

כאב כרוני, תסמונת אזורית מורכבת CRPS והיבטים פסיכולוגיים

לאורה בן הר

האגודה הבינלאומית לחקר הכאב מגדירה כאב כ-"תחושה עצבית או רגשית לא נעימה המקושרת לנזק רקמתי קיים או פוטנציאלי או שמתואר במושגים של נזק כזה". אחת ההבנות הראשונות בהיסטוריית הרפואה הייתה כי יש לחלק את הכאב לשניים: הכאב החד, המייד, והכאב המתמשך, הכאב הכרוני. הכאב החד נובע ברובו מנזק רקמתי, כגון טראומה, ניתוחים ומצבי מחלה שונים. כאב זה הינו הישרדותי ובא לשרת את האדם ולהגן עליו כחלק מכלל התהליכים הפיזיולוגיים בזמן פגיעה. לתחושת הכאב יש חלק מכריע במנגנונים אלה והיא משמשת כאות התרעה. הכאב החד מתאפיין בכך שעוצמת הכאב היא ביחס ישר לחומרת הפגיעה ברקמות ובכך שעוצמתו פוחתת עם חלוף הזמן והתקדמות תהליך ההחלמה. לעומתו, הכאב הכרוני מורכב יותר. כאב כרוני מוגדר כתחושת כאב ממושכת אשר נמשכת לפחות שלושה חודשים. בכאב כרוני מתקיים תהליך של שינוי ביכולת הקליטה של גירוי הכאב בחוט השדרה, כך שנוצרת יתר רגישות לתחושת הכאב. כמו כן, היחס הישר בין עוצמת הפגיעה הפיזית לבין עוצמת תחושת הכאב אובד. לצד האופי ההישרדותי של הכאב, כאשר אזעקת הכאב מתחילה ואינה פוסקת, הוא הופך להיות כרוני. תחושת הכאב כשהוא כרוני גורמת להפעלה מוגברת של אותם מנגנונים פיזיולוגיים שהוזכרו לעיל, אך הפעם הם פועלים כנגד האדם. קיימת תחושת כאב מוגברת לגירויים שבדרך כלל אינם מכאיבים, מתפתחת מוגבלות, תלות באחרים ורווחתו הנפשית והכלכלית של הפרט נפגעת.

הכאב הוא התסמין הנפוץ ביותר בכל המחלות ומהווה את הסיבה העיקרית לפנייה של מטופלים לעזרה רפואית. בסקר אירופאי שנערך ב-2003 ובו השתתפו 46 אלף איש

ב-16 מדינות באירופה (בהם 4,839 בישראל), נמצא כי 19 אחוז מהאוכלוסייה בישראל סובלת מכאב כרוני במשך שישה חודשים לפחות ובעוצמה בינונית ומעלה.

כאשר מגדירים כאב יש צורך להתייחס לנושא בשני מישורים: המישור הראשון הוא התחושת, של פגיעה ברקמות. המישור השני הוא ההתנהגות, הכולל התנהגות ורבאלית או בלתי ורבאלית המבטאת את הכאב. התנהגות זו ניתנת למדידה ולצפייה ובה מתמקד המחקר בנושא הכאב. דהיינו, הכאב הוא מושג תיאורטי ולא ניתן למדוד אותו ישירות או באופן "אובייקטיבי". למעשה כל גירוי המתפרש ככאב מוביל לתגובה שונה אצל בני אדם שונים ואף יכול להוביל לתגובה שונה אצל אותו אדם, העשוי להגיב לגירוי מסוים פעם בצורה זו, ופעם בצורה אחרת.

תסמונת הכאב האזורית המורכבת (CRPS- Complex Regional Pain Syndrome) הינה הפרעת כאב כרוני, אינטנסיבי ומתמשך, שרמת חומרתו גדלה עם הזמן). תסמונת הכאב משפיעה על אחת או יותר מהגפיים בגוף ומזוהה על ידי מגוון רחב של סימפטומים. האיגוד הבינלאומי לחקר הכאב (IASP) הגדיר ב- 1994 ארבעה קריטריוני אבחנה של תסמונת הכאב האזורית המורכבת: (1) נוכחות של אירוע התחלתי טראומתי או אימוביליזציה ממושכת; (2) כאב מתמשך, אלודיניה (כאב הנגרם מגירוי שלא אמור לגרום לכאב) או היפראלגזיה (תגובה מוגברת לגירוי שבדרך כלל גורם לכאב) ללא פרופורציה לנזק/אירוע התחלתי; (3) עדות, בזמן כלשהו של התהליך, לבצקת, שינויים בזרימת הדם בעור, או פעילות סודו-מוטורית (הזעה) מופרעת באזור הכאב ו-(4) שלילת גורמים אחרים שעשויים להסביר את הופעתם של הקריטריונים הללו.

