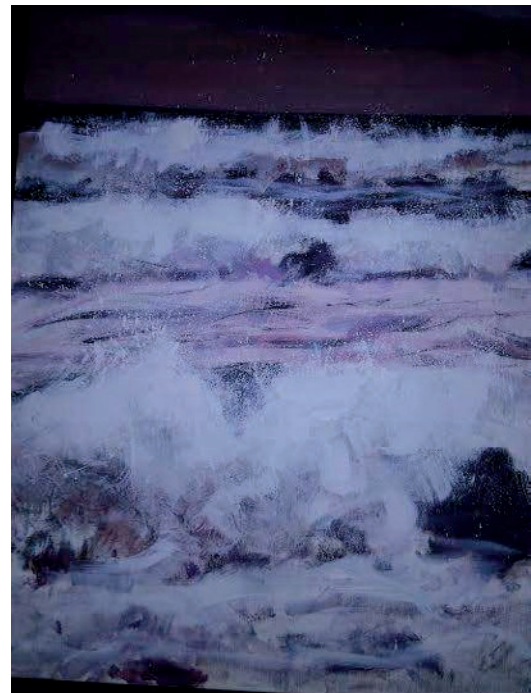


Mensagem do Presidente	3
Editorial	4
Carta ao Editor	6
Em Resposta	7
<i>Treat the Pain Despite the Brain – Dor Neuropática Central após Acidente Vascular Cerebral</i>	8
Bloqueio do Gânglio Ímpar em Dor Oncológica	14
Dor Persistente Após Hernioplastia Inguinal – A Propósito de um Caso Clínico	19
Bloqueio Ecoguiado do Eretor da Espinha – Caso Clínico em Dor Crónica	24
Capsaicina Tópica na Dor Crónica Pós-Mastectomia: Revisão Bibliográfica	27
Dor Crónica Pediátrica. Experiência de uma Consulta Multidisciplinar em Portugal	30



Director da revista

Sílvia Vaz Serra

Editores

Eunice Silva

Sara Santos

Teresa Fontinhas

Mensagem do Presidente Ana Pedro	3
Editorial Sílvia Vaz Serra	4
Carta ao Editor Cristina Miranda da Cruz e Filipe Antunes	6
Em Resposta Luís Filipe Azevedo e José Manuel Castro-Lopes	7
<i>Treat the Pain Despite the Brain</i> – Dor Neuropática Central após Acidente Vascular Cerebral Raquel Sousa Almeida, Ana Rita Vieira, Sofia Bento, Manuel Pedro Silva e Beatriz Craveiro Lopes	8
Bloqueio do Gânglio Ímpar em Dor Oncológica Joana Sousa Correia, Manuel Silva, Clara Castro, Maria Lina Miranda e Ana Agrelo	14
Dor Persistente Após Hernioplastia Inguinal – A Propósito de um Caso Clínico Ana Ricardo e Nuno Agostinho Fernandes	19
Bloqueio Ecoguiado do Eretor da Espinha – Caso Clínico em Dor Crónica Hugo Reis e Duarte Machado	24
Capsaicina Tópica na Dor Crónica Pós-Mastectomia: Revisão Bibliográfica Pedro Godinho	27
Dor Crónica Pediátrica. Experiência de uma Consulta Multidisciplinar em Portugal Carolina Moreira, Lurdes Morais, Inês Carrilho, Inês Cardoso, Sílvia Madureira, José Romão e Rosa Amorim	30

Ilustração da capa: Filomena Arcângela Dias Correia,
título "Mar em Abril", acrílico sobre tela.



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista «DOR» considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista «DOR» deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em disquete, CD, DVD, ZIP o JAZZ para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail:
permanyer.portugal@permanyer.com

3. A Revista «DOR» incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista «DOR», bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista «DOR» incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.

Curriculum do autor da capa

Filomena Arcângela Dias Correia nasceu em Abrantes a 4 de setembro de 1955. Licenciou-se em Medicina pela Universidade de Coimbra em 1978. Entrou na Carreira Médica de CG em 1983. Desde 1986 e até à aposentação exerceu como médica de família no CS de Vila Nova de Poiares. Especialista em Medicina Geral e Familiar, tem o grau de Chefe de Serviço desde 2002. Foi coordenadora do Programa "Parceria Para Romper o Silêncio", 1997 a 2000 (Programa comunitário de prevenção do abuso sexual de menores). Na área das artes, considera que o seu contexto familiar contribuiu para desenvolver um gosto especial e interesse pelas artes em geral. Estudou música (piano e viola), desde criança, frequentando mais tarde, a par com o curso de Medicina, o curso de Piano do Conservatório Regional de Coimbra. Nesse período, foi também aluna de Dança da professora Anna Mascolow e, mais tarde, da professora Gabriela Figo, em Ballet clássico. Pertenceu ao GEFAC, ao Orfeon Académico de Coimbra e fez teatro no TEUC. É coralista no Coro da Ordem dos Médicos da Secção Regional do Centro. Só em 1999 começou a pintar com alguma regularidade, mas é agora, com a aposentação, que se permite explorar o mundo fascinante da Pintura. Foi aluna dos pintores Tita Costa, em aguarela, e Hans Georg Schüssler, em pastel. Desde 2015, frequenta o atelier de pintura do Professor António Valente. Participou em exposições coletivas de pintores médicos, no Clube Médico da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, em 2004 e em 2016.



PERMANYER PORTUGAL
www.permanyer.com

© 2018 Permanyer Portugal

Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96

ISSN: 0872-4814

Dep. Legal: B-17364/2000

Ref.: 4461AP181



www.permanyer.com



Impresso em papel totalmente livre de cloro

Impressão: CPP – Consultores de Produções de Publicidade, Lda.



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Mensagem do Presidente

Ana Pedro

Saudações natalícias!

O ano de 2018 correu a alta velocidade, repleto de atividades amplamente participadas por profissionais das várias áreas que compõem a multidisciplinaridade da Dor.

Saliento dois eventos: o *workshop* de opioides e o Congresso APED/Reunião Iberoamericana de Dor (RIAD), esta última fruto de organização conjunta com a FEDELAT e a SED.

A celebração do XXVII aniversário da APED ocorreu em junho no Porto, numa cerimónia em que foram atribuídos os prémios do Concurso de Fotografia e as Bolsas APED de apoio à formação. Na mesma data, o *workshop* de opioides, muito participado pela Medicina Geral e Familiar, favoreceu a aprendizagem da “prescrição na hora certa” destes fármacos, divulgou as Normas de Orientação Clínica e as regras de segurança da sua utilização, com base num forte componente prático.

Em Outubro, o Congresso APED, associado à RIAD, constituiu um marco de sucesso, com a participação de cerca de 400 congressistas de múltiplas nacionalidades, numa partilha ímpar de conhecimentos e experiências. Foram discutidas as diferentes facetas da avaliação e do tratamento da dor em vários cenários, aguda ou crónica, oncológica ou não.

O Congresso APED contou com convidados internacionais de renome, em destaque a participação da Prof. Patricia Lavand’Home e do Prof. Hance Clarke na mesa que explorou a transição entre a dor aguda e a dor crónica; o contributo dos Dr. Guilherme March e Dr. Alejandro Ortega e Prof. Van Buyten, revelando as novas fronteiras na neuromodulação, assim como dos Dr. Francisco Reinoso, Dr. Miguel Caramés e Dr. Paulo Renato, com o tratamento da dor em situações complexas, mesa enriquecida pela experiência e testemunho na primeira pessoa do Dr. Gustavo Carona sobre o tratamento da dor em cenário de catástrofe.

O Prof. Tiago Reis Marques desvendou os mistérios da neurobiologia da dor, tema explorado posteriormente pela mesa sobre modulação não-farmacológica da dor com recurso à hipnose, ao *mindfulness*, ao exercício terapêutico e à estimulação magnética transcraniana, pelos Prof. Mário Simões, Prof. José Lopes e Prof. Paulo Armada e Dr. Daniel Ciampi respetivamente.

A terapêutica sinérgica da dor pélvica ficou a cargo da Dra. Filipa Osório e Dr. Manuel Ferreira Coelho, Dr. Javier de Andrés e Dr. Francisco Sampaio. A mesa “Terapêutica da dor – várias situações

– diferentes opções” teve a participação das exímias palestrantes convidadas, as Dra. Concepción Perez, Dra. Rosário Alonso e Dra. Rita Carvalho.

A adesão terapêutica, a autogestão da dor, o tratamento não-farmacológico da dor em pediatria, os doentes difíceis em Unidade de Dor, a dor miofascial e a terapia *mindfulness* foram os temas dos *workshops* realizados, providenciando momentos únicos aos seus participantes.

A cerimónia de abertura da RIAD foi enriquecida com a explanação da Prof. Ana Paula Laborinho, representante portuguesa da Organização dos Estados Iberoamericanos (OEI), sobre a missão e iniciativas desenvolvidas por este organismo governamental.

A RIAD focou as visões iberoamericanas sobre educação, investigação e formação em dor, a dor em oncologia/paliativos e o tratamento intervencionista da dor. Foi ainda debatida a crise de abuso de opioides nos Estados Unidos da América, a forma de preveni-la e enfrentá-la, assim como foi esclarecida a realidade vivenciada nos países da América Latina e Europa. Sobre este tema, a posição da FEDELAT foi apresentada pelo seu presidente, o Prof. João Batista Garcia, e a da EFIC pelo Prof. Thomas Tolle. A FEDELAT foi ainda representada pelos Dr. Pablo Castroman, Dra. Patricia Gomez, Dr. Fabian Piedimonte e Dra. Marixa Guerrero e a SED pelo seu presidente, o Prof. Juan Micó e pelos Dr. Juan Perez Cajaraville, Dra. Concepción Perez e Dr. Miguel Angel Caramés. Tivemos a honrosa participação, em representação da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) e da Sociedade Brasileira de Médicos Intervencionistas em Dor (SOBRAMID), dos seus presidentes, o Prof. Eduardo Grossman e o Dr. Paulo Renato, respectivamente.

Não podia deixar de focar a presença no Congresso da exposição “Desenhos da Minha Dor” que continuará a viajar pelos hospitais do país e que teve a edição de um *booklet* com base na mesma, lançado no Congresso.

Por último, uma palavra para a entrega do prémio do concurso “Movimento para o Futuro”, também tema do Congresso, que galardoou o conceito e imagem desenvolvidos por Daniel Fernandes, aluno da ETIC, que será a base da campanha com o mesmo nome a divulgar ao longo de 2019, cujo intuito é estimular o movimento como forma de prevenção e tratamento de alguns tipos de dor ligeira a moderada, nomeadamente miofascial.

Despeço-me com votos de um Santo Natal e um Próspero Ano de 2019.

Editorial

Sílvia Vaz Serra

Olá. Esta ausência foi longa. O motivo não foi a escassez de assuntos nem a relevância de temas pertinentes a abordar. E é isso que nos traz aqui, a este espaço de troca e partilha de experiências.

«*Treat the pain despite the brain*», título muito sugestivo de uma excelente revisão bibliográfica. É do conhecimento de todos que o AVC constitui, a nível global, a segunda causa de morte e em Portugal tem a incidência anual estimada de 15.208 eventos, apresentando entre 1 a 2% destes doentes dor neuropática central. A grande variabilidade de sintomas, as comorbilidades e os défices sequelares na cognição e comunicação dificultam o diagnóstico. O não tratamento repercute-se no aumento da fadiga, no atraso na reabilitação, nas alterações do sono, no humor, na inserção social, levando ao aumento da mortalidade a longo prazo e sobretudo numa diminuição acentuada da qualidade de vida. Os autores fazem ainda a caracterização dos doentes com esta patologia avaliados no Centro Multidisciplinar de Dor do seu hospital – Garcia de Orta –, sublinhando a necessidade de mais estudos aleatorizados para determinação da melhor abordagem terapêutica e da maior sensibilização dos profissionais de saúde para a identificação desta entidade e para o seu tratamento mais precoce.

Em seguida, segue-se a Carta ao Editor sobre um instrumento para rastreio e validação do impacto da Dor Crónica, em particular um questionário: *Brief Pain Inventory (short form)* e a sua Resposta. Esta forma de diálogo é pouco comum entre nós e penso que deveria ser mais incentivada. Não vai querer perder, estou certa, e poderá ser fonte de inspiração para outras questões pertinentes.

No artigo subsequente, os autores analisam, retrospectivamente, a eficácia, a segurança e a simplicidade do bloqueio do gânglio ímpar realizado em doentes com dor crónica oncológica pélvica e perineal na Unidade de Dor do Instituto Português de Oncologia do Porto. Estas situações algicas apresentam habitualmente um forte componente visceral, o que as torna de mais difícil controlo, sendo os bloqueios de gânglios

simpáticos uma excelente opção terapêutica, quer na redução da intensidade da dor quer na redução do consumo de opioides. Os colegas realçam a importância da criteriosa seleção dos doentes, no sentido de melhorar os resultados obtidos com o bloqueio e a necessidade, recorrente, de mais estudos prostetivos aleatorizados e com amostras maiores.

A dor persistente pós-operatória está na ordem do dia, e bem, sendo descrita como uma complicação pós-operatória de cirurgias como a hernioplastia inguinal, a mastectomia, a colecistectomia laparoscópica e a amputação do membro inferior, variando entre 5 e 50% – a sua magnitude e a importante repercussão negativa na qualidade de vida dos doentes justificam a atenção que lhe começa a ser devida. Neste didático artigo, a partir de um caso clínico, os autores fazem uma extensiva revisão bibliográfica tendo por base a dor persistente pós-operatória e a dor persistente após hernioplastia inguinal. Elencam várias importantes conclusões, das quais sublinharia a importância da prevenção e a identificação precoce dos doentes em risco, assim como do seu tratamento. A abordagem terapêutica é considerada um desafio, atribuindo à terapia cognitivo-comportamental um papel positivo.

O tema abordado no próximo artigo tem por base a síndrome de cirurgia falhada de coluna, uma entidade frequente e responsável por elevado impacto social, económico e diminuição da qualidade de vida destes doentes. Os colegas apresentam um caso clínico – dor paravertebral dorsal severa, bilateral de características mistas –, em que a opção terapêutica utilizada foi o bloqueio ecoguiado do eretor da espinha, desvantagens sobre a técnica, as vantagens e desvantagens do bloqueio, assim como indicações da referida técnica analgésica. A partilha é um instrumento essencial para o conhecimento e avanço nas opções terapêuticas e no cuidar melhor dos nossos doentes.

Este próximo artigo aborda, uma vez mais, a dor crónica pós-operatória e, em particular, a síndrome dolorosa pós-mastectomia. A prevalência de dor crónica em doentes submetidas a mastectomia estima-se entre 25 e 60% – números brutais! Seria quase inútil falar no impacto que esta situação ocasiona na qualidade de

vida destas doentes. Existem várias alternativas terapêuticas e o autor neste artigo pretende avaliar, através de revisão bibliográfica, a eficácia e as potenciais complicações da utilização da capsaicina tópica nesta síndrome álgica. Conclui, afirmando ser a capsaicina tópica uma alternativa terapêutica no controlo da sintomatologia, ainda que sejam necessários estudos mais robustos – mais uma opção de que dispomos.

Termina este volume (alegrado pelos desenhos vencedores das crianças que participaram no concurso “Desenhar a minha Dor”) com o artigo “Dor crónica pediátrica – experiência de uma consulta multidisciplinar em Portugal”. Como dizem as colegas, a dor crónica pediátrica é um problema emergente a nível global e neste bem elaborado artigo pretendem mostrar a corajosa mudança de paradigma: a dor

resulta da interação de fatores biológicos, emocionais, comportamentais, cognitivos e sociais e impõe a implementação de um modelo de consulta multi e transdisciplinar, em que o tempo (que a todos nós angustia) tem de ser o necessário para que a criança se sinta confortável e segura, e para que os diversos profissionais interajam em consonância, tendo como prioridade a sinalização da dor crónica, o seu rápido e adequado controlo e o retorno à atividade num menor espaço de tempo possível, evitando repercussões futuras. A ler atentamente.

Deixo-vos com uma frase do Padre António Vieira: “Nós somos o que fazemos. O que não se faz não existe. Portanto, só existimos quando fazemos. Nos dias que não fazemos, apenas duramos.”

INFORMAÇÃO SOBRE

“Prémio Cívico da UE sobre a Dor Crónica - Recolha de Boas Práticas”

Foi durante o I Congresso Internacional sobre o Impacto Social da Dor Crónica, da Associação de Doentes de Dor Crónica dos Açores, ADDCA, de 27 a 28 de setembro de 2018, que Mariano Votta, o Presidente da *Active Citizenship Network* (ACN), lançou, a nível de Portugal, a campanha de recolha de Boas Práticas na luta contra a Dor.

Também explicou os objetivos da denominada “*Pain Euro-Mediterranean Coalition*”, **Aliança Euro-Mediterrânica da Dor**, a primeira incubadora cívica de boas práticas contra a dor através da Europa, iniciativa esta que foi apoiada desde o início por três associações de doentes portuguesas, Associação de Doentes de Dor Crónica dos Açores (ADDCA), Associação Atlântica para o Apoio ao Doente de Machado-Joseph (AAADMJ) e Força 3P - Pessoas com Dor, Associação de Pessoas com Dor.



A Active Citizenship Network (ACN) lançou em 2018 a segunda edição do projeto bi-anual de investigação a nível europeu “Prémio Cívico da UE sobre Dor Crónica - Recolha de Boas Práticas” com o objetivo de continuar a evidenciar as boas práticas existentes em vários países europeus em termos de luta contra a dor.

Em particular, esta segunda edição permite dar continuidade à bem-sucedida coleção de boas práticas na luta contra a dor iniciada pela ACN em 2015 e expandir o grupo de operadores / gestores de boas práticas sobre a dor, incentivando a troca de experiências entre profissionais de saúde, decisores, instituições, associações cívicas e grupos de defesa do doente.

Objetivos do projeto

- Dar continuidade à coleção, bem sucedida, de boas práticas “Prémio Cívico da UE sobre Dor Crónica - Recolha de Boas Práticas” - Primeira Edição.
- Enriquecer experiências europeias e nacionais, conhecimentos especializados, dados e *benchmarking* sobre a dor crónica.
- Promover a plataforma multiparticipativa de operadores / gestores de boas práticas sobre dor, criada nos últimos anos pela ACN sobre dor crónica na Europa e denominada “*Pain Euro-Mediterranean Coalition*”, **Aliança Euro-Mediterrânica da Dor**, a primeira incubadora cívica de boas práticas contra a dor através da Europa.

<http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/236-pain-euro-mediterranean-coalition.html>

Continuando para:

- manter a atenção centrada na dor crónica como uma prioridade de saúde a nível local, nacional e a nível da UE;

- incentivar a troca de experiências entre profissionais e associações de doentes;
- sensibilizar as instituições para a necessidade de identificar a dor crónica como uma prioridade nas políticas e programas de saúde a nível da UE e nacional;
- criar um conjunto de evidências que possam ser usadas para apoiar a expansão de programas adaptados aos cuidados e tratamento de doentes com dor crónica;
- aumentar a consciencialização sobre os avanços tecnológicos e o seu impacto no cuidado e tratamento da dor crónica - como a melhoria da qualidade de vida de pessoas com dor crónica.

