

MANAGEMENTUL DURERII CRONICE LA VÂRSTNIC: ABORDĂRI TERAPEUTICE (PARTEA II)

CZU: 616.8-009.7-036.12-08-053.9-0.8

Svetlana PLEȘCA^{1,2}, Diana ISTRATIU¹,Marina SANGHEL^{1,2}, Adrian MELNIC^{1,2}, Oleg PASCAL^{1,2},¹IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu,

²IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Dionid Gherman

Rezumat

Fenomenul durerii cronice la vârstnici rămâne un motiv de atenție pentru sănătatea publică, având în vedere creșterea progresivă a populației vârstnice la nivel global, controlul slab al durerii cronice și impactul dramatic al acesteia asupra calității vieții pacienților geriatrici. Managementul terapeutic al durerii cronice este complicat, pe de o parte, de schimbările fiziologice care au loc în organism odată cu înaintarea în vârstă, precum modificările în sistemul senzorial, alături de modificările imunologice, inflamatorii, farmacocinetice și farmacodinamice. Pe de altă parte, prezența comorbidităților multiple la bătrâni și a polimedicatiei crește probabilitatea interacțiunilor medicamentoase și a reacțiilor adverse, reprezentând adevărate provocări pentru clinicieni, care încearcă să ofere regimuri farmacoterapeutice eficiente și sigure. Această revizuire a literaturii își propune să consolideze cunoștințele privind strategiile terapeutice farmacologice și cele nefarmacologice ale durerii cronice la vârstnici, utilizând drept surse ghiduri, articole și sinteze de literatură, publicate în bazele de date electronice (anii 2000-2019). Tratamentul multimodal, dar în același timp individualizat, precum și constituirea unei relații proactive între medic, pacient și îngrijitor pot oferi beneficii terapeutice suplimentare în gestionarea durerii cronice la populația geriatrică.

Cuvinte-cheie: durere cronică, tratamentul durerii, vârstnic, comorbidități, polimedicatie

Summary

Management of chronic pain in the elderly: therapeutic approaches

Chronic pain in the elderly continues to be a cause for attention to public health given the progressive growth of the elderly population globally, poor control of chronic pain and its dramatic impact on the quality of life of geriatric patients. Therapeutic management of chronic pain is complicated on the one hand by physiological changes that occur in the body with age, such as changes in the sensory system, along with immunological, inflammatory, pharmacokinetics and pharmacodynamics changes. On the other hand, the presence of multiple comorbidities in the elderly and polypharmacy increase the likelihood of drug interactions and side effects, representing challenges for clinicians trying to provide effective and safe pharmacologic regimens. This literature review aims to strengthen knowledge on pharmacological and non-pharmacological therapeutic strategies for chronic pain in the elderly, using as source guides, articles and literature reviews published in electronic databases (2000-2019). Multi-modal and at the same time individualized treatment, as well as the establishment of a proactive relationship between doctor – patient – caregiver can offer additional therapeutic benefits in the management of chronic pain in the geriatric population.

Keywords: chronic pain, pain treatment, elderly, comorbidity, polypharmacy

Резюме

Менеджмент хронической боли у пожилых: терапевтические подходы

Феномен хронической боли у пожилых людей продолжает оставаться причиной общественного внимания, учитывая прогрессивный рост пожилого населения во всем мире, затруднения при контроле хронической боли и её драматическое влияние на качество жизни пожилых пациентов. Терапия хронической боли осложняется, с одной стороны, физиологическими изменениями, которые происходят в организме с возрастом, такими как изменения в сенсорной системе, наряду с иммунологическими, воспалительными, фармакокинетическими и фармакодинамическими изменениями. С другой стороны, наличие коморбидности у пожилых людей и полифармация увеличивают вероятность лекарственного взаимодействия и побочных эффектов, что представляет собой реальную проблему для клиницистов, пытающихся обеспечить эффективные и безопасные схемы фармакотерапии. Этот обзор литературы направлен на укрепление знаний о фармакологических и нефармакологических терапевтических стратегиях хронической боли у пожилых людей с использованием в качестве источников руководств, статей и обзоров литературы, опубликованных в электронных базах данных (2000–2019 годы). Мультимодальное и в то же время индивидуальное лечение, а также установление активных отношений между врачом, пациентом и лицом, осуществляющим уход, дают дополнительные терапевтические преимущества в лечении хронической боли в гериатрической популяции.

Ключевые слова: хроническая боль, лечение боли, пожилые, коморбидность, полифармация

Introducere

Managementul durerii cronice la vârstnici reprezintă o problemă dificilă pentru medici, deoarece implică o serie de aspecte legate de modificările ce intervin odată cu îmbătrânirea, modificări fiziopatologice provocate de farmacocinetica și farmacodinamica substanțelor medicamentoase, comorbidități și polimedicatie, ce pot genera efecte adverse, care într-un final fac dificilă strategia terapeutică. Astfel, după o evaluare comprehensivă a durerii la pacientul geriatric, este important de a selecta o abordare multimodală, care să includă atât tratament farmacologic, cât și nefarmacologic [1].