התסמונת עשויה להתפתח בעקבות אירוע יזום (למשל, ניתוח), באופן ספונטאני (למשל, לאחר אירוע מוחי, התקף לב, זיהום) או אפילו ללא אירוע מוקדם ידוע. הסינדרום נוטה לפגוע יותר בגפיים העליונות בהשוואה לתחתונות והסיבה המרכזית להתרחשותו

(44%) היא שבר. מהלך ההפרעה משתנה מאדם לאדם, אך בדרך כלל מוביל להפחתת התפקוד של האיבר הפגוע אשר גורם, באופן משמעותי, להידרדרות באיכות חייו של האדם. במקרים קיצוניים ההפרעה מתפתחת עד הנקודה שבה המטופל מבקש שיכרתו את גפו הפגועה.

ישנה הבחנה בין שני סוגים של CRPS. ב-"CRPS-I" אין עדות לפגיעה עצבית, בעוד שב-"CRPS-II" קיים עצב פגוע. הסימפטומים של שני סוגי ה-CRPS הינם דומים למדי, והוצע כי ההבחנה בין השניים אינה ממשית. לכן, העבודה הנוכחית תתייחס לתסמונת של כאב אזורית מורכבת (CRPS) בכללותה מבלי לבצע הבחנה מדויקת בין שני סוגיה.

מחקרים אפידימיולוגיים על אנשים הסובלים מ-CRPS מראים כי השכיחות באוכלוסיה עומדת על כ-26.2 מקרים מתוך 100,000. דהיינו, אחוז קטן יחסית מפתח הפרעה זו. 77 אחוז מכלל הסובלים מתסמונת זו הן נשים. הגיל הממוצע נע בעיקר בין 36 ל-46. הספרות מדווחת גם על קבוצת גיל הכוללת ילדים שמפתחים סימפטומים של CRPS.

סיבת היווצרות CRPS אינה ברורה, אך נמצאו מספר מנגנונים פתו-פיזיולוגיים העשויים לתרום לכך. ייתכן ותת תפקוד סימפטטי, הנוצר עקב פגיעה טראומתית, גורם לעלייה בכמות הרצפטורים האדרגניים בגף הפגוע. עלייה זו עשויה להוביל לרגישות גבוהה לקטאכולאמינים ועקב כך, ליצירת תחושת קור וגוון כחלחל בגף הפגוע. פעילות אדרגנית נתפסת גם כמעורבת בתהליך עיבוד הכאב האבנורמלי ב-CRPS. כאשר, היא יוצרת מעגל אכזרי בו עיבוד המידע המרכזי עובר שינוי ומוביל לעלייה ברמות הכאב. הכאב מעורר שחרור קטאכולאמינים אשר בתורם מפעילים את הרצפטורים האדרגניים וכך, שומרים על השינוי שנוצר בתהליכי העיבוד המרכזי. בהתחשב במנגנונים

הפתופזיולוגיים שהוזכרו, כל גורם פסיכולוגי המשנה פעילות של קטאכולאמינים יכול להשפיע בצורה ישירה על אינטנסיביות הכאב ועל ידי כך, יכול באופן עקיף להשפיע על התמדת השינוי במערכת עיבוד המידע המקושרת ל-CRPS. גורמים פסיכולוגיים, כגון אירועי חיים לוחצים ומצב רגשי דיספורי כגון, חרדה, כעס ודיכאון, יכולים להיות מקושרים לעלייה בפעילות הקטאכולאמינים ולכן, עשויים לבוא באינטראקציה עם מכניזם פתו-פיזיולוגיים של CRPS.

