



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Α΄ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΚΕΝΤΡΟ ΠΟΝΟΥ & ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Αλγολογία

Αντιμετώπιση του Πόνου

Διάγνωση και Θεραπεία

Φαρμακευτικές, Παρεμβατικές και άλλες Τεχνικές

**ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ
ΤΕΧΝΙΚΕΣ**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ»

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:

Μάγκλαρη Χρυσή

Επιβλέπων Καθηγητής/τρια:

Τσαρουχά Αθανασία

Αθήνα, 2022

ΕΚΠΑ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α' Πανεπιστημιακή Αναισθησιολογική Κλινική

Μεταπτυχιακό:

Αλγολογία: Αντιμετώπιση του πόνου. Διάγνωση και θεραπεία.

Φαρμακευτικές, παρεμβατικές και άλλες τεχνικές

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

**Νευροπαθητικός
Στοματοπροσωπικός Πόνος**

Της φοιτήτριας

Μάγκλαρη Χρυσήϊδας

Μέλη επιτροπής:

Α. Τσαρουχά, Αν. Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

Β. Τσιρτσιρίδου, Διευθύντρια ΕΣΥ

Δ. Δ. Μητσικώστας, Καθηγητής ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2022

Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων.....	3
Περίληψη - Abstract.....	5
Εισαγωγή.....	9
Μεθοδολογία.....	11
Κεφάλαιο 1.....	14
Η εμπειρία του πόνου.....	14
Χαρακτηριστικά και ταξινόμηση του πόνου.....	15
Η διαδικασία αντίληψης του πόνου.....	21
Αίτια και Επιπτώσεις του Χρόνιου Πόνου.....	27
Κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις του χρόνιου πόνου.....	29
Αξιολόγηση του πόνου.....	34
Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS -Visual Analogue Scale) και Γραφική Κλίμακα	
Βαθμονόμησης (GRS-Graphic Rating Scale).....	35
Κλίμακα Λεκτικής Διαβάθμισης (VRS-Verbal Rating Scale).....	36
Σχέδιο πόνου (Pain Drawing).....	37
Το Ερωτηματολόγιο McGill Pain (MPQ).....	38
Ερωτηματολόγια για το Νευροπαθητικό Πόνο	39
Ερωτηματολόγιο DN4.....	39
Ερωτηματολόγιο Pain Detect	41
Φαρμακευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.....	43
Κεφάλαιο 2.....	50
Ο Στοματοπροσωπικός πόνος (ΣΤΠΠ).....	50
Ορισμός και επιδημιολογία.....	50
Κατηγοριοποίηση του ΣΤΠΠ.....	52
Νευροφυσιολογία του ΣΤΠΠ.....	55
Νευροπαθητικός Στοματοπροσωπικός Πόνος.....	63
1. Νευραλγία Τριδύμου.....	64
2. Γλωσσοφαρυγγική Νευραλγία.....	68
3. Καυσalgία στόματος/ Στοματοδυνία (Burning Mouth Syndrome).....	70
4. Άτυπη οδονταλγία.....	73
5. Μεθερπητική Νευραλγία.....	74
6. Χρόνιος Ιδιοπαθής Προσωπικός Πόνος.....	76
7. Καρκίνος.....	77
Η αναγκαιότητα διεπιστημονικής προσέγγισης	79

Κεφάλαιο 3	81
Αντιμετώπιση του ΣΤΠΠ	81
Συμπληρωματικές θεραπείες	82
Φαρμακευτική αντιμετώπιση	85
Παρεμβατικές θεραπείες	93
Κεφάλαιο 4.....	95
Τα ιατρεία πόνου και η θεραπεία του Νευροπαθητικού ΣΤΠΠ.....	95
Τι είναι τα ιατρεία πόνου;	95
Παρεχόμενες υπηρεσίες	97
Οι ‘κρυμμένοι ασθενείς’	100
Τα ιατρεία πόνου στην Ελλάδα	101
Συμπέρασμα/ Συζήτηση.....	105
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	107

Περίληψη

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση θα επικεντρωθεί στην αναζήτηση των αιτιών και των εκφράσεων του στοματοπροσωπικού πόνου (ΣΤΠΠ), με ιδιαίτερη έμφαση και ενδιαφέρον στο νευροπαθητικό ΣΤΠΠ, παρουσιάζοντας τις οντότητες που απορρέουν από αυτόν. Ο χρόνιος πόνος επιδρά σημαντικά στην ποιότητα ζωής του ατόμου με ποικίλες επιπτώσεις στην καθημερινότητά του, στην κοινωνική, επαγγελματική και προσωπική του ζωή. Συχνά, η ανάπτυξη αγχωτικών και καταθλιπτικών διαταραχών αποτελεί αντίδραση των ασθενών στον χρόνιο πόνο, γεγονός το οποίο συνιστά μέγιστη πρόκληση για την αντιμετώπισή του. Ειδικά δε για τον νευροπαθητικό ΣΤΠΠ σύνδρομο όπως Νευραλγία Τριδύμου, Γλωσσοφαρυγγική Νευραλγία, Καυσαλγία Στόματος/ Στοματοδυνία, Μεθερπητική Νευραλγία, Άτυπη Οδονταλγία, Χρόνιος Ιδιοπαθής Στοματοπροσωπικός Πόνος, και μορφές Στοματοφαρυγγικού Καρκίνου ή Ρινοφαρυγγικού Καρκίνου απαιτούν διεπιστημονική προσέγγιση καθώς παρουσιάζουν συνδυασμό αλγεινών ενδείξεων, τα οποία κάνουν την εμφάνισή τους συχνά ελλείψει προφανούς αιτίας. Εκτός των

προτεινόμενων φαρμακευτικών ή παρεμβατικών προτάσεων για την ανακούφιση του πόνου, η αξιοποίηση συμπληρωματικών προσεγγίσεων κατευνάζουν την αλγαισθησία. Η παροχή φροντίδας στον ασθενή και τους συγγενείς του, οι οποίοι επωμίζονται τη χρόνια κατάστασή του, είναι δυνατή από τα Ιατρεία Πόνου, η σωστή και συνεπής λειτουργία των οποίων μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του πάσχοντος από χρόνιο νευροπαθητικό ΣΤΠΠ.

Λέξεις Κλειδιά:

Χρόνιος Στοματοπροσωπικός Πόνος, Νευραλγία Τριδύμου, Γλωσσοφαρυγγική Νευραλγία, Καυσαλγία Στόματος/ Στοματοδυνία, Μεθερπητική Νευραλγία, Άτυπη Οδονταλγία, Χρόνιος Ιδιοπαθής Στοματοπροσωπικός Πόνος, Καρκίνος, Ιατρεία Πόνου, Παρηγορική Φροντίδα

Abstract

Orofacial pain is a broad term used to describe symptoms of pain and/or dysfunction in the head and neck region. Orofacial Neuropathic pain is an entity which manifests itself with various symptoms and signs. Multiple causes may exist that lead to chronic pain which significantly affects the quality of life of the individual interfering with the person's daily routine, his/her social, professional and personal life. Anxiety and depressive disorders are common among chronic patients thus being a major challenge for the physician. Syndromes such as Trigeminal neuralgia, Glossopharyngeal Neuralgia, Burning Mouth Syndrome (Stomatodynia), Post-herpetic Neuralgia, Atypical Odontalgia, Chronic Idiopathic Orofacial Pain, and several forms of oropharyngeal cancer or nasopharyngeal cancer may require a multidisciplinary approach. In addition to the suggested pharmacological or interventional mechanisms for pain relief, the use of complementary approaches may alleviate the noxious stimuli. Providing care and support to the patient and his relatives or caregivers may be effective if applied in Pain Clinics, following a proper and consistent

palliative care scheme which can improve the quality of life the patient enduring chronic neuropathic orofacial pain.

Key Words:

Chronic Orofacial Pain, Trigeminal neuralgia, Glossopharyngeal Neuralgia, Burning Mouth Syndrome (Stomatodynia), Post-herpetic Neuralgia, Atypical Odontalgia, Chronic Idiopathic Orofacial Pain, Cancer, Pain Clinics, Palliative Care

Εισαγωγή

Το πρόσωπο που Πόνου έχει πολλάκις αποτυπώσει η Τέχνη, υμνώντας τον Άνθρωπο και τις αδυναμίες του. Σε μια απόπειρα έκφρασης και συνάμα εξορκισμού του Πόνου, η πλαστική έκφραση του τελευταίου αναδεικνύει τον σπαραγμό του σώματος, τις κάμπτουσες αντοχές του, το διερρηγμένο κάλλος του και το παρακμάζον σφρίγος του. Ο Πόνος, το αλγεινό τέκνο της μισητής Έριδας, αποτυπώνεται στο ίδιο το πρόσωπο, με μάτια κλειστά και τραβηγμένα, στόμα μισάνοιχτο και στρεβλό, αφήνει διάχυτη την αγωνία να δραπετεύει από τα βάθη της ύπαρξής του και γίνεται ο ίδιος μια ξεχωριστή οντότητα που αναζητά ανακούφιση, μετουσιώνοντας σε κραυγή αυτή του την απόγνωση. Εξάλλου, ο Πόνος συνοδεύει τον Άνθρωπο από την αρχή της Ιστορίας



August Rodin, "The Face of Sorrow" Circa 1903-1904 – Musée Rodin

του, διεκδικώντας την αθανασία ως έκσταση και εναγώνιος στεναγμός, με το πρόσωπο να γίνεται ο κύριος, εκφραστής του.

Η παρούσα εργασία, βιβλιογραφικής ανασκόπησης θα επικεντρωθεί στην αναζήτηση των αιτών και των εκφράσεων του στοματοπροσωπικού

πόνου (ΣΤΠΠ), με ιδιαίτερη έμφαση και ενδιαφέρον στο νευροπαθητικό ΣΤΠΠ. Ο ΣΤΠΠ συνδέεται με μια ευρεία ποικιλομορφία κρανιοπροσωπικών αλγών και συνδρόμων, αλλά και με έναν ικανό αριθμό γενικότερων παθολογικών καταστάσεων οι οποίες εμπλέκονται είτε σε πρωτογενές είτε σε δευτερογενές επίπεδο με στο Στοματογναθικό Σύστημα (ΣΣ) και την ευρύτερη περιοχή. Τα ψυχογενή και ιδιοπαθή αίτιά του αποκτούν ιδιαίτερη σημασία καθώς συνδέονται με διάφορες ανατομικές περιοχές του εγκεφάλου.

Για την αντιμετώπισή του ποικίλες μορφές φαρμακευτικής και παρεμβατικής αγωγής είναι διαθέσιμες, ανάλογα με το είδος του νευροπαθητικού ΣΤΠΠ, την ένταση και τη διάρκειά του. Πέραν αυτών, η λειτουργία ιατρείων ή κλινικών πόνου δύναται να προσφέρει στον ασθενή αλλά και την οικογένειά του ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο αντιμετώπισης, στο οποίο περιλαμβάνονται τόσο συντηρητικές όσο και παρεμβατικές προσεγγίσεις αλλά και ένα πλήθος εναλλακτικών, συμπληρωματικών μορφών φροντίδας για την ανακούφισή του. Τα ιατρεία πόνου προσφέρουν επίσης παρηγορική φροντίδα και για τους *‘κρυμμένους ασθενείς’*, την οικογένεια, τους συγγενείς και τους φροντιστές του πάσχοντος.

Μεθοδολογία

Αναδιφώντας σε ένα πλήθος ερευνών και αναλύσεων σχετικά με την ανάγκη διαχείρισης και αντιμετώπισης του πόνου, χρησιμοποιήθηκε ο καθορισμένος από τη Διεθνή Ένωση Μελέτης του Πόνου (IASP) ορισμός του. Σε αυτόν προσετέθησαν και τα ευρήματα μελετών ^{1,2} καθώς και οι ταξινομικοί προσδιορισμοί του όρου. Παρουσιάζεται επίσης η διαδικασία αντίληψης του πόνου βασιζόμενη σε διάφορες μελέτες ^{3,4} καθώς και του Institute of Medicine (US) Committee on Pain, Disability, and Chronic Illness Behavior μεταξύ άλλων.

Πολλές μελέτες ^{5,6,7,8,9} αναλύουν σε βάθος τα αίτια και τις επιπτώσεις του χρόνιου πόνου, ο οποίος συνιστά αντικείμενο μελέτης της παρούσης. Ο εμμονικός του χαρακτήρας σε συνδυασμό με τις άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις του στην υγεία αλλά και την ψυχική ισορροπία του πάσχοντος πυροδοτεί πλήθος προβλημάτων σε κοινωνικό αλλά και οικονομικό επίπεδο τα οποία τα οποία κατανέμονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ανάλογα με τους τομείς επιρροής τους, οι οποίοι και παρουσιάζονται. ^{10,11,12} Οι κλίμακες αξιολόγησης του πόνου δίνουν την

ευκαιρία για την όσο το δυνατόν περισσότερο εστιασμένη προσέγγιση και περιγραφή μιας αντικειμενικής υπόστασης, αυτής του πόνου, που γίνεται υποκειμενικά αντιληπτή από κάθε πάσχοντα.^{13, 14,15,16}

Η διαχείριση του χρόνιου πόνου απαιτεί διεξοδική αξιολόγηση του ασθενούς, καταγραφή ιστορικού και συχνά την παραπομπή σε διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες πριν από την εφαρμογή εξατομικευμένη και ενίοτε συνδυαστικής θεραπείας.^{17,18,19,20,21}

Στο πλαίσιο της ανάλυσης του ΣΤΠΠ ως ξεχωριστής οντότητας, παρατίθενται πληροφορίες σχετικά με την επιδημιολογία και τον διαχωρισμό του σε κατηγορίες, ανάλογα με το σημείο από το οποίο εκκινά ή εστιάζεται ο πόνος, τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα και την κλινική του εικόνα.^{22,23,24,25,26,27,28,29 30}

Ο Νευροπαθητικός ΣΤΠΠ συνιστά ένα ξεχωριστό κεφάλαιο στην ταξινόμηση της ποικιλομορφίας του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου και αναλύεται διεξοδικά ως προς τις εκφάνσεις του, βάσει πολλών ερευνών,^{5,31,32,33,34,35,36} όσον αφορά στη Νευραλγία Τριδύμου και της σχετικής με τη Γλωσσοφαρυγγική Νευραλγία βιβλιογραφία.^{37,38,39}

Περαιτέρω αναλύονται άλλες εκφάνσεις του Νευροπαθητικού ΣΤΠΠ, όπως η καυσαλγία στόματος, η άτυπη οδονταλγία, η Μεθερπητική

Νευραλγία, ο χρόνιος ιδιοπαθής στοματοπροσωπικός πόνος και κάποιες μορφές καρκίνου του στόματος.^{40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50}

Η παρούσα εργασία καταλήγει στην ανάγκη της διεπιστημονικής προσέγγισης του Νευροπαθητικού ΣΤΠΠ και προτείνει τα ιατρεία πόνου ως κατάλληλες δομές για την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς και υποστήριξης της οικογενείας του,^{51,52,53,54,55,56} κάνοντας αναφορά στην ελληνική πραγματικότητα και τις υπάρχουσες δομές για την παροχή παρηγορικής φροντίδας στους ασθενείς.

Κεφάλαιο 1

Η εμπειρία του πόνου

Ο πόνος συνδέεται με το άλγος και την καταπόνηση του σώματος απόρροια της έκθεσης του τελευταίου σε ένα δυσάρεστο ερέθισμα. Εκτός από τη σωματική έκφασή του, συνιστά ταυτόχρονα συναισθηματική εμπειρία η οποία συνοδεύεται συχνά από έντονα συναισθήματα δυσαρέσκειας και καταλήγει σε αντιδραστική συμπεριφορά.⁵⁷

Ο πόνος ορίζεται από τη Διεθνή Ένωση Μελέτης του Πόνου (IASP) ως '[η] δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης' και συνδέει ένα αντικειμενικό ερέθισμα, την βλαβοδεκτική αίσθηση με μια υποκειμενική αντίληψη που είναι η αντίδραση εκάστου οργανισμού στο συγκεκριμένο ερέθισμα.

Ο πόνος εκτός από την μεταβίβαση του βλαβοδεκτικού ερεθίσματος συνιστά μια εξόχως πολύπλοκη εμπειρία, μέρος της οποίας μόνο είναι αισθητηριακό. Δεν συνιστά μία απόλυτη αντίδραση του οργανισμού στο

ερέθισμα αυτό, αλλά μάλλον ένα αντανακλαστικό³ με ποικιλόμορφο χαρακτήρα.

Χαρακτηριστικά και ταξινόμηση του πόνου

Η αντίληψη και αντίδραση στο επώδυνο ερέθισμα συνιστούν τα δύο στοιχεία που προσδιορίζουν τον πόνο. Η πρώτη σχετίζεται με τους νευρικούς, αισθητικούς και μεταβιβαστικούς μηχανισμούς, ενώ η δεύτερη με τις φυσιολογικές αλλά και συγκινησιακές εκδηλώσεις του κάθε ατόμου ξεχωριστά, σε ένα ολιστικό πλαίσιο αλληλεπίδρασης βιολογικών αντιδράσεων και κοινωνικών και ψυχικών παραγόντων. Ο πόνος ταξινομείται ως εξής:

α) Αλγαισθητικός πόνος (nociceptive pain): μεταφράζει τις δυνητικά βλαπτικές και επώδυνες διεγέρσεις οι οποίες είτε προκαλούν είτε έχουν την τάση να προκαλέσουν βλάβη στον ιστό ως ενοχλητική και επίπονη αίσθηση. Κύριο χαρακτηριστικό του αλγαισθητικού πόνου είναι ότι παρουσιάζεται ως αντίδραση του νευρικού συστήματος σε έντονα ερεθίσματα, είτε προληπτικά είτε έχοντας εκτεθεί σε περιβαλλοντικούς

ερεθισμούς, συνοδευόμενος από πιθανή ή πραγματική βλάβη των ιστών, αντίστοιχα. Ο αλγαισθητικός πόνος προκαλείται από την διέγερση των αλγοϋποδοχέων οι οποίοι εκτίθενται στα ερεθίσματα αυτά τα οποία ενεργοποιούνται σε σημεία που τα κύτταρα έχουν υποστεί ή αναμένεται να υποστούν βλάβη. Ο αλγαισθητικός πόνος προστατεύει τον οργανισμό επιφέροντας δυσάρεστη αίσθηση καθώς και συναισθηματικό άγχος⁵⁸ προκειμένου να δοθεί η προσήκουσα προσοχή στο επιβλαβές ερέθισμα που θα οδηγήσει και την τελική απόσυρση του οργανισμού από αυτό. Ο αλγαισθητικός πόνος *προνοεί*, καθώς προσβλέπει στην απεμπλοκή του οργανισμού από το αλγεινό και βλαπτικό ερέθισμα την ίδια στιγμή της έκθεσής του σε αυτό με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση πρόσθετων νευρικών λειτουργιών οι οποίες θα προστατεύσουν τον οργανισμό, αποτρέποντας περαιτέρω έκθεση σε επικίνδυνα ερεθίσματα. Ανάλογα με το σημείο στο οποίο εντοπίζεται, διακρίνεται σε δύο τύπους, τον σωματικό και τον σπλαχνικό. Ο πρώτος επηρεάζει τους ιστούς, το δέρμα, τους μύες, τα οστά και τους συνδέσμους και στη βιβλιογραφία αναφέρεται συχνά ως μυοσκελετικός πόνος τον οποίο προκαλεί η καταστροφή ή φλεγμονή των ιστών. Ο σωματικός πόνος είναι εντοπισμένος και συνήθως οξύς και ενισχύεται με την κίνηση ή την άσκηση πίεσης πάνω στον πάσχοντα ιστό. Ο σπλαχνικός πόνος

προέρχεται από τη βλάβη ή δυσλειτουργία των σπλαχνικών οργάνων του θώρακα, της κοιλιάς και της πυέλου. Δεν είναι απόλυτα εντοπισμένος όπως ο σωματικός και ενδέχεται να αντανakλά σε άλλα σημεία του σώματος, ανάλογα με το σημείο στο οποίο εστιάζεται, όπως επί παραδείγματι και συνηθέστερα την πλάτη, ή τη μέση. Συχνά παρουσιάζει ασυνέχεια ή είναι διακεκομμένος.

β) Φλεγμονώδης πόνος (inflammatory pain): συνιστά άμεση απόρροια βλάβης ή ασθένειας που θα επηρεάσει το σωματοαισθητικό σύστημα. Σχεδόν πάντα προϋποθέτει νευρική βλάβη. Η δημιουργούμενη φλεγμονή αποθαρρύνει πιθανές πιέσεις, κινήσεις ή επαφές στο σημείο, και ως εκ τούτου ο φλεγμονώδης πόνος έχει εξίσου προστατευτικό χαρακτήρα όπως ο αλγαισθητικός. Κινητοποιεί ποικιλοτρόπως τον οργανισμό προκειμένου να οδηγήσει στην τελική αποκατάσταση της βλάβης, μέσω της αυξημένης αισθητηριακής ευαισθησίας των ιστών. Υπάρχουν βεβαίως περιπτώσεις όπου συνδέεται με χρόνιες παθήσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και άλλοι εκτεταμένοι τραυματισμοί.⁵⁸

γ) Νευροπαθητικός πόνος (neuropathic pain): συνδέεται με την μη-ομαλή λειτουργία του νευρικού συστήματος και όχι με την ύπαρξη συμπτωμάτων κάποιας διαταραχής ή με την αντίδραση σε κάποιο αλγεινό ερέθισμα. Προκαλείται από βλάβη ή νόσο του

σωματοαισθητικού συστήματος⁵⁹ και διαχωρίζεται σε περιφερικό και κεντρικό νευροπαθητικό πόνο. Ο περιφερικός νευροπαθητικός πόνος προκαλείται από πρωτογενείς βλάβες και δυσλειτουργίες στο περιφερικό νευρικό, ενώ όσες εντοπίζονται στο ΚΝΣ ευθύνονται για την εκδήλωση κεντρικού νευροπαθητικού πόνου.⁶⁰ Ο νευροπαθητικός πόνος έχει ποικίλες εκφάνσεις και συμπτώματα,⁶¹ με επαναληπτικό χαρακτήρα και αντιδράσεις όπως παραισθησία (υποκειμενική αντίληψη αισθητικού ενοχλήματος, ήτοι καψίματα, σφιξίματα, μουδιάσματα), δυσαισθησία (παθολογική αίσθηση, η οποία βιώνεται ως καύσος, η μούδιασμα, αυθόρμητη ή προκλητή που είναι πάντα δυσάρεστη), υπαισθησία (μειωμένη ευαισθησία σε ερεθίσματα), υπεραισθησία (αυξημένη ευαισθησία στο άγγιγμα), αλλοδυνία (πόνος ως αποτέλεσμα ερεθισμού το οποίο συνήθως δεν θα προκαλούσε πόνο), ή υπεραλγησία (αυξημένη ανταπόκριση σε ένα ερέθισμα που συνήθως προκαλεί ήπιο πόνο).⁶⁰ Σημαντική διαφορά του νευροπαθητικού πόνου με τον αλγαισθητικό είναι ότι ο πρώτος δεν λειτουργεί προστατευτικά προς τον οργανισμό, αλλά είναι ενδεικτικός ενός πλήθους οργανικών βλαβών.¹ Ωστόσο, τόσο ο αλγαισθητικός όσο και ο νευροπαθητικός πόνος μπορούν να συνυπάρχουν σε σύνδρομα όπως οσφυαλγία ή καρκινικός πόνος, οι οποίοι μπορούν να αποκτήσουν και χαρακτήρα χρόνιου πόνου.

