

30. Осипова В.В. Качество жизни при мигрени: роль коморбидных нарушений. Боль 2005; 1: 45-46.
31. Осипова В.В. Мигрень: клинико-психологический анализ, качество жизни, коморбидность, терапевтические подходы: Дис. ... д-ра мед. наук. М 2003.
32. Осипова В.В, Вознесенская Т.Г. Коморбидность мигрени: обзор литературы и подходы к изучению. Журнал Неврологии и Психиатрии Корсакова 2007;107:3:64-73.
33. Ротштейн В.Г. и др. Эпидемиология депрессий. Депрессии и коморбидные расстройства. М: РАМН НЦПЗ 1997; 138-164.

FACTORII DE RISC PENTRU CRONICIZAREA CEFALEEI: ABUZUL MEDICAMENTOS ȘI FOBIA MEDICAMENTOASĂ

Angela Jelihovschi¹, Stela Odobescu², Ion Moldovanu^{1,2}

(Conducător științific – Moldovanu Ion, d.h.ș.m., prof. univ.)

¹Catedra de Neurologie USMF „N. Testemițanu”

²Institutul de Neurologie și Neurochirurgie din RM

Summary

Risk factors for headache chronification: medication overuse and drug phobia

Together with medication overuse drug phobia could play a role in headache chronification. Several factors as age, female gender, obesity, medication overuse, anxiety and depression have been described in the literature as risk factors for headache chronification. The aim of the study was to elucidate the potential risk factors for headache chronification and to analyze the clinical features of medication overuse and phobia in chronic migraine patients. Some clinical features as young age, earlier disease onset, shorter disease duration and higher pain tolerance could help to differentiate chronic migraine patients with drug phobia from chronic migraine with medication overuse.

Keywords: chronic migraine, medication overuse, drug phobia, pain tolerance, risk factors for migraine chronification.

Rezumat

Alături de abuzul medicamentos, fobia medicamentoasă la fel ar putea juca un rol major în cronicizarea cefaleei. Scopul acestui studiu a fost de a elucidă potențialii factori de risc pentru cronicizarea cefaleei, cât și depistarea și analiza particularităților clinice ale abuzului și fobiei medicamentoase la pacienții cu migrenă cronică (MC). Au fost depistați o serie de factori potențiali care ar putea duce la cronicizare printre care: vârsta, sexul feminin, obezitatea, abuzul medicamentos, anxietatea și depresia. La fel au fost evidențiate o serie de particularități care ar putea diferenția pacienții cu MC cu fobie medicamentoasă de cei cu MC cu abuz medicamentos: vârsta mai tânără, debut mai precoce, durata mai mică a maladiei și toleranța înaltă la durere.

Cuvinte- cheie: migrenă cronică, abuz medicamentos, fobie medicamentoasă, toleranța la durere, factori de risc pentru cronicizarea cefaleelor.

Actualitatea temei

Cefaleea este una din cele mai frecvente acuze prezentate medicului de către pacienți. Circa 85% din populația Europei și 90% din cea a SUA suferă periodic de cefalee. În marea majoritate a cazurilor cefaleele sunt primare, adică fără modificări organice și doar în 8-10% cazuri cauza durerilor de cap este o maladie severă a creierului (tumoră, traumatism cranio-cerebral, ictus cerebral, neuroinfecții, etc.) [12].

Studii epidemiologice au documentat prevalența înaltă și impactul social și personal important al cefaleelor. Din cei 30 de mln. de americani care suferă de migrenă, aproximativ 6-8

mln., ceea ce reprezintă în jur de 4% din populația generală, relatează că migrena lor a devenit cronică în decurs de un an [8]. Conform datelor lui Katsarava și col., 14% dintre pacienții cu migrenă episodică a unui centru specializat de cefalee se cronicizează în cursul unui an de supraveghere [3]. Prevalența cefaleei cronice este mai înaltă la femei decât la bărbați chiar și după vârsta medie a menopauzei cu rata de 2:1 [9].

