

National d'Anesthesie et de Reanimation. Paris, Elsevier, 1997:221-35.

10. Perret D., Mahul P., Rochette Y., Auboyer C. *Rhabdomyolyse localisee apres un choc anaphylactique au suxamethonium*. Ann Fr Anesth Reanim. 1996;15:1193-5.

11. Pham L.H.T., Bulich L.A., Datta S. *Bilateral postpartum femoral neuropathy*. Anesth Analg 1995;80:1036-7.

12. Sayson S.C., Maybrey J.B., Wesley R.L., Vermilion D. *Sciatic entrapment neuropathy associated with an anomalous piriformis muscle*. Pain 1994;59:149-52.

13. Shaffer J.W. *Suprascapular nerve injury during spine surgery*. Spine 1994;19:70-1.

14. Slater R.R., Weiner T.M., Koruda M.J. *Bilateral leg compartment syndrome complicating prolonged lithotomy position*. Orthopedics 1994;17:954.

15. Stoetling R.K. *Postoperative ulnar nerve palsy - Is it a preventable complication?* Anesth Analg 1993; 76:7-9.

16. Tang W.M., Chiu K.Y. *Silent compartment syndrome complicating total knee arthroplasty: continuous epidural anesthesia masked the pain*. J Arthroplasty 2000;15:241.

17. Uratsuji Y., Ijichi K., Irie J., Sagata K., Nijima K., Kitamura S. *Rhabdomyolysis after abdominal surgery in the hyperlordotic position enforced by pneumatic support*. Anesthesiology 1999;91:310-2.

18. Warner M.A., Martin J.T., Darell R.S., Offord K.P., Chute C.G. *Lower-extremity motor neuropathy associated with surgery performed on patients in a lithotomy position*. Anesthesiology 1994;81:6-12.

19. Warner M.A., Warner D.O., Harper M., Schroeder D.R., Maxson P.M. *Ulnar neuropathy in medical patients*. Anesthesiology 2000; 92:613-5.

Rezumat

Studiul, efectuat pe un eșantion de 249 de persoane, a estimat spectrul și prevalența complicațiilor legate de poziționarea pe masa de operații în funcție de tehnica anestezică și de vârsta pacientului anesteziat. Au fost identificate 12 complicații specifice, în majoritate – de origine neurologică periferică, cu o prevalență cuprinsă între 1,6% și 34%. Pacienți vârstnici au făcut complicații legate de poziționarea pe masa de operații de 2 ori mai frecvent decât tinerii. Tehnica anestezică, *per se*, nu influențează semnificativ probabilitatea de survenire a complicației de origine posturală.

Summary

Our study included 249 persons and estimated the variety and the prevalence of the complicated linked with the positioning on the operating table depending on the anaesthesia technique and the patient's age. Were found 12 specific complications, most of them of peripheral neurologic origin, with a prevalence between 1,6% and 34%. Elder patients had complications linked with positioning on the operating table twice more than the young ones. The anaesthesia technique, *per se*, does not influence significantly probability to have a complication determined of the positioning on the operating table.

Резюме

Исследование было проведено на 249 больных, был оценен спектр и распространенность осложнений, связанных с позиционированием пациента на операционном столе в зависимости от метода анестезии и возраста пациента. Были определены 12 наиболее частых осложнений, связанных с позиционированием пациента, большинство из которых относятся к периферическим неврологическим осложнениям, распространенность варьирует от 1,6% до 34%. У пациентов пожилого возраста развиваются осложнения связанные с позиционированием на операционном столе в 2 раза чаще, чем у молодых. Анестезия сама по себе не оказывает существенного влияния на вероятности возникновения вышеуказанных осложнений.

IDENTIFICAREA UNOR FACTORI DE RISC PENTRU DUREREA POSTOPERATORIE ACUTĂ INTENSĂ

Natalia Belii, Serghei Șandru, Sergiu Cobilețchi, Victoria Moghildea, Ion Chesov, Alina Calpajiu, Eugeniu Oleineac, Elena Frumuzachi, Marina Vahnovan

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova

Introducere. Chiar dacă s-au făcut pași mari în înțelegerea fiziologiei durerii, în dezvoltarea noilor analgezice opioide și non-opioide și a tehnicilor de administrare, durere postoperatorie rămâne o provocare pentru practicieni [1]. În pofida măsurilor luate, prevalența durerii postoperatorii acute intense, DPOI (≥ 5 puncte din 10 pe Scorul Vizual Numeric, SVN) rămâne înaltă: între 24 și 46% – în Europa de Vest și de 64% – în Republica Moldova.

