CZU: [616-006 + 615.85]:005 **DOI:** https://doi.org/10.5281/zenodo.7353542

MANAGEMENTUL DURERII LA PACIENȚII ONCOLOGICI

Olga CARA
Republica Moldova

Durerea este o experienţă neplăcută, asociată cu leziuni tisulare reale sau potenţiale şi are un caracter dual – senzorial şi/ sau emoţional; ea este întotdeauna subiectivă, fiind legată de experienţele anterioare ale pacientului, de factori psihosociali şi culturali [1]. Durerea este un simptom complex care poate să apară cvasifrecvent în oncologie, dar care este întâlnit frecvent şi în afecţiunile non-oncologice [2]. Suferința fizică afectează toate domeniile calităţii vieţii unui pacient, de aceea managementul ei ocupă un rol vital.

Gestionarea durerii reprezintă un domeniu complex al medicinii moderne ce utilizează o echipă multidisciplinară (medic, reabilitolog, psiholog, asistent social, persoana de cult etc.) pentru a ajuta persoanele afectate să se adapteze mai bine la durere și să scape de suferința produsă de aceasta, reușind să le crească calitatea vieții prin strategiile abordate [3].

Conform Programului Național de control al cancerului pentru anii 2016-2025, povara cancerului este o problemă de sănătate publică arzătoare la nivel mondial, regional şi naţional. La nivel mondial, în 2012 au fost înregistrate 14,1 milioane de cazuri noi de cancer, iar 8,2 milioane de persoane au decedat în urma acestei maladii. Durerea reprezintă cel mai frecvent simptom în cancer, prezent la 30-40% dintre pacienţi la momentul diagnosticului, la 40-70% la iniţierea tratamentului şi la 70-90% pe parcursul fazei terminale.

Intervenţiile de sprijin psihosocial şi spiritual constau în: educarea pacientului privind elementele generale ale analgeziei; stabilirea unui sistem de comunicare şi de monitorizare regulată a analgeziei domiciliare; asigurarea metodelor de sprijin social şi psihologic al pacientului şi familiei; tehnici de adaptare la durere pentru pacient/aparţinători (exerciţiile de respiraţie, tehnici de distragere (imagini, melodii, literatură), tehnici cognitive, tehnica Aici și Acum); tehnici de autocontrol. În cazul durerii cronice acestea pot fi reprezentate de tehnici de relaxare, hipnoză, implicarea treptată în diferite tipuri de activităţi, tehnici cognitiv comportamentale; asistenţă spirituală. Lucrarea dată își propune evaluarea impactului durerii asupra calității vieții pacientului oncologic și a efectului psihoterapiei de scurtă durată în corelație cu analgezia.

Cuvinte-cheie: cancer, durere, management, pacient, paliație, psihologie, tehnici, tratament, support.

PAIN MANAGEMENT IN ONCOLOGICAL PATIENTS

Pain is an unpleasant experience, associated with real or potential tissue damage and has a dual character - sensory and/ or emotional; it is always subjective, being linked to the patient's previous experiences, psycho-social and cultural factors [1]. Pain

is a complex symptom that can appear semi-frequently in oncology, but which is also frequently encountered in non-oncological conditions [2]. Physical suffering affects all areas of a patient's quality of life, and therefore its management plays a vital role.

Pain management is a complex field of modern medicine that uses a multidisciplinary team (doctor, rehabilitator, psychologist, social worker, religious person, etc.) to help affected people adapt better to pain and get rid of the suffering it causes, managing to increase their quality of life through the strategies addressed [3].

According to the National Cancer Control Program for the years 2016-2025, the burden of cancer is a pressing public health problem at the global, regional and national level. Worldwide in 2012, 14.1 million new cases of cancer were registered, and 8.2 million people died from this disease. Pain is the most common symptom in cancer, present in 30-40% of patients at the time of diagnosis, in 40-70% at the start of treatment and in 70-90% during the terminal phase.

