



GLOBAL YEAR AGAINST
OROFACIAL PAIN
OCTOBER 2013 – OCTOBER 2014
International Association for the Study of Pain

Z originálneho IASP a EFIC materiálu texty preložili:

MUDr. Dagmar Bodáková

MUDr. Miriam Galová, PhD.

MUDr. Darina Hasarová

MUDr. Hedviga Jakubíková, PhD.

MUDr. Miroslav Ferenčík

MUDr. Marta Kulichová, CSc.

Redakčne a pre tlač upravil:

MUDr. Dušan Broďáni, PhD.

Oficiálni partneri SSŠLB:

Gedeon Richter Slovakia, s.r.o.

Mundipharma Ges.m.b.H, o.z.

Teva Pharmaceuticals Slovakia, s.r.o.

Global Year Against Pain - Svetový rok proti bolesti

Prečo, ako a kedy iniciatíva vznikla

Prečo?

Bolesť, hlavne chronická, významne znižuje kvalitu ľudského života. S jeho predlžovaním narastajú aj chronické bolesti. Civilizačné ochorenia vyvolávajú silnú bolesť, pritom sa jej liečbe nevenuje náležitá pozornosť. „Hoci málo ľudí zomiera pre bolesť, milióny ľudí zomierajú v bolesti, alebo dokonca žijú s bolesťou.“

IASP a EFIC veria, že nastal čas celosvetovo zlepšiť liečbu bolesti a uznať, že je to medicínsky problém najvyššieho záujmu.

Ako a kedy?

V roku 2001 EFIC inicioval prvý Európsky deň proti bolesti s témou „Netrpte potichu“. Úspech tejto myšlienky získal podporu IASP, ktorá v roku 2004 rozšírila iniciatívu celosvetovo a bol vyhlásený Svetový rok proti bolesti na tému: „Právo na úľavu od bolesti by malo byť základným ľudským právom“.

Následné kampane boli venované témam:

bolesť u detí (2005-06),

bolesť u starých (2006-07),

bolesť u žien (2007-08),

nádorová bolesť (2008-09),

muskuloskeletálna bolesť (2009-10),

akútna bolesť (2010-11),

bolesť hlavy (2011-12),

viscerálna bolesť (2012-13).

MUDr.Marta Kulichová , CSc.
prezidentka SSŠLB

Obsah:

Global Year Against Pain - Svetový rok proti bolesti	2
Obsah:	3
Svetový a európsky rok boja proti bolesti: orofaciálna bolesť	6
Orofaciálna bolesť (OFB).....	7
Neurovaskulárna orofaciálna bolesť (NOB).....	8
Úvod.....	8
Klinické príznaky, patofyziológia, diagnostické kritériá	8
Epidemiológia bolestí hlavy, imitujúcej odontogénnu bolesť	8
Migréna	8
Diferenciálna diagnóza: Odontalgia.....	9
Diferenciálna diagnóza: Poruchy temporomandibulárneho kĺbu.....	9
Tenzný typ cefaley	9
Diferenciálna diagnóza: Poruchy temporomandibulárneho kĺbu.....	9
Trigeminálne autonómne bolesti hlavy	9
Diferenciálna diagnóza: Odontalgia.....	10
Diferenciálna diagnóza: Neuralgia trigeminu	10
Nadmerná medikácia bolestí hlavy.....	10
Diferenciálna diagnóza: Poruchy temporomandibulárneho kĺbu.....	10
Neuralgia trigeminu a perzistujúca idiopatická faciálna bolesť	10
Diferenciálna diagnóza: Odontalgia a poruchy temporomandibulárneho kĺbu (8) .	11
Diferenciálna diagnóza: Chronická perzistujúca alveolárna bolesť	11
Krátka bodavá bolesť hlavy	11
Diferenciálna diagnóza: Odontalgia.....	11
Temporálna arteritída - Giant cells	12
Diferenciálna diagnóza: Myalgia žuvacích svalov, myofasciálna bolesť, poruchy temporomandibulárneho kĺbu.....	12
Perzistentná dento-alveolárna bolestivá choroba	14
Definícia	14
Kritéria	15
Epidemiológia.....	15
Patofyziológia	15

Liečba.....	16
Prognóza	16
Odontogénna/ dentálna bolesť	19
Bežné príčiny odontogénnej bolesti:.....	19
Syndróm pálenia úst.....	21
Definícia	21
Epidemiológia.....	21
Patofyziológia.....	21
Klinická charakteristika.....	21
Diagnóza	22
Vyšetrenie	22
Liečba.....	22
Temporomandibulárne poruchy.....	23
Úvod.....	23
Epidemiológia, ekonomické aspekty	23
Patofyziológia	23
Klinický obraz	24
Diagnostické kritéria.....	25
Diagnostika.....	25
Liečba.....	25
Perzistentná idiopatická bolesť tváre (PIBT).....	28
Definícia	28
Epidemiológia.....	28
Patofyziológia.....	28
Klinická charakteristika.....	28
Vyšetrenie	29
Liečba.....	29
Glosofaryngeálna neuralgia.....	30
Definícia	30
Epidemiológia.....	30
Patofyziológia.....	30
Klinický obraz	30
Vyšetrenia	31

Liečba.....	31
Trigeminálna neuralgia	32
Definícia	32
Epidemiológia.....	32
Patofyziológia.....	32
Klinický obraz	33
Vyšetrenia	33
Liečba.....	33
Chirurgická liečba.....	34
Poznámky:.....	36



GLOBAL YEAR AGAINST
OROFACIAL PAIN
OCTOBER 2013 – OCTOBER 2014
International Association for the Study of Pain

Svetový a európsky rok boja proti bolesti: orofaciálna bolesť

IASP (International Association for Study of Pain = Medzinárodná asociácia pre štúdium bolesti) a EFIC (European Federation of IASP Chapters = Európska federácia algeziologických spoločností) vyhlásili 21.október 2013 – 21.október 2014 za svetový a európsky rok boja proti bolesti s témou: orofaciálna bolesť. Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti (SSŠLB) garantuje túto aktivitu na Slovensku. Pripravila preklad oficiálnych materiálov IASP na túto tému a ponúka ich k dispozícii špecialistom a širokej verejnosti.

Cieľom kampane je

- Rozšíriť informácie o orofaciálnej bolesti po celom svete.
- Vzdelávať teoretikov i klinikov v každej krajine, ako aj širokú populáciu zdravotníkov a ich pacientov.
- Pripomenúť problém orofaciálnej bolesti na úrovni oficiálnych vládnych orgánov krajín, v masmédiách a v širokej populácií.
- Povzbudiť vládnych predstaviteľov, vedecké inštitúcie a ostatných mienkotvorných ľudí, aby viac podporovali výskum, účinné a dostupnejšie liečebné metódy pre tých, ktorí trpia orofacialnou bolesťou.

Orofaciálna bolesť (OFB)

Originál preložila: MUDr. Marta Kulichová, CSc.

Stomatológovia, či už všeobecní alebo špecialisti, liečia každodenne množstvo pacientov s orofaciálnou bolesťou. Môže byť pociťovaná tak na tvári, ako aj v ústnej dutine, v dôsledku ochorení regionálnych štruktúr, dysfunkcie nervového systému, či vzdialených zdrojov. Liečba orofaciálnej bolesti patrí väčšinou stomatológom, ale je vhodné a často nevyhnutné inkorporovať aj ostatných špecialistov.

Nejde len o to, diagnostikovať a liečiť akútnu dentálnu bolesť, ale aj o zistenie príčiny, čo môže byť trauma, infekcia alebo iný odontogenický pôvod. Ale stomatológovia zodpovedajú aj za diagnostiku a liečbu neodontogenickej orofaciálnej bolesti. Táto bolesť je často chronická a pretrvávajúca, multifaktoriálna a komplexná, stresuje a oslabuje pacienta. Ak sú vedomosti o etiopatogenéze a neurobiologických mechanizmoch bolesti, ktoré vyvolávajú perzistujúcu bolesť, nedostatočné, vedú k nesprávnej diagnóze a následnej neúčinnnej, či dokonca škodlivej liečbe. Stomatológovia musia rozpoznať potrebu multidisciplinárnej liečby bolesti a včas prizvať príslušných špecialistov. Široké spektrum orofaciálnej bolesti je dôsledkom tesného výskytu početných anatomických štruktúr: oči, nos, zuby, jazyk, sínusy, uši, miestne svaly a temporandibulárne kĺby. Tieto štruktúry môžu byť zdrojom bolesti tváre, ktorá sa šíri do blízkych alebo nezávislých miest. Napríklad, nie je neznáme, že existuje spojenie medzi bolesťou hlavy a tváre (1). Existuje viacero odporúčení, ako liečiť úspešne orofaciálnu bolesť. Jeden takýto diagnostický prístup kategorizuje orofaciálnu bolesť do štyroch skupín, na základe vyvolávajúcich mechanizmov: muskuloskeletálnu, neuropatickú, neurovaskulárnu a psychogénnu.

