

Orofacijalna bol neodontogene etiologije - retrospektivna studija na 100 bolesnika upućenih u ambulante primarne zaštite

Alka Rajčić¹
Goran Knežević²
Vanja Vučićević-Boras³

¹Stomatološka ordinacija,
Dom zdravlja Zaprešić
²Zavod za Oralnu kirurgiju
Stomatološkog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu
³Zavod za Oralnu medicinu
Stomatološkog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu

Sažetak

Dijagnoza orofacijalne boli je esencijalna i često nedovoljno cijenjena sastavnica stomatološke prakse. Svrha ovoga retrospektivnog ispitivanja bila je ustanoviti uzroke, navesti dijagnostičke postupke i kliničke manifestacije neodontogene orofacijalne boli u 100 pacijenata koji su upućeni u primarnu stomatološku zaštitu. U naših bolesnika bol se je najčešće javljala u maksili, zatim mandibuli, uhu i TMZ-u. Upala je kod većine bila prateći simptom. Karakter boli opisan je kao duboka, jednostrana, tupa, izdrživa i pulsirajuća bol. 44 pacijenta su navela stres i podjedanko su raspoređeni po spolu. Prosječno trajanje simptoma prije dolaska stomatologu bilo je 4,23 mjeseca. Prosječno trajanje boli jednom kad bi počela bilo je 8 sati. Najčešći uzroci ne-odontogene boli su bili maligni tumori usne šupljine, bolesti TMZ-a i trigeminalna neuralgija.

Ključne riječi: orofacijalna bol, etiologija.

Acta Stomat Croat
2004; 355-359

STRUČNI RAD
Primljeno: 5. lipnja 2003.

Adresa za dopisivanje:

Dr. Vanja Vučićević-Boras
Zavod za Oralnu medicinu
Stomatološki fakultet
Gundulićeva 5, 10000 Zagreb
tel.: 01 4802 124
fax: 01 4802 159
e-mail: vvboras@hotmail.com

Uvod

Stomatolozi su danomice u prigodi procijeniti orofacijalnu bol i povremeni slučajevi predstavljaju dijagnostički izazov. Kako bi se odredila konačna dijagnoza često je potrebno napraviti listu mogućih konačnih dijagnoza i zatim sustavno isključiti svaku procesom eliminacije s pomoću dijagnostičkih testova i ispitivanja. S boli su povezana kulturološka, ekonomska, psihosocijalna i patofiziološka stanja (1). Bolovi glave i orofacijalnoga područja izazov su za kliničara, a ograničavajući i frustrirajući čimbenik za bolesnika. Glava i vrat najčešća su mjesta nastanka kronične i recidivirajuće boli u usporedbi

s drugim dijelovima organizma (2). Dijagnoza orofacijalne boli osnovna je i često nedovoljno cijenjena sastavnica stomatološke prakse. Kada oboljeli od boli traži pomoć stomatologa, pretpostavlja se da je bol odontogenog uzroka. Kao rezultat toga dijagnostički postupci su često ograničeni na identifikiranje suspektne zuba, a ne na razmišljanje o neodontogenim uzrocima boli. Zbog ireverzibilne naravi većine stomatoloških zahvata, vrlo je važno napraviti sve što je moguće kako bi se uspostavila ispravna dijagnoza prije početka liječenja (3). Često su potrebni podatci iz nekoliko disciplina jer su mnogi anatomske, fiziološke i psihološke čimbenici mogući uzroci tih bolesti (4). Poteškoće i frustracije koje

su povezane s dijagnosticiranjem i posljedičnim liječenjem bolesnika s boli mogu biti rezultat multidimenzijske naravi boli. Postoji nekoliko bolnih stanja glave koji se često preklapaju u znakovima i simptomima i to je dodatni stupanj složenosti pri dijagnosticiranju i liječenju boli (5). U svijetu postoji povećana potreba za epidemiološkim studijama subjektivnih i objektivnih manifestacija kronične i recidivirajuće boli u ljudi. Potrebno je više podataka o morbiditetu boli, prirodnoj povijesti boli, o osobama koje su sklonije postati oboljeli od boli, te o metodama prevencije. Epidemiološka su istraživanja korisna pri uspostavljanju dijagnostičkih kriterija i pri diferencijalnoj dijagnostici facijalne boli i, premda se može raspravljati o utjecaju na zdravstvenu zaštitu, ne treba smetnuti s uma konačnu dobrobit za oboljele od kronične atipične orofacijalne boli (6). Svrha je ovoga retrospektivnog istraživanja prikazati najčešće uzroke i simptome oboljelih od orofacijalne boli kako bi stomatolozi jednostavnije i brže došli do uzroka, dijagnoze, a time i do terapije oboljelih od orofacijalne boli.