Οι αιτίες για την εμφάνιση του νευροπαθητικού πόνου ποικίλουν και σχετίζονται με παθήσεις όπως καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, νευρολογικά νοσήματα (σκλήρυνση κατά πλάκας), χρόνιες μυοσκελετικές παθήσεις ή η εμφάνιση έρπη ζωστήρα. Τα ρευματικά νοσήματα είναι η πιο συχνή αιτία νευροπαθητικού πόνου, αντιπροσωπεύοντας το 60% των περιπτώσεων και λοιπών νοσημάτων που τον προκαλούν.

Ο πόνος διακρίνεται επίσης σε *οξύ* ή *χρόνιο*, ανάλογα με την παρουσία του ερεθίσματος το οποίο τον προκαλεί και τη διάρκειά του.³ Ο οξύς πόνος αποτελεί την βιολογική αντίδραση στην εμφάνιση ενός ιδιοδεκτικού ερεθίσματος, ήτοι μια φλεγμονή ή ένα τραύμα και συνήθως είναι εντοπισμένος ή συνδέεται άμεσα με το βλαπτικό ερέθισμα. Η έντασή του βαίνει κλιμακούμενη και μειώνεται καθώς ο οργανισμός απομακρύνεται από το ερέθισμα ή αυτό υποχωρεί. Τα αίτιά του εντοπίζονται σε εμφανή πηγή κάποιου τραυματισμένου ιστού η οποία είναι εύκολα αναγνωρίσιμη. Ο οξύς πόνος θέτει τον οργανισμό σε συναγερμό πυροδοτώντας προστατευτικές και αμυντικές αντιδράσεις. Στην περίπτωση που αυτές εμμένουν ή η θεραπεία αποδεικνύεται μη αποτελεσματική, ο οξύς πόνος δύναται να αποκτήσει χαρακτήρα χρόνιου.

Ο τελευταίος λαμβάνει χαρακτήρα νόσου, καθώς εκτείνεται πλέον του απαιτούμενου για την ίαση χρόνου, ενώ μπορεί να συνδέεται και με

ψυχολογικά αίτια καθώς δεν εξυπηρετεί βιολογικό σκοπό και δεν έχει αναγνωρίσιμο τελικό σημείο (end point).⁶² Ο ίδιος ο όρος 'χρόνιος πόνος' υπονοεί επιμονή μακράς διάρκειας,⁶³ ακόμα και μετά την εμφάνισή του ως σύμπτωμα ή κατόπιν της ίασης της βλάβης.³ Συχνά δε εμφανίζεται χωρίς να μπορεί να ανιχνευτεί η αιτία που τον προκαλεί και συνδέεται με αυτοάνοσα νοσήματα, καρκίνο, διαβήτη, ινομυαλγία, αρθρίτιδα μεταξύ πολλών άλλων, γεγονός που υπογραμμίζει την καθυστερημένη αντίδρασή του στην προκαλούμενη βλάβη. Το Ινστιτούτο Χρόνιου Πόνου (Institute of Chronic Pain) υπογραμμίζει ότι σε μεγάλο βαθμό είναι ανεξάρτητος από τον τραυματισμό ή την ασθένεια η οποία τον προκάλεσε και ως εκ τούτου, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όχι ως σύμπτωμα αλλά ως αυτόνομη ασθένεια (*disease entity*),⁶⁴ και αυτό γιατί το ΚΝΣ παραμένει σε μια διαδικασία διαρκούς 'εγρήγορσης' ακόμα και μετεγχειρητικά, ή μετά την πάροδο μιας ασθένειας ή κάποιου τραυματισμού.

Η διαδικασία αντίληψης του πόνου

Οι ερεθισμοί που προκαλούνται από την πιθανή ή την πραγματική ιστική βλάβη είναι μόνο ένας από τους τύπους αντίληψης του βλαβοδεκτικού ερεθίσματος από το ΚΝΣ. Σε αυτό συμμετέχουν και οι αισθήσεις (όσφρηση, όραση, ακοή, άγγιγμα και γεύση) οι οποίες λειτουργούν προειδοποιητικά στον εγκέφαλο δημιουργώντας ερεθίσματα σε νευρικά κυκλώματα. Οι ροές αυτές δεδομένων συγκρίνονται με την εμπειρία του άλγους του εγκεφάλου προκειμένου να αντιδράσει ο οργανισμός. Η πρόσληψη του ερεθίσματος γίνεται από κοινές αισθητηριακές οδούς, τους αλγοϋποδοχείς, οι οποίοι μεταφέρουν το ερέθισμα στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλώντας την αντίδραση του σώματος σε αυτό.

Η αλγαισθησία περιλαμβάνει την μεταβίβαση (transduction) του αλγεινού σήματος με τη διέγερση των αλγοϋποδοχέων. Οι αλγοϋποδοχείς είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις των πρωτογενών εμμύελων Αδ και αμύελων C ινών. Αυτές εντοπίζονται στο δέρμα, τους μύς, τις αρθρώσεις, τα οστά και στα εσωτερικά όργανα. Διαχωρίζονται σε περιφερικούς και σπλαχνικούς, υψηλού ουδού και πολυπαραγοντικούς. Οι αλγοϋποδοχείς υψηλού ουδού είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις

των εμμέλων Αδ-ινών που μεταφέρουν τη νευρική διέγερση πολύ γρήγορα, 5-30 m/sec και ο ερεθισμός τους προκαλεί τον καλούμενο «πρώτο» ή «ταχύ» πόνο, ενώ οι πολυπαραγοντικοί συνιστούν ελεύθερες νευρικές απολήξεις των αμύελων C-ινών οι οποίες μεταφέρουν τη νευρική διέγερση με χαμηλότερη ταχύτητα, 1-2 m/sec,, ο ερεθισμός των οποίων προκαλεί τον «δεύτερο» ή «βραδύ» πόνο, που είναι βραδύτερος στην έναρξη, βύθιος, διάχυτος, παρατεταμένος και όχι καλά εντοπισμένος. Επίσης, διαθέτουν τριών ειδών διαύλους ιόντων, τους θερμοευαίσθητους, μη-ειδικούς (TRPV) διαύλους, τους ηλεκτροευαίσθητους διαύλους νατρίου (Nav) και τους ηλεκτροευαίσθητους διαύλους καλίου (Kv).⁴

Οι νευρικές απολήξεις είναι εκείνες που ανταποκρίνονται σε επιβλαβή ή δυνητικά επιβλαβή ερεθίσματα, μεταφέροντας το ερέθισμα ως 'μήνυμα' μέσω των νεύρων. Οι αλγοϋποδοχείς ενεργοποιούνται με την έκθεση σε κάθε ερέθισμα (μηχανικό, θερμικό ή χημικό) το οποίο ενδέχεται να προκαλέσει την οποιαδήποτε βλάβη, πληροφορώντας το ΚΝΣ με ακρίβεια για την εντόπιση και την ένταση του ερεθίσματος. Αλγοϋποδοχείς δεν εντοπίζονται στον εγκέφαλο, στον αρθρικό χόνδρο των αρθρώσεων και στον πηκτοειδή πυρήνα των μεσοσπονδυλίων δίσκων και διαφέρουν στο βαθμό ευαισθησίας τους. Ορισμένοι εξ αυτών αντιδρούν σε κάθε

αίσθηση, άλλοι είναι περισσότερο ευαίσθητοι σε μηχανικά ερεθίσματα, άλλοι σε θερμικά και άλλοι σε χημικά ερεθίσματα, ενώ υπάρχουν κι εκείνοι, οι πολυπράγμονες οι οποίοι αντιδρούν σε ποικίλα ερεθίσματα. Σε κάθε περίπτωση η διέγερση των αλγοϋποδοχέων ενεργοποιεί την έκλυση χημικών διαβιβαστών όπως προσταγλανδίνη, βραδυκίνη, σεροτονίνη, ουσία P; κάλιο και ισταμίνη.⁶⁵

Το δεύτερο στάδιο της διαβίβασης του πόνου είναι η μετάδοση (transmission) του επώδυνου ερεθίσματος με τη μορφή ηλεκτρικών δυναμικών μέσω του σωματοαισθητικού συστήματος προς τα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού και από εκεί προς τον θάλαμο.⁶⁶ Ο πόνος πλέον γίνεται συνειδητή πολυδιάστατη εμπειρία, καθώς η μετάδοση αποτελεί το τελευταίο στάδιο της νευρωνικής δραστηριότητας. Το ερέθισμα μεταδίδεται στο στέλεχος του εγκεφάλου και στον θάλαμο, όπου ενεργοποιούνται οι περιοχές του φλοιού οδηγώντας σε αποκρίσεις. Οι οδοί μεταφοράς του άλγους περιλαμβάνουν δύο κύρια δεμάτια στη λευκή ουσία του νωτιαίου μυελού, το νωτιοθαλαμικό και το νωτιοδικτυοθαλαμικό.⁶⁷ Στο σημείο αυτό συντελούνται οι συνάψεις μέσω των σχηματισμών προσυναπτικού και μετασυναπτικού τμήματος στους οποίους ανήκουν οι υποδοχείς νευροδιαβιβαστών. Το αισθητηριακό ερέθισμα το οποίο προκαλεί τη διέγερση των αλγοϋποδοχέων, οδηγεί

στην πρόκληση νευρικού σήματος μεταδιδόμενο εν συνεχεία στον εγκέφαλο μέσω του νευρικού συστήματος, μέσω του νωτιαίου μυελού. Αυτό καταλήγει στον εγκεφαλικό φλοιό προκειμένου να γίνει η σχετική επεξεργασία και να ολοκληρωθεί η αντιληπτική ικανότητα και αντίδραση στο εξωτερικό ερέθισμα.

Οι παράγοντες που προκαλούν την διέγερση των αλγοϋποδοχέων είναι σύνθετοι και εξαρτώνται από το ερέθισμα στο οποίο ανταποκρίνονται.² Ο κύριος όγκος των ερεθισμάτων του περιφερικού συστήματος (αισθητικών και αλγυνών) μεταφέρεται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού, συνιστώντας το σημείο πρώτης σύναψης και εκκίνησης της ανιούσας οδού προς τον εγκέφαλο. Στο οπίσθιο κέρασ διακρίνονται 6 στοιβάδες νευρώνων οι οποίες δέχονται προσαγωγές αλγαισθητικών ινών ή άλλα ερεθίσματα. Στο σημείο όπου εντοπίζονται οι συναπτικές απολήξεις των νευρώνων στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού επάγεται η απελευθέρωση χημικών νευροδιαβιβαστών και διαμέσου των οδών του πόνου και γίνεται η μεταφορά των πληροφοριών του τελευταίου στον εγκέφαλο. Οι νευροδιαβιβαστές είναι αμινοξέα, μονοαμίνες, ιόντα, αέρια και άλλες ουσίες, οι οποίες λειτουργούν ως μεταφορείς του ερεθίσματος για το οποίο είναι υπεύθυνοι (μετάδοση) από τον έναν νευρώνα στον επόμενο ή τους επόμενους. Δύο από τους πιο σημαντικούς

νευροδιαβιβαστές είναι το γλουταμικό αμινοξύ (glutamate, Glu) και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA, γ- aminobutyric acid).⁶⁸

Η τροποποίηση (modulation) είναι η διαδικασία κατά την οποία η μεταβίβαση των αλγαισθητικών ώσεων τροποποιείται διαμέσου νευρωνικών επιδράσεων.⁶⁹

Από συγκεκριμένες δομές στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού προβάλλουν κατιούσες οδοί οι οποίες συντελούν στην αναστολή (κατιούσα αναστολή) ή στην ενίσχυση και διέγερση (κατιούσα διευκόλυνση) της μεταφοράς της αλγαισθητικής πληροφορίας στον εγκέφαλο. Η κατιούσα αναστολή οδηγεί στην αναλγησία καθώς επιτρέπει την απελευθέρωση ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών που αποκλείουν ή εμποδίζουν εν μέρει τη μετάδοση του ερεθίσματος. Ανασταλτικοί νευροδιαβιβαστές είναι τα ενδογενή οπιοειδή (εγκεφαλίνες και ενδορφίνες), η σεροτονίνη (5-HT), η νορεπινεφρίνη (νοραδρεναλίνη), το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), η νευροστενίνη, η ακετυλοχολίνη και η ωκυτοκίνη. Υποδοχείς όλων των ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών και κυρίως των ενδορφινών έχουν βρεθεί στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Η αντίληψη του πόνου επομένως είναι άμεση εξαρτώμενη αυτούς καθώς εμπλέκονται στην επεξεργασία της επώδυνης πληροφορίας που φθάνει από την περιφέρεια στο ΚΝΣ.⁷⁰

Ο πόνος τροποποιείται αφού καταλήξουν στις συνάψεις του οπισθίου κέρατος του νωτιαίου μυελού τα σήματα που εκπέμπει ο φλοιός του εγκεφάλου στον μεσεγκέφαλο διαμέσου μιας κατιούσας φυγόκεντρης οδού που περιλαμβάνει το άνω μέρος του στελέχους, την περιωδραγωγείο φαιά ουσία (periaqueductal gray, PAG), τον υπομέλανα τόπο (locus coeruleus), τον πυρήνα της ραφής (raphe nucleus), τον γιγαντοκυτταρικό πυρήνα και την οπισθοπλάγια δέσμη του νωτιαίου μυελού.

Κατά το στάδιο της τροποποίησης ο εγκέφαλος έχει ήδη συνειδητοποιήσει τον πόνο και αποπειράται να μετριάσει την αντίδρασή του σε αυτόν, τροποποιώντας το ερέθισμα. Οι βασικές ουσίες που αποκλείουν τα αλγεινά ερεθίσματα είναι οι ενδογενείς οπιοειδείς ουσίες, οι ενδορφίνες, η νοραδρεναλίνη που είναι υπεύθυνη για την αναστολή του πόνου στο ΚΝΣ, η σεροτονίνη η οποία συμβάλλει στη διατήρηση της σωματικής ευεξίας και το GABA, το αμινοξύ που εκκρίνεται από τους κατασταλτικούς νευρώνες του ΚΝΣ και καταστέλλει τα ερεθίσματα του πόνου στις συνάψεις του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου στον ενήλικα.⁶⁸ Επιπροσθέτως, προσταγλανδίνες και η ουσία P αυξάνουν την ευαισθησία των υποδοχέων πόνου.

Αίτια και Επιπτώσεις του Χρόνιου Πόνου

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD) προτείνει την ταξινόμηση του χρόνιου πόνου σε ακολουθία με τις πιο διαδεδομένες κλινικά διαταραχές. Έτσι, ο χρόνιος πόνος κατηγοριοποιείται ως: (1) χρόνιος πρωταρχικός πόνος, ο οποίος δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλες μορφές πόνου, (2) χρόνιος καρκινικός πόνος, (3) χρόνιος μετατραυματικός και μετεγχειρητικός πόνος, (4) χρόνιος νευροπαθητικός πόνος, (5) χρόνιες κεφαλαλγίες και στοματοπροσωπικός πόνος, (6) χρόνιος σπλαγχνικός πόνος και (7) χρόνιος μυοσκελετικός πόνος.⁵ Είναι πλέον αποδεκτό ότι ο χρόνιος πόνος έχει πολυπαραγοντικό χαρακτήρα, επηρεάζεται δηλαδή τόσο από γενετικά όσο και επίκτητα χαρακτηριστικά,³ προκαλώντας σημαντικές αναδιαρθρώσεις του νευρικού συστήματος.

Ο πόνος γίνεται αντιληπτός αμέσως σχεδόν μετά από την έκθεση στο ερέθισμα σε αντίθεση με τον χρόνιο πόνο ο οποίος έπεται του αλγογόνου ερεθίσματος. Όλοι οι υποδοχείς πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις στο δέρμα, το περιόστεο, τα αρτηριακά τοιχώματα, τις αρθρικές επιφάνειες, την σκληρή μήνιγγα και την προς τα οστά επιφάνειά

της. Μηχανικά, θερμικά και χημικά ερεθίσματα είναι εκείνα που προκαλούν την αίσθηση του πόνου, με τα πρώτα να εκλύουν ταχύ και τα δεύτερα συνήθως βραδύ πόνο. Η βραδυκινίνη, η σεροτονίνη, η ισταμίνη, ιόντα καλίου, 14 οξέα, η ακετυλοχολίνη και πρωτεολυτικά ένζυμα είναι οι χημικοί παράγοντες που ενεργοποιούν το αλγινό αίσθημα.

Ο χρόνιος πόνος παρουσιάζει υψηλό επιπολασμό καθώς επηρεάζει ένα ποσοστό της τάξεως του 20% των ενηλίκων παγκοσμίως.⁷¹ Παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών θεραπειών, ο χρόνιος πόνος εξακολουθεί να υφίσταται ύστερα και από πιθανές περιόδους ύφεσης. Σε πλείστες περιπτώσεις, ο ασθενής αναγκάζεται να συμβουλευθεί ιατρούς ποικίλων ειδικοτήτων, όπως επί παραδείγματι στις περιπτώσεις ΣΤΠΠ, που είναι συχνή η διεπιστημονική προσέγγιση περιστατικών για την εφαρμογή ενός ολιστικού πλαισίου θεραπευτικής αντιμετώπισης καθώς ο πόνος να παραμένει αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητάς του.⁶⁴

Το φαινόμενο της αλγαισθησίας, της αίσθησης και αντίληψης του πόνου, συνιστά μια υποκειμενική αντίδραση σε ένα επώδυνο ερέθισμα, η οποία διακυμαίνεται ανάλογα με τον ασθενή, παρά το γεγονός ότι οι μηχανισμοί του πόνου είναι κοινοί στους οργανισμούς. Η αντίδραση αυτή καθεαυτή είναι ωστόσο απόρροια γενετικών, νευροβιολογικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Κλινικές μελέτες

αποτυπώνουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ανταπόκριση στον πόνο αποδιδόμενες σε γενετικούς παράγοντες,^{8,9} όπως η φυλή και το φύλο. Η υποκειμενικότητα του πόνου οφείλεται στη συσχέτιση ανάμεσα την αισθητηριακή πρόσληψη, την συναισθηματική (emotional) και γνωστική (cognitive) διάσταση.¹¹ Συχνά αναφέρεται⁷² ότι ο χρόνιος πόνος επηρεάζει το σύνολο των δραστηριοτήτων των ασθενών, λόγω της εμφανιζόμενης συννοσηρότητας (διαταραχές ύπνου, αγχωτική και καταθλιπτική διαταραχή, μειωμένη κινητικότητα ακόμα και διατροφικές διαταραχές).¹¹

Κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις του χρόνιου πόνου

Η εμφάνιση του πόνου στη ζωή ενός ατόμου επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του. Συχνά, η ανάπτυξη αγχωτικών και καταθλιπτικών διαταραχών στους ασθενείς αποτελεί αντίδραση στον χρόνιο πόνο, γεγονός το οποίο συνιστά μέγιστη πρόκληση για την αντιμετώπισή του.¹² Αντίστοιχα, σε ένα ανατροφοδοτούμενο διαδραστικό σχήμα, ψυχολογικοί και γνωστικοί παράγοντες είναι φαίνεται ότι είναι υπαίτιοι για την πρόκληση του αλγεινού αισθήματος.¹¹ Πράγματι, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαχωρίζει τους τομείς της καθημερινότητας των

πασχόντων και κατατάσσει ανά τομέα τα αντίστοιχα πεδία στα οποία υπάρχει άμεση επιρροή και συσχέτιση με την εμφάνιση του πόνου όπως φαίνεται παρακάτω:⁷³

Τομέας Ι- Επιδράσεις στον οργανισμό

- Πόνος και δυσφορία
- Ενέργεια και κόπωση
- Σεξουαλική δραστηριότητα
- Ύπνος και ξεκούραση
- Αισθητηριακές λειτουργίες

Τομέας ΙΙ: Επιδράσεις στην ψυχολογία του ατόμου

- Θετικά συναισθήματα
- Σκέψη, μάθηση, μνήμη και συγκέντρωση
- Αυτοεκτίμηση
- Εικόνα και εμφάνιση σώματος
- Αρνητικά συναισθήματα

Τομέας III: Επιδράσεις στην αυτονομία κινήσεων

- Κινητικότητα
- Δραστηριότητες της καθημερινότητας
- Εξάρτηση από τη φαρμακευτική αγωγή ή τη θεραπεία
- Εξάρτηση από μη φαρμακευτικές ουσίες
- Ικανότητα επικοινωνίας
- Ικανότητα εργασίας

Τομέας IV: Επιδράσεις στις Κοινωνικές σχέσεις

- Προσωπικές σχέσεις
- Πρακτική κοινωνική υποστήριξη
- Δραστηριότητες ως πάροχος / υποστηρικτής

Τομέας V: Επιδράσεις στην περιβαλλοντική υγεία

- Φυσική ασφάλεια και προστασία
- Περιβάλλον σπιτιού
- Εργασιακή ικανοποίηση
- Οικονομικοί πόροι

- Ιατρική και κοινωνική φροντίδα - διαθεσιμότητα και ποιότητα υπηρεσιών
- Ευκαιρίες για απόκτηση νέων πληροφοριών και δεξιοτήτων
- Συμμετοχή και ευκαιρίες για δραστηριότητες αναψυχής και αναψυχής
 - Φυσικά περιβάλλοντα
 - Μεταφορές

Τομέας VI: Επιδράσεις στην πνευματικότητα και συνολική αντίληψη του ατόμου

- Πνευματικότητα, θρησκεία και προσωπικές πεποιθήσεις
- Συνολικές αντιλήψεις για την υγεία και την ποιότητα ζωής.