Literatúra

1. Heir GM, Khan J, Mannheimer JS, Friction J, Crandall JA, Wright EF; Relationship of dysfunction of the temporomandibular joint, headache and primary cervicalgia (Relação entre disfunções temporomandibulares, cefaleias primarias e cervicalgias); Chpt 46 in Orofaci al Pain Diagnosis and Treatment (Dores Orofaciais Diagnóstico e Tratamento); Eds. De Siqueira JDT, Teixeira MJ, Artes Medical, Sao Paolo, Brasil, 2012.

Neurovaskulárna orofaciálna bolesť (NOB)

Originál preložila: MUDr. Dagmar Bodáková

Úvod

Orofaciálna bolesť, ktorá má potenciálne neurovaskulárny podklad, sa prejavuje často ako bolesť imitujúca odontogénnu bolesť, takže u veľkej časti populácie pacientov s migrénou a trigeminálnou neuralgiou sa pátra po dentálnej príčine. Ostávame stále dlhší väčšine variácií NOB pri absencii pozoruhodných alebo jednoznačných patofyziologických publikácií, preto tento faktografický príspevok má záujem prediskutovať najčastejšie prípady NOB, menovite odontogénnej alebo dentálnej bolesti, migrény, tenznej cefaley, trigeminálnych autonómnych cefalgii a iných typov nejasných hrozivých bolestí hlavy, ako je bolesť imitujúca odontogénnu bolesť a poruchy temporomandibulárneho kĺbu (1).

Tento článok sa nepokúša prepisovať všeobecne akceptovanú klasifikáciu bolestí hlavy, ale poskytuje vodítko pre klasifikáciu bolestí hlavy pri diagnostických ťažkostiach v prípadoch, keď sa lokalizácia orofaciálnej bolesti kryje s dentálnou bolesťou (1,2).

Klinické príznaky, patofyziológia, diagnostické kritériá

Nasledujúce časti sumarizujú bolesti hlavy alebo neurovaskulárne pomery súvisiace s nepravou dentálnou a orofaciálnou bolesťou. Táto časť čerpá z Príručky IASP pre Rok boja proti bolesti hlavy (3).

Epidemiológia bolestí hlavy, imitujúcej odontogénnu bolesť

Bolesti hlavy sú najčastejšími neurologickými poruchami a príznakmi vyskytujúcimi sa v praktickej medicíne. Polovica celej populácie udáva pravidelný výskyt bolestí hlavy v bežnom roku a viac ako 90% pacientov má bolesť hlavy v anamnéze.

Migréna

Pacienti s migrénou vykazujú rekurentné a hendikepujúce ataky bolesti hlavy, častejšie jednostranné, pulzujúce, so súčasnými príznakmi senzorických porúch ako

fotofóbia, fonofóbia a hyperosmia. Všeobecnými príznakmi sú tiež nauzea a stuhnutý krk. Príznaky migrény zhoršuje pohyb.

Diferenciálna diagnóza: Odontalgia

Podľa dostupných dát takmer 50% pacientov s NOB, je nesprávne diagnostikovaných ako primárne dentálne ochorenia, z nich významný podiel sa podrobí nesprávnym stomatologickým výkonom alebo nesprávnej medicíne. Prevalencia ťažkostí spojených s migrénou pripomína dentálnu bolesť. Migréna bez aury sa ľahko zamieňa s neuralgiou II. vetvy trigeminálneho nervu (unilaterálna pulzujúca bolesť polovice tváre), pripomína odontalgiu, preto sa pacienti často podrobujú stomatologickému výkonu alebo extrakcii zubov.

Diferenciálna diagnóza: Poruchy temporomandibulárneho kĺbu

Precitlivosť mäkkých tkanív hlavy a allodynia sú hlavnými príznakmi migrény s aurou alebo bez nej, môžu sa zamieňať s poruchami žuvacieho svalstva a následne s poruchami temporomandibulárneho kĺbu s indikáciou k ortopedickým výkonom, ktoré nemajú fyziologický podklad. Cervikálna bolesť môže vyžarovať do oblastí hlavy a môže viesť k mylnej diagnóze myofasciálnej bolesti.

Tenzný typ cefaley

Tenzný typ cefaley (TTC) je najčastejším typom bolesti hlavy. Prevalencia epizodickej TTC dosahuje 80%, chronický TTC dosahuje 3%. Ženy sú postihnuté častejšie ako muži. Ochorenie nastupuje v období medzi 35. a 40. rokom života, nezávisle od pohlavia.

Diferenciálna diagnóza: Poruchy temporomandibulárneho kĺbu

Precitlivosť alebo bolesť žuvacieho svalstva je všeobecným príznakom poruchy temporomandibulárneho kĺbu. Bolesť alebo pocit napätia svalov hlavy môže byť mylne interpretovaná ako porucha temporomandibulárneho kĺbu (4-6).

Trigeminálne autonómne bolesti hlavy

„Cluster headache“, paroxyzmálna hemikránia a kontinuálna hemikránia patria do skupiny idiopatických bolestí hlavy, ktoré zahŕňajú aktiváciu trigeminálnych autonómnych dráh, sledovaných aktiváciou kraniálnych autonómnych reflexov, ktoré boli pomenované ako trigeminálne autonómne bolesti (TAB). Všetky vyššie

menované syndrómy bolesti hlavy vykazujú dva spoločné znaky: krátko trvajúci, unilaterálny, silný atak bolesti hlavy a pridružené typické autonómne príznaky.

Diferenciálna diagnóza: Odontalgia

Intenzívna lokalizovaná bolesť, spojená s rôznymi formami trigeminálnej autonómnej bolesti (TAB), predovšetkým periorbitálna alebo maxilárna bolesť, často vedú k stomatologickým výkonom a nakoniec i k strate chrupu.

Kontinuálna hemikránia sa v poslednom čase zaraďuje do skupiny idiopatických bolestí hlavy ako trigeminálna autonómna bolesť hlavy. Táto chronická unilaterálna bolesť sa tiež môže mylne interpretovať ako odontalgia alebo porucha temporomandibulárneho kĺbu.

Diferenciálna diagnóza: Neuralgia trigeminu

Pozri nasledujúcu časť: Neuralgia trigeminu a pretrvávajúca idiopatická faciálna bolesť.

Nadmerná medikácia bolestí hlavy

Nadmerná liečba bolestí hlavy je chronický problém a vyskytuje sa u pacientov trpiacich primárnymi bolesťami hlavy (špeciálne u migrény). Neprimeraná nadmerná medikácia predstavuje závažný rizikový faktor pre nárast frekvencie bolestí hlavy; môže viesť k zhoršeniu stavu od epizodickej ku chronickej bolesti hlavy.

Diferenciálna diagnóza: Poruchy temporomandibulárneho kĺbu

Precitlivosť alebo bolesť žuvacích svalov je všeobecným príznakom poruchy TMK. Podobne ako pri tenznom type cefaley (TTC) môže ísť o pocit svalového napätia, špeciálne svalov hlavy a môže následne dochádzať k mylnej interpretácii diagnózy ako muskuloskeletálnej orofaciálnej bolesti.

Neuralgia trigeminu a perzistujúca idiopatická faciálna bolesť

Neuralgia trigeminu (NT) je unilaterálna bolestivá porucha charakterizovaná krátko trvajúcou, elektrickým šok pripomínajúcou bolesťou s neočakávaným nástupom

a rôznym trvaním, s ohraničenou inervačnou oblasťou jednej alebo viacerých vetiev trigeminálneho nervu (7). Trigeminálna neuralgia môže byť provokovaná podprahovou stimuláciou povrchu slizníc ako napríklad čistením zubov, príjmom potravy a tekutín do dutiny ústnej.