Ispitanici i postupak

Svaki je ispitanik prije istraživanja bio obaviješten o studiji sukladno konferenciji u Helsinkiju II. U ispitivanju je sudjelovalo 47 muškaraca i 53 žene. Njihova je dob bila od 16.-85. godine života, s prosječnom starosti od 52,4 godine. Bolesnici koji su sudjelovali u ovome ispitivanju imali su simptome boli neodontogene etiologije koja je dijagnosticirana na temelju detaljne anamneze, kliničkog i radiološkog pregleda. Dobiveni rezultati analizirani su deskriptivnom statistikom.

Rezultati

Najčešće su bolesnici izjavili da je bol lokalizirana u gornjoj čeljusti (52%), zatim slijedi donja čeljust (39%), uho (22%), temporomandibularni zglob (21%), obraz, sljepoočnica i dno usne šupljine (17%), jezik (12%), čelo (10%), oko (9%), ždrijelo i područje slinovnica (4%) te nos (2%). U 49% ispitanika bol ima karakteristike širenja i 68% oboljelih opisuje bol kao jednostranu u lokalizaciji. Karakter boli vidi se na tablici 1. Zanimljivo je da 57% pa-

Tablica 1. Relativni udio pacijenata (%) s obzirom na karakter boli u ukupnome broju anketiranih pacijenata po spolu

Table 1. Relative distribution (%) of patients according to the pain character in the total number of interviewed patients

Karakter boli / Pain character	% pacijenata u ukupnom broju anketiranih / % patients in the total number of patients	%	
		Muškarci / Man	Žene / Women
Tupa / Dull	57	45.11	54.39
Oštra / Sharp	46	54.35	45.65
Peckanje / Burning	37	45.95	54.05
Pulsiranje / Pulsing	18	55.56	44.44
Udaranje / Striking	4	0.00	100.00
Škakljanje / Tingling	2	0.00	100.00
Bockanje / Pricking	14	28.57	71.43
Ubod / Stinging	6	16.67	83.33
Probadanje / Puncturing	30	46.67	53.33
Svrđanje / Drilling	11	45.45	54.55

cijenata navodi kako je bol bila tupa, 46% da je bol oštra, a 37% bolesnika navodi i peckanje pri karakterizaciji boli. 64% oboljelih osjeća duboku bol, 89% opisuje bol kao podnošljivu. Nadalje, 48% bolesnika navodi kako bol nastaje u stanju mirovanja te isti broj oboljelih navodi kako se bol pojačava u kretanju. Prateći simptomi boli navedeni su u tablici 2. S obzirom na prateće simptome, 21% oboljelih navodi upalu, 10% suženje očiju, a 8% rinoreju. Poremećaj spavanja je ustanovljen u 31% oboljelih, s podjednakom razdiobom među spolovima. U 34% naših bolesnika bol se smanjivala uporabom analgetika. Način ublažavanja boli prikazan je u tablici 3. Čini se da u većine oboljelih niti mirovanje, ni masiranje, a niti grijanje ne dovode do prestanka boli. Prijašnjim stomatološkim i medicinskim liječenjima bilo je podvrgnuto 38% naših bolesnika. Prosječno vrijeme trajanja boli prije nego što su zatražili stručnu pomoć bilo je 4,23 mjeseca. Prosječno trajanje napada boli tijekom dana bilo je 496,75 minuta, to jest 8 sati. Prijašnja stanja u smislu kirurških sto-

Tablica 2. *Relativni udio pacijenata (%) s obzirom na prateće simptome u ukupnome broju anketiranih pacijenata po spolu*