Rata înaltă a comorbidităților/multimorbidităților îi impune pe clinicieni să prescrie mai multe prepa-

rate medicamentoase, ceea ce duce la o „cascadă de prescriere”, asociată cu reacții adverse: oboseală, somnolență sau scăderea vigilenței, constipație, diaree sau incontinență, pierderea poftei de mâncare, confuzie, căderi, depresie sau lipsă de interes pentru activitățile obișnuite, slăbiciune, tremor, halucinații vizuale sau auditive, anxietate, excitabilitate sau amețeli [2]. Fenomenul polimedicatiei (medicației multiple) este unul comun la vârstnici și este definit de majoritatea cercetătorilor drept administrarea concomitentă a mai multor preparate (mai mult de cinci), deși nu există un consens asupra unor definiții și terminologii precise [2, 3].

Astfel, abordarea terapeutică a vârstnicilor cu durere cronică trasează câteva principii de bază în vederea ajustării dozei preparatelor, a modului de administrare, evidenței reacțiilor adverse și interacțiunilor medicamentoase, în concordanță cu profilul de comorbidități ale persoanei, și reevaluarea prescrierilor, cu ajustarea indicațiilor în scopul asigurării unui beneficiu terapeutic [1, 3]. Grupa vulnerabilă de pacienți cu vârsta peste 65 de ani pot beneficia de mai multe medicamente, în cazul în care sunt luate în considerare bolile concomitente, potențiale alergii, interacțiunea medicament – medicament sau medicament – boală, cu evitarea prescrierilor neadecvate (polipragmaziei) și utilizarea recomandărilor actuale bazate pe dovezi [4]. Prin urmare, se va ține cont de inițierea tratamentului cu doza cea mai mică posibilă și titrarea pe baza tolerabilității și eficienței, dar se va lua în considerare și potențialul tratamentului insuficient prin această abordare.

Totodată, persistența și cronicizarea durerii, combinarea componentelor nociceptive și neuropate ale durerii cronice la vârstnic, prezența unor comorbidități ce pot genera, dar și susține, fenomenele algice legate de îmbătrânirea și degenerarea sistemului somatosenzorial, de asemenea pot fi cauze ale unui tratament cu eficiență scăzută [3, 5]. Tulburările afective, în special depresia, fiind una din cele mai frecvente comorbidități, împovărează gestionarea unui pacient în vârstă cu dureri cronice. Atât durerea, cât și depresia poate fi un factor de risc una pentru cealaltă. Iar în aspect terapeutic, bineînțeles, un pacient poate primi tratament pentru fiecare afecțiune separat; cu toate acestea, existența unor legături între cele două condiții trasează direcții farmacologice comune și unele abordări nefarmacologice demne de luat în considerare [6].

Așadar, clinicienii trebuie să ia decizii de tratament pe baza interacțiunii dovezilor existente și a nevoilor individuale. Având în vedere ratele scăzute de utilizare a multor abordări nefarmacologice la pacienții mai în vârstă, este recomandată în special încurajarea implicării și a adoptării acestor modalități, incluzând terapia cognitivă comportamentală, exercițiile, metodele fizice de reabilitare,

intervențiile medicinei complementare și suportul psihologic, permițându-le pacienților geriatrici cu dureri să ducă o viață funcțională, activă și independentă [5, 7].

Pentru a spori aderența pacientului la tratament, medicul poate apela la sprijinul social prin membri ai familiei, însoțitori la domiciliu și agenții comunitare. Pacienții vârstnici vor fi încurajați să participe la diverse activități desfășurate în grupuri, să socializeze mai mult, ceea ce va reduce din intensitatea durerii și a deficienței funcționale [8].

Toate aceste aspecte ale îmbătrânirii, sindromul algic persistent la pacienții vârstnici, în pofida existenței modalităților multiple de tratament, și barierele în calea unei gestionări eficiente a durerii cronice la această categorie de populație subliniază nevoia de a ne completa cunoștințele print-o revizuire a literaturii cu subiectul dat.

Scopul lucrării este de a elucida particularitățile terapiei durerii cronice la vârstnic în contextul modificărilor fiziopatologice legate de îmbătrânire și al barierelor existente în gestionarea durerii.

Materiale și metode

Această revizuire a literaturii a fost realizată folosind bazele de date *Hinari*, *Pubmed*, *Medline* pentru colectarea articolelor relevante în limba engleză sau franceză din anii 2000–2019, utilizând cuvintele-cheie: *durere cronică*, *tratamentul durerii*, *vârstnic*, *comorbidități*, *polimedicatie*. În acest context, vom rezuma dovezile recente privind tratamentul durerii cronice la pacienții vârstnici în baza recenziilor sistematice, metaanalizelor, studiilor individuale și ghidurilor clinice.