Durerea postoperatorie rău tratată are consecințe fizice și psihologice, care măresc morbiditatea și mortalitatea postoperatorie, costurile și durata de spitalizare, cu reducerea durabilă a calității vieții [2]. Strategiile preventive pentru DPOI trebuie să ia în considerație și factorii de risc. Identificarea factorilor de risc pentru DPOI ar facilita intervenția precoce și ar contribui la un management mai eficient al durerii [3].

Sunt suspectați mai mulți factori, care ar determina un risc sporit pentru o durere postoperatorie intensă, de exemplu, sexul feminin, durere intensă preoperatoriu, vârsta tânără, anxietatea, catastrofismul etc. [4]. Uneori, anticiparea experienței dureroase poate induce o stare de anxietate exagerată, care reduce din

beneficiul tratamentului și care evoluează în „catastrofism”. Catastrofismul reprezintă o stare mentală negativă exagerată, creată de persoană pentru a face față unei experiențe dureroase actuale sau anticipate [7]. Studiile efectuate pe modelele de durere acută (extracție dentară, proteză de șold) au demonstrat că pacienții care „catastrofizează”, suferă postoperatoriu de o durere mai intensă, au o recuperare funcțională mai lentă, cu o probabilitate mai mare de cronicizare a durerii.

În această ordine de idei, scopul studiului nostru a fost identificarea factorilor de risc dintr-o listă de condiții suspecte selectate și aprecierea rolului catastrofismului pentru durerea postoperatorie intensă după intervenții chirurgicale pe abdomen.

Material și metode. Studiul a fost efectuat pe parcursul anului 2011 în Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă din Chișinău cu permisiunea Comitetului Instituțional de Etică și după obținerea de la pacient a acordului informat și a vizat 92 de persoane.

Drept criterii de includere în studiu au fost stabilite: vârsta >18 ani, abilitatea pacienților de a înțelege și de a răspunde la întrebările din chestionar, chirurgie abdominală. Au fost excluși din studii cei care au refuzat participarea, care s-au externat până la momentul investigației, sau colectarea datelor nu a fost posibilă din cauza gravității pacientului, din motive tehnice sau organizatorice.

Astfel, 34 de pacienți (dintre care 10 bărbați), cu vârsta de $40,5 \pm 12,4$ ani, au completat preoperatoriu chestionarul PCS (*Pain Catastrophizing Scale*), versiunea în limba română. Chestionarul constă din 13 itemi, care pot fi cotați, fiecare, de la 0 la 5. Limitele scorului PCS sunt cuprinse între 0 și 52 de puncte. În cadrul lui, se disting 3 sub-scoruri: „ruminarea” (itemurile 8, 9, 10, 11), „magnificarea” (itemurile 6, 7, 13) și „neajutorarea”: (itemurile 1, 2, 3, 4, 5, 12).

Peste 24 de ore după intervenție, intensitatea durerii a fost autoapreciată de pacienți cu ajutorul scorului vizual numeric (SVN). Valoarea de departajare a scorului PCS pentru „catastrofism” a fost apreciată prin 2 metode: construirea curbei ROC și prin identificarea valorii PCS în percentila 75 pe histogramă (figura 1).

Alți 58 de pacienți (dintre care 22 bărbați), cu o vârstă de $38,7 \pm 13,5$ ani, au completat un chestionar de studiu standardizat la 24 de ore postoperatoriu, care a inclus: date demografice, tehnica anestezică utilizată și intervenția efectuată, precum și o serie de factori, suspectați că ar fi de risc pentru durerea postoperatorie intensă. Investigatorii bifau din lista constituită prezența sau lipsa condițiilor pre- și intraoperatorii suspecte pentru favorizarea DPOI. Au fost apoi analizate condițiile, care au avut o prevalență de minim 5%.

Analiza statistică: testul Fisher, rația Odds (OR), testul de corelație Pearson. Un $p < 0,05$ reprezintă semnificația statistică.

Rezultate. Conform rezultatelor identificate pe histogramă și pe curba ROC, din seria de scoruri PCS, obținute de la pacienții incluși în studiu, valoarea de departajare „care catastrofizează” versus „care nu catastrofizează”, a fost apreciată la 30 de puncte și la 27 de puncte, respectiv (figura 1).

Ulterior, valorile de departajare obținute au fost utilizate pentru estimarea impactului catastrofismului durerii asupra intensității durerii postoperatorii, exprimat prin rația Odds (figura 2).

