

CONSIDERAȚII PRIVIND MANAGEMENTUL DURERII ÎN STOMATOLOGIA PEDIATRICĂ

Rezumat

În acest articol, autorul, cu experiență în acest domeniu, studiază dinamica managementului clinic și terapeutic al durerii în stomatologia pediatrică, începând de la relevanța profilul general al fenomenului durere și până la studierea și invocarea datelor din literatura de specialitate.

Summary

CONSIDERATIONS REGARDING MANAGEMENT OF THE PAIN IN PEDIATRIC DENTISTRY

The author approaches the particularization in dynamics of clinical and therapeutical management of pain in pediatric dentistry, beginning from the relevance of the general profile of pain phenomenon and corroborating the dates from literature with personal experience in this field.

În accepțiunea Asociației Internaționale de studiu a durerii (I.A.S.P.), „durerea este o experiență senzorială și emoțională neplăcută determinată de o leziune tisulară reală sau potențială, sau descrierea în termeni a unei asemenea leziuni”.

Durerea „ne urmărește ca o umbră pe tot parcursul nostru existențial”, având multiple relevanțe: „model cerebral”(C. Arseni), mecanism biologic-adaptativ-protectiv, necesar și esențial supraviețuirii organismului, frică, anxietate, fobie, semn cognitiv, de avertizare și defensiv al organismului.

Prin complexitatea sa etio-patogenică, neuro-chimică și psiho-fiziopatologică, prin larga sa variabilitate clinică cu o componentă subiectivă întotdeauna prezentă și nuanțată caracterial, durerea reprezintă dincolo de aparențele unei senzații un fenomen patologic complex, cu multiple implicații sistemice, mai ales atunci când, din simptom, durerea devine entitate clinică – boală, ceea ce justifică includerea Dreptului de a nu suferi în Declarația Universală a Drepturilor Omului (“Don’t suffer in silence” – European Federation of IASP – Brussels, 2001).

În domeniul stomatologiei pediatrică, durerea reprezintă motivația unui dualism atitudinal comportamental distresogen al copilului (G.Z. Wright, A. Maxim și colab.):

- pe de o parte solicitarea, încă frecventă, în urgență a consultației și tratamentului de specialitate;
- pe de altă parte, evitarea, amânarea, respingerea – rejetarea acestora de către copil.

Durerea, mai ales în stomatologia pediatrică, se asociază atât cu afecțiunea orodentară, cât și cu tratamentul stomatologic instituit. Uneori, după cum menționează Anna L. Hallonsten și colab., provocăm mai multă durere decât este necesar și etichetăm eronat micul pacient ca fiind „necooperant”, iar „puiul de om” experimentează împotriva voinței sale durerea și învață deja semnificația cuvântului „durere”(memoria durerii).

Dificultatea de evaluare, interpretare și control a durerii copilului se datorează și particularizării subiective psiho-emoționale a copilului, mai ales în prima și a doua copilărie (prin imaturitatea neurologică și preponderența sistemului limbic), ceea ce generează o credibilitate îndoielnică a practicianului mai puțin abilitat față de suferința și disponibilitățile copilului.

Pe de altă parte, copilul, fiind abia o existență în devenire („un être en devenir” - J. Piaget), nu are capacitatea de disimulare emoțional-comportamentală a adultului; el se comportă, vorbește și gândește așa cum este, fără a putea fi încadrat în nicio schemă (Gröeschel).

Prof. Univ. Dr.
Adam A. Maxim
UMF „Gr. T. Popa” Iași
Facultatea de Medicină
Dentară
Catedra de Pedodontie-
Ortodonție și ortopedie
dento-facială

Altfel spus, durerea reprezintă unul din comportamentele umane în care personalitatea subiectului, implicit structurarea acestuia se deosebește și de devine frecvent rapid transparentă (C. Neamțu, 2001). Sugestiv în acest sens și cu efectivitate evaluativă practică este modelul comportamental al durerii sugerat de Fordyce în 1980, model care implică 4 registre:

- nocicepția – răspunsuri ale sistemului nervos la impulsuri aversive;
- durerea – percepția conștientă a aferențelor nervoase;
- suferința – răspunsuri emoționale negative la nocicepție și durere;
- comportamentul la durere – comunicări verbale și nonverbale (gesturi, expresii, atitudini, etc.) ce evocă trăirea unei experiențe.

În consecință, copiii necesită un control mai mic al durerii? Sau ei au nevoie de un control mai mare al durerii?!...

„Durerea este vârful icebergului reprezentat de boala în sine...”

Dinamica semantică și semiologică a durerii la copil

Ca reprezentare, durerea simbolizează pentru copil, mai ales în context stomatologic, un atac, o leziune, o amenințare (Wepman).