Este projeto irá coletar experiências de Boas Práticas sobre dor crónica (oncológica e não oncológica) e apresentá-las em um evento público no segundo semestre de 2019 no contexto de um grande evento relacionado com a dor (como foi feito no ano anterior, edição durante o SIP 2017, em Malta) levando também em consideração o trabalho e os eventos do concurso de *Brain Mind, and Pain Patient-centred Innovation Grant*, Bolsa “Cérebro, Mente e Dor, Inovação centrada no Doente”.

Todas as boas práticas recebidas serão coletadas e publicadas num relatório.

As boas práticas reunidas para esta edição e também durante os últimos anos em projetos sobre dor crónica serão unificadas num banco de dados mais amplo, visível e organizado. Este trabalho, por um lado, promoverá a rede de praticantes de melhores práticas, capazes de fornecer informações, conselhos e ajuda prática uns aos outros; por outro lado, construirá uma ferramenta de pesquisa sobre boas práticas em dor mais utilizável, capaz de procurar por tópicos, patologia, país etc. (palavras-chave) fornecendo um conjunto de informações úteis para outras iniciativas. A recolha de boas práticas envolverá as redes e contactos da ACN na Europa. As experiências serão reunidas em pelo menos 10 países.

O painel do júri será composto por especialistas internacionais em dor crónica (de universidades, redes de profissionais de saúde e organizações de cuidados de saúde da UE, associações cívicas e de doentes, etc.) e poderá incluir um ou mais representantes das equipas vencedoras da última edição do prémio.

O período de inscrição começou! Agora já pode inserir a sua boa prática preenchendo um formulário *on-line*. LINK <http://activecitizenship.net/bp/2018/form/new.php>

O prémio está aberto a qualquer parte interessada na área da saúde: associações de doentes, profissionais de saúde, hospitais públicos e privados, universidades, etc.

O seu projeto será considerado para uma celebração pública europeia quando os prémios forem concedidos e representará o reconhecimento da excelência contínua. Um representante de cada uma das inscrições que forem selecionadas será convidado para este evento. Isso promoverá a formação de uma rede de profissionais de boas práticas, capazes de partilhar informações,

conselhos e ajuda prática uns aos outros. Este é o segundo de uma série de prémios - concedidos a cada dois anos - celebrando o progresso no tratamento e no controlo da dor crónica. A data de encerramento para receber a sua inscrição é **31 de dezembro de 2018**.

Os tipos de boas práticas a serem identificados serão classificados da seguinte forma:

- Capacitação dos doentes
- Inovação
- Práticas clínicas
- Educação profissional

Definição: O que é uma boa prática?

Boas práticas são ações cuja natureza tem um impacto positivo na qualidade dos serviços, na proteção dos direitos dos cidadãos, na promoção da participação cívica e na melhoria dos recursos humanos. Em particular, são iniciativas muito bem-sucedidas destinadas a melhorar a eficiência (custo) e a eficácia (como forma de atender, de maneira adequada, às necessidades e expectativas dos cidadãos) da gestão e prestação de serviços.

Prémio

Haverá 4 prémios - idealmente, este será para um projeto em cada categoria, no entanto, se a qualidade das submissões não permitir isso, esses 4 prémios serão distribuídos pelo júri às 4 melhores submissões.

O prémio consistirá em despesas pagas para um evento público relacionado com dor, para partilhar melhor a iniciativa vencedora e o prémio em toda a Europa, além de uma publicação em inglês numa revista¹.

Tell us about your way of working with chronic pain and win!

Conte-nos a sua forma de trabalhar com a dor crónica e ganhe!

- Para mais informações, visite a página: Prémio Cívico Europeu sobre Dor Crónica Recolha de Boas Práticas Segunda edição 2018-2019

<http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/261-european-civic-prize-on-chronic-pain-collecting-good-practices-second-edition-2018-2019.html>

- Para saber mais sobre a 1ª Edição do Prémio, visite a página: Prémio Cívico Europeu sobre Dor Crónica - Recolha de Boas Práticas

<http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/204-european-civic-prize-on-chronic-pain-collecting-good-practices.html>

- Para saber mais sobre o nosso compromisso sobre o tema, por favor visite a página: O compromisso da *Cittadinanzattiva* na luta contra a dor inútil

<http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/83-the-engagement-of-cittadinanzattiva-in-the-fight-against-useless-pain.html>

- Para saber mais sobre a nossa política de Boas Práticas, por favor visite a página: Boa prática: a política da *Cittadinanzattiva*

<https://www.cittadinanzattiva.it/approfondimenti/attivismo-civico/cittadinanza-dimpresa/4972-good-practice-the-policy-of-cittadinanzattiva.html>

Mariano Votta, pela ACN



Maria Teresa Flor de Lima, pela ADDCA



¹ A publicação das boas práticas vencedoras da 1ª edição do prémio foi no vol 13, n.º 3, 2017 HealthManagement.org. Este é o link para o artigo <https://iii.hm/dex>

Carta ao Editor

Cristina Miranda da Cruz e Filipe Antunes

Ao editor,

Lemos com interesse o artigo de Azevedo, et al. «Tradução, adaptação Cultural e estudo Multicêntrico de Validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da Dor Crónica.»¹ Trata-se de um artigo de extrema importância para o panorama nacional, uma vez que realizou a tradução e validação para português de sete diferentes questionários de medição e caracterização da dor.

Entre os vários questionários apresentados encontra-se o *Brief Pain Inventory (short form)*. Foi verificada uma boa reprodutibilidade teste/reteste e boa consistência interna, tendo-se verificado que o instrumento validado para português (Inventário Resumido da Dor – Formulário Abreviado) apresentava boas propriedades psicométricas¹.

Manifestamos, no entanto, alguma estranheza com a versão que é fornecida para utilização no final do artigo, particularmente, no que diz respeito às questões três, quatro, oito e nove. Todas as referidas questões na versão validada para português pedem ao doente para se recordar do período de uma semana prévia ao preenchimento do questionário de forma a avaliar a intensidade da sua dor (questões três e quatro), percentagem de alívio com o tratamento (questão oito) e nível de interferência da dor (questão nove)¹.

De facto, a versão inicial do *Brief Pain Inventory (long form)* questionava a intensidade/severidade da dor e os níveis de interferência da dor ao longo da última semana². Esta versão demonstrou-se demasiado demorada para ser utilizada de forma repetitiva na prática clínica ou como instrumento de investigação, tendo sido criada uma nova versão – a *short form*².

Conforme se pode ler no *The Brief Pain Inventory User Guide*, uma das principais diferenças existentes entre a *long form* e a *short form* é precisamente que esta última utiliza um período referente apenas de 24 horas prévias ao questionário para colocar as referidas questões².

Nas várias traduções validadas para os diferentes países³⁻⁷, incluindo a vizinha Espanha⁶ com maior proximidade cultural, o período de 24 horas sobre o qual o questionário se debruça foi respeitado.

Ao longo do artigo não existe qualquer referência por parte dos autores ao motivo pelo qual esse período foi alterado com a tradução para português.

Apesar do excelente trabalho desenvolvido, acreditamos que existe pertinência para que a versão do *Brief Pain Inventory (short form)* validada para português referencie as 24 horas, sob pena de ficarmos com um questionário cujos resultados não podem ser comparados aos resultados existentes na bibliografia internacional, podem dificultar a publicação dos estudos realizados em Portugal em revistas internacionais, e podem inclusive dificultar a participação de Portugal em estudos multicêntricos internacionais.

Bibliografia

1. Azevedo LF, Costa Pereira A, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J, et al. Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreio e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Dor*. 2007;15(4):6-35.
2. Cleeland CS. The Brief Pain Inventory User Guide. 2009. Disponível em: https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf. Último acesso em 21/05/2018.
3. Aisyaturredha A, Naing L, Nizar AJ. Validation of the Malay Brief Pain Inventory questionnaire to measure cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(1):13-21.
4. Kalyadina SA, Ionova TI, Ivanova MO, Uspenskaya OS, Kishtovich AV, Mendoza TR, et al. Russian Brief Pain Inventory: validation and application in cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35(1):95-102.
5. Dicle A, Karayurt O, Dirimese E. Validation of the Turkish version of the Brief Pain Inventory in surgery patients. *Pain Manag Nurs*. 2009;10:107-13.e2.
6. de Andrés Ares J, Cruces Prado LM, Canos Verdecho MA, Penide Villanueva L, Del Valle Hoyos M, Herdman M, et al. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. *Pain Pract*. 2015;15(7):643-53.
7. Majedi H, Dehghani SS, Soleyman-Jahi S, Emami Meibodi SA, Mirskandari SM, Hajiaghatababaei M, et al. Validation of the Persian Version of the Brief Pain Inventory (BPI-P) in Chronic Pain Patient. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54:132-8.e2.

Em Resposta

Luís Filipe Azevedo^{1,2} e José Manuel Castro-Lopes^{2,3}

Em resposta,

Lemos com atenção o comentário de Cruz e Antunes relativamente ao período de referência temporal dos itens três, quatro, oito e nove da versão portuguesa do *Brief Pain Inventory – Short Form* (Inventário Resumido da Dor – Formulário Abreviado [BPI-sf]), publicado no artigo da nossa autoria «Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de instrumentos para Rastreo e Avaliação do Impacto da Dor Crónica»¹. Nesse comentário, é manifestada alguma estranheza com a versão que é fornecida no final do artigo¹ por esta ter, nas questões indicadas, um período de referência de uma semana.

Cumpre-nos esclarecer que quando o trabalho de tradução, adaptação cultural e validação do BPI-sf foi realizado, foram produzidas duas versões deste instrumento a pedido dos próprios autores da versão original, com dois períodos de referência temporal distintos – últimas 24 horas (versão «24h») e última semana (versão «semana»). Estas duas versões estão, desde essa altura, devidamente validadas e disponíveis a pedido. Deve ser sublinhado também que na página 37 do artigo¹ está claramente indicado que a versão que é apresentada corresponde à «Versão portuguesa do questionário *Brief Pain Inventory* (BPI), período de referência última semana».

De facto, as duas versões do *Brief Pain Inventory – Short Form*, com dois períodos de referência distintos (24h e semana), existem e são utilizadas em diversas línguas, devendo ser escolhida pelos utilizadores a versão que melhor se adapte ao contexto clínico de utilização. Im-

porta sublinhar que os autores da versão original deste instrumento, Professor Charles Cleeland e colaboradores, confirmaram-nos ser este o procedimento adequado.

Esta questão está esclarecida na página oficial que disponibiliza o BPI-sf², onde é indicado: «*Assessment areas: Severity of pain, impact of pain on daily function, location of pain, pain medications and amount of pain relief in the past 24 hours or the past week*». Em conformidade, vários trabalhos de revisão que descrevem os instrumentos para a medição e avaliação da dor³⁻⁵ referem claramente a existência destas duas versões. Veja-se a este propósito, a título de exemplo, aquilo que é descrito sobre a versão abreviada BPI-sf na revisão de Turk et al. de 2016⁴, onde é indicado «*Recall period, **past week or past 24 hours***»; ou na revisão de Williams e Arnold de 2011⁵, onde é afirmado que «*The time frame for the BPI is **typically based upon “the past week” but some versions allow for the past 24 hours***».

Por último, interessa destacar que para a utilização regular de qualquer questionário têm de ser seguidos determinados procedimentos, que incluem a obrigatoriedade de obtenção da devida autorização por parte dos autores e detentores do *copyright* dos mesmos. Se este procedimento for devidamente seguido, a questão da utilização de uma ou outra versão («24h» vs. «semana») do BPI-sf não se colocará, pois as duas versões são fornecidas pelas entidades responsáveis, ficando a decisão sobre qual usar a cargo dos utilizadores, na dependência do contexto específico de utilização.

Bibliografia

1. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J, Patto T, Vaz-Serra S, Abrunhosa R, Carvalho CJ, Cativo MC, Correia D, Correia J, Coucelo G, Craveiro Lopes B, Loureiro MC, Silva B, Castro-Lopes JM. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreo e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*. 2007;15(4):6-56.
2. Página do MD Anderson Cancer Center - The Brief Pain Inventory. Disponível em: <https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>.
3. Stanhope J. Brief Pain Inventory review. *Occupational Medicine*. 2016;66(6):496-7.
4. Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R, Patel KV. Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T21-49.
5. Williams DA, Arnold LM. Measures of fibromyalgia: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Brief Pain Inventory (BPI), Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale, and Multiple Ability Self-Report Questionnaire (MASQ). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(Suppl 11):S86-97.

¹Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS)
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS)

Universidade do Porto
²Centro Nacional de Observação em Dor –(OBSERVDOR)
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³Departamento de Biomedicina
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (I3S)
Universidade do Porto
Porto

Treat the Pain Despite the Brain – Dor Neuropática Central após Acidente Vascular Cerebral

**Casuística de um ano no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital
Garcia de Orta**

*Raquel Sousa Almeida¹, Ana Rita Vieira², Sofia Bento³, Manuel Pedro Silva⁴
e Beatriz Craveiro Lopes⁵*

Resumo

A dor neuropática central após acidente vascular cerebral (DNC-AVC) é um tipo de dor neuropática crónica, resultante da lesão do sistema nervoso somatossensorial central após evento vascular. É caracterizada por dor e alterações sensitivas na região corporal correspondente à lesão cerebral. A dificuldade de distinção desta síndrome com outras síndromes dolorosas que podem ocorrer após AVC, tais como ombro doloroso, espasticidade, cefaleia persistente ou dor musculoesquelética, leva a que a prevalência de DNC-AVC seja subestimada. Amitríptilina, pregabalina e gabapentina são os fármacos mais utilizados, tendo como base estudos de pequena dimensão e recomendações existentes para dor neuropática central de outras causas e para dor neuropática periférica. Neste artigo, é realizada uma revisão bibliográfica da DNC-AVC e a caracterização dos doentes com esta síndrome, avaliados no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital Garcia de Orta (CMD-HGO), no período de um ano – janeiro a dezembro de 2017.

Palavras-chave: Dor neuropática central. Dor crónica. Acidente vascular cerebral.

Abstract

Neuropathic central pain after stroke is a type of chronic neuropathic pain, resulting from central somatosensory nervous system injury after a vascular event. It is characterized by pain and sensory changes in the body region corresponding to the brain injury. Difficulty in distinguishing this syndrome with other pain syndromes that may occur after stroke, such as painful shoulder, spasticity, persistent headache or musculoskeletal pain, leads to an underestimated prevalence of central pain after stroke. Amitriptyline, pregabalin and gabapentin are the most used drugs, based on small studies and existing recommendations for central neuropathic pain of other causes and for peripheral neuropathic pain. In this article, we present a literature review on central pain after stroke and we characterize patients evaluated at the Pain Multidisciplinary Centre at Hospital Garcia de Orta, in a one-year period – January to December 2017. (Dor. 2018;26(1):8-13)

Corresponding author: Raquel Sousa Almeida, almeida.raquelsousa@gmail.com

Key words: Central neuropathic pain. Chronic pain. Stroke.

¹Interna de Formação Específica em Medicina Interna
Hospital Distrital de Santarém, Santarém

²Interna de Formação Específica em Anestesiologia
Serviço de Anestesiologia

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa

³Assistente Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação
Hospital Garcia de Orta, Almada

⁴Assistente Hospitalar de Anestesiologia

Centro Multidisciplinar de Dor, Hospital Garcia de Orta, Almada

⁵Chefe de Serviço de Anestesiologia

Diretora do Centro Multidisciplinar de Dor, Almada
E-mail: almeida.raquelsousa@gmail.com

Introdução

A dor central após acidente vascular cerebral (DNC-AVC) foi inicialmente descrita pelo neurologista francês Déjerine e pelo neuropatologista suíço Roussy, em 1906, no famoso artigo «Le syndrome thalamique». Nesta publicação, os autores descreviam uma pequena série de doentes com sequelas neurológicas e dor intensa na região corporal correspondente à área do tálamo com lesão vascular. A esta síndrome foi

dado o nome de síndrome de Déjerine Roussy ou dor talâmica¹. Mais tarde, em 1911, Head e Holmes apresentaram a teoria da desinibição, onde lesões vasculares extratalâmicas, localizadas ao longo das vias espinotalâmica e talamo-cortical, também poderiam causar dor, através da sobreativação compensatória do tálamo. A partir desta altura começou a ser adotada designação de dor central após acidente vascular cerebral (AVC)^{2,3}.

A DNC-AVC é um tipo de dor neuropática crónica, resultante de lesão cerebrovascular isquémica ou hemorrágica do sistema nervoso somatossensorial central⁴. Apesar do número crescente de eventos vasculares cerebrais, a DNC-AVC é subestimada, tendo forte impacto na qualidade de vida dos doentes⁵. A variabilidade de sintomas, as comorbilidades e os défices sequelares na cognição e comunicação dificultam o seu diagnóstico⁶.

Objetivo

Neste artigo, apresentamos uma revisão bibliográfica da DNC-AVC e a caracterização dos doentes com esta patologia avaliados no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital Garcia de Orta (CMD-HGO), no período de um ano – janeiro a dezembro de 2017.

Métodos

Estudo retrospectivo de doentes com DNC-AVC, avaliados entre janeiro e dezembro de 2017, com caracterização demográfica e clínica.

Epidemiologia

O AVC constitui, a nível global, a segunda principal causa de morte. Em Portugal, a incidência anual estimada é de 15.208 eventos por ano^{7,8}.

Entre 1 a 12% dos doentes com AVC apresentam dor neuropática central após o evento e cerca de 40% apresentam outras síndromes dolorosas^{4,9}.

Os fatores de risco para DNC-AVCA incluem idade jovem (> 18 e < 65 anos), sexo feminino, gravidade do evento vascular, presença de espasticidade, diabetes *mellitus*, alterações da sensibilidade, depressão e dor prévios ao evento vascular¹⁰. Porém, parece não haver correlação entre a área afetada, a lateralidade, a localização da lesão, o grau de diminuição da sensibilidade, a idade e o sexo com a qualidade e/ou intensidade da dor¹¹.

Diagnóstico

Nos doentes com AVC, a distinção entre dor neuropática e dor nociceptiva representa um desafio clínico, dado que muitos doentes apresentam vários tipos de dor. Corresponde a um diagnóstico clínico, de exclusão. Na tentativa de facilitar e homogeneizar o diagnóstico de DNC-

-AVC, foi publicada em 2009 uma proposta de critérios de diagnóstico que inclui critérios obrigatórios e critérios de suporte¹². Os critérios obrigatórios incluem dor na área corporal correspondente à lesão do sistema nervoso central (SNC); história sugestiva de AVC; início de dor após AVC; confirmação de lesão vascular por exames imagiológicos e sinais negativos e/ou positivos correspondentes à área corporal de lesão do SNC. Devem ser excluídas outras causas de dor, nomeadamente dor nociceptiva ou dor neuropática periférica. Os critérios de suporte incluem inexistência de associação da dor com o movimento, com inflamação ou dano local tecidual; descritores de dor como queimadura, dor fria, choque elétrico, pressão, picadas de agulhas; presença de alodinia ou disestesia ao toque. De acordo com a presença de critérios obrigatórios e de suporte, é possível classificar o diagnóstico de DNC-AVC como possível, provável ou definitivo (Tabela 1).