Diferenciálna diagnóza: Odontalgia a poruchy temporomandibulárneho kĺbu (8)

Diferenciálna diagnóza: Chronická perzistujúca alveolárna bolesť

Perzistujúca idiopatická faciálna bolesť (PIFB) prejavujúca sa predovšetkým atypickou bolesťou tváre, je definovaná ako pretrvávajúca bolesť tváre, ktorá nemá vlastnosti kraniálnych neuralgií a nemá atribúty iných porúch. PIFB ako forma bolestivej neuropatie, môže byť následkom úrazu alebo patologického procesu trigeminálneho nervu. Stomatologické výkony sa rutinne vykonávajú v inervačnej oblasti trigeminálneho nervu, preto môžu spôsobiť postprocedurálne bolestivé neuropatie. Hoci štatisticky ide o nízku incidenciu, pretrváva tendencia k ďalším stomatologickým intervenciám v príslušnej oblasti bez stanovenia jasnej diagnózy.

Chronická perzistujúca alveolárna bolesť (9) je definovaná ako atypická odontalgia, patrí do skupiny PIFB a rovnako ťažko sa diagnostikuje, ako sa lieči. Vzniká v okolí zuba alebo v mieste po extrakcii zuba typicky postihnutého bolesťou, ktorý sa podrobil komplikovanému záchovnému alebo chirurgickému výkonu. Intenzita bolesti varíruje od tupej a stredne silnej po stálu silnú bolesť. Typická je rezistencia voči analgetickej medikácii a anestetickým blokádam.

Krátka bodavá bolesť hlavy

Niekoľko sekúnd trvajúce bodavé bolesti hlavy delíme na tri základné typy:

- primárnu a symptomatickú bodavú bolesť hlavy,
- primárnu symptomatickú prerušovanú bolesť hlavy,
- unilaterálnu neuralgiformnú bolesť hlavy s reakciou spojiviek a lakrimozitou (2).

Diferenciálna diagnóza: Odontalgia

Nakoľko lokalizácia a intezita je výrazne potencovaná zvýšeným intrakraniálnym tlakom (napr. kašľaním), častejšie ide o zámenu v zmysle trigeminálnej autonómnej cefaley a trigeminálnej neuralgie, než odontalgie alebo migrény.

Temporálna arteritída - Giant cells

Hoci temporálna arteritída, tiež nazývaná ako Giant cells arteritis nepredstavuje neurovaskulárnu poruchu, do tejto kapitoly bola zaradená pre svoju cievnu príčinu s hrozivými komplikáciami, ktorých diagnostika a adekvátne liečba predstavujú obrovský problém.

Diferenciálna diagnóza: Myalgia žuvacích svalov, myofasciálna bolesť, poruchy temporomandibulárneho kĺbu

Tieto uvedené stavy sú spojené s nástupom novej bolesti hlavy v jednej alebo oboch temporálnych oblastiach. Typický pacient má 50 a viac rokov, s tupou temporálnou bolesťou, so slabosťou žuvacieho svalstva, bolesťou v temporomandibulárnom kĺbe a bolesťou hlavy s jasným nástupom, prechodom do chronicity, s tendenciou k progresii. Možný je prechod k závažnej bolesti hlavy, polymyalgiám a klaudikácii žuvacieho svalstva. Prítomný je edém a citlivosť artérií kože hlavy, predovšetkým a. temporalis, elevácia sedimentácie a hladiny C–reaktívneho proteínu. Diagnózu giant cell arteritis potvrdzuje pozitívna biopsia z temporálnej artérie (1). Táto forma bolesti hlavy nesmie byť prehliadnutá, pri komplikáciách hrozia závažné konzekvencie. Neliečená temporálna arteritída môže spôsobiť stratu zraku, náhlu cievnu mozgovú príhodu alebo i smrť. Vysoké dávky steroidov v priebehu 3 dní môžu odstrániť bolesť hlavy.

Literatúra

2. American Academy of Orofacial Pain, Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management, Ed, de Leeuw R, Klasser GD, Quintessence Books, Chicago, 2013.
3. Olesen J, et al; The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, Headache Classification Committee of the International Headache Society, Cephalalgia, 33(9) 629-808 2013.
4. Nilsson IM, List T, Drangsholt M, *Headache and Co-morbid Pains Associated with TMD Pain in Adolescents*, J Dent Res. 2013 Sep;92(9):802-7. doi: 10.1177/0022034513496255. Epub 2013 Jun 27.
5. da SILVA Junior AA, Krymchantowski AV, Gomes JB, Leite FM, Alves BM, Lara RP, Gómez RS, Teixeira AL. *Temporomandibular disorders and chronic daily headaches in the community and in specialty care*. Headache. 2013 Sep;53(8):1350-5. doi: 10.1111/head.12130. Epub 2013 May 15.
6. Schiffman E, Ohrbach R, List T, et al. *Diagnostic criteria for headache attributed to temporomandibular disorders*. Cephalalgia 2012;32:683-92.
7. Zakrzewska JM. Differential diagnosis of facial pain and guidelines for management. Br J Anaesth 2013;111:95-104.

8. Drangsholt M, Truelove E. *Trigeminal neuralgia mistaken as temporomandibular disorder*. J Evid Base Dent Pract 2001;1:41-50.
9. Durham J, Exley C, John MT, Nixdorf DR. *Persistent dentoalveolar pain: the patient's experience*. J Orofac Pain. 2013 Winter;27(1):6-13. doi: 10.11607/jop.1022.

Perzistentná dento-alveolárna bolestivá choroba

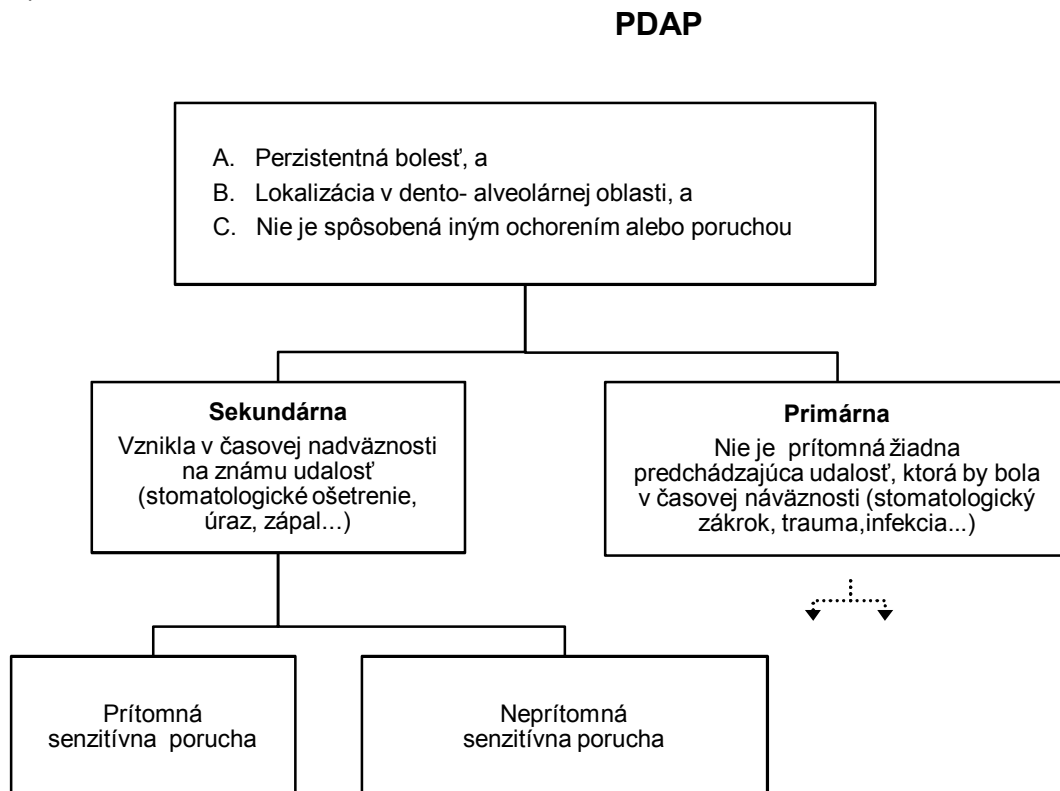
Originál preložila: MUDr. Darina Hasarová

Definícia

Odborníci z odboru stomatológie sa zhodujú na existencii osobitnej klinickej jednotky, ktorá sa manifestuje ako perzistentná (chronická) kontinuálna bolesť, lokalizovaná v dento-alveolárnej oblasti a ktorú nemožno vysvetliť prítomnosťou iných ochorení alebo porúch. (Nixdorf et al, 2012).