Copilul are capacitatea de a experimenta durerea la fel ca și adultul (Anna L. Hallonsten și colab.), doar că sub aspect calitativ – în dinamică, comportamentele durerii (sensorio-discriminativă, afectivă, cognitivă) se etalează etapizat de la preponderența inițială a componentei emoțional-afective, la maxima expresivitate a componentelor perceptivă și cognitiv-evaluative, în strânsă interrelație cu o complexitate de factori modulatori ai reprezentării și expresivității algice, noncontextuali și contextuali. Astfel, la sfârșitul trimestrului II de sarcină, fătul are capacități anatomice și neuro-chimice de a simți disconfortul, iar nou-născutul anticipează durerea și plânge pentru a o evita; sugarul simte durerea, dar nu o percepe și se exteriorizează prin plâns, strigăte, mimică; copilul mic asociază (ca element specific) durerea cu erupția dinților.

Treptat, corelativ cu evoluția psiho-mentală și somatică, copilul percepe durerea, iar pe măsură ce acesta „se trezește”, durerea este conștientizată, se organizează și se obiectivează prin dezvoltarea sistemului II de semnalizare – ca expresie a maturării corticale (Monnod, Preyier, citat de Maxim, 2002).

Prin dezvoltarea memoriei și imaginației, sub influența factorilor modulatori, durerea poate fi reprezentată, apoi personalizată și descrisă calitativ, cu o anumită expresivitate facială individualizată în funcție de dinamica structurală a personalității copilului, cât și prin trăsături comune tuturor copiilor: lacrimi, transpirație, tremurături, contracții ale mușchilor

frontali, sprâncenari, mirtiformi și triunghiulari ai buzelor (expresia de „înălțare a feței” – Debesse, citat de Maxim, 2002).

Factorii modulatori ai fenomenului algogen se pot implica:

- noncontextual – prin parametrii: sex, vârstă crono-biologică, context sistemic, vârsta psiho-ontogenă, experiențe anterioare pozitive sau negative, directe sau indirecte (R.E.C.), factorul etnic, modelul cultural familial și comunitar;
- contextual (factori situaționali – așteptări prelungite - „angor temporis”, control, relevanță; factori comportamentali – capacitatea de a face față distressului iminent și atitudinii parentale; factori emoționali – frustrare, frică, anxietate, furie, fobie).

Interrelația durere – distress - frică, anxietate în stomatologia pediatrică

„Spaima este un sentiment care te îmbolnăvește pe jumătate, care atacă atât de violent mașina omenească încât facultățile acesteia sunt dintr-o dată împinse, fie la cel mai înalt grad al forței lor, fie la ultimul grad al destrămării.”

H. de Balzac

Durerea, implicit în domeniul nostru de referință, este condiționată preponderent de prezența stimulului algogen somato-visceral, respectiv odonto-periodontal, cu variabile inflexiuni psihogene.

După cum precizează P. Milgroom, prin activarea substanței reticulate, durerea declanșează apariția distressului somato-psihiac, care în contextualitatea factorilor modulatori menționați, generează o reacție emoțională variabilă de frică (Malrien).

Frica favorizează eliberarea și activarea de β -endorfine, di-morfine și encefaline, prin implicarea glandei pituitare, cu efect analgezic temporar („analgezie de distress”), ca fenomen de apărare adaptativă față de agresiunea nociceptivă. Se realizează astfel un „control inhibitor de poartă” (gate-control) medular și trigeminal, ceea ce explică dispariția subită a durerii în sala de așteptare sau în momentul escaladării fotoliului stomatologic (I. Hăulică, O.C. Mungiu, C.D. Ionescu, A. Maxim).

Prin continuarea acțiunii distressogene se eliberează naloxonul, cu efect antagonic, astfel încât, după părăsirea fotoliului stomatologic, durerea re apare și se intensifică (A. Maxim).

Pragul dureros la copil, mai scăzut în raport cu cel al adultului, coboară și mai mult contextual și noncontextual prin: anticiparea tratamentului stomatologic prezumtiv de către micul pacient cu rezonanțe defavorabile la copilul dominat de experiențe anterioare directe sau indirecte negative.

Starea emoțională în sine generează o frică adițională întreținută și exacerbată de: starea emoțională negativă, mai ales a mamei, starea generală de teamă

a copilului, frustrarea acestuia cu fixarea atenției pe efectul distresogen și stimuli ai fricii. Ca un corolar negativ, durerea amplifică frica adițională și fixarea psihică a durerii („residual pain”).

Aspectele menționate se pot prefigura în potențiali factori de risc privind demodularea comportamentală a viitorului adolescent sau adult versus contactul stomatologic, până la „rejet total”.

Nu trebuie eludat specificul algogen fizio-patologic și clinic algogen al patologiei odono-periodontale a dinților temporari și permanenți tineri, „aparent” nealarmant și nesemnificativ, dar cu impact defavorabil real pe termen lung.