Απόρροια αυτών των επιρροών τόσο στη φυσική όσο και την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, είναι οι κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις του χρόνιου πόνου. Η χαμηλή αποδοτικότητα στην εργασία ή η συχνή αποχή από εργασιακές υποχρεώσεις⁷⁴ ακόμα και η πρόωρη συνταξιοδότηση ή η απώλεια εργασίας επηρεάζει τόσο την οικονομική όσο και κοινωνική θέση του ατόμου, και την αλληλεπίδρασή τους με το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.¹⁰ Αρκετές μελέτες θέλουν

τον χρόνιο πόνο να προκαλεί μειωμένη σωματική δραστηριότητα και ανεπάρκεια στην εκτέλεση καθημερινών διαδικασιών ρουτίνας (περπάτημα, ενασχόληση με οικιακές ή άλλες εργασίες, συμμετοχή σε αθλητικές, κοινωνικές ή άλλου είδους δραστηριότητες).¹⁰ Οι ασθενείς θεωρούνται λιγότερο ευχάριστοι και εμφανίζονται λιγότερο πρόθυμοι στο χώρο εργασία τους, με κίνδυνο της ίδιας τους της εργασιακής σταθερότητας πλέον του αρνητικού σχολιασμού και στάσης απέναντί τους από τους ίδιους τους συνεργάτες και εργοδότες τους.¹³

Πρόσφατη έρευνα σε χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης επιβεβαίωσε ότι περίπου ένας στους πέντε Ευρωπαίους ετησίως επηρεάζεται από χρόνιο πόνο. Το πρόβλημα για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και παροχής φροντίδας υγείας περιλαμβάνει περίπου 153 εκατομμύρια που πάσχουν από χρόνιες κεφαλαλγίες, και περίπου 100 εκατομμύρια τα οποία αντιμετωπίζουν άλλες μορφές χρόνιου πόνου, με συνολικό κόστος (άμεσο ή έμμεσο) στα ευρωπαϊκά κράτη μέλη μεγαλύτερο των 440 δισεκατομμυρίων ευρώ για το 2016.

Αξιολόγηση του πόνου

Η υποκειμενικότητα του πόνου δεν επιτρέπει την εύκολη ή την με κοινούς αλγορίθμους μέτρηση της έντασής του, γεγονός που παρεμποδίζεται επιπροσθέτως από τις γνώσεις του πάσχοντος, το μορφωτικό του επίπεδο και την εκφραστική του δεινότητα, αλλά και τον φόβο την αδυναμία, ακόμα και την απροθυμία του να μετουσιώσει σε λόγο το αλγεινό συναίσθημα. Εργαλεία και μέθοδοι, ωστόσο, υπάρχουν προκειμένου για την όσο το δυνατόν αντικειμενική καταγραφή και αξιολόγησή του, τα οποία περιλαμβάνουν αυτοαναφορές, σωματικές περιγραφές και συμπεριφορικές εκτιμήσεις.¹⁴ Τα εργαλεία αξιολόγησης που εφαρμόζονται κατά βάση είναι κοινά για τον οξύ όσο και χρόνιο πόνο.¹⁵

Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS -Visual Analogue Scale) και Γραφική Κλίμακα Βαθμονόμησης (GRS-Graphic Rating Scale)

Η Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS) αποτελείται από μια ευθεία γραμμή με τα τελικά σημεία που ορίζουν ακραία όρια τα οποία περιγράφουν την «ανυπαρξία πόνου» αφενός και τη « χειρότερη μορφή πόνου» αφετέρου. Στο πλαίσιο αυτό, ο ασθενής καλείται να επισημάνει το επίπεδο πόνου του στη γραμμή μεταξύ των δύο τελικών σημείων. Το εργαλείο αυτό παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 1923 με γραφική απεικόνιση της αριθμητικής κλίμακας και την προσθήκη περιγραφικών όρων όπως «ήπιο», «μέτριο» ή «σοβαρό» (GRS-Graphic Rating Scale).⁷⁵

Αριθμητική Κλίμακα (NRS-Numerical Rating Scale)

Η κλίμακα αυτή διαφοροποιείται από τις προηγούμενες καθώς οι ασθενείς καλούνται να επιλέξουν αριθμό μεταξύ 0 και 10, 0 και 20 ή 0 και 100 ανάλογα με την ένταση του πόνου. Το μηδέν συνήθως αντιπροσωπεύει «καθόλου πόνο» ενώ το ανώτερο όριο αντιπροσωπεύει

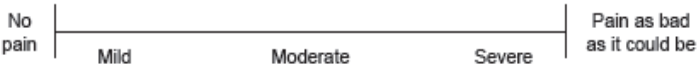
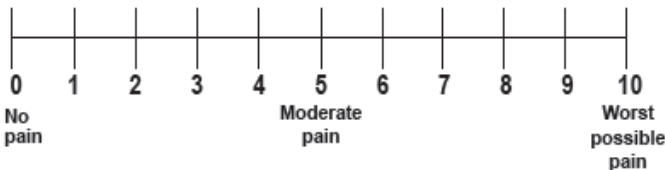
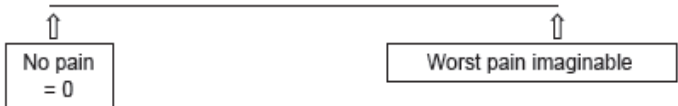
«το χειρότερο πόνο» τον οποίο θα μπορούσε να περιγράψει ο ασθενής. Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες κλίμακες υπάρχουν μόνο 11 πιθανές απαντήσεις σε 0-10, 21 σε 0-20 και 101 σε 0-100 σημεία NRS, επιτρέποντας έτσι μια λιγότερο λεπτή διάκριση των επιπέδων πόνου σε σύγκριση με το VAS / GRS, όπου υπάρχει θεωρητικά απεριόριστος αριθμός πιθανών απαντήσεων.¹⁵

Κλίμακα Λεκτικής Διαβάθμισης (VRS-Verbal Rating Scale)

Η περιγραφή του πόνου και του τρόπου με τον οποίον αυτό βιώνεται από τον ασθενή καταγράφεται με την χρήση των κατάλληλων επιθέτων. Μεταξύ των δύο άκρων που χαρακτηρίζουν την κλίμακα με τον πόνο να περιγράφεται ως ανύπαρκτος (καθόλου πόνος) ή δυσβάσταχτος (ο χειρότερος δυνατός πόνος), παρεμβάλλονται διαφορετικά επίθετα που περιγράφουν διαφορετικά επίπεδα έντασης του πόνου τοποθετούνται στη σειρά της σοβαρότητας.¹⁶

Σχέδιο πόνου (Pain Drawing)

Η εντόπιση των σημείων στα οποία παρουσιάζεται το άλγος δύναται να αποτυπωθεί στο λεγόμενο σχέδιο πόνου, όπου ο ασθενής επισημαίνει τις εντοπίσεις πάνω στο περίγραμμα μιας ανθρώπινης μορφής. Χρησιμοποιούνται διαφορετικά σύμβολα και έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης.

TABLE. UNIDIMENSIONAL PAIN ASSESSMENT TOOLS	
Scale	Image
Categorical rating scale	
Face pain scale	
Numeric rating scale	
Visual analog scale	

Adapted from references 5-7.

Εικ. 1 Κλίμακες πόνου VAS, NRS, VRS και Pain Drawing

Το Ερωτηματολόγιο McGill Pain (MPQ)

Το ερωτηματολόγιο McGill Pain (MPQ) αποτελείται από τρία βασικά μέτρα – δείκτες οι οποίοι επιλέγονται για να περιγράψουν τον πόνο και την παρούσα έντασή του στο πλαίσιο μίας κλίμακας 1-5. Ο δείκτης βαθμολόγησης περιλαμβάνει μια αριθμητική ταξινόμηση λέξεων οι οποίες περιγράφουν αισθητικές, συναισθηματικές και εκτιμητικές πτυχές του πόνου. Το ερωτηματολόγιο MPQ, κατόπιν σχετικών αναθεωρήσεων, είναι αποδεκτό ως το πιο εκτεταμένο εργαλείο για την αξιολόγηση του πόνου.

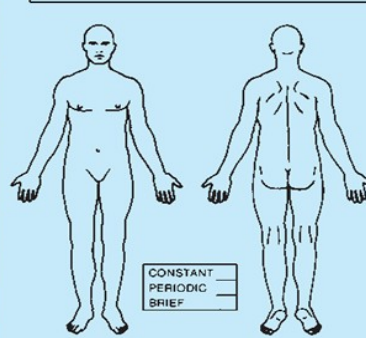
McGill - Melzack Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm
Analgesic(s) _____ Dosage _____ Time Given _____ am/pm
_____ Dosage _____ Time Given _____ am/pm

Analgesic Time Difference (hours): +4 +1 +2 +3
PRI: S (1-10) A (11-15) E (16) M(S) (17-19) M(AE) (20) M(T) (17-20) PRI(T) (1-20)

1 FLICKERING	11 TIRING
2 QUIVERING	12 EXHAUSTING
3 PULSING	13 SICKENING
4 THROBBING	14 SUFFOCATING
5 BEATING	15 FEARFUL
6 POUNDING	16 FRIGHTFUL
7 JUMPING	17 TERRIFYING
8 FLASHING	18 PUNISHING
9 SHOOTING	19 GRUELING
10 PRICKING	20 CRUEL
11 BORING	21 VICIOUS
12 DRILLING	22 KILLING
13 STABBING	23 WRETCHED
14 LANCINATING	24 BLINDING
15 SHARP	25 ANNOYING
16 CUTTING	26 TROUBLESOME
17 LACERATING	27 MISERABLE
18 PINCHING	28 INTENSE
19 PRESSING	29 UNBEARABLE
20 GNAWING	30 SPREADING
21 CRAMPING	31 RADIATING
22 CRUSHING	32 PENETRATING
23 TUGGING	33 PIERCING
24 PULLING	34 TIGHT
25 WRENCHING	35 NUMB
26 HOT	36 DRAWING
27 BURNING	37 SQUEEZING
28 SCALDING	38 TEARING
29 SEARING	39 COOL
30 TINGLING	40 COLD
31 ITCHY	41 FREEZING
32 SMARTING	42 NAGGING
33 STINGING	43 NAUSEATING
34 DULL	44 AGONIZING
35 SORE	45 DREADFUL
36 HURTING	46 TORTURING
37 ACHING	47 PAIN
38 HEAVY	48 NO PAIN
39 TENDER	49 MILD
40 TAUT	50 DISCOMFORTING
41 RASPING	51 DISTRESSING
42 SPLITTING	52 HORRIBLE
	53 EXCRUCIATING

PPI _____ COMMENTS: _____



CONSTANT
PERIODIC
BRIEF

ACCOMPANYING SYMPTOMS:

NAUSEA _____

HEADACHE _____

DIZZINESS _____

DROWSINESS _____

CONSTIPATION _____

DIARRHEA _____

COMMENTS: _____

SLEEP: GOOD _____

FITFUL _____

CAN'T SLEEP _____

COMMENTS: _____

ACTIVITY: GOOD _____

SOME _____

LITTLE _____

NONE _____

COMMENTS: _____

FOOD INTAKE: GOOD _____

SOME _____

LITTLE _____

NONE _____

COMMENTS: _____

Key:
PPI = present pain intensity
PRI = pain rating index
S = sensory components of pain
A = affective, or emotional, components of pain
E = evaluative terms
M = miscellaneous terms

Combinations of words can be identified: M(S) and M(AE) and the entire number totaled: PRI(T). (Copyright 1970. Ronald Melzack)

Εικ. 2 Το ερωτηματολόγιο McGill Pain

Ερωτηματολόγια για το Νευροπαθητικό Πόνο

Λόγω της ιδιαίτερης παθοφυσιολογίας του νευροπαθητικού πόνου και της ανεπαρκούς απάντησής του στη συνήθη αναλγητική αγωγή, έχει διαχωριστεί ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα που χρήζει και ειδικής θεραπευτικής στρατηγικής. Επομένως, για τη διάγνωση, αξιολόγηση και καταγραφή του νευροπαθητικού πόνου έχουν αναπτυχθεί ειδικά ερωτηματολόγια.

Ερωτηματολόγιο DN4

Το ερωτηματολόγιο DN4 αναπτύχθηκε από τη Γαλλική ομάδα Νευροπαθητικού πόνου (Bouhassira και συνεργάτες) και αποτελεί ένα απλό και αντικειμενικό εργαλείο αρχικά σχεδιασμένο για τη διάγνωση και αξιολόγηση του νευροπαθητικού πόνου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις που απαντώνται από τον ασθενή με ναι/όχι και αφορούν την αίσθηση του πόνου στην επώδυνη περιοχή

καταγράφοντας ειδικά για το νευροπαθητικό πόνο συμπτώματα (κάψιμο, μούδιασμα, επώδυνη αίσθηση του κρύου, αίσθηση ηλεκτρικού ρεύματος, μυρμήγκιασμα, βελονιές και τσιμπήματα, φαγούρα), καθώς και τρεις ερωτήσεις που προκύπτουν από τη φυσική εξέταση, απαντώνται επίσης με ναι/όχι και αφορούν την υπαισθησία αφής και νύξης στην πάσχουσα περιοχή, καθώς και εάν ο πόνος προκαλείται ή εντείνεται από τρίψιμο/χάδι (αλλοδυνία). Κάθε απάντηση ναι βαθμολογείται με 1 και 0 εάν είναι όχι. Με το άθροισμα των δέκα απαντήσεων προκύπτει διάγνωση νευροπαθητικού πόνου εάν η βαθμολογία είναι ίση ή μεγαλύτερη του 4.

Το ερωτηματολόγιο DN4 έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και χρησιμοποιείται στην καθημερινή πρακτική των ιατρικών πόνου για τη διάκριση του νευροπαθητικού από τον αλγαισθητικό πόνο. Έχει ευαισθησία 93% και ειδικότητα 78% για το νευροπαθητικό πόνο και 89% και 78% αντίστοιχα στη διάκριση του μικτού πόνου που περιέχει νευροπαθητικά στοιχεία.

Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο για το Νευροπαθητικό Πόνο (DN4)²

Για να εκτιμήσετε την πιθανότητα νευροπαθητικού πόνου, απαντήστε ναι ή όχι σε κάθε μία από τις 4 ερωτήσεις που ακολουθούν:

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΑΙ = 1 βαθμός	ΟΧΙ = 0 βαθμοί
ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Ο πόνος παρουσιάζει ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Κάψιμο	☐	☐
2. Επώδυνη αίσθηση κρύου σαν να παγώνει	☐	☐
3. Σαν ηλεκτρικό ρεύμα	☐	☐
ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ο πόνος συνδυάζεται στην ίδια περιοχή με ένα ή περισσότερα από τα εξής συμπτώματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. Μυρμήγκιασμα	☐	☐
5. Βελονιές και τσιμπήματα	☐	☐
6. Μούδιασμα	☐	☐
7. Φαγούρα	☐	☐
ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΝΑΙ = 1 βαθμός	ΟΧΙ = 0 βαθμοί
ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Ο πόνος εντοπίζεται σε περιοχή στην οποία η εξέταση διαπιστώνει ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8. Υπαισθησία αφής	☐	☐
9. Υπαισθησία νύξης	☐	☐
ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Ο πόνος προκαλείται ή εντείνεται από:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10. Τρίψιμο ή χάιδεμα	☐	☐

Εάν η βαθμολογία του ασθενή είναι ίση με ή υψηλότερη από 4, το τεστ δείχνει ότι ο ασθενής σας πιθανόν να υποφέρει από νευροπαθητικό πόνο και συνιστάται περαιτέρω αξιολόγηση.

Βαθμολογία ασθενή: /10

Εικ. 3 Ερωτηματολόγιο DN4

Ερωτηματολόγιο Pain Detect

Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε από την ομάδα Freynhagen και συνεργάτες το 2006 σε προοπτική, πολυκεντρική μελέτη 8.000 ασθενών με οσφυαλγία. Συμπληρώνεται από τον ασθενή και μπορεί να διακρίνει την ύπαρξη νευροπαθητικού πόνου όταν η συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση με το 19. Έχει θετική προγνωστική αξία 83%,

ευαισθησία 85% και ειδικότητα 80% για τη διάκριση νευροπαθητικού
στοιχείου σε ασθενείς με οσφυαλγία.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΝΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΑΣΘΕΝΗΣ Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Πώς θα αξιολογούσατε τον πόνο σας τώρα, αυτή τη στιγμή;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΕΓΙΣΤΟΣ

Πόσο δυνατόν ήταν ο χειρότερος πόνος σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΕΓΙΣΤΟΣ

Πόσο δυνατόν ήταν ο πόνος κατά μέσο όρο τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΕΓΙΣΤΟΣ

Σημειώστε την εικόνα που περιγράφει καλύτερα τον χαρακτήρα του πόνου σας:

☐ Επίμονος πόνος με ελαφρές διακυμάνσεις

☐ Επίμονος πόνος με κρίσεις πόνου

☐ Κρίσεις πόνου χωρίς πόνο στα μεσοδιαστήματα

☐ Συχνές κρίσεις πόνου με πόνο & στα μεσοδιαστήματα

Ο πόνος σας εξαπλώνεται και σε άλλες περιοχές του σώματος σας:

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν να σχεδιάζετε ένα βέλος που να δείχνει την κατεύθυνση προς την οποία εξαπλώνεται ο πόνος:

Υποφέρετε από σύσφιξη "καψίματος" (π.χ. όπως από τσιγάρο) στην περιοχή που σημειώσατε:

ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΣΧΕΔΩΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΕΛΑΦΡΟΣ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ☐

Αισθάνεστε μυρμηγκισμούς ή τσμπήματα στην περιοχή που πονάτε (σαν να περπατάτε μυρμηγκία ή μυρμηγκισμούς από ηλεκτρικό ρεύμα):

ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΣΧΕΔΩΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΕΛΑΦΡΟΣ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ☐

Η ελαφριά επαφή (ρουχισμός, σκεπάσιμο) σε αυτή την περιοχή σας προκαλεί πόνο:

ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΣΧΕΔΩΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΕΛΑΦΡΟΣ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ☐

Παθαίνετε ξαφνικές κρίσεις πόνου στην περιοχή που πονάτε σαν να σας χτυπάει ρεύμα:

ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΣΧΕΔΩΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΕΛΑΦΡΟΣ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ☐

Το κρύο ή η ζέση (π.χ. όταν κάνετε μπάνιο) σας προκαλεί περιστασιακό πόνο σε αυτή την περιοχή:

ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΣΧΕΔΩΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΕΛΑΦΡΟΣ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ☐

Υποφέρετε από μούδιασμα στην περιοχή που σημειώσατε:

ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΣΧΕΔΩΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΕΛΑΦΡΟΣ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ☐

Αν σας πιάσουν ελαφρά σε αυτή την περιοχή π.χ. με το δάχτυλο, προκαλείται πόνος:

ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΣΧΕΔΩΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΕΛΑΦΡΟΣ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ☐

Να συμπληρώσετε από τον γιατρό:

ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΣΧΕΔΩΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΕΛΑΦΡΟΣ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ☐

☐ x0= ☐ x1= ☐ x2= ☐ x3= ☐ x4= ☐ x5=

Συνολικό αποτέλεσμα στα 35

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΑΣΘΕΝΗΣ Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Μεταφέρετε εδώ το συνολικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου πόνου:

Συνολικό αποτέλεσμα

Προσθέστε τους παρακάτω αριθμούς, ανάλογα με τον τυπικό χαρακτήρα του πόνου και την εξαπλώση που σημειώσατε. Στη συνέχεια, αθροίστε το τελικό αποτέλεσμα:

Επίμονος πόνος με ελαφρές διακυμάνσεις 0

Επίμονος πόνος με κρίσεις πόνου -1 αν σημειώσατε αυτό ή

Κρίσεις πόνου χωρίς πόνο στα μεσοδιαστήματα +1 αν σημειώσατε αυτό ή

Συχνές κρίσεις πόνου με πόνο & στα μεσοδιαστήματα +1 αν σημειώσατε αυτό ή

Εξαπλώση πόνου: +2 αν ναι

Τελικό αποτέλεσμα

Αποτέλεσμα Ελέγχου για την ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου

Αρνητικό Ασαφές Θετικό

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Δεν είναι πιθανή η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου (<15%)

Το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο, αυτό σημαίνει ότι είναι πιθανή η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου

Είναι πιθανή η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου (>50%)

Το έντυπο αυτό δεν υποκαθιστά την ιατρική διάγνωση. Χρησιμοποιείται για να ελεγχθεί η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου. Τα συμπληρωματικά εξεταστικά μέτρα προκύπτουν στην επόμενη των αποτελεσμάτων και δεν καθορίζονται αυστηρά.

Εικ. 4 Το ερωτηματολόγιο PainDetect

Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελληνική γλώσσα και προτείνεται
από την Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας
ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. για τη διάγνωση και καταγραφή του νευροπαθητικού πόνου.

Φαρμακευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου

Η διαχείριση του χρόνιου πόνου απαιτεί διεξοδική αξιολόγηση του ασθενούς, καταγραφή ιστορικού και συχνά την παραπομπή σε διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες πριν από την εφαρμογή εξατομικευμένη και ενίοτε συνδυαστικής θεραπείας. Η σταδιακή ενίσχυση της αναλγητικής θεραπείας (με τη χρήση παρακεταμόλης, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών ή ήπιων έως ισχυρών οπιοειδών) συνιστά την πιο συνήθη πρακτική στη θεραπεία του ασθενούς. Τόσο σε περιπτώσεις ογκολογικών ασθενών όσο και σε χρονίως πάσχοντες ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει συγκεκριμένο πρωτόκολλο για την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ακολουθώντας την εξής κλίμακα⁷⁶:

Επίπεδο I: ο πόνος είναι μέτριος και χορηγείται μη οπιοειδές αναλγητικό και ενδεχομένως συμπληρωματικό αναλγητικό/ ανοσοενισχυτικό, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο από τον θεράποντα ιατρό.