Táto klinická jednotka bola v minulosti nejednoznačne nazývaná ako atypická odontalgia, fantómová zubná bolesť či neuropatická bolesť zubov ako podskupina v rámci perzistentnej idiopatickej alebo aj atypickej bolesti tváre. Pri nedávnom konsenze klinických expertov a metodológov bola táto jednotka nazvaná ako perzistentná dento-alveolárna bolestivá porucha (PDAP). Zároveň boli navrhnuté diagnostické kritéria pre túto jednotku.

Obrázok 1: Diagnostické kritéria pre perzistentnú dento-alveolárnu bolestivú poruchu (PDAP)



Kritéria

1. Perzistentná – to znamená, že bolesť pretrváva aspoň 8 hodín/deň, ≥ 15 dní v mesiaci a trvá 3 a viac mesiacov
2. Bolesť je charakterizovaná podľa IASP kritérií (vrátane dysestézie)
3. Lokalizácia – maximum bolesti v určitej anatomickej oblasti
4. Množstvo nešpecifických nálezov – zubný, neurologický, +/- zobrazovacie metódy (ako napríklad intraorálne zobrazenie, CT a/alebo MRI)

Epidemiológia

Presný odhad prevalencie PDAP nie je možný, keďže existujúce štúdie používali pri výbere najľahšie dostupné klinické populácie. Systematické prehľady udávajú frekvenciu nondentálnej bolesti po ošetrovaní zubných koreňov (endodoncii) na 3,4% , čo je predbežne horná hranica (Nixdorf et al, 2010). Ďalší prehľad dostupných údajov je však obmedzený na hľadanie publikácií popisujúcich stavy zhodné s PDAP. Tieto udávajú frekvenciu PDAP po stomatologických ošetrovaniach zahŕňajúcich odstránenie senzorických nervov, ako napríklad extrakcia, či liečba koreňových kanálov na 1,6%. (Nixdorf & Moana, 2011). Jedna z publikácií nám taktiež ponúka údaj o rizikových faktoroch pre rozvoj PDAP po ošetrovaní koreňových kanálov. Za štatisticky významné faktory boli označené: proťahovaná predoperačná bolesť, prítomnosť iných chronických bolestivých stavov, ženské pohlavie a anamnestický údaj o silnej bolestivej liečbe v orofaciálnej oblasti. (Polycarpou et al, 2005).

Patofyziológia

Mechanizmy, ktoré sa pravdepodobne podieľajú na vzniku PDAP sú psychologického alebo neuropatického pôvodu. Psychosociálne faktory u pacientov s PDAP boli sledované iba v izolovaných štúdiách na jednotlivých kazuistikách (Jacobs et al, 2002; List et al, 2007; Takenoshita et al, 2010). V týchto štúdiách je uvádzaný vyšší výskyt úzkostných stavov u pacientov s PDAP ako je pozorovaných u pacientov s chronickou bolesťou. Rovnako neuropatické faktory u pacientov s PDAP boli sledované formou analýzy jednotlivých kazuistik za použitia psychofyzikálnych metód (e.g., Jacobs et al, 2002; List et al, 2009; Zagury et al, 2012; Baad-Hansen et al, 2013). Použitím celého súboru psychofyzikálnych testov vykazujú pacienti s PDAP výrazne rozdielne odpovede.

Na základe získaných údajov možno predpokladať, že u pacientov dochádza k zníženiu prahu bolesti na stimuly a zároveň k vyššej intenzite bolesti a dlhšiemu trvaniu bolesti po nadprahových stimuloch.

Oneskorená reakcia na žmurkací reflex je známkou poruchy v mozgovom kmeni (Baad-Hansen et al, 2005) a u polovice pacientov s PDAP nedôjde k významnému

znížení bolesti blokadou periférnych somatických nervov lokálnymi anestetikami (List et al, 2006). Vzhľadom na tieto odlišnosti sa pacienti s PDAP pravdepodobne vyznačujú rôznorodými zmenami nervových funkcií, a to tak periférneho ako aj centrálného nervového systému.

Liečba

Neboli publikované žiadne randomizované kontrolované štúdie zamerané na liečbu, preto sú základom liečby poznatky odborníkov a empirické sledovania. Poznatky zo série kazuistík, ktoré udávajú redukciu bolesti po antiepileptikách a antidepresívach v orálnej forme predstavujú terapeutický prínos (Pigg et al, 2013). Údaje o aplikácii liekov do orálnych tkanív sú určitým prísľubom, avšak chýbajú im dostatočné predklinické údaje o bezpečnosti (Heir et al, 2008),.

Okrem farmakoterapeutických postupov sa odporúča multidisciplinárna liečba, ktorá zahŕňa psychologické metódy, ako je kognitívne-behaviorálna liečba, skupinová terapia a autonómna terapia (pozorovanie, relaxácia). Ak sú prítomné sprievodné poruchy nálad a poruchy osobnosti, je ich liečba nápomocná aj pri iných chronických bolestivých syndrómoch.

Tento postup sa vzťahuje aj na poruchy temporo-mandibulárneho kĺbu, ktoré sú súbežne prítomné u polovice pacientov s PDAP (List et al, 2007). Odporúča sa vyhýbať invazívnej a irreverzibilnej liečbe, pri ktorej dochádza k lokálnemu poškodeniu tkanív (napr. liečba koreňových kanálikov, extrakcia zubov, nasadenie implantátov), pretože opakované dentálne procedúry podporujú bolesť. Nemali by byť zanedbávané ani odporúčania zamerané na vlastnú starostlivosť pacienta o seba, ako je optimistické ladenie, vyhýbanie sa dráždivým podnetom a modifikácia orálnej hygiény.

Prognóza

Výsledky empiricky založenej liečby sú rôzne. Kým niektorí pacienti dosiahnu významnú úľavu od bolesti, u iných nedôjde k žiadnemu zlepšeniu. Údaje z dlhodobých sledovaní sú obmedzené, ale naznačujú, že jedna tretina pacientov má výraznú úľavu a 10% pacientov je bez bolesti po dobu sedem rokov (Pigg et al, 2013). Opakované stomatologické procedúry v bolestivej dento-alveolárnej oblasti neodstránia pacientovi bolesť. Takéto chirurgické intervencie sú spojené s kontinuálnou perzistujúcou bolesťou.

Literatúra

Baad-Hansen L, List T, Jensen TS, Leijon G, Svensson P. Blink reflexes in patients with atypical odontalgia. *J Orofac Pain* 2005;19:239-247.

Baad-Hansen L, Pigg M, Ivanovic SE, Faris H, List T, Drangsholt M, Svensson P. Intraoral somatosensory abnormalities in patients with atypical odontalgia--a controlled multicenter quantitative sensory testing study. *Pain* 2013;154:1287-1294.

Heir G, Karolchek S, Kalladka M, et al. Use of topical medication in orofacial neuropathic pain: A retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Rad and Endod* 2008;105:466-469.

Jacobs R, Wu CH, Goossens K et al. A case-control study on the psychophysical and psychological characteristics of the phantom tooth phenomenon. *Clin Oral Investig* 2002;6:58-64.

List T, Leijon G, Helkimo M, Oster A, Svensson P. Effect of local anesthesia on atypical odontalgia-A randomized controlled trial. *Pain* 2006;122:306-314.

List T, Leijon G, Helkimo M, Oster A, Dworkin SF, Svensson P. Clinical findings and psychosocial factors in patients with atypical odontalgia: A case-control study. *J Orofac Pain* 2007;21:89-98.

List T, Leijon G, Svensson P. Somatosensory abnormalities in atypical odontalgia-A case-control study. *Pain* 2009;139:333-341.

Nixdorf DR, Moana-Filho EJ, Law AS, McGuire LA, Hodges JS, John MT. Frequency of nonodontogenic pain after root canal therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Endod* 2010;36:1494-1498.