Psychosocial and spiritual support interventions consist of: patient education regarding the general elements of analgesia; establishing a system of communication and regular monitoring of home analgesia; ensuring social and psychological support methods for the patient and family; pain adaptation techniques for the patient/relatives (breathing exercises, distraction techniques (images, songs, literature), cognitive techniques, the Here and Now technique); self-control techniques. In the case of chronic pain these can be represented by relaxation techniques, hypnosis, gradual involvement in different types of activities, cognitive behavioral techniques; spiritual assistance. This work aims to evaluate the impact of pain on the quality of life of the oncological patient and the effect of short-term psychotherapy in correlation with analgesia.

Key words**:** *cancer, pain, management, patient, palliation, psychology, techniques, treatment, support.*

Introducere

Asociația Internațională pentru Studiul Durerii (IAPS) descrie durerea ca o experiență senzorială și emoțională neplăcută asociată cu o leziune tisulară prezentă sau potențială. Cu toate acestea, având în vedere interconectarea dintre corpul nostru și starea noastră sufletească, este clar că durerea nu poate fi descrisă doar în termeni anatomici sau funcționali. Este, de asemenea, necesar să se ia în considerare multidimensionalitatea sa. Astfel, durerea depinde de componenta senzorială, care este determinată neurofiziologic, și de componenta emoțională, bazată pe factori afectivi, experiență trecută și dezvoltare.

Studiile de imagistică efectuate pe regiunile creierului care controlează sensibilitatea la durere și stările emoționale au confirmat că activitatea căilor durerii poate fi modulată de emoții negative chiar și atunci când este străină unui stimul de durere. În special, insula, cortexul cingular anterior și cortexul prefrontal sunt regiunile creierului care prezintă cele mai clare modificări la pacienții cu durere cronică (CPPs) [4]. Durerea poate fi descrisă ca un proces în

care stimularea nociceptorilor senzoriali periferici produce răspunsuri conduse prin intermediul neuronilor măduvei spinării la zonele senzoriale ale cortexului cerebral (Figura 1.).



Figura 1. Conceptul de durere totală
(*sursa*: viata-medicala.ro)

Pe lângă aceste fenomene neurologice, a fost studiată corelația dintre durere (în special forma sa cronică), stările emoționale și viața profesională / socială. De exemplu, s-a confirmat în mod constant că durerea cronică are un impact negativ puternic asupra calității vieții pacienților (QoL). Mai mult, pacienții cu durere cronică sunt adesea afectați de tulburări psihiatrice, de exemplu – depresie, anxietate, tulburări de personalitate sau, mai frecvent, de simptome precum frustrarea, anxietatea și în general starea de spirit negativă. La 45% până la 80% dintre pacienții internați cu durere cronică această afecțiune contribuie la afectarea funcțională și sunt prezente multiple comorbidități [4].

Literatura științifică a evidențiat echilibrul bidirecțional al durerii și al stresului emoțional; adică, depresia poate fi fie un factor cauzal, fie rezultatul durerii cronice. Acest lucru se întâmplă din cauza că emoțiile negative pot avea o relație reciprocă cu severitatea durerii cronice; furia, de exemplu, printr-o reactivitate specifică simptomului, crește tensiunea musculară și anxietatea modifică percepția asupra gradului de dizabilitate al pacientului [5].

O parte din literatura de cercetare medicală, care abordează asocierea dintre suferința emoțională și durerea cronică, s-a concentrat pe efectele percepției continuității și imprevizibilității durerii în sine. Pacienții cu durere cronică recunosc durerea ca dominându-le viața, o experiență care alimentează percepția durerii cronice ca fiind incontrolabilă; drept consecință, emoțiile negative se pot dezvolta și crește în intensitate [6].