Επίπεδο II: ο επιμένων πόνος αντιμετωπίζεται με ασθενή οπιοειδή.

Επίπεδο III: Όταν ο πόνος γίνεται εξόχως δυνατός οπότε και συνιστάται η χρήση οπιοειδούς αναλγητικού.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά ο χρόνιος πόνος, επιλέγεται εξατομικευμένο αναλγητικό σχήμα το οποίο θα ενισχύσει τη συνολική λειτουργικότητα του ασθενούς, συμβάλλοντας πιθανώς στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Τα αναλγητικά που χορηγούνται σε αυτές τις περιπτώσεις περιλαμβάνουν ως κύριες δραστικές ουσίες το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, την παρακεταμόλη, την ιβουπροφαίνη ή την ινδομεθακίνη. Στις περιπτώσεις όπου γίνεται χρήση αντιεπιληπτικών ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, όπως θα δούμε και στη συνέχεια, επιδρούν κατά κύριο λόγο δραστικές ουσίες όπως βενζοδιαζεπίνη, πρεγκαμπαλίνη, γκαμπαπεντίνη, ντουλοξετίνη, βενλαφαξίνη και άλλες, οι οποίες επηρεάζουν άμεσα τους μηχανισμούς μετάδοσης και αγωγής των νεύρων, περιορίζοντας τη διέγερση και ενισχύοντας την αναστολή¹⁷. Η χρήση οπιούχων φαρμάκων συνιστά μια εφαρμοσμένη πρακτική για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο, με πλήθος αντενδείξεων, κυρίως λόγω της προκαλούμενης εξάρτησης και χορηγούνται μόνον σε περιπτώσεις που κρίνεται απολύτως απαραίτητο¹⁷. Γενικά για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου η

προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες ουσιών:

Μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) – Περιλαμβάνει ουσίες όπως η ασπιρίνη και άλλα μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) σε καθορισμένη δοσολογία επιτυγχάνοντας μείωση ή και υποχώρηση των φλεγμονωδών φαινομένων.¹⁸ Τα περισσότερα από αυτά φαίνεται λειτουργούν ανασταλτικά στη σύνθεση των προσταγλανδινών, οι οποίες προάγουν τη φλεγμονή, επιδρούν ωστόσο στο γαστρεντερικό σύστημα και τους νεφρούς, κυρίως εξαιτίας της αναστολής του ενζύμου κυκλοοξυγενάση (COX),¹⁹ το οποίο είναι υπεύθυνο για την παραγωγή των προσταγλανδινών που επηρεάζουν τη φυσιολογία του βλεννογόνου του στομάχου, τη λειτουργία των νεφρών και των αιμοπεταλίων, με αποτέλεσμα τις ανεπιθύμητες ενέργειες των ΜΣΑΦ. Γενικά τα ΜΣΑΦ αντενδείκνυνται σε βαριά καρδιακή ανεπάρκεια ή ενεργό πεπτικό έλκος. Η θεραπεία θα πρέπει να γίνει μόνον μετά από προσεκτική εκτίμηση σε ασθενείς με μη ρυθμισμένη υπέρταση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, εγκατεστημένη ισχαιμική καρδιοπάθεια, περιφερική αρτηριακή νόσο, και/ή αγγειακή εγκεφαλική νόσο, αλλά και σε ασθενείς οι οποίοι είναι πιθανόν να εμφανίσουν καρδιοαγγειακές ασθένειες (π.χ υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, καπνιστές).

Τοπικά αναλγητικά – Παρά την πιθανή πρόκληση ερεθισμών από την εφαρμογή τους στα σημεία όπου εντοπίζεται το άλγος, το μέγιστο πλεονέκτημά τους είναι οι σχετικά περιορισμένες παρενέργειες. Εφαρμόζονται σε μέτριους έως έντονους νευροπαθητικούς ή μυοσκελετικούς πόνους και συχνά λειτουργούν συμπληρωματικά με άλλες αγωγές. Κύριες δραστικές ουσίες είναι η καψαΐκίνη, το σαλυκυλικό οξύ ή η λιδοκαΐνη μεταξύ άλλων.²⁰

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά– Ουσίες όπως αμιτριπτυλίνη, ιμιπραμίνη, νορτριπτυλίνη, δεσιπραμίνη διαθέτουν φάσμα δοσοεξαρτώμενων βιολογικών δράσεων που περιλαμβάνει την πρόκληση αναλγησίας σε ποικιλία κλινικών καταστάσεων. Η αναλγητική τους δράση έχει ταχύτερη έναρξη δύνανται να χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία του σοβαρού επίμονου άλγους, όπως συμβαίνει στους κακοήθεις όγκους. Τα τρικυκλικά συνδράμουν σημαντικά στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου, όπως συμβαίνει στη μεθερπητική νευραλγία, για την οποία υπάρχουν ελάχιστες άλλες θεραπευτικές επιλογές. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνεται η ορθοστατική υπόταση, η νωθρότητα, ή οι διαταραχές μνήμης, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα και κατακράτηση ούρων.

Αντιεπιληπτικά - Απευθύνονται κυρίως σε ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο. Η φαινυτοΐνη και η καρβαμαζεπίνη (Tegretol) ανακουφίζουν τον πόνο της νευραλγίας του τριδύμου και έχουν εφαρμογή σε πόνους με διαξιφιστικό χαρακτήρα. Η γκαμπαπεντίνη και η πρεγκαμπαλίνη έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για ευρύ φάσμα νευροπαθητικών πόνων.⁷⁷ Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα, όπως η λιδοκαΐνη σε χαμηλή δόση και η μεξιλετίνη συνιστούν αποτελεσματική αγωγή για τους νευροπαθητικούς πόνους. Αυτά τα φάρμακα αναστέλλουν την αυτόματη δραστηριότητα των κύριων προσαγωγών υποδοχέων του πόνου, που εκδηλώνεται, όταν υφίστανται βλάβη.

Χρόνια αγωγή με οπιοειδή - Η μακροχρόνια χρήση οπιοειδών, αν και αμφιλεγόμενη, είναι αποδεκτή σε ογκολογικούς ασθενείς και συχνά συνιστούν τη μόνη διαθέσιμη επιλογή για την επίτευξη ικανοποιητικής ανακούφισης με το ευρύτερο όριο αποτελεσματικότητας από οποιοδήποτε αναλγητικό φάρμακο.⁷⁸ Αν και ο εθισμός είναι σπάνιος σε ασθενείς που έχουν χρησιμοποιήσει για πρώτη φορά οπιοειδή ως αναλγητικά, κάποιος βαθμός ανοχής και φυσικής εξάρτησης είναι πιθανόν να εκδηλωθεί μετά από μακροχρόνια χρήση. Κάποια εξ αυτών έχουν μικτές ιδιότητες αγωνιστή-ανταγωνιστή (π.χ. πενταζοκίνη και βουτορφανόλη) γεγονός που μεταφράζεται σε επιδείνωση του πόνου

προκαλώντας σύνδρομο στέρησης σε ασθενείς που έχουν φυσική εξάρτηση από άλλα οπιοειδή αναλγητικά. Η δυσκοιλιότητα είναι επίσης μια γενική παρενέργεια της χρήσης οπιοειδών και πρέπει να αντιμετωπίζεται αναλόγως.

Μη-φαρμακευτικές θεραπείες: Συνιστούν θεραπευτικές προσεγγίσεις οι οποίες δύναται να περιλαμβάνουν πρακτικές όπως θεραπεία με θερμότητα και κρύο, Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Cognitive Behavioural Therapy – CBT) θεραπεία χαλάρωσης, βιοανάδραση, ομαδική συμβουλευτική, διέγερση υπερήχων, βελονισμό, αερόβια άσκηση, χειροπρακτική, οστεοπαθητική, ή χρήση Διαδερμικού Ηλεκτρικού Νευρικού Ερεθισμού (TENS). Υπάρχουν επίσης επεμβατικές τεχνικές οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία του χρόνιου πόνου, όπως η διέγερση του νωτιαίου μυελού η οποία οδηγεί στην τροποποίηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της νευρικής οδού του χρόνιου πόνου με ηλεκτρόδια που εμφυτεύονται στη σπονδυλική στήλη ή κάτω από το δέρμα, επισκληρίδιες εγχύσεις στεροειδών, διαδερμική νευρόλυση με ραδιοσυχνότητες, ενέσεις αλλαντικής τοξίνης (Botulinum toxin), τα νευρικά μπλοκ (νευρικοί αποκλεισμοί) ή εμφύτευση ενδορραχιαίας αντλίας πόνου-σπαστικότητας. Είναι μερικές από τις διαδικασίες και τεχνικές που χρησιμοποιούνται συνήθως για την καταπολέμηση του

χρόνιου πόνου. Τα διαθέσιμα στοιχεία για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου σε βάθος χρόνου με το είδος των επεμβατικών προσεγγίσεων αυτών είναι περιορισμένα.

Κεφάλαιο 2

Ο Στοματοπροσωπικός πόνος (ΣΤΠΠ)

Ορισμός και επιδημιολογία

Η Αμερικάνικη Ακαδημία του Στοματοπροσωπικού Πόνου (American Academy of Orofacial Pain - AAOP) ορίζει τον τελευταίο ως προερχόμενο από δυσλειτουργία του Στοματοπροσωπικού Συστήματος, ως έναν συλλεκτικό όρο ο οποίος περιλαμβάνει νοσολογικές οντότητες συνδεόμενες με τους μασητήριους μύες, τις κροταφογναθικές αρθρώσεις και τα παρακείμενα ανατομικά τους μέρη.

Ο ΣΤΠΠ είναι ένα κοινό κλινικό πρόβλημα που προσβάλλει το 10% του ενήλικου πληθυσμού και το 50% των ηλικιωμένων²². Εκτός από τη συχνότητα εμφάνισής του, συνιστά πολύπλοκο φαινόμενο, καθώς το σύνολο των διαταραχών που εντοπίζονται περιλαμβάνουν και καλύπτουν μία ευρεία περιοχή όπως είναι το κεφάλι, το πρόσωπο και ο λαιμός. Η πολυπλοκότητα της στοματικής περιοχής και η ενδεχομενικότητα πόνου από πολλές και διαφορετικές πηγές καθιστά την διάγνωση και αξιολόγηση του πόνου μείζονα πρόκληση. Ψυχολογικοί μηχανισμοί,

αγχωτικές και καταθλιπτικές διαταραχές οι οποίες επιδρούν στην ψυχική υγεία, έχουν άμεσο αντίκτυπο στην εμφάνιση αλλά και διάρκεια του πόνου.⁷⁹ Για το λόγο αυτό, συνιστάται ιδιαίτερα μια διεπιστημονική προσέγγιση της διαχείρισής του, λαμβάνοντας υπόψη το γενικότερο κοινωνικό συγκείμενο και την επίδραση πιθανών ψυχοπιεστικών παραγόντων.²⁴

Η δυσκολία στην ταξινόμηση και η επιδημιολογική καταγραφή οφείλεται εν πολλοίς στην επίδραση που ο ΣΤΠΠ έχει σε ποικίλες ανατομικές δομές και στην ύπαρξη πολλαπλών αιτιολογικών παραγόντων και συμπτωμάτων. Ο πόνος στο πρόσωπο και/ή στο στόμα επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της καθημερινής ζωής του ασθενούς καθώς δυσχεραίνει λειτουργίες όπως η μάσηση, η κατάποση και η ομιλία. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται όχι μόνον σωματικές αλλά και ψυχολογικές επιπτώσεις στον ίδιο τον ασθενή αλλά και το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον.⁸⁰ Με μεγάλη συχνότητα χαρακτηρίζεται ως πόνος βαθύς, κατά μήκος του προσώπου, δύσκολα εντοπιζόμενος και διάχυτος, μη μυϊκός, μονόπλευρος ή αμφοτερόπλευρος, χωρίς νευρική κατανομή, μέτριας έως μεγάλης έντασης και διάρκειας από λίγο εβδομάδων έως ετών. Ο πόνος παραμένει συνεχής, με πιθανές περιόδους

ελεύθερες πόνου και φαίνεται ότι ενισχύεται από αγχογόνες καταστάσεις (άγχος, στρες, κόπωση).²⁴

Κατηγοριοποίηση του ΣΤΠΠ

Ο ΣΤΠΠ, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά που τον διακρίνουν διαχωρίζεται ως εξής:

- 1- μυοσκελετικός (π.χ. κροταφογναθικές δυσλειτουργίες, πονοκέφαλος τύπου τάσης)
- 2- νευροπαθητικός (π.χ. νευραλγία τριδύμου, μεθερπητική νευραλγία, άτυπη οδονταλγία)
- 3- αγγειακός (π.χ. κροταφική αρτηρίτιδα)
- 4- νευροαγγειακός (π.χ. ημικρανία, αθροιστική κεφαλαλγία)
- 5- πόνος προκαλούμενος από τοπική παθολογία (π.χ. παθήσεις σιελογόνων αδένων, πόνος οδοντικής αιτιολογίας)
- 6- πόνος προκαλούμενος από συστηματικά νοσήματα (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας, ινομυαλγία)
- 7- προκαλούμενος από απομακρυσμένη παθολογία (αντανακλαστικός πόνος, π.χ. στηθάγχη)

8- ψυχογενής (π.χ. καυσαλγία στόματος /στοματοδυνία)²⁵

9- ιδιοπαθής πόνος (π.χ. διαταραχές κροταφογναθικής διάρθρωσης και μυών - TMJ)

Τα αίτια του ΣΤΠΠ ποικίλουν καθώς στην κρανιοπροσωπική περιοχή εντοπίζεται το τρίδυμο νεύρο, το οποίο λειτουργεί ως αγωγός για το σύνολο των αισθητηριακών πληροφοριών από το κεφάλι και τον λαιμό.⁸¹

Σε πολλές περιπτώσεις, ο πόνος που παρατηρείται αντανακλά σοβαρές λειτουργικές και δομικές διαταραχές στις ανατομικές δομές της περιοχής.

Ο Αντωνιάδης επισημαίνει ότι ο λόγος για την ύπαρξη πλήθους διαταραχών στην περιοχή οφείλεται στο γεγονός ότι εκεί εντοπίζονται οι εξωκρανικές αρτηρίες, οι μηνιγγικές αρτηρίες, οι μεγάλες ενδοκρανικές αρτηρίες της βάσης του εγκεφάλου, οι φλέβες, οι φλεβόκολποι, η σκληρά μήνιγγα, οι μύες της κεφαλής και του τραχήλου, οι αισθητικοί κλάδοι των κρανιακών νεύρων, οι ανώτερες αυχενικές ρίζες, τα αισθητήρια όργανα, οι παραρρίνιοι κόλποι, τα δόντια, οι κροταφογναθικές διαρθρώσεις, τα οποία αποτελούν δυνητικά αιτίες πόνου.

Επομένως, ο **μυοσκελετικός πόνος** προκαλείται συνήθως από κροταφογναθικές δυσλειτουργίες οι οποίες περιλαμβάνουν επώδυνες κρανιογναθικές διαταραχές και κεφαλαλγίες, ενδοαρθρικές διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται ως ΣΤΠΠ στις αρθρώσεις της περιοχής ή τους μασητήριους μύες. Ο **νευροπαθητικός πόνος** προκύπτει από την πρόκληση βλάβης στο περιφερικό ή ΚΝΣ,⁸² όπου ο πόνος προκαλείται από το ίδιο το νευρικό σύστημα ή από δυσλειτουργίες στους περιφερειακούς ή κεντρικούς νευρικούς μηχανισμούς. Ακολούθως, ο **αγγειακός πόνος** προσβάλλει πιο συχνά τις κροταφικές αρτηρίες, με έντονο, σφυγμώδη πόνο που επιδεινώνεται κατά την κατάκλιση συνοδευόμενο από κεφαλαλγία και πόνο στους μασητήριους μύες, ενώ ο **νευροαγγειακός πόνος** εκδηλώνεται ως ημικρανία και κεφαλαλγία (χρόνια παροξυσμική ημικρανία, αθροιστική κεφαλαλγία). Πόνος ο οποίος προκαλείται από **τοπική παθολογία** μπορεί να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε ανατομικό μόριο της κεφαλής και του προσώπου και περιλαμβάνει κακοήγη νεοπλάσματα και έρπητες μεταξύ άλλων, σε αντίθεση με τον αντανεκλαστικό πόνο ο οποίος είναι η έκφραση παθολογικών καταστάσεων σε απομακρυσμένες δομές. Όσον αφορά στα **συστηματικά** αυτοάνοσα νοσήματα, όπου προσβάλλονται συγχρόνως ή/και διαδοχικά πολλά όργανα (συστηματικός ερυθηματώδης λύκος,

αγγειίτιδες, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σύνδρομο Sjögren, σκληρόδερμα, μυοσίτιδες) η εμφάνιση ΣΤΠΠ συνιστά συνήθη εκδήλωσή τους. Ο **ιδιοπαθής ΣΤΠΠ** είναι απότοκος πόνου άγνωστης αιτιολογίας, έχοντας αποκλείσει κάθε άλλη οργανική βλάβη. Η καυσαλγία στόματος /στοματοδυνία, η άτυπη προσωπαλγία ή οδονταλγία συνιστούν συνήθεις εκφάνσεις, οι οποίες απαιτούν συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς και απεικονιστικές εξετάσεις. Τέλος, ο **ψυχογενής ΣΤΠΠ** σχετίζεται με πλήθος ψυχολογικών διαταραχών και ανήκει στο ευρύτερο διαγνωστικό πλαίσιο των «Ιατρικώς Ανεξήγητων Φυσικών Συμπτωμάτων» ή ΙΑΦΣ, με συχνές περιόδους έξαρσης συσχετιζόμενες με καταθλιπτικά ή άλλα ψυχοπιεστικά συμβάντα τα οποία επηρεάζουν άμεσα τον ασθενή.

Νευροφυσιολογία του ΣΤΠΠ

Το τρίδυμο νεύρο επιβλέπει την αποτελεσματικότητα και ακεραιότητα των ιστών της κεφαλής και είναι άμεσα σχετιζόμενο με τον ΣΤΠΠ. Τόσο το πρόσωπο όσο και η στοματική κοιλότητα είναι πλούσια σε αλγοϋποδοχείς οι οποίοι συνδέονται με το τρίδυμο νεύρο, το οποίο συνιστά το πιο σημαντικό και μεγαλύτερο αισθητηριακό νεύρο στην περιοχή. Το τρίδυμο νεύρο υποδιαιρείται σε τρεις κλάδους: το οφθαλμικό

νεύρο V1, το άνω γναθικό νεύρο V2 και το μικτό το οποίο περιγράφεται ως κάτω γναθικό νεύρο V3.

Εκτός από το τρίδυμο νεύρο, σημαντική είναι η συμβολή του προσωπικού νεύρου (VII), του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου (IX) και του πνευμονογαστρικού νεύρου (X) στην εξέλιξη και διαμόρφωση του ΣΤΠΠ. Τα νεύρα στην ευρύτερη περιοχή, τα οποία περιλαμβάνουν τους ιστούς της μύτης, των οφθαλμών και του αυτιού, μεταδίδουν ιδιοδεκτικούς πόνους και πληροφορίες οι οποίες προκύπτουν από την αφή ή τη θερμοκρασία στους πυρήνες του τριδύμου οι οποίοι διαθέτουν εκτενείς αμφίδρομες συνδέσεις σε ολόκληρο τον εγκέφαλο. Αυτές οι συνδέσεις επηρεάζουν αισθητηριακές, κινητικές και αυτόνομες-ενδοκρινικές αλλαγές και συνδέονται με τις λειτουργίες που επιτελούνται στην περιοχή του στόματος ή/και του προσώπου προκαλώντας αντίστοιχα πόνο όταν οι τελευταίες παρουσιάζουν κάποιου είδους βλάβη.

Πιο συγκεκριμένα, το προσωπικό νεύρο νευρώνει τους μιμικούς μύες και διαθέτει εκκριτικο-κινητικές ίνες για τον δακρυϊκό αδένα, τον υπογνάθιο, το υπογλώσσιο και τους σιελογόνους αδένες. Αντίστοιχα, το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο περιέχει αισθητικές ίνες οι οποίες αφορούν στον φάρυγγα, την περιοχή των αμυγδαλών και το οπίσθιο τριτημόριο της γλώσσας. Διαθέτει επίσης και κινητικές ίνες για τον βελονοφαρυγγικό

μυ και εκκριτικές ίνες για την παρωτίδα. Το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο νευρώνει τον καρωτιδικό κόλπο και το καρωτιδικό σωματίο, ενώ το πνευμονογαστρικό νεύρο είναι το μεγαλύτερο και το περισσότερο διανεμόμενο εγκεφαλικό νεύρο στην περιοχή. Ο de Rossi συνοψίζει τον στοματοπροσωπικό πόνο με τα συγκεκριμένα νεύρα ως ακολούθως.⁸³

- Το τρίδυμο νεύρο (V) σχετίζεται με την αλγεινή αίσθηση που παρατηρείται στο δέρμα του προσώπου, του μετώπου και του κρανίου έως το οπίσθιο μέρος της κεφαλής. Επηρεάζει την περιοχή των βλεφάρων, του βολβού του ματιού, τον στοματικό και ρινικό βλεννογόνο, μέρος της εξωτερικής τυμπανικής μεμβράνης, των οδόντων, τη γενική αισθητικότητα στα πρόσθια 2/3 της γλώσσας, τους μασητικούς μύες, την κροταφογναθική άρθρωση και τις μήνιγγες το πρόσθιου και μέσου κρανιακού βόθρου.
- Το προσωπικό νεύρο (VII) σχετίζεται με τον πόνο στο εξωτερικό αυτί
- Το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο (IX) σχετίζεται με το άλγος στον βλεννοφαρυγγικό βλεννογόνο, στον οισοφάγο, τις αμυγδαλές, το οπίσθιο 1/3 της γλώσσας, την εσωτερική επιφάνεια της τυμπανικής μεμβράνης και τις επιφάνειες του μέσου ωτός.

- Το πνευμονογαστρικό νεύρο (X) συνδέεται με τον πόνο που επηρεάζει το έξω ους, την τυμπανική μεμβράνη και τον έξω ακουστικό πόρο, τον φάρυγγα, τον λάρυγγα και τις μήνιγγες του οπίσθιου κρανιακού βόθρου.

