



OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

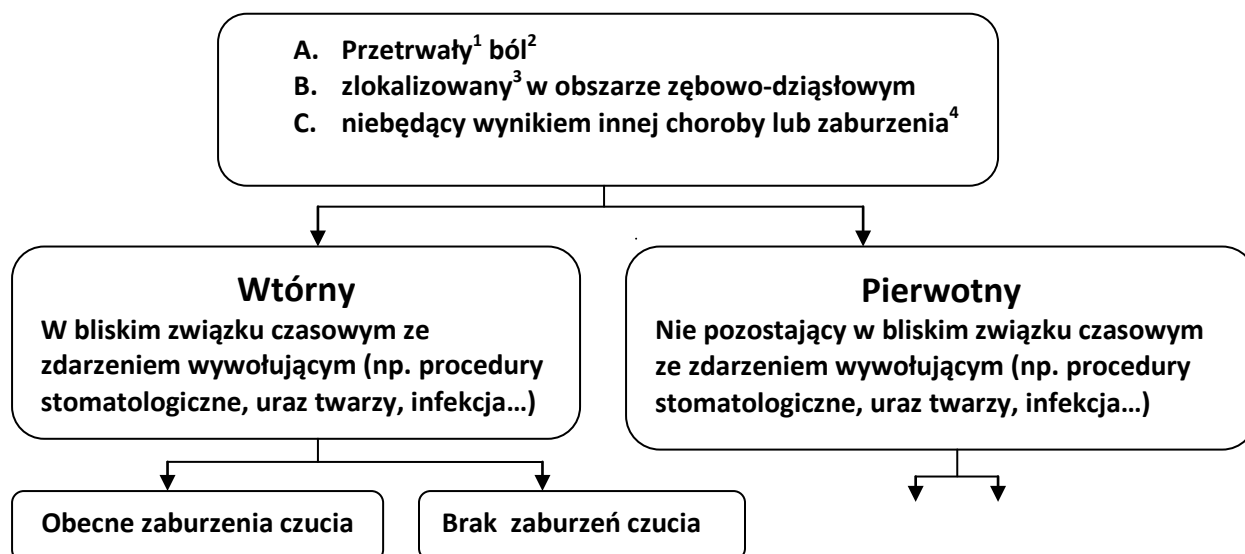
Przetrwwały zębowo –dziąsłowy zespół bólowy (ang. Persistent Dento-Alveolar Pain Disorder, PDAP)

Definicja

Specjaliści z zakresu stomatologii są zgodni, że powinno się wyróżnić jednostkę kliniczną, która przejawia się przetrwałym (przewlekłym) ciągłym bólem zlokalizowanym w obszarze zębowo-dziąsłowym, który nie może być wyjaśniony w kontekście innej choroby lub zaburzenia (Nixdorf *et al*, 2012). Jednostka ta, z różnymi niejasnościami, określana była wcześniej jako nietypowy ból zębów, fantomowy ból zębów i neuropatyczny ból zębów, a także jako rodzaj przetrwałego idiopatycznego lub nietypowego bólu twarzy. Zgodnie z najnowszym konsensusem opracowanym przez ekspertów klinicystów i ekspertów z zakresu metodologii, jednostka ta została określona jako przetrwały zębowo –dziąsłowy zespół bólowy (PDAP) i zaproponowano odnoszące się do niej kryteria diagnostyczne (Rycina 1) (Nixdorf *et al*, 2012).

Rycina 1: Kryteria diagnostyczne przetrwałego zębowo –dziąsłowego zespołu bólowego (PDAP)

PDAP





OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

Kryteria

¹ Przetrwały—oznacza ból obecny co najmniej 8 godzin/dzień ≥ 15 dni w miesiącu przez ≥ 3 miesiące

² Ból—według definicji IASP (włączając dyzestezję)

³ Zlokalizowany—oznacza największe nasilenie bólu w zakresie ściśle określonego obszaru anatomicznego

⁴ Niesprecyzowany zakres badania (stomatologiczne, neurologiczne +/- obrazowanie, takie jak wewnątrzuszne TK i/lub MRI)

Epidemiologia

Dokładne oszacowanie prevalencji PDAP jest niemożliwe, ponieważ dostępne badania na ten temat opierały się na selektywnym doborze próby z populacji klinicznej. Praca przeglądowa określa częstość występowania bólu niestomatologicznego jako konsekwencji leczenia kanałowego (endodoncja) na 3,4%, jakkolwiek liczba ta odnosi się do górnej granicy (Nixdorf *et al*, 2010). Inny przegląd dostępnych danych, ograniczający swoje poszukiwania do artykułów obejmujących informacje zgodne z PDAP wskazuje, że częstość występowania po leczeniu stomatologicznym obejmującym usunięcie nerwów czuciowych, takie jak ekstrakcja albo leczenie kanałowe wynosi 1,6% (Nixdorf & Moana, 2011).