Nixdorf D, Moana-Filho E. Persistent dento-alveolar pain disorder (PDAP): Working towards a better understanding. *Review Pain* 2011;5:18-25.

Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettlin DA et al. Classifying orofacial pains: A new proposal of taxonomy based on ontology. *J Oral Rehabil* 2012;39:161-169.

Pigg M, Svensson P, Drangsholt M, List T. Seven-year follow-up of patients diagnoses with atypical odontalgia: A prospective study. *J Orofac pain* 2013;27:151-164.

Polycarpou N, Ng YL, Canavan D, Moles DR, Gulabivala K. Prevalence of persistent pain after endodontic treatment and factors affecting its occurrence in cases with complete radiographic healing. *Int Endod J* 2005;38:169-178.

Takenoshita M, Sato T, Kato Y, et al. Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010;13:699-705.

Zagury JG, Eliav E, Heir GH, et al. Prolonged gingival cold allodynia: A novel finding in patients with atypical odontalgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;111:3

Odontogénna/ dentálna bolesť

Originál preložila: MUDr. Darina Hasarová

Tvárová bolesť odontogénneho pôvodu nesmie byť prehliadaná ako možný zdroj chronickej alebo komplexnej orofaciálnej bolesti. Domnienka, že pacient má dobrý zdravotný stav chrupu nemusí byť vždy pravdivá. Bolesť vychádzajúca zo zubov a podporných štruktúr musí byť vždy zohľadnená pri každom inom odbornom vyšetrení faciálnej bolesti.

Bežné príčiny odontogénnej bolesti:

Zubný kaz zasahujúci dentín

Zubný kaz penetrujúci do drene

Zápalový proces zubnej drene

Nekróza zubnej drene

Periapikálny absces

Praskliny a erózie zubov

Úrazy zubov

Tkanivo pulpy reaguje bolestivo na každú priamu stimuláciu. Bolesť môže byť provokovaná alebo zdanlivo spontánna, často prezentovaná ako diagnostický problém, ak nie je prítomný jasný dentálny zdroj.

Napr. dráždenie zubných prasklín vedie ku krátkodobej ostrej šokujúcej bolesti bezprostredne po podráždení. Táto bolesť môže byť diagnostickým problémom. Kvalita a trvanie tohto typu odontogénnej bolesti môže byť považovaná ako neuralgická bolesť, napr. trigeminálna neuralgia. Dentálny kaz, ktorý zasahuje do dentínu je často viditeľný pri bežnej prehliadke a môže spôsobovať citlivosť zubov k tepelným a chemickým stimuláciám. Povrchový kaz môže spôsobovať citlivosť na teplo, chlad a chemické (sladké, kyslé) stimulácie. Bolesť je typicky lokalizovaná a prechodná. Pokročilé rozsiahlejšie kazy spôsobujú dlhotrvajúcu stálu bolesť. Bolesť pulpy, ktorá vzniká pri zápalových procesoch, vedie po stimulácii k dlhodobej stálej bolesti a dyskomfortu. Aj keď je pulpálna bolesť zvyčajne pociťovaná ako lokalizovaná, niekedy sa môže vyskytovať aj ako prenesená bolesť do iných orofaciálnych oblastí.

Transientná pulpitída môže mať podobný charakter bolesti ako migréna, to znamená unilaterálna, pulzujúca, epizodická. Zapálené tkanivo pulpy môže postupne prejsť v nekrotickú alebo vzniká infekcia. Exsudát prenikne do periodontálneho priestoru v oblasti apexu zuba a spôsobí citlivosť počas žuvania, pulzujúcu bolesť a prenesenú bolesť do iných oblastí hlavy a /alebo krku. Keďže je periodontálne ligamentum (spojenie medzi koreňom zuba a alveolárnou kosťou) bohato inervované, šírenie zápalu alebo purulentného exsudátu z infikovaných zubov do tohto periodontálneho priestoru môže spôsobiť prudké, intenzívne bolesti, provokované akoukoľvek manipuláciou so zubami. Bolesť je najčastejším sprievodným znakom infekcie periodontálnych štruktúr. Infekcia dentálnych štruktúr najmä v oblasti prednej maxily má podobný charakter bolesti ako trigeminálna autonómna cephalgia, t.z. intenzívna bolesť infraorbitálne alebo periorbitálne.

Pokiaľ zvažíme lokalizáciu, trvanie, kvalitu, frekvenciu, intenzitu a provokujúce a úľavové faktory primárnej odontogénnej bolesti, dospejeme k záveru, že pacient s orofaciálnou bolesťou musí byť najskôr dôkladne vyšetrený na stomatologickom pracovisku, kým je odoslaný na ďalšie zložitejšie vyšetrenia.

Záver: S ohľadom na rozsiahlu podobnosť odontogénnej bolesti s orofaciálnou bolesťou iného pôvodu, ak nie je prítomná dentálna patológia, musí byť pacient odoslaný na ďalšie vyšetrenia.

Literatúra

Heir GM. Facial Pain of Dental Origin--A Review for Physicians. Headache. 1987;27(10):540-

Syndróm pálenia úst

Preložila: MUDr. Miriam Galová, PhD.

Definícia

Syndróm pálenia úst (tiež nazývaný glossodýnia, glossopyróza, orálna dyzestézia alebo stomatodýnia) je chronická slizničná bolesť alebo dyskomfort, ktorý nemá identifikovateľnú príčinnú léziu a nie je zapríčinený žiadnym iným ochorením.

Epidemiológia

Hlášená prevalencia v populácii sa pohybuje od 1-15%, v závislosti od diagnostických kritérií. Ženy sú postihnuté 3-20x častejšie ako muži, obyčajne v období menopauzy alebo postmenopauzy. Zlepšenie bolo pozorované u 1/2 až 2/3 pacientov v priebehu 6-7 rokov so spontánnou remisiou v 20% počas tohto časového obdobia.

Patofyziológia

Spočiatku sa uvažovalo o čisto psychologickej etiológii, ale teraz sa objavuje čoraz viac dôkazov o neuropatickej povahe s centrálnymi zmenami, zistenými neurofyziologickým testovaním a funkčnou magnetickou rezonanciou.

Klinická charakteristika

Lokalizácia, radiácia: zväčša bilaterálne, najmä na prednej časti jazyka, niekedy aj na perách, podnebí a hltane.

Charakteristika: pálivá, tŕpnutie, pichanie, dyskomfort

Intenzita: rôzna

Trvanie, periodicita: postupný, spontánny nástup s pocitom pálenia denne, aj keď

môžu byť aj obdobia, respektíve dni bez bolesti

Zhoršujúce faktory: rozprávanie, jedenie horúcich a korenistých jedál, stres

Úľavové faktory: konzumovanie určitých jedál a nápojov, spánok, oddych, zaujatie (rozptýlenie)

Pridružené symptómy: zmena chuti a salivácie, často úzkosť a depresia

Diagnóza

Diagnóza je založená na dôkladnej anamnéze a vylúčení lokálnych (kandidóza, herpes, hyposalivácia, alerggia, slizničná lézia) alebo celkových faktorov (deficit vitamínov, diabetes, hypotyreóza, niektoré lieky – napr. ACE inhibítory, autoimúnne ochorenia), ktoré môžu byť príčinou symptómov.

Vyšetrenie

Robia sa krvné testy (hematologické, biochemické a imunologické) a mikrobiálne vyšetrenie.

Liečba

Liečba je hlavne farmakologická, používajú sa medikamenty na liečbu neuropatickej bolesti. Čiastočne je účinná kognitívno-behaviorálna liečba. Zároveň je potrebné liečiť aj pridruženú úzkosť a depresiu. Extrémne dôležitá je dôvera pacienta, ktorý môže mať obavy z malignity, a môže trpieť aj tým, že mu niekto neverí, že naozaj trpí bolesťou.

Literatúra

1. Fedele S, Fricchione G, Porter SR, Mignogna MD. Burning mouth syndrome (stomatodynia). *Q J Med* 2007;100:527–30.
2. Taiminen T, Kuusalo L, Lehtinen L, et al. Psychiatric (axis 1) and personality (axis11) disorders in patients with burning mouth syndrome or atypical facial pain. *Scand J Pain* 2011;2:155–60.