Cefaleea devenind mai frecventă (în cursul unor luni sau ani), poate scădea din intensitate (astfel durerea poate deveni ușoară sau moderată), iar simptomele asociate de fotofobie, fonofobie și greață devin mai puțin severe și mai puțin frecvente în comparație cu accesele de migrenă tipică. Această migrenă transformată, însă, nu-și pierde așa trăsături ca unilateralitatea, simptomele de greață/vomă, agravare la menstruație, cât și la alți factori triggeri [5].

În timp ce sunt multe incertitudini referitoare la mecanismele biologice care condiționează „cronicizarea” cefaleelor, datele epidemiologice au furnizat informații importante despre factorii modificabili și nemodificabili, care influențează riscul progresiei cefaleelor.

Numeroase studii epidemiologice au identificat o serie de factori frecvenți care contribuie la cronicizarea cefaleei, dintre ei cel mai des relațiat sunt: abuzul medicamentos, obezitatea, anxietatea/depresia, durerea comorbidă și creșterea frecvenței cefaleelor [8].

Abuzul medicamentos este definit atunci, când un pacient care suferă de cefalee are mai mult sau egal de 15 zile cu cefalee în lună în asociere cu abuz medicamentos pentru 3 luni sau mai mult cu scopul de a trata durerea cefalică, cu includerea triptanilor, analgezicelor, opioizilor și combinațiilor de medicamente. Cefaleea trebuie să se remită sau să ajungă la paternul ei inițial episodic în cursul a 2 luni de la stoparea administrării medicamentului abuzat.

Abuzul medicamentos este unul din factorii cel mai des relațiat în ultima perioadă în calitate de factori, care contribuie la cronicizarea cefaleei. Cefaleea ca rezultat al abuzului medicamentos a devenit al III-lea cel mai frecvent tip de cefalee cronică după migrena cronică și cefaleea de tip tensional cronică [7].

Conform datelor epidemiologice recente, prevalența cefaleei de abuz medicamentos este estimată la 1-1,14%, ea afectează în special femeile în jurul vârstei de 50 de ani. La această vârstă ea se întâlnește chiar la 5% dintre femei [7].

Abuzul medicamentos survine la 80% din pacienții cu migrenă cronică din centrele specializate de cefalee și la aproape 1/3 dintre pacienții cu migrenă cronică din populația generală [5]. În același timp este cunoscută rata medie a pacienților cu cefalee cronică care fac abuz medicamentos – 30% [10].

În pofida faptului că până în momentul de față unele aspecte ale abuzului medicamentos la pacienții cu cefalee cronică rămân încă necunoscute, acest fenomen este perceput de întreaga comunitate a neurologilor ca o problemă importantă a medicinei contemporane.

O problemă mai puțin discutată, dar care se întâlnește destul de des, în special în țările cu un nivel socio-economic mai jos, este problema cronicizării cefaleei la pacienții care nu fac abuz medicamentos, ba chiar manifestă o fobie destul de pronunțată față de medicamente și efectele lor asupra sănătății, aceasta este așa numita „cefalee cronică condiționată de abuz de toleranță la durere”. Aceasta este o viziune nouă, care a fost relatată într-o publicație recentă de I. Moldovanu [4].

Obiectivele studiului au constat în constituirea și validarea chestionarelor de abuz și fobie medicamentoasă și utilizarea lor pentru depistarea și studierea factorilor de cronicizare ai cefaleelor, cât și în evaluarea particularităților clinice ale abuzului și fobiei medicamentoase la pacienții cu cefalee cronică. La fel a fost determinat și gradul de dependență medicamentoasă la pacienții loturilor studiate.

Scopul prezentei lucrări a fost evaluarea unor așa factori de risc pentru cronicizarea cefaleei, cum este abuzul medicamentos și fobia medicamentoasă.

Materiale și metode

Studiul a inclus examinarea a 50 de pacienți, dintre care 28 pacienți cu migrenă cronică cu abuz medicamentos (MC+AM), vârsta medie constituind $40,29 \pm 13,38$ ani și 22 pacienți cu migrenă cronică fără abuz medicamentos (MC fără AM), vârsta medie fiind $37,82 \pm 17,75$ ani.