Rezultate și discuții

Modificările neurofiziologice ale sistemului somatosenzorial legate de vârstă

Pentru a putea face față provocărilor ce țin de managementul durerii cronice la vârstnici, atât în procesul de evaluare a durerii, cât și în aspect terapeutic, este fundamental să se țină cont de modificările fiziologice progresive ce apar odată cu înaintarea în vârstă. Declinul fiziologic la populația geriatrică implică, pe de o parte, o serie de schimbări în circuitele senzoriale și în sistemul imunitar, care modifică percepția unei senzații dureroase, astfel făcând dificilă evaluarea durerii cronice. Pe de altă parte, schimbările fiziopatologice cu afectarea sistemelor hepatic, renal, gastrointestinal, la care se adaugă și riscurile legate de polimedicatie și de interacțiunile medicamentoase, influențează opțiunile eficiente și sigure de tratament.

Înțelegerea farmacocineticii și a farmacodinamicii analgezicelor la persoanele în vârstă este esențială pentru prescrierea și monitorizarea lor optimă. Efectele îmbătrânirii asupra acestor două

procesele au constituit subiectul unor revizuiți pe scară largă [9, 10].

În general, la vârstnici, sistemul nervos central și cel periferic suferă schimbări semnificative structurale, biochimice și funcționale [11]. Astfel, studiile morfologice au raportat o pierdere a fibrelor nervoase mielinizate și mai multe anomalii cu implicarea acestora, cum ar fi demielinizarea, remielinizarea, scăderea secundară a vitezei de conducere la pacienții vârstnici, precum și o scădere a densității fibrelor nemielinizate [12]. Pierderea structurii și a funcției nervilor periferici legată de vârstă implică, în special, fibrele A δ , care sunt responsabile de transmiterea durerii epicritice, în timp ce senzațiile legate de fibrele C în raportarea durerii capătă rezonanță și sunt mai prelungite și difuze [13]. Prin urmare, ne putem aștepta, în mod rezonabil, la unele schimbări ale calității și intensității durerii în procesul de îmbătrânire.

Pragul de percepție a durerii, care reprezintă, de fapt, capacitatea sistemului somatosenzorial de a recunoaște și a procesa un stimul dureros, crește semnificativ la vârstnici, fapt demonstrat de o metaanaliză a mai mult de 50 de studii [14]. Astfel, vârstnicii tind să aibă un prag mai mare pentru stimulii termici și o creștere minoră a pragului durerii pentru stimulii electrici, pe când pragul pentru durerea mecanică poate scădea. Semnificația acestor observații în context clinic rămâne incertă, deși acestea ar putea indica un anumit deficit în funcția de avertizare timpurie a durerii și ar conduce la un risc mai mare de diagnostic tardiv al traumatismelor, al leziunilor tisulare sau al altor afecțiuni [14, 15].

Variațiile de sensibilitate la durere depind nu numai de activitatea la nivel de căi nociceptive aferente, ci și de mecanismele de inhibare endogene pentru controlul durerii, care sunt descendente din cortex și mezencefal până la neuronii din măduva spinării [11].

Sistemele endogene de modulare a durerii sunt, de asemenea, modificate de prezența bolilor concomitente sau a comorbidităților. În special, prevalența ridicată a bolilor cronice care afectează sistemul nervos central (SNC) la vârstnici ar putea conduce atât la neuroplasticitate modificată, cât și la o predispoziție crescută de a dezvolta senzitivizarea centrală. De exemplu, demența ar putea agrava deficitele legate de vârstă în procesarea durerii [16]. Astfel, modificările degenerative din neuronii senzoriali, scăderea numărului de neuroni noradrenergici și serotoninergici și o pierdere a mielinei în coarnele dorsale ale măduvei spinării ar putea provoca modificări în procesarea semnalelor nociceptive la vârstnici, determinând toleranța scăzută la durere [11].

Modificările sistemului imunitar la persoanele în vârstă

De rând cu modificările din sistemul nervos survenite la persoanele vârstnice, durerea cronică

este complicată și de schimbările care afectează progresiv sistemul imunitar. Mastocitele și microglia sunt interlocutorii primari pentru neuronii durerii, astfel încât alterarea lor duce la modificări ce provoacă neuroinflamație persistentă, având astfel un impact asupra funcționalității celulelor neuronale [16].

Schimbările farmacocinetice

Absorbția orală. Aproximativ 25% din persoanele cu vârsta de peste 50 de ani se confruntă cu o scădere a nivelului secreției gastrice, ceea ce duce la o creștere a pH-ului gastric. Diminuarea motilității gastrointestinale, a fluxului sangvin splanhnic, a transportatorilor activi și a suprafeței de absorbție de asemenea a fost raportată ca motiv de modificări în contextul procesului de îmbătrânire a organismului. Alți factori care pot influența absorbția orală a medicamentelor, întâlniți adesea la pacienții vârstnici, pot fi: diverse comorbidități, medicamente care încetinesc tranzitul gastrointestinal, constipația, utilizarea cronică a laxativelor, refluxul gastroesofagian și disfația [17].

Distribuția. Un alt aspect în farmacocinetica medicamentelor la vârstnici ține de distribuție, aceasta fiind influențată de scăderea masei corpului și a apei totale din organism, dar și de creșterea masei adipoză. Prin urmare, medicamentele hidrosolubile sunt distribuite mai puțin eficient și concentrația plasmatică a acestora crește, inducând un risc mai mare de efecte adverse, aceste remedii necesitând o administrare în doză mai mică, pe când volumul distribuției medicamentelor liposolubile (de ex., lidocaina, fentanilul) este crescut, fapt ce duce la scăderea concentrației plasmatice și la prelungirea timpului lor de înjumătățire, adesea cu riscuri de acumulare [18].

