



Parandalimi i dhimbjes kronike post kirurgjike

Hyrje

Dhimbja kronike që ndodh pas një procedure kirurgjike ka marrë vëmendje të veçantë që nga përshkrimi i saj i parë nga Macrae para më shumë se 20 vjet më parë [19]. Pothuajse 40 milion njerëz i nënshtrohen operacionit çdo vit. Midis tyre, një pacient nga 10 pacientë do të zhvillojë dhimbje kronike post-kirurgjike (DHKPK), dhe një pacient nga 100 do të vuajë DHKPK të rëndë e cila do të ndikojë negativisht në cilësinë e jetës së tij/të saj. Në 35-57% të pacientëve që durojnë DHKPK, është i pranishëm një komponent neuropatik [20] i cili e rritë ashpërsinë e dhimbjes dhe e përkeqëson cilësinë e jetës [1]. Raportet nga "shërbimet e dhimbjes transitore" të zhvilluara së fundmi i mbështesin këto gjetje [2].

Kalimi nga dhimbja akute në kronike është një proces kompleks, që përfshin mekanizma të shumëfishtë në nivele të ndryshme [3]. Njohuritë aktuale na sugjerojnë mekanizma në lidhje me ndjeshmerinë në periferinë (në vendin e traumës së indeve) dhe sensibilizimin qendror (spinal dhe supraspinal) [4]. Për shkak se intensiteti dhe kohëzgjatja e dhimbjes akute pas operacionit shpesh është gjetur si një faktor kryesor rreziku i DHKPK, vëmendja shpesh është përqendruar në kontrollin e dhimbjes akute pas operacionit, si strategji parandaluese [5].

Parandalimi i dhimbjes kronike post kirurgjike

Kirurgjia përbën një nga shkaqet kryesore të dhimbjes kronike, meqenëse shpesh është planifikuar dhe është i parashikueshëm, kjo e bën më të lehtë zbatimin e strategjive parandaluese. Sidoqoftë, shumica e studimeve kanë hetuar përdorimin e barnave (ose teknikave regionale të anestezisë) vetëm në periudhën e menjëhershme perioperative ose pak para operacionit. Nga këto të dhëna, ekzistojnë vetëm të dhëna të kufizuara që tregojnë se çdo agjent perioperativ mund të zvogëlojë vazhdimisht rrezikun e DHKPK [6]. Një aspekt tjetër kritik është një qasje jo-përzgjedhëse parandaluese duke trajtuar të gjithë pacientët në mënyrë të ngjashme; parandalimi i klasifikuar në vetëm ata pacientë që janë në rrezik të lartë për kronicitet mund të

rrisin suksesin parandalues. Për shkak se vlerësimi i rrezikut së paku pjesërisht është i mundur, studime të tilla duhet të kryhen në të ardhmen.

Shiqar nga aspekti mekanik, antagonistët e receptorit N-Metil-D-Aspartate (NMDA) luajnë një rol kryesor në ndryshimet plastike qendrore dhe në potencialin spinal/kortikal duke kontribuar në dhimbjen kronike. Ata gjithashtu e modulojnë inflamacionin. Ketamina intravenoze perioperativ e zvogëlon konsumin analgjezik pas operacionit dhe intensitetin e dhimbjes. Deri më tani, ketamina perioperative është identifikuar si një nga ndërhyrjet që sjell përfitim të mundshëm në parandalimin, veçanërisht tek rastet e procedurave mjaft të dhimbshme, p.sh. ne kirurgjine ortopedike [7] dhe pacientë me dhimbje para operacionit dhe konsum të opioideve [8,9]. Një hulumtim i madh i kontrolluar dhe i randomizuar (i quajtur "Gjykimi ROCKeT") aktualisht është duke vazhduar për të vlerësuar këto gjetje [10]. Efekti parandalues i metadonit, një opioid me veti unike përfshirë antagonizmin e receptorit NMDA, i cili nëse administrohet intraoperativ zvogëlon dhimbjen pas operacionit deri në 30 ditë, studim i bërë aktualisht [11].

Gabapentinoidet e dhëna gjatë periudhës perioperative, përfshirë pregabalinin dhe gabapentinën, kanë një efekt të butë në dhimbjen pas operacionit, por zvogëlojnë kërkesat e opioidit. Gabapentinoidet nuk duket se parandalojnë zhvillimin e DHPKP [12] por mund të ndikojnë në incidencën e DHPKP me një përbërës neuropatik [12]. Lidokaina intravenoze mund të përdoret, d.m.th. si një alternative për analgjezinë epidurale, për të zvogëluar dhimbjen pas operacionit dhe për të përmirësuar shërimin, por efektet në dhimbjen akute janë të kufizuara [13]. Një meta-analizë e fundit mbështet përdorimin e infuzionit perioperativ me lidokainë për të zvogëluar zhvillimin e DHPKP në 3 muaj pas operacionit, dhe veçanërisht pas operacionit të kancerit të gjirit [14]. Sa i përket rrugëve të tjera të administrimit lokal të anestezisë, anestezia epidurale mund të zvogëlojë DHPKP pas torakotomisë dhe teknikave regjionle pas operacionit të kancerit të gjirit; infiltrimi i vazhdueshëm i plagës gjithashtu mund të ulë DHPKP pas lindjes cezariene dhe kreshtës iliake tek transplatimi kockorë [15, 22]. Shumë pak studime janë botuar deri më tani me klonidin, dexmedetomidine, nefopam ose barna të tjerë antihyperalgezik.

