiunta della PGIC (Patient Global Impression of Change).

Risultati

Al T0 presentava dolore spontaneo 8/10, esacerbato alla palpazione sulla trapezio-metacarpale ed ai movimenti del primo rag-gio; non si rilevavano tuttavia disestesia, iperalgesia al pizzico o agli stimoli termici, allodinia meccanica o termica: Il PRWHE score era 89 (100=pessimo stato di salute;0=ottimo stato di salute). Al T1 il dolore spontaneo era sceso a 3/10, intermittente; la palpazione sulla T-M evocava dolore, ma in maniera definita dal paziente stesso lieve rispetto a T0; gli altri elementi del fenotipo del dolore continuavano a restare negativi, la PGIC veniva riferita 2 (molto migliorata), senza reazioni avverse.

Discussione

I risultati osservati, sia per efficacia che per sicurezza e praticità d'impiego, sono senza dubbio da considerarsi positivi: infatti, i FANS per uso sistemico sono gravati da effetti collaterali (ad esempio gastrolesività, rialzo pressorio e glicemico) sebbene efficaci; questo, nella pratica, porta a sottoutilizzare questa classe di farmaci, soprattutto per lunghi periodi.

La forma in cerotti medicati topici consente di minimizzarne le criticità (trascurabile assorbimento in circolo), contemporaneamente concentrando la molecola solo dove necessario.

Conclusioni

La terapia di alcune condizioni dolorose, soprattutto quando anatomicamente superficiali, può rappresentare l'impiego ideale della terapia topica con cerotti medicati, che appare efficace nonché più sicura e semplice (può essere autosomministrata) rispetto alle terapie infiltrative o per os; pertanto, date le sue favorevoli caratteristiche osservate, nel tempo potrebbe imporsi come standard tra le terapie non chirurgiche.

LIDOCAINA INTRAOPERATORIA: STABILITÀ EMODINAMICA OLTRE L'ANALGESIA.

DATI PRELIMINARI DURANTE CHIRURGIA ENDOSCOPICA ENDONASALE.

CONTINO E.¹, GUZZETTI L.², CATENAZZI M.¹, MARANGONI F.², MUSELLA G.¹, CUFFARI S.², AMBROSOLI A.L.³

1 Università degli Studi dell'Insubria, Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Varese

2 Ospedale Universitario Fondazione Macchi, Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Varese

3 Ospedale Universitario Fondazione Macchi, SSD Day Surgery, Varese

Introduzione

La somministrazione endovenosa intraoperatoria di lidocaina riduce il dolore postoperatorio, il consumo di farmaci analgesici, migliorando l'emodinamica postoperatoria negli interventi di chirurgia addominale. L'obiettivo di questo studio è identificare l'efficacia analgesica e l'influenza emodinamica della somministrazione di lidocaina negli interventi endoscopici nasali in regime di day surgery.

Materiali e metodi

I pazienti sono stati divisi in due gruppi di randomizzazione: Gruppo A (7 pazienti) anestesia generale TIVA + lidocaina, Gruppo B (6 pazienti) anestesia generale TIVA + placebo. Al gruppo A la lidocaina viene somministrata secondo questo schema: Lidocaina 1,5 mg/kg bolo endovenoso in 10 minuti all'induzione, seguita da perfusione continua di lidocaina 1,5mg/kg/h. Al gruppo B viene somministrato il placebo (NaCl 0.9%) secondo lo stesso schema. Al termine dell'intervento un investigatore ha registrato al risveglio, a 1 ora, a 3 ore e alla dimissione il dolore tramite la Numeric rating scale (NRS) e i parametri vitali (Frequenza cardiaca FC, frequenza respiratoria FR e pressione arteriosa sistolica PAS e diastolica PAD).

Risultati

La tabella 1 mostra il valore medio di NRS (Numeric rating scale), FC (frequenza cardiaca), FR (frequenza respiratoria), PAS e PAD (pressione arteriosa sistolica e diastolica) rilevate in ogni momento di valutazione.