Scăderea nivelului albuminei serice odată cu vârsta crește disponibilitatea medicamentelor libere. Cu toate acestea, modificările sunt semnificative doar pentru remediile cu o rată de legare a proteinelor mai mare de 90%, un volum redus de distribuție și un indice terapeutic îngust [11, 18]. Timpul de înjumătățire plasmatică a medicamentului, raportul dintre volumul de distribuție și clearance sunt crescute, în special pentru mai multe benzodiazepine și antidepresante triciclice, în legătură cu scăderea metabolismului renal și a celui hepatic [17].

Modificările hepatice. Un ficat îmbătrânit poate prelungi eliberarea medicamentelor din organism secundar cauzelor prehepatice, intrahepatice sau posthepatice [17]. Disfuncția prehepatică include scăderea activității reacțiilor enzimactice de fază I (oxidarea, reducerea, hidroliza) și a extracției de sânge, care poate fi secundară unei absorbții gastrointestinale mai scăzute sau a reducerii fluxului sangvin portal și a celui arterial. Patologia hepatocelulară, cum ar fi ciroza, poate fi cauza disfuncției intrahepatice. Disfuncția posthepatică e provocată, de obicei, fie de

patologia arborelui biliar, fie de blocajul circulației enterohepatice. Testele funcției hepatice sunt adesea normale, în pofida acestor modificări ale ficatului vârstnic. Există, de asemenea, o scădere predictibilă legată de vârstă a funcției citocromului P-450 și, în combinație cu polimedicatia care este prezentă la o mare parte din populația vârstnică, aceasta poate duce la o reacție toxică a medicamentelor [17].

Modificările renale. Masa renală și secreția tubulară se reduc semnificativ odată cu vârsta. Declinul funcției renale începe după vârsta de 40 de ani, cu o rată de aproximativ 1% pe an sau cu o scădere de 1 ml/min pe an a clearance-ului creatininei. Deși structura și funcția rinichilor scade, clinic funcția lor pare să fie menținută la pacienții vârstnici sănătoși. Reducerea clearance-ului renal pare însă să aibă cel mai mare efect farmacodinamic asupra vârstnicilor [2, 18].

Schimbările farmacodinamice. În general, pacienții geriatrici au o sensibilitate crescută la medicamentele cu acțiune centrală, cum ar fi benzodiazepinele și opioidele [17]. Un alt aspect important al farmacodinamicii, legat de modificările apărute odată cu înaintarea în vârstă, ține de scăderea sensibilității la medicamentele receptor-specifice, cum ar fi beta-blocantele. Aceste modificări sunt puternic asociate cu schimbările structurale și funcționale din sistemul nervos central [17]. Diferențele de neuroanatomie, fiziologie și biochimie ale căilor nociceptive pot provoca modificări ale percepției durerii, în timp ce diferențele în farmacodinamica medicamentelor la vârstnici pot altera răspunsurile așteptate [19].

Luând în considerare implicațiile farmacocinetice și farmacodinamice importante, ca rezultat al modificărilor fiziologice care apar odată cu înaintarea în vârstă, ce se traduc în riscuri crescute pentru reacții adverse și interacțiuni medicamentoase la această populație eterogenă, doza optimă și efectele secundare ale medicamentelor sunt greu de prevăzut.

Abordările farmacologice și cele nefarmacologice. Reușita tratamentului la pacientul vârstnic cu durere cronică depinde de o serie de factori, și anume: cauza durerii, mecanismele implicate, intensitatea durerii, comorbiditățile pacientului, alături de statutul funcțional și cel cognitiv ale acestuia. Evaluând impactul pe care îl are fiecare din acești factori, următoarea etapă o constituie inițierea terapiei, nu înainte însă de a se revizui modalitățile de tratament farmacologic și nefarmacologic utilizate anterior. Astfel, în deciziile terapeutice ulterioare, este important să se ia în considerare beneficiile și riscurile terapeutice potențiale și obiectivele importante ale pacientului (de ex., capacitatea crescută de a efectua activități cotidiene), oferindu-i speranță acestuia, însă fără a supraestima succesul terapeutic [8].

Conform opiniei experților și recomandărilor ghidurilor internaționale, tratamentul va fi unul complex și va include abordări farmacologice, ne-

farmacologice și modalități de reabilitare fizică și ocupațională [8].