Table 2. *Relative distribution (%) of patients according to the accompanying symptoms in the total number of interviewed patients*

Prateći simptomi / Accompanying symptoms	% pacijenata / % patients	%	
		Muškarci / Man	Žene / Women
Suzenje očiju / Lacrimal secretion	10	70.00	30.00
Rhinorea	8	50.00	50.00
Upala / Inflammation	21	61.9	38.10
Mučnina /Nausea	5	40.00	60.00
Povraćanje / Vomiting	4	50.00	50.00

Tablica 3. *Relativni udio pacijenata (%) s obzirom na oblik ublažavanja boli u ukupnome broju anketiranih pacijenata po spolu*

Table 3. *Relative distribution (%) of patients according to the mode of pain relief in the total number of interviewed patients*

Oblik ublažavanja boli / Mode of pain relief	% pacijenata / % patients	%	
		Muškarci / Man	Žene / Women
Grijanje / Warming	10	50.00	50.00
Masiranje / Massage	13	46.15	53.85
Mirovanje / Rest	36	41.67	58.33
Ostalo / Other	41	48.78	51.22
Ukupno / Total	100	47.00	53.00

matoloških zahvata nađena su u 17%, upalna stanja u 9%, i trauma u 3% naših bolesnika. Parafunkcijske navike su prikazane u tablici 4 i čak 46% oboljelih nije imalo parafunkcijske navike. Po vizualnoj analognoj skali, muškarci su najčešće odabrali stupanj 6, a žene 3,5 od ukupno deset stupnjeva pri čemu je broj 10 označavao neizdrživu bol. Pretrage kojima su bili podvrgnuti bolesnici navedene su u tablici 5, a uključuju palpaciju, radiološko snimanje, ultrazvuk, biopsiju, anesteziju i potpunu krvnu sliku.

Tablica 4. *Relativni udio pacijenata (%) s obzirom na parafunkcijske navike u ukupnome broju anketiranih pacijenata po spolu*

Table 4. *Relative distribution (%) of patients according to the parafunctional habits in the total number of interviewed patients*

Parafunkcijske navike / Parafunctional habits	% pacijenata / % patients	%	
		Muškarci / Man	Žene / Women
Jednostrano žvakanje / Unilateral chewing	38	34.21	65.79
Škripanje zubima / Teeth grinding	8	75.00	25.00
Stiskanje zubi / Bruxism	8	50.00	50.00
Bez navika / No parafunctional habits	46	50.00	50.00
Ukupno / Total	100	47.00	53.00

Tablica 5. *Relativni udio pacijenata (%) s obzirom na dijagnostičke postupke u ukupnome broju anketiranih pacijenata po spolu*

Table 5. *Relative distribution (%) of patients according to the diagnostic procedures in the total number of interviewed patients*

Dijagnostički postupci / Diagnostic procedures	% pacijenata / % patients	%	
		Muškarci / Man	Žene / Women
Palpacija / Palpation	96	47.92	52.08
RTG / X-ray	95	47.37	52.63
CT	21	57.14	42.86
Ultrazvuk / Ultrasound	5	40.00	60.00
Biopsija / Biopsy	19	7.89	42.11
Prov. anestezija / Anaesthesia	4	25.00	75.00
Krvna slika / Complete blood count	13	15.38	84.62

Rasprava

Većina naših bolesnika bila je u petome desetljeću života, što se slaže s rezultatima Remicka i sur. (7). Drugi su autori (4, 8) izvijestili da oboljeli od orofacijalne boli neodontogene etiologije imaju bimodalnu distribuciju u smislu godina starosti, te da

