

Strokovni prispevek/Professional article

KRONIČNA NEPOJASNJENA OROFACIALNA BOLEČINA

CHRONIC UNEXPLAINED OROFACIAL PAIN

Aleš Vesnaver, Andreja Eberlinc

Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo, Kirurška klinika, Klinični center, Zaloška 2, 1525 Ljubljana

Prispelo 2001-10-16, sprejeto 2001-12-14; ZDRAV VESTN 2002; 71: 231-3

Ključne besede: *sindrom temporomandibularnega sklepa; nevralgija trigeminusa; fantomska bolečina; glosodinija; zdravljenje bolečine*

Izvleček – Izhodišča. Kronična nepojasnjena orofacialna bolečina je pogosto vzrok dolgotrajnega trpljenja za pacienta in nerešljiv problem za terapevta. Patofiziološki vzroki nastanka te vrste bolečine so malo znani. Vseeno pa je možno kronično orofacialno bolečino razdeliti na več ločenih tipov, ki se razlikujejo po nastanku, simptomatiki in zdravljenju. Značilno za vse oblike te vrste bolečine je močno izražena psihična sestavina.

Metode. Naredili smo retrogradni pregled dokumentacije, v kateri smo bolnike z različnimi tipi kronične nepojasnjene orofacialne bolečine, zdravljene leta 1994, sledili skozi obdobje petih let. Načine zdravljenja takrat smo primerjali z današnjimi smernicami.

Zaključki. Razen zdravljenja nevralgije trigeminusa, kjer ostaja karbamazepin najboljše zdravilo, se je medikamentno zdravljenje kroničnih obraznih bolečin precej spremenilo.

Uvod

Kronična nepojasnjena orofacialna bolečina (KNOB) je dokaj pogost vzrok obiska pri zdravniku in je zanj največkrat prava nočna mora, saj bolniku pogosto ne more pomagati. Najlažje je tako breme preložiti in bolnika napotiti drugam. Bolniki nato tavajo od enega specialista do drugega, kupček izvidov se povečuje, bolečine pa niso nič manjše. Sčasoma se bolniki zaradi neprestanih bolečin tudi osebno spremenijo, kot čudake ali simulante pa jih pogosto obravnava tudi zdravstveno osebje.

Težava je v tem, da je ta vrsta bolečine zaenkrat še malo raziskana. Organskega vzroka zanjo ni, zato jo uvrščamo med medicinsko nepojasnjena stanja (1). Vseeno pa je to stanje možno z dobro anamnezo in opredelitvijo statusa razdeliti na nekaj tipov, ki se razlikujejo po nastanku, simptomih in seveda tudi zdravljenju.

V pričujočem članku opisujemo najpogostejše oblike KNOB, sedanje smernice in način zdravljenja. Opisujemo tudi zdravljenje bolnikov na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo v letu 1994, ki smo jih sledili skozi obdobje petih let, do konca leta 1999.

Key words: *TMJ syndrome; trigeminal neuralgia; phantom pain; glossodynia; pain treatment*

Abstract – Background. Chronic unexplained orofacial pain is frequently the cause of prolonged suffering for the patient and an unsolvable problem for the therapist. Pathophysiology of the onset of this type of pain is virtually unknown. Still, it is possible to divide chronic orofacial pain into several separate categories, according to its onset, symptoms and therapy. All forms of this type of pain have a strong psychological component.

Methods. A retrograde review was conducted, in which patients' records, treated in 1994 for chronic unexplained orofacial pain, were followed through a 5 year period. The modalities of treatment then and at present were compared.

Conclusions. Except for trigeminal neuralgia, where carbamazepine remains the first choice drug, treatment of chronic facial pain has changed considerably.

Po simptomih in znakih ločimo štiri različne tipe KNOB (1):
 – sindrom temporomandibularne bolečine in disfunkcije
 – nevralgija trigeminusa
 – deaferentna bolečina (tudi fantomska ali atipična obrazna bolečina)
 – glosodinija (tudi sindrom pekočih ust).
 Leta 1994 smo na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo zdravili 116 bolnikov s KNOB. Od teh se jih je 76 (66%) zdravilo zaradi sindroma temporomandibularne bolečine in disfunkcije, 23 (20%) zaradi nevralgije ene ali več vej trigeminusa, 10 (9%) zaradi atipične obrazne bolečine, 4 (3%) zaradi glosodinije in 3 (2%) zaradi glavobolov.