Clasificarea durerii în cancer după timp (durată) conform IAPS (Asociația Internațională pentru Studiul Durerii):

- ✓ Acută
- ✓ Cronică
- ✓ Incidentă
- ✓ Durerea de puseu (durerea breakthrough)

Clasificarea durerii în cancer după intensitate:

I. Uşoară – VAS < 4
II. Moderată – VAS ≥ 4 <7
III. Severă – VAS ≥ 7

Notă: VAS – scala analog vizuală utilizată pentru aprecierea intensităţii durerii
0 = fără durere
10 = durerea cea mai intensă pe care pacientul şi-o poate imagina

Mecanismele de producere a durerii sunt:

- Nociceptivă: spasm muscular, somatică, viscerală
- Neuropată: compresie de nerv, leziune de nerv

Etiologia durerii în cancer:

- Cauzată de cancer: direct, indirect
- Consecinţă a tratamentului specific oncologic: sindroame dureroase acute, sindroame dureroase cronice
- Legată de terapia anticanceroasă
- Necauzată de cancer

Mai mult, cercetătorii au analizat în profunzime asocierea dintre durerea cronică și suferința emoțională, încercând să înțeleagă dacă emoțiile negative ale pacienților sunt generate mai mult de neputința lor fizică de a realiza activități normale sau de întreruperea relațiilor sociale care însoțesc adesea durerea. Aceste studii au arătat că efectele durerii cronice și, în consecință, ale depresiei și furiei, joacă un rol major în ce privește interacțiunile sociale ale pacientului [7].

Conform Protocolului clinic național – 135 „Îngrijiri paliative – durerea în cancer", 2020, pe lângă tratamentul medicamentos cu analgezice se aplică și terapia complementară a suferinței psihologice. La pacienții oncologici prin durerea fizică somatică se reliefează unele fobii ascunse și acum refulate, stările de anxietate pronunțate, frica de acutizare sau recidive. Dacă nu este tratată oportun și eficient, durerea provocată de cancer poate afecta calitatea vieții și poate cauza: depresie, necomplianță la tratament, oboseală, retragere socială, stare de stres, insomnie, îngrijorare, supărare, inapetență, singurătate.

Există si alte opțiuni terapeutice care se pot dovedi eficiente (în funcție de intensitatea și tipul durerii), printre care:

- ✓ Tratamente fizice: fizioterapia, masajul, stimularea termică (caldă sau rece);
- ✓ Stretching, yoga și alte exerciții care pot ameliora și promova menținerea flexibilității articulațiilor, tonusului muscular și rezistenței fizice;
- ✓ Terapii comportamentale: terapia cognitiv-comportamentală, relaxarea, biofeedback-ul, meditația, vizualizarea;
- ✓ Educare și suport emotional;
- ✓ Terapii complementare: acupunctura, aromaterapia, meloterapia, artterapia.

Scopul cercetării: Evaluarea psihologică a durerii la pacienții oncologici.

Pentru atingerea scopului cercetării a fost înaintată următoarea **ipoteză:** Intensitatea și durata durerii reduce calitatea vieții pacientului oncologic.

Obiectivele de bază ale studiului au fost:

- ✓ analiza datelor bibliografice privind screeningul și tratamentul eficient al durerii la pacienții cu cancer;
- ✓ studierea caracteristicilor durerii la pacienții oncologici aflați la diferite etape de tratament și paliație;
- ✓ evaluarea caracteristicilor durerii preinterveție și postintervenție la pacienții cu cancer;
- ✓ evidențierea unor concluzii care ar facilita ulterior reabilitarea pacienților cu cancer.

Metodologia cercetării: Studiul a fost efectuat pe un lot de 40 de pacienți cu diferite forme de cancer aflați la reabilitare medicală și în îngrijiri paliative, în perioada iunie – august 2022. Caracteristicile durerii au fost evaluate pe baza aplicării scalei verbale simple (SVS) și a Scalei de durere a lui Bloechle și colab. (Bloechle C., Izbicki JR și colab., 1995).

Rezultate și discuții

Pentru confirmarea ipotezei, potrivit căreia durerea influențează negativ bunăstarea psihoemoțională a pacientului cu cancer, care, la rândul său, reduce calitatea vieții lui, a fost efectuat un studiu care a inclus 40 de pacienți cu diferite forme de cancer și aflați la diferite etape de tratament, în cadrul secțiilor Institutului Oncologic al Republicii Moldova, cu vârsta cuprinsă între 35 și 81 de ani, a căror vârstă medie a fost de 59,5±1,4 ani. Femeile au constituit 70% (28 de pacienți), iar bărbații – 30% (12 pacienți).