Astfel, în studiul nostru, valoarea de departajare a scorului PCS a „catastrofismului” vs. „non-catastrofismului”, a fost de 30 puncte (metoda aprecierii percentilei 75 pe histogramă) și, respectiv, de 27 de puncte, pe curba ROC ($AUC=0,55$; $p=0,61$). Rația Odds calculată pentru valoarea PCS ≥ 30 : OR 0,63 (95CI=0,13-3,0), $p=0,69$; iar pentru PCS ≥ 27 : OR=0,27 (95CI=0,06-1,2), $p=0,16$.

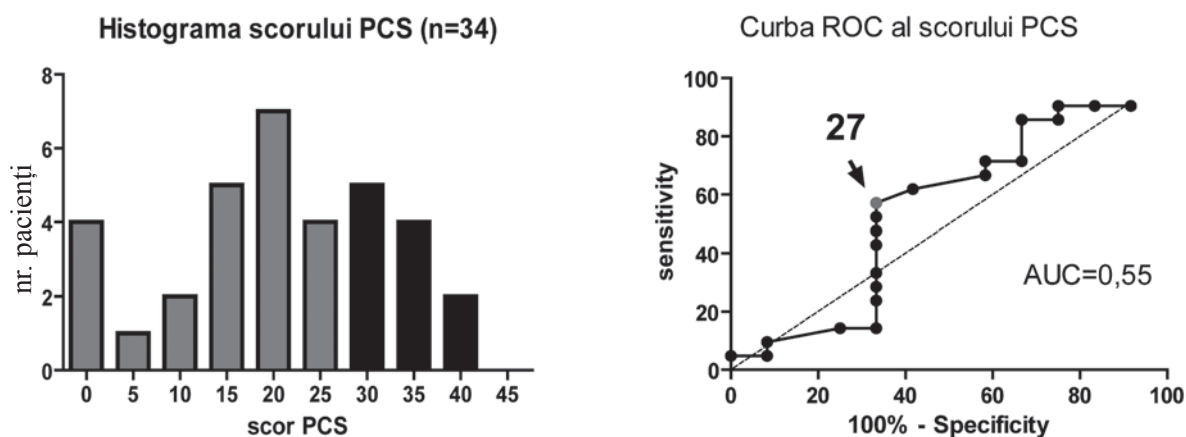


Figura 1. Aprecierea scorului de departajare cu ajutorul histogramei (stânga) și curbei ROC a pacienților care „catastrofizează” durerea față de cei care nu o „catastrofizează”.

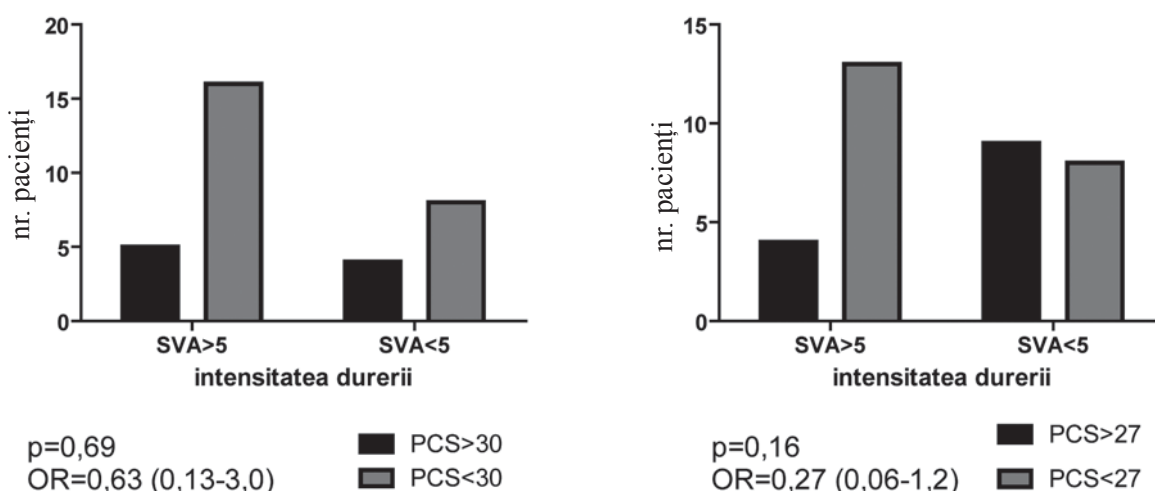


Figura 2. Impactul catastrofismului durerii asupra intensității ei postoperatorii, exprimat prin prisma rației Odds (OR). Pe stânga – valoarea de departajare (30 p.), apreciată conform histogramei, pe dreapta (27 p.) – în baza curbei ROC.