Temporomandibulárne poruchy

Preložil: MUDr. Miroslav Ferenčík

Úvod

Temporomandibulárne poruchy (TMD) zahŕňajú skupinu muskuloskeletálnych a neuromuskulárnych chorobných stavov postihujúcich temporomandibulárny kĺb, žuvacie svaly a ostatné príľahlé tkanivá. Bolesť asociovaná s TMD tak môže byť klinicky vyjadrená ako bolesť žuvacích svalov alebo bolesť temporomandibulárneho kĺbu (synovitída, kapsulitída, osteoritída). Žuvanie, ako aj iná motorická aktivita v mandibulárnej oblasti, zvyčajne zhoršuje muskuloskeletálnu bolesť. Bolesť pri TMD môže byť, ale aj nemusí, spojená s dysfunkciou žuvacieho aparátu (praskanie, blokovanie temporomandibulárneho kĺbu a jeho následné obmedzenie motorickej funkcie).

Epidemiológia, ekonomické aspekty

Tvárová bolesť asociovaná s TMD sa vyskytuje približne u 9-13% bežnej populácie (pomer muži : ženy je 2:1), ale iba 4-7% z nich vyhľadá lekársku pomoc (štyrikrát viac ženy). Symptómy kulminujú u pacientov vo veku 20 – 40 rokov. Progresia do závažných a/alebo chronických bolestí je spätá s veľkým psychickým zaťažením, poruchami spánku ako aj polymorbiditou, pričom bolesti vážne obmedzujú chorých pri denných aktivitách a znižujú ich kvalitu života, signifikantne sa podieľajú na práceneschopnosti.

Patofyziológia

Mnohé etiologické faktory TMD ostávajú nejasné. Na rozdiel od dentálnych príčin, pri TMD je jednoznačný multifaktoriálny model, zahrňujúci aj vplyv biopsychosociálnych faktorov, ilustrujúci tak zložitú interakciu biologických mechanizmov, aktuálneho psychického rozpoloženia ako aj charakterových čŕt jedinca.

Pri bolestiach žuvacích svalov experti predpokladajú spletitú vzájomnú súhru fyzikálnych, emočných, lokálnych faktorov, zahrňujúc preťaženie (pri poškodenej funkcii, zatínanie zubov pri rannom prebúdzaní, škripanie zubov počas spánku), (mikro-)traumu a uvoľnenie zápalových mediátorov i neuropeptidov vo svaloch, ktoré dokážu senzitivizovať periférny a centrálny nervový systém. V teréne zmenených bolesť-regulujúcich mechanizmov môžu takéto faktory viesť k lokalizovanej alebo aj generalizovanej svalovej bolesti.

Artralgia temporomandibulárneho kĺbu môže vyplývať z priameho poškodenia (trauma) ako aj z preťaženia TM kĺbu (zatínanie zubov), kedy sú adaptačné rezervy kĺbu prekročené. Adaptačné mechanizmy zas môžu byť ovplyvnené aj intrinsickými faktormi (redukcia krvného zásobenia, malnutricia...). Nemenej dôležitú funkciu zohrávajú aj pohlavie a genetické faktory.

Produkcia voľných radikálov, proinflamačných a nociceptívne pôsobiacich neuropeptidov, enzýmov, kost'-modifikujúcich a rastových faktorov vedie k zápalovej odpovedi, bolesti a progresívnym tkanivovým zmenám.

Klinický obraz

Bolesť žuvacích svalov je regionálna, tupá, žeravá bolesť, vyskytujúca sa v kľude ako aj pri pohyboch sánky. Bolesť môže byť viac zvýraznená v raňajších alebo naopak večerných hodinách, stredne silnej až silnej intenzity. Prítomné sú aj iné príznaky – obmedzenie v pohybe, bolesti hlavy, zaľahnutie v uchu, bolesť v krčnej oblasti. Regionálna bolesť žuvacích svalov musí byť vždy odlišená od bolesti žuvacích svalov, ktoré sú súčasťou iného generalizovaného ochorenia spojeného s myalgiami ako je napr. fibromyalgia.

Bolesť v TM kĺbe je viac lokalizovaná, ostrá, stredne silnej až silnej intenzity, lokalizovaná do oblasti temporomandibulárneho skĺbenia a okolitých tkanív, vyžarujúca najčastejšie do ucha. TM artralgie sa zhoršujú pri zaťažení TM kĺbu, bolesti vlastne limitujú jeho normálne fungovanie. Etiologicky býva často spojená s dislokovaným alebo dysfunkčným artikulárnym diskom, spôsobujúcim zablokovanie kĺbu. TM osteoartrída môže byť jedným z príznakov generalizovanej artritídy, býva spojená s krepitom.

Ak sa vyvinie chronická bolesť, bývajú bolesti žuvacích svalov ako aj TM artralgia spojené s centrálnou senzitiváciou, ako aj príznakmi ako depresia, somatizácia a úzkosť.

Diagnostické kritéria

American Academy of Orofacial Pain doporučuje nasledovať tieto kritéria:

Bolesť žuvacích svalov: Bolesti lokalizované v sánke, spánkoch, uchu, pričom tieto sú provokované pohybom v kĺbe. Bolesť je možné vyprovokovať aj manévrami (palpácia temporálneho alebo žuvacieho svalstva), alebo maximálnym spontánnym / asistovaným otvorením ústnej dutiny. Je prítomné obmedzenie pohybu v kĺbe.

TM artralgia: Bolesti v kĺbe, provokované jeho pohybom. Bolesť je možné vyprovokovať testovaním TM kĺbu (palpácia laterálneho póla) alebo pri maximálnom spontánnom / asistovanom otvorení dutiny ústnej, pohybmi v kĺbe do strán.

Doporučuje sa použiť Graded Chronic Pain Scale – za účelom určenia intenzity bolesti, Jaw Function Limitation Scale – za účelom určenia obmedzenia funkčnosti kĺbu, Patient History Questionnaire – za účelom zistenia miery depresie a úzkosti.

Diagnostika

Anamnéza a klinické vyšetrenie zostáva zlatým štandardom v diagnostike bolesti spojených s TMO. Príznaky sú zvyčajne spontánne odoznievajúce, s benígnym priebehom.

Liečba

V liečbe využívame neinvazívne postupy, zohľadňujúc biopsychosociálny prístup:

- edukácia pacienta, aktívna self-starostlivosť, sledovanie
- fyzikálna liečba, fyzikálne self-regulačné postupy

- intraorálne prostriedky
- farmakoterapia (analgetiká, NSAID)

U pacientov s chronickou bolesťou, tieto postupy musia byť obohatené o:

- psychologická podpora, kognitívno-behaviorálna terapia, relaxačná terapia
- nízke dávky TCA

U pacientov s perzistujúcou TM artralgiou treba zvážiť artrocentézu. Chirurgická intervencia v TM kĺbe je málokedy indikovaná pri liečbe TM bolesti.

Literatúra

1. Benoliel R, Sharav Y. Masticatory myofascial pain, and tension-type and chronic daily headache. In: Sharav Y, Benoliel R, editors. Orofacial pain and headache. Edinburgh: Elsevier; 2008. p. 109-28.
2. Benoliel R, Svensson P, Heir GM, Sirois D, Zakrzewska J, Oke-Nwosu J, Torres SR, Greenberg MS, Klasser GD, Katz J, Eliav E. Persistent orofacial muscle pain. Oral Dis 2011;17(Suppl 1):23–41.
3. De Boever JA, Nilner M, Orthlieb JD, Steenks MH; Educational Committee of the European Academy of Craniomandibular Disorders. Recommendations by the EACD for examination, diagnosis, and management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner. J Orofac Pain 2008;22:268–78.
4. de Leeuw R, Klasser G. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management, 5th ed. The American Academy of Orofacial Pain. Quintessence; 2013.
5. Greene CS. Managing the care of patients with temporomandibular disorders: a new guideline for care. J Am Dent Assoc 2010;141:1086–8.
6. List T, Axelsson S. Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. J Oral Rehabil 2010;37:430–51.
7. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112:453–62.
8. Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. J Orofac Pain 2013;27:99–110.
9. Michelotti A, Liguori R, Toriello M, D'Antò V, Vitale D, Castaldo G, Sacchetti L. Catechol-O-methyltransferase (COMT) gene polymorphisms as risk factor in

temporomandibular disorders patients from southern Italy. Clin J Pain 2013; Epub Feb 26.

