

MANAGEMENTUL PERIOPERATOR AL BOLNAVULUI CONSUMATOR CRONIC DE OPIOIDE ȘI AL DEPENDENȚELOR DE ALTĂ CAUZĂ

Elena Copaciu

Clinica ATI, Spitalul Universitar de Urgență București
UMF Carol Davila București
Splaiul Independenței 169, 050098, București, România
Fax: 0213180506
elena_copaciu@yahoo.com

Durerea cronică reprezintă o problemă de sănătate publică a lumii în care trăim. Opioidele sunt tot mai mult prescrise pentru controlul durerii, atât de etiologie neoplazică, dar și al durerii cronice severe de natură benignă. Dincolo de toate temerile și controversele legate de utilizarea terapeutică a opiaceelor, este dovedit în multe studii, inclusiv naționale faptul că durerea postoperatorie este, cel mai adesea, de intensitate moderată-severă și nu poate fi tratată în monoterapie sau fără să recurgem la opiacee. Dincolo de limitarea impusă de tolerabilitatea opioidului folosit, dată în principal de reacțiile adverse tipice clasei de substanțe (greață, vomă, constipație, prurit), creșterea explozivă a recurgerii la droguri de pe piața ilicită, ca și o nouă lege a opiaceelor în vigoare de doi ani la noi în țară, lege mult mai permisivă cu prescrierea de opiacee și care extinde indicațiile de prescriere la durerea cronică nonmalignă, dar și paleta de medici specialiști care pot prescrie opiacee, face tot mai posibilă situația în care un pacient cu toleranță/dependență la opiacee este supus unei intervenții chirurgicale. Cum asemenea pacienți pun probleme deosebite de management perioperator al medicației cronice, iar necesarul analgetic intra- și postoperator rămâne imprevizibil, apreciem că este util ca medicii anesteziști să dispună de recomandări specifice acestei situații.

Dependența de opiacee atinge trei tipuri de populație diferite: toxicomanii, bolnavii cu dureri cronice și bolnavi din reanimare, la care, de multe ori, durerea este subestimată și insuficient tratată. Va exista mereu pericolul ca bolnavul cu durere severă să nu primească suficientă analgezie de teamă să nu dezvolte toleranță/dependență de teama (inutilă) a complicațiilor legate de prescrierea unei substanțe cu regim special, după cum nu orice bolnav cu terapie cronică este morfinoman, dar există pericolul să fie catalogat ca atare. Confuzia poate fi înlăturată prin cunoașterea definițiilor acceptate în acest moment pentru fiecare situație în parte și examinarea atentă a pacientului.

La acești pacienți se pot intra trei tipuri de dependență: toleranța, caracterizată prin reducerea efectului terapeutic al medicamentului utilizat în mod cronic, dependența fizică, rezultat al adaptării manifestate prin sindrom de sevraj la oprirea administrării medicamentului și adicția- fenomen caracteristic toxicomanilor, patologie neuropsihiatrică influențată de factori genetici, psihosociali și de mediu și care se caracterizează printr-o utilizare compulsivă a drogului.

Mulți pacienți pot fi catalogați în mod eronat ca dependenți de opioide, motiv pentru care este necesară definirea corectă a acestor termeni. Există formulări derutante în definirea acestor situații, astfel, în The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), criteriile de definire a dependenței de substanțe sunt elaborate fără referire la managementul durerii și dependența de terapia cronică opioidă, toleranța și sindromul de sevraj, modificări fiziologice, sunt descrise alături de comportamentul adictiv, comportamentele aberante, etc. față de acestea, American Pain Society, American Academy

of Pain Management și American Society of Addiction Medicine au dezvoltat definiții specifice utilizării cronice a opioidelor la bolnavul cu durere cronică, indiferent de etiologia sa, după cum urmează:

Toleranță

Spre deosebire de dependență, toleranța reprezintă o situație de adaptare, în care, expunerea la medicament induce modificări responsabile de reducerea în timp a unuia sau mai multe din efectele acestuia. Cum aceste aspecte sunt decisive pentru succesul terapiei analgetice, este esențial să diferențiem toleranța la efectul analgetic de cea pentru efectele adverse ale opioidului. Toleranța poate apărea pentru efectul analgetic, pentru reacțiile adverse sau pentru ambele. Considerată o adaptare fiziologică normală, dezvoltarea toleranței este un proces variabil, individual, diferite forme de toleranță intervenind în proporții variabile la același individ. Nu se poate preciza doza de opioid sau durata expunerii până la apariția toleranței, dar toleranța la efectele adverse (aspect benefic în terapia cu opioide) poate apărea după 2 săptămâni. Spre deosebire de aceasta, toleranța la efectul analgetic este mai puțin frecvent întâlnită și mai puțin predictibilă. Practic sunt necesare doze mai mari de opioid pentru obținerea aceluiași nivel de analgezie.

Toleranța farmacodinamică presupune adaptări care apar atât la locul de acțiune al medicamentului (receptor, canal ionic), cât și în alte sisteme de mediatori implicate în apariția efectului specific. Apariția toleranței la opioide nu presupune automat și apariția adicției.

Mecanismele care stau la baza acestui proces sunt complexe și imprecis cunoscute. Datele sunt obținute din experimente pe animale și sunt greu de extrapolat la om. Este vorba de mecanisme care presupun: desensibilizarea receptorilor opioizi, reducerea numărului de receptori opioizi, etc, procese care presupun mecanisme celulare și moleculare, inclusiv alterarea expresiei genice, funcția sinaptică, activitatea circuitelor neuronale și cuplarea receptorilor. Pe de altă parte, studii aprofundate au demonstrat și faptul că administrarea cronică de opiacee poate induce modificări de tip neuroplasticitate, care implică numeroase sisteme de substrat și mediatori endogeni, cu amplificarea facilitării descendente în sistemul nervos central, ceea ce se traduce clinic prin hiperalgezia indusă de opioide.

Dependență fizică

Aceasta se manifestă prin simptomatologie provocată de oprirea bruscă a medicației, reducerea rapidă a dozei zilnice, reducerea, din diverse motive a nivelului plasmatic al medicamentului sau administrarea de antagonist. Trebuie menționat faptul că apariția simptomatologiei de sevraj la un pacient aflat pe terapie cronică opioidă nu presupune în mod automat faptul că acesta este un opioman.

Administrare vreme îndelungată, opioidele, benzodiazepinele, anticonvulsivantele, antidepresivele și etanolul dau fenomene de dependență fizică relevantă clinic, aspect care constituie un răspuns fiziologic așteptat. Pacienții care primesc în medie peste 30 mg de morfină (sau doze echivalente dintr-un alt produs) timp de peste 2-4 săptămâni, sunt susceptibili de a dezvolta simptome de sevraj la oprirea bruscă a medicației, reducerea rapidă a dozei zilnice, reducerea nivelului plasmatic de opioid sau administrarea de antagonist. Tabloul clinic presupune simptome (greață, vărsături, diaree, crampe abdominale, iritabilitate, agitație, status disforic, insomnie, nevoie imperioasă de opioid, prag la durere redus) și semne fizice (tahicardie, hipertensiune, transpirații, midriază, febră, convulsii) și chiar exitus.

Din punct de vedere comportamental bolnavul alocă o perioadă semnificativă de timp pentru obținerea unor cantități suplimentare de substanță, utilizarea acesteia ca și pentru refacere de pe urma efectelor adverse. Renunță la activități sociale, recreative, profesionale importante sau își reduce implicarea din cauza abuzului de substanțe. Consumul substanței