Jeden z artykułów dostarcza danych dotyczących potencjalnych czynników ryzyka PDAP w wyniku leczenia kanałowego, a jako znaczące statystycznie czynniki ryzyka wymienia: przedłużony czas trwania bólu przed zabiegiem, obecność innych przewlekłych zespołów bólowych, płęć żeńską oraz bolesne leczenie w zakresie obszaru ustno-twarzowego w wywiadzie. (Polycarpou *et al*, 2005).

Patofizjologia



OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

Mechanizmy, które mogą być prawdopodobnie zaangażowane w PDAP obejmują czynniki psychologiczne lub neuropatyczne. U pacjentów z PDAP oceniano czynniki psychospołeczne tylko w badaniach kontrolnych (Jacobs *et al*, 2002; List *et al*, 2007; Takenoshita *et al*, 2010). Badania te wykazały u pacjentów z PDAP wyższy poziom różnych zmiennych oceniających nasilenie stresu psychologicznego, co jest charakterystyczne dla pacjentów z bólem przewlekłym. Czynniki neuropatyczne u pacjentów z PDAP także oceniano wyłącznie w badaniach kontrolnych wykorzystujących psychofizjologiczne narzędzia oceny (np. Jacobs *et al*, 2002; List *et al*, 2009; Zagury *et al*, 2012; Baad-Hansen *et al*, 2013).

Pacjenci z PDAP uzyskują bardzo zróżnicowane wyniki w badaniach z użyciem baterii testów psychofizjologicznych. Według dostępnych danych notuje się wyniki świadczące o tendencji do niższego progu bólu w reakcji na bodźce, jak również większe nasilenie i czas trwania bólu po stymulacji podprogowej. Funkcje pnia mózgu, mierzone przez ocenę odruchu mrugania, wykazują opóźnienie reakcji (Baad-Hansen *et al*, 2005), a miejscowa blokada nerwów obwodowych nie zmniejsza znacząco bólu u połowy pacjentów z PDAP (List *et al*, 2006). Zważywszy na tę różnorodność PDAP prawdopodobnie obejmuje zróżnicowane zmiany funkcji nerwów zarówno w zakresie obwodowego, jak i ośrodkowego układu nerwowego.

Leczenie

Nie ma żadnych badań kontrolowanych oceniających wyniki leczenia, dlatego też opiera się ono na opiniach ekspertów i obserwacjach empirycznych. Dane z opisów serii przypadków wskazują na zmniejszenie nasilenia bólu po lekach przeciwpadaczkowych i trójcyklicznych lekach przeciwdepresyjnych (Pigg *et al*, 2013). Doniesienia dotyczące leków podawanych miejscowo wewnątrzustnie wydają się obiecujące (Heir *et al*, 2008), ale brakuje wystarczających danych przedklinicznych dotyczących ich bezpieczeństwa. Poza farmakoterapią pomocne wydaje się być leczenie wielodyscyplinarne obejmujące metody psychologiczne, takie jak terapia poznawczo-behawioralna, terapia interpersonalna czy techniki autoregulacyjne (np. mindfulness, relaksacja).



OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

Uwzględnienie w terapii towarzyszących zaburzeń nastroju i osobowości wydaje się być pomocne, zważywszy na skuteczność takiego podejścia w przypadku innych przewlekłych zespołów bólowych. Odnosi się to także do zespołu bólowego stawu skroniowo-żuchwowego, który u połowy pacjentów współwystępuje z PDAP (List *et al*, 2007). Zalecane jest ponadto unikanie inwazyjnych i nieodwracalnych technik leczenia obejmujących miejscowe uszkodzenie tkanki (np. leczenie kanałowe, ekstrakcje zębów, wstawianie implantów), ponieważ powtarzanie takich procedur dentystycznych może utrzymywać ból. Nie wolno też zapomnieć o zaleceniach dotyczących samoopieki, w tym ograniczenia stymulacji zajętych tkanek i modyfikacji w zakresie higieny ustnej.

Prognozy

Skuteczność leczenia ocenianego w oparciu o dane empiryczne jest różna, niektórzy pacjenci uzyskują znaczną ulgę w bólu, podczas gdy inni nie odczuwają żadnej poprawy. Dane dotyczące długoterminowych efektów leczenia sugerują, że około 1/3 pacjentów odczuwa zauważalną poprawę, a 10% nie odczuwa żadnego bólu po siedmiu latach od leczenia (Pigg *et al*, 2013). Powtarzane procedury dentystyczne w obrębie bolesnego obszaru zębowo-dziąsłowego nie przyczyniają się do zmniejszenia bólu u pacjentów, a takie interwencje chirurgiczne wiążą się z utrzymywaniem się bólu.

Piśmiennictwo

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.





OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

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 diagnosed with atypical odontalgia: A prospective study. *J Orofac pain* 2013;27:151-164.



OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

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;111:312-319.