Fisiopatologia

A fisiopatologia da DNC-AVC é complexa e ainda não se encontra totalmente compreendida. Desconhece-se a razão do desenvolvimento desta síndrome em apenas alguns doentes com lesões cerebrais e clínica idênticas. A DNC-AVC pode ocorrer após lesão isquémica ou hemorrágica em qualquer área somatossensorial do SNC, sendo mais frequente após lesões no núcleo ventral posterior do tálamo e da região opérculo-insular^{13,14}.

Os processos de desaferenciação, neuroplasticidade e mecanismos de hiperexcitabilidade neuronal parecem ter um papel no desenvolvimento de DNC-AVC¹².

Clínica

A dor após AVC pode estar direta ou indiretamente relacionada com o evento vascular cerebral e apresentar-se com características nociceptivas, neuropáticas ou mistas.

Dor neuropática central

Tal como outros tipos de dor neuropática, a DNC-AVC é idiossincrática e tem frequentemente um início tardio relativamente à causa. A maioria dos casos inicia-se imediatamente após o AVC ou nos primeiros três meses. É geralmente descrita como dor espontânea e/ou evocada, intensa, que interfere com o sono e condiciona significativamente a qualidade de vida do doente^{4,11}.

A localização da dor é variável, podendo atingir todo o hemicorpo afetado ou apenas parte deste¹⁵. Os descritores mais utilizados são queimadura, picada, facada, aperto, formigueiro e espasmo. Grande parte dos doentes apresenta alterações da percepção da dor e da temperatura e frequentemente existe uma mistura de

Tabela 1. Proposta de critérios a ser avaliados na suspeita de DNC-AVC	
Crítérios	Comentários
1. Exclusão de outras causas de dor	– Sem outras causas aparentes de dor – Sem relação com movimentos, inflamação ou outro dano tecidual – Descreve a dor como queimadura, dor fria ou choque elétrico
2. Dor com distribuição neuroanatômica plausível	– Dor com localização unilateral, correspondente à área de lesão cerebrovascular
3. História sugestiva de AVC	– Início súbito de sintomas neurológicos, com dor de início após este evento.
4. Demonstração de distribuição neuroanatômica através de exame neurológico	– Sinais sensitivos positivos e/ou negativos e dor com a mesma localização anatômica
5. Demonstração da lesão vascular por técnicas de imagem	– Visualização por TC ou RM de lesão que pode explicar a distribuição dos achados sensoriais
DNC-AVC possível: critérios 1 + 2 + 3. DNC-AVC provável critérios 1 + 2 + 3 + 4 ou 5. DNC-AVC definitivo: critérios 1-5.	
AVC: acidente vascular cerebral; DNC-AVC: dor central após acidente vascular cerebral; RM: ressonância magnética; TC: tomografia computadorizada. Adaptado de <i>Diagnosis, Prevalence, Characteristics, and Treatment of Central Poststroke Pain. IASP 2015</i> ⁴ .	

Tabela 2. Sintomas negativos e positivos por disfunção do sistema nervoso	
Sintomas negativos	Sintomas positivos
Motor	
Paresia Paralisia	Mioquímia Fasciculações Distonia
Sensitivo	
Hipostesia Hipoalgesia Anósmia Amaurose Surdez	Paraestesia Disestesia Alodinia Hiperestesia Dor Acufenos
Autônomo	
Vasodilatação Hipo/Anidrose Défice de piloereção	Vasoconstrição Hiper-hidrose Piloereção
Adaptado de Serra J, <i>Acta Neurol Scand.</i> 1999;109 (supl 173).	

alterações sensitivas «positivas» e «negativas» (Tabela 2). A hiperalgesia, disestesia e alodinia tátil e térmica ao frio são frequentes no exame objetivo⁴. Os fatores de agravamento podem ser estímulos internos, como o *stress* e emoções, ou externos, como o toque e o frio¹⁶.

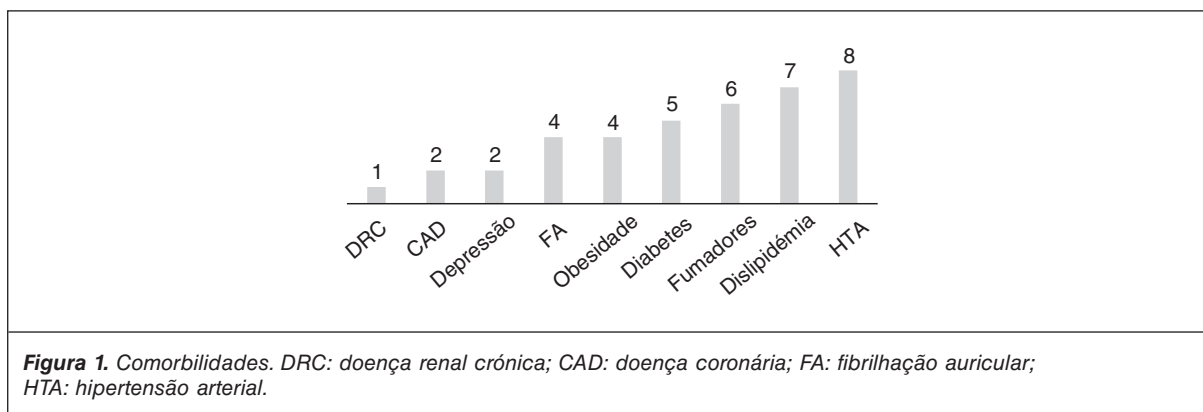
Outras síndromes dolorosas

Muitas vezes coexistem outras síndromes dolorosas além da DNC-AVC. Os quadros álgicos mais frequentes são a dor musculoesquelética (40%), omalgia do doente hemiplégico (20%),

síndrome dolorosa regional complexa (SDRC) (10%), cefaleia (10%) e espasticidade (7%)¹².

Exames complementares de diagnóstico

Além dos critérios clínicos, e de acordo com os critérios de diagnóstico propostos, é importante a visualização da lesão vascular nas vias somatossensoriais (incluindo tálamo e projeções talamocorticais) por tomografia computadorizada (TC) e/ou ressonância magnética (RM) ou das alterações da via espinotalâmica por RM com tratografia¹⁷. Os estudos PET mostram



alterações no tálamo destes doentes, tanto em repouso como na dor evocada¹⁸.

Terapêutica

A DNC-AVC é uma dor de difícil compreensão, sendo o seu tratamento um desafio. Na tentativa de ultrapassar esta dificuldade surgiram alguns estudos de eficácia terapêutica, a maioria não-duplamente cegos e sem grupo de controlo com placebo. Assim, as *guidelines* e algoritmos terapêuticos existentes baseiam-se na extrapolação da eficácia de tratamento de dor neuropática central por outras causas ou para dor neuropática periférica.

A amitriptilina, a gabapentina e a pregabalina são considerados fármacos de primeira linha. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina-noradrenalina e a lamotrigina podem ser considerados nos casos em que a terapêutica prévia for ineficaz¹². A prescrição de opioides deve ser criteriosa, uma vez que não há evidência de benefício terapêutico na DNC-AVC quando comparados com os fármacos anteriormente descritos¹⁹.

Até à data, não existe evidência que suporte o tratamento preventivo de DNC-AVC.

As outras síndromes dolorosas concomitantes devem também ser identificadas e tratadas.

Os tratamentos não farmacológicos podem ser considerados em doentes com DNC-AVC refratária e têm sido abordados em alguns estudos recentes, embora com amostras de pequena dimensão. Apesar dos resultados promissores da estimulação cerebral profunda em doentes com DNC-AVC, o parecer oficial do *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) em 2016 concluiu que não existe ainda evidência suficiente para aprovar esta terapêutica²⁰.

Os resultados da estimulação do córtex motor não foram conclusivos²¹. A estimulação magnética transcraniana repetitiva pode diminuir a intensidade da dor. Alguns doentes beneficiam de outras abordagens, nomeadamente fisioterapia, terapia ocupacional e psicoterapia²².

Resultados

O CMD-HGO recebe doentes com dor crónica de todos os grupos etários. De acordo com os dados recolhidos, foram realizadas, em 2017, 12 consultas (cinco primeiras consultas), correspondentes a nove doentes com diagnóstico principal de DNC-AVC, com idade média de 64 anos (mínimo: 45; máximo 79). Verificou-se o predomínio do sexo feminino (67 vs. 43%), concordante com os estudos de fatores de risco¹⁰.

As comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (89%), a dislipidemia (77,8%), os hábitos tabágicos (66,7%) e a diabetes *mellitus* (55,6%) (Fig. 1).

Todos os AVC foram isquémicos. Dos doentes com registo de exames imagiológicos, 60% apresentaram lesão em territórios da artéria cerebral média e 40% da circulação posterior. Segundo a classificação TOAST²³, a etiologia mais frequente foi a cardioembólica (66,7%).

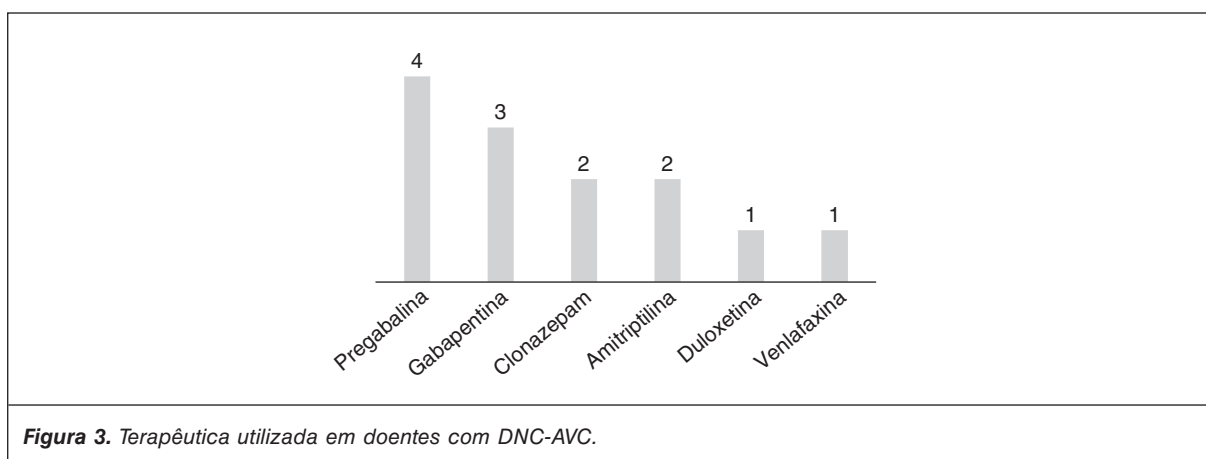
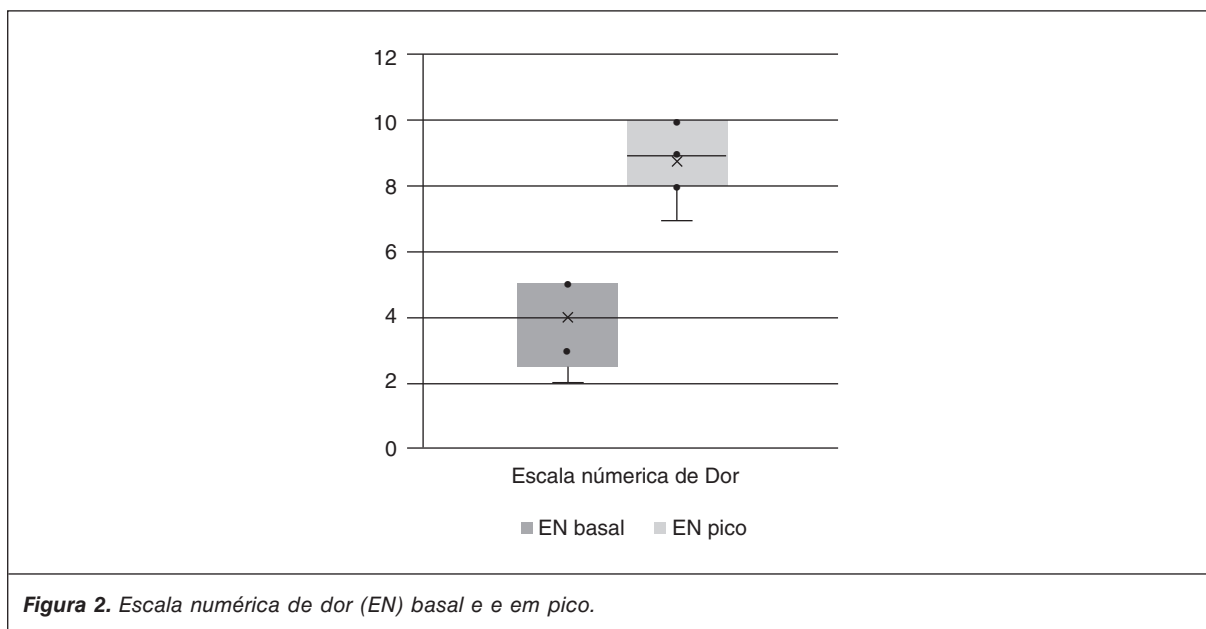
Os doentes foram referenciados maioritariamente pelas especialidades de medicina geral e familiar (33,3%) e neurologia (22,2%).

A mediana de tempo entre o AVC e o início da dor foi de 9,3 meses, com uma mediana de 8,7 meses entre o início da dor e a primeira consulta no CMD-HGO.

À data da primeira avaliação, a mediana da intensidade da dor, usando a escala numérica (EN), aquando da consulta foi de 3,9, sendo de 8,9 em pico (Fig. 2). Os descritores de dor mais frequentes foram «formigueiro» e «queimadura» (44% em ambos). Um dos doentes apresentava afasia sequelar. Em quatro doentes, a dor estava localizada em todo o hemicorpo, em três apenas no membro inferior e em dois no membro superior.

Sete doentes apresentaram disestesia, oito com alodinia (tátil e/ou térmica ao frio) e cinco com hiperalgesia.

Verificou-se a presença de outras síndromes dolorosas em 55% dos doentes: quatro com dor miofascial, quatro com ombro doloroso e quatro com cefaleia persistente. Não se verificou nenhum caso de espasticidade.



A terapêutica mais utilizada foi a pregabalina (44,4%), seguida de gabapentina (33,3%) (Fig. 3).

Os 5 doentes com *follow-up*, tiveram em média, duas consultas presenciais por ano, com uma média de 37 meses de seguimento. Destes, três apresentaram melhoria da intensidade da dor, com descida média de 4 pontos na EN basal.

Discussão

A dor é frequente após AVC. Pode ter origem nos músculos, articulações, vísceras, no SNC e/ou periférico, estando direta ou indiretamente relacionada com o evento vascular cerebral. Tem implicações na qualidade de vida, no aumento da fadiga, no atraso na reabilitação, nas alterações do sono, no humor e na inserção social, levando mesmo ao aumento da mortalidade a longo prazo⁴. No futuro, com o aumento da

esperança média de vida, perspetiva-se um aumento do número de AVC e, conseqüentemente, de DNC-AVC.

Conclusão

Apesar de poucas vezes identificadas, tanto a dor neuropática como a nociceptiva são muito prevalentes na população com AVC, com implicações significativas na qualidade de vida dos doentes. São necessários mais estudos aleatorizados para determinação da melhor abordagem terapêutica e maior sensibilização dos profissionais de saúde para a identificação da DNC-AVC e para o seu tratamento precoce.

Bibliografia

1. Déjerine J, Roussy G. Le syndrome thalamique. Rev Neurol (Paris). 1906;14:521-32.
2. Head H, Holmes G. Sensory Disturbances from cerebral lesions. Brain. 1911;34(2-3):102-254.

3. Riddoch G. The clinical features of central pain I. *Lancet*. 1938;231:1093-8.
4. Klit MH, Finnerup NB, Jensen TS. Diagnosis, Prevalence, Characteristics, and Treatment of Central Poststroke Pain. *Pain: Clinical Updates*. 2015;23:3.
5. Choi-Kwon S, Choi JM, Kwon SU, Kang DW, Kim JS. Factors that affect the quality of life at 3 years post-stroke. *J Clin Neurol*. 2006; 2:34-41.
6. de Oliveira RA, de Andrade DC, Machado AG, Teixeira MJ. Central poststroke pain: somatosensory abnormalities and the presence of associated myofascial pain syndrome. *BMC Neurology*. 2012; 12:89.
7. World Health Organization. The top 10 causes of death. [Internet]. January 2017. Fact sheet; [cited Dec 2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
8. Stroke Alliance for Europe. The Burden of Stroke in Portugal. [Internet]. January 2017. Fact sheet; [cited Dec 2017]. Available from: http://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2017/12/SAFE_STROKE_PORTUGAL.pdf.
9. Kumar B, Kalita J, Kumar G, Misra UK. Central poststroke pain: a review of pathophysiology and treatment. *Anesth Analg*. May. 2009; 108(5):1645-57.
10. Jönsson AC, Lindgren I, Hallström B, Norrving B, Lindgren A. Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patients' perspectives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77:590-5.
11. Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmall JP. *Bonica's Management of Pain*, 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. 2010;28:363.
12. Klit H, Finnerup NB, Jensen TS. Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management. *Lancet Neurol*. 2009;8:857-68.
13. Garcia-Larrea L, Perchet C, Creac'h C, Convers P, Peyron R, Laurent B, et al. Operculo-insular pain (parasyllian pain): a distinct central pain syndrome. *Brain*. 2010;133:2528-39.
14. Hong JH, Choi BY, Chang CH, Kim SH, Jung YJ, Lee DG, et al. The prevalence of central poststroke pain according to the integrity of the spino-thalamo-cortical pathway. *Eur Neurol*. 2012;67:12-7.
15. Andersen G, Vestergaard K, Ingeman-Nielsen M, Jensen TS. Incidence of central post-stroke pain. *Pain*. 1995;61:187-93.
16. Bowsher D. Central pain: clinical and physiological characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;61:62-9.
17. Hong JH, Choi BY, Chang CH, Kim SH, Jung YJ, Lee DG, et al. The prevalence of central poststroke pain according to the integrity of the spino-thalamo-cortical pathway. *Eur Neurol* 2012;67:12-7.
18. Peyron R, Garcia-Larrea L, Gregoire MC, Convers P, Richard A, Lavenne F, et al. Parietal and cingulate processes in central pain. A combined positron emission tomography (PET) and functional magnetic resonance imaging (fMRI) study of an unusual case. *Pain*. 2000;84:77-87.
19. Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. European Federation of Neurological Societies. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol*. 2010;17(9):1113-e88.
20. Deep Brain Stimulation for Central Post Stroke Pain. NICE Jul, 2016.
21. Dworkin RH, O'Connor AB, Kent J, Mackey SC, Raja SN, Stacey BR, et al. Interventional management of neuropathic pain: NeuPSIG recommendations. *Pain*. 2013;154:2249-61.
22. Treister AK, Hatch MN, Cramer SC, Chang EY. Demystifying post-stroke pain: from etiology to treatment. *PM&R*. 2016
23. Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*. 1993;24:35-41.