Pentru a realiza scopul și obiectivele studiului a fost elaborat un chestionar structurat de cercetare și evaluare a factorilor, care duc la cronicizarea cefaleelor. Toți pacienții cu migrenă cronică au fost diagnosticați în baza criteriilor de diagnostic stipulate în Clasificarea Internațională a Tulburărilor Cefalalgice, ediția a II-a (2004). În același timp pacienții au fost studiați din punct de vedere psihometric cu utilizarea testului de depresie Beck și chestionarului de apreciere a nivelului de anxietate Spilberger. Pentru determinarea dependenței medicamentoase au fost folosite chestionarele Medication Dependence Questionnaire și Leeds Dependence Questionnaire.

Pentru evaluarea statistică au fost elaborate fișe speciale, unde erau incluse datele examenului clinic și rezultatele testelor suplimentare. Datele obținute au fost introduse în fișierul Microsoft Excell și au fost evaluate computerizat prin metode standard de analiză statistică variațională, incluse în programul de analiză statistică StatsDirect. Pentru calcularea diferențelor statistic semnificative dintre valorile medii ale două grupe s-a utilizat metoda Mann-Whitney.

Rezultate și discuții

În rezultatul analizei loturilor de pacienți s-au depistat și analizat manifestările clinice la pacienții cu migrenă cronică asociată cu abuz medicamentos și fobie medicamentoasă. S-a efectuat cercetarea similitudinilor și diferențelor la pacienții din aceste două grupuri.

Pacienții loturilor cercetate au avut o vârstă medie de $40,29 \pm 13,38$ de ani pentru pacienții cu MC+AM și $37,82 \pm 17,75$ de ani pentru pacienții cu MC fără AM.

Grupele de pacienți nu s-au distins statistic semnificativ după criteriul vârstei de debut a bolii, aceasta fiind de $25,50 \pm 11,31$ ani pentru grupul MC+AM și $24,09 \pm 14,99$ ani pentru grupul MC fără AM.

Conform indicilor de educație al celor intervievați a devenit vizibil faptul că la pacienții cu abuz predomină un nivel superior de educație $17(60,71\%)$, iar la pacienții cu fobie medicamentoasă predomină pacienții cu studii profesionale $14(63,63\%)$, deosebindu-se și statistic semnificativ ($p < 0,05$).

Comorbiditatea algică s-a înregistrat la un număr statistic semnificativ mai mare de pacienți cu MC+AM în comparație acei pacienți care nu fac abuz ($53,57\%$ vs $27,27\%$) ($p < 0,05$).

Conform unui studiu efectuat în Clinica de Neurologie a Academiei Medicale „I.M.Secenov” din Moscova, s-a constatat că printre factorii declanșatori ai durerilor de cap bolnavii au recunoscut în primul rând stresul ($46,7\%$), schimbările meteorologice ($43,3\%$), alcoolul și unele produse alimentare ($16,7\%$), oboseala ($6,7\%$) și mirosurile puternice ($6,7\%$). Aceste date vin în corelație cu rezultatele noastre, care au determinat că foamea $40(80\%)$, stresul $34(68\%)$, schimbările meteorologice $34(68\%)$ și oboseala $32(64\%)$ sunt cei mai frecvenți factori de provocare ai acceselor migrenoase.

Cercetarea fenomenelor asociate migrenei la pacienții din studiul nostru a permis de a scoate în evidență că atacul migrenos cel mai frecvent este însoțit de fonofobie $44(88\%)$, fotofobie $42(84\%)$, greața $40(80\%)$ și osmofobie $12(24\%)$. După alte date (H. B. Латышева și E. Г. Филатова, 2008), fotofobia în timpul accesului migrenos este prezentă în 42% cazuri, osmofobia – la 27% din migrenoși, iar greața – la 24% .

Tipul durerii de cap a fost preponderent pulsatil $20(71,42\%)$ la pacienții cu MC asociată cu abuz medicamentos, iar la pacienții cu MC fără abuz - era atât pulsatil $8(36,36\%)$, cât și de alte tipuri $14(63,63\%)$.