מנגנון פתופזיולוגי חשוב אחר התורם להיווצרות CRPS הוא חוסר השימוש באיבר הפגוע, המתחיל עקב ניסיון להימנע מגירויים שעלולים לעורר תחושת כאב בגפה. חוסר שימוש ממושך בגפה מוביל לשינויים בטמפרטורה ובגוון העור כמו גם לרגישות יתר לכאב (Hyperalgesia). שינויים פיזיולוגיים אלו מתחוללים לא רק בקרב חולי CRPS אלא גם באנשים בריאים כאשר הם נמנעים מהזזת הגפה. ההימנעות נובעת קינזיפוביה (Kinesiophobia) שמוגדרת כמצב שבו האדם בעל פחד מוגזם, לא הגיוני ומתיש כלפי תנועה פיזית ופעילות, כתוצאה מרגישות לפגיעה או לפגיעה חוזרת. הפחתת טווח הפעילות של תנועת הגפה נפוצה גם בשלבים המוקדמים והקלים של CRPS. ב-CRPS פחד מתנועה או מפגיעה חוזרת (Kinesiophobia) קשור באופן חיובי לכאב פיזי ומוגבלות תפקודית ואף הוא אחד המנבאים החזקים ביותר של משתנים אלו. פחד מהכאב בעת תנועת הגפה, בשילוב עם רגישות חושית גבוהה (רגישות לכאב) עשויים להוביל להתנהגויות הימנעותיות שהינן מגבילות ומחמירות את בעיית הכאב בחזרה. כאב הקשור לפחד (pain related fear), כגון קינזיפוביה, הפך להיות מוקד מחקרי מרכזי מאז שהתגלה כי "הפחד מהכאב ומה שנעשה בעקבותיו יכול להיות יותר מגביל מאשר הכאב עצמו".

ההחלמה מ-CRPS באה לידי ביטוי ביכולתו של החולה להפעיל את האיבר למרות הכאב, הן בטיפולים והן בשגרת יומו, ככל שהוא מסוגל. הפעלת האיבר הנה הכרחית לשחזור התהליכים הביוכימיים התקינים שהיו קיימים לפני הפגיעה ומהווה דרך טיפול רפואית יחידה שהנה יעילה בשלביה הראשונים של הפרעה.

יש לציין כי בדומה לכאב פיזי, המשתנים של מוגבלות תפקודית ופחד מתנועה או מפגיעה חוזרת אינם מאפיינים בלבד את האוכלוסייה עם CRPS אלא הם מופיעים גם באוכלוסיות אחרות הסובלות מכאב כרוני אחר, כגון כאב גב תחתון. הבנת התנהגותם של משתנים אלו חשובה בהפרעות של כאב כרוני, כולל CRPS.

בהתבסס על המנגנונים שתוארו, ניתן להבין כי ישנה חשיבות לגורמים פסיכולוגיים בהחמרת או ריפוי CRPS. החוויה הרגשית והמצוקה שמתעוררת בעקבות הכאב הגופני מלווים בסבל רב ולעיתים ישנו קושי לזהות את הרגשות ולתאר אותם לסביבה. נמצא כי אנשים המתמודדים עם CRPS מתקשים באופן משמעותי בזיהוי רגשותיהם, תיאור רגשותיהם, חשיבתם מכוונת החוצה, הם מאופיינים בהגנות ייחודיות ונוטים לחוות יותר קטטורופיזציה לכאב (Margalit, Ben Har & Vatine, 2014). כאשר אנשים עם CRPS מתקשים לזהות ולתאר מה הם מרגישים, המצוקה בתורה מעצימה את חווית הכאב הפיזי והמוגבלות. הכאב הפיזי והמוגבלות שוב מעוררים קושי רב בתיאור החוויה הרגשית. כך למעשה נוצר מעגל קסמים המזין את עצמו המונע החלמה של הסימפטומים של CRPS בעת התפתחותם או במהלך המופע הכרוני. לנוכח זאת, עולה שחשוב שבטיפול פסיכולוגי, במרחב בטוח ומכיל, יתאפשר עבור אנשים עם CRPS לזהות ולבטא את רגשותיהם ולהתייחס למחשבות בלתי מסתגלות הקשורות לכאב, וזאת במטרה להפחית כאב פיזי ומוגבלות בתפקוד.