Η επιτυχής διαχείριση των ασθενών που αναζητούν φροντίδα για τον ΣΤΠΠ απαιτεί από τον κλινικό ιατρό να κατανοήσει το πρόβλημα και να καθορίσει τη σωστή ή τις σωστές διαγνώσεις. Χρήσιμη είναι επίσης η αναγνώριση του ψυχοκοινωνικού προφίλ του ασθενούς, καθότι συχνά η εμφάνιση του πόνου επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι ενδέχεται να έχουν σημειωθεί πολύ νωρίτερα από την εμφάνιση του φαινομένου²⁸. Ο ΣΤΠΠ εκδηλώνεται στον ασθενή ως παραισθησία, δυσαισθησία, υπεραισθησία, αλλοδυνία σε κάποια ερεθίσματα, καθώς επίσης και ως άτυπη οδονταλγία, ενώ μπορεί να συνδεθεί με άλγος στο κεφάλι, ιλίγγους, εμβοές, φωτοφοβία, φωνοφοβία, αλλοιώσεις στη γεύση ή την εμφάνιση βρυγμού. Η κλινική εξέταση προσπαθεί να διαχωρίσει τις αιτίες εμφάνισης του πόνου σε εκείνες που σχετίζονται με οδοντικό πόνο και σε εκείνες που δεν προκαλούνται από τέτοιες βλάβες. Η αξιολόγηση του ΣΤΠΠ πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομερή καταγραφή των γνωρισμάτων του εμφανιζόμενου άλγους, των ποιοτικών χαρακτηριστικών του, όπως εάν ο πόνος είναι αμβλύς, οξύς, διάχυτος,

συνεχής, διακοπτόμενος, ή επαναλαμβανόμενος και διατήρηση του κλινικού αναμνηστικού του ασθενούς. Η διαγνωστική προσέγγιση συνοδεύεται επίσης από ενδελεχή κλινική εξέταση επισκοπικά προκειμένου να διαπιστωθεί η ευαισθησία, η παρουσία ερυθρότητας ή δακρύρροιας, η ύπαρξη διόγκωσης, προβληματικής κινητικότητας, αλλά και να αποκλειστούν ενδοκρανιακές ή άλλες κακώσεις της κεφαλής οι οποίες ενδεχομένως να θέτουν σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς, καθώς συχνές ενδοκρανιακές ανωμαλίες ανιχνεύονται από συμπτώματα ή ενδείξεις στην ευρύτερη περιοχή.²⁸ Συχνά απαιτείται απεικονιστικός έλεγχος ο οποίος θα πιστοποιήσει την ύπαρξη ενδοοστικών αλλοιώσεων, θα ελέγξει την περιοχή του ιγμορείου και θα αποτυπώσει τις οστικές δομές των κροταφογναθικών αρθρώσεων.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών με παρατηρούμενα προβλήματα στη λειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος προϋποθέτει και τη σωστή αναγνώριση και αξιολόγηση της παθήσεως προκειμένου να διαπιστωθεί εάν ο πόνος είναι οδοντικής ή μη-οδοντικής προέλευσης. Η αναγνώριση των επεισοδίων τα οποία μπορεί να εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά του οδοντικού πόνου αλλά εντάσσονται στην κατηγορία του νευροπαθητικού πόνου επιτρέπει και τη σωστή αντιμετώπισή τους καθώς ο νευροπαθητικός πόνος ως όρος

‘ομπρέλα’⁸⁴ περιλαμβάνει μια πλειάδα αλγεινών φαινομένων με επίμονο χαρακτήρα.

Ο διαχωρισμός του πόνου σε οδοντικό και μη-οδοντικό γίνεται στη βάση της αναγνώρισης του γεγονότος ότι ο πρώτος είναι ένα κοινό αλγεινό φαινόμενο το οποίο περιλαμβάνει τον πολφικό, τον περιακρορριζικό και τον περιοδοντικό πόνο. Η οδοντική ευαισθησία έχει οξεία συμπτωματολογία και ο πόνος διαρκεί παρουσία ερεθίσματος, είναι βαθύς και δύσκολα εντοπίζεται. Ο περιακρορριζικός πόνος είναι επίσης οξύς και επίμονος με το δόντι να είναι ευαίσθητο στην επίκρουση και τη σύγκλειση, ενώ στην περίπτωση του περιοδοντικού πόνου η κίνηση και η ψηλάφηση επιδεινώνουν το άλγος δίνοντάς του τον χαρακτήρα μυοσκελετικού πόνου. Στα είδη του οδοντικού πόνου περιλαμβάνεται η οδοντοδυνία η οποία δεν παρουσιάζει ωστόσο οδοντογενή αιτιολογία, όπως ο πόνος από τραυματισμό.

Στον μη οδοντικό πόνο αποδίδονται κλινικές οντότητες όπως η ιγμορίτιδα, η κροταφογναθική διαταραχή (temporomandibular disorder ή TMD), νευραλγία τριδύμου, γλωσσοφαρυγγική νευραλγία, καυσαλγία στόματος /στοματοδυνία (Burning Mouth Syndrome ή BMS), άτυπη οδονταλγία (phantom tooth pain), μεθερπητική νευραλγία, χρόνιος ιδιοπαθής γναθοπροσωπικός πόνος, νευροπαθητικός πόνος τριδύμου

(περιλαμβάνει παθήσεις όπως Συστηματική Σκληροδερμία, Σύνδρομο Sjögren, Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος και Ρευματοειδή Αρθρίτιδα), τυπική ημικρανία και κεφαλαλγίες. Στις περιπτώσεις νευροπαθητικού πόνου περιλαμβάνεται και ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα.²⁸

Καθώς ο ΣΤΠΠ επηρεάζει την ευρύτερη περιοχή του προσώπου, της κεφαλής και του αυχένα η λήψη ιστορικού του ασθενούς σε συνδυασμό με τα διαγνωστικά ευρήματα αλλά και τις επιδημιολογικές εκτιμήσεις μπορεί να οδηγήσει σε αξιόπιστη διάγνωση οδηγώντας στη βέλτιστη διαχείριση του προβλήματος.

Η Αμερικάνικη Ακαδημία ΣΤΠΠ έχει αναπτύξει ένα σχήμα βάσει του οποίου κατηγοριοποιείται ο πόνος στις προαναφερθείσες σωματικές περιοχές. Η κροταφογναθική άρθρωση επομένως δύναται να παρουσιάσει διαταραχές οι οποίες περιλαμβάνουν τις εκ γενετής ή επίκτητες διαταραχές (απλασία, υποπλασία, υπερπλασία), αρθραλγία, αρθρίτιδα, αλλοιώσεις και υπερκινητικότητα στο συγκρότημα κονδύλου-δίσκου, αγκύλωση, τις εκφυλιστικές αλλοιώσεις της κροταφογναθικής άρθρωσης και τις διαταραχές του διάρθριου δίσκου. Περιλαμβάνει επίσης περιπτώσεις ρευματοειδούς αρθρίτιδας, νεοπλάσματα, ακόμα και κατάγματα⁸⁵. Αντίστοιχα, οι διαταραχές στους μασητήριους μύες και τους

παρακείμενους ιστούς αναφαίνονται ως μυαλγίες, τενοντίτιδα, μυοσίτιδα, νεοπλασίες, ακόμα και περιορισμό ή αναστολή της κινητικότητας της γνάθου κατά τη διάρκεια λειτουργικών κινήσεων.

Μη οδοντικής αιτιολογίας πόνος επίσης είναι ο πόνος αγγειακής αιτιολογίας, ο οποίος περιλαμβάνει πόνους από κροταφική αρθρίτιδα, τυπική ημικρανία, υπνική ή χρόνια παροξυσμική ημικρανία και κεφαλαλγία τάσεως. Η τυπική ημικρανία εκδηλώνεται με ή χωρίς αύρα (γραμμή στόματος και τράγου ωτός), έχει σφυγμώδη χαρακτήρα και συνοδεύεται από ναυτία ή εμέτους, φωτοφοβία και φωνοφοβία, ενώ η χρόνια παροξυσμική ημικρανία εμφανίζει ετερόπλευρο άλγος στον κόγχο και υπερκόγχια περιοχή, δακρύρροια, ρινική καταρροή, πτώση βλεφάρου, εφίδρωση και μύση κόρης. Οι περιπτώσεις κεφαλαλγίας τάσεως, όπου ο πόνος είναι αμφοτερόπλευρος και παραμένει πιεστικός, συσφιγκτικός και συνεχής, συνιστούν και τις πιο συχνές εκφάνσεις κεφαλικού άλγους, με επεισοδιακή και χρόνια μορφή. Συχνά, η επί μακρόν παρουσία του πόνου στην κεφαλαλγία συγχέεται με τον χρόνιο στοματοπροσωπικό πόνο, ο οποίος συνδέεται με παθήσεις του τριδύμου.

Νευροπαθητικός Στοματοπροσωπικός Πόνος

Ο χρόνιος πόνος, σύμφωνα με την IASP, είναι εκείνος που ξεπερνά το απαιτούμενο για την επούλωση κάποιου τραύματος χρονικό διάστημα και εμμένει ή παρουσιάζεται αδιαλείπτως για περισσότερους από 3 μήνες, με αυξημένα επιδημιολογικά ποσοστά που ισοδυναμούν με 20% του παγκόσμιου πληθυσμού το οποίο παρουσιάζει σχετική συμπτωματολογία⁵. Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος προκαλείται από βλάβη ή ασθένεια στο σωματοαισθητικό νευρικό σύστημα, το οποίο παρέχει πληροφορίες για το σώμα, συμπεριλαμβανομένων του δέρματος, των μυοσκελετικών και σπλαχνικών οργάνων³¹.

Ο Νευροπαθητικός ΣΤΠΠ συνιστά ένα ξεχωριστό κεφάλαιο στην ταξινόμηση της ποικιλομορφίας του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου.⁵ Συχνά οι ασθενείς περιγράφουν έναν συνδυασμό αλγεινών ενδείξεων, τα οποία κάνουν την εμφάνισή τους πυροδοτούμενα από την αφή, συχνά όμως και ελλείψει προφανούς αιτίας. Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας στη Δέκατη Αναθεώρηση (ICD-10) εντάσσει στο πλαίσιο του νευροπαθητικού ΣΤΠΠ τις κάτωθι οντότητες:

1.Νευραλγία Τριδύμου

Εκδηλώνεται με οξύ, διαπεραστικό, «σαν μαχαιριά», παροξυσμικό πόνο, επηρεάζοντας την περιοχή του προσώπου σε μία ή και περισσότερες ζώνες του τριδύμου. Είναι γνωστή επίσης με τον όρο *tic douloureux*, καθώς περιγράφει ένα αιφνιδιαστικό τίναγμα στο σημείο όπου εμφανίζεται, συχνά καλύπτοντας μια μικρή επιφάνεια του προσώπου, η οποία μοιάζει να επηρεάζεται από οδοντικό πόνο ή άλγος στη δομή της στοματικής κοιλότητας. Ενίοτε συνιστά έκφανση του πόνου χωρίς πρότερο αίτιο και είναι διάρκειας μόλις λίγων δευτερολέπτων ή λεπτών. Οι παροξυσμικές εκφάνσεις της Νευραλγίας Τριδύμου διατηρούν έναν επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα με τακτική ακολουθία, οι οποίες συνδυάζονται και με αίσθημα καύσου στην περιοχή. Παρουσιάζει περιόδους ύφεσης κατά τη διάρκεια των οποίων σημειώνεται ελάχιστος πόνος ή έλλειψη αυτού. Ο ασθενής μάλιστα μπορεί να είναι ασυμπτωματικός καθόλη την περίοδο ανάμεσα σε δύο παροξυσμικά συμβάντα. Τον πόνο ενισχύουν και ενδεχομένως επιταχύνουν απλές, καθημερινές κινήσεις του ασθενούς όπως η μάσηση και η πόση, η ομιλία ή ποικίλες κινήσεις της γνάθου, ακόμα και η αίσθηση του αέρα πάνω στο

πρόσωπο του ασθενούς, το ψύχος ή το φως προκαλώντας συμπτώματα παρόμοια με αυτά του οδοντικού πόνου.⁸⁶ Ο πόνος μπορεί να γίνει αισθητός και κατά τη διάρκεια του ύπνου με περιόδους υποτροπής και υποχώρησης.³³ Οι υπάρχουσες ενδείξεις φέρουν την δεξιά παρειά του προσώπου να επηρεάζεται περισσότερο από την αριστερή, πιθανότατα λόγω του μικρότερου μεγέθους του δεξιού ωοειδούς και στρογγύλου τρήματος (ovale foramen & foramen rotundum) σε σχέση με το αριστερό. Παρά το γεγονός ότι ο πόνος δεν διέρχεται της μέσης γραμμής του προσώπου στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η κατάσταση αυτή δύναται να επηρεάζει αμφοτερόπλευρα τον ασθενή. Εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες άνω των 50 ετών, με επιδημιολογική εικόνα περί τους 107,5 άνδρες και τις 200,2 γυναίκες ανά εκατομμύριο πληθυσμού, και με συνηθέστερο αίτιο δυσλειτουργία του τρίδυμου νεύρου προερχόμενη από πίεση που ασκεί γειτονικό αγγείο, στην περιοχή έκφυσής του από το στέλεχος του εγκεφάλου ή από κάποιον όγκο με αποτέλεσμα να χάνει τη φυσιολογική του επικάλυψη από το έλυτρο μυελίνης (απομυελίνωση). Το αγγείο που συνήθως εμπλέκεται είναι η άνω παρεγκεφαλιδική αρτηρία, υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι σε αυτό μπορεί να εμπλέκονται όλα τα αγγεία της περιοχής. Νευραλγία τριδύμου προκαλείται δευτεροπαθώς από νοσήματα τα οποία προκαλούν απομυελίνωση όπως είναι η

σκληρύνωση κατά πλάκας.³⁴ Παρά το γεγονός ότι η απομυελίνωση συνδέεται με την νευραλγία τριδύμου, οι σχετικές θεωρίες που αποδίδουν στο φαινόμενο αυτό καθαυτό την ύπαρξη της δεύτερης φαίνεται ότι παραβλέπουν χαρακτηριστικά τα οποία συνδέονται με τον παροξυσμικό πόνο που προκαλεί.³⁵ Οι Rappaport και Devor³⁶ συσχέτισαν κάποια από τα χαρακτηριστικά της νευραλγίας τριδύμου με τη δυσλειτουργία ή τραυματισμό του νεύρου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο τραυματισμός οφείλεται στην πίεση που ασκείται στη ρίζα του νεύρου, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, προκαλώντας υπερευαισθησία στα τραυματισμένα σημεία του νεύρου τα οποία πυροδοτούνται από κάποιο ελάχιστο ερέθισμα ή ακόμα και απουσία αυτού. Σε κάποιες περιπτώσεις ο πόνος είναι επίμονος, ακόμα και χαμηλής έντασης, αλλά συχνά αναφέρονται περιστατικά κατά τα οποία ο πόνος συνεχίζει ισχυρός ακόμα και ελλείψει αρχικού ερεθίσματος ή μετά από την εμφάνιση αυτού για αρκετό χρονικό διάστημα. Οι περιοχές οι οποίες ανταποκρίνονται στο ερέθισμα εντοπίζονται στο 90% των ασθενών με την αφή και την αντίδραση σε δονήσεις να συνιστούν τα πιο συνήθη ερεθίσματα για την πρόκληση του πόνου.⁸⁸ Το γεγονός ότι η νευραλγία παρουσιάζει συμπτώματα παρεμφερή με αυτά του οδοντικού πόνου, δυσχεραίνει τον εντοπισμό και την έγκαιρη αντιμετώπιση του

φαινομένου. Αξίζει να σημειωθεί ότι το άγχος και το στρες ενισχύουν τα συμπτώματα και την ένταση του πόνου. Προκειμένου για την αξιολόγηση και την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας, είναι απαραίτητη η λήψη ιστορικού του ασθενούς, η κλινική εξέταση, η υποβολή σε διαγνωστικό έλεγχο και απεικόνιση CT, MRI, MRA- νευραγγειακή επαφή, MRI-δεξαμενογραφία)³³. Η τελική διάγνωση φέρει δύο πιθανές θεραπευτικές προτάσεις για τον ασθενή, ανάλογα με τη είδος των συμπτωμάτων και τη βαρύτητά τους. Η καρβαμαζεπίνη, παράγωγο της διβενζαζεπίνης ανήκει στην φαρμακευτική κατηγορία των αντιεπιληπτικών, νευροτρόπων και ψυχοτρόπων φαρμάκων και προτείνεται με ιδιαίτερα θετική ανταπόκριση στην αντιμετώπιση του πόνου που προκαλεί η Νευραλγία Τριδύμου: σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 70% ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στα συμπτώματα. Παρά το γεγονός αυτό, η μακροχρόνια χρήση της καρβαμαζεπίνης συνοδεύεται από παρενέργειες όπως κούραση, υπνηλία, πρόκληση εμέτου ή αλλεργικών αντιδράσεων, αλλά κυρίως υποτροπή των αρχικών συμπτωμάτων.³⁵ Αντιστοίχως, η χρήση οξυκαρβαζεπίνης ως εναλλακτική της καρβαμαζεπίνης έχει παρόμοια δράση με λιγότερες καταγεγραμμένες παρενέργειες και αναδύεται ως η επόμενη φαρμακευτική λύση για την Νευραλγία Τριδύμου. Η δεύτερη προτεινόμενη θεραπευτική λύση στην Νευραλγία Τριδύμου αναφέρεται

στην αντιμετώπιση μέσω επεμβατικών τεχνικών στις οποίες περιλαμβάνονται περιφερικές διηθήσεις ή αποκλεισμούς νεύρων, κρυοθεραπεία και έγχυση αλκοόλης- νευρόλυση σε περιφερικό κλάδο του νεύρου. Η πρώτη περίπτωση δύναται να είναι επιτυχής σε ποσοστό 50% με 64% και πραγματοποιείται κάτω από μερική ή ολική νάρκωση του ασθενούς. Η κρυοθεραπεία συνιστά επεμβατική τεχνική κατά τη διάρκεια της οποίας ψύχεται το τρίδυμο δίκτυο υπό τοπική ή ολική αναισθησία στον ασθενή. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι βραχυπρόθεσμη. Τέλος, η νευρόλυση σε περιφερικό κλάδο του νεύρου γίνεται με την έγχυση αλκοόλης με αποτέλεσμα την πρόκληση υπαισθησίας προσώπου κατά την κατανομή του νεύρου. Η εν λόγω τεχνική αν και παρουσιάζει χαμηλές παρενέργειες έχει μεγαλύτερα ποσοστά επανεμφάνισης των αλγεινών συμπτωμάτων.

2. Γλωσσοφαρυγγική Νευραλγία

Παρόμοια σε συμπτωματολογία με τη Νευραλγία Τριδύμου, η Γλωσσοφαρυγγική Νευραλγία χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο στο

λάρυγγα και την βάση της γλώσσας, στο γλωσσοφαρυγγικό νεύρο. Τα επεισόδια πόνου είναι συνήθως διαλείποντα και επίμονα με έντονα διαξιφιστικές εξάρσεις. Συνοδεύονται από αίσθημα καύσου και συχνά από υπερβολική σιελόρροια και βήχα και εξαπλώνονται στη βάση της γλώσσας και το αυτί.⁸⁰ Πυροδοτούνται δε από καθημερινές δραστηριότητες όπως η κατάποση, η μάσηση ή η ομιλία. Στις περιπτώσεις της Γλωσσοφαρυγγικής Νευραλγίας ο πόνος εμφανίζεται μονόπλευρα και μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις υπάρχει ασύγχρονος αμφοτερόπλευρος πόνος, με περιόδους έξαρσης και ύφεσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Γλωσσοφαρυγγική Νευραλγία δύναται να εμφανιστεί παράλληλα με τη Νευραλγία Τριδύμου σε ποσοστό 10%-12% των ασθενών που εμφανίζουν συμπτώματα της πρώτης.⁸⁹

Η αξιολόγηση των περιπτώσεων περιλαμβάνει απεικονιστικές εξετάσεις (MRI Scan) για τον αποκλεισμό όγκων του οπίσθιου κρανιακού βόθρου, περιπτώσεις αγγειακών ανωμαλιών, φλεγμονών που επηρεάζουν περιφερικά το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο καθώς και ύπαρξη ρινοφαρυγγικών όγκων. Η αντιμετώπιση της Γλωσσοφαρυγγικής Νευραλγίας περιλαμβάνει τη χρήση αντιεπιληπτικών ουσιών όπως και στην περίπτωση της Νευραλγίας Τριδύμου, με κύρια δραστική ουσία την

καρβαμαζεπίνη, την οξκαρβαζεπίνη αλλά και βακλοφαίνη, φαινυτοΐνη και λαμοτριγίνη, είτε μεμονωμένα, είτε συνδυαστικά.^{39,90}

Στις επιλογές των παρεμβατικών τεχνικών για την αντιμετώπιση του πόνου περιλαμβάνονται η διαίρεση των νεύρων και η μικροαγγειακή αποσυμπίεση, όπου προσεγγίζεται προσεκτικά το νεύρο μέσω του κρανίου και διαχωρίζεται από το αιμοφόρο αγγείο που το συμπιέζει, με ικανοποιητικά αποτελέσματα.⁴⁰ Η χρήση στερεοτακτικής ακτινοχειρουργικής (gamma knife) αποτελεί μια εξίσου αποτελεσματική πρακτική για την αντιμετώπιση της Γλωσσοφαρυγγικής Νευραλγίας.

3. Καυσαλγία στόματος/ Στοματοδυνία (Burning Mouth Syndrome)

Συνιστά μια επαναλαμβανόμενη, επώδυνη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αίσθηση καύσου στον στοματικό βλεννογόνο, χωρίς την παρουσία κάποιας άλλης τοπικής βλάβης. Κύρια συμπτώματά της είναι το αίσθημα καύσου στη γλώσσα, τα χείλη, την υπερώα, τις παρειές και τον στοματοφάρυγγα, ο κνησμός, η δυσγευσία, η ξηροστομία, η ύπαρξη οιδήματος και η αιμωδία. Ο πόνος περιγράφεται από τους ασθενείς ως συνεχόμενος χωρίς να προκαλείται από την κατάποση ή

μάσηση, αλλά από την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών. Πολλοί από τους ασθενείς με παρατηρούμενη καυσαλγία στόματος παρουσίαζαν έντονο στρες ή κατάθλιψη.⁸⁰ Η καυσαλγία στόματος εμφανίζεται κατά κύριο λόγο σε ηλικίες μεταξύ 50 έως 69 ετών και πολύ σπάνια σε γυναίκες ή άνδρες κάτω των 30 ετών, με τις γυναίκες σε εμμηνόπαυση να επηρεάζονται σε αξιοσημείωτο ποσοστό.