Bloqueio do Gânglio Ímpar em Dor Oncológica

Joana Sousa Correia¹, Manuel Silva², Clara Castro³, Maria Lina Miranda⁴ e Ana Agrelo⁵

Resumo

Resumo: A dor visceral transmitida por fibras simpáticas de origem pélvica e perineal pode ser tratada com bloqueio do gânglio ímpar (BGI) ou de Walter (períneo, vulva, vagina distal, uretra distal, escroto, reto distal) de forma simples e eficaz. Os objetivos deste trabalho visam avaliar a eficácia, segurança e simplicidade da execução do BGI em doentes com dor oncológica pélvica e perineal e a importância da seleção de doentes, para melhoria dos resultados. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo, de janeiro 2016 a agosto 2017. Analisados doentes, com dor oncológica pélvica não controlada ou com efeitos laterais do uso de opioides, que foram candidatos à realização de BGI, em regime ambulatorio. Foi realizado o BGI prognóstico, sob controlo ecográfico ou fluoroscópico, com anestésico local e corticoide e o bloqueio neurolítico sob controlo fluoroscópico. A técnica foi realizada pelo mesmo anestesista com equivalência em medicina da dor. A análise estatística: Microsoft Excel 2013[®] e IBM SPSS Statistics versão 22.0[®]. **Resultados:** Analisados 15 doentes. Excluído um doente. Verificou-se uma diminuição da dor basal [mediana da escala verbal numérica (EVN) 7 (p 25 = 7; p 75 = 8)] em relação às 72 horas [mediana da EVN 4 (p 25 = 3; p 75 = 5,3)] e aos três meses [mediana da EVN 4 (p 25 = 3; p 75 = 7)], com significância estatística (72 horas vs. basal, p = 0,001; três meses vs. basal, p = 0,003). **Discussão/Conclusões:** O BGI apresenta-se como uma técnica segura e de fácil realização com resultados favoráveis, estatisticamente significativos, na melhoria de quadro algico, em doentes selecionados. Estudos prospetivos, aleatorizados, com amostras maiores são necessários.

Palavras-chave: Bloqueio do gânglio ímpar. Bloqueio de Walter. Dor oncológica pélvica. Dor oncológica perineal.

Abstract

Introduction: Visceral pain conducted by sympathetic fibers with pelvic and perineal origin can be treated using ganglion impar (GIB) or Walters' block (perineum, vulva, distal vagina, distal urethra, scrotum, distal rectum) in a simple and effective manner. This article aims to evaluate the effectiveness, security and performance difficulty of GIB in patients with pelvic and perineal oncological pain, highlighting the importance of patients selection for a better outcome. **Methods:** Retrospective study between January 2016 and August 2017. Patients with poorly controlled pelvic oncological pain and patients experimenting opioid side effects in which GIB was performed ambulatory were included. Prognostic GIB was performed, under ecographic and fluoros-

¹Interna de formação específica de Anestesiologia, Departamento de Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto

²Interno de formação específica de Anestesiologia, Departamento de Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto

³Departamento de Epidemiologia, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto

⁴Diretora de Serviço de Anestesiologia, Departamento de Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto

⁵Assistente Hospitalar Graduado de Anestesiologia, Competência em Medicina da Dor, Unidade de Estudo e Tratamento da Dor e Departamento de Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto
E-mail: joanassousacorreia@gmail.com

copic control, with local anaesthetic and corticoid. Neurolytic block was performed under fluoroscopic guidance. The technique was performed by the same anaesthetist with pain management competence. Statistical analysis: *Microsoft Excel 2013*[®] and *IBM SPSS Statistics version 22.0*. **Results:** 15 patients were included. 1 patient was excluded. A statistical significant basal pain score reduction was observed [median of the numerical verbal scale (NVS) 7 (p25 = 7; p75 = 8)] compared to 72 hours [median NVS 4 (p25 = 3; p75 = 5.3)] p = 0.001, and 3 months [median NVS 4 (p25 = 3, p75 = 7)] p = 0.003, after the procedure. **Discussion/Conclusion:** GIB is a safe and easy to perform technique achieving satisfactory and statistically significant results, regarding pain control improvement in patients which meet selection criteria. Prospective, randomized, studies with more patients are needed for further conclusions. (Dor. 2018;26(1):14-8)

Corresponding author: Joana Sousa Correia, joanassousacorreia@gmail.com

Key words: Ganglion impar block. Walters' block. Pelvic cancer pain. Perineal cancer pain.

Introdução

A dor associada a neoplasias pode ser de origem somática, visceral ou neuropática. No momento do diagnóstico, até 50% dos doentes podem apresentar uma mistura de vários tipos de dor¹. As estruturas viscerais invadidas ou distendidas provocam dor difusa com localização imprecisa.

Habitualmente, estes doentes são medicados segundo a escada analgésica da dor da Organização Mundial da Saúde (OMS) com anti-inflamatórios não esteroides (AINE), opioides e adjuvantes². Os bloqueios de gânglios simpáticos podem ser eficazes no controlo da dor visceral³. Estes podem ajudar a reduzir consideravelmente a dor, mas raramente a conseguem eliminar pelos diferentes componentes (somáticos, visceral e neuropático) que contribuem para a percepção global de dor⁴.

A dor visceral transmitida por fibras simpáticas de origem pélvica e perineal pode ser tratada com o bloqueio do gânglio ímpar (BGI) ou de Walter (períneo, vulva, vagina distal, uretra distal, escroto, reto distal) de forma simples e eficaz³. Este bloqueio foi inicialmente descrito por Plancarte, et al. no contexto de doentes oncológicos⁵.

Os objetivos deste estudo visam avaliar a eficácia, segurança e simplicidade da execução do BGI em doentes com dor oncológica pélvica e perineal e a importância da seleção adequada de doentes, para melhoria dos resultados.

Material e métodos

Estudo retrospectivo, unicêntrico, realizado entre janeiro de 2016 e agosto de 2017. Foram incluídos doentes com neoplasias localizadas nas áreas de inervação simpática do gânglio ímpar (GI) que apresentavam dor oncológica pélvica não-controlada com a terapêutica instituída ou efeitos laterais do uso de opioides. Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: alterações da coagulação, infeção local, invasão local do sacro, realização de radioterapia ou

quimioterapia nas quatro semanas prévias ao procedimento e recusa do doente (Tabela 1). Todos os procedimentos foram realizados em regime de ambulatório, com consentimento informado.

Neste estudo foram realizados dois tipos de BGI, prognóstico e neurolítico, pelo mesmo anestesista com equivalência em medicina da dor.

O BGI prognóstico foi realizado sob controlo fluoroscópico ou ecográfico, tendo sido administrados 3 a 5 ml de ropivacaína 5 mg/ml e 40 mg de metilprednisolona. Este foi considerado útil quando o controlo da dor foi superior a 30%. Na presença de BGI prognóstico positivo procedeu-se à realização do BGI neurolítico, no bloco operatório, sob controlo fluoroscópico e monitorização *standard* da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) (Tabela 2).

Todos os doentes foram contactados pela equipa de enfermagem, após a realização do BGI, em três momentos: às 24 horas, para detetar eventuais efeitos laterais; às 72 horas e aos três meses para avaliação da dor, segundo a escala verbal numérica (EVN), e definir uma estratégia terapêutica, se necessário.

A análise estatística foi realizada com recurso ao *Microsoft Excel 2013*[®] e *IBM SPSS Statistics versão 22.0*[®].

Resultados

De um total de 15 doentes submetidos ao BGI foi excluído um, pois não foi possível a realização do BGI neurolítico, embora tenha sido possível e positiva a realização do bloqueio prognóstico, o que corresponde a uma percentagem de 6,7% do total de casos.

A análise dos dados demográficos revelou uma média de idades de 58 anos (desvio-padrão [DP] = 8,6) e uma predominância do género masculino, 60% (Tabela 3). Os doentes apresentavam os seguintes diagnósticos: carcinoma da próstata (três doentes); carcinoma do reto (sete doentes); carcinoma da vulva (um doente); carcinoma da vagina (um doente); carcinoma da

Tabela 1. Critérios de exclusão

1. Alterações da coagulação
2. Infecção local
3. Invasão local do sacro
4. Radioterapia ou quimioterapia nas quatro semanas prévias ao procedimento
5. Recusa do doente

Tabela 2. Protocolo de realização do BGI com abordagem sacrococcígea, sob controlo fluoroscópico

1. Obter consentimento informado
2. Canalizar acesso venoso periférico
3. Em decúbito ventral, localizar a linha média e a sua relação com a articulação sacrococcígea
4. Assepsia
5. Sedação titulada (considerada em doentes oncológicos)
6. Infiltração de anestésico local
7. Fluoroscopia: Identificação da união sacrococcígea – visão lateral
8. Introdução da agulha 22 G *quincke*
9. Sob controlo fluoroscópico, avançar a agulha através do disco intervertebral, até visualização da sua ponta em posição ventral ao ligamento sacrococcígeo, com perda de resistência
10. Administração de meio de contraste, em tempo real, para visualizar a dispersão do anestésico local
11. Após exclusão de injeção endovenosa ou neural, administração de 3-5 ml de anestésico local, corticoide e/ou solução neurolítica
12. Ao utilizar soluções neurolíticas deve-se lavar a agulha com anestésico local ou ar, para evitar fistulização
13. Retirar a agulha e transportar o doente para o recobro. Informar o doente de acordo com as recomendações de procedimentos realizados em regime de ambulatório

região perianal (dois doentes) e massa pélvica (um doente) (Tabela 4).

Foi avaliada a dor basal, às 72 horas e aos três meses depois da realização do BGI, segundo a escala EVN, em todos os doentes. Verificou-se uma diminuição da dor basal (mediana da escala EVN de 7 [p 25 = 7; p 75 = 8]) em relação às 72 horas (mediana da escala EVN de 4 [p 25 = 3; p 75 = 5,3]) e aos três meses (mediana da escala EVN de 4 [p 25 = 3; p 75 = 7]), com significância estatística (72 horas vs. basal, p = 0,001 no teste de Wilcoxon; três meses vs. basal, p = 0,003 no teste de Wilcoxon), de acordo com a Tabela 5.

Tabela 3. Dados demográficos

Caraterísticas	Resultados
Idade (média ± DP)	58 ± 8,6
Género masculino/feminino (%)	60/40

Tabela 4. Diagnósticos

Localização do carcinoma	Total
Próstata com envolvimento do reto	3
Reto	7
Vulva	1
Vagina	1
Região perianal	2
Região pélvica	1

Tabela 5. Dados da avaliação da dor segundo a EVN

Tempo de avaliação da EVN	Score na EVN (mediana)	p (significado estatístico < 0,05) – teste Wilcoxon Classe de referência: basal
Basal	7 (p 25 = 7; p 75 = 8)	
72 horas	4 (p 25 = 3; p 75 = 5,3)	0,001
3 meses	4 (p 25 = 3; p 75 = 7)	0,003

Às 72 horas em relação à dor basal: 93% dos doentes apresentaram diminuição da dor; 36% dos doentes obtiveram uma melhoria ≥ 50%; 57% dos doentes obtiveram uma melhoria entre 30-50% e 7% dos doentes obtiveram uma melhoria < 30%.

Aos três meses em relação à dor basal: 79 % dos doentes apresentaram diminuição da dor; 43% dos doentes obtiveram uma melhoria ≥ 50%; 36% dos doentes obtiveram uma melhoria entre 30-50% e 21% dos doentes obtiveram uma melhoria < 30%.

Em três doentes foi repetido o BGI antes dos três meses, sendo registado aos três meses o resultado analgésico.

Em dois doentes, apesar de apresentarem melhoria do quadro algico (> 30%), decidiu-se realizar também, pelas características da dor e da massa tumoral, o bloqueio do plexo hipogástrico superior (BPHS).

Nenhuma complicação foi registada, nomeadamente disfunção motora, disfunção sexual, disfunção vesical, disfunção intestinal, infecção ou perfuração do reto.

Discussão

Desde a sua descrição inicial em 1990 por Plancarte, et al., o BGI tem sido utilizado como uma ferramenta para o tratamento da dor não-controlada, de causa benigna ou maligna, e de origem visceral ou transmitida pelo sistema nervoso simpático pélvico ou perineal⁵. Considera-se atualmente a sua aplicação útil, com grau de recomendação I e nível de evidência C⁶.

Inicialmente, a técnica descrita incluía a abordagem do GI, que se localiza na região ventral da união sacrococcígea, através do ligamento anococcígeo, sob controlo fluoroscópico⁵. Esta técnica apresentava elevado risco de lesão retal. Em 1995, Wemm, et al. descreveram uma nova abordagem – sacrococcígea, que apresenta maior margem de segurança e ainda hoje continua a ser a mais utilizada⁷. Outra abordagem, a transcoccígea, apresenta especial utilidade na presença de ossificação da articulação sacrococcígea⁸⁻¹⁰. Segundo Foyes, et al.¹⁰ permite uma difusão cefálica do contraste, apresentando, por esta razão, eficácia superior¹⁰. No nosso estudo utilizámos esta abordagem quando a abordagem sacrococcígea não foi possível.

A correta colocação da ponta da agulha, no espaço retroperitoneal, pode ser efetuada sob controlo fluoroscópico ou por tomografia computadorizada (TC). Reconhecemos a eficácia superior da realização do BGI sob controlo por TC na presença de variações anatómicas e na diminuição de riscos, nomeadamente lesão de estruturas pélvicas^{11,12}. Mas, uma vez que se trata de um procedimento relativamente seguro, com baixa taxa de complicações nos diferentes estudos publicados, privilegiámos a fluoroscopia pelo custo inferior, maior disponibilidade de utilização e menor sobrecarga de radiações, tanto para o doente como para os profissionais de saúde.

Menção à parte merece, no nosso estudo, a ecografia, para a realização de BGI prognóstico, como importante economizador de recursos logísticos, pois não implica a disponibilidade de uma sala de bloco operatório. Na presença de BGI prognóstico positivo procedeu-se à realização de bloqueio neurolítico, no bloco operatório, sob controlo fluoroscópico. Importante é realçar que o controlo ecográfico permite a identificação do espaço sacrococcígeo e a localização do espaço retroperitoneal, com perda de resistência, embora a administração de um agente neurolítico implique a verificação da distribuição do meio de contraste no espaço retroperitoneal¹³⁻¹⁵. Destacar ainda que quando realizamos um BGI neurolítico executamo-lo com o menor volume possível, no sentido de diminuir o risco de neurite, uma vez que as raízes ventrais sagradas se localizam próximo do GI¹¹.

A patologia onde o BGI tem sido mais estudado e, provavelmente, onde está demonstrada a sua maior eficácia é na coccidínia. Esta patologia apresenta melhoria do quadro clínico após

realização de BGI único ou seriados com corticosteroides, ou com recurso à radiofrequência¹⁶⁻¹⁸.

No que respeita à aplicação terapêutica do BGI na dor oncológica, a sua demonstração em publicações na literatura é mais limitada. Plancarte, et al. apresentam um estudo inaugural, com 16 doentes que apresentavam neoplasias malignas avançadas e dor pélvica importante com melhoria de 60% da sintomatologia álgica¹. Neste sentido, em 2008, Eker, et al. descrevem uma melhoria álgica superior a 60%, após realização de BGI, em três doentes com diagnóstico de neoplasia maligna do reto e dor perineal¹⁹. O último trabalho publicado em 2012, com seis doentes, com carcinomas pélvicos ou gastrointestinais de estádios avançados, apresenta resultados favoráveis, com redução da dor avaliada pela *Visual Analogue Scale score* (VAS), e estatisticamente significativos em dois meses de seguimento¹⁵.

Realçar também estudos publicados em contextos mistos de patologias benignas ou malignas. Neste sentido, em 2007, Toshniwal, et al. publicaram um estudo prospetivo que incluiu 16 doentes com dor crónica perineal, que apresentaram uma redução de 50% na VAS em dois meses de seguimento após realização do BGI²⁰. Em 2009, Agarwal-Kozłowski, et al. demonstraram redução do quadro álgico, estatisticamente significativa, em 43 doentes com dor pélvica, em quatro meses de seguimento²¹.

O nosso estudo representa uma análise de 15 doentes oncológicos. Nestes doentes, a sintomatologia álgica presente não-controlada com opioides ou efeitos laterais aos mesmos, assim como as estruturas viscerais implicadas no processo oncológico (tendo por base os exames imagiológicos realizados) eram suscetíveis de responder ao BGI. Demonstrámos que aos três meses de seguimentos 79% dos doentes apresentaram diminuição da dor. Destes doentes, 43% obteve uma melhoria $\geq 50\%$ e 36% obteve uma melhoria entre 30-50%. A diminuição da dor basal em relação às 72 horas e aos três meses apresentou significância estatística (72 horas vs. basal, $p = 0,001$ no teste de Wilcoxon; três meses vs. basal, $p = 0,003$ no teste de Wilcoxon).

A complexidade da inervação pélvica implica uma seleção criteriosa dos doentes, tendo em conta as características da dor e a localização da massa que provoca a dor, no sentido de melhorar os resultados obtidos com o BGI. Apesar desta seleção criteriosa, o controlo da dor pode não ser completo. Tal é justificado pela possível presença de dor nociceptiva somática ou componente neuropático, ou pela proximidade de outras vísceras atingidas com aferências ao plexo hipogástrico superior. No nosso estudo, pela complexidade da avaliação da dor pélvica, incluímos doentes que realizaram BGI prognóstico com melhoria do quadro álgico $> 30\%$ como candidatos a BGI neurolítico.

A associação do BGI com o BPHS, pela proximidade das estruturas pélvicas, pode ser considerada necessária para melhorar o controle dor. Ahmed, et al. demonstram essa melhoria num estudo realizado em 15 doentes com dor pélvica, perineal ou ambas de etiologia oncológica^{1,4}. No nosso estudo, apesar da seleção criteriosa dos doentes candidatos ao BGI, verificamos que a associação do BPHS foi benéfica, na melhoria do quadro algico, em dois doentes.

Conclusão

O BGI apresenta-se como uma técnica segura e de fácil realização com resultados favoráveis, estatisticamente significativos, na melhoria do quadro algico e na redução do consumo de opioides em doentes selecionados.

Estudos prospetivos aleatorizados com amostras maiores são necessários.

Financiamento

Os autores declaram que não receberam nenhuma contribuição, subsídios ou bolsas, para a realização do trabalho

Conflitos de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Consentimento livre e esclarecido

Foi obtido o consentimento livre e esclarecido.