Studiind severitatea cefaleei, am constatat că la cei mai mulți dintre pacienți cefaleea era de o intensitate medie, ceea ce este în corespundere deplină cu datele literaturii (H. B. Латышева

și E. Г. Филатова, 2008), care spun că odată cu cronicizarea cefaleei, intensitatea durerii de cap scade, fiind medie sau ușoară.

La pacienții cu MC cercetați s-a constatat că 56% fac abuz medicamentos, însă conform publicațiilor internaționale se constată că, în medie, 80% din pacienții cu migrenă cronică abuzează medicamente simptomatice [1]. Frecvența cefaleelor poate să crească dacă se face abuz de medicamente. Stoparea abuzului de medicamente duce frecvent la ameliorarea stării pacienților, deși uneori e nevoie de câteva luni pentru ca acest lucru să fie vădit. În studiile populaționale, aproape 1/3 din pacienții cu migrenă cronică fac abuz de medicamente [11]. Conform datelor literaturii (Н. В. Латышева și E. Г. Филатова, 2008), 90% din pacienți fac abuz de mai multe tipuri de medicamente. În studiul nostru am constatat că 82,14% din pacienții din lotul cu abuz abuzează mai multe tipuri de medicamente concomitent.

Medicamentele cele mai des folosite de către pacienții cu MC cu abuz sunt analgezicele combinate (citramon, baralgin, tempalgin) (46,42%), după care urmează analgezicele simple (analgin, paracetamol, aspirin, nimesulid, ibuprofen) (28,57%), ergotaminele (nomigren) (14,28%), analgezicele opioide (tramadol) (7,14%). Frecvența utilizării acestora era de >15 zile/lună pentru analgezice și de >10 zile/lună pentru celelalte, ceea ce corespunde criteriilor Clasificării Tulburărilor Cefalgice (ediția II-a, 2004) pentru definirea prezenței abuzului medicamentos, excepție făcând triptanii, care se administrează rar în RM din motivul costului înalt [2].

Pacienții cu MC asociată cu fobie medicamentoasă foloseau și ei, în situații mult mai rare, medicamente, doar în cazurile când cefaleea avea o intensitate mare sau foarte mare, însă frecvența folosirii acestora era foarte mică, ei preferă să tolereze sau să diminueze durerea, folosind alte metode, ca de exemplu somnul.

Studiile populaționale relatează o legătură forte strânsă între pacienții care fac abuz și medicamentele abuzate. Recent s-a constatat faptul că 2/3 din acești pacienți sunt dependenți de tratamentul acut al durerii de cap conform criteriilor Manualului de Diagnostic și Statistică a Patologiilor Mentale (DSM-IV) [6].

Chestionarele folosite în acest studiu pentru măsurarea dependenței medicamentoase (Medication Dependence Questionnaire) arată convingător faptul că, dependența este statistic semnificativ mai mare la pacienții cu MC cu abuz (35,71±12,7 puncte) în comparație cu cei cu MC fără abuz (14,27±5,27 puncte) ($p<0,05$) din totalul de 63 de puncte acumulate.

La fel de impunătoare sunt și datele obținute de Leeds Dependence Questionnaire referitoare la dependența medicamentoasă: dependența este statistic semnificativ mai mare la pacienții cu MC cu abuz (20,5±5,2 puncte) în comparație cu pacienții cu MC fără abuz (9,82±1,21 puncte) ($p<0,05$) din numărul total de 30 de puncte acumulate.

Pentru a studia motivele care l-ar putea face pe pacient să evite medicamentele pentru tratarea durerii de cap, am folosit chestionarul propus de prof. I. Moldovanu [4]. Am constatat că pacienții cu MC fără abuz au relatat mult mai des, că dificultățile financiare ar putea fi un motiv pentru a nu procura medicamente contra durerii, la fel și fobia medicamentoasă este mult mai mare la ei (19% vs 81%) ($p<0,001$). Opinia că medicamentele ar putea fi dăunătoare pentru sănătate la fel este mult mai frecvent întâlnită în lotul pacienților cu fobie (21,42% vs 90,90%), $p<0,001$). Toleranța durerii la pacienții cu MC asociată cu fobie este medie (36,71% vs 72,72%), ceea ce ar putea fi un motiv, poate, care ar explica din ce cauză acești pacienți evită medicamentele.