10. Schiffman EL. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Orofac Pain; in press.

Perzistentná idiopatická bolesť tváre (PIBT)

Preložila: MUDr. Miriam Galová, PhD.

Definícia

Perzistentná idiopatická bolesť tváre (predtým označovaná ako atypická bolesť tváre) je trvalá bolesť tváre, ktorá nie je charakterizovaná ako kraniálna neuralgia a lepšie je ju priradiť k iným ochoreniam.

Epidemiológia

Prevalencia PIBT je oveľa zriedkavejšia ako trigeminálna neuralgia. Jej prevalencia v populácii je odhadovaná na 0,03%. Incidencia nie je známa.

Patofyziológia

Podľa literatúry rozhodujúcu úlohu pri rozvoji PIBT má abnormálna senzitivizácia trigeminálneho nociceptívneho systému.

Klinická charakteristika

Lokalizácia, radiácia: všeobecne sa dá povedať, že PIBT je na začiatku ochorenia unilaterálna v určitej oblasti tváre, je hĺbková a ťažko lokalizovateľná a nesleduje distribúciu nervov.

Charakter: pálivá, tupá, niekedy aj ostrá

Intenzita: kolíše v priebehu dňa od slabej až po miernu

Trvanie a periodičita: denne, môže byť kontinuálna alebo intermitentná

Zhoršujúce faktory: stres, únava

Pridružené symptómy: často býva spojená s inou chronickou bolesťou ako napr. so syndrómom dráždivého čreva, chronickou neskrotnou bolesťou, bolesťou hlavy alebo chrbta. Nie je spojená so stratou citlivosti alebo iným neurologickým deficitom. Často býva prítomná úzkosť, depresia a narušená kvalita života.

Vyšetrenie

Rádiodiagnostické vyšetrovacie metódy ako CT alebo MRI vyšetrenie tváre a čeľustí nedokážu žiadne závažné alebo podstatné abnormality a sú indikované iba na potvrdenie anamnézy a kontrolu.

Liečba

Existuje množstvo randomizovaných kontrolovaných štúdií a výber liečby je väčšinou založený na skúsenostiach z týchto štúdií. Tricyklické antidepresíva ako amitriptylín (50-100mg/die) alebo nortriptylín (20-50mg) sú účinné pri dlhodobom niekoľkomesačnom užívaní. Inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalínu (duloxetin, venlafaxín a mirtazapín) sa používajú, ale často nie sú účinné. Kvalita života pacientov sa zlepšuje pri súčasnej kognitívno-behaviorálnej liečbe.

Literatúra

1. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol* 2006;35:468–76.
2. Forssell H, Tasmuth T, Tenovuo O, Hampf G, Kalso E. Venlafaxine in the treatment of atypical facial pain: a randomized controlled trial. *J Orofac Pain* 2004;18:131–7.
3. Harrison SD, Glover L, Feinmann C, Pearce SA, Harris M. A comparison of antidepressant medication alone and in conjunction with cognitive behavioural therapy for chronic idiopathic facial pain. *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. Seattle: IASP Press; 1997. p. 663–723.
4. Taiminen T, Kuusalo L, Lehtinen L, Forssell H, Hagelberg N, Tenovuo O, et al. Psychiatric (axis 1) and personality (axis 11) disorders in patients with burning mouth syndrome or atypical facial pain. *Scand J Pain* 2011;2:155–60.

Glosofaryngeálna neuralgia

Preložila: MUDr. Hedviga Jakubíková, PhD.

Definícia

Glosofaryngeálna neuralgia (GFN) je bolestivé ochorenie charakteristické unilaterálnou krátkotrvajúcou elektrizujúcou bolesťou s náhlým začiatkom a ukončením a lokalizáciou v uchu, na koreni jazyka, v tonzilárnej jame alebo pod uhлом sánky. Má veľa podobných charakteristík ako trigeminálna neuralgia.

Epidemiológia

GFN je veľmi zriedkavé ochorenie a existuje len niekoľko štúdií s uvedenou prevalenciou. Jej incidencia v bežnej populácii je 0,2 na 100 000 obyvateľov/rok. Môže sa vyskytovať aj súčasne s trigeminálnou neuralgiou.

Patofyziológia

Súčasný názor je taký, že GFN je spôsobená kompresiou glosofaryngeálneho nervu blízko mozgového kmeňa tortuozitou cievy, ktorá mechanicky poškodzuje nervové vlákna a vedie ku sekundárnej demyelinizácii, pravdepodobne spôsobenej mikrovaskulárnym ischemickým poškodením. Tieto zmeny znižujú excitačný prah poškodených vlákien a spôsobujú prestup vzruchu medzi susednými vláknami. Taktilné podnety z rýchlych myelinizovaných A β vlákien môžu priamo aktivovať pomalé nociceptívne A δ vlákna a niekedy aj C vlákna, čo vedie ku vysoko frekventným výbojom charakteristickým pre GFN.

Klinický obraz

Lokalizácia, vyžarovanie: bolesť je jednostranná a môže byť pociťovaná v niektorej z uvedených oblastí, alebo aj vo všetkých oblastiach naraz: ucho, koreň jazyka, zadná strana hrdla, hlavne tonzilárna jama, alebo pod uhlom sánky a môže vyžarovať do krku.

Charakteristiky: elektrizujúca, ostrá, rezavá bolesť

Intenzita: mierna až stredná

Trvanie a periodičita: každý atak trvá od niekoľkých sekúnd do 2 minút, ale môže hneď prejsť do ďalšieho ataku. Môžu sa vyskytnúť spontánne remisie, ktoré

spočiatku trvajú mesiace až roky, ale s progresiou ochorenia sa remisie skracujú a ataky majú vyššiu intenzitu bolesti.

Provokujúce faktory: žuvanie, rozprávanie, kašľanie

Sprievodné symptómy: dôsledkom stimulácie n. vagus môžu byť srdcové dysrytmie a synkopy

Vyšetrenia

CT a MRI môžu odhaliť lézie a neurovaskulárne kompresie, môžu zobrazit' elongovaný processus styloideus, ktorý môže spôsobovať podobný bolestivý stav a nazýva sa Eaglov syndróm.

Liečba

U pacientov s GFN neboli uskutočnené štúdie a liečba je rovnaká ako pri TN. Liekom prvej voľby je karbamazepín (200-1200 mg/deň) a oxkarbazepín (600-1800 mg/deň).

Chirurgická liečba: ak nie je medikamentózna liečba úspešná, možno odporúčať chirurgickú liečbu. Mikrovaskulárna dekompresia glosfaryngeálneho nervu je technicky omnoho náročnejšia ako pri TN, ale výsledky sú porovnateľné. Najzávažnejšie komplikácie sú dysfágia, dysfónia a obrna tváre.

Literatúra

1. Katusic S, Williams DB, Beard CM, Bergstralh E, Kurland LT. Incidence and clinical features of glossopharyngeal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945–1984. *Neuroepidemiology* 1991;10:266 – 75.
2. Patel A, Kassam A, Horowitz M, Chang YF. Microvascular decompression in the management of glossopharyngeal neuralgia: analysis of 217 cases. *Neurosurgery* 2002;50:705 – 10.

Online zdroje

Pacientske podporné skupiny:

<http://www.tna.org.uk>;

<http://www.endthepain.org>;

<http://www.tnaaustralia.org.au>

Trigeminálna neuralgia

Preložila: MUDr. Hedviga Jakubíková, PhD.

Definícia

Trigeminálna neuralgia (TN) je ochorenie charakterizované jednostrannými krátkymi elektrizujúcimi bolesťami, s náhlým začiatkom a ukončením, v inervačnej oblasti jednej alebo viacerých vetiev trigeminálneho nervu.

Revidovaná 3. Medzinárodná klasifikácia bolestí hlavy ICHD-3 rozlišuje 3 varianty:

1. klasická trigeminálna neuralgia, najčastejšie spôsobená mikrovaskulárnou kompresiou vstupnej zóny n.trigeminus do mozgového kmeňa
2. trigeminálna neuralgia s konkomitantnou perzistujúcou tvárovou bolesťou
3. symptomatická trigeminálna neuralgia podmienená štrukturálnymi léziami inými než vaskulárna kompresia.