Οι παράγοντες που προκαλούν στοματοδυνία είναι ποικίλοι και μπορεί να εστιάζονται τοπικά ή να είναι συστηματικές νόσοι. Στους πρώτους περιλαμβάνεται η εκτεταμένη χρήση στοματικού διαλύματος με αλκοολούχα βάση, πιθανές αλλεργίες, η παρατεταμένη μάσηση καπνού, αφυδάτωση προκαλούμενη από την εισπνοή από το στόμα ή παρεμπόδιση της ρινικής οδού, περιπτώσεις γαστρικής παλινδρόμησης, η ύπαρξη φλεγμονής, στοματικές βλάβες όπως λευκοπλακία, πέμφιγα στοματικής κοιλότητας, στοματίτιδα ή ξηροστομία. Τα συστηματικά νοσήματα που ευνοούν την εμφάνιση της στοματοδυνίας περιλαμβάνουν αυτοάνοσα όπως το σύνδρομο Sjögren, ενδοκρινικές ανωμαλίες (υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, εμμηνόπαυση)⁴¹ ή η ύπαρξη ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Ταυτόχρονα, μπορεί να συνιστά παρενέργεια από τη λήψη φαρμάκων ή να συνιστά ένδειξη διατροφικής ή και περιφερικής νευροπάθειας (HIV, σαρκοείδωση, MS).⁴²

Η στοματοδυνία παρουσιάζεται με αμφοτερόπλευρη συμμετρική κατανομή και συχνά χωρίς την ενεργοποίηση εξωτερικού ερεθίσματος. Σημαντικά ποσοστά ασθενών, ωστόσο, τη συνδέουν με λοιμώξεις της ανώτερης αναπνευστικής οδού, με οδοντιατρικές επεμβάσεις ή με τη χρήση αντιβιοτικών, ακόμα και με την εμφάνιση τραυματικών εμπειριών που ενισχύουν τα επίπεδα άγχους και στρες στην καθημερινή ζωή τους. Τα επεισόδια σημειώνονται κλιμακούμενα, ξεκινώντας από τις πρωϊνές ώρες με ιδιαίτερη έξαρση κατά τις βραδυνές.

Για την αντιμετώπιση της καυσαλγίας στόματος εφαρμόζονται μη-παρεμβατικές αγωγές όπως η χρήση αναλγητικών, αγχολυτικών, αντιεπιληπτικών και αντιψυχωτικών (κλοναζεπάμη, γκαμπαπεντίνη, αμιτριπτυλίνη, άλφα-λιποϊκό οξύ, παροξετίνη ή σερατραλίνη). Η ψυχιατρική υποστήριξη είναι επίσης σημαντική για τους ασθενείς με στοματοδυνία, καθώς δεν φαίνεται να υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για την καταπολέμησή της. Προτείνεται, επομένως, μια διεπιστημονική προσέγγιση για την καλύτερη διαχείριση του ασθενούς.

4. Άτυπη οδονταλγία

Η άτυπη οδονταλγία θεωρείται έκφανση της Νευραλγίας Τριδύμου και μπορεί να έχει νευροπαθητικά αίτια όπως και ψυχογενή. Παρουσιάζεται ως συνεχόμενος πόνος σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε ενδοδοντική θεραπεία και ενίοτε σε περιοχές προηγηθείσας εξαγωγής⁴⁴ σε ποσοστό σημαντικά υψηλό καθώς αγγίζει το 80% των ασθενών. Ο πόνος είναι ενδοστοματικός και εντοπισμένος και εκφράζεται με υπεραισθησία και αλλοδυνία στο σημείο αυτό.

Καθώς ο πόνος φαίνεται ότι έχει ρίζες σε οδοντικές παθήσεις, συχνά οι ασθενείς υποβάλλονται σε πολλαπλές ανεπιτυχείς οδοντιατρικές παρεμβάσεις προτού τεθεί η σωστή διάγνωση. Σε αντίθεση με παθήσεις που οφείλονται σε φλεγμονή στον πολφό του δοντιού, η άτυπη οδονταλγία μπορεί να παραμείνει αμετάβλητη για μήνες ή χρόνια.

Η συντηρητική μορφή θεραπείας περιλαμβάνει την εφαρμογή τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων (πρεγκαμπαλίνη και γκαμπαπεντίνη), τα οποία αποδεικνύονται αποτελεσματικά στην μείωση της εμπειρίας του πόνου και στην βελτίωση της διάθεσης του ασθενούς. Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να

εφαρμόζεται απρόσκοπτα και όχι περιστασιακά κατά την εμφάνιση των επώδυνων συμπτωμάτων.⁴⁵ Οι χειρουργικές επεμβάσεις στις περιπτώσεις της ατυπικής οδονταλγίας είναι σπάνιες και ελάχιστα αποτελεσματικές καθώς ενδέχεται να προκαλέσουν επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς προκαλώντας υπαισθησία του προσώπου.⁴⁶

5. Μεθερπητική Νευραλγία

Η Μεθερπητική Νευραλγία συνιστά την πιο συνήθη επιπλοκή του έρπητα ζωστήρα και οφείλεται σε νευρική βλάβη από τον ερπητοϊό-3 (HHV-3). Ο πόνος έχει κατανομή δερμοτομίου, εμφανίζεται σε χρονικό διάστημα 3 έως 6 μηνών μετά την έναρξη του ερπητικού εξανθήματος με τα ποσοστά εμφάνισής του να αυξάνουν με την ηλικία.⁹¹ Έρευνες φέρνουν ένα ποσοστό της τάξεως του 40% να εμφανίζεται σε άτομα άνω των 70 ετών τα οποία είχαν προηγουμένως εκτεθεί στον VZV (varicella zoster virus), ιό του έρπητος ζωστήρα, με τον τελευταίο να πυροδοτείται αφού έχει παραμένει αδρανής στα γάγγλια του τριδύμου.⁸⁰ Οφείλεται σε ουλές που έχουν προκληθεί σε γάγγλια και περιφερικά νεύρα καθώς και στην απομυελίνωση και συχνότερα εμφανίζεται, εκτός από την περιοχή

κατανομής του τριδύμου, στο θώρακα, την οσφυοϊερά χώρα και τον αυχένα.

Το άλγος είναι οξύ και εντοπισμένο, βαθύ και δυνατό, διαξιφιστικό, πιεστικό και καυστικό, συνοδευόμενο από ηλεκτρικές εκκενώσεις. Η πάσχουσα περιοχή συνήθως παρουσιάζει αλλοδυνία, υπεραλγησία καθώς και υπεραισθησία.⁴⁸ Η ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή για τις περιπτώσεις μεθερπητικής νευραλγίας περιλαμβάνει αντιεπιληπτικά (γκαμπαπεντίνη), αντιψυχωσικά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως αμιτριπτυλίνη, νοτριπτυλίνη, δεσιπραμίνη), αναλγητικά, τοπικά αναισθητικά ή οπιοειδή.⁴⁹ Σε κάποιες περιπτώσεις προτείνονται ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές όπως νευρικοί αποκλεισμοί, κεντρικοί ή περιφερικοί και τεχνικές νευροτροποποίησης μέσω νευροδιέγερσης.⁹² Η θεραπεία συχνά απαιτεί συνδυασμένες δράσεις για την ύφεση της συμπτωματολογίας και τη βελτίωση της κατάστασης του πάσχοντος. Τα συμπτώματα ωστόσο δύναται να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα ή καθόλη τη διάρκεια ζωής του ασθενούς.

6. Χρόνιος Ιδιοπαθής Προσωπικός Πόνος

Ο χρόνιος ιδιοπαθής στοματοπροσωπικός πόνος, είναι χρόνιος συνεχής πόνος, συνήθως αμβλύνει και διαξιφιστικός με εξάρσεις σε περιόδους έντονου στρες και υφέσεις και περιλαμβάνει την περιοχή του προσώπου, του στόματος, των γνάθων και των δοντιών, χωρίς εμφανή παθολογική αλλοίωση των ιστών ή με συμπτωματολογία που να παραπέμπει σε κάποια από τις μορφές ΣΤΠΠ. Συναντάται και με τον όρο του άτυπου προσωπικού άλγους, δεν ακολουθεί συγκεκριμένες ανατομικές οδούς και μπορεί να εμφανίζεται εστιασμένος ή και διάχυτος στην ευρύτερη περιοχή του προσώπου και του τραχήλου.⁸⁰ Η αδυναμία εντοπισμού των αιτιών του φαινομένου φέρνει τους ασθενείς σε διαφορετικούς ειδικούς σε αναζήτηση της βέλτιστης θεραπείας, όπως οδοντιάτρους, νευρολόγους, οφθαλμιάτρους, χειροπράκτες ή ψυχιάτρους.²²

Έξαρση του φαινομένου προκαλούν ψυχοπιεστικοί παράγοντες ή έντονη σωματική καταπόνηση για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η λήψη του ψυχοκοινωνικού ιστορικού του ασθενούς αλλά και μια διεπιστημονική προσέγγιση για την αντιμετώπισή του. Σε επίπεδο συντηρητικής θεραπείας, η αγωγή περιλαμβάνει φάρμακα της κατηγορίας των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και αντιεπιληπτικών (αμιτριπτυλίνη,

βενλαφαξίνη και φλουοξετίνη). Όσον αφορά σε επεμβατικές θεραπείες, αυτές περιλαμβάνουν εφαρμογή παλμικής ραδιοσυχνότητας στο σφηνοϋπερώιο γάγγλιο σε ασθενείς στους οποίους δεν έχει επιτευχθεί ικανοποιητική αναλγησία με τη συντηρητική αγωγή. Γενικώς, οι χειρουργικές παρεμβάσεις φαίνεται να έχουν περιορισμένη χρησιμότητα και η θεραπεία είναι αρκετά δύσκολη.⁹³

7. Καρκίνος

Ο ΣΤΠΠ συνδέεται συχνά με καταστάσεις κακοήθειας. Μπορεί να είναι αρχικό σημείο ενός αδιάγνωστου στοματοφαρυγγικού ή ρινοφαρυγγικού ή άλλης μορφής καρκίνου. Ο καρκίνος του στόματος συνιστά γενικό όρο κάτω από τον οποίο εντάσσονται τα κακοήθη νεοπλάσματα της στοματικής κοιλότητας που προέρχονται από το επιθήλιο (καλυπτικό ή αδενικό) ή το μεσέγχυμα (σαρκώματα). Σε πολλές περιπτώσεις αναπτύσσεται σε προϋπάρχουσες προκαρκινικές βλάβες, οι οποίες εμφανίζονται ως λευκές (λευκοπλακία) και ερυθρές (ερυθροπλακία) στις περιοχές του βλεννογόνου του στόματος ή ως αλλοιώσεις του χείλους (ακτινική χειλίτιδα).²⁸ Στην κλινική εικόνα περιλαμβάνονται εξελκώσεις,

οιδήματα ή διογκώσεις αλλά η ανυπαρξία πόνου ή άλλων συμπτωμάτων δεν εγείρουν ανησυχία στον ασθενή. Πόνος και άλλα συμπτώματα όπως αιμορραγία ή διογκώσεις των λεμφαδένων του τραχήλου, περιορισμένη κινητικότητα της γλώσσας και της γνάθου εμφανίζονται προοδευτικά και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης προκειμένου για τον περιορισμό της μετάστασης σε άλλα όργανα. Σύμφωνα με στοιχεία του Oral Cancer Foundation των Η.Π.Α., η επιδημιολογική εικόνα του καρκίνου του στόματος και του στοματοφαρυγγικού ή ρινοφαρυγγικού καρκίνου έχει παρουσιάσει αυξητικές τάσεις σε διάστημα δεκαετίας. Η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ έχει συνδεθεί με πάνω από το 70% των περιπτώσεων καρκίνων κεφαλής και τραχήλου. Η σταδιοποίηση η οποία ακολουθεί την κλινική εξέταση, ενδοσκόπηση, τον απεικονιστικό έλεγχο και την ιστοπαθολογική ανάλυση κατευθύνει τη θεραπευτική μέθοδο η οποία πρόκειται να εφαρμοστεί, ανάλογα με την περίπτωση. Ο συνδυασμός θεραπειών τοπικά ή με την εφαρμογή συστηματικής θεραπείας περιλαμβάνει επεμβατικές τεχνικές, ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Ο ΣΤΠΠ που συνδέεται με την ύπαρξη νεοπλασιών μπορεί να είναι απότοκο του ίδιου του όγκου ή συνέπεια της εφαρμοζόμενης θεραπείας στον ογκολογικό ασθενή.⁹⁴ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εξάπλωση των όγκων της κεφαλής και του αυχένα παρουσιάζει συμπτωματολογία

ανάλογη με αυτή του τριδύμου νευροπαθητικού πόνου, με αίσθηση καύσου και νευραλγικά συμπτώματα όπως διαξιφιστικοί πόνοι και έντονο κεφαλικό άλγος. Κοινές νεοπλασίες όπως λέμφωμα, λευχαιμία ή μυέλωμα μπορεί να είναι οδυνηρές όταν διεισδύουν στα οστά που βρίσκονται σε κοντινή απόσταση από τα δόντια αλλά και στα ούλα.

Η αναγκαιότητα διεπιστημονικής προσέγγισης

Διαφορετικά φαινόμενα στην περιοχή του προσώπου μπορούν να προκαλέσουν δυσφορία και έντονο πόνο στον ασθενή επιβαρύνοντας την καθημερινότητά του και παρεμποδίζοντας την λειτουργικότητά του σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του. Η μακροχρόνια χρήση φαρμακευτικής αγωγής λειτουργεί αποτελεσματικά σε σημαντικό βαθμό, αλλά δεν αποκλείονται οι σχετικές παρενέργειες και η μείωση της αποτελεσματικότητάς της με την πάροδο του χρόνου. Παρεμβατικές τεχνικές συνήθως έχουν περιορισμένα αποτελέσματα όπως φάνηκε στην ανάλυση των παραπάνω εκδηλώσεων ΣΤΠΠ, χρήσιμη όμως είναι η

διεπιστημονική προσέγγιση των φαινομένων, καθώς, εκτός των άλλων, καταλυτική είναι η επίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση ή την ενίσχυση της έντασης του προκαλούμενου πόνου. Σε περιπτώσεις νεοπλασιών, ο πόνος ενδέχεται να είναι απόρροια της εφαρμοζόμενης θεραπείας στον ογκολογικό ασθενή ο οποίος υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Οι ασθενείς με στοματοπροσωπικό πόνο συνεχίζουν να τυγχάνουν κακής διαχείρισης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και τα οπιοειδή χρησιμοποιούνται πολύ πιο συχνά από ό,τι υποδεικνύουν οι οδηγίες.³⁹ Υπάρχει ανάγκη για εξατομίκευση της φαρμακευτικής αγωγής με βάση τις συννοσηρότητες των ασθενών και τη χρήση άλλων φαρμάκων. Η ολιστική προσέγγιση του νευροπαθητικού, χρόνιου πόνου και η προσφορά εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας στα Ιατρεία Πόνου μπορεί να προσφέρει αποτελεσματική αντιμετώπιση τόσο σε διαγνωστικό όσο και θεραπευτικό επίπεδο για τον ασθενή.

Κεφάλαιο 3.

Αντιμετώπιση του ΣΤΠΠ

Η θεραπεία του στοματοπροσωπικού πόνου ξεκινάει με την ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή ανάλογα με το εκάστοτε πρόβλημα. Η εκπαίδευση των ασθενών είναι μια κρίσιμη πτυχή της καθημερινής φροντίδας στο σπίτι και είναι μια από τις πιο λεπτές και υποτιμημένες, αλλά αποτελεσματικές, θεραπείες για την κροταφογναθική δυσλειτουργία. Ως εκ τούτου, η ενημέρωση και ο καθησυχασμός του ασθενούς σχετικά με την κατάστασή του και των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων μπορεί να μετριάσει μεγάλο μέρος του άγχους και να βελτιώσει τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας της κροταφογναθικής άρθρωσης είναι σημαντική η εκπαίδευση του ασθενή για τη σωστή χρήση της στην καθημερινή λειτουργία, αποφεύγοντας υπερβολική διάνοιξη όταν υπάρχει περιορισμός στην κίνηση ή εξάρθρωση, τη χρήση της σωστής θέσης ηρεμίας (χείλη κλειστά χωρίς τα δόντια να βρίσκονται σε επαφή) και την ενδυνάμωση των μασητήρων μυών. Συστήνεται κατανάλωση

μαλακών τροφών και αποφυγή συνηθειών όπως μάσηση τσίχλας. Εφαρμογή στην επώδυνη περιοχή είτε κρύων επιθεμάτων που περιορίζουν τη φλεγμονή, είτε ζεστών επιθεμάτων που ανακουφίζουν από τον πόνο, ελαττώνουν το μυϊκό σπασμό και την ευαισθησία, χαλαρώνοντας τους μασητήριους μύες και βελτιώνουν την κυκλοφορία, δρώντας ανακουφιστικά και βελτιώνοντας την καθημερινότητα και λειτουργικότητα του.

Μια διεπιστημονική πολυπαραγοντική και ολιστική προσέγγιση διαχείρισης του πόνου για τη βέλτιστη θεραπεία των διαταραχών του στοματοπροσωπικού πόνου είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει τόσο φαρμακολογικές όσο και μη φαρμακολογικές, συμπληρωματικές θεραπείες²⁴.

Συμπληρωματικές Θεραπείες

Η φυσικοθεραπεία είναι ωφέλιμη για την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας της κροταφογναθικής άρθρωσης, των μυών της μάσησης και του τραχήλου, καθώς και για τη μείωση της φλεγμονής, την προώθηση της αποκατάστασης, την ενδυνάμωση και σταθεροποίηση της

άρθρωσης. Οι πρωταρχικοί στόχοι της φυσικοθεραπείας είναι η χαλάρωση των μυών με χρόνια σύσπαση και κούραση, η αύξηση του εύρους κίνησης και η μείωση της δραστηριότητας των σημείων ενεργοποίησης (trigger points). Εφαρμόζονται ειδικές ασκήσεις για τη θεραπεία μυϊκών διαταραχών που σχετίζονται με την κροταφογναθική άρθρωση, συμπεριλαμβανομένης της N-stretch (τοποθέτηση της άκρης της γλώσσας στην οροφή του στόματος και διάνοιξη της γνάθου), οι οποίες πρέπει να επαναλαμβάνονται 4-6 φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η προσθήκη διαδερμικής ηλεκτρικής νευροδιέγερσης αυξάνει την πιθανότητα επιτυχίας της θεραπείας. Επίσης, τονίζεται πάλι πως οι ασθενείς μπορούν να εκπαιδευτούν μέσω βιοανάδρασης εφαρμόζοντας γνωσιακές συμπεριφορικές διαδικασίες για να διδαχθούν πώς να διατηρούν μειωμένη μυϊκή ένταση ελαχιστοποιώντας τον πόνο και βελτιώνοντας την καθημερινή λειτουργικότητά τους.

Οι ενδοστοματικές συσκευές είναι επεξεργασμένες ακρυλικές συσκευές που χρησιμοποιούνται εδώ και χρόνια, με διαφορετικά σχέδια και εξακολουθούν να θεωρούνται ως χρήσιμη συμπληρωματική θεραπεία για ορισμένες περιπτώσεις κροταφογναθικής δυσλειτουργίας, όπως φάνηκε σε εκτενή ανασκόπηση. Συνήθως, ο ασθενής λαμβάνει οδηγίες να φοράει τον νάρθηκα μόνο τη νύχτα, που δεν έχει επίγνωση της μη φυσιολογικής

δραστηριότητας, ενώ κατά τη διάρκεια της ημέρας εκπαιδεύεται και διδάσκεται να γνωρίζει πότε σφίγγει τα δόντια του και να έχει επίγνωση της σχέσης με το δάγκωμα. Οι σκληρές συσκευές σταθεροποίησης θεωρούνται πιο αποτελεσματικές. Η συσκευή σταθεροποίησης θα πρέπει να εφαρμόζει άνετα στον ασθενή όταν τοποθετείται για πρώτη φορά και να επαναξιολογείται με προσαρμογές που θα συνεχίζονται για 3-6 μήνες λόγω αλλαγών που μπορεί να προκύψουν λόγω χρόνιου βρυγμού.²⁴ Κατά γενικό κανόνα, οι κροταφογναθικές δυσλειτουργίες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με συντηρητικό τρόπο.

Ο βελονισμός έχει μελετηθεί ως μέθοδος θεραπείας συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής για διάφορες διαταραχές του στοματοπροσωπικού πόνου, κυρίως μυοσκελετικής προέλευσης. Σε μελέτη που επικεντρώθηκε στην κροταφική δυσλειτουργία φάνηκε μείωση στον πόνο και στη χρήση ΜΣΑΦ σε άτομα που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία με παραδοσιακό βελονισμό⁸⁷. Ο βελονισμός φαίνεται να είναι μια ευεργετική θεραπεία σε συνδυασμό με τις παραδοσιακές θεραπείες για την κροταφογναθική δυσλειτουργία και ίσως ως εναλλακτική εάν αντενδείκνυται η φαρμακολογική θεραπεία.²⁴

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Οι κοινώς χρησιμοποιούμενοι φαρμακολογικοί παράγοντες για τη θεραπεία των διαταραχών της κροταφογναθικής άρθρωσης περιλαμβάνουν αναλγητικά από του στόματος, είτε τοπικά διαλύματα είτε ενέσιμα, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), τοπικά αναισθητικά, κορτικοστεροειδή, ενέσεις υαλουρονικού, μυοχαλαρωτικά, ενέσεις αλλαντικής τοξίνης και αντικαταθλιπτικά.²⁴

Τα ΜΣΑΦ ενδείκνυνται σε ήπιες έως μέτριες οξείες φλεγμονώδεις καταστάσεις. Τα ΜΣΑΦ που χρησιμοποιούνται συνήθως περιλαμβάνουν την ιβουπροφαίνη και τη ναπροξένη και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 εβδομάδες, αλλά δε συνιστώνται για μακρόχρονη θεραπεία.