Bibliografia

1. de Leon-Casasola OA. Superior hypogastric plexus block and ganglion impar neurolysis for pain associated with cancer. *Tech Reg Anesth Pain Manag.* 1997;1:27-31.
2. World Health Organization. *Cancer Pain Relief*, 2nd edition. 1996.
3. Gunduz O, Kenis-Coskun O. Ganglion blocks as a treatment of pain: current perspectives. *J Pain Res.* 2017;10:2815-26.
4. Ahmed DG, Mohamed MF, Mohamed SA. Superior hypogastric plexus combined with ganglion impar neurolytic blocks for pelvic

- and/or perineal cancer pain relief. *Pain physician.* 2015;18(1):E49-56.
5. Plancarte R, Amescua C, Patt RB, Allende S. Presacral blockade of the Ganglion of Walther (ganglion impar). *Anesthesiology.* 1990; 73(3A):A751.
 6. Restrepo-Garces CE, Gomez Bermudez CM, Jaramillo Escobar S, Vargas JF. Procedimientos a nivel de ganglio impar. *Rev Soc Esp Dolor.* 2013;20(3):150-4
 7. Wemm K Jr, Saberski L. Modified approach to block the ganglion impar (ganglion of Walther.). *Reg Anesth.* 1995;20(6):544-5.
 8. Foye PM, Buttaci CJ, Stitik TP, Yonclas PP. Successful injection for coccyx pain. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006;85:783-4.
 9. Hong JH, Jang HS. Block of the ganglion impar using a coccygeal joint approach. *Reg Anesth Pain Med.* 2006;31:583-4.
 10. Foye PM. New approaches to ganglion impar blocks via coccygeal joints. *Reg Anesth Pain Med.* 2007;32(3):269.
 11. Oh CS, Chung IH, Ji HJ, Yoon DM. Clinical implications of topographic anatomy on the ganglion impar. *Anesthesiology.* 2004;101(1): 249-50.
 12. Datir A, Connell D. CT-guided injection for ganglion impar blockade: a radiological approach to the management of coccydynia. *Clin Radiol.* 2010;65(1):21-5.
 13. Lin CS, Cheng JK, Hsu YW, Chen CC, Lao CJ, Cheng PH, et al. Ultrasound-guided ganglion impar block: a technical report. *Pain Med.* 2010;11(3):390-4.
 14. Johnston PJ, Michálek P. Blockade of the ganglion impar (walther), using ultrasound and a loss of resistance technique. *Prague Med Rep.* 2012;113(1):53-7.
 15. Bhatnager S, Khanna S, Roshni S, Goyal GN, Mishra S, Rana SP, Thulkar S. Early ultrasound-guided neurolysis for pain management in gastrointestinal and pelvic malignancies: an observational study in a tertiary care center of urban India. *Pain Pract.* 2012;12(1): 23-32.
 16. Karaman H, Tüfek A, Kavak GO, Yildirim ZB, Celik F. Would pulsed radiofrequency applied to different anatomical regions have effective results for chronic pain treatment? *J Pak Med Assoc.* 2011;61: 879-85.
 17. Demircay E, Kabatas S, Cansever T, Yilmaz C, Tuncay C, Altinors N. Radiofrequency thermocoagulation of ganglion impar in the management of coccydynia: preliminary results. *Turk Neurosurg.* 2010; 20(3):328-33.
 18. Patijin J, Janssen M, Hayek S, Mekhail N, Van Zundert, van Kleef M. 14. Coccygodynia. *Pain Pract.* 2010;10(6):554-9.
 19. Eker HE, Cok OY, Kocum A, Acil M, Turkoz A. Transsacrococcygeal approach to ganglion impar for pelvic cancer pain: a report of 3 cases. *Reg Anesth Pain Med.* 2008;33(4):381-2.
 20. Toshniwal GR, Dureja GP, Prashanth SM. Transsacrococcygeal approach to ganglion impar block for management of chronic perineal pain: a prospective observational study. *Pain Phys.* 2007;10(5): 661-6.
 21. Agarwal-Kozlowski K, Lorke DE, Habermann CR, Am Esch JS, Beck H. CT-guided blocks and neuroablation of the ganglion impar (Walther) in perineal pain: anatomy, technique, safety and efficacy. *Clin J Pain.* 2009;25(7):570-6.

Dor Persistente Após Hernioplastia Inguinal – A Propósito de um Caso Clínico

Ana Ricardo¹ e Nuno Agostinho Fernandes²

Resumo

Os doentes submetidos a hernioplastia inguinal apresentam uma elevada incidência de dor persistente pós-operatória (DPPO). Este tipo de dor crónica tem uma repercussão negativa na qualidade de vida com elevado impacto socioeconómico e aumento dos custos diretos e indiretos em saúde. Após avaliação de um doente jovem, submetido a hernioplastia inguinal, com queixas de dor intensa no local da incisão cirúrgica associada a incapacidade física e absentismo laboral, propõe-se uma revisão da literatura sobre a DPPO. O tratamento da DPPO é um desafio, tendo em conta a baixa evidência das terapêuticas disponíveis. A prevenção deve ser a prioridade, com a identificação precoce dos doentes em risco de DPPO e o tratamento sintomático da dor aguda pós-operatória (DAPO).

Palavras-chave: Dor persistente pós-operatória. Dor persistente após hernioplastia inguinal.

Abstract

Patients submitted to inguinal hernioplasty have a high incidence of persistent postoperative pain. This type of chronic pain has a negative repercussion on the quality of life with high socioeconomic impact and increase of the direct and indirect costs in health. After evaluation of a young patient, submitted to inguinal hernioplasty, with complaints of intense pain at the site of the surgical incision associated with physical incapacity and work absenteeism, a review of the literature on persistent postoperative pain (PPOP) is proposed. Treatment of PPOP is challenging given the low evidence of available therapies. Prevention should be the priority, with the early identification of patients at risk for PPOP and the symptomatic treatment of acute postoperative pain. (Dor. 2018;26(1):19-23)

Corresponding author: Ana Ricardo, ana.ricardo@hds.min-saude.pt

Key words: Persistent postoperative pain. Chronic postoperative pain after inguinal hernia repair.

Introdução

A dor persistente pós-operatória (DPPO) está descrita como uma complicação pós-operatória de cirurgias como a hernioplastia inguinal, a mastectomia, a colecistectomia laparoscópica e a amputação do membro inferior. A incidência de DPPO varia entre os 5 e os 50%¹.

Este tipo de dor crónica tem uma repercussão negativa na qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, afetando o seu desempenho físico e o seu estado psicológico².

Estudos revelam que a DPPO tem uma incidência superior após hernioplastia inguinal aberta por abordagem anterior, quando comparada com a abordagem laparoscópica. A recidiva herniária está associada a uma elevada incidência de DPPO³.

A DPPO após hernioplastia inguinal via aberta está associada a uma baixa qualidade de vida⁴, provavelmente por interferir com as atividades de vida diária⁵.

Esta complicação gera um aumento dos custos diretos e indiretos em saúde, pelo aumento do tempo de internamento e da utilização dos

¹Assistente Hospitalar de Anestesiologia
Coordenadora da Unidade de Dor Aguda

²Interno Formação Específica em Psiquiatria
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)
Hospital Distrital de Santarém (HDS)
Santarém

E-mail: ana.ricardo@hds.min-saude.pt

recursos hospitalares, pelo absentismo e diminuição da produtividade laboral⁶.

Material e métodos

Descrição de caso clínico. Revisão sistemática da literatura nos motores de busca PubMed, Medline, Embase e Cochrane Database com as palavras-chave: «*persistent postoperative pain*» e «*chronic postoperative pain after inguinal hernia repair*». Foram apenas incluídos artigos em língua inglesa.

Caso clínico

Jovem, sexo masculino, 24 anos, longilíneo, com diagnóstico de hérnia inguinal à direita e hidrocelo à esquerda, submetido a hernioplastia inguinal indireta com colocação de prótese à direita e excisão de hidrocelo à esquerda em 09.12.2014, sob anestesia geral balanceada, em regime de ambulatório. Na reavaliação em consulta de Cirurgia, no dia 19.01.2015, referiu DPPO, no local da incisão cirúrgica à direita, com características neuropáticas. Não apresentava recidiva herniária, pelo que foi medicado pelo cirurgião com pregabalina 50 mg/dia. Na consulta seguinte, um mês depois, foi constatada melhoria do quadro algíco com a terapêutica anticonvulsivante, e cinco meses depois o doente encontrava-se assintomático, tendo tido alta da consulta de Cirurgia.

Em 03.01.2017 foi submetido a apendicectomia por via laparoscópica, por apendicite aguda supurada, sob anestesia geral balanceada, no contexto de urgência. No pós-operatório imediato referiu dor na fossa ilíaca direita, de elevada intensidade, tendo sido excluídas recidiva herniária e complicações pós-operatórias. À data da alta para o domicílio mantinha queixas algícas, estando medicado com paracetamol 100 mg, *per os*, se dor, até quatro vezes por dia. Foi reavaliado a 30.01.2017 em consulta, mantendo queixas de dor intensa no local de incisão cirúrgica da hernioplastia, apesar da medicação referida, pelo que foi reintroduzida a pregabalina. Realizou ecografia das partes moles e tomografia computadorizada (TC) da bacia, em ambulatório, não apresentando sinais imagiológicos de recidiva herniária ou outras complicações cirúrgicas.

Foi solicitado parecer de Anestesiologia no dia 29.01.2018 por dor intensa. À observação ainda nesse dia, o doente apresentava dor de grau 8 na escala numérica da dor, localizada na fossa ilíaca direita, associada a parestesias, sensação de choque elétrico, hiperestesia e alodinia numa área de 3 cm pericicatricial, que agravava com o movimento e ortotatismo e aliviava com decúbito dorsal. A dor impossibilitava a prática de exercício físico e a atividade laboral. Foi prescrito a aplicação local de capsaicina creme 0,25 mg/g, três vezes por dia, durante um mês, após o qual houve melhoria ligeira do quadro

algíco. Foi agendada consulta de reavaliação, a 29.03.2018, ponderando-se aplicação de adesivo de capsaicina a 8% em meio hospitalar caso persistissem as queixas algícas.

Definição

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a DPPO como dor persistente com mais de três meses de duração, após exclusão de outras causas de dor¹.

Em 2014, surge na literatura uma nova definição de DPPO com critérios mais extensos e abrangentes. Assim passou a considerar-se a DPPO como a dor: a) que surge após um procedimento cirúrgico ou que aumenta de intensidade após um procedimento cirúrgico; b) que tem uma duração de, pelo menos, três a seis meses e tem impacto na qualidade de vida do doente; c) que persiste após uma DAPO ou que surge após um período sem dor; d) localizada no local cirúrgico, no território de inervação do local cirúrgico ou no dermatomo referido, e e) foram excluídas outras causas de dor⁷.

A incidência de dor persistente após hernioplastia inguinal (DPPHI) refere-se à DPPO após hernioplastia inguinal por via aberta ou laparoscópica.

Incidência

A DPPHI por via aberta é de 18% (variando segundo estudos entre 0,7 e 75%), sendo que após hernioplastia inguinal laparoscópica a incidência desce para os 6% (variação entre 1 e 16%). A variabilidade das incidências reflete a ausência de uniformidade de critérios de definição e de avaliação de DPPO nos diferentes estudos analisados. A DPPHI com impacto na qualidade de vida tem uma incidência entre 10 e 12%, sendo que se a dor for severa e condicionar as atividades de vida diária e a atividade laboral, a incidência é de 0,5 a 6%⁸⁻¹⁰.

Mecanismos da dor

Os mecanismos da DPPHI são divididos considerando a existência ou a ausência de lesão nervosa.

A lesão nervosa direta surge na abordagem cirúrgica anterior por via aberta. Os nervos ilioinguinal e o ramo genital do nervo genitofemoral, e o nervo ilio-hipogástrico são lesados numa percentagem de 96, 90 e 94% respetivamente¹¹.

A lesão nervosa pode surgir por compressão pelo material cirúrgico (próteses, agrafos, suturas), formação de tecido cicatricial ou inflamatório peri-incisional ou por complicações pós-operatórias como infeção, hematoma ou inflamação¹⁰.

A dor neuropática que pode surgir após lesão nervosa é descrita como queimadura, formigueiro, pressão ou picada, que agrava com a marcha e a posição sentada¹⁰. A irradiação para a linha média acima do púbis e externamente para

a anca ocorre quando a lesão é no ramo ilio-hipogástrico. A lesão do nervo ilioinguinal e genitofemoral origina dor irradiada para a virilha, escroto ou pênis ou para a face anterior dos grandes lábios e face anterior da coxa¹⁰.

Na ausência de lesão nervosa, a dor ocorre por lesão tecidual e inflamação crônica, estiramento de músculos e ligamentos, fibrose perineural ou periprotésica e por recidiva herniária. Estes mecanismos estão associados a dor nociceptiva, descrita como moinha, facada, estiramento ou latejante^{8,10,12}.

A sensibilização central e periférica são mecanismos da DPPO. A sensibilização central após o traumatismo cirúrgico é mantida pela sensibilização periférica decorrente da estimulação persistente dos receptores nociceptivos no campo cirúrgico. A nível neuronal ocorre estimulação dos nociceptores após lesão nervosa no momento intraoperatório e no período pós-operatório imediato. A regeneração nervosa periférica dos aferentes primários e dos corpos celulares do gânglio da raiz dorsal é responsável pela manutenção de atividade ectópica. As fibras aferentes A δ , íntegras, adjacentes ao campo cirúrgico, perpetuam a estimulação colateral e as alterações estruturais do sistema nervoso central como a inibição das vias descendentes inibitórias dos interneurónios do corno posterior da medula, decorrentes da estimulação nociceptiva contínua no período perioperatório^{6,13}.

Fatores de risco

A literatura descreve como fatores de risco associados a DPPHI, com grau de evidência forte, o sexo feminino, idade jovem (< 40 anos), dor no pré-operatório e no pós-operatório imediato de grande intensidade, história de dor crônica, cirurgia a recidiva herniária e hernioplastia por técnica aberta.

Na técnica laparoscópica, o plano de dissecação poupa o nervo inguinal, razão pela qual a incidência de DPPHI é menor.

A colocação de prótese parece reduzir a incidência de DPPHI quando comparado com a herniorrafia.

A existência de complicações pós-operatórias, a neurólise e a preservação do nervo ilioinguinal são apontados como fatores de risco para DPPHI de evidência moderada.

Por último, a predisposição genética (haplótipo HLA DQB1*03:02), a catastrofização, a dor intensa após estimulação tónica térmica, a fixação inadequada da prótese com sutura, *clip* ou agrafos, técnica cirúrgica com lesão dos nervos inguinais, cirurgião inexperiente, disfunção sensorial da região inguinal, complicações pós-operatórias como infeção ou hematoma e ganhos secundários são fatores de risco com baixa evidência científica^{10,14}.

Os fatores psicossociais associados à dor crônica são objeto de vários estudos. Uma revisão

sistemática correlacionou com significado estatístico a DPPO com a depressão, a vulnerabilidade psicológica e o *stress*. O mesmo estudo demonstrou que existe evidência insuficiente para correlacionar a ansiedade, o autocontrolo, a vitalidade, a autoperceção, as expetativas e o apoio social com a DPPO¹⁵.

Tratamento

O tratamento da DPPO é baseado nas recomendações para o tratamento da dor crônica da Organização Mundial de Saúde. Os doentes que iniciam terapêutica demonstram melhoria do seu quadro clínico⁵.

O tratamento deverá ser mantido enquanto permanecer o estímulo sensitivo, ou seja, enquanto existir dor.

Existe evidência clínica na terapêutica da DPPO com fármacos inibidores N-metil-D-aspartato (cetamina) e com anticonvulsivantes (gabapentinoides) pela sua ação inibidora na sensibilização central⁶.

Uma meta-análise de 2014 analisou a administração de cetamina endovenosa no perioperatório, tendo concluído existir uma redução de 25% (NNT – 12) de DPPO aos três meses e 30% (NNT – 14) aos seis meses. Não houve, no entanto, evidência na redução de risco de DPPO aos 12 meses¹⁶.

Em 2017, outra meta-análise demonstrou que a pregabalina não tem impacto na incidência de DPPO aos 3, 6 e 12 meses após cirurgia¹⁷.

Os anti-inflamatórios diminuem a sensibilização periférica dos nociceptores e estão indicados quando o mecanismo subjacente é inflamatório e não é neuropático⁶.

Em 2016 foi publicado um estudo que demonstrou uma redução da incidência de DPPHI após infiltração local ou raquianestesia com anestésico local associado a anti-inflamatório (ceterolac) durante quatro dias, reforçando os benefícios de uma abordagem multimodal no tratamento da dor¹⁸.

A terapêutica para a dor neuropática localizada com emplastro de lidocaína tópica 5%, segundo a norma portuguesa da Direção-Geral de Saúde (DGS), apenas está recomendada para a nevralgia pós-herpética. A mesma norma recomenda para a dor neuropática localizada o adesivo de capsaicina 8% (de uso exclusivo hospitalar)¹⁹.

Segundo Bischoff, não existe evidência de eficácia na aplicação do emplastro de lidocaína 5% na redução dos níveis de dor em repouso e em movimento, em comparação com o placebo, em doentes com DPPHI com dor severa²⁰. Também a aplicação do adesivo de capsaicina 8% não reduziu significativamente os níveis de dor em repouso e em movimento, em comparação com o placebo, em doentes com DPPHI. No entanto, o autor sublinha a tendência para o alívio da dor após um mês de aplicação²¹.

Como terapêutica farmacológica de terceira linha no tratamento da dor neuropática, a DGS recomenda a prescrição de tramadol, tramadol com paracetamol ou tapentadol, associada a anticonvulsivantes ou antidepressivos tricíclicos, fármacos de primeira linha¹⁹.

Não existe evidência para a recomendação de terapêuticas não farmacológicas como a acupuntura e o neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) no tratamento e prevenção da DPPO⁶.

A abordagem cognitivo-comportamental apresenta benefício demonstrado na terapêutica dos doentes com DPPO. O novo método desta abordagem é denominado por «Terapia de Aceitação e Empenho» (*acceptance and commitment therapy*), baseado em técnicas de *mindfulness*, aceitação e escolhas comportamentais baseadas nos valores pessoais. Esta abordagem, associada a uma terapêutica multimodal otimizada pelo anesthesiologista, e, ao início, precoce de fisioterapia no pós-operatório, tem demonstrado bons resultados nos doentes com risco elevado de DPPO^{22,23}.

O tratamento cirúrgico da DPPHI com remoção da prótese e do material de fixação e neurectomia tripla, com ressecção do segmento intramuscular do nervo ilio-hipogástrico, só deverá ser considerada se o tratamento conservador falhar¹¹.

Prevenção

Tendo em conta que um dos principais fatores de risco é a dor intensa no pós-operatório imediato, a existência de uma estrutura organizada como a Unidade de Dor Aguda (UDA) permite identificar os doentes em risco de DPPO e iniciar o tratamento sintomático precocemente.