Sindrom temporomandibularne bolečine in disfunkcije (TMBD)

Sindrom TMBD pogosto poimenujemo tudi sindrom temporomandibularnega oz. čeljustnega sklepa (v angleški literaturi *TMJ syndrome*). Bolečine se pojavijo v žvekalnih mišicah in temporomandibularnem sklepu, v katerem se pogosto pojavijo tudi pokanje pri odpiranju ust, odpiranje pa je omejeno in

boleče. Bolečina je topa in pekoča, ob obremenjevanju se ojači. Zboli veliko več žensk kot moških (razmerje 8:1), največ v starosti okoli 40 let (1, 2).

Težave s temporomandibularnimi sklepi naj bi povzročali pomanjkanje zob, neuravnotežena okluzija in nočno škripanje z zobmi (bruksizem) (2, 3). Današnje študije vedno bolj nakazujejo, da okluzija nima tako odločilnega vpliva, saj je velik delež ljudi s slabo okluzijo brez težav (1). Pri klinični preiskavi ugotovimo omejeno odpiranje ust z deviacijo mandibule v prizadeto stran, palpatorno bolečnost in zvišan tonus prizadetih žvekalnih mišic, včasih tudi pokanje v sklepih (2-4). Krepitacije so že znak artroze in se tu ne pojavljajo. Rentgenska preiskava pogosto pokaže nenormalen položaj glavnice v odnosu na sklepno kotanjo, vendar je takšno stanje prisotno tudi pri več kot 40% ljudi brez bolečin, tako da je ta preiskava v bistvu brez prave vrednosti (1).

Zdravljenje sindroma TMBD obsega več stopenj. Najprej poskusimo s prehodom na mehko hrano in miofunkcionalnimi vajami po Dechaume-Lenartovi ter izometričnimi vajami za krepitev žvekalnih mišic (1, 5, 6). Če je potrebno, si lahko med vajami pomagamo s hlajenjem bolečih mest s hladnimi obkladki zaradi analgezije. Bolnikom odsvetujemo odlično obremenjevanje sklepov, npr. žvečenje žvečilnega gumijsa ali daljše govorjenje. Intraoralne grizne opornice, ki so se včasih veliko uporabljale, so se v kontroliranih raziskavah izkazale za manj učinkovite (7). Ob hujši bolečnosti uvedemo triciklične antidepresive v nizkih odmerkih, npr. amitriptilin 10 mg zvečer. Odmerke lahko ob premajhni učinkovitosti postopoma zvišujemo do 30 ali 40 mg zvečer (1). Amitriptilin deluje hitreje in v nižjih odmerkih, kot pri zdravljenju depresije. Mehanizem njegovega analgetičnega učinka ni povsem razjasnjen, vsekakor pa ne gre le za drugačno zaznavanje bolečine zaradi odprave depresije (1, 8). Včasih pomaga tudi kratko obdobje jemanja anksiolitikov, najpogosteje diazepam, 2-5 mg zvečer (1, 2). Nesteroidni analgetiki so tu brez učinka. Če se bolečine v nekaj dneh ne zmanjšajo, poskusimo z injiciranjem lokalnega anestetika v boleča mesta. V najhujših primerih injiciramo v sklep (intraartikularno) kombinacijo anestetika in kortikosteroida (1).

Leta 1994 smo na našem oddelku zdravili 76 bolnikov s sindromom TMBD, od tega 53 žensk (70%) in 23 moških (30%). Od teh jih je imelo v petih letih 48 (63%) le enega do dva pregleda in za njih lahko rečemo, da jim je uvedeno zdravljenje pomagalo. 28 bolnikov (37%) pa je imelo več kot dva pregleda, pri njih je bilo zdravljenje manj uspešno.

V skupini z enim do dvema pregledoma je bilo torej 48 bolnikov. 21 (43%) jih je bilo iz starostne skupine 20-40 let. Najpogostejše zdravljenje so bile miofunkcionalne vaje po Dechaume-Lenartovi (79%), nato prehod na mehko prehrano (37%), uvedba nesteroidnih analgetikov (31%), protetična oskrba (27%) in selektivno brušenje zob (8%).