Folosirea imediată a medicamentelor de către cei care fac abuz ar putea fi, probabil explicată prin anxietatea reactivă mai mare a acestora, ca rezultat al analizei testului de apreciere a nivelului de anxietate (Spilberger). La pacienții cu fobie medicamentoasă din contra, a fost mărită vădit anxietatea personală.

Datele testului Beck demonstrează, că 94% din pacienții cercetați suferă de un oarecare grad de depresie, fapt care este în deplină concordanță cu datele literaturii.

Pentru aprecierea gradului de intensitate a durerii a fost utilizată scara analogică vizuală (SVA) a durerii, care permite de a stabili intensitatea durerii: durere ușoară - 1-3 puncte/10;

durere medie - 4-6 puncte/10; durere severă - 7-9 puncte/10, durere foarte severă – 10/10 puncte. Folosindu-se de această scară toți pacienții incluși în studiul nostru au descris durerea care le este caracteristică. Am apreciat intensitatea durerii pe SVA și am obținut date că în ambele loturi de pacienți cea mai des descrisă a fost cefaleea de intensitate medie (50% vs 59,09%). Această apreciere ne-a permis să clasificăm pacienții din studiu în două grupe cu aceeași intensitate a durerii: o grupă de pacienți cu MC+AM (15 pacienți) și alta – pacienți cu MC fără AM (15 pacienți) (vezi tabela 1).

Conform datelor obținute, se evidențiază că cefaleea afectează pacienții cu MC și fobie medicamentoasă la o vârstă mai precoce (31,53±17,33 ani) în comparație cu cei cu abuz medicamentos (44,93±13,00 ani, p<0,05). Deci, pacienții cu MC și fobie medicamentoasă sunt mai tineri decât cei ce fac abuz medicamentos. La fel și vârsta de debut a maladiei este mai precoce la cei cu fobie (19,47±12,98 ani) decât la pacienții cu abuz (26,73±12,20 ani, p<0,05).

Durata maladiei este mai mare la pacienții cu MC cu abuz (17,47±9,89 ani) în raport cu pacienții cu MC asociată cu fobie medicamentoasă (11,93±9,83 ani).

Analiza diverselor simptome asociate cefaleei evidențiază faptul, că pacienții cu abuz manifestă un șir mai larg de simptome, așa ca: greață (73,33%), vomă (6,66%), fonofobie (100%) (p<0,01), fotofobie (100%) (p<0,01), osmofobie (80%) (p<0,001), un ochi lăcrămează (20,0%), ceea ce la grupul omonom apare într-un număr mai redus.

Analiza localizării cefaleei la pacienții ambelor loturi a permis de a evidenția o diferență în ceea ce ține localizarea mai frecventă a cefaleei. La pacienții cu abuz predomină zona temporală (60%) și occipitală (66,66%) (p<0,05), iar la cei cu fobie predomină partea frontală (60%) și la fel temporală (60%).

Tab.1. Rezultatele comparării grupelor de pacienți cu MC cu abuz medicamentos și cu fobie medicamentoasă, care au aceeași intensitate a durerii