Em ambulatório, as especialidades de Cirurgia Geral e de Medicina Geral e Familiar devem estar atentas a indícios de DPPO nas consultas de seguimento e iniciar terapêutica sintomática. Sempre que a terapêutica não seja eficaz estes doentes devem ser referenciados à Unidade de Dor Crónica^{24,25}.

Discussão

Tendo em conta os fatores de risco: a idade jovem (< 40 anos), dor no pós-operatório imediato de grande intensidade e a cirurgia por técnica aberta, todos com grau de evidência forte, o doente discutido neste caso clínico apresentava risco de desenvolver DPPHI, no entanto, não foi feita qualquer abordagem em termos de prevenção. O início da terapêutica com anticonvulsivantes pela sua ação inibidora na sensibilização central estava indicado neste caso, no entanto, a pregabalina não tem impacto na prevenção DPPO, pelo que não seria o fármaco mais indicado. A gabapentina teria sido a opção terapêutica pela maior evidência científica.

Na segunda intervenção cirúrgica, existindo história de DPPHI e perante a intensidade da

dor pós-operatória, a administração de cetamina endovenosa e de cetorolac estaria indicada na prevenção da DPPHI. Em relação ao tratamento no pós-operatório imediato, a indicação recairia na gabapentina. A proposta terapêutica da aplicação de capsicina em creme e posterior adesivo não encontra forte evidência na literatura, no entanto, parece existir uma tendência para o alívio da dor após um mês de aplicação.

Com este caso demonstra-se um défice de reconhecimento desta entidade, sendo importante investir na informação/formação dos profissionais.

Conclusão

A DPPHI é uma entidade ainda pouco reconhecida pelos profissionais de saúde, havendo um défice de formação/informação. É uma complicação pós-operatória que quando não reconhecida e tratada tem impacto negativo na qualidade de vida do doente e implica aumento de custos diretos e indiretos em saúde.

A prevenção deve ser a prioridade, com a identificação precoce dos doentes em risco e o início do tratamento sintomático da DAPO.

O tratamento da DPPHI é um desafio, tendo em conta a baixa evidência das terapêuticas disponíveis.

Existe evidência clínica na terapêutica da DPPHI com fármacos inibidores N-metil-D-aspartato (cetamina) e com anticonvulsivantes (gabapentinoides), exceto a pregabalina, anestésicos locais sob a forma de raquianestesia ou infiltração local e anti-inflamatórios não esteróides como o cetorolac.

A abordagem cognitivo-comportamental apresenta benefício demonstrado na terapêutica dos doentes com DPPHI.

Bibliografia

1. Kethlet H, Edwards RR, Buvanendran A. Persistent postoperative pain: pathogenic mechanism and preventing strategies. Seattle: International Association for the Study of Pain, 2012.
2. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, et al. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. *Eur J Anaesthesiol*. 2015;32(10):725-34.
3. Sevoni D, Montgomery A, Smedberg S, Sandblom G. Chronic groin pain, discomfort and physical disability after recurrent groin hernia repair: impact of anterior and posterior mesh repair. *Hernia*. 2016;20(1):43-53.
4. Poobalan AS, Bruce J, King PM, Chambers WA, Krukowski ZH, Smith WC. Chronic pain and quality of life following open inguinal hernia repair. *Br J Surg*. 2001;88(8):1122-6.
5. Guimaraes-Pereira L, Valdoleiros I, Reis P, Abela F. Evaluating Persistent Postoperative Pain in One Tertiary Hospital: Incidence, Quality of life, Associated Factors, and Treatment. *Anesth Pain Med*. 2016;6(2):e36461.
6. Correll D. Chronic postoperative pain: recent findings in understanding and management [version 1; referees: 3 approved]. *F1000Research*. 2017;6(F1000 Faculty Rev):1054.
7. Werner MU, Kongsgaard UE. I. Defining persistent post-surgical pain: is an update required? *Br J Anaesth*. 2014;113(1):1-4.
8. Aasvang E, Kehlet H. Chronic postoperative pain: the case of inguinal herniorrhaphy. *Br J Anaesth*. 2005;95:69-76.

9. Bittner R, Montgomery MA, Arregui E, Bansai V, Bingener J, Bisgaard T, et al.; International Endohernia Society. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society). *Surg Endosc*. 2015;29(2):289-321.
10. Reinbold W. Risk factors of chronic pain after inguinal hernia repair: a systematic review. *Innov Surg Sci*. 2017;2(2):61-68.
11. Nikkolo C, Lepner U. Chronic pain after open inguinal hernia repair. *Postgrad Med*. 2016;128(1):69-75.
12. Amid PK. Causes, prevention, and surgical treatment of postherniorrhaphy neuropathic inguinodynia: triple neurectomy with proximal end implantation. *Hernia* 2004;8(4):343-9.
13. Katz J, Seltzer Z. Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Rev Neurother*. 2009;9(5):723-44.
14. Niraj G. Persistent postoperative pain: where are we now? *Br J Anaesth*. 2011;107(1):25-9.
15. Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer EA. Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain(CPSP) - a systematic review. *Eur J Pain*. 2009;13(7):719-30.
16. McNicol ED, Schumann R, Haroutounian S. A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent post-surgical pain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014;58(10):1199-213.
17. Martinez V, Pichard X, Fletcher D. Perioperative pregabalin administration does not prevent chronic postoperative pain: systematic review with a meta-analysis of randomized trials. *Pain*. 2017;158(5):775-83.
18. Bugada D, Lavand'homme P, Ambrosoli AL, Cappelleri G, Sacani Jotti GMR, Meschi T, et al. Effect of Preoperative Inflammatory Status and Comorbidities on Pain Resolution and Persistent Postsurgical Pain after Inguinal Hernia Repair. *Mediators of Inflammation*, 2016; 2016:5830347.
19. DGS. Tratamento farmacológico da dor neuropática no adulto e idoso. Norma n.º 043/2011 de 23/12/2011 atualizada a 13/07/2017.
20. Bischoff JM, Petersen M, Uçeyler N, Sommer C, Kehlet H, Werner MU. Lidocaine Patch (5%) in Treatment of Persistent Inguinal Postherniorrhaphy Pain: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Crossover Trial. *Anesthesiology*. 2013;119(6):1444-52.
21. Bischoff JM, Ringsted TK, Petersen M, Sommer C, Uçeyler N, Werner MU. A Capsaicin (8%) Patch in the Treatment of Severe Persistent Inguinal Postherniorrhaphy Pain: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *PLoS One*. 2014;9(10):e109144.
22. Katz J, Weinrib A, Fashler SR, Katznelson R, Shah BR, Ladak SS, et al. The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. *J Pain Res*. 2015;8:695-702.
23. Weinrib AZ, Azam MA, Birnie KA, Burns LC, Clarke H, Katz J. The psychology of chronic post-surgical pain: new frontiers in risk factor identification, prevention and management. *Br J Pain*. 2017;11(4):169-77.
24. Dennis R, O'Riordan. Risk factors for chronic pain after inguinal hernia repair. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007;89(3):218-20.
25. Kalso E. IV. Persistent post-surgery pain: research agenda for mechanisms, prevention, and treatment. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):9-12.

Bloqueio Ecoguiado do Eretor da Espinha – Caso Clínico em Dor Crónica

Hugo Reis¹ e Duarte Machado²

Resumo

Objetivos: A síndrome de cirurgia de coluna falhada (SCCF) é uma entidade relativamente frequente, responsável por muitas das queixas álgicas dorsais e lombares nos doentes que sofrem de dor crónica. As vantagens e benefícios da intervenção nestes doentes, com bloqueios de nervos periféricos ecoguiados, é pouco clara pela escassez de dados ou até de opções disponíveis, tornando pertinente a utilização de técnicas inovadoras. **Relato do caso:** Caso clínico em contexto de dor crónica, de um doente com dor paravertebral dorsal severa, bilateral, com características mistas (miofascial/neuropática), em consequência de SCCF, refratária à terapia farmacológica convencional, bem como a procedimentos de intervenção diversa (toxina botulínica, infiltrações musculares e acupuntura), tendo-se então, executado bloqueio ecoguiado do eretor da espinha (BEEE), com sucesso analgésico e ganho terapêutico, sem intercorrências ou complicações associadas. **Conclusões:** O BEEE parece ser uma abordagem segura e de execução fácil, com analgesia de praticamente todo o tórax, podendo conferir grande utilidade e versatilidade em contexto de quadros de dor torácica diversa, principalmente se atingimento em múltiplos dermatómos.

Palavras-chave: Dor crónica. Miofascial. Neuropática. Dor torácica. Coluna falhada. Ecoguiado. Bloqueio de nervos periféricos. Eretor da espinha.

Abstract

Objectives: Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) is a relatively frequent entity responsible for many of the dorsal and lumbar pain complaints in patients suffering from Chronic Pain. The advantages and benefits of intervention in these patients, with ultrasound-guided peripheral nerve blocks, are unclear because of the scarcity of data or even of the options available, making the use of innovative techniques relevant. **Case report:** clinical case in the context of chronic pain, of a patient with severe bilateral dorsal paravertebral pain with mixed characteristics (myofascial/neuropathic), as a consequence of FBSS, refractory to conventional pharmacological therapy, as well as a diverse of procedures (botulinum toxin, muscular infiltration and acupuncture). and then performed an ultrasound-guided Erector Spinae Plane Block (ESP), with successful analgesia and therapeutic gain, without complications or associated complications. **Conclusions:** the ESP block seems to be a safe and easy-to-perform approach with analgesia of practically the entire thorax and may confer great utility and versatility in the context of thoracic pain frame variability, mainly when attainment in multiple dermatomes. (Dor. 2018;26(1):24-6)

Corresponding author: Hugo Reis, reisvhb@gmail.com

Key words: Chronic pain. Myofascial. Neuropathic. Thoracic pain. Failed back. Ultrasound-guided. Nerve blocks. ESP.

Introdução

A dorsolombalgia ou «dor de costas», como é sobejamente conhecida, é uma dor e condição altamente prevalente, que pode ter um impacto social, financeiro e psicológico tremendo na vida dos doentes. Trata-se de um problema mundial, com uma incidência global de 9,4%¹, sendo, grande parte das vezes, uma dor crónica de difícil controlo. Atualmente, uma das mais frequentes entidades nosológicas na Consulta de Dor é a dorsolombalgia, mais especificamente a SCCF².

¹Interno de Formação Específica em Anestesiologia (5.º ano) Departamento de Anestesiologia e Terapêutica da Dor Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE Lordelo, Vila Real

²Unidade Funcional de Dor Serviço de Anestesiologia Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto Porto E-mail: reisvhb@gmail.com

A SCCF caracteriza-se pela manutenção persistente de queixas álgicas dorsolombares e/ou nos membros inferiores em doentes anteriormente submetidos a cirurgia da coluna vertebral, com possíveis alterações no exame físico e tradução imagiológica. A incidência de SCCF varia consideravelmente em diversos estudos, entre 20 a 40%², sendo uma condição complexa, muitas vezes de etiologia multifatorial, o que dificulta o seu diagnóstico. Estão descritos diferentes fatores implicados na sua fisiopatologia, que se estendem desde a seleção inapropriada do doente, diagnóstico incorreto e indicação cirúrgica incorreta; lesão neurológica irreversível, quer pela própria doença ou iatrogénica; cirurgia inapropriada; ou ainda, patologia recorrente. O tratamento é geralmente difícil e normalmente é necessário o apoio na Consulta de Dor².

Relata-se um caso clínico, onde, dentro deste contexto de dor crónica de difícil controlo, abordou-se o doente com uma técnica interventiva – BEEE.

Relato de caso

Sexo feminino, 51 anos, com síndrome de coluna falhada, antecedentes de escoliose dorsolombar operada aos 23 anos, tendo sido intervenção à coluna novamente em 2009 para extração do material de osteossíntese (EMOS), por dor. Seguida posteriormente em Consulta de Dor crónica com queixas álgicas severas de característica miofascial e neuropática, na região paravertebral em toda a extensão torácica, bilateralmente, com intensidade na Escala Visual Analógica (VAS *score*) variável entre 6 a 9, conforme terapêutica instituída e suas alterações ao longo do tempo. Refere alterações severas no padrão de sono e qualidade de vida.

Antecedentes deiringomielia, como achado imagiológico, sem queixas específicas, seguida em consulta de Neurologia, com estudo imagiológico e neuromuscular, que mostram cavidade centromiélica de C2 até praticamente ao cone medular, sem condicionar compressão nervosa ou défices, excluindo-se como causa do quadro de dor existente e sem indicação cirúrgica.

A terapêutica farmacológica convencional incluía opioides e adjuvantes, sem controlo satisfatório da dor apesar das tentativas de rotação e aumento de dose. Iniciou, em 2012, infiltrações musculares (trapézio e paravertebrais torácicas) com toxina botulínica, que vem fazendo ocasionalmente, com melhoria ligeira, apesar de incompleta e transitória. Fez algumas infiltrações miofasciais com anestésico local (AL) (ropivacaína 0,2%), também com melhorias ligeiras e transitórias, mas com pouca satisfação para a doente. Desde 2014 iniciou sessões de acupuntura contemporânea, à qual a doente aderiu de forma mais regular, e em que refere melhorias mais significativas mas também de duração muito limitada.

Realiza-se o BEEE, de acordo com a descrição original da técnica³, com sonda linear,

tendo-se injetado 20 cc de ropivacaína 0,2%, no espaço fascial, entre a face profunda/anterior do músculo eretor da espinha (EE) e a apófise transversa da 5.^a vertebra torácica, bilateralmente. Sem quaisquer complicações.

A paciente refere ter ficado sem qualquer dor (VAS *score* 0) durante os dois dias após a intervenção, sendo que durante as quatro a oito semanas seguintes afirma ter tido apenas dor ligeira controlada (VAS *score* entre 2 a 4) e ótima satisfação, nomeadamente no padrão de sono e qualidade de vida. Durante esse tempo foi possível diminuir-se a terapêutica farmacológica de base. Após esse período de quatro a oito semanas, as queixas álgicas foram aumentando progressivamente, até que regressaram à intensidade anterior ao bloqueio, com necessidade da terapêutica habitual.

Discussão

O BEEE (nome comum dado ao conjunto de três músculos que suportam a coluna: o *spinalis*, *longissimus thoracis*, *iliocostalis*) consiste – após a visualização e identificação ecográfica dos músculos trapézio, romboide maior (RM) e EE, ao nível da quinta vértebra (T5), e acima da sua apófise transversa, com a sonda linear colocada no plano parasagital, paralela à linha média – na inserção de uma agulha ecogénica (8 cm, 22 Gauge), a 5 cm lateralmente à apófise espinhosa da T5 em abordagem cefálica-caudal e *in-plane* em relação à sonda ecográfica, injetando-se 20 cc de AL no espaço interfascial, entre a face superficial do EE e a face profunda do RM, ou então, abaixo da fásia da face profunda do EE, tendo a apófise transversa como referência, isto sempre auxiliado com imagem ecográfica. O objetivo será dispersar o AL para o espaço paravertebral anteromedial, ao mesmo nível e conseqüentemente aos espaços paravertebrais contíguos, cefálicos e caudais ao longo da coluna vertebral, de forma a banhar e bloquear as divisões anteriores e posteriores dos nervos espinhais. Está descrito³ bloqueio cutâneo sensitivo em toda a região dorsal e parte anterior do tórax, nos dermatómos correspondentes desde T1 a T9, confirmado com estudos imagiológicos e em cadáveres, ficando a descoberto apenas uma pequena faixa vertical, na linha média anterior do tórax (esternal), com cerca de 5 a 10 cm de largura, possivelmente por corresponder à área de enervação cruzada.

Apesar de aparentemente não existir diferenças na área de cobertura do AL, conforme se a abordagem é superficial ou profunda ao EE, nos bloqueios em cadáveres e após a dissecação anatómica, revelou-se haver melhor dispersão para os ramos ventrais dos nervos espinhais, na abordagem profunda, sendo por isso esta a via recomendada, principalmente se o objetivo é um bloqueio mais anterior³.

Nesta doente, a técnica foi feita sob técnica asséptica e monitorização *standard*, conforme o

descrito, pela abordagem na face profunda do EE, injetando o AL entre o músculo e a apófise transversa de T5, sem dificuldades ou complicações e com sucesso, o que aparentemente reforça o mecanismo de dispersão e ação descrito no artigo original (Figs. 1-3).

A nossa experiência confirma a facilidade de execução técnica e segurança deste bloqueio, não só por ser ecoguiado, mas também pela não envolvimento de grandes vasos ou outras estruturas nobres na região de intervenção – fatores muito aliciantes em qualquer intervenção,

No entanto, a larga abrangência da cobertura sensitiva deste bloqueio a praticamente todo o hemitórax, algo que também se verificou no nosso caso, para além de ser um fator muito positivo e útil, pode representar alguns inconvenientes consoante o contexto da sua aplicação.

Reconhecemos que, principalmente em contextos de dor aguda torácica, este bloqueio poderá ser uma abordagem importantíssima, principalmente em doentes com comorbilidades, que dificultem ou contraindiquem a abordagem ao neuroeixo, servindo, por exemplo, como técnica anestésica combinada na cirurgia torácica⁴ ou em situações de trauma torácico multinível⁵.

No entanto, em contexto de dor crónica, as desvantagens são: a relativa curta duração em termos de alívio do quadro algico, inconveniente comum à maioria dos bloqueios periféricos que obriga a repetição frequente da técnica, situação que poderá ser ultrapassada com a colocação de cateteres⁶; na área do diagnóstico, em que os bloqueios de nervos periféricos podem ser, de facto, muito úteis, a utilização do BEEE poderá ter uso limitado, devido ao seu demasiado largo espectro de abrangência sensitiva, diminuindo assim a sua especificidade, desvantagem para a qual não conseguimos ver solução ou alternativa. Outra potencial desvantagem será a possível dispersão medial do fármaco para o espaço epidural e consequente alteração hemodinâmica prevista nesta situação.

No nosso caso, o sucesso imediato do bloqueio, bem como a relativa longa duração do seu efeito, para este tipo de técnica, nomeadamente com melhoria significativa da dor e possibilitando uma redução da farmacologia de base durante um mês, parece mostrar que se trata de uma abordagem pertinente para o controlo da dor neste tipo de doentes, com patologia que envolva queixas de dor dorsal e eventualmente do tórax anterior, principalmente se houver possibilidade de colocação de cateteres, com associação de fármacos adjuvantes para a dor neuropática, diminuindo possivelmente a necessidade ou a frequência da repetição desta técnica.

O BEEE parece tratar-se de um bloqueio que oferece analgesia a uma vasta área sensitiva, em praticamente todo o tórax, o que faz com que possa ser uma estratégia muito versátil para diferentes situações, nomeadamente em contexto de queixas algicas de difícil controlo, onde o foco de dor seja disperso com localização torácica multinível.