Več kot dva pregleda je imelo 28 bolnikov. Tudi v tej skupini je bila večina iz starostne skupine 20-40 let (11 oz. 39%). Najpogosteje predpisano zdravljenje so bile miofunkcionalne vaje (86%), prehod na mehko prehrano (57%), uvedba nesteroidnih analgetikov (46%), protetična oskrba (21%) in selektivno brušenje zob (18%).

Nevralgija trigeminusa

Nevralgija trigeminusa je ena najhujših bolečin, ki prizadenejo človeka (1). Pojavlja se epizodno, pogosto ob mehanski stimulaciji, npr. pri žvečenju ali ob dotiku. Je tudi sezonska bolezen, saj se najpogosteje pojavlja spomladi in jeseni. Velikokrat je prisotna prožilna točka, od koder se ob dotiku razširi napad. Bolečina je ostra, nenadna, včasih pulzirajoča in tako huda, da pacienta za nekaj časa popolnoma onemogoči. Skoraj vedno se pojavlja enostransko in je omejena na eno ali več vej trigeminusa, pri čemer je zgornja, oftalmična veja le redko

prizadeta (9). Napad traja nekaj sekund do nekaj minut. Nato nastopi različno dolgo refraktarno obdobje, med katerim ni napadov. Po tem obdobju mirovanja, po katerem se napad lahko ponovi (1). Značilno je, da ponovi napadov ni (9).

Rentgensko slikanje ne pokaže nobene značilnosti ali posebnosti. Predvsem pri mlajših bolnikih je treba narediti slikanje z magnetno resonanco za izključitev demielinizacijskih bolezni, ki lahko v začetku dajejo podobne simptome (1). Magnetnoresonančna angiografija pa prikaže odnos med žilami in trigeminusom v pontocerebelarnem kotu ter morebitno kompresijo živcev.

Najučinkovitejše zdravilo je antikonvulziv karbamazepin, s katerim začnemo v nizkih odmerkih, 100-200 mg dvakrat dnevno, in ga počasi zvišujemo do potrebnega vzdrževalnega odmerka (1, 9, 10). Karbamazepin najverjetneje preprečuje neustrezno proženje bolečinskih impulzov prek stabiliziranja celične membrane (1). Nesteroidni analgetiki so brez učinka. Pri bolnikih, ki jim možganske arterije pritiskajo na živec, pa je utemeljena nevrokirurška dekompresija. Za takojšnjo, a kratkotrajno odpravo bolečin injiciramo lokalni anestetik ob izstopišče prizadete veje (9). Za dolgotrajnejšo anestezijo se ob izstopišče prizadete veje injicira absolutni alkohol. Le redko, pri najbolj trdovratnih primerih, je indicirana nevrekshereza prizadete veje, pri čemer se živec dobesedno izpuli (1, 10). Žal pa je tudi učinek nevrekshereze običajno bolj kratkotrajen.

Leta 1994 smo pričeli na novo zdraviti 13 bolnikov z nevralgijo trigeminusa, že od prej pa se je zdravilo 10 bolnikov. Od skupno 23 bolnikov je bilo 14 žensk (61%), devet pa moških (39%). Povprečna starost bolnikov je bila 72,5 leta, 19 (82%) jih je bilo starih nad 60 let. Pri 13 (57%) je bila prizadeta II. veja, v enakem odstotku bolnikov tudi III. veja. Samo dva bolnika (9%) smo zdravili zaradi nevralgije I. veje.

22 bolnikov (96%) je prejelo karbamazepin po shemi: eno 200 mg tableto zjutraj in eno zvečer, po potrebi dve tableti zjutraj, dve zvečer. Deset bolnikov (43%) je ob tem prejelo še diazepam, 5-15 mg dnevno. Blokade perifernih vej trigeminusa z lokalnimi anestetiki smo izvajali pri 18 bolnikih (78%), najpogosteje smo uporabljali 2% lidokain in 0,5% bupivakain. Pri treh bolnikih smo naredili destruktivno prizadete veje z injiciranjem 90% alkohola ob njo.