La etapa inițială (pre-intervenție), conform datelor obținute SVS: fără durere – 7,5%, durere minimă a fost raportată la 20% dintre pacienți, durere medie – la 45%, durere puternică la 15% și, respective, durere insuportabilă a fost raportată la 12,5% din respondenți (Fig. 1).

S-a observat că bărbații aflați la etapa de îngrijiri paliative caracterizează durerea ca fiind puternică sau insuportabilă, pe când femeile, având un prag de durere mai înalt, dar și o rezistență psihoemoțională și fizică mai înaltă, resimt durerea ca fiind minimă și medie. În dependență de tipul/localizarea procesului

malign, durata și intensitatea durerii, dar și a frecvenței are loc și procesul de adaptare la durere.

Conform Scalei de durere a lui Bloechle și colab. aplicate pacienților oncologici la etapa inițială, tratați doar cu analgetice în scopul sedării, scorul total mediu obținut pe eșantionul cercetat este egal cu 66,25 din scorul maximal posibil 100, ceea ce denotă că intensitatea și impactul durerii asupra pacientului este puternic. Analizând durerea conform criteriilor Scalei de durere a lui Bloechle și colab., am determinat: la 55% din pacienți durerile sunt frecvente, la 62,5% durerile au o intensitate puternică, 75,2% au nevoie de analgezice pentru ameliorarea durerii și la 48,1% din pacienții oncologici incluși în studiu durata dizabilității în ultimul an depășește o lună, din cauza durerii.

Într-o echipă multidisciplinară, s-a elaborat tactica și managementul eficient al durerii la pacienții cu cancer. Conform palierelor OMS de analgezie, au fost utilizate: medicamente de treapta I – 5%, de treapta II – 30%, de treapa III - 65%, precum și psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată pentru a putea monitoriza starea somatică și bunăstarea psihoemoțională a pacientului pe toată durata studiului.

La etapa inițială a terapiei (primele 3-5 ședințe) s-a pus accentul pe tehnici și metode de relaxare: tehnica de relaxare musculară progresivă după Jacobson, exerciții de relaxare a respirației și/sau meditația, meloterapia; ulterior, la ședințele 6-7, s-a aplicat tehnica Aici și Acum. Ședințele de psihoterapie au avut loc cu o frecvență de 1-2 ori/săptămână a câte 40 de minute.

La etapa post-intervenție, conform rezultatelor SVS am obținut: fără durere – 7,5% pacienți, durere minimă a fost raportată la 43% pacienți; durere medie – la 37,5%, durere puternică – la 12,5% pacienți, și, respectiv, durere insuportabilă a fost raportată la 10% dintre respondenți, ceea ce denotă o ușoară descreștere a perpeperii durerii (Figura 2).

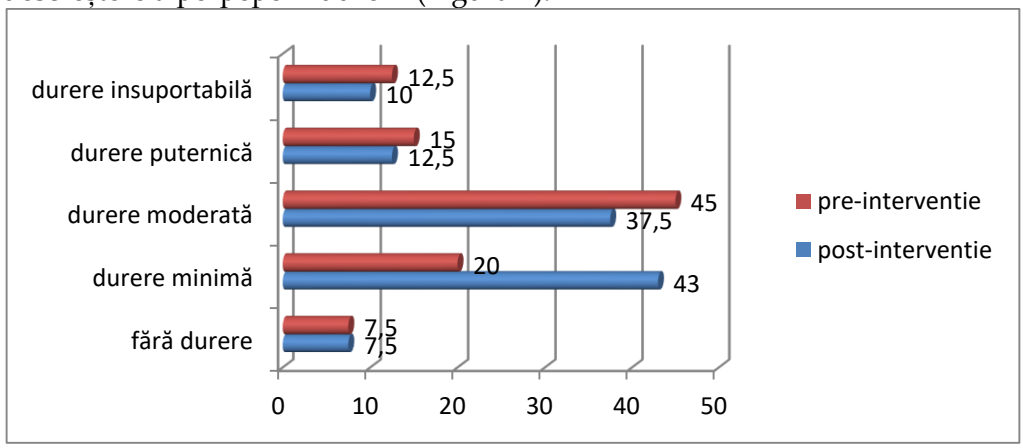


Figura 2. Indicele durerii la pacienții oncologici conform SVS, preintervenție – postintervenție (%)

