

Princípios gerais de tratamento da dor

Introdução

O problema do deficiente controlo da dor oncológica levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reunir em Milão, em 1982, um grupo de peritos no tratamento da dor associada ao cancro. Os peritos eram oriundos das áreas da anestesiologia, neurologia, neurocirurgia, enfermagem, oncologia, farmacologia, psicologia e cirurgia [1]. Estes peritos prepararam um conjunto de directrizes para o alívio da dor oncológica. As directrizes expressavam o consenso que, usando um número limitado de fármacos, o alívio da dor era um objectivo realista para a maioria dos doentes oncológicos em todo o mundo. Em 1984, nova reunião em Genebra da OMS da qual resultou uma versão modificada da versão de 1982. Entre os participantes estavam peritos no tratamento da dor oncológica, em legislação nacional e internacional sobre a regulação do uso de opióides, em organização de cuidados de saúde, em educação para a saúde, em investigação e produção farmacêutica e representantes de várias organizações internacionais não-governamentais [1].

As directrizes emanadas desse consenso foram publicadas pela OMS em 1996. Neste documento, afirmava-se que o tratamento eficaz da dor era uma das quatro prioridades de um programa abrangente da OMS para o cancro, sendo as outras a prevenção primária, a detecção precoce e o tratamento curativo [1]. Considerava-se que a terapêutica com analgésicos era um componente essencial desta abordagem. O impacto dessa publicação foi muito grande em todo o mundo, tendo levado muitos países a adoptarem políticas de controlo da dor [2].

A estratégia de tratamento da dor

Em termos gerais a estratégia proposta pela OMS baseia-se no uso simultâneo e sequencial de uma série de tratamentos que devem ser adaptados às necessidades individuais dos doentes [1]. Nos doentes oncológicos, o tratamento antineoplásico pode ter um efeito importante na dor e, por isso, deve ser considerado. A quimioterapia, a hormonoterapia, a radioterapia e a cirurgia podem

ter um papel importante no controlo da dor oncológica. No entanto, como o seu efeito leva algum tempo a estabelecer-se, os fármacos analgésicos devem ser usados simultaneamente. Se não houver indicação para esse tipo de tratamentos, os analgésicos isoladamente devem ser usados. Em alguns casos pode haver indicação para usar técnicas anestésicas ou neurocirúrgicas, como se verá adiante.

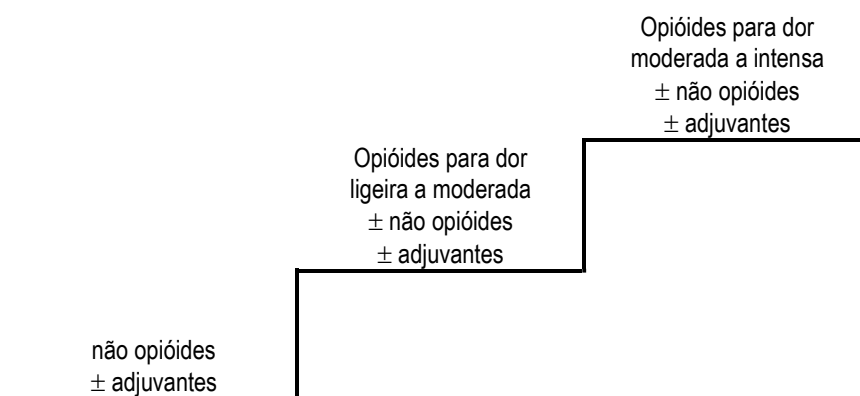
O controlo completo da dor pode não ser sempre possível. No entanto, é geralmente possível reduzi-la para um nível aceitável para os doentes. Como o controlo da dor é um processo que pode levar algum tempo a conseguir, é útil estabelecer objectivos intermédios específicos:

- Aumentar o número de horas de sono sem dor;
- Aliviar a dor em repouso;
- Aliviar a dor em actividade.

O uso dos analgésicos

O uso dos analgésicos é a essência do tratamento da dor oncológica. A OMS propôs um escalonamento dos analgésicos em três degraus, a escada analgésica [1] (figura 1).

Figura 1. Escada analgésica



Em doentes com dor ligeira, os fármacos não-opioides, como o paracetamol ou os anti-inflamatórios não-esteróides, podem ser adequados. Nos doentes com dor moderada, se os não-opioides não produzirem um alívio adequado da dor, pode usar-se um opióide para dor ligeira a

moderada, como o tramadol. Como os não-opioides e os opioides actuam de forma diferente, a combinação dos dois tipos de fármaco pode produzir um efeito analgésico aditivo. Em doentes com dor intensa, os opioides para dor moderada a intensa, como a morfina, são os fármacos de eleição.