Particularizarea managementului durerii în stomatologia pediatrică

*„Este important ceea ce ți se întâmplă, dar mai important este cum reacționezi la ceea ce se întâmplă cu tine.”
H. Selye*

În accepțiunea lui Loesser, „orice abordare a durerii în scop diagnostic și terapeutic”, mai ales când ne referim la copil (Maxim), trebuie să se bazeze pe cunoașterea punctuală a cel puțin patru elemente de referință ale fenomenului algogen:

- nociceptivitate
- durere
- suferința dureroasă
- reacția și comportamentul diferențiat contextual față de durere.

Prin prisma acestor considerații, managementul durerii în practica stomatologică pediatrică poate fi astfel secvențializat:

- identificarea:
 - etapelor de vârstă ale copilului (crono-biologică și psiho-ontogenă)
 - contextului sistemic psiho-somatic al acestuia
 - modelului cultural și socio-economic familial și comunitar;
- evaluarea corectă a caracterului și intensității durerii;
- particularizarea emoțional-comportamentală a copilului (temător, nesigur, netemător) și acordarea de credibilitate acestuia;
- particularizarea bio-etică proactivă a managementului comportamental și terapeutic în funcție de categoria de risc în care se regăsește copilul (normal sau cu nevoi speciale);
- obținerea consimțământului în cunoștință de cauză mandatat, informat și semnat.

Prin managementul comportamental vom avea în vedere: calitatea efectivă a comunicării cu copilul, modelarea sa comportamentală, prevenirea și controlul durerii, distresului și a reacțiilor emoționale de frică și anxietate dentară. Contextual se pot folosi metodele:

- nefarmacologice : comportamentale (tehnicile Tell-Show-Do – TSD, HOM, HOMAR, ș.a.),

desensitizarea, audio-analgezia, sugestia și autosugestia conștientă, hipnoza;

sau/și:

- farmacologice: sedarea, analgezia locală și tronculară periferică, analgezia generală relativă, anestezia generală.

Prin managementul terapeutic propriu-zis vom avea în vedere: controlul riguros al durerii în sensul prevenirii instalării tractului dureros, eliminării cauzei algogene, blocarea transmiterii impulsului dureros, ridicarea pragului de reacție la durere și tratamentul de reechilibrare morfo-funcțională impus de specificitatea cazului clinic.

Demersul educațional și auto-educațional va preceda, însoți și succeda întotdeauna managementul stomatologic al copilului.

Concluzii

Copilul, ca și adultul, are capacitatea de a experimenta durerea, frica și anxietatea dentară. Prin „memoria durerii”, prin particularizarea sa psiho-emoțională (frică, anxietate dentară), durerea poate genera implicații majore de demodulare comportamentală a viitorului adolescent sau adult tânăr, cu impact asupra calității vieții acestuia.

În consecință copilul nu trebuie să experimenteze durerea în timpul procedurilor stomatologice și să i se acorde credibilitate față de suferința sa algogenă.

Parafrazându-l pe Bowen:

„Durerea...

Este ca marea, te susține,

Te acoperă, te învăluie...

Ca peștii în apă, înoți în durere.

Durerea este ceva viu și cumplit

Înăuntrul ființei tale

Ceva care stă să pocnească

Și se luptă să iasă

Ceva care te rupe-n bucăți

Încât te prăbușești urlând într-un Hău...

Din care ești readus la viață

Ca să aștepți din nou ... Durerea.”

Bibliografie

1. Adams C., Hillman H. et al. Psychology Behavior. Pediatric Dentistry 1995, 17, 2.
2. Arseni C., Oprescu I. Durerea. Ed. Did. și Ped., București 1982, 13-22, 25-53, 189-199.
3. Barsby M.J. The use of hypnosis of gagging and intolerance to dentures. British Dental Journal 1994; 176(3): 97-102.
4. Godoroja P., Spinei A., Spinei I. Stomatologie terapeutică pediatrică. C.E.P. Medicina, Chișinău 2003, 45-50.
5. Maxim A., Pășăreanu M., Nica M. Stomatologie comportamentală pediatrică. Ed. Contact Internațional, Iași 1998, 17-18; 61-195.
6. Maxim A. Durerea în stomatologie. Tratat de algeziologie, sub redacția O.C. Mungiu, Ed. Polirom, Iași 2002, 984-1003.
7. Mc Donald R.E., Avery S.R. Dentistry for the child and adolescent. 5th ed., Mosby Inc. 2000, 34-51, 283-324, 413-542.
8. Neamțu C., Neamțu A. Bazele neurofiziologice ale durerii. Ed. Venus, Iași, 2001, 10-31, 33-61.
9. Wellbury R.P. Paediatric Dentistry. Oxford Medical Publications 1997, 53-92.
10. Wright G.Z. Child Management in Dentistry. Dental Handbook, Oxford OX28EJ, PLC, 1991, 127-135, 148-174, 185-224.