Definitivisht, është debatuar për përfitimin e barnave antidepresive për parandalimin e dhimbjeve akute dhe kronike post-kirurgjike (DHPKP) [16]. Publikimet e fundit sugjerojnë që duloxetina e dhënë perioperativ mund të përmirësojë cilësinë e shërimit dhe të zvogëlojë zhvillimin e dhimbjes kronike post-kirurgjike tek pacientët që paraqesin gjendje të sensibilizuar qendrore para operacionit [17].

Ajo që është kryesisht e papërcaktuar është doza dhe kohëzgjatja e trajtimit të kërkuar për pothuajse çdo mundësi trajtimi. Duhet të merret në konsideratë një ekuilibër midis efikasitetit dhe sigurisë si dhe përshtatja e rrezikut për pacientët duhet të bëhet në mënyrë të zakonshme. Të gjitha barnat e diskutuara këtu janë jashtë etikete për përdorimin perioperativ. Kështu që pacientët duhet të informohen dhe duhet të pajtohen.

Barnat dhe teknikat regjionale të analgjesisë nuk janë zgjidhja e vetme për parandalimin e kronicitetit. Në fakt, është shumë e rëndësishme të kuptohet që kroniciteti i dhimbjes është një proces biopsikosocial që kërkon një qasje multidisiplinare. Për dhimbjet kronike pas operacionit, kontributi i saktë i secilit aspekt dhe strategjive ndërhyrëse bio-psiko-sociale që kërkohen për t'i parandaluar ato duhet të dëshmojnë në të ardhmen.

Përfundim

Parandalimi i dhimbjes, si dhimbje e fortë akute, ashtu edhe zhvillimi i dhimbjes kronike post-kirurgjike (DHKPK), mbetet një fushë me nevojë të paplotësuar klinike. Disa arsye kryesore për dështimin e strategjive parandaluese janë të njohura tashmë si mungesa e individualizimit të trajtimit [7,17] si dhe kohëzgjatja e aplikimit të trajtimit parandalues [17]. Për më tepër, marrja kronike e opioideve pas operacionit që mund të kontribuojnë në persistimin e dhimbjes, kërkon shqyrtime të mëtejshme. Gjetjet e lartpërmendura e vënë në dyshim lidhjen midis kontrollit akut të dhimbjes dhe zhvillimit të dhimbjes kronike post-kirurgjike (DHKPK). Ata gjithashtu mbështesin nevojën për klasifikim të pacientëve dhe argumentojnë për një ndjekje të ngushtë të pacientëve të synuar që të mbështesin rolin e shërbimeve të dhimbjes transitore [18]. Një hap i rëndësishëm është bërë nga përfshirja e dhimbjes kronike, pavarësisht nga origjina e saj, në Klasifikimin tjetër Ndërkombëtar të Sëmundjeve (ICD-11) [1]. Shpresojmë, që do të rrisë shikueshmërinë e dhimbjes kronike post-kirurgjike (DHKPK) dhe do të promovojë studime në terren, si dhe zhvillimin e strategjive parandaluese.

REFERENCES

1. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, et al. (2019) The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* 160: 45-52.
2. Tiippana E, Hamunen K, Heiskanen T, Nieminen T, Kalso E, et al. (2016) New approach for treatment of prolonged postoperative pain: APS Out-Patient Clinic. *Scand J Pain* 12: 19-24.
3. Glare P, Aubrey KR, Myles PS (2019) Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet* 393: 1537-1546.
4. Pogatzki-Zahn EM, Segelcke D, Schug SA (2017) Postoperative pain-from mechanisms to treatment. *Pain Rep* 2: e588.
5. Gilron I, Vandenkerkhof E, Katz J, Kehlet H, Carley M (2017) Evaluating the Association Between Acute and Chronic Pain After Surgery: Impact of Pain Measurement Methods. *Clin J Pain* 33: 588-594.
6. Steyaert A, Lavand'homme P (2018) Prevention and Treatment of Chronic Postsurgical Pain: A Narrative Review. *Drugs* 78: 339-354.
7. McNicol ED, Schumann R, Haroutounian S (2014) A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent post-surgical pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 58: 1199-1213.
8. Loftus RW, Yeager MP, Clark JA, Brown JR, Abdu WA, et al. (2010) Intraoperative ketamine reduces perioperative opiate consumption in opiate-dependent patients with chronic back pain undergoing back surgery. *Anesthesiology* 113: 639-646.
9. Nielsen RV, Fomsgaard JS, Nikolajsen L, Dahl JB, Mathiesen O (2019) Intraoperative S-ketamine for the reduction of opioid consumption and pain one year after spine surgery: A randomized clinical trial of opioid-dependent patients. *Eur J Pain* 23: 455-460.
10. Schug SA, Peyton P (2017) Does perioperative ketamine have a role in the prevention of chronic postsurgical pain: the ROCKET trial. *Br J Pain* 11: 166-168.
11. Murphy GS, Szokol JW (2019) Intraoperative Methadone in Surgical Patients: A Review of Clinical Investigations. *Anesthesiology* 131: 678-692.