se ona nalazi između trećeg i četvrtog desetljeća života i poslije između petog i šestog desetljeća života. Zanimljivo je da su van Korff i sur. (6) ustanovili kako nižu prevalenciju boli imaju bolesnici stariji od 65 godina života. Razna istraživanja (4, 7, 9) pokazuju da su žene češće zahvaćene s orofacijalnom boli neodontogenoga uzroka od muškaraca. U žena su češći poremećaji temporomandibularnoga zgloba i sindrom pečenja usta, za razliku od fantomske zubobolje koja je češća u muškaraca. Ti su izvještaji u skladu s rezultatima našega istraživanja koje je pokazalo da su u žena poremećaji temporomandibularnoga zgloba (TMZ) i sindroma pečenja usta (SPU) najčešći uzrok boli, a u muškaraca se pokazalo da su poremećaji TMZ-a, ali i maligniteti usne šupljine, najčešći uzrok orofacijalne boli neodontogene etiologije. Remick (7) i Mock (4) kao i Sternbach (10) izvješćuju kako je velik broj oboljelih od orofacijalne boli neodontogene etiologije bio podvrgnut opsežnim stomatološkim, kirurškim i medicinskim liječenjima prije dolaska na njihove klinike. Rezultati našega istraživanja pokazuju da je 17% naših bolesnika s orofacijalnom boli neodontogene etiologije bilo podvrgnuto oralnim kirurškim zahvatima prije nego što su upućeni k nama.

Feinmann i sur. (11) i Engel (12) su ustanovili da su, premda se definirana psihijatrijska bolest nije mogla ustanoviti, psihološki problemi koji su bili u podlozi postojali u većine bolesnika. Mock (4) je također ustanovio da su psihički uzroci bili dominantni u većine oboljelih, uključivši i one slučajeve u kojima je očit organski uzrok bio početni simptom. Remick i sur. (7) su pokazali da je 69% bolesnika imalo psihijatrijske bolesti. Važno je napomenuti, kao što su sugerirali Rashton i sur. (13), da većina tih bolesnika ima zapravo od početka nedijagnosticirane psihijatrijske probleme koji su uzrok nastanku boli. Goldberg (14) i Katon (15) su unaprijedili ideju o somatizaciji psihičkih problema kao što su npr. anksioznost i emotivni poremećaji u obliku tjelesnih manifestacija. U našoj ispitnoj ženskoj skupini nije bilo moguće ustanoviti organski uzrok boli, premda su provedena opsežna klinička i radiološka ispitivanja te je 6 bolesnica upućeno na daljnje liječenje kod psihijatra. Čak je 44-ero bolesnika izjavilo da su pod stresom, s jednakom spolnom raspodjelom. Ipak, zasad nije moguće konačno zaključiti jesu li psihički simptomi primarni ili sekundarni u odnosu

spram simptoma boli. U naših bolesnika je prosječno trajanje bolnih simptoma tijekom dana bilo osam sati. Van Korff i sur. (6) su izvjestili da je u više od polovice njihovih bolesnika prosječno trajanje boli tijekom dana bilo četiri sata. 14% njihovih bolesnika je navelo kako zbog boli nisu mogli obavljati svakodnevne aktivnosti. Mock i sur. (4) izvješćuju da je 86% njihovih bolesnika imalo jednostrane simptome boli. Mi smo ustanovili da je 68% naših bolesnika imalo jednostrane simptome. Benoil i sur. (16) su izvjestili da je prosječna dob njihovih bolesnika 42,6 godina i da postoji dominacija žena u odnosu prema muškarcima ($M : \bar{Z} = 1 : 2,6$). Svi su bolesnici izvjestili da imaju teške bolove, većina unilateralne. 48% oboljelih je izjavilo da je bol bila pulsirajuća, a 34,5% da ih je budila noću. Studija Cohena i Quinna (17) pokazala je da su u 5 bolesnika s boli i otežanim otvaranjem usta postojale infekcije (2), primarni karcinomi (2) i jedan metastatski karcinom. Rezultati naše studije pokazuju da je 13 bolesnika bilo neodgovarajuće liječeno.

Zaključci

1. Srednja dob naših ispitanika oboljelih od orofacijalne boli neodontogenog uzroka je 52,4 godine i većina oboljelih su žene.
2. U žena su poremećaji temporomandibularnoga zgloba (TMZ) te sindrom pečenja usta (SPU) najčešći uzrok orofacijalne boli neodontogene etiologije, a u muškaraca se pokazalo da su poremećaji TMZ-a, ali i malignomi usne šupljine, najčešći uzrok orofacijalne boli neodontogene etiologije.
3. 44-ero bolesnika izjavilo da su pod stresom, te je 31% oboljelih imalo poremećaj spavanja, s jednakom spolnom raspodjelom.
4. U naših bolesnika je prosječno trajanje bolnih simptoma tijekom dana bilo osam sati.
6. Ustanovili smo da je 68% bolesnika imalo jednostrane simptome i da je u 49% ispitanika bol imala karakteristike širenja.
7. Po vizualnoj analognoj skali muškarci su najčešće odabrali stupanj jakosti boli vrijednosti 6, a žene 3,5 od ukupno deset stupnjeva pri čemu je broj 10 označavao neizdrživu bol.