Aprecierea calității de factorii de risc prin prisma OR pentru DPOI a unor condiții pre- și intraoperatorii suspectate a dat următoarele rezultate: depresia – OR=0,47 (95CI=0,06-3,65), p=0,594; durerea preoperatorie – OR=4,8 (95CI=0,55-51,6), p=0,24; intervenție pe cicatrice preexistentă – OR=2,18 (95CI=0,22-20,4), p=0,66, adică, nici una din situațiile enumerate nu a determinat un risc sporit pentru o durere postoperatorie intensă. În schimb, anxietatea s-a dovedit a fi un factor de risc semnificativ – OR=5,15 (95CI=1,43-18,5), p=0,011 (figura 3).

Pe lângă efectul analgezic, conferit de analgezicele opioide, ele produc, de asemenea, o serie de evenimente moleculare, mediate de receptorul NMDA, care se manifestă prin hiperalgezie postoperatorie. Prin urmare, cu cât mai mare este consumul intra-anestezic de analgezice opioide, cu atât mai intensă ar trebui să fie durerea postoperatorie (bineînțeleas, dacă

cea din urmă rămâne necorespunzător tratată). Astfel, în studiul nostru, consumul intra-anestezic de fentanil a demonstrat o corelare de grad mediu cu intensitatea durerii postoperatorii (coeficientul de corelare Pearson r=0,34; p=0,013), figura 2. O intervenție mai lungă determină, inevitabil, un consum intra-operatoriu mai mare de analgezice opioide. Însă, durata intervenției chirurgicale, *per se*, nu a corelat cu intensitatea durerii postoperatorii (r=-0,10; p=0,46).

Discuții. Contrar rezultatelor noastre, mai multe publicații au menționat catastrofismul durerii drept un determinant al durerii postoperatorii intense [3, 7, 8]. Explicația rezultatelor divergente rezidă, posibil, în numărul mic de pacienți studiați, de o putere limitată pentru a identifica un eventual impact al catastrofismului asupra intensității durerii postoperatorii. Un număr mai mare de pacienți ar fi confirmat, de asemenea, calitatea de factori de risc pentru DPOI și

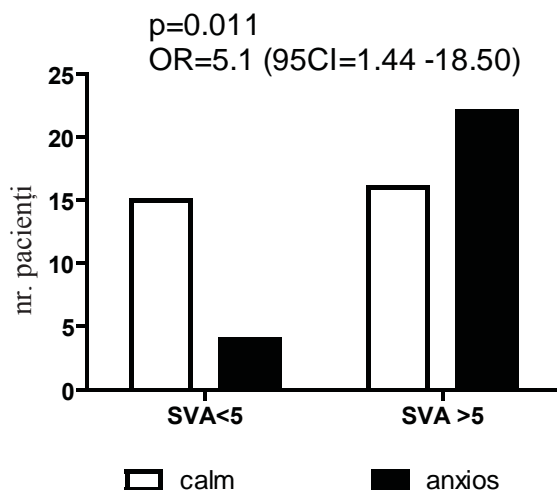


Figura 3. Anxietatea – un factor de risc pentru durerea postoperatorie intensă.

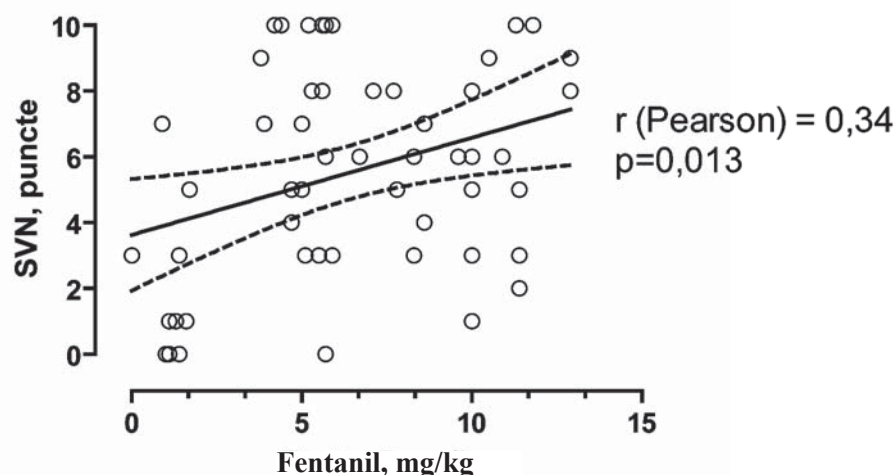


Figura 4. Relația dintre consumul intraoperatoriu de fentanil și intensitatea durerii postoperatorii.