Tratamentul farmacologic constă din următoarele puncte-cheie:

• **Acetaminofenul.** Potrivit Societății Americane de Geriatrie, acetaminofenul este agentul de primă linie pentru durerile cronice ușoare până la moderate la vârstnici [20, 21, 22], datorită profilului său favorabil de siguranță. Cu toate acestea, doza maximă zilnică de acetaminofen nu va depăși 4 g, cu ajustări ale dozei până la 50-70% necesare la pacienții cu disfuncție hepatică. O metaanaliză a studiilor randomizate controlate a arătat o eficacitate superioară a acetaminofenului în comparație cu placebo în reducerea durerii moderate, dar inferioară antiinflamatoarelor nesteroidiene (AINS), atât pentru reducerea durerii, cât și pentru funcționarea fizică [1]. Acetaminofenul este un agent eficient pentru ameliorarea simptomelor de osteoartrită și de dureri lombare [22]. Cu toate acestea, este mai puțin eficient pentru durerile inflamatorii cronice (cum ar fi durerea asociată cu artrita reumatoidă) decât AINS [22].

• **Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS).** Decizia generală privind administrarea de AINS pentru dureri cronice la vârstnici trebuie individualizată pe baza comorbidităților și a altor factori de risc.

Medicamentele AINS trebuie utilizate cu precauție la persoanele în vârstă, după ce alte tratamente mai sigure, precum acetaminofenul, nu au asigurat o ameliorare suficientă a durerii. Există un consens al ambelor ghiduri – atât al Societății Americane de Geriatrie, cât și al Societății Britanice de Geriatrie – privind recomandarea utilizării cu mare precauție a terapiei cu AINS la vârstnici, din cauza efectelor secundare gastrointestinale, renale și cardiovasculare; de asemenea, a administrării de AINS de preferat doar pentru perioade scurte în timpul acutizărilor episodice [17, 20, 21]. Un studiu asupra reacțiilor medicamentoase la vârstnici ce au dus la spitalizări a arătat reacții adverse legate de AINS ca fiind cauza spitalizării la 23,5% din aceștia [21]. Pentru asigurarea protecției împotriva toxicității gastrointestinale, AINS se vor administra concomitent cu un inhibitor al pompei de protoni sau cu un blocant de H₂ și, dacă este necesar, terapia de eradicare a *Helicobacter pylori*. O altă metaanaliză a arătat un profil de siguranță cardiovascular superior al naproxenului în comparație cu alte AINS, inhibitoare COX selective sau neselective [23, 24].

Adulții în vârstă tratați cu AINS trebuie reevaluați în mod regulat pentru a asigura eficacitatea terapiei, precum și absența toxicității și a interacțiunilor medicamentoase nefavorabile [22].

• **Opioidale.** Acestea sunt preparatele medicamentoase recomandate în durerea moderată sau severă, în special în cazul în care pacienții continuă să suporte afectarea funcțională semnificativă pro-

vocată de durere și reducerea calității vieții [20, 21, 25]. Însă tratamentul trebuie să fie individualizat și monitorizat cu atenție pentru eficacitate și tolerabilitate, întrucât există o variabilitate marcată a modului în care pacienții reacționează la opioide.

• **Anticonvulsivantele și antidepresivele.** Medicamentele antiepileptice precum carbamazepina, gabapentina și pregabalina sunt utilizate în principal în tratamentul durerilor neuropatice. Carbamazepina în prezent este considerată terapia de primă linie pentru nevralgia trigeminală. Gabapentina și pregabalina se recomandă să fie luate în cure scurte (de la două până la patru luni) pentru anumite tipuri de dureri neuropatice, inclusiv neuropatia diabetică. Un studiu de metaanaliză, care a evaluat efectul a 300 mg de pregabalina zilnic pentru dureri neuropatice, a arătat o reducere de 50% a durerii [26].

Deși antidepresivele triciclice (de ex., amitriptilina) au efecte benefice dovedite în durerea neuropată, utilizarea lor la populația vârstnică ar trebui limitată sau evitată din cauza riscului mai mare de efecte adverse, cum ar fi efectele anticolinergice și afectarea cognitivă [17, 20, 21]. Alte antidepresive (de ex., inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei) au dovezi foarte limitate de eficacitate analgezică și nu trebuie folosite ca analgezice [21].

Antidepresivele cu acțiune dublă, cum ar fi inhibitorii recaptării serotoninei și norepinefrinei – venlafaxină și duloxetină – oferă un spectru larg de îmbunătățire a neurotransmiterii în doze moderate până la mari, și din acest motiv se consideră că au efecte analgezice superioare celor ale inhibitorilor selectivi tradiționali ai recaptării serotoninei [8, 20, 21, 27].

În caz de dureri localizate, se vor utiliza AINS topice (creme sau geluri ce conțin antiinflamatoare sau capsaicină), care constituie o alternativă a antiinflamatoarelor administrate per os, fiind lipsite de toxicitate sistemică [21].

Există puține dovezi în ceea ce privește utilizarea procedurilor invazive pentru managementul durerii la populația vârstnică. Sunt însă câteva proceduri pentru care dovezile sunt relativ mai evidente: injectarea intraarticulară a corticosteroizilor pentru durerile de genunchi, injecțiile cu anestezice locale și steroizi pentru herpes zoster și infiltrațiile nervilor spinali în caz de patologie lombară degenerativă și stenoză spinală [21].