Τα τοπικά αναισθητικά χρησιμοποιούνται κυρίως όταν συνυπάρχουν μυοπεριτονιακά σημεία ενεργοποίησης (trigger points). Συνήθως χρησιμοποιείται λιδοκαΐνη 1% ή 2% αλλά και προκαΐνη 1% (1 cc), λόγω της χαμηλής τοξικότητάς της στους μύες. Ο ασθενής θα πρέπει να προειδοποιηθεί ότι μπορεί να πονά τις πρώτες 48 ώρες και θα πρέπει να αρχίσει να περιμένει βελτίωση στη συνέχεια. Τα τοπικά αναισθητικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον αποκλεισμό της πιθανής πηγής

πόνου για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Μπορεί να διενεργηθεί διαγνωστικός νευρικός αποκλεισμός με τοπική εφαρμογή στην επώδυνη περιοχή τοπικού αναισθητικού και ένεση λιδοκαΐνης στο αντίστοιχο νεύρο για την επιβεβαίωση περιφερικού νευροπαθητικού πόνου και εάν υπάρξει ανακούφιση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τοπικά ως θεραπεία κρέμα ή γέλη καψαϊκίνης 0.025%-0.05% σε συνδυασμό με τοπικό αναισθητικό όπως βενζοκαΐνη 20% για την ανακούφιση των συμπτωμάτων.²⁴ Έχει μελετηθεί και το τοπικό επίθεμα καψαϊκίνης 8%, επώδυνο στην εφαρμογή ειδικά αν ο πόνος προκαλείται από την αφή, αλλά θεωρείται ότι μπορεί να προσφέρει ανακούφιση μακροπρόθεσμα³⁹. Επίσης, μπορούν να παρασκευαστούν και κρέμες για τοπική χρήση συνδυασμού διαφόρων αναλγητικών συστατικών, όπως κεταμίνη, ΜΣΑΦ όπως δικλοφαινάκη, αντιεπιληπτικά όπως γκαμπαπεντίνη και καρβαμαζεπίνη, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως νορτριπτίνη ή αμυτριπτίνη καθώς η χρήση τοπικής θεραπείας προτιμάται όπου είναι εφικτή, γιατί μειώνει τις παρενέργειες από τα συστηματικά χορηγούμενα φάρμακα.

Η αποτυχία ανακούφισης από το διαγνωστικό νευρικό αποκλεισμό της πάσχουσας πλευράς καταδεικνύει κεντρική ευαισθητοποίηση και η αντιμετώπιση βασίζεται σε κεντρικώς δρώντα φάρμακα που χορηγούνται

συστηματικά, κυρίως αντιεπιληπτικά όπως γκαμπαπεντίνη και βαλπροϊκό σε συνδυασμό με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως αμυτριπτιλίνη που φαίνεται ότι μπορούν να μειώσουν τον πόνο, αλλά η ανταπόκριση στη θεραπεία στις περιπτώσεις αυτές είναι δύσκολη. Ασθενείς που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν και δεν ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία είναι οι ασθενείς με νευραλγία τριδύμου και σκλήρυνση κατά πλάκας όπου προτείνεται είτε γκαμπαπεντίνη μόνη της είτε σε συνδυασμό χαμηλής δόσης γκαμπαπεντίνης με λαμοτριγίνη ή καρβαμαζεπίνη.^{24,39}

Η επιλογή φαρμάκων θα πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη τις παρενέργειες, τις συννοσηρότητες και τη χρήση άλλων φαρμάκων. Επίσης, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη εάν και κατά πόσο είναι επείγουσα και απαραίτητη η άμεση έναρξη της ανακούφισης από τον πόνο. Τονίζεται ότι υπάρχει έλλειψη μακροχρόνιων μελετών κοόρτης και συγκρίσεων μεταξύ διαφορετικών φαρμάκων και συνδυασμών. Οι μελέτες καταδεικνύουν επίσης ότι οι υψηλότερες δόσεις δεν οδηγούν πάντα σε βελτιωμένη αποτελεσματικότητα, αλλά έχουν ως αποτέλεσμα αυξημένες παρενέργειες. Για την πλειοψηφία των φαρμάκων που μας ενδιαφέρουν στο νευροπαθητικό στοματοπροσωπικό πόνο, το

δοσολογικό σχήμα πρέπει να κλιμακωθεί αργά και να χρησιμοποιηθεί για αρκετές εβδομάδες προτού κριθεί αποτελεσματικό ή μη.³⁹

Τα αντιεπιληπτικά καρβαμαζεπίνη, οξυκαρβαμαζεπίνη και γκαμπαπεντίνη είναι τα φάρμακα πρώτης εκλογής για τη θεραπεία της νευραλγίας τριδύμου. Οι βιβλιογραφικές αναφορές υποδηλώνουν ότι η καρβαμαζεπίνη εξακολουθεί να είναι το φάρμακο πρώτης γραμμής στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού στοματοπροσωπικού πόνου και ειδικότερα στη νευραλγία τριδύμου, αλλά αυτό θα πρέπει να αλλάξει σε οξυκαρβαμαζεπίνη εάν εμφανίσει πτωχή αποτελεσματικότητα ή μη αποδεκτό θεραπευτικό προφίλ λόγω παρενεργειών. Ο συνδυασμός καρβαμαζεπίνης με λαμοτριγίνη ή βακλοφένη είναι η θεραπεία δεύτερης γραμμής όταν η μονοθεραπεία αποτυγχάνει, αλλά τα στοιχεία στη βιβλιογραφία είναι αδύναμα.^{39,90} Η οξυκαρβαμαζεπίνη βραδείας αποδέσμευσης (retard) είναι χρήσιμη ως νυχτερινή δόση, καθώς η πλειοψηφία των ασθενών δεν έχουν πόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας και για να μειώσει τις παρενέργειες διασφαλίζοντας σταθερά επίπεδα στον ορό κατά τη διάρκεια της ημέρας.³⁹

Εάν αυτή η αγωγή δεν είναι αποτελεσματική ή εάν δεν μπορούν να επιτευχθούν οι θεραπευτικές δόσεις λόγω παρενεργειών, τότε προτείνεται να μειωθούν οι δόσεις και να προστεθούν δεύτερης γραμμής

φάρμακα όπως η μπακλοφένη και η λαμοτριγίνη. Στόχος είναι η εξάλειψη των επεισοδίων πόνου ακόμα και με επιθετική πολυπαρογοντική θεραπεία εάν αυτό είναι απαραίτητο και αφού επιτευχθεί διάστημα ελεύθερο κρίσεων 3-6 μηνών, μπορεί να γίνει αποκλιμάκωση της θεραπείας με μείωση των δόσεων, η οποία θα αναδείξει εάν η νευραλγία τριδύμου έχει υφεθεί. Με την επανεμφάνιση κρίσεων η θεραπεία πρέπει να κλιμακωθεί άμεσα. Εάν η φαρμακευτική αγωγή αποδειχθεί αναποτελεσματική είτε λόγω επανεμφάνισης κρίσεων είτε λόγω παρενεργειών, μπορούμε να καταφύγουμε σε παρεμβατικές νευροχειρουργικές λύσεις αποσυμπίεσης του τριδύμου είτε μικροχειρουργική αποσυμπίεση είτε με ακτινοθεραπεία gamma-knife.²⁴ Θα πρέπει να αναζητείται πρόωμη νευροχειρουργική εκτίμηση όταν ο ασθενής έχει νευραγγειακή επαφή του τριδύμου νεύρου, χαμηλή αποτελεσματικότητα και ανεκτικότητα της φαρμακευτικής αγωγής ή παραμένει χωρίς περιόδους ύφεσης.⁹⁰

Η φαρμακολογική θεραπεία της γλωσσοφαρυγγικής νευραλγίας είναι παρόμοια με αυτή για την νευραλγία τριδύμου, όπως προκύπτει από τη μεγαλύτερη ανασκόπηση ασθενών με νευραλγία τριδύμου, από τον Rushton, όπου οι μισοί από τους ασθενείς υποβλήθηκαν τελικά σε χειρουργική αντιμετώπιση και μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση αντιεπιληπτικών φαρμάκων, όπως πρεγκαμπαλίνη, λαμοτριγίνη,

οξκαρβαμαζεπίνη, καρβαμαζεπίνη, γκαμπαπεντίνη.³⁹ Εάν η φαρμακευτική αγωγή αποτύχει, τότε μπορούν να εξεταστούν παρεμβατικές τεχνικές, όπως μικροχειρουργική αποσυμπίεση του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου, ραδιοσυχνότητες, στερεοτακτική ακτινοχειρουργική με gamma-knife ή ριζοτομή.

Για την άτυπη οδονταλγία το μεγαλύτερο μέρος της διαχείρισης βασίζεται σε γνώμες εμπειρογνομόνων και αναφορές περιπτώσεων. Οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν τη χρήση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, αλλά έχουν προταθεί και τα αντιεπιληπτικά, όπως η φαινυτοΐνη, η καρβαμαζεπίνη, η πρεγκαμπαλίνη και η γκαμπαπεντίνη. Τα τοπικά αναλγητικά όπως η λιδοκαΐνη ή η καψαϊκίνη έχουν προταθεί ως θεραπείες πρώτης γραμμής λόγω της έλλειψης συστηματικών παρενεργειών.

Οι O'Connor και Dworkin⁹⁷ εξέτασαν πρόσφατα όλες τις οδηγίες για τον νευροπαθητικό πόνο, συμπεριλαμβανομένων των κατευθυντήριων γραμμών της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νευρολογικών Εταιρειών EFNS⁹⁶, των καναδικών κατευθυντήριων γραμμών και εκείνων που εκδίδονται από την Ομάδα Εδικού Ενδιαφέροντος για το Νευροπαθητικό Πόνο (NeuPSIG, Pain Neuropathic Pain Special Interest Group) της IASP. Υπάρχει συναίνεση και στις τρεις κατευθυντήριες γραμμές ότι τα τρικυκλικά

αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς των διαύλων ασβεστίου (γκαμπαπεντίνη και πρεγκαμπλίνη) πρέπει να είναι φάρμακα πρώτης γραμμής. Οι SSRIs/SSNRIs ντουλοξετίνη και βενλαφαξίνη θεωρούνται επίσης πρώτη γραμμή από τις κατευθυντήριες γραμμές NeuPSIG. Η τοπική λιδοκαΐνη υποστηρίζεται ως πρώτη γραμμή στον περιφερικό νευροπαθητικό πόνο από τις κατευθυντήριες γραμμές NeuPSIG και EFNS. Τα οπιοειδή και η τραμναδόλη είναι όλα δεύτερης ή και τρίτης γραμμής. Παρά αυτό το εύλογο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων, οι ασθενείς με στοματοπροσωπικό πόνο συνεχίζουν να τυγχάνουν κακής διαχείρισης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και τα οπιοειδή χρησιμοποιούνται πολύ πιο συχνά από ό,τι υποδεικνύουν οι οδηγίες.³⁹ Υπάρχει ανάγκη για εξατομίκευση της φαρμακευτικής αγωγής με βάση άλλες συννοσηρότητες και τη χρήση άλλων φαρμάκων και η Zakrzewska³⁹ παραθέτει σε πίνακα μια χρήσιμη σύνοψη των φαρμάκων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο νευροπαθητικό στοματοπροσωπικό πόνο.

Πίνακας 1: Σύνοψη των φαρμάκων για το νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με την αναθεώρηση των οδηγιών των O' Connor & Dworkin που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο νευροπαθητικό στοματοπροσωπικό πόνο του τριδύμου³⁹

Κατηγορία	Ημερήσια δόση	Χρήση	Παρενέργειες	Σχόλια
Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά: νορτρυπτίνη	50 mg (25 – 150 mg)	Τουλάχιστον 6 – 8 εβδομάδες, βράδυ πριν την κατάκλιση	Καταστολή, ξηροστομία, πρόσληψη βάρους	Βελτίωση κατάθλιψης, χαμηλό κόστος, προσοχή σε καρδιοπάθεια, γλαύκωμα, καλή ανταπόκριση και σε χαμηλές δόσεις
SSNRIs: ντουλοξετίνη	60 mg (30 – 120 mg)	4 εβδομάδες, δις ημερησίως	Ναυτία	Βελτίωση κατάθλιψης, προσοχή σε ηπατική/νεφρική νόσο & σε συγχορήγηση με τραμαδόλη
SSNRI: βενλαφαξίνη	225 mg (75 – 225 mg)	4 – 6 εβδομάδες καθημερινά	Ναυτία	Λίγες μελέτες σε άτυπο προσωπικό πόνο χωρίς όφελος
Αναστολείς διαύλων ασβεστίου: γκαμπαπεντίνη	3000 mg (600 – 3600 mg)	3 – 8 εβδομάδες, τρις ημερησίως	Καταστολή, αταξία, ζάλη, οίδημα	Βελτίωση ύπνου, λίγες αλληλεπιδράσεις, προσοχή σε νεφρική δυσλειτουργία
Αναστολείς διαύλων ασβεστίου: πρεγκαμπαλίνη	600 mg (300 – 600 mg)	4 εβδομάδες, δις ημερησίως	Ζάλη, κόπωση, κεφαλαλγία, περιφερικό οίδημα	Βελτίωση ύπνου, μείωση άγχους, προσοχή σε νεφρική δυσλειτουργία
Τοπικά αναισθητικά: επίθεμα λιδοκαΐνης 5%	3 επιθέματα, εφαρμογή για 12 h	12ωρη εφαρμογή οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας	Τοπικό ερύθημα, εξάνθημα	Μόνο σε εξωστοματικό πόνο και παρουσία αλλοδυνίας

Παρεμβατικές Θεραπείες

Ενδοαρθρικές εγχύσεις στεροειδών ενδείκνυνται μόνο σε οξεία φάση αρθρίτιδας και μειώνουν σημαντικά τον πόνο. Χρησιμοποιείται τριαμκινολόνη ή δεξαμεθαζόνη σε συνδιασμό με λιδοκαΐνη 2% χωρίς επινεφρίνη και απαιτείται ακτινολογικός έλεγχος της ΚΦΔ πριν από την ένεση στον αρθρικό χώρο. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι μια μόνο ένεση στεροειδούς προκαλεί βλάβη ωστόσο, εάν δεν είναι αποτελεσματική, η απόφαση για επαναλαμβανόμενες εγχύσεις στεροειδών σε περιπτώσεις ανυπόφορου πόνου θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά λόγω της πιθανότητας οστικής απορρόφησης και του κινδύνου οστεόλυσης.

Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται μόνο όταν η φαρμακευτική θεραπεία έχει αποτύχει και δεν ενδείκνυται ως προληπτικό μέτρο σε ασυμπτωματικούς ή ήπια συμπτωματικούς ασθενείς. Η σύσταση για αρθροκέντηση και αρθροσκόπηση, προϋποθέτει εκτός από μέτριο έως σοβαρό πόνο και σοβαρή δυσλειτουργία που προκαλεί αναπηρία. Είναι σημαντικό να αποθαρρύνουμε τους ασθενείς να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις, με αβέβαια αποτελέσματα πριν εξαντληθούν οι μη παρεμβατικές φαρμακευτικές και συμπληρωματικές θεραπείες.

Η αρθροκέντηση είναι μια συντηρητική θεραπεία που περιλαμβάνει μια ενδοαρθρική πλύση με ή χωρίς εναπόθεση κορτικοστεροειδών που είναι χρήσιμη όταν υπάρχουν ενδοαρθρικοί περιορισμοί στην κίνηση, όπως στην μετατόπιση του δίσκου.

Η αρθροσκόπηση είναι μια κλειστή χειρουργική επέμβαση που επιτρέπει την άμεση παρατήρηση και δειγματοληψία αρθρικού ιστού, χρήσιμη σε υποκινητικότητα λόγω διαταραχής της άρθρωσης και ίνωσης κυρίως για λύση συμφύσεων, πλύσεις, αλλά και για αφαιρετικές βιοψίες.

Η γναθεκτομή και αρθροτομή είναι ανοιχτή χειρουργική επέμβαση που τροποποιεί την ανατομία της άρθρωσης, όπως ολική ή μερική αποκατάσταση ή αντικατάσταση της άρθρωσης, η οποία απαιτείται σε ασθενείς που πληρούν τα χειρουργικά κριτήρια. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις νεοπλασίας, οστικής ή ινώδους αγκύλωσης, σοβαρής χρόνιας αρθρίτιδας και σοβαρών χρόνιων εξαρθρώσεων.

Εάν η φαρμακευτική αγωγή του νευροπαθητικού ΣΤΠΠ αποτύχει, τότε μπορούν να εξεταστούν ριζικές παρεμβατικές τεχνικές, όπως μικροχειρουργική αποσυμπίεση του νεύρου, ραδιοσυχνότητες, ακτινοχειρουργική με γ- knife ή ριζοτομή στα άμεσα προσβαλλόμενα νευρικά στελέχη.

Κεφάλαιο 4.

Τα ιατρεία πόνου και η θεραπεία του Νευροπαθητικού ΣΤΠΠ

Τι είναι τα ιατρεία πόνου;

Ο πρωταρχικός στόχος μιας μονάδας θεραπείας πόνου είναι να παρέχει αποτελεσματική, ανθρώπινη φροντίδα σε όσους υποφέρουν από χρόνιο πόνο με συνέπεια και συνέχεια.

Η IASP προτείνει τα βασικά προαπαιτούμενα προκειμένου μια κλινική ή ένας φορέας να μπορέσει να παράσχει παρηγορική φροντίδα σε ασθενείς με χρόνιο και επίμονο πόνο, περισσότερο ή λιγότερο στοχευμένα σε συγκεκριμένες παθήσεις ή τρόπους αντιμετώπισης, εμπλέκοντας περισσότερο ή λιγότερο ειδικότητες διαφορετικών κλάδων. Συχνά στη διεθνή βιβλιογραφία τα ιατρεία πόνου περιγράφονται ως κλινικές πόνου (pain clinics), εγκαταστάσεις θεραπείας πόνου (pain treatment facilities), κέντρα/εγκαταστάσεις διαχείρισης πόνου (pain management centers/facilities), κέντρα πόνου (pain centers), κέντρα ανακούφισης

πόνου (pain relief centers), διεπιστημονικά κέντρα/κλινικές πόνου (multidisciplinary pain centers/clinics), υπηρεσία πόνου (pain service), μονάδες διαχείρισης πόνου (pain management units) ή λαμβάνουν την ονομασία των εξειδικευμένων υπηρεσιών τις οποίες προσφέρουν στον ασθενή όπως επί παραδείγματι κλινικές νευρικού αποκλεισμού, οι οποίες περιορίζουν την παρεμβατική μεθοδολογία σε συγκεκριμένες πρακτικές.⁹⁵

Πράγματι, η λειτουργία των κέντρων ή κλινικών αυτών, με τους όρους με τους οποίους διατυπώθηκαν νωρίτερα, υπήρξε απότοκο μιας παγκόσμιας πρωτοβουλίας την οποία ήδη από τη δεκαετία του 1980 ανέπτυξε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας με στόχο την υποστήριξη του πόνου και την ανακούφιση των πασχόντων από χρόνια νοσήματα. Η πρωτοβουλία αυτή δεν περιορίζεται στον πάσχοντα και μόνον, αλλά περιλαμβάνει την υποστήριξη της οικογένειας, των φροντιστών και των οικείων του ασθενούς. Σύγχρονες τάσεις για την υιοθέτηση μη φαρμακευτικών προσεγγίσεων συνεχίζουν να βασίζονται στην επιτυχία προηγούμενων συμπληρωματικών ή/και ολοκληρωμένων θεραπειών, πολλές από τις οποίες αναγνωρίζουν τη σωματική και ψυχολογική δυσφορία ως ανταπόκριση στον πόνο και ως παράγοντες που συμβάλλουν και ενισχύουν την εμπειρία του πόνου *per se*, εξού και η σημασία που αποδίδεται στον ευρύτερο περίγυρο του ασθενούς.

Παρεχόμενες υπηρεσίες

Τα ιατρεία ή κλινικές πόνου εκτός από εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή, εφαρμόζονται και όλες οι παρεμβατικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Σε περιπτώσεις μεθερπητικής νευραλγίας, επί παραδείγματι, γίνεται χρήση των συνηθέστερων φαρμακευτικών παραγόντων για την αντιμετώπισή της, τα οποία περιλαμβάνουν αντιεπιληπτικά (πρεγκαμπαλίνη, γκαμπαπεντίνη), ήπια οπιοειδή (τραμαδόλη), ή και αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης), καθώς επίσης και τοπική εφαρμογή στην επώδυνη περιοχή επιθεμάτων τοπικού αναισθητικού (λιδοκαΐνη 5%), ή διαδερμικού επιθέματος καψαϊκίνης 8%.⁴⁹ Νευρικοί αποκλεισμοί συμπεριλαμβάνονται στις επιλογές αντιμετώπισης του πόνου, καθώς επίσης και η χρήση νευροδιεγέρσης. Αντίστοιχα, φαρμακευτική και παρεμβατική θεραπευτική αγωγή εφαρμόζεται στα ιατρεία πόνου σε περιπτώσεις νευραλγίας τριδύμου. Η χορήγηση αντιεπιληπτικών (καρβαμαζεπίνη, γκαμπαπεντίνη, πρεγκαμπαλίνη) είναι ιδιαίτερα ευεργετική, καθώς επίσης και σπασμολυτικών παραγόντων και ήπιων

οποειδών για την ύφεση της συμπτωματολογίας. Παρεμβατικές τεχνικές συνιστούν επίσης επιλογή για την βέλτιστη αντιμετώπιση της πάθησης, οι οποίες εφαρμόζονται ανάλογα με την αξιολόγηση του περιστατικού.