Os adjuvantes (ver “Adjuvantes dos analgésicos” neste blog) são frequentemente necessários, sobretudo em doentes com dor neuropática.

O uso dos analgésicos deve seguir algumas regras gerais

- Promover a independência do doente. A via oral é a preferida para a administração de analgésicos. Na maioria dos casos não é necessário usar fármacos injectáveis. Isso poupa o doente ao desconforto das injeções e dá-lhes independência porque não têm de confiar em alguém que lhes administre o fármaco. No mesmo sentido, os transdérmicos podem ser uma boa alternativa em certos casos. A via subcutânea é a alternativa mais utilizada quando a administração por via oral ou transdérmica não são possíveis, podendo ainda considerar-se outras vias em circunstâncias particulares. Quando é necessário mudar a via de administração deve ter-se em conta as diferenças entre elas e usar doses equipotentes.
- Uso regular. Os analgésicos devem ser administrados regularmente, a horas certas e não apenas quando aparece a dor. Os intervalos entre as doses devem ser seleccionados de acordo com a farmacologia das drogas. As doses devem ser aumentadas gradualmente até o doente ficar confortável. As doses são administradas de modo que o efeito da anterior não tenha desaparecido ainda, para tentar manter continuamente o alívio da dor. As doses extra devem ser previstas para episódios de exacerbação da dor, mas não devem ser a base do tratamento.
- Pela escada (figura 1). Progredindo dos analgésicos não-opioides, para os opioides para dor ligeira a moderada (designados anteriormente por fracos) e, finalmente, para os analgésicos para a dor moderada a intensa (designados anteriormente por fortes), de acordo com a

resposta ao tratamento e com a intensidade da dor. Começando o tratamento com um não-opiídeo, se a dor não foi controlada, deve juntar-se um opiídeo para dor ligeira a moderada e se, mesmo assim, a dor se mantém deve passar-se para um opiídeo para dor moderada a intensa. Mas se a dor for intensa de início deve começar-se por um opiídeo para dor moderada a intensa. Em princípio, não se deve usar mais do que um fármaco de cada degrau, nem usar mais do que um opiídeo simultaneamente, excepto nas situações em que se está a administrar um opiídeo de libertação modificada e se necessita de administrar doses extra de um outro de libertação normal. Em alguns casos excepcionais, contudo, pode tentar-se a associação de opiídeos (ver “Combinação de opiídeos no tratamento da dor”, neste blog) Em cada degrau podem juntar-se adjuvantes para indicações específicas.

- Ter em conta o doente concreto. A resposta aos analgésicos é muito variável e imprevisível à partida. Por isso, o tratamento deve instituir-se rápida, mas progressivamente, com reavaliação frequente, sobretudo no início do tratamento com opiídeos. Deve-se determinar as características da dor e a sua intensidade (ver “Avaliação da dor”, neste blog). Deve atender-se à eventual experiência anterior do doente com o uso de analgésicos: se foram eficazes, que efeitos adversos produziram, etc. Se há comorbilidades, se há história de problemas psiquiátricos, nomeadamente toxicod dependência, como alcoolismo e outras.

Eficiência da estratégia da OMS

Desde a publicação da estratégia da OMS, foram realizados múltiplos estudos sobre a sua eficácia. Ao longo do tempo foram-se fazendo algumas revisões sistemáticas sobre este tema com base nos estudos efectuados:

- Em 1995 foi publicada uma revisão sistemática de oito estudos que avaliaram a eficiência da escada analgésica, onde se concluiu a analgesia foi adequada em 69% a 100% dos doentes. No entanto, os autores referiram que os estudos em que se basearam apresentavam

limitações de vária ordem que não lhes permitia estimar com confiança a eficiência da escada analgésica da OMS [3].

- Em 2006 foi publicada uma nova revisão sistemática, agora com 17 estudos e a conclusão foi semelhante: analgesia adequada em 45% a 100% dos doentes, mas com base em estudos com limitações e sem um ensaio clínico controlado [4].
- Em 2016, nova revisão e os mesmos resultados. Nesta revisão, concluiu-se que as directrizes não estavam a ser usadas adequadamente. Os autores explicaram em parte este facto por as directrizes estarem a ser consideradas ultrapassadas, porque não são específicas para as opções farmacológicas e intervencionais usadas no tratamento contemporâneo da dor [5].

Pode concluir-se que os estudos sugerem que com o método da OMS se consegue o controlo da dor numa percentagem razoável a boa dos doentes, embora a qualidade dos estudos não permita conclusões definitivas. No entanto, é um método simples que pode servir de orientação para os médicos, sobretudo os não especialistas que muitas vezes não têm grande noção do modo de abordar o tratamento dos doentes com dor crónica.