• **Canabinoidele.** Deși dovezile privind eficacitatea și siguranța canabisului în tratarea vârstnicilor sunt limitate, pe lângă indicațiile potențiale pentru utilizarea canabisului medical în durerea cronică se includ și tulburările de somn, greața și vomela, boala Parkinson, tulburările de stres posttraumatic, demența și paliatia, ce oferă acestei grupe de preparate o perspectivă terapeutică largă [28]. Riscurile

potențiale ale canabisului nu trebuie ignorate, ținând cont de polimedicație, modificările farmacocinetice, afectarea sistemului nervos și creșterea riscului cardiovascular legate de acesta. După o examinare individuală și o analiză personală de risc/beneficiu pentru fiecare pacient, tratamentul cu canabinoide trebuie inițiat lent și treptat [28, 29].

Abordările nefarmacologice

Preocupările pacientului și ale medicului privind potențialul efectelor adverse legate de medicamente, precum și interacțiunile medicamentoase, au făcut să crească interesul pentru abordările nefarmacologice în gestionarea durerii la adulții în vârstă.

Măsurile nefarmacologice de management al durerii cronice implică tehnici cognitive (de ex., distragerea sau relaxarea), tehnici comportamentale (de ex., stabilirea obiectivelor, exercițiul), programe de kinetoterapie, precum și combinarea lor [8]. Aceste metode sunt sigure și pot reduce durerea, iar în multe cazuri îmbunătățesc funcționalitatea și eficiența în activitățile cotidiene [8, 20, 21, 30].

Terapia cognitiv-comportamentală presupune instruirea pacienților privind utilizarea tehnicilor de gândire și de modificare a comportamentului, învățându-i cum anumite gânduri, credințe, atitudini și emoții influențează durerea și evidențiază rolul propriu al pacientului în controlul și adaptarea la durerea cronică (strategii de confruntare) [31]. Integrarea unor tehnici de medicină de alternativă și complementară, precum acupunctura, masajul, yoga și meditația, încurajează practicile de îmbătrânire sănătoasă, care pun accent pe un model holistic de îngrijire în consolidarea abilităților de apărare și de vindecare a organismului și pot fi benefice în managementul durerii cronice [32].

Activitatea fizică constituie o componentă de bază a tratamentului nefarmacologic în managementul durerii cronice. Exercițiile vor avea drept scop consolidarea rezistenței, flexibilității și echilibrului și trebuie personalizate în funcție de capacitatea și nevoile individuale ale persoanei, dar și de preferințele acesteia [21].

Va fi luată în considerare și utilizarea dispozitivelor de asistență pentru vârstnici în managementul durerii, acestea permițând reducerea declinului funcțional, a intensității durerii, având de asemenea avantajul reducerii costurilor de îngrijire [21].

Deși pentru multe din metodele nefarmacologice nu există studii suficiente bazate pe dovezi pentru a le documenta eficacitatea, totuși utilizarea acestora în combinație cu medicația oferă beneficii suplimentare pentru gestionarea durerii [8, 21].

Pe parcursul tratamentului, preocupările specialiștilor implicați în managementul durerii cronice în rândul populației geriatrice vor fi legate

de implementarea unui plan de supraveghere (de ex., eficacitatea, tolerabilitatea, aderența) pentru fiecare tratament nou, precum și de determinarea dacă obiectivele tratamentului sunt îndeplinite; în cazul în care nu sunt îndeplinite, medicația va fi întreruptă, iar terapia fizică și cea ocupațională sau ambele vor fi modificate [20, 21, 25]. Iar în caz de succes terapeutic, rezultatele pozitive vor fi consolidate în fiecare etapă.

Potrivit opiniei lui Makris și colab. într-o revizuire clinică a managementului durerii cronice la adulți, există un șir de factori importanți care trebuie luați în considerare în încercarea de a determina dacă un anumit analgezic este eficient, și anume: proprietățile medicamentului (de ex., viteza de debut a acțiunii, timpul de înjumătățire, gradul de legare de proteine), caracteristicile individuale ale pacientului (de ex., severitatea și durata durerii, comorbiditățile ce ar putea predispuce pacientul la toxicitate medicamentoasă, potențial de interacțiune cu alte analgezice luate simultan, capacitatea de legare de proteine) și obiectivele tratamentului (de ex., reducerea durerii, îmbunătățirea dispoziției, sporirea mobilității) [8].

Sporirea aderenței la tratament poate fi obținută și prin implicarea și angajarea îngrijitorilor, a aparținătorilor și căutarea altor resurse (programe comunitare), precum și prin consolidarea relației medic – pacient.

Consolidarea relației medic – pacient

Alte elemente de bază ale alianței terapeutice sunt: (1) stabilirea așteptărilor realiste cu privire la ceea ce poate și nu poate fi realizat, ținând cont de factorii nemodificabili precum vârsta pacientului, etiologia și durata durerii; (2) disponibilitatea medicului pentru sfaturi, reasigurare și asistență după diminuarea durerii; (3) tenacitatea și angajamentul medicului, precum și ale pacientului; (4) respectul reciproc; (5) o legătură reciprocă generată de investițiile emoționale ale ambelor părți în rezultatele tratamentului [8].