Itemul		MC+AM (n=15)	MC fără AM (n=15)
Vârsta pacienților (ani)		44,93±13,00*	31,93±17,33
Vârsta de debut a bolii (ani)		26,73 ±12,20*	19,47±12,98
Durata maladiei (ani)		17,47±9,89	11,93±9,83
Simptome asociate	Fotofobie	15 (100%)**	7 (60%)
	Fonofobie	15 (100%)**	9 (46,66%)
	Greață	11 (73,33%)	15 (100%)*
	Vomă	1 (6,66%)	0%
	Osmofobie	12 (80%***)	0%
	Un ochi lăcrămează	3 (20%)	0%
Părțile cele mai des afectate	Frontală	4 (26,66%)	9 (60%)
	Parietală	6 (40%)	6 (40%)
	Temporală	9 (60%)	9 (60%)
	Occipitală	10 (66,66%)*	3 (20%)
Durata cefaleei	< 8 ore	10 (66,66%)*	2 (13,33%)
	> 8 ore	5 (33,33%)	13 (86,66%)**
Tipul de comportament în timpul accesului	Acces sever: a) pasiv b) activ	14 (93,33%***) 1 (6,66%)	5 (33,33%) 10 (66,66%***)
	Acces moderat: a) pasiv b) activ	10 (66,66%***) 5 (33,33%)	2 (13,33%) 13 (86,66%***)

Conform criteriului duratei cefaleei, la pacienții cu MC și abuz ea este mai scurtă (până la 8 ore - 66,66% vs. 13,3% , $p < 0,05$), iar la cei cu fobie cefaleea este, ca regulă, > 8 ore – 86,7% vs. 33,3%, $p < 0,01$.

Comportamentul pacienților în timpul accesului de cefalee diferă semnificativ, atât în timpul accesului sever, cât și în timpul celui moderat. Pacienții cu MC și abuz preferă să fie pasivi în ambele situații, iar cei cu fobie sunt mult mai activi în ambele situații. Aceasta poate fi explicat, probabil, și prin agravarea cefaleei la efort fizic obișnuit, care a fost mai des relatată la pacienții cu MC, ce fac abuz medicamentos.

Concluzii

1. A fost evidențiată prezența următorilor factori de risc pentru cronicizarea cefaleelor în ambele grupuri de pacienți cu cefalee cronică: vârsta, sexul feminin, statutul educațional și socio-economic, obezitatea, trauma cranio-cerebrală, abuzul medicamentos, anxietatea și depresia.
2. S-a constatat că fobia medicamentoasă la pacienții cu cefalei cronice fără abuz medicamentos se întâlnește la o vârstă mai tânără, cu un debut mai precoce al maladiei și cu o durată a ei mai mică în raport cu lotul de pacienți cu cefalei cronice asociate cu abuz. Simptomele asociate cefaleelor, cât și factorii triggeri s-au înregistrat într-un număr statistic semnificativ mai mare în lotul pacienților cu abuz.
3. Gradul înalt al fobiei medicamentoase asociat cu toleranța înaltă la durere la pacienții cu cefalee cronică fără abuz medicamentos explică comportamentul de evitare a utilizării tratamentelor abortive și ar putea fi considerat, eventual, un factor care influențează cronicizarea cefaleelor.

Bibliografie

1. Dodick DW, Eross EJ, Parish JM, Silber M. Clinical, anatomical and physiologic relationship between sleep and headache. *Headache*. 2003 Mar; 43(3): 282-92.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classifications of Headache Disorders, 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl) 1-1603.
3. Katsarava Z, Schneeweiss S, Kurth T, et al. Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. *Neurology*, 2004; 62(5): 788-790.
4. Ion Moldovanu, Stela Odobescu, Cristina Crăciun. Medication Overuse in Moldova: Chronic migraine with and without medication overuse: the role of drug phobia and associated factors (according to the data of Headache Centre, Chișinău, the Republic of Moldova*). *Cephalalgia* 2008; 28(11):1229-1233.
5. Moldovanu I, David W. Dodick, S. Odobescu. Cefaleele, durerile faciale și cervicale. Chișinău, 2007.
6. Radat Françoise, Christelle Creac'h, Evelyne Guegan-Massardier, Gerard Mick, Nathalie Guy, Nelly Fabre, Pierric Giraud, Fatima Nachit-Ouinekh, Michel Lanteri- Minet. Behavioral Dependence in Patients Medication Overuse Headache: A Cross-Sectional Study in Consulting Patients Using the DSM-IV Criteria. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2008; 48(7):1026-1036.
7. Relja G, A Granato, A Bratina, RM Antonello, M Zorzon. Outcome of medication overuse headache after abrupt in-patient withdrawal. *Cephalalgia* 2006; 25(5):589-595.
8. Rothrock John F. C Lampl, A Buzath, K Yazdi, Pp s Sandor. Migrain „Chronification„ *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2008;48(1):181-182.
9. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain*, 2003;106(1-2):81-89.
10. Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache, including transformed migraine, chronic tension-type headache, and medication overuse. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's Headache*, 7 ed Oxford: Oxford University Press, 2001:247-282.