Tabella 1

| PARAMETRI | risveglio | 1 h | 3 h | dimissione |
|-----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|
| GRUPPO A | | | | |
| FC | 63,85±SD5,08 | 66,14±SD4,94 | 71,85±SD10,14 | 68,42±SD7,48 |
| FR | 13,14±SD1,35 | 11,85±SD1,24 | 11,57±SD1,29 | 11,57±SD1,29 |
| PAS | 123,57±SD8,74 | 119,28±SD6,22 | 114,42±SD13,11 | 117,14±SD10,64 |
| PAD | 82,85±SD5,24 | 76,42±SD6,38 | 71,71±SD9,58 | 70,85±SD8,02 |
| NRS | 0,57±0,49 | 0,85±0,34 | 1,42±0,5 | 1,57±0,5 |
| GRUPPO B | | | | |
| FC | 70,5±SD6,15 | 68,16±SD6,25 | 69±SD7,72 | 69,5±SD10,82 |
| FR | 12,83±SD1,86 | 12,33±SD1,69 | 11,83±SD1,57 | 12±SD1,91 |
| PAS | 129,16±SD10,17 | 124,16±8,37 | 120,83±SD11,69 | 120±SD11,18 |
| PAD | 81,66±SD10,17 | 80,83±7,31 | 80±SD5 | 78,33±SD4,71 |
| NRS | 0,66±0,47 | 1±0,57 | 1,66±0,94 | 1,5±0,5 |

Conclusioni

L'insorgenza di dolore acuto postoperatorio dopo interventi endoscopici endonasali è bassa. Tale dato è confermato dai nostri risultati. Dai nostri dati preliminari emerge che i pazienti trattati con lidocaina intraoperatoria, presentano una maggiore stabilità emodinamica in termini di frequenza cardiaca e pressione arteriosa. Il sanguinamento intraoperatorio e postoperatorio è ad oggi una sfida in questi interventi e correlandosi con l'instabilità emodinamica determina l'insuccesso chirurgico intraoperatorio e l'insorgenza di complicanze postoperatorie. Una più approfondita analisi è necessaria per confermare tali dati.

Bibliografia

- Koppert W, Weigand M, Neumann F, et al. Perioperative intravenous lidocaine has preventive effects on postoperative pain and morphine consumption after major abdominal surgery. *Anesth Analg*. 2004;98:1050-1055.
- McKay A, Gottschalk A, Ploppa A, Durieux ME, Groves DS. Systemic lidocaine decreased the perioperative opioid analgesic requirements but failed to reduce discharge time after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2009;109:1805-8.
- Hollmann MW, Durieux ME. Local anesthetics and the inflammatory response: a new therapeutic indication. *Anesthesiology* 2000;93:858-7.
- Wu CL, Liu SS. Intravenous Lidocaine for Ambulatory Anesthesia: Good to Go or Not So Fast. *IARS* 2009;109(6):1718-9.

TAPENTADOLO NEL DOLORE CRONICO SEVERO DA CANCRO: EFFICACIA, TOLLERABILITÀ, E IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI

DANZA D.¹, SANSONE P.¹, PASSAVANTI M.B.¹, PACE M.C.¹, RUSSO G.¹, FITTIPALDI C.², AURILIO C.¹.

1 SUN, Napoli

2 UOC Anestesia E Rianimazione Ospedale dei Pellegrini, Napoli

Background

Studi clinici hanno dimostrato l'efficacia e la tollerabilità del tapentadolo per il trattamento del dolore cronico severo di differente eziologia. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia, la tollerabilità e l'impatto sulla qualità della vita nei pazienti con dolore cronico severo da cancro.

Pazienti e metodi

Previo consenso informato scritto, 50 pazienti con dolore cronico severo da cancro sono stati arruolati per questo studio prospettico della durata di due mesi. Dosaggio del tapentadolo, tollerabilità del trattamento, intensità del dolore, limitazione dolore-indotta delle attività quotidiane, qualità della vita ed eventuale ulteriore trattamento analgesico sono stati documentati T0 (baseline), e dopo 2 settimane (T1), 4 settimane (T2) e alla fine dell'osservazione dopo circa due mesi (T3). L'intensità del dolore è stata quantificata attraverso l'utilizzo della scala NRS. Per la va-