A questão do segundo degrau da escada analgésica

Tem sido questionada a utilidade do segundo degrau da escada analgésica. Um estudo concluiu que baixas doses de morfina em comparação com tramadol ou codeína com paracetamol foram mais eficazes do que os opióides do segundo degrau [6]. Num estudo realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto concluiu-se que há doentes que mantêm o controlo da dor só com tramadol, sem necessidade de usar opióides para dor moderada a intensa [7].

Portanto, o uso do segundo degrau é objecto de alguma controvérsia, não havendo nenhuma conclusão definitiva sobre o assunto. Sendo assim, é uma questão em aberto, eventualmente esclarecida por outros estudos.

E quando com a escada analgésica não é possível controlar a dor?

Quando a estratégia da OMS não é eficaz ou não é suficiente, nos doentes oncológicos pode-se pensar se algum tratamento antineoplásico poderá ainda vir a ser útil. Existem várias técnicas que se podem usar, como alternativa aos fármacos da escada analgésica, mas mais frequentemente em conjunto com o tratamento farmacológico.

Pode-se considerar a analgesia espinal (ver “Analgesia espinal no cancro avançado”, neste blog).

Bloqueios e neurólise [8,9]

Os bloqueios simpáticos e a neurólise são usados na dor oncológica visceral intratável. Há várias abordagens para a sua realização e o controlo pode ser guiado por fluoroscopia, ecografia ou TAC.

O plexo celíaco inerva as estruturas abdominais superiores, incluindo o tracto gastrointestinal do esófago ao cólon transversal, pâncreas, baço, suprarrenais, ureteres e vasos abdominais. A neurólise do plexo celíaco pode usar-se para a dor com origem nessas estruturas, mas o seu uso mais frequente é para o controlo da dor com origem no pâncreas.

O plexo hipogástrico superior inerva as estruturas abdominais inferiores e as pélvicas, incluindo a bexiga, próstata, testículos, vesículas seminais, cólon descendente e sigmóide, útero, ovários, fundo vaginal e recto. A neurólise do plexo hipogástrico superior pode usar-se para o controlo da dor maligna pélvica, mas os estudos que apoiam esta técnica são escassos.

O gânglio ímpar ou gânglio de Walther inerva o períneo, o recto distal e o ânus, a uretra distal, escroto, vulva e terço distal da vagina. O bloqueio do gânglio ímpar tem sido usado para dores oncológicas e não-oncológicas com origem nessas estruturas. Esta técnica raramente produz efeitos adversos.

Vertebroplastia, cifoplastia e ablação por radiofrequência [8,9]

A vertebroplastia e a cifoplastia devem ser consideradas nos doentes com fracturas compressivas vertebrais de metástases ósseas.

A ablação por radiofrequência percutânea está indicada para o tratamento de dor da coluna intensa com origem em tumores da coluna.

Ablação por radiofrequência e bloqueios nervosos [8,9]

A ablação por radiofrequência e os bloqueios nervosos têm sido usados para o tratamento de dores oncológicas e não oncológicas. Na literatura há descrições de casos de alívio da dor oncológica com origem em tumores metastáticos do plexo braquial, da cabeça e pescoço, metástases dos corpos vertebrais torácicos e neuralgia do glossofaríngeo.

Opções cirúrgicas [8,9]

A cordotomia deve ser considerada na dor nociceptiva unilateral não controlada com medidas mais conservadoras.

A mielotomia pode usar-se na dor visceral infradiafragmática.

A DREZotomia (DREZ de dorsal root entry zone) está indicada na dor focal de membros e no tumor de Pancoas.

A cingulotomia está indicada na dor não controlada por outros meios em estados avançados da doença.

Referências

1. Cancer pain relief. World Health Organization. Geneva. 1986.
2. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee. World Health Organization. Geneva. 1990.
3. Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management stepping up the quality of its evaluation. JAMA 1995;274:1870-1873.
4. Ferreira KASL, Kimura M, Teixeira MJ. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? Support Care Cancer. 2006;14:1086–1093.

5. Carlson CL. Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief guidelines: an integrative review. *J Pain Res* 2016;9:515–534.
6. Bandieri E, Romero M, Ripamonti C et al. Randomized trial of low dose morphine versus weak opioids in moderate cancer pain. *J Clin Oncol* 2016; 34: 436–442.
7. Ferraz Gonçalves JA, Silva P, Araújo P. Does Tramadol Have a Role in Pain Control in Palliative Care? *Am J Hosp Palliat Med* 2015;32:631-633.
8. Aman MM, Mahmoud A, Deer T. The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) Best Practices and Guidelines for the Interventional Management of Cancer-Associated Pain. *J Pain Res* 2021;14:2139–2164.
9. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018; 29 (Suppl 4): iv166–iv19.