Vizitele efectuate de medic la domiciliul pacientului pot avea beneficii potențiale pentru ambele părți. Din perspectiva lucrătorului medical, observarea mediului în care se află pacientul oferă informații valoroase despre starea acestuia. Din perspectiva pacientului, o vizită la domiciliu e percepută drept un suport și o implicare enormă din partea medicului [1].

Progresele recente ale tehnologiilor mobile în sănătate sugerează că aceste dispozitive pot juca un rol important în viitorul apropiat, facilitând colectarea și transmiterea informațiilor pentru evaluarea durerii [8, 33]. Aceste dispozitive ar putea îmbunătăți îngrijirea pacientului printr-o monitorizare mai eficientă

a rezultatelor tratamentului [34]. S-a constatat că intervențiile de suport social prin intermediul mesajelor SMS și al aplicațiilor mobile au un impact emoțional pozitiv și reduc percepția durerii în rândul pacienților vârstnici [35].

Concluzii

Această revizuire a literaturii a făcut posibilă crearea unui tablou al complexității fenomenului durerii, caracterizat prin subiectivitatea acestuia. Multe afecțiuni dureroase cronice afectează vârstnicii. În managementul terapeutic al durerii persistente se vor lua în considerare mai multe aspecte, cum ar fi interacțiunea dintre patogenia bolii ce induce durere și fiziologia legată de vârstă, prezența comorbidităților, evaluarea farmacologiei și a aspectelor psihosociale. Pentru a evita generalizarea durerii cronice și perceperea acesteia drept o componentă „normală” a îmbătrânirii, problema durerii cronice trebuie tratată ca atare.

Pentru că se pune problema adaptării și individualizării managementului durerii la vârstnici, identificarea, evaluarea, tratarea, reevaluarea, prevenirea reacțiilor adverse la medicamente, într-o abordare comună cu pacientul, personalul și/sau familia sunt esențiale.

În pofida unei mari mobilizări a resurselor medicale, durerea cronică rămâne subestimată și insuficient tratată în rândul persoanelor vârstnice care locuiesc atât acasă, cât și în instituții. Sunt necesare programe naționale de sensibilizare față de problema durerii cronice la vârstnici, care ar avea drept scop îmbunătățirea gestionării durerii cronice la această populație vulnerabilă.

Bibliografie

1. Carrington Reid M., Eccleston C., Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. In: *BMJ*. 2015, vol. 350. Disponibil pe: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h532>
2. Dagli R.J., Sharma A. Polypharmacy: a global risk factor for elderly people. In: *J. Int. Oral Health*. 2014, vol. 6(6): i-ii.
3. Masnoon N., Shakib S., Kalisch-Ellett L., Caughey G.E. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. In: *BMC Geriatr*. 2017, vol. 17(1), p. 230. Disponibil pe: doi:10.1186/s12877-017-0621-2
4. *Medication Safety in Polypharmacy*. Geneva: World Health Organization, 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.11). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Stompór M., Grodzicki T., Stompór T., et al. Prevalence of Chronic Pain, Particularly with Neuropathic Component, and Its Effect on Overall Functioning of Elderly Patients. In: *Med. Sci. Monit*. 2019, vol. 25, pp. 2695-2701. Disponibil pe: doi:10.12659/MSM.911260
6. Zis P., Daskalaki A., Bountouni I., et al. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. In: *Clin. Interv. Aging*. 2017, vol. 12, pp. 709-720. Disponibil pe: doi:10.2147/CIA.S113576)

