

DUREREA CRONICĂ

dr. MUTICĂ Nicoleta Camelia

Medic primar reumatologie

Medic specialist în reabilitare medicală

Durerea este elementul principal al adresabilității pacientului pentru consultație, indiferent de specialitate iar terapia durerii a devenit un obiectiv principal și într-o dinamică fără precedent. Durerea este expresia unei stări morbide și avertizează atât pacientul cât și pe medic că ceva neobișnuit se petrece în mediul intern sau extern al organismului.

Descrierea durerii transcende uneori sfera medicinei și este influențată adesea de comportamentul individual și social, cultură, religie sau genul persoanei. Dincolo de aceste aspecte, durerea este prezentă de la naștere și până la moarte ca un „semnal” și o condiție esențială pentru supraviețuire.

Asociația Internațională Pentru Studiul Durerii (IASP) definește durerea ca „un fenomen perceptiv complex, polimorf și multidimensional, ce asociază manifestări senzitive cu reacții somatice, vegetative, endocrine, metabolice și psiho-afective de suferință, rezultate din însumarea unor stimuli de natură variată, mediați ascendent prin neurostructuri și neurotransmițători specifici și nespecifici la nivele cerebrale diferite, analitice, integrative și de decizie.”

În practica medicală, durerea îmbracă forme diferite în funcție de organ, mecanismul de producere și tipul de afecțiune. În acest sens, analiza atentă a durerii permite medicului să o încadreze în contextul clinic.

Medicina face distincție clară între durerea acută și durerea cronică.

Durerea acută este ocazională, limitată în timp iar vindecarea problemei care a generat-o duce, în mod automat, la încetarea acestei senzații. Însă durerea cronică se distinge în primul rând prin durată, constrângere în plan psiho-afectiv, social și profesional și prin rezistența la tratament care dezamăgește deopotrivă medicul și pacientul. Durerea resimțită de peste 3 luni este durere cronică și reprezintă o boală în sine, o povară personală și socială. Spre deosebire de durerea acută, hiperactivitatea vegetativă însoțește mai rar durerea cronică.

În funcție de structurile care generează stimulul dureros, IASP clasifică durerea cronică în trei grupe principale. Distingem durerea periferică ce-și are originea în țesuturile dotate cu nociceptori, somatică (bine localizată, ascuțită și precisă) sau viscerală (difuză și surdă). O altă formă este durerea neurogenă în care senzația (furnicături, arsuri, înțepături, fulgerare) ia naștere în structuri nervoase periferice sau centrale. Durerea psihogenă este cât se poate de reală, cu examen clinic aparent normal la prima vedere, fără dovezi clare de lezare tisulară, în discordanță netă cu acuzele pacientului. Conform AISP, termenul de durere psihogenă a fost înlocuit cu „durere nociplastică” cu scopul de a atenua din stigmatizarea pacientului.

Dincolo de disocierea pur teoretică a diferitelor tipuri de durere, prin anamneză și chestionare, cele trei tipuri de durere se suprapun substanțial în practica clinică, dând naștere la fenomenul de „durere mixtă”.

Înțelegerea mecanismelor complexe de producere a durerii permite însă o clasificare sistematică a durerii cronice care face distincția între durerea cronică primară (durerea ca afecțiune de sine stătătoare) și cea secundară (durerea ca simptom al altei afecțiuni). Astfel, avem:

Durerea cronică primară este durerea ce persistă peste trei luni în cel puțin o regiune anatomică, cu exprimare emoțională semnificativă (furie, anxietate, depresie) și cuprinde lombalgia nespecifică, fibromialgia și sindromul colonului iritabil.

Durerea cronică neoplazică este cauzată de tumora malignă sau metastaze dar și de tratamentele specifice oncologice.

Durerea postchirurgicală sau posttraumatică apare după o intervenție chirurgicală sau o leziune tisulară, traumă, arsură și la care trebuie exclusă o altă cauză a durerii.

Durerea cronică musculoscheletală afectează direct oasele, articulațiile, mușchii, tendoanele, ligamentele și poate fi cauzată de inflamații autoimune, infecții, modificări structurale, tulburări metabolice. Nu face referire la durerea percepută în structurile musculoscheletale dar care își are originea în altă parte.

Durerea cronică viscerală apare în organele interne și poate fi percepută la nivelul tegumentului sau mușchilor din zonele cu aceeași inervație senzorială ca organele interne care generează durerea. Cauzele sunt multiple, de la inflamație, ischemie, tromboză până la obstrucție, distensie, tracțiuni sau compresii dar și combinații ale mecanismelor.