11. Silberstein SD, Merriam GR. Estrogens, progestins, and headache. *Neurology* 1991;
12. Steward WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992;267:64-9.

DUREREA ÎN SCLEROZA MULTIPLĂ **Ion Moldovanu, Cristina Voiticovschi- Iosob**

USMF "Nicolae Testemițanu", Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Summary

Pain in multiple sclerosis

The prevalence of the algic syndrome in patients with multiple sclerosis (MS) is between 42% and 86% (*Svendsen 2004*). The populational study, performed in Denmark in 2003 by *Archibald et al.*, has emphasized that pain can influence the quality of life and the daily activities of the patients, their ability to work, their relationship with their partner, their parents and friends. This symptom influences the quality of life, even more than the lesions that cause disabilities. In this article there are exposed current data referring to the presence of pain in patients with MS, and one also exemplifies the case of a patient with MS and algic syndrome.

Rezumat

Prevalența sindromului algic la pacienții cu scleroză multiplă (SM) este între 42% și 86% (*Svendsen 2004*). Studiul populațional efectuat în Danemarca, în 2003 de către *Archibald et al.* a evidențiat că durerea poate influența calitatea vieții și activitățile zilnice ale pacienților, abilitatea lor de a lucra, relațiile pacientului cu partenerul, cu părinții și amicii. Acest simptom afectează calitatea vieții, mai mult chiar decât leziunile ce provoacă dizabilități. În acest articol sunt expuse date actuale din literatură referitoare la prezența durerii la pacienții cu SM, la fel este ilustrat un caz clinic al unei paciente cu SM și sindrom algic.

Introducere

Scleroza multiplă (SM) este o maladie cronică, incurabilă, care afectează 350. 000 persoane în Statele Unite și un million în întreaga lume (*Buchanan RJ, Wang S, Ju H. 2007*). Anterior, durerea nu a fost considerată un element important în scleroza multiplă. Dar în ultimii ani, sindroamele algice acute și cronice, au fost recunoscute ca simptome la pacienții cu SM (*Moulin D.E. 2005*). Estimarea prevalenței durerii variază între 30 și 90% (*Archibald C.J. 2008*). Durerea a fost recent recunoscută ca un factor important în perturbarea calității vieții prin impactul său negativ asupra funcțiilor fizice și componentelor emotive (*Svendsen KB, 2005*).

Durerea în MS poate fi divizată în: neuropată acută și cronică. Durerea acută include: neuralgia trigeminală, spasmele tonice dureroase, durerea oculară din neurita optică, semnul L'hermittes, durerea radiculară. Tipul cronic de durere include: durere de tip "dizesteziac" al extremităților, durerea în bandeletă (în centură), durerea lombară. Mai poate exista și al treilea tip de durere, direct sau indirect asociat cu maladia: durerea secundară acută și cronică (*A. B. O'Connor et al. 2008*).

Este remarcabil faptul că la aproximativ 20 % din pacienții afectați de SM, durerea a fost raportată la debutul maladii și în majoritatea cazurilor a însoțit primul puseu. Ea devine mai frecventă odată cu evoluția bolii și este aproape mereu prezentă în stadiile tardive. (*Svendsen 2004*).

Datele clinice și studiile experimentale efectuate, indică faptul că hiperexcitabilitatea neuronală joacă un rol cheie în generarea durerii prin distorsionarea pattern-ului informației somatosenzitive, ceea ce va provoca durere (*Koltzenburg and Scadding, 2001; Jensen et al., 2001*).