12. Martinez V, Pichard X, Fletcher D (2017) Perioperative pregabalin administration does not prevent chronic postoperative pain: systematic review with a meta-analysis of randomized trials. *Pain* 158: 775-783.
13. Kranke P, Jokinen J, Pace NL, Schnabel A, Hollmann MW, et al. (2015) Continuous intravenous perioperative lidocaine infusion for postoperative pain and recovery. *Cochrane Database Syst Rev*: CD009642.
14. Bailey M, Corcoran T, Schug S, Toner A (2018) Perioperative lidocaine infusions for the prevention of chronic postsurgical pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety. *Pain* 159: 1696-1704.
15. Weinstein EJ, Levene JL, Cohen MS, Andreae DA, Chao JY, et al. (2018) Local anaesthetics and regional anaesthesia versus conventional analgesia for preventing persistent postoperative pain in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 6: CD007105.
16. Wong K, Phelan R, Kalso E, Galvin I, Goldstein D, et al. (2014) Antidepressant drugs for prevention of acute and chronic postsurgical pain: early evidence and recommended future directions. *Anesthesiology* 121: 591-608.
17. Koh JJ, Kim MS, Sohn S, Song KY, Choi NY, et al. (2019) Duloxetine Reduces Pain and Improves Quality of Recovery Following Total Knee Arthroplasty in Centrally Sensitized Patients: A Prospective, Randomized Controlled Study. *J Bone Joint Surg Am* 101: 64-73.
18. Katz J, Weinrib A, Fashler SR, Katznelson R, Shah BR, et al. (2015) The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. *J Pain Res* 8: 695-702.
19. Crombie IK, Davies HT, Macrae WA. Cut and thrust: antecedent surgery and trauma among patients attending a chronic pain clinic. *Pain*. 1998;76(1-2):167-71
20. Haroutiunian S, Nikolajsen L, Finnerup NB, Jensen TS. The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review. *Pain*. 2013 Jan;154(1):95-102.
21. Chaparro LE, Smith SA, Moore RA, Wiffen PJ, Gilron I. Pharmacotherapy for the prevention of chronic pain after surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 24;(7):CD008307.
22. Hussain N, Shastri U, McCartney CJL, Gilron I, Fillingim RB, Clarke H, Katz J, Juni P, Laupacis A, Wijeyesundera D, Abdallah FW. Should thoracic paravertebral blocks be used to prevent chronic postsurgical pain after breast cancer surgery? A systematic analysis of evidence in light of IMMPACT recommendations. *Pain*. 2018 Oct;159(10):1955-1971.

AUTOR

Professor Esther Pogatzki-Zahn,
MD, PhD Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine
University Hospital Muenster
Muenster, Germany

Professor Patricia Lavandhomme MD, PhD,
Department of Anesthesiology and Postoperative Pain Service
Cliniques Universitaires St Luc
Université Catholique de Louvain
Brussels, Belgium

RECENZENTËT

Stephan A. Schug, MD
Emeritus Professor
University of Western Australia
Perth, Western Australia, Australia
Ian Gilron, MD, MSc, FRCPC
Professor
Anesthesiology & Perioperative Medicine
Queen's University
Kingston, Ontario, Canada

Përkthimi në shqip:

Dr. Adem Bytyqi

Anesthesiologist & Intensivist, EDPM
General Hospital of Prizren, Kosovo
President of Professional Health Association in Kosovo (PHA)

Prof. Ass. Dr. Fadil U. Kryeziu

Director of Regional Centre of Public Health in Prizren, Kosovo
Vice-president of Professional Health Association in Kosovo (PHA)

Agron Bytyqi, BSc. MSc.

Coordinator of Centre for Continuing Professional Education
General Hospital of Prizren, Kosovo
Secretary of Professional Health Association in Kosovo (PHA)