Durerea cronică neuropatică apare în urma unei afecțiuni a sistemului nervos periferic sau central iar pacienții au în antecedente leziuni precum accidente vasculare, traume sau neuropatie. Raspunsul la stimulul dureros poate fi exagerat și vorbim de hiperalgezie sau durerea se manifestă ca alodinie atunci când un stimul inocuu este perceput ca dureros.

Cefaleea cronică și durerea oro-facială cuprinde cefaleea idiopatica (primară), secundară și nevralgiile craniene.

De ce apare durerea cronică? Răspunsul fiziologic al organismului în fața durerii este unitar datorită mecanismelor de percepție, conducere, procesare și modulare ale durerii. În anumite situații, de exemplu leziuni mecanice tisulare sau inflamații, crește intensitatea, frecvența și durata unui stimul dureros care va supraîncărca terminațiile nervoase periferice conducând în timp la o *sensibilizare periferică* prin scăderea pragului dureros. Aceasta va induce o creștere a transmiterii neuronale în sistemul nervos central. Astfel, se poate exacerba senzația dureroasă, cu apariția unei reacții la stimuli minori sau chiar normali sau în prezența unor factori psihologici asociați, situație în care se produce o *sensibilizare centrală*. Cu alte cuvinte, sistemele proprii reactive de atenuare și adaptare sunt depășite.

O serie de factori sunt asociați cu riscul de a dezvolta durere cronică, cum sunt factorii psihologici (depresia, anxietatea, stresul posttraumatic și abilitățile slabe de adaptare în mediu), socioculturali (educația, cultura și sprijinul social slab) și biologici (genetica, vârsta, sexul, somnul, hormonii și sistemele opioace endogene).

În evaluarea și cuantificarea durerii, se folosește o scală de evaluare numerică în care i se cere pacientului să atribuie durerii resimțite un număr de la 0 la 10, unde „0” reprezintă absența durerii iar „10” indică cea mai insuportabilă durere. Identificarea etiologiei durerii, acestei senzații subiective, poate fi o

provocare. Dincolo de istoric, examen obiectiv și explorări paraclinice, dublate de experiența medicului, trebuie luate în considerare și implicațiile psiho-afective ale durerii. Stările emoționale, dispoziția de fond a subiectului, factorii organici care afectează creierul (boli, substanțe), toate influențează calitativ și cantitativ durerea. Durerea este simțită, trăită în cadrul experienței de a fi a omului dar și exprimată și împărtășită cu ceilalți.

Tratamentul în durerea cronică presupune o abordare pluridisciplinară și personalizată, rațională și eficientă. Trebuie diferențiat în funcție de cauza și mecanismul de producere și fără îndoiala reprezintă o muncă în echipă. Tratamentul durerii este gestionat pe mai multe axe, farmacologic, fizioterapie și kinetoterapie, psihoterapie în conformitate cu ghidurile elaborate de experții în domeniul. Atât pe durerea acută cât și pe cea cronică s-au înregistrat progrese consistente. Iar dacă vorbim despre pacientul terminal, mai ales oncologic, ținta nu mai reprezintă vindecarea, ci paliativa prin care boala să fie întreținută fără durere, păstrând integritatea și demnitatea ființei umane.

Plecând de la recunoașterea durerii cronice ca boală în sine și nu doar ca simptom, de la impactul economic și social impresionant, *terapia durerii* (algeziologia) a devenit o specialitate recunoscută în foarte multe țări și au luat ființă multiple centre de terapie a durerii sau centre de paliativă care abordează holistic această suferință.

Rolul medicului în tratamentul durerii este esențial. El trebuie să informeze pacientul despre afecțiunea sa și posibilitățile de tratament, ce înseamnă fiecare și care sunt limitele sau efectele adverse ale medicației sau alternativelor terapeutice, ce responsabilități are pacientul. Răspunsul individual la terapia analgetică este extrem de variat, uneori chiar dictat genetic ceea ce face dificilă alegerea căilor terapeutice și induce riscul utilizării unor „arme mai ascuțite”. Empatia medicului reprezintă elementul cheie în terapia durerii, mai ales cea cronică, empatie care să depășească toate barierele legate de neîncredere, spaimă, temeri de dependență, mituri și concepții culturale. Pe de altă parte, pacientul are dreptul de a alege și a decide asupra propriei evoluții.