7. Kaye A.D., Baluch A.R., Kaye R.J., et al. Geriatric pain management, pharmacological and nonpharmacological considerations. In: *Psychology & Neuroscience*. 2014, vol. 7(1), pp. 15-26. Disponibil pe: <https://doi.org/10.3922/j.psns.2014.1.04>
8. Makris U.E., Abrams R.C., Gurland B., Carrington M.R. Management of Persistent Pain in the Older Patient. A Clinical Review. In: *JAMA*. 2014, vol. 312(8), pp. 825–836. Disponibil pe: doi: 10.1001/jama.2014.9405
9. McLachlan A.J., Bath S., Naganathan V., et al. Clinical pharmacology of analgesic medicines in older people: impact of frailty and cognitive impairment. In: *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2011, vol. 71(3), pp. 351-364. Disponibil pe: doi:10.1111/j.1365-2125.2010.03847.x
10. Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. In: *Exp. Gerontol.* 2003, vol. 38(8), pp. 843-853.
11. Bérout F., Douleur et personne âgées. Propos empruntés à la conférence de consensus des 14 et 15 janvier 2004 sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, initiée par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), se rapportent aux soins palliatifs. Paris: Institut UPSA de la douleur 2010. 200 p. ISBN: 2-910844-18-8.
12. Verdú E., Ceballos D., Vilches J.J., Navarro X. Influence of aging on peripheral nerve function and regeneration. In: *J. Peripher. Nerv. Syst.* 2000, vol. 5, pp. 191-208.
13. Kemp J., Després O., Pebayle T., Dufour A. Differences in age-related effects on myelinated and unmyelinated peripheral fibers: A sensitivity and evoked potentials study. In: *Eur. J. Pain.* 2014, vol. 18, pp. 482-488.
14. Gibson S.J., Farrell M.J. A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. In: *Clinical Journal of Pain*. 2004, vol. 20(4), pp. 227-239.
15. Gibson S.J. In: Proceedings of the 10th World Congress on Pain, *Progress in Pain Research and Management*. Vol. 24. Dostrovsky J.O., Carr D.B., Kaltenzburger M., editors. Seattle, WA: IASP Press, 2003, pp. 767–790.
16. Paladini A., Fusco M., Coaccioli S., et al. Chronic Pain in the Elderly: The Case for New Therapeutic Strategies. In: *Pain Physician*. 2015, vol. 18, pp. 863-876. ISSN: 2150-1149.
17. Kaye A.D., Baluch A., Scott J., Ochsner J. Pain Management in the Elderly Population: A Review. In: *Ochsner J.* 2010, vol. 10(3), pp. 179–187.
18. Shi S., Mörike K., Klotz U. The clinical implications of ageing for rational drug therapy. In: *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2008, vol. 64(2), pp. 183-199.
19. McCleane G. Pharmacological pain management in the elderly patient. In: *Clinical Interventions in Aging*. 2007, vol. 2(4), pp. 637–643.
20. Pharmacological management of persistent pain in older persons. American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. In: *J. Am. Geriatr. Soc.* 2009, vol. 57, pp. 1331–1346.
21. Abdulla A., Adams N., Bone M., et al. Guidance on the Management of Pain in Older People. In: *Age Ageing*. 2013, vol. 42, suppl. 1, pp. 1-57. Disponibil pe: doi: 10.1093/ageing/afs200
22. O'Neil C.K., Hanlon J.T., Marcum Z.A. Adverse Effects of Analgesics Commonly Used by Older Adults With Osteoarthritis: Focus on Non-Opioid and Opioid Analgesics. In: *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* 2012, vol. 10(6), pp. 331-342. Disponibil pe: doi:10.1016/j.amjopharm.2012.09.004
23. Trelle S., Reichenbach S., Wandel S., et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis; In: *BMJ*. 2011, vol. 342. Disponibil pe: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c7086>
24. Galicia-Castillo M., Weiner D. *Treatment of persistent pain in older adults, Literature review current through UpToDate 2020*. Disponibil pe: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-persistent-pain-in-older-adults>
25. Solomon D.H., Rassen J.A., Glynn R.J., et al. The comparative safety of opioids for nonmalignant pain in older adults. In: *Arch. Intern. Med.* 2010, vol. 170(22), pp. 1979-1986.
26. Snedecor S.J., Sudharshan L., Cappelleri J.C., et al. Systematic review and meta-analysis of pharmacological therapies for pain associated with postherpetic neuralgia and less common neuropathic conditions. In: *Int. J. Clin. Pract.* 2014, vol. 68, pp. 900–918.
27. Cravello L., Di Santo S., Varrassi G., et al. Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review. In: *Pain Ther.* 2019, vol. 8(1), pp. 53-65. Disponibil pe: doi:10.1007/s40122-019-0111-7
28. Minerbi A., Häuser W., Fitzcharles M.-A. Medical Cannabis for Older Patients. In: *Drugs Aging*. 2018, vol. 36, pp. 39–51. Disponibil pe: doi: 10.1007/s40266-018-0616-5
29. Abuhasira R., Ron A., Sikorin I., Novack V. Medical Cannabis for Older Patients-Treatment Protocol and Initial Results. In: *J. Clin. Med.* 2019, vol. 8(11), p. 1819. Disponibil pe: doi:10.3390/jcm8111819
30. Ellis J.M., Wells Y., Ong J.S.M. Non-pharmacological approaches to pain management in residential aged care: a pre-post-test study. In: *Clin. Gerontol.* 2017, pp. 1–11.
31. Niknejad B., Bolier R., Henderson C.R. Jr., et al. Association Between Psychological Interventions and Chronic Pain Outcomes in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA Intern. Med.* 2018, vol. 178(6), pp. 830-839. Disponibil pe: doi:10.1001/jamainternmed.2018.0756.
32. Siddiqui M.J., Min C.S., Verma R.K., Jamshed S.Q. Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review. In: *Pharmacogn. Rev.* 2014, vol. 8(16), pp. 81-87. Disponibil pe: doi:10.4103/0973-7847.134230
33. Dansie E.J., Turk D.C. Assessment of patients with chronic pain. In: *Br. J. Anaesth.* 2013, vol. 111, pp. 19-25.
34. Richardson J.E., Reid M.C. The promises and pitfalls of leveraging mobile health technology for pain care. In: *Pain Med.* 2013, vol. 14, pp. 1621-1626.
35. Guillory J., Chang P., Henderson C.R., et al. Piloting a text message-based social support intervention for patients with chronic pain: establishing feasibility and preliminary efficacy. In: *Clin. J. Pain.* 2015, pp. 548-556.

Svetlana Pleșca, dr. șt. med.,
conferențiar universitar,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel.: 069168244,
e-mail: splesca@mail.ru