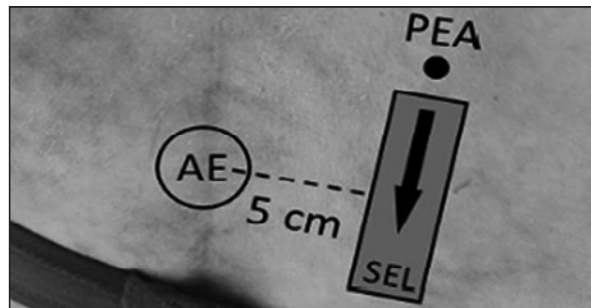


Figura 1. Esquema ilustrativo das referências do BEEE no dorso da paciente. AE: apófise espinhosa T5; SEL: sonda ecográfica linear; PEA: ponto de entrada da agulha; Seta: direção da agulha cefálica caudal in-plane.

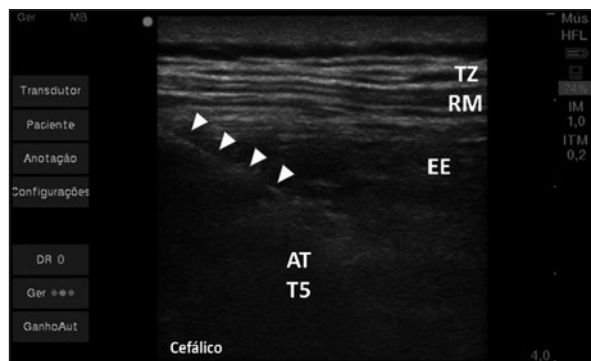


Figura 2. Imagem ecográfica pretendida. TZ: músculo trapézio; RM: músculo romboide maior; EE: músculo erector da espinha; AT: apófise transversa T5; Setas brancas: agulha.

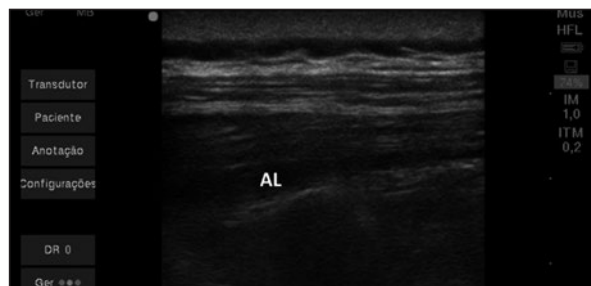


Figura 3. Dispersão do anestésico local. AL: anestésico local.

Bibliografia

- Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(6):968-74.
- Baber Z, Erdek MA. Failed back surgery syndrome: current perspectives. *J Pain Res.* 2016;9(2):979-87.
- Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ. The Erector Spinae Plane Block. *Reg Anesth Pain Med.* 2016;41(5):621-7.
- Veiga M, Costa D, Brazão I. Erector spinae plane block for radical mastectomy: A new indication? *Rev Española Anestesiología y Reanimación (English Ed.).* 2017.
- Hamilton DL, Manickam B. Erector spinae plane block for pain relief in rib fractures. *Br J Anaesth.* 2016;118(3):474-5.
- Scimia P, Basso Ricci E, Droghetti A, Fusco P. The Ultrasound-Guided Continuous Erector Spinae Plane Block for Postoperative Analgesia in Video-Assisted Thoracoscopic Lobectomy. *Reg Anesth Pain Med.* 2017;42(4):537.

Capsaicina Tópica na Dor Crónica Pós-Mastectomia: Revisão Bibliográfica

Pedro Godinho

Resumo

Nos doentes submetidos a mastectomia, estima-se uma prevalência de dor crónica entre os 25 a 60%, com impacto importante na redução da qualidade de vida. Existem disponíveis diversas alternativas terapêuticas, entre as quais a capsaicina tópica. Foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura atual sobre a eficácia da sua aplicação na síndrome dolorosa pós-mastectomia (SDPM). Apesar de serem promissores os resultados disponíveis, são necessários mais estudos, a fim de melhor conhecer a real eficácia deste tratamento na SDPM.

Palavras-chave: Síndrome Dolorosa Pós-Mastectomia. Dor neuropática. Capsaicina tópica.

Abstract

In patients undergoing mastectomy is estimated a prevalence of chronic pain between 25 and 60%, with an important impact on the reduction of quality of life. Several therapeutic alternatives are available, including topical Capsaicin. A literature review was carried out on the efficacy of its application in Post Pain Mastectomy Syndrome (SDPM). Although the available results are promising, further studies are needed in order to better understand the real efficacy of this treatment in the SDPM. (Dor. 2018;26(1):27-9)

Corresponding author: Pedro Godinho, pmiguelgodinho@gmail.com

Key words: Post-Mastectomy Pain Syndrome. Neuropathic pain. Capsaicin topical.

Introdução

A redução da qualidade de vida dos doentes com dor crónica pós-mastectomia, na sequência de neoplasia mamária, está devidamente descrita^{1,2}. Wang, et al. apontam uma prevalência de dor crónica entre 25 a 60% dos doentes submetidos a mastectomia³.

Para o seu desenvolvimento são apontados inúmeros fatores de risco – associados ao doente e associados à cirurgia. São também várias as opções terapêuticas disponíveis, entre as quais está a utilização tópica de capsaicina^{4,5}.

O presente trabalho pretende avaliar a utilização de capsaicina tópica na dor crónica pós-mastectomia, estudando a evidência existente para a sua utilização, bem como resultados encontrados e potenciais complicações.

Dor crónica pós-mastectomia

Classificação, etiologia e fatores de risco

Pela sua complexidade e impacto biopsicossocial, a dor crónica pós-mastectomia é designada por SDPM^{4,6,7}. É definida como dor neuropática localizada, circundando a área cirúrgica e com duração superior a três meses, sendo a etiologia alvo de discussão, pela sua complexidade^{6,7}. Ainda assim, pensa-se que pode estar ligada à destruição da inervação periférica durante a cirurgia, tanto na mastectomia como na linfadenectomia axilar. Pode iniciar-se imediatamente após a cirurgia ou desenvolver-se de alguns a vários meses após a mesma⁷.

Relativamente à enumeração dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de SDPM, as revisões publicadas apontam para uma grande heterogeneidade de estudos, o que dificulta as conclusões apresentadas^{3,5}. Em 2016, Wang, et al. apontaram a idade jovem, a realização de radioterapia, a dissecação linfática axilar, a dor aguda pós-operatória e a dor pré-operatória como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de SCPM³.

Departamento de Anestesiologia
Centro Hospitalar de Leiria
Leiria
E-mail: pmiguelgodinho@gmail.com

Tabela 1. Capsaicina tópica na dor crônica pós-mastectomia					
Formulação	Posologia	1.º autor (ano) – tipo de estudo	Amostra total	Evidência no tratamento de SDPM	Efeitos adversos
Capsaicina 0,025% creme	4 aplicações diárias por 4 semanas	Watson C. (1989) – ensaio clínico	18 (4 não completaram tratamento – 2 recusaram; 1 <i>rash</i> ; 1 recorrência da neoplasia)	12 doentes com melhoria superior a 50% Aos 6 meses: 6 dos 12 mantinham melhorias	<i>Rash</i> cutâneo Sensação de queimadura
Capsaicina 0,075% creme vs. creme placebo	4 aplicações diárias por 6 semanas	Watson C. (1992) – estudo aleatorizado controlado	25 (13 capsaicina vs. 10 placebo; 2 não completaram tratamento – 1 sensação de queimadura; 1 recorrência da neoplasia)	8 dos 13 doentes tratados com capsaicina com melhoria superior a 50% vs. 1 doente tratado com creme placebo ($p < 0,05$)	Sensação de queimadura
Capsaicina 0,025% creme	3 aplicações diárias por 2 meses	Dini D. (1993) – ensaio clínico	21 (2 recusaram)	13 doentes com melhoria superior a > 50% (11 com bons resultados após 3 meses da aplicação)	Sensação de queimadura (ligeira)

SDPM: síndrome dolorosa pós-mastectomia.

Medidas terapêuticas

O tratamento da dor neuropática é complexo, existindo diversas alternativas terapêuticas com diferentes eficácias². Tal como descrito relativamente aos fatores de risco, também relativamente ao tratamento da SCPM a heterogeneidade dos estudos realizados é apontada como fator condicionante na avaliação dos resultados. Ainda assim, a maioria dos estudos efetuados apresenta soluções terapêuticas eficazes, comprovadas com significância estatística⁷. Algumas das opções terapêuticas apontadas são: a amitriptilina e a venlafaxina, a gabapentina, a utilização perioperatória de lidocaína endovenosa, a realização de bloqueio anestésico paravertebral, a aplicação tópica de capsaicina e o recurso a enxerto autólogo de tecido adiposo^{4,7-9}. Contudo, são necessários mais estudos⁷, visando assim colmatar algumas das limitações encontradas nos estudos atualmente disponíveis, melhorando assim a evidência científica aplicada ao tratamento da SCPM⁷.

Capsaicina tópica na dor neuropática

Capsaicina, um agonista do canal recetor de potencial transiente vaniloide do tipo 1 (TRPV-1), apresenta propriedades analgésicas, descritas desde 1850, tendo eficácia comprovada para tratamento de diversas síndromes de dor crônica, incluindo a dor pós-herpética, a neuropatia diabética e a dor neuropática pós cirúrgica^{10,11}.

A capsaicina ativa os canais catiónicos dependentes do ligante TRPV-1 nas fibras nervosas nociceptivas, causando a sua despolarização,

iniciando um potencial de ação e a transmissão de sinais de dor para a medula espinhal. Após a exposição à capsaicina, os axónios sensoriais contendo TRPV-1 são dessensibilizados, o que inibe o início da transmissão da dor¹¹.

A capsaicina pode ser utilizada em formulações de baixa concentração (< 1%) e de alta concentração (8%). A publicação da revisão Cochrane de 2012 concluiu que a evidência da utilização de formulações tópicas de capsaicina de baixa concentração para tratamento de dor neuropática é baixa, tendo eficácia semelhante ao placebo, constatando a grande heterogeneidade dos estudos existentes. Apontou ainda a irritação local da pele como fator de descontinuação do tratamento¹². Em 2013, foi publicada uma revisão Cochrane sobre a utilização da capsaicina em formulações de alta concentração, 8%, para tratamento da dor neuropática. Os autores concluíram que a sua aplicação deve ser realizada em ambiente controlado em clínica ou hospital, sob anestesia local, pela possibilidade de dor e queimadura local da pele. A revisão incluiu seis estudos, quatro na dor neuropática pós-herpética e dois na neuropatia por VIH. A eficácia do tratamento foi superior ao placebo, sendo esperado que a aplicação única produza alívio por três meses. Nada se concluiu sobre a eficácia da repetição dos tratamentos. Também referiram reações cutâneas como efeitos adversos da sua utilização. Pelo custo associado, os autores defendem que a sua utilização se deve restringir aos casos onde outras terapêuticas disponíveis não obtiverem sucesso, não devendo ser continuada

repetidamente caso não haja benefício na primeira aplicação¹³.

Capsaicina tópica na dor crônica pós-mastectomia

A tabela 1 resume os resultados encontrados sobre a utilização da capsaicina na dor crônica pós-mastectomia¹⁴⁻¹⁷.

Através da análise dos resultados apresentados, é possível inferir o potencial da utilização tópica de capsaicina para tratamento de dor crônica neuropática pós-mastectomia. Ainda assim, os estudos apresentados apresentam amostras de reduzidas dimensões e restringem-se apenas à utilização de capsaicina em creme, com formulações de baixa concentração. Seria importante a realização de novos estudos, mais robustos, com amostras superiores e utilização de outras formulações disponíveis, nomeadamente as de elevada concentração (8%). Pelas características da dor no SDPM, e tendo em consideração os resultados obtidos em estudos efetuados para outras condições de dor neuropática, pode inferir-se o potencial terapêutico das formulações de elevada concentração^{11,13}. As reações cutâneas podem ser um fator condicionante na adesão terapêutica, devendo os potenciais efeitos adversos ser explicados aos doentes no início do tratamento.

Conclusão

O impacto da SDPM na saúde dos doentes submetidos a mastectomia é elevado. O desenvolvimento e a aplicação de estratégias que visam a redução deste impacto e a melhoria da qualidade de vida dos doentes que sofrem de SDPM são essenciais. A capsaicina apresenta-se como uma alternativa terapêutica para controlo da sintomatologia, ainda que sejam necessários estudos mais robustos que comprovem a eficácia na SDPM.

Conflitos de interesse

O autor nega qualquer conflito de interesse.

Fontes de financiamento

O autor nega qualquer financiamento para a realização deste trabalho.

Bibliografia

- Schug SA, Pogatzki-Zahn EM. Chronic pain after surgery or injury. *IASP Pain Clin Updat*. 2011;19(1).
- Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2017;367(9522):1618-25.
- Wang L, Guyatt GH, Kennedy SA, Romerosa B, Kwon HY, Kaushal A, et al. Predictors of persistent pain after breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *CMAJ*. 2016;188(14):E352-61.
- Gonçalves L, Leal S. Dor Crônica Pós-Mastectomia: Revisão Bibliográfica. *APED*. 2017;25:29-32.
- Andersen KG, Kehlet H. Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. *J Pain*. 2017;12(7):725-46.
- Waltho D, Rockwell G. Post-breast surgery pain syndrome: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome to provide a standardized clinical and research approach — a review of the literature and discussion. *Can J Surg*. 2016;59(5):342-50.
- Larsson IM, Ahm Sørensen J, Bille C. The Post-mastectomy Pain Syndrome—A Systematic Review of the Treatment Modalities. *Breast J*. 2017;23(3):338-43. doi: 10.1111/tbj.12739. [Epub ahead of print].
- Martí MLI, G-Cuenca MSC, Gutiérrez UV, Pozo AC, Rincón RL, Castillo MJF. Chronic postoperative pain after general anesthesia with or without a single-dose preincisional paravertebral nerve block in radical breast cancer surgery. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2011;58:290-284.
- Terkawi AS, Sharma S, Durieux ME, Thammishetti S, Brenin D, Tiouririne M. Perioperative lidocaine infusion reduces the incidence of post-mastectomy chronic pain: a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Pain Physician*. 2015;18(2):E139-46.
- McCleane G. Topical application of doxepin hydrochloride, capsaicin and a combination of both produces analgesia in chronic human neuropathic pain: A randomized, double-blind, placebo controlled study. *Br J Clin Pharmacol*. 2000;49(6):574-9.
- Backonja M, Wallace MS, Blonsky ER, Cutler BJ, Malan P, Rauck R, et al. NGX-4010, a high-concentration capsaicin patch, for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomised, double-blind study. *Lancet Neurol*. 2008;7(12):1106-12.
- Derry S, Moore RA. Topical capsaicin (low concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;9:CD010111.
- Derry S, Sven-Rice A, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;2:CD007393.
- Watson CPN, Evans RJ, Watt VR. The postmastectomy pain syndrome and the effect of topical capsaicin. *Pain*. 1989;38:177-86.
- Watson CPN, Evans RJ. The postmastectomy pain syndrome and topical capsaicin: a randomized trial. *Pain* 1992;51:375-379.
- Dini D, Bertelli G, Gozza A, Forno GG. Treatment of the postmastectomy pain syndrome with topical capsaicin. *Pain* 1993;54(2):223-6.
- Watson CPN. Topical capsaicin as an adjuvant analgesic. *J Pain Symptom Manage*. 1994;9(7):425-33.

Dor Crónica Pediátrica. Experiência de uma Consulta Multidisciplinar em Portugal

Carolina Moreira¹, Lurdes Morais^{4,8}, Inês Carrilho^{5,8}, Inês Cardoso^{6,8},
Sílvia Madureira^{7,8}, José Romão^{2,8} e Rosa Amorim^{3,8}

Resumo

A dor crónica pediátrica é um problema emergente a nível global, cuja abordagem tem evoluído na última década, com o reconhecimento de que esta resulta da interação de fatores biológicos, emocionais, comportamentais, cognitivos e sociais. Todavia, tal nem sempre se reflete na prática clínica diária. Na tentativa de mudança deste paradigma, foi criada a consulta multidisciplinar de Dor Crónica Pediátrica do Centro Hospitalar do Porto, com contributo da Fisiatria, Pediatria, Neuropediatria, Pedopsiquiatria, Psicologia e Anestesia. Este trabalho tem como objetivo a descrição da consulta e a sua casuística no primeiro ano de atividade. Foram observadas 26 crianças (9 do sexo masculino e 17 do sexo feminino) com uma média de idades de 13,6 anos e tempo médio de evolução clínica até à primeira consulta de 19,66 meses. Para além de fatores clínicos, destaca-se a associação com contexto familiar disfuncional em 53,8% dos casos, problemas de integração escolar, nomeadamente *bullying* em 34,6% e realização exaustiva prévia de exames complementares em 57,8% dos casos, o que vem de encontro à literatura atual e à já referida necessidade de uma abordagem multidisciplinar. É necessário implementar novas medidas para a identificação e tratamento da Dor Crónica Pediátrica em Portugal, bem como estimular a criação de novos grupos multidisciplinares que permitam o controlo álgico célere e um retorno à atividade num menor espaço de tempo possível.

Palavras-chave: Dor Crónica. Pediatria. Abordagem multidisciplinar. Gestão da dor.

Abstract

Pediatric Chronic pain is an emerging global problem whose approach has evolved over the past decade with the recognition that it results from the interaction of biological, emotional, behavioral, cognitive and social factors. However, this is not always reflected in daily clinical practice. In an attempt to change this paradigm, a multidisciplinary consultation of Pediatric Chronic Pain was created in Centro Hospitalar do Porto, with contributions from Rehabilitation Physiatrics, Pediatrics, Neuropediatrics, Pedopsychiatry, Psychology and Anesthesia. This work aims to describe the consultation and its casuistry in the first year of activity. Twenty-six children (9 male and 17 female) were observed, with a mean age of 13.6 years and mean clinical evolution time until the first consultation of 19.66 months. In addition to clinical factors, the association with dysfunctional family context was highlighted in 53.8% of cases, problems of school integration, namely

¹Interna Formação Específica em Medicina Física e de Reabilitação

²Anestesiologista, Coordenador da Unidade de Dor

³Fisiatra, Coordenadora do Grupo de Dor Crónica Pediátrica

⁴Pediatra

⁵Neuropediatra

⁶Pedopsiquiatra

⁷Psicóloga

⁸Grupo de Dor Crónica Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte

bullying in 34.6% and previous exhaustive examination of complementary tests in 57.8% of the cases, which is in line with current literature and the need for a multidisciplinary approach.

It is necessary to implement new measures for the identification and treatment of Chronic Pain in Portugal, as well as to stimulate the creation of new multidisciplinary groups that allow rapid control of pain and a return to activity in the shortest time possible. (Dor. 2018;26(1):30-3)

Corresponding author: Carolina Moreira, carolinafgmoreira@gmail.com

Key words: Chronic Pain. Pediatrics. Multidisciplinary approach. Pain management.

Introdução

A dor é tanto uma sensação como uma percepção. Esta percepção é real quer o dano esteja a ocorrer no presente ou tenha ocorrido no passado. No grupo etário pediátrico, é consensual que a incorreta identificação e tratamento da dor em tempo útil poderá acarretar consequências nefastas a médio e longo prazo. A dor negligenciada e não tratada causará modulação dos circuitos da percepção dolorosa na vida adulta¹.