Tratamentul farmacologic se bazează pe utilizarea de anestezice generale sau locale, analgezice opioide, non-opioide, coanalgezice, paraanalgezice. Optimizarea medicației se face treptat pentru a asigura analgezia cu cât mai puține efecte adverse. Căile de administrare sunt variate, de la forme locale, orale, injectabile până la tehnologii moderne care presupun pompe sau injectomate cu intervale de siguranță stabilite de medic și manipulate de către pacient.

Analgezicele non-opioide, cum sunt antiinflamatoare nesteroidiene (AINS – neselective, selective și specifice), metamizolul sau paracetamolul sunt utilizate pe scară largă pentru efectul analgetic, antiinflamator și antipiretic. Efectul pozitiv asupra durerii este primul care se instalează însă se pare că prezintă o eficacitate mai scăzută în tratamentul durerii cronice. În plus, sunt asociate cu o varietate de reacții adverse digestive, cardiovasculare, renale, hematologice și nu numai, interacțiuni medicamentoase generatoare de alte reacții. Automedicația cu această clasă este un fapt bine cunoscut și dificil de gestionat uneori.

Opioidele sunt substanțe naturale, semisintetice sau sintetice utilizate pentru tratamentul durerii de intensitate moderată până la severă din cancer, neuropatii sau alte tipuri de durere care nu răspund la medicația non-opioidă. Există o varietate de căi de administrare a opioidelor, fiecare prezentând particularități de absorbție și distribuție ceea ce face utilă alegerea preparatelor atât cu durată scurtă de acțiune cât și cu durată mai lungă. Riscul de interacțiune cu alte medicamente este redus. Efectul opioizilor apare ca urmare a activării receptorilor opioizi μ și k prezenți la toate nivelurile sistemului nervos central și periferic, pre- și postsinaptic. Se utilizează în terapie agoniști puri (morfina, fentanil, codeină, petidină),

agoniști parțiali (buprenorfină, pentazocină) și cu acțiune mixtă (tramadol) modulând durerea dar și componentele senzoriale și afective (efect euforizant). Tramadolul acționează atât ca opioid cât și ca modulator prin inhibarea recaptării de noradrenalină și serotonină. Optimizarea tratamentului cu opioide este dictată de efectul de plafonare a dozei (nu apare la agoniștii puri), riscul de dependență și de apariția efectelor adverse. Majoritatea reacțiilor la opioide sunt dependente de doză, durata de administrare și par să fie mai accentuate la pacienții care nu au folosit anterior opioizi și la tineri. Pacienții trebuie informați despre efectele digestive (greață, vărsătură, constipație), cefalee, amețeli, prurit, sedare, delir sau confuzie, uscăciunea gurii, transpirații sau retenție de urină, cum pot fi contracarate aceste reacții adverse dar mai ales cum se gestionează doza de medicament întrucât supradozarea determină moartea prin insuficiență respiratorie.

Coanalgezicele sunt substanțe administrate în asociere cu analgezicele sau anestezice determinând o potențare a efectului antialgic. Cele mai utilizate grupe medicamentoase sunt antidepresivele, neurolepticele, anticonvulsivantele, sedative hipnotice, psihostimulante sau psihodisleptice (canabinoizii). Alte clase sunt miorelaxante și spasmolitice, antagoniștii de calciu, antiaritmice, agoniștii alfa 2 adrenergici, betablocante, antivirale, bifosfonați.

Managementul durerii cronice cu canabinoizi reprezintă un subiect în continuă dezbateră, canabisul în scop medical fiind apobat în unele țări, însă nu și în România la ora actuală. *Cannabis sativa* sau cânepa indiană este o plantă utilizată de mii de ani în scopuri multiple, izolându-se peste 400 de compuși. *Tetrahidrocannabinol* (THC) și *cannabidiol* (CBD) sunt cei mai studiați constituenți. Canabinoizii acționează asupra receptorilor CB1 și CB2 de la nivelul sistemului nervos central dar și celulelor sistemului imun, exercitând efectul benefic în stările dureroase în care există hiperexcitabilitate a neuronilor de-a lungul căii nociceptive, atenuând durerea cronică, durerea neuropatică și inflamația. O serie de analogi sintetici ai THC sau combinații de THC și canabidol își găsesc utilitatea în oncologie și îngrijirea paliativă.