8. U 34% bolesnika bol se smanjivala uporabom analgetika.
9. U 46% oboljelih nije bilo dokaza o parafunkcijskim navikama.
10. Bol je u 57% pacijenata bila tupoga karaktera, u 46% oštrog, u 37% bolesnika imala je karakter peckanja.
11. S obzirom na prateće simptome, 21% oboljelih navodi upalu, 10% suženje očiju, a 8% rinoreju.
12. Prosječno vrijeme trajanja boli prije nego što su zatražili stručnu pomoć bilo je 4,23 mjeseca.
13. Najčešće su bolesnici izjavili da je bol lokalizirana u gornjoj čeljusti (52%), zatim slijedi donja čeljust (39%), uho (22%), temporomandibularni zglob (21%), obraz, sljepoočnica i dno usne šupljine (17%), jezik (12%), čelo (10%), oko (9%), ždrijelo i područje slinovnica (4%) te nos (2%).
14. 48% bolesnika navodi kako bol nastaje u stanju mirovanja te isti broj oboljelih navodi kako se bol pojačava u kretanju.

Zahvala

Autori se zahvaljuju dr. Domagoju Vukoji za pomoć pri pisanju rada.

Literatura

1. GREMILLION HA, REAMS MI. Comprehensive orofacial pain analysis. A structured approach to patient history. *Gen Dent* 1997; 237-41.
2. SHANKLAND WE. Common causes of nondental facial pain. *Gen Dent* 1997; 246-53.
3. LAW AS, LILLY JP. Trigeminal neuralgia mimicking odontogenic pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995; 80: 96-100.
4. MOCK D, FRYDMAN W, GORDON AS. Atypical facial pain-a retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 59: 472-4.
5. HAPAK L, GORDON A, LOCKER DD, SHENDLING M, MOCK D, TENENBAUM HC. Differentiation between musculoligamentous, dentoalveolar and neurologically based craniofacial pain with a diagnostic questionnaire. *J Orofacial Pain* 1994; 8: 357-68.
6. Van KORFF M, DWORKIN SF, Le RESCHE L, KRUGER A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988; 32: 173-83.
7. REMICK RA, BLASBERG B, BARTON JS, CAMPOS PE, MILES JE. Ineffective dental and surgical treatment associated with atypical facial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983; 55: 355-8.
8. BROOKE R. Atypical odontalgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980; 49: 196-9.
9. KLAUSNER JJ. Epidemiology of chronic facial pain. Diagnostic usefulness in patient care. *J Am Dent Assoc* 1994; 125: 1604-11.
10. STERNBACH RA. Survey of pain in the United States. The Nuprin pain report. *Clin J Pain* 1986; 2: 49-53.
11. FEINMANN C, HARRIS M, CAWLEY R. Psychogenic facial pain, presentation and treatment. *Br Med J* 1984; 288: 436-8.
12. ENGEL GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. *JAMA* 1959; 26: 899-918.
13. RUSHTON JG, GIBILISCO JA, GOLDSTEIN NP. Atypical face pain. *JAMA* 1959; 171: 545-8.
14. GOLDBERG D. The detection of psychiatric disorder in primary care settings. Implications for the taxonomy of neurosis. *Israel J Psychiat Relat Sci* 1985; 22: 245-55.
15. KATON W, KLEINMAN A, ROSEN G. Depression and somatization. A review. *Am J Med* 1982; 72: 127-35.
16. BENOIL R, ELISHOOV H, SHARAV Y. orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506-12.
17. COHEN GS, QUINN PD. Facial trismus and myofascial pain associated with infections and malignant disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 65: 538-44.