pentru alte condiții clinice. Nu se exclude nici particularitatea percepției sociale a durerii, ca explicație a impactului redus al catastrofismului asupra intensității durerii, în studiul nostru. Pacientul autohton își focalizează atenția preponderent asupra noțiunii de reușită a intervenției, de supraviețuire a spitalizării și de evitare a complicațiilor postoperatorii imediate. Totodată, confortul spitalizării (necesitatea de a fi informat, de a participa la decizia medicală, de a insista pentru o analgezie de calitate) nu este prioritară, deocamdată, nici la scară instituțională, nici la scară medicală sau administrativă.

Anxietatea a fost calificată drept factor de risc de către studiul nostru. Acest rezultat este concordant cu cele raportate și de alți cercetători [3]. Menționăm prezența unei anxietăți înalte a pacienților autohtoni, manifestată atât față de intervenția chirurgicală, cât și față de anestezie și combaterea durerii postoperatorii, ultimele două rămânând o enigmă pentru pacient și apropiații lui, fiind înconjurate de numeroase mituri și prejudecăți. Acest aspect relevă importanța informării pacientului și apropiaților lui prin diferite căi și metode – oral, în scris (pliante, broșuri) și audio-vizual (campanii publicitare de orientare medico-socială).

Cât privește studiile, care au reflectat hiperalgezia opioid-indusă și corelația dintre consumul intra-anestezic de analgezice opioide cu intensitatea durerii postoperatorii, oferă concluzii și recomandări deosebit de importante: practicarea anesteziei balansate, medicația antihiperalgică preventivă, urmată postoperatoriu de o analgezie multimodală, atenuează semnificativ atât fenomenele menționate, cât și consecințele acestora peste săptămâni, luni și ani după intervenția chirurgicală.

Concluzii

1. Catastrofismul durerii nu a influențat intensitatea durerii postoperatorii la pacienții beneficiari de intervenții chirurgicale pe abdomen.
2. Anxietatea a reprezentat un factor de risc semnificativ pentru durerea postoperatorie intensă (OR=5,1; CI95=1,44-18,50, $p < 0,0011$).
3. Depresia, vârsta < 55 de ani, incizia pe cicatrice veche, durerea intensă preoperatoriu, durata intervenției, nu au fost identificați drept factori de risc pentru durerea postoperatorie intensă.
4. Consumul intraoperatoriu de fentanil determină, proporțional, intensitatea durerii postoperatorii (corelare de grad mediu, $r = 0,34$; $p < 0,013$).

Bibliografie

1. White P. – *Pain management after ambulatory surgery – where is the disconnect?* Can J Anaesth 2008; 55:201-7;
2. Carr D., Goudas L. – *Acute pain*. Lancet, 1999, 353: 2051-8;
3. Hui Y., Abrishami A. et al. – *Predictors of postoperative pain and analgesic consumption*. Anesthesiology, 2009; 111: 657-77;
4. Thomas T., Robinson C. et al. – *Prediction and assessment of the severity of post-operative pain and of satisfaction with management pain*. Pain, 1998; 75: 177-185
5. Michael J. Sullivan et al. – *The Pain Catastrophizing Scale*. User Manual. McGill University, Canada, 2009;
6. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH): The Official Handbook*. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Oak Book, IL: The Commission, 2006.
7. Granot M., Ferber S. – *The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: A prospective study*. Clin J Pain, 2005; 21: 439-45;
8. Strulov L., Zimmer E., Granot M. et al. – *Pain*

catastrophising, response to experimental heat stimuli, and post-cesarean section pain. J Pain 2007; 8:273-9.

Rezumat

În pofida progresului în managementul durerii postoperatorii, prevalența pacienților cu durere postoperatorie intensă (DPOI) rămâne înaltă, de 24-46%. Pentru o calitate mai bună a managementului durerii postoperatorii, anumiți factori de risc specifici trebuie luați în considerație. În acest scop, studiul nostru, efectuat pe 92 de pacienți, a apreciat calitatea de factor de risc pentru următoarele entități: catastrofismul durerii, depresia, durere preoperatorie, durata intervenției, anxietatea, intervenție pe cicatrice preexistentă, consumul intranestezic de fentanil. În studiul nostru, calitatea de factor de risc a fost confirmată doar pentru anxietate (OR=5,1; CI95=1,44-18,50, p<0,0011). De asemenea, a fost identificat un grad mediu de corelare dintre consumul intra-anestezic total de fentanil și intensitatea durerii postoperatorii (r=0,34; p<0,013).