Od teh bolnikov jih je 14 potrebovalo enega do pet pregledov, šest (26%) pet do deset pregledov in trije (13%) več kot deset pregledov. Pri koliko bolnikih smo uspeli nevralgijo povsem pozdraviti, ni mogoče ugotoviti, saj je bila povprečna starost bolnikov 72,5 leta in je prenehanje obiskov v ambulanti lahko posledica smrti bolnikov.

Deaferentna ali fantomska bolečina

Ta vrsta bolečine je kot posledica amputacij znana že dalj časa, ko manjkajoči ud neznosno boli. Do podobnega fenomena lahko pride tudi v ustni votlini po ekstrakciji zoba ali manjšem kirurškem posegu (1). Bolečina je stalna, globoka, topa, brez remisij, z občasnimi epizodami ostrejših bolečin. Značilno je, da pri velikem odstotku bolnikov bolečina med spanjem mine in se ponovno pojavi šele v budnem stanju (1, 9). Klinična in rentgenska preiskava ne pokažeta posebnosti, razen znakov že opravljenega kirurškega posega.

Zdravljenje je težavno, bolečina naj bi imela svoj izvor periferno in centralno. Najboljše je zdravljenje z antikonvulzivi, od katerih je najučinkovitejši gabapentin (1). Začnemo z odmerkom 300 mg dnevno in to počasi zvišujemo do 900-3000 mg dnevno v treh odmerkih. Mehanizem delovanja ni pojasnjen. Pomagata lahko tudi benzodiazepin klonazepam, 1-3 mg dnevno in triciklični antidepresiv amitriptilin v nizkih odmerkih, 10-40 mg dnevno. Začasno prekinitve hude bolečine lahko uporabimo tudi blokado živca z lokalnim anestetikom ali lokalno delujoč lidokainski gel. Kirurška revizija ni strokovno utemeljena, ker lahko bolečine le stopnjuje (1, 9).

V letu 1994 se je na naši ustanovi zdravilo deset bolnikov z diagnozo atipične obrazne bolečine. Pri petih se je ta bolečina pojavila po ekstrakciji zoba oz. manjšem operativnem posegu, zato jo lahko smatramo za deaferentno. Pri ostalih petih vzrok ni bil ugotovljen. Zdravili smo s karbamazepinom po shemi, z uvedeno terapijo pa smo bili uspešni le v enem primeru.

Glosodinija – sindrom pekočega jezika in ust

Na sluznici jezika in ust se brez prožilnega dejavnika postopoma pojavijo pekoče bolečine (1, 9). Te so srednje do hude, skoraj vedno obojestranske in trajne. Pogosto jih spremljata suha usta in motnje okušanja. Pri bolnikih pogosto sovpadata stres in depresija. Preiskave ne pokažejo nenormalnosti. Za to vrsto bolečin je značilno, da se za razliko od organsko pogojenih zmanjšajo med hranjenjem.

Pri zdravljenju glosodinije se najbolje obnesejo triciklični antidepresivi v nizkih odmerkih, amitriptilin, 30 do 60 mg dnevno, ki jih uvajamo počasi, da se izognemo nastanku kserostomije (1). Tudi tu je analgetični učinek prisoten hitreje in pri nižjih odmerkih kot antidepresivni. Včasih je učinkovita tudi psihoterapija. Nesteroidni analgetiki ne pomagajo. Pri polovici bolnikov pride do spontanega popuščanja bolečine v nekaj mesecih ali letih (1).

Na našem oddelku smo leta 1994 zdravili štiri bolnike. Pri enem je bolečina izzvenela brez medikamentnega zdravljenja. Pri drugem smo uvedli lidokain aerosol ter karbamazepin in diazepam po shemi, nazadnje je bil na pregledu pred petimi leti. Tretjega smo napotili k alergologu in ni več prišel na kontrolo, četrtega pa smo poslali nazaj k alergologu, pri katerem se je že zdravil zaradi nevralgije glosofaringealne živca.