Epidemiológia

TN je zriedkavé ochorenie a štúdie o jej prevalencii sú obmedzené. Analýzy niektorých dostupných štúdií naznačujú, že prevalencia v bežnej populácii je medzi 0,01 až 0,3%, aj keď štúdie vykonávané v primárnej sfére vykazujú podstatne vyššiu prevalenciu, okolo 12% na 100 000 obyvateľov za rok. Táto vyššia prevalencia však môže byť dôsledkom chybnéj diagnostiky. Pomer výskytu u žien v porovnaní s mužmi je 2:1. TN sa môže prvýkrát vyskytnúť v akomkoľvek veku, ale u vyše 90% pacientov začína po 40. roku veku a maximum výskytu ochorenia býva medzi 50.-60. rokom veku. Incidencia TN pri sclerosis multiplex je vyššia ako v bežnej populácii.

Patofyziológia

Podľa súčasných pohľadov je TN spôsobená kompresiou proximálnej časti nervového koreňa pri vstupe do mozgového kmeňa tortuozitou krvnej cievy (artérie alebo vény), čo vedie k mechanickému stlačeniu nervových vlákien a sekundárnej demyelinizácii, pravdepodobne spôsobenej mikrovaskulárnym ischemickým poškodením. Tieto zmeny znižujú excitačný prah poškodených vlákien a prispievajú k prenosu podráždenia medzi susednými vláknami. A tak taktilné podnety prichádzajúce rýchlymi myelinizovanými A β vláknami môžu priamo aktivovať pomalé nociceptívne A δ vlákna a niekedy aj C vlákna, čo vedie k frekventným výbojom

charakteristickým pre TN. Symptomatická TN môže byť dôsledkom tumorov (benígnych aj malígnych), sclerosis mutiplex, alebo arteriovenózných malformácií.

Klinický obraz

Lokalizácia, vyžarovanie: bolesť je unilaterálna, len u 3% býva bilaterálna a minimálne vyžaruje mimo inervačnej oblasti n.trigeminus. Najčastejšie je postihnutá 2. a 3.vetva.

Charakteristika: elektrizujúca, vystreľujúca, bodavá, ostrá kvalita

Intenzita: stredná až silná, niekedy môže byť mierna

Trvanie, opakovanie: každý atak trvá od niekoľkých sekúnd do 2 minút, ale môže nasledovať ďalší atak. Za deň sa môže vyskytnúť aj 10- 70 atakov. Medzi atakmi býva refraktérna perióda. S progresiou ochorenia majú ataky dlhšie trvanie. Môžu sa vyskytnúť spontánne remisie, ktoré spočiatku trvajú mesiace alebo roky, ale s trvaním ochorenia sa skracujú. V prípadoch TN s konkomitantnou perzistujúcou tvárovou bolesťou nasadá na ostrú vystreľujúcu bolesť dlhšia perióda pálivej bolesti nižšej intenzity, ktorá trvá niekoľko hodín.

Provokujúce faktory: ľahké nenoxiálne stimuly na postihnutej strane tváre

Pridružené príznaky: zriedka bývajú prítomné autonómne príznaky a poruchy citlivosti. Anxiozita a depresia, ako aj zhoršenie kvality života sú častými dôsledkami a vymiznú spolu s potlačením bolesti.

Symptomatická TN sa môže prejavovať identickými príznakmi ako boli uvedené vyššie a v niektorých prípadoch môžu byť aj obdobia remisie.

Vyšetrenia

Magnetická rezonancia je najlepšia zobrazovacia metóda na vylúčenie prítomnosti lézií, ako sú cysty, tumory, cievne malformácie, plaky pri sclerosis multiplex a vaskulárna kompresia trigeminového nervu.

Liečba

Medikamentózna liečba podľa odporúčaní medicíny založenej na dôkazoch spočíva v podávaní antiepileptík, liekmi prvej línie sú karbamazepín (200-1200mg/deň) a oxkarbazepín (600-1800mg/deň), liečba druhej línie je menej podložená dôkazmi a spočíva v pridaní lamotrigínu (400mg/deň), alebo zmene liečby na lamotrigín alebo baclofen (40-80mg/deň). Iné antiepileptiká boli skúmané v malých otvorených štúdiách. Liečba fenytoínom, gabapentínom, pregabalínom, a valproátom je tiež

prospešná. V urgentných prípadoch možno podať infúziu s fenytoínom, ale aj lokálne podať lidokaín do trigger bodov.

Chirurgická liečba

Ak medikamentózna liečba nie je úspešná, alebo významne ovplyvňuje bežné denné aktivity, treba zvážiť chirurgické možnosti liečby. Tieto zahŕňajú mikrovaskulárnu dekompresiu v mieste neurovaskulárneho kontaktu, alebo deštrukciu Gasserského ganglia. Mikrovaskulárna dekompresia zabezpečí najvýraznejšiu úľavu bolesti, 90% pacientov má úľavu po výkone a viac než 80% ostáva bez bolesti v priebehu roka po výkone, 75% po troch rokoch a 73% po piatich rokoch. Avšak predstavuje veľký chirurgický výkon spojený s kraniotómiou, aby bolo možné dosiahnuť trigeminový nerv v zadnej jame. Priemerná mortalita sa pohybuje od 0,2 do 0,5% a asi 4% pacientov trpia závažnými komplikáciami, ako sú únik likvoru, mozgové infarkty, hematómy alebo aseptické meningitídy. Najčastejšia dlhotrvajúca komplikácia je mierna porucha citlivosti (7%) a strata sluchu (10%).

Perkutánne výkony na Gasserskom gangliu sú deštruktívne výkony, ktoré zahŕňajú rádiofrekvenčnú termokoaguláciu, balónkovú kompresiu a perkutánnu glycerolovú rhizolýzu. 90% pacientov udáva po týchto zákrokoch úľavu bolesti. Jeden rok po rádiofrekvenčnej termokoagulácii je 68-85% pacientov bez bolestí, ale po 3 rokoch od výkonu klesá počet na 54-64% a po 5 rokoch je to len 50% pacientov. Najčastejšie nežiaduce účinky sú poruchy citlivosti (50%), dysestézie (6%), anesthesia dolorosa (4%), necitlivosť rohovky s rizikom vzniku keratitídy (4%). Chirurgické výkony na Gasserskom gangliu vyžadujú krátkotrvajúcu anestéziu a sú spojené s extrémne nízkou mortalitou.

Pri chirurgických výkonoch gama nožom je zväzok lúčov namierený na trigeminový koreň v zadnej jame. Rok po výkone gama nožom bolo 69% pacientov bez bolesti a bez potreby užívania medikamentov. Po 3 rokoch bolo 52% bez bolesti. Úľava bolesti sa môže prejavíť neskôr, zvyčajne po jednom mesiaci od výkonu. Medzi nežiaduce účinky patrí strata citlivosti u 6%, ktorá sa môže rozvinúť až do 6 mesiacov, trpnutie tváre v 9-37%, ktoré odznieva s časom, parestézie u 6-13%. Kvalita života sa zlepšuje u 88%. Najväčšou nevýhodou liečby gama nožom je vysoká nákladovosť, ktorá limituje jej širšie použitie, ako aj oneskorená úľava bolesti a vznik porúch citlivosti. Ostáva preto alternatívou pre pacientov, ktorí nemôžu absolvovať otvorený chirurgický výkon a ktorí majú problémy so zrážaním krvi (pacienti na antikoagulačnej liečbe).

Pacienti by mali mať detailné informácie, aby sa vedeli rozhodnúť pre vhodný liečebný postup. Takéto informácie by mohli dostávať od podporných patientskych organizácií, ktoré majú svoje webstránky a organizujú stretnutia, na ktorých sa zúčastňujú aj zdravotnícki profesionáli.

Literatúra

1. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K, Nurmikko T, Zakrzewska JM. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence -based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology* 2008;71:1183 – 90.
2. Zakrzewska JM, Akram H. Neurosurgical interventions for the treatment of classical trigeminal neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 9: CD007312.
3. Zakrzewska JM, Coakham HB. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia: update. *Curr Opin Neurol* 2012; 3: 29– 301.

Online zdroje:

Guidelines for trigeminal neuralgia: <http://www.aan.com>

Pacientske podporné skupiny:

<http://www.tna.org.uk>;

<http://www.endthepain.org/>;

<http://www.tnaaustralia.org.au>