Summary

Despite advances in postoperative pain management field, the prevalence of patients with severe postoperative pain is still high, 24-46%. For a better result, the postoperative pain management should take into consideration some specific risk factors for severe postoperative pain. Early identification of the factors in patients at risk of postoperative pain will allow a more effective intervention and a better management. For this aim, in our study were included 92, in which were evaluated the risk factor capacity of the following entities: pain catastrophizing, depression, preoperative pain, duration of the surgical operation, anxiety, reduce, intra-anesthetic fentanyl consumption. In our study, anxiety and high intra-anesthetic fentanyl doses were the most common predictors for severe postoperative pain. Also, was found a moderate degree of correlation between the total intra-anesthetic fentanyl consumption and postoperative pain intensity.

Резюме

Несмотря на прогресс в лечении послеоперационной боли, распространенность сильной острой послеоперационной боли (СИЦПБ) у пациентов остается высокой, 24-46%. Для улучшения качества послеоперационного обезболивания, нужно принять во внимание специфические факторы риска. С этой целью, мы провели исследование на 92 пациентах, дабы оценить являются ли факторами риска следующие: катастрофизм боли, депрессия, предоперационная боль, продолжительность операции, тревожности, операций проводимые на существующих уже послеоперационных шрамах, интра-операционное потребление фентанила. В результате исследования мы смогли доказать что тревожности является фактором риска (OR = 5,1, CI95 = 1,44 до 18,50, p <0,0011). Также была определена средняя степень корреляции между потреблением фентанила во время анестезий и послеоперационной интенсивностью боли (p = 0,34, p <0,013).

INTENSITATEA DURERII POSTOPERATORII ȘI COSTUL ANALGEZIEI ÎN DEPENDENȚĂ DE PRACTICA ANALGEZICĂ

Eugeniu Oleineac, Nicolai Guzun, Dumitru Coloman, Sergiu Cobîlețchi, Ruslan Baltaga, Serghei Șandru, Vladislav Badan,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova

Introducere

Chiar dacă s-au făcut pași mari în înțelegerea fiziologiei durerii, dezvoltarea analgezicelor opioide și neopioide noi, implementarea noilor metode de administrare și utilizarea tehnicilor chirurgicale cu invazivitate mică, totuși durerea postoperatorie rămâne o provocare pentru practicieni [1]. În acest context Managementul Durerii Postoperatorii Acute a devenit una din principalele misiuni ale anesteziologului. Scopul major al unui MDPA eficient este de a ușura suferințele postoperatorii ale pacientului printr-o analgezie postoperatorie calitativă și a micșora prejudiciile financiare ale instituției medicale printr-o analgezie postoperatorie cantitativ adecvată. Or, o abordare corectă a MDPA va putea reduce experiența dureroasă și riscurile asociate cu netratarea durerii, va mări confortul pacientului și satisfacția acestuia, va micșora costurile și timpul aflării pacientului în spital [2]. Durerea este o consecință care, de cele mai multe ori, este așteptată în perioada postoperatorie, și totuși, un management al durerii postoperatorii inadecvat este un lucru des întâlnit și care poate avea o influență negativă asupra perioadei postoperatorii a pacientului [3]. Durerea postoperatorie netratată poate duce la modificări atât clinice cât și psihologice, care măresc morbiditatea și mortalitatea, de asemenea și costurile de spitalizare și, reduce calitatea vieții [4]. Experiența durerii în perioada postoperatorie este o problemă care se confruntă toate spitalele din lume. Ghidurile promovează un tratament agresiv al durerii acute și educarea pacienților despre necesitatea comunicării durerii [3]. Aceste ghiduri promovează o standardizare a procedurilor, utilizarea pompelor de Analgezie Controlată de către Pacient (ACP) și analgezie multimodală [5]. Problema tratamentului inadecvat al durerii persistă, acest fapt fiind datorat nu numai personalului medical dar și pacienților. Atitudinile eronate atât a medicilor cât și a asistenților medicali au un impact negativ asupra managementului durerii [6]. Pacienții au un nivel înalt de încredere în abilitatea medicilor și a asistentelor medicale în trata-