Razpravljanje

Pri bolnikih s sindromom TMBD, ki je tudi najpogostejša oblika kronične nepojasnjene orofacialne bolečine, se predvsem medikamentno zdravljenje danes precej razlikuje od zdravljenja pred petimi leti. Opušča se nesteroidne analgetike in uvaja triciklične antidepresive, ki so učinkovitejši (1). Najučinkovitejše zdravljenje pa je še vedno fizioterapija, oz. miofunkcionalne vaje (1, 3, 5, 6, 9). Ob tem je treba bolnike natančno seznaniti z naravo njihovih bolečin in doseči njihovo zaupanje in čim boljše sodelovanje. Če se bolečine v sklepkih pojavijo pri bolnikih, ki jim manjkajo zobje v molarski regiji in nimajo oporne cone oziroma imajo hujšo motnjo griza, jih ne smemo uvrstiti v skupino bolnikov s sindromom TMBD, saj pri njih obstaja organski vzrok za preobremenjevanje sklepov.

Zdravljenje nevralgije trigeminusa se ni spremenilo, še vedno je najboljše zdravilo karbamazepin (1, 10). Treba pa je prepoznati bolečine, ki se pojavijo v sklopu demielinizacijskih boleznih in vaskularnih kompresij, te se namreč zdravijo drugače.

Deaferentna, fantomska ali atipična obrazna bolečina je redka, vendar zelo trdovratna. Gabapentina, ki je zdaj po mnenju mnogih najboljšo zdravilo, leta 1994 še nismo imeli. Poskus zdravljenja s karbamazepinom ni bil uspešen, saj se je stanje izboljšalo le enemu bolniku od desetih. Še enkrat je treba poudariti, da ne smemo popustiti pacientovim željam po kirurški reviziji, ki stanje lahko samo poslabša!

Glosodinija je prav tako redka in nič manj trdovratna. Leta 1994 še nismo imeli izdelanih smernic, vsakega izmed bolnikov smo zdravili drugače. Zdaj je najboljšo medikamentno zdravljenje amitriptilin, ki pa tudi ni vedno učinkovit.

Za vse bolečine v sklopu KNOB velja, da je zelo močno prisotna psihična komponenta (1). Te vrste bolečin se pogosto pojavljajo ob stresu in v težavnejših življenjskih obdobjih. Zato je tu izredno pomembno dobro jemanje anamneze, razgovor z bolnikom z natančno razlago narave bolezni ter psihična podpora. V nekaterih primerih je učinkovita tudi psihoterapija.

Za zaključek lahko še zapiševa, da sva se za omenjeno delitev KNOB odločila, ker je kratka, jasna in klinično uporabna (1). Tudi začetni klinični rezultati z novimi smernicami zdravljenja so dobri. V literaturi pa obstaja nešteto različnih klasifikacij, različnih patofizioloških razlag in vrst zdravljenja, kar pa je skupna značilnost vseh manj raziskanih bolezenskih stanj.

Literatura

1. Marbach JJ. Medically unexplained chronic facial pain. *Med Clin North Am* 1999; 83: 691-710.
2. Rothwell PS. The temporomandibular joint pain/dysfunction syndrome. In: Moore JR ed. *Surgery of the mouth and jaws*. Oxford, London: Blackwell Scientific Publications, 1985: 588-99.
3. Žajdela Z. Temporomandibularne artropatije. *Zobozdrav Vestn* 1974; 29: 177-81.
4. Kansky AA. Patologija temporomandibularnega sklepa. *Zobozdrav Vestn* 1992; 47: 15-7.
5. Kristan N. Artropatije temporomandibularnega sklepa. *Zobozdrav Vestn* 1986; 41: 37-40.
6. Lenart V. Prispevek konzervativno kirurški terapiji temporomandibularnih artropatij. *Zobozdrav Vestn* 1966; 21: 56-61.
7. Dao TTT, Lavigne GJ, Charbonneau A et al. The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: a controlled clinical trial. *Pain* 1994; 56: 85-94.
8. Sharav Y, Singer E, Schmidt et al. The analgesic effect of amitriptyline on chronic facial pain. *Pain* 1987; 31: 199-209.
9. Harris M. Orofacial neuropathy. In: Moore JR ed. *Surgery of the mouth and jaws*. Oxford, London: Blackwell Scientific Publications, 1985: 799-825.
10. Oblak P. Sodobna terapija genuine nevralgije trigeminusa. *Zobozdrav Vestn* 1970; 25: 197-203.