Paraanalgezicele sunt substanțete care, pe lângă efectul lor de bază, determină îndepărtarea sau atenuarea durerii. Glucocorticoizii (în durerile inflamatorii), nitriții (în durerile anginoase), antiacide (în durerea ulceroasă), acetazolamida (în durerea din glaucom) sunt considerate paraanalgezice.

Anestezicele generale produc o sedare profundă și la pierderea percepției dureroase, utilizarea lor fiind limitată doar la perioadele efectuării unor acte medicale dureroase. Însă anestezia regională este o metodă ce permite controlul durerii într-o arie specifică a corpului prin administrarea unui anestezic local sau în combinație cu steroizi în vecinătatea unui nerv, plex nervos sau rădăcină nervoasă. Efectul pe termen lung în tratamentul durerii cronice nu poate fi anticipat, fiind necesare uneori injectări seriate iar alteori blocul nervos continuu.

Terapia non-farmacologică a durerii cronice se bazează pe electroterapie, masaj, hidromasaj, termoterapie sau crioterapie, exercițiul fizic. Alte metode sunt invazive precum acupunctura, dry needle sau stimularea electrică a măduvei spinării. Terapia non-farmacologică vine să completeze într-o manieră adjuvantă tratamentul farmacologic prin adăugarea unui efect analgezic, permițând în timp spațierea dozelor de medicament.

Mecanismele prin care terapia fizicală produce analgezie sunt multiple și complexe, derivate din legi ale electricității, stimularea „selectivă” a receptorilor periferici, activarea sistemului opioid endogen, norepinefrinic sau serotoninic. Însă teoria „porții de control Melzack și Wall” la nivel medular explică de peste 50 ani cum diferite manevre de electro-fizio-kinetoterapie reușesc să diminueze sau să blocheze de tot transmiterea către creier a unui semnal dureros.

Nu în ultimul rând, terapia cognitiv-comportamentală completează strategia pentru diminuarea durerii prin autoeducație, disciplină medicală, relaxare, muzică, comunicare, focalizare pe alte activități

având ca scop selectarea unor emoții pozitive. Concentrarea trebuie să fie pe factorii care „închid poarta” transmiterii durerii și restabilesc echilibrul din stația medulară precum și activarea căilor modulatorie descendente opioide (endogene) și nonopioide. La polul opus, stresul, îngrijorarea, anxietatea, depresia, gândirea negativă „deschid poarta”.

În final, pentru înțelegerea și limbajul comun în terapia durerii, s-au implementat o serie de ghiduri și recomandări. Abordarea durerii slabe, moderată și severă ierarhizează strategiile terapeutice în „piramidă”, la bază aflându-se analgezicele non-opioide și coanalgezice, urmate de opioide slabe și puternice iar vârful piramidei include administrarea epidurală sau intratecală a analgezicelor, blocurile nervoase sau chiar chirurgia paliativă. Pe lângă toate aceste demersuri, o educație medicală corectă trebuie oferită fiecărui pacient care se confruntă cu durere cronică, tratamentul durerii fiind unul din drepturile fundamentale ale omului.

Bibliografie

1. Bushnell, M. C., Čeko, M., & Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature reviews neuroscience*, 14(7), 502-511.
2. Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082-2097.
3. Fillingim, R. B., Loeser, J. D., Baron, R., & Edwards, R. R. (2016). Assessment of chronic pain: domains, methods, and mechanisms. *The journal of pain*, 17(9), T10-T20.
4. Guideline NG193, N. I. C. E. (2021). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. *Methods*, 10.
5. Harvey, A. M. (1995). Classification of chronic pain—descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *The Clinical Journal of Pain*, 11(2), 163.
6. Korownyk, C. S., Montgomery, L., Young, J., Moore, S., Singer, A. G., MacDougall, P., ... & Lindblad, A. J. (2022). PEER simplified chronic pain guideline: management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. *Canadian Family Physician*, 68(3), 179-190.
7. Medici, A., & Medicinei, I. Coanalgezice și paraanalgezice.
8. Medici, A., & Medicinei, I. Rolul blocurilor locoregionale în terapia durerii cronice.
9. Mungiu, O. C., Sandesc, D., & Marin, A. F. (2018). Terapia durerii. *Ed.ETNA București*.
10. Przewłocki, R., & Przewłocka, B. (2001). Opioids in chronic pain. *European journal of pharmacology*, 429(1-3), 79-91.
11. Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... & Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *pain*, 160(1), 19-27.
12. Voscopoulos C, & Lema M (2010). When does acute pain become chronic? *British journal of anaesthesia*, 105(suppl_1), i69–i85