



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

---

## Przetrwwały idiopatyczny ból twarzy (wcześniej „nietypowy ból twarzy”)

### Definicja

Przetrwwały idiopatyczny ból twarzy (*ang. persistent idiopathic facial pain, PIFP*), poprzednio określany jako „nietypowy ból twarzy” jest przewlekłym bólem w obrębie twarzy, który nie ma charakteru podobnego do bólu charakterystycznego dla neuralgii nerwów czaszkowych i nie można go wiązać z innymi schorzeniami w obrębie twarzy.

### Epidemiologia

Chorobowość PIFP jest mniejsza niż neuralgii trójdzielnej (NT). Chorobowość w ogólnej populacji oceniana jest na 0,03%. Zapadalność nie jest znana.

### Patofizjologia

Dane z literatury sugerują, że zasadniczą rolę w powstawaniu PIFP może odgrywać nieprawidłowa sensytyzacja w obrębie trójdzielnego układu nocycyptywnego.

### Cechy kliniczne

*Lokalizacja, promieniowanie:* początkowo PIFP jest zazwyczaj ograniczony do określonego obszaru po jednej stronie twarzy, ból jest głęboki, niewyraźnie zlokalizowany, nie związany z zakresem unerwienia.

*Charakter:* dokuczliwy, gniotący, nurzący, czasami ostry.

*Nasilenie:* zróżnicowane w ciągu dnia, od słabego do umiarkowanego.

*Czas trwania, częstotliwość:* codziennie, ból może być ciągły lub przerywany.

*Czynniki nasilające:* stres, zmęczenie.

*Objawy współistniejące:* często występuje wraz z innymi zespołami bólu przewlekłego, jak zespół jelita drażliwego, rozlany ból przewlekły, bóle głowy, bóle pleców. Nie występują zaburzenia czucia i inne deficyty neurologiczne. Z tym schorzeniem często wiąże się lęk, depresja, skłonność do katastrofizowania bólu, pogorszenie jakości życia.

### Badania

Radiograficzne badania obrazowe, tomografia komputerowa (KT), lub rezonans magnetyczny (MRI) twarzoczaszki nie wykazują istotnych odchyłeń od normy i są wskazane jedynie wtedy, kiedy wywiad i badanie kliniczne wskazują potrzebę ich wykonania.





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

---

## Leczenie

Niewiele jest randomizowanych badań kontrolowanych i większość opcji terapeutycznych opiera się na wynikach badań otwartych. Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, takie jak amitryptylina (50–100 mg/dobę) lub nortryptylina (20–50 mg) są skuteczne, gdy są stosowane przez kilka miesięcy. Inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (duloksetyna, wenlafaksyna, mirtazapina) są także stosowane, ale są mniej skuteczne. Terapia poznawczo-behawioralna, która jest podejmowana w celu poprawy jakości życia, prowadzona równocześnie z farmakoterapią przynosi ulgę pacjentom.

## Piśmiennictwo

- [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.