Está demonstrado através de meta-análises baseadas em exames imagiológicos e neurofisiológicos realizados durante episódios de dor aguda, que mais do que a ativação de um «centro de dor» cerebral específico, ocorre ativação de múltiplas áreas corticais e subcorticais num padrão único, dependente da percepção dolorosa individual. Estes dados levaram os investigadores nesta área a afastarem-se de um conceito neuroanatômico universal, em direção a um padrão único específico, como uma «impressão digital» dos circuitos neuronais de dor, construída ao longo do desenvolvimento do próprio indivíduo¹⁻⁴.

A corroborar esta ideia, a investigação atual na área da Neurobiologia demonstrou que as vias nervosas ascendentes relacionadas com a estimulação nociceptiva estão presentes na vida fetal desde as 20 semanas de gestação, enquanto as vias de controlo descendente têm um desenvolvimento mais tardio, resultando numa hipersensibilidade dolorosa nos recém-nascidos pré-termo.⁵ Estímulos nócicos durante este período vulnerável de desenvolvimento e de grande plasticidade neuronal poderão predispor a alterações epigenéticas com consequências imprevisíveis a longo prazo, que afetarão os circuitos cerebrais responsáveis pela modulação da dor e a reação à mesma na infância e mesmo na idade adulta⁶. Este fenómeno torna-se mais preocupante se considerarmos os recém-nascidos pré-termo com internamentos em unidades de cuidados intensivos neonatais e exposição frequente a procedimentos dolorosos. Com o crescimento e desenvolvimento da criança, tendemos a desvalorizar este antecedente de dor aguda não controlada, hoje reconhecido como um importante fator de risco para o desenvolvimento posterior de quadros algícos crónicos⁵⁻⁷.

Estima-se que a dor crónica afete 20 a 35% das crianças e adolescentes a nível mundial⁸, sendo que os dados relativos à sua incidência e prevalência na realidade portuguesa são ainda parcos e inconsistentes^{9,10}.

A sua abordagem tem evoluído nos últimos anos, absorvendo as mais recentes evidências que consideram a dor crónica como uma experiência resultante da interação entre fatores biológicos, emocionais, comportamentais, cognitivos e sociais, cujo tratamento deverá ser multimodal. No entanto, apesar do conhecimento exponencial verificado nesta área nas últimas décadas, verifica-se ainda uma dissociação entre a informação existente na literatura e a sua efetiva aplicação na atividade clínica¹¹, sendo frequente observarmos crianças polimedicadas, seguidas por múltiplas especialidades sem uma abordagem concertada e, muitas vezes, sem associação efetiva com o contexto emocional, familiar e de relação com os pares.

Para esta dificuldade em integrar a investigação e a clínica contribui, em parte, a falta de consensos internacionais que guiem a criação e estruturação de programas de tratamento de dor crónica em idade pediátrica^{12,13}.

Tendo em conta estas premissas, foi criada uma consulta multidisciplinar de dor crónica pediátrica no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar do Porto, com o contributo da Fisiatria, Pediatria, Neuropediatria, Psiquiatria, Psicologia e Anestesia.

A consulta decorre semanalmente com a presença das especialidades acima referidas com o apoio de assistente social, sempre que necessário.

Até ao momento em que se realizou este trabalho podiam ser apenas referenciadas crianças a nível interno da instituição, quer através de outra consulta externa ou do serviço de urgência.

Este trabalho tem como objetivo descrever a atividade durante o primeiro ano de funcionamento desta consulta, e a análise dos resultados obtidos numa perspetiva de otimização futura.

Material e métodos

Foi efetuada uma análise retrospectiva de todos os processos de doentes observados durante o primeiro ano de atividade da consulta de dor

crônica pediátrica, entre junho 2016 e julho 2017. Foram colhidos os seguintes dados: idade; sexo; antecedentes pessoais; tempo de evolução das queixas álgicas; avaliação da dor com descrição das suas características e aplicação de escalas quantificadoras (escala visual analógica a partir dos seis anos, quando cognitivamente possível).

Foram ainda colhidos dados referentes ao exame objetivo, exames auxiliares realizados, contexto social e familiar, integração e aproveitamento escolar, especialidades médicas envolvidas em cada caso, tratamento instituído (farmacológico, psicológico, fisiátrico) e evolução das queixas ao longo do mesmo.

Foram analisados os resultados obtidos, com comparação entre o momento inicial e final de variáveis objetivas, nomeadamente escala de dor, tipo de intervenção e ainda evolução de parâmetros subjetivos, com ênfase na integração e participação.

Resultados

Foram observadas 26 crianças (9 do sexo masculino e 17 do sexo feminino) com uma média de idades de 13,6 anos e tempo médio de evolução clínica de queixas de dor até à primeira consulta de 19,66 meses, já com história de avaliação em múltiplas especialidades.

Em relação ao diagnóstico (Tabela 1), os quadros de dor musculoesquelética foram os mais frequentes (14), com queixas predominantes a nível cervical e lombar. Os quadros de dor generalizada, sem causa orgânica identificada, constituíram também um motivo de referência importante. Foram identificados descritores de dor neuropática em seis doentes, e dor visceral em dois, sendo de referir casos de sobreposição de queixas numa mesma criança. Identificámos ainda um caso de síndrome dolorosa regional complexa, e duas com síndrome de hiper mobilidade (Ehlers-Danlos).

Quanto ao impacto da dor na funcionalidade, para além da diminuição ou suspensão da prática desportiva que foi praticamente transversal a todos os casos, em quatro constatou-se perda de capacidade de marcha autónoma, três deles com utilização de canadianas e um com necessidade de utilização de cadeira de rodas.

Em duas crianças ocorreu limitação funcional por dificuldade na mobilização e utilização do membro superior, nomeadamente em algumas atividades de vida diária como vestir.

Em metade dos casos foi necessária intervenção psicológica, com entrevistas individuais e familiares, e ensino de técnicas de relaxamento. Em quatro crianças houve necessidade de intervenção junto da escola, nomeadamente com apoio psicológico e de assistente social.

Convém realçar a associação com contexto familiar disfuncional em 53,8% dos casos, problemas de integração escolar, nomeadamen-

Tabela 1. Quadros de dor observados

Dor	Número de doentes
Musculoesquelética	
– Lombalgia/raquialgia	14
– Dor generalizada	9
– Síndrome de hiper mobilidade	2
– Síndrome de dor regional complexa	1
Dor neuropática	6
Dor visceral	2

te *bullying* em 34,6%, e realização exaustiva prévia de exames complementares em 57,8%, o que vai de encontro à já referida necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Em 17 dos casos houve indicação para terapia farmacológica. A sertralina e a pregabalina foram os fármacos mais utilizados (cinco crianças), seguidos por diazepam e baclofeno em três, infiltração com toxina botulínica também em três e ritalina num dos casos. Foi possível um desmame progressivo e abandono da terapia farmacológica em cinco crianças aquando da alta, sendo de referir que em mais de metade das crianças havia relato de utilização prévia de mais do que uma classe de fármacos analgésicos, com constatação de abuso de dosagem em dois dos casos.

Em 57,7% (15 doentes) destes houve orientação para um programa de reabilitação fisiátrico, quando possível, realizado no nosso centro hospitalar (três casos) ou, na impossibilidade, na área de residência da criança.

Após uma média de três meses de acompanhamento, cerca de 3/4 dos nossos doentes reportaram uma melhoria subjetiva da dor, com impacto em alguns aspetos da sua vida diária como uma maior participação em atividades sociais e desportivas, refletindo uma melhoria funcional, bem com melhoria do rendimento e aproveitamento escolar.

Discussão

A implementação de um modelo de consulta multidisciplinar resultou de uma união de esforços por parte dos profissionais das diferentes especialidades, no sentido de tentar uniformizar a avaliação e orientação destes doentes de um modo mais célere e numa abordagem mais concertada que permita a melhoria dos cuidados prestados. Este modelo foi baseado nos dados mais atuais presentes na literatura com necessárias adaptações quer ao contexto social e cultural em que nos encontramos quer às limitações estruturais e orçamentais de que dispomos. Neste ponto há um fator que frequente-

mente tende a ser desvalorizado mas se torna preponderante nestes casos: o tempo! É fundamental dar tempo à criança para se sentir confortável e segura num meio, à partida, inóspito, sendo que, para tal, as primeiras consultas têm a duração de uma hora e as subsequentes de 30 minutos. Parecendo uma questão de menor importância, esta torna-se absolutamente fundamental para obter resultados positivos numa abordagem multi e transdisciplinar. Só assim se torna possível que diferentes profissionais com uma visão necessariamente dependente da sua formação possam atuar em consonância.

A melhoria clínica demonstrada deveu-se, acreditamos, à associação das diferentes abordagens, com intervenção farmacológica, tratamento fisiátrico e psicoterapia. A integração dos pais/cuidadores em todo o processo, bem como, quando pertinente, da assistente social, em conjunto com entidades do estabelecimento de ensino da criança, permitiu intervir não apenas junto do indivíduo mas também no seu meio. Particularmente nesta faixa etária, torna-se fundamental que assim aconteça e julgamos que este é um ponto incontornável em futuros programas de dor crônica pediátrica.

Tal como todos os projetos numa fase de desenvolvimento, este apresenta alguns aspetos a modificar e a sua identificação é, para nós, a mais-valia deste trabalho, pois irá permitir a nossa evolução e poderá fornecer àqueles que estejam neste momento a considerar desenvolver um projeto nesta área uma ferramenta de base para melhorar a qualidade do serviço prestado.

Um dos aspetos identificados aquando da coleta de dados foi a necessidade de uniformização de registos de consulta, que se encontram muito dependentes do elemento da equipa que os realiza com um claro foco na sua área de intervenção, dificultando também a posterior análise de dados.

Outro aspeto prende-se com a variabilidade de critérios de referência nos diferentes centros, em parte, devido à ausência de estruturação e divulgação dos mesmos. Neste ponto, iniciou-se a divulgação desta consulta e das suas particularidades junto do corpo clínico do próprio CMIN, encontrando-se já em fase de implementação a possibilidade de referência de outros serviços pediátricos de hospitais distritais.

Por outro lado, de uma perspetiva fisiátrica, destaca-se a necessidade de aplicação sistemática de uma escala funcional, não só referente à capacidade de execução de atividades de vida diária, mas principalmente, e visto tratar-se de um grupo etário com características especiais, com foco na funcionalidade em atividades lúdicas e participação prazerosa nestas.

Há ainda a referir que, por questões maioritariamente de logística de transporte e conveniência dos pais, nem todas as crianças realizaram tratamento fisiátrico no Serviço de Fisiatria do Centro Hospitalar e Universitário do Porto, sendo orientadas para clínicas convencionadas na área de residência, o que apesar da informação clínica detalhada fornecida, com objetivos de tratamento, poderá representar um viés.

Conclusão

A dor crônica em idade pediátrica é uma entidade com impacto real na qualidade de vida, funcionalidade e participação das crianças e adolescentes que dela padecem. A consciencialização dos profissionais de saúde para esta temática tem crescido nos últimos anos, conduzindo ao seu reconhecimento e valorização.

Tendo em conta os múltiplos níveis (funcional, cognitivo, emocional, familiar, social) envolvidos, a formação de equipas multidisciplinares é imperativa na gestão deste problema. Assim, é prioritário investir na implementação de novas medidas para a identificação e tratamento da dor crônica pediátrica, bem como estimular a criação de novos grupos multidisciplinares, que permitam um adequado controlo das queixas e retorno à atividade num menor espaço de tempo possível, evitando assim possíveis repercussões no futuro.

Bibliografia

1. Liossi C, Howard RF. Pediatric Chronic Pain: Biopsychosocial Assessment and Formulation. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20160331.
2. Wager TD, Atlas LY, Lindquist MA, Roy M, Woo CW, Kross E. An fMRI-based neurologic signature of physical pain. *N Engl J Med*. 2013;368(15):1388-97.
3. Apkarian AV, Hashmi JA, Baliki MN. Pain and the brain: specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain. *Pain*. 2011;152(3 suppl 3):S49-S64.
4. Hashmi JA, Baliki MN, Huang L, Baria AT, Torbey S, Hermann KM, et al. Shape shifting pain: chronification of back pain shifts brain representation from nociceptive to emotional circuits. *Brain*. 2013;136(Pt 9):2751-68.
5. Marchant, A. Neonates do not feel pain: a critical review of the evidence. *Bioscience Horizons: The International Journal of Student Research*, Oxford University Press, 2014, Volume 7.
6. Hatfield L. Neonatal pain: What's age got to do with it? *Surg Neurol Int*. 2014;5(suppl 13):S479-S489.
7. Fitzgerald M. *The Neurobiology of Chronic Pain in Children*. Handbook of Pediatric Chronic Pain: Current Science and Integrative Practice, Springer Science, 2011.
8. Santos S, Santos E, Lacerda A. Dor Crônica em Pediatria: Orientações para os Profissionais de Saúde. *Acta Pediatr Port*. 2018;49:167-77.
9. King S, Chambers CT, Huguet A, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain* 2011;152:2729-38.
10. Linhares MBM, Doca FNP, Martinez FE, Carlotti APP, Cassiano RGM, Pfeifer LI, et al. Pediatric pain: prevalence, assessment, and management in a teaching hospital. *Braz J Med Biol Res*. 2012;45(12):1287-94.
11. Miró J, McGrath PJ, Finley G.A, Walco GA. Pediatric Chronic Pain Programs: current and ideal practice. *Pain Reports*. 2017;2(5):e613.
12. Stahlschmidt L, Zernikow B, Wager J. Specialized Rehabilitation Programs for Children and Adolescents with severe disabling Pain: Indications, Treatment and Outcomes. *Children (Basel)*. 2016;3(4):33.

Concurso "Vou Desenhar a Minha Dor"



2018



APED
Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

"Vou Desenhar a Minha Dor" 2018

ESCALÃO ETÁRIO
< 6 anos

3º Lugar:
Ana Carolina
Jara Videira
4 anos

APED
Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

"Vou Desenhar a Minha Dor" 2018

ESCALÃO ETÁRIO
< 6 anos

2º Lugar:
Matilde Moreira
Sousa
5 anos

APED
Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

"Vou Desenhar a Minha Dor" 2018

ESCALÃO ETÁRIO
< 6 anos

1º Lugar:
Margarida
Gonçalves
Fonseca
5 anos

APED
Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

"Vou Desenhar a Minha Dor" 2018

ESCALÃO ETÁRIO
6-8 anos

3º Lugar:
Dyana de Sousa
Dourado
8 anos

APED
Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

"Vou Desenhar a Minha Dor" 2018

ESCALÃO ETÁRIO
6-8 anos

2º Lugar:
Maria Leonor
Bendito Jardim
6 anos

APED
Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

"Vou Desenhar a Minha Dor" 2018

ESCALÃO ETÁRIO
6-8 anos

1º Lugar:
Etyella
Margarida
Ramos Cancorá
7 anos

“Vou Desenhar a Minha Dor” 2018

ESCALÃO ETÁRIO
9-12 anos

3º Lugar ex-aequo:
Pedro Miguel
Alagôa Vidal

12 anos



“Vou Desenhar a Minha Dor” 2018

ESCALÃO ETÁRIO
9-12 anos

3º Lugar ex-aequo:
Diana Beatriz
Gouveia Camacho

10 anos



“Vou Desenhar a Minha Dor” 2018

ESCALÃO ETÁRIO
9-12 anos

2º Lugar:
Paulo Renato
Andrade
Pimenta

10 anos



“Vou Desenhar a Minha Dor” 2018

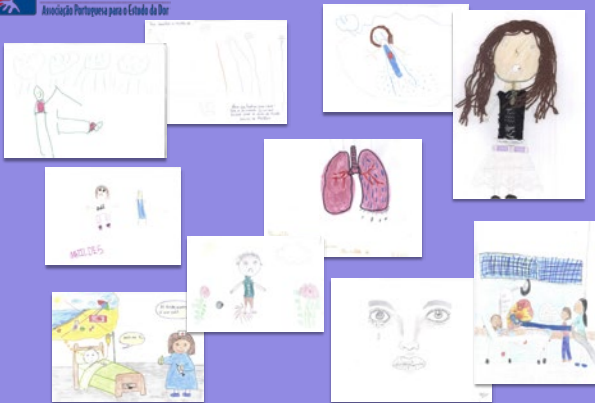
ESCALÃO ETÁRIO
9-12 anos

1º Lugar:
Inês Lopes
Gonçalves

11 anos



“Vou Desenhar a Minha Dor” - 2018



Lançamento do
Booklet

**DESENHOS DA
MINHA DOR**



Exposição APED

**DESENHOS DA
MINHA DOR**

Second edition
Collecting Good Practices
**European Civic Prize
on Chronic Pain**
ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK

The Jury of the Prize will be composed by the following project partners



Active Citizenship Network is responsible for the scientific design and contents of this Project, that shall be realized with the financial and non-financial support of



ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK

HEADQUARTERS
Via Cereate, 6
00183 Rome - Italy
Tel. +39 (0)6 367 18 1
Fax +39 (0)6 367 183 33
mail@activecitizenship.net

REPRESENTATIVE OFFICE TO THE EU
Rue Philippe Le Bon, 46
1000 Brussels - Belgium
Tel. +39 3408465097
brussels@activecitizenship.net
www.activecitizenship.net

Tell us about
your way of
working with
chronic pain
and win!



Second edition
Collecting Good Practices
**European Civic Prize
on Chronic Pain**
ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK

Do you have a way of working with chronic pain that is innovative and prize-winning?

TELL US ABOUT YOUR PROJECT AND WIN!

Active Citizenship Network is launching the II EDITION of the "EU Civic Prize on Chronic Pain - Collecting good practices". The aim is highlight existing good practices around Europe enriching experiences, expertise, data and bench-marking on chronic pain.

The categories for the good practices are:

• Patients' empowerment

Good practices concerning: providing information, campaigns, capacity-building for patients and their relatives, partnerships between patients' organisations and other stakeholders to empower patients so that they can understand their rights and make informed choices.

• Innovation

Good practices concerning: laws, technologies, apps, devices, events, theatrical performances, etc.

• Professional education

Undergraduate and postgraduate education for healthcare professionals, training courses in the hospitals/clinics, updating general practitioners, etc...

• Clinical practices

Good practices concerning: pain management (prevention, diagnosis, treatment and monitoring), dedicated units, therapeutic pathways, clinical records, ways of measuring pain, etc.

A Jury, composed of international experts on chronic pain (from universities, healthcare professionals and providers' organisations, civic and patients' associations) will choose the winners.

The winners will be given the opportunity to share their projects in a public meeting pain related and a publication in English in a suitable journal.

Closing date for receiving your submission is **31 December 2018**.

You can find the form to participate on www.activecitizenship.net
For further information write to Daniela Quaggia d.quaggia@activecitizenship.net