Conform Scalei de durere a lui Bloechle și colab. (Bloechle C., Izbicki JR și colab., 1995) aplicate pacienților oncologici la etapa re-test, tratați concomitent cu analgetice, dar aflați și în psihoterapie de scurtă durată, scorul total mediu obținut pe eșantionul cercetat este egal cu 59,55 din scorul maximal posibil 100, ceea ce denotă o descreștere nesemnificativă numeric, însă în mod practic pacienții au învățat cum să-și gestioneze pshihoemoțional durerea, nu doar medicamentos, astfel încât impactul asupra calității vieții să fie mai mic.

Analizând durerea conform criteriilor Scalei de durere a lui Bloechle și colab., am determinat: 48,7% dintre pacienți acuză dureri frecvente, la 56,8,5% dintre pacienți durerile au o intensitate puternică, 72,2% au nevoie de analgezice pentru ameliorarea durerii și la 48,1% din pacienții oncologici incluși în studiu durata dizabilității în ultimul an depășește o lună, din cauza durerii.

Concluzii:

1. Evaluarea durerii și aplicarea terapiei medicamentoase concomitent cu o scurtă terapie cognitiv-comportamentală au determinat o scădere nesemnificativă în scala de evaluare a durerii medii, însă la nivel individual este o scădere semnificativă.
2. Bărbații aflați la etapa îngrijirilor paliative caracterizează durerea ca fiind intensă, comparativ cu femeile, care din punct de vedere psihoemoțional sunt mai rezistente la durere.
3. În urma studiului s-a adeverit ipoteza că intensitatea și durata durerii reduce calitatea vieții pacientului oncologic.

Recomandări:

- Elaborarea politicilor de sănătate eficiente pentru a preveni și gestiona durerea și pentru a reduce dizabilitatea impusă pacienților, precum și efectul acesteia asupra mediului lor.
- Oferirea unei intervenții multidisciplinare pacienților cu durere cronică de către îngrijitorii și profesioniștii din domeniul sănătății, deoarece emoțiile negative care se dezvoltă la acești pacienți pot interfera atât cu tratamentul, cât și cu reabilitarea.

Referințe:

1. *Protocolul clinic național – 135 „Îngrijiri paliative – durerea în cancer"*, 2020.
2. *Programul Național de Control al Cancerului pentru anii 2016-2025*, anexa nr.1 la Hotărârea Guvernului nr.1291 din 2 decembrie 2016.
3. POP, F., HETEA, O., NEAG, C., GRIGORE, C. *Ghidul de bune practice al psiho-oncologului*, București, 2021.
4. CROFFORD, L.J. *Psychological aspects of chronic musculoskeletal pain*. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2015. 29:147 (freely available from PubMed).

5. DUENAS, M., OJEDA, B., SALAZAR, A., MICO, J.A., FAILDE, I. *A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system*. *J Pain Res* 2016; 9:457-467 (freely available from PubMed).
6. OJALA, T., HAKKINEN, A., KARPPINEN, J., s.a. *The dominance of chronic pain: a phenomenological study*. *Musculoskeletal Care*, 2014. 12:141-149.
7. STURGEON, J.A., DIXON, E.A., DARNALL, B.D., MACKEY, S.C. *Contributions of physical function and satisfaction with social roles to emotional distress in chronic pain: a Collaborative Health Outcomes Information Registry (CHOIR) study*. Pain, 2015. 156:2627-2633 (freely available from PubMed).

Date despre autor:
Olga CARA, psiholog, Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Oncologic, Chișinău, Republica Moldova
E-mail: cara.olea999@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5111-5535