Σε αντίθεση με τις περιπτώσεις των ογκολογικών ασθενών, σημαντικό ποσοστό των οποίων έχει μικρή διάρκεια ζωής, ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιο πόνο έχουν αυξημένες πιθανότητες να ανταποκριθούν θετικά σε διάφορες ιατρικές θεραπείες οι οποίες εφαρμόζονται στα ιατρεία πόνου. Η φροντίδα των τελευταίων συνιστά μείζονα πρόκληση καθώς περιλαμβάνονται σε αυτή ένα πλήθος διαφορετικών συνδρόμων ή παθήσεων με συναφείς ενδείξεις. Τα σύνδρομα νευροπαθητικού πόνου είναι εξουθενωτικές καταστάσεις που απαιτούν ενεργές παρεμβάσεις. Η νευραλγία του τριδύμου ή η μεθερπητική νευραλγία συνιστούν από τις πιο κοινές αιτίες ΣΤΠΠ που επηρεάζουν την καθημερινή δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής των ατόμων. Και ενώ ο πόνος συνιστά την αφορμή για να καταφεύγει ο ασθενής στα ιατρεία πόνου είναι το άγχος, η κατάθλιψη, οι διατροφικές διαταραχές και το σύνολο των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων που έχουν επίσης ανάγκη παρηγορικής φροντίδας.⁵³ Περιπτώσεις στοματικού καρκίνου, επίσης, ο οποίος επηρεάζει σημαντικά απλές, καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς, προκαλούν πόνο και έντονο στρες ιδιαίτερα κατά την περίοδο μέγιστου

πόνου στο στόμα. Οι ασθενείς με στοματικό καρκίνο χρήζουν παρηγορικής και ειδικής οδοντιατρικής φροντίδας, με κύριο στόχο τη βελτίωση ποιότητας ζωής τους. Οι επιπλοκές της ακτινοθεραπείας πρέπει να εξεταστούν διεξοδικά και πρέπει να καταβληθεί κάθε προσπάθεια για την ελαχιστοποίηση της νοσηρότητας στο σημείο, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την εφαρμογή της θεραπείας αυτής.

Λαμβάνοντας υπόψη την υποκειμενική αντίληψη του πόνου, οι κλινικές ή οι φορείς με την ευρεία έννοια που περιγράφηκε ανωτέρω οι οποίοι προσφέρουν θεραπεία πόνου και παρηγορική φροντίδα ακολουθούν μια γενικευμένη αναλγητική προσέγγιση και δευτερευόντως κάποια εναλλακτική θεραπευτική εφαρμογή. Η πρώτη περιλαμβάνει μια 'βήμα-προς-βήμα' διαχείριση του πόνου του ασθενούς, αφού έχει προηγηθεί η σχετική αξιολόγηση και εκτίμηση της κατάστασής του, με την χρήση αντιεπιληπτικών και αντικαταθλιπτικών (γκαμπαπεντίνης και καρβαμαζεπίνης, φαινυτοΐνης και αμιτρυπτιλίνης) και κορτικοστεροειδών, τοπικών αναλγητικών ή αντιεμετικών συνδυαστικά με συμπληρωματικές θεραπείες που περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη και άλλου είδους προσεγγίσεις.⁵⁴

Οι ‘κρυμμένοι ασθενείς’

Η λειτουργία των ιατρείων πόνου, ωστόσο, πρέπει να καλύπτει και ένα επίσης σημαντικό κεφάλαιο και αυτό δεν είναι άλλο από την υποστήριξη της οικογένειας, των φροντιστών και συγγενών του ασθενούς. Παραδοσιακά, η παροχή παρηγορικής φροντίδας επικεντρώνεται σε οικογένειες ογκολογικών ασθενών, η παρεμπόδιση της καθημερινότητας όμως και η έλλειψη λειτουργικότητας σε πολλούς μη-ογκολογικούς ασθενείς καθιστά απαραίτητη την αντιμετώπιση των οικογενειών και των οικείων τους.⁵⁵

Οι οικογένειες των ασθενών που λαμβάνουν παρηγορική φροντίδα επηρεάζονται βαθιά από τις προκλήσεις της ασθένειας. Είναι οι ‘θεματοφύλακες’ της θεραπείας και της φροντίδας που λαμβάνει ο ασθενής, παρέχουν την προβλεπόμενη ή την πλέον δυνατή φροντίδα και θα πρέπει να δέχονται υποστήριξη και συμβουλευτική από επαγγελματίες υγείας. Ο ρόλος τους είναι συχνά καίριος και η παρουσία τους στο πλευρό του ασθενούς συνεχής, γεγονός το οποίο συνεπάγεται πρόσθετο άγχος στην ήδη επιβαρυσμένη τους ψυχολογική κατάσταση. Συναισθήματα όπως λύπη, απόγνωση, ανησυχία ακόμα και ενοχή για την αδυναμία παροχής της βέλτιστης φροντίδας στον ασθενή τους, αλλά και

σωματική κόπωση δύνανται να επηρεάσουν βαθειά την ψυχολογική αλλά και σωματική τους υγεία. Ο όρος ‘κρυμμένοι ασθενείς’ (*‘hidden patients’*)⁵⁶ έχει επινοηθεί για να αναδείξει το μέγεθος ενός προβλήματος το οποίο συχνά υποτιμάται. Τα ιατρεία πόνου είναι απαραίτητο να μπορούν να προσφέρουν στους συγγενείς των ασθενών τους υποστηρικτικά μέσα ως μέρος της ολιστικής και συνολικής προσέγγισης των πρώτων. Ο αντίκτυπος της ασθένειας στην οικογένεια, ζητήματα οικογενειακής επικοινωνίας, οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας αλλά και η σωματική κόπωση που συνοδεύει τη διαρκή φροντίδα του ασθενούς και, εν τέλει, το οικονομικό, σωματικό και ψυχολογικό κόστος της φροντίδας σε επίπεδο οικογένειας (συντρόφων, οικείων, συγγενών ή φροντιστών του ασθενούς) συνιστά μείζον ζήτημα στο οποίο τα ιατρεία πόνου πρέπει να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά.

Τα ιατρεία πόνου στην Ελλάδα

Λαμβάνοντας υπόψη το πλήθος των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από χρόνιο πόνο, αλλά και την πολυμορφία του εμφανιζόμενου πόνου, ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας (μελέτης και θεραπείας του

Πόνου) το 1994 από 25 αναισθησιολόγους οι οποίοι συνέστησαν την Ελληνική Εταιρεία Πόνου. Την ίδια χρονιά η Εταιρεία έγινε επίσημο μέλος (chapter) της IASP και λίγο αργότερα μέλος της EFIC (European Federation of IASP Chapters). Σήμερα αριθμεί περισσότερα από 600 μέλη, κυρίως αναισθησιολόγους, ενισχύοντας παράλληλα τη συνεργασία με ιατρικό προσωπικό και άλλων ειδικοτήτων, στο πλαίσιο της ολιστικής αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου.

Λίγα χρόνια αργότερα, ιδρύθηκε και η Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α). Απευθύνεται σε ογκολογικούς ασθενείς αλλά και σε εκείνους που πάσχουν από χρόνια πόνο μη καρκινικής αιτιολογίας. Στο πλαίσιο της πολυπαραγοντικής και διεπιστημονικής προσέγγισης προωθεί την εφαρμογή πλήθους ειδικών παρεμβατικών τεχνικών ανάλογα, όπως είδαμε νωρίτερα, με την περίπτωση, όπως διηθήσεις, ενδοαρθρικές εγχύσεις, αποκλεισμούς νεύρων, επισκληρίδιους αποκλεισμούς, τοποθετήσεις πλήρως εμφυτευμένων συστημάτων νωτιαίας αναλγησίας, τοποθετήσεις μόνιμων επισκληριδίων καθετήρων, εφαρμογή ραδιοσυχνοτήτων, κεντρική και περιφερική νευροδιέγερση. Σύμφωνα με το καταστατικό της, τα μέλη της περιλαμβάνουν εκτός από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και επαγγελματίες ειδικευμένους στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου,

όπως νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ή φυσιοθεραπευτές. Σε αυτά περιλαμβάνονται και εθελοντές. Παράλληλα, έχει αναπτύξει ένα **ηλεκτρονικό αρχείο καταγραφής ασθενών με νευροπαθητικό πόνο στην Ελλάδα**, το οποίο απευθύνεται σε επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Η συγκεκριμένη πλατφόρμα συνιστά ένα δυναμικό και εύχρηστο διαδικτυακό εργαλείο που απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες οι οποίοι δραστηριοποιούνται στη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Είναι μια προσπάθεια συντονισμένης καταγραφής περιστατικών προκειμένου να υπάρξει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για το νευροπαθητικό πόνο, αλλά και του τρόπου αντιμετώπισής του.

Ιατρεία πόνου ανήκουν σε αναισθησιολογικά τμήματα δημόσιων, αλλά και ιδιωτικών νοσοκομείων παράλληλα με τις ιδιωτικές κλινικές που παρέχουν αντίστοιχο έργο. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας, σήμερα 61 ιατρεία πόνου βρίσκονται εν λειτουργία στις μεγαλύτερες κρατικές νοσοκομειακές δομές μέχρι τον Μάρτιο 2020 με στόχο την ολοκληρωμένη θεραπεία των ασθενών (συνδυασμός φαρμακευτικών, επεμβατικών και εναλλακτικών θεραπειών). Ιατρεία πόνου λειτουργούν στα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Αθήνας (Αρεταίειο, Ιπποκράτειο, Ευαγγελισμός, Αλεξάνδρα, Λαϊκό, Άγιος Σάββας,

Κογριαλέναιο-Μπενάκειο, Γ.Γεννηματάς, Σωτηρία, Θριάσειο, ΚΑΤ, Αγ. Ανάργυροι, Σισμανόγλειο, Αγία Όλγα, Μεταξά, Γ.Ν. Νίκαιας, Τζάνειο, Αττικόν, Ψ.Ν.Α 'Δρομοκαϊτειο'), της Θεσσαλονίκης (ΑΧΕΠΑ, Γ.Γεννηματάς, Θεαγένειο, Ιπποκράτειο, Γ.Παπανικολάου, 424 Γ.Σ.Ν., Άγιος Δημήτριος, Άγιος Παύλος), αλλά και στις μεγαλύτερες πόλεις και κεντρικά σημεία της χώρας (Ιωάννινα, Καρδίτσα, Λάρισα, Βόλος, Τρίκαλα, Αλεξανδρούπολη, Διδυμότειχο, Ξάνθη, Κομοτηνή, Δράμα, Νάουσα, Καβάλα, Κιλκίς, Πτολεμαΐδα, Γιαννιτσά, Κατερίνη, Σέρρες, Φλώρινα, Αίγιο, Πάτρα, Ρίο, Πύργος, Καλαμάτα, Θήβα, Καρπενήσι, Λαμία, Ηράκλειο, Χανιά, Αγ.Νικόλαος, Σύρος, Κέρκυρα, Κως, Χίος).

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει σημαντικό έργο από αμφότερες Εταιρείες αλλά και τα σχετικά ιατρεία τόσο σε δημόσιους όσο και ιδιωτικούς φορείς, η αποτύπωση του έργου σε ασθενείς με νευροπαθητικό ΣΤΠΠ είναι δύσκολο να αποτυπωθεί ελλείψει της απαραίτητης βιβλιογραφίας και επιστημονικής τεκμηρίωσης αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν και επιτελούν το έργο τους τα ιατρεία πόνου.

Συμπέρασμα

Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος συνιστά οντότητα η οποία επηρεάζει σε πολλαπλά επίπεδα την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο νευροπαθητικός Στοματοπροσωπικός Πόνος (ΣΤΠΠ) συνιστά μια ιδιαίτερη και ποικιλόμορφη αλγεινή οντότητα η οποία εκφράζεται με σύνδρομα μεγάλης έντασης και διάχυσης όπως η Νευραλγία Τριδύμου, Γλωσσοφαρυγγική Νευραλγία, η Μεθερπητική Νευραλγία ή μορφές στοματικού καρκίνου, έχοντας σοβαρότατη επίπτωση στη λειτουργικότητα και την καθημερινότητα του ασθενούς. Ιδιαίτερης σημασίας στην ανακούφιση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αναδεικνύονται τα ιατρεία πόνου, τα οποία μπορούν να προσφέρουν μια συνολική προσέγγιση του ΣΤΠΠ πόνου, κατανοώντας παράλληλα τις κοινωνικές, οικονομικές αλλά και ψυχολογικές προεκτάσεις του στον ίδιο τον πάσχοντα όπως επίσης και στους οικείους του που είναι επιφορτισμένοι με την υποστήριξη και φροντίδα του ασθενούς. Οι προσφερόμενες φαρμακευτικές προτάσεις σε συνδυασμό με πιθανές παρεμβατικές τεχνικές μπορούν να επιφέρουν παροδική ανακούφιση για τον ασθενή, αλλά δεν εξαλείφουν την οδύνη. Η ιατρική προσέγγιση απαιτεί συνάμα και υποστήριξη σε ψυχολογικό επίπεδο με

συμπληρωματικές θεραπείες σε αυτό το σύνθετο πλαίσιο. Η εμφάνιση του ΣΤΠΠ στα πλαίσια άλλων συστηματικών παθήσεων ή καρκίνου, καθώς και η πρώτη αντιμετώπισή του από άλλες ειδικότητες (π.χ. οδοντιάτρους ή ογκολόγους) οδηγεί στην υποεκτίμηση της νοσολογικής αυτής οντότητας και πιθανή καθυστέρηση παραπομπής για εξειδικευμένη αντιμετώπιση. Στην Ελλάδα η ύπαρξη ενός μεγάλου αριθμού ιατρικών πόνου, σε δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, είναι ικανή να υποστηρίξει ασθενείς με νευροπαθητικό ΣΤΠΠ και μπορεί με την κατάλληλη οργάνωση και συντονισμό με άλλες ειδικότητες να προσφέρουν στον ασθενή και την οικογένειά του ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας και τη διεπιστημονική ολιστική αντιμετώπιση της ιδιαίτερης αυτής νοσολογικής οντότητας και παρηγορική φροντίδα, όπου αυτή απαιτείται. Καθώς, όμως, δεν υπάρχει επαρκής καταγραφή, τεκμηρίωση ή σχετικές μελέτες περίπτωσης, δεν είναι εμφανής η συνδρομή τους στο έργο της ανακούφισης ασθενών με νευροπαθητικό ΣΤΠΠ, η οποία μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας και μελέτης.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. St. John Smith, E. Advances in understanding nociception and neuropathic pain. *Journal of Neurology* (2018) doi:10.1007/s00415-017-8641-6.
2. Dubin, A. E. & Patapoutian, A. Nociceptors: The sensors of the pain pathway. *Journal of Clinical Investigation* (2010) doi:10.1172/JCI42843.
3. Raffaelli, W. & Arnaudo, E. Pain as a disease: an overview. *J. Pain Res.* **10**, 2003–2008 (2017).
4. Taberner, F. J., Fernández-Ballester, G., Fernández-Carvajal, A. & Ferrer-Montiel, A. TRP channels interaction with lipids and its implications in disease. *Biochimica et Biophysica Acta - Biomembranes* vol. 1848 (2015).
5. Treede, R. D. *et al.* A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* (2015) doi:10.1097/j.pain.000000000000160.
6. Goldberg, D. S. & McGee, S. J. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* (2011) doi:10.1186/1471-2458-11-770.
7. Varrassi, G. *et al.* Pharmacological treatment of chronic pain - the need for CHANGE. *Curr. Med. Res. Opin.* **26**, 1231–1245 (2010).
8. Young, E. E., Lariviere, W. R. & Belfer, I. Genetic basis of pain variability: Recent advances. *Journal of Medical Genetics* (2012) doi:10.1136/jmedgenet-2011-100386.
9. Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B. & Riley, J. L. Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. *Journal of Pain* (2009) doi:10.1016/j.jpain.2008.12.001.
10. Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A. & Failde, I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research* (2016) doi:10.2147/JPR.S105892.

11. Crofford, L. J. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc.* **126**, 167–183 (2015).
12. Sheng, J., Liu, S., Wang, Y., Cui, R. & Zhang, X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plasticity* vol. 2017 (2017).
13. Martel, M. O., Wideman, T. H. & Sullivan, M. J. L. Patients who display protective pain behaviors are viewed as less likable, less dependable, and less likely to return to work. *Pain* (2012) doi:10.1016/j.pain.2012.01.007.
14. Eliav, E. & Gracely, R. H. Measuring and assessing pain. *Orofac. Pain Headache* 45–56 (2008) doi:10.1016/B978-0-7234-3412-2.10003-3.
15. Haefeli, M. & Elfering, A. Pain assessment. *European Spine Journal* (2006) doi:10.1007/s00586-005-1044-x.
16. Lee, H. J. *et al.* Comparative study of verbal rating scale and numerical rating scale to assess postoperative pain intensity in the post anesthesia care unit: A prospective observational cohort study. *Medicine (Baltimore)*. **100**, (2021).
17. Whitten, C. E., Donovan, M. & Cristobal, K. Treating chronic pain: new knowledge, more choices. *Perm. J.* **9**, 9–18 (2005).
18. Vane, J. R. & Botting, R. M. Anti-inflammatory drugs and their mechanism of action. in *Inflammation Research* vol. 47 (1998).
19. Wongrakpanich, S., Wongrakpanich, A., Melhado, K. & Rangaswami, J. A comprehensive review of non-steroidal anti-inflammatory drug use in the elderly. *Aging and Disease* vol. 9 (2018).
20. Challapalli, V., Tremont-Lukats, I. W., Mcnicol, E. D., Lau, J. & Carr, D. B. Systemic administration of local anesthetic agents to relieve neuropathic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* vol. 2017 (2005).
21. Przewlocki, R. & Przewlocka, B. Opioids in Neuropathic Pain. *Curr. Pharm. Des.* **11**, (2005).
22. Madland, G. & Feinmann, C. Chronic facial pain: A multidisciplinary problem. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* vol. 71 (2001).

23. Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S. & Merskey, H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain* **56**, (1994).
24. Romero-Reyes, M. & Uyanik, J. M. Orofacial pain management: Current perspectives. *Journal of Pain Research* vol. 7 (2014).
25. Savage, N. W. & Abetz, L. M. Burning mouth syndrome and psychological disorders. *Aust. Dent. J.* **54**, (2009).
26. Go, J. L., Kim, P. E. & Zee, C. S. The trigeminal nerve. *Semin. Ultrasound CT MRI* **22**, (2001).
27. Lauria, G., Faber, C. G., Merkies, I. S. J. & Waxman, S. G. Diagnosis of neuropathic pain: Challenges and possibilities. *Expert Opinion on Medical Diagnostics* vol. 6 (2012).
28. Gilkey, S. J. & Plaza-Villegas, F. Evaluation and management of orofacial pain. *Journal of the American Academy of Physician Assistants* vol. 30 (2017).
29. Halpern, L. & Willis, P. Orofacial Pain. Pharmacologic Paradigms for Therapeutic Intervention. *Dental Clinics of North America* vol. 60 (2016).
30. Ananthan, S. & Benoliel, R. Chronic orofacial pain. *Journal of Neural Transmission* vol. 127 (2020).
31. Jensen, T. S. *et al.* A new definition of neuropathic pain. *Pain* vol. 152 (2011).
32. Cruccu, G. *et al.* Trigeminal neuralgia: New classification and diagnostic grading for practice and research. *Neurology* vol. 87 (2016).
33. Quail, G. Atypical facial pain: a diagnostic challenge [corrected] [published erratum appears in AUST FAM PHYSICIAN 2005 Sep;34(9):729]. *Aust. Fam. Physician* **34**, (2005).
34. Gambeta, E., Chichorro, J. G. & W. Zamponi, G. Trigeminal neuralgia: An overview from pathophysiology to pharmacological treatments. *Molecular Pain* vol. 16 (2020).
35. Araya, E. I., Claudino, R. F., Piovesan, E. J. & Chichorro, J. G. Trigeminal Neuralgia: Basic and Clinical Aspects. *Curr.*

- Neuropharmacol.* **18**, (2019),
doi:10.2174/1570159x17666191010094350.
36. Rappaport, Z. H. & Devor, M. Trigeminal neuralgia: The role of self-sustaining discharge in the trigeminal ganglion. *Pain* vol. 56 (1994).
 37. Hegarty, A. M. & Zakrzewska, J. M. Differential diagnosis for orofacial pain, including sinusitis, TMD, trigeminal neuralgia. *Dent. Update* **38**, (2011).
 38. Rushton, J. G., Stevens, J. C. & Miller, R. H. Glossopharyngeal (Vagoglossopharyngeal) Neuralgia A Study of 217 Cases. *Arch. Neurol.* **38**, (1981).
 39. Zakrzewska, J. M. Medical management of trigeminal neuropathic pains. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* vol. 11 (2010),
doi:10.1517/14656561003767449.
 40. Kondo, A. Follow-up results of using microvascular decompression for treatment of glossopharyngeal neuralgia. *J. Neurosurg.* **88**, (1998).
 41. Aljanobi, H., Sabharwal, A., Krishnakumar, B. & Kramer, J. M. Is it Sjögren's syndrome or burning mouth syndrome? Distinct pathoses with similar oral symptoms. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* vol. 123 (2017).
 42. Frieling, T. Burning mouth syndrome. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten* (2019) doi:10.1177/204946371100500403.
 43. Coculescu, E. C., Radu, A. & Coculescu, B. I. Burning mouth syndrome: a review on diagnosis and treatment. *Journal of medicine and life* vol. 7 (2014).
 44. Abiko, Y., Matsuoka, H., Chiba, I. & Toyofuku, A. Current evidence on atypical odontalgia: Diagnosis and clinical management. *International Journal of Dentistry* (2012) doi:10.1155/2012/518548.
 45. Takenoshita, M. *et al.* Clinical features of atypical odontalgia; three cases and literature reviews. *Biopsychosoc. Med.* **11**, (2017).
 46. Broggi, G., Ferroli, P., Franzini, A. & Galosi, L. The role of surgery in the treatment of typical and atypical facial pain. *Neurol. Sci.* **26**, (2005).

47. Sampathkumar, P., Drage, L. A. & Martin, D. P. Herpes zoster (Shingles) and postherpetic neuralgia. *Mayo Clinic Proceedings* vol. 84 (2009).
48. Feller, L., Khammissa, R. A. G., Fourie, J., Bouckaert, M. & Lemmer, J. Postherpetic Neuralgia and Trigeminal Neuralgia. *Pain Research and Treatment* vol. 2017 (2017).
49. Shrestha, M. & Chen, A. Modalities in managing postherpetic neuralgia. *Korean Journal of Pain* vol. 31 (2018).
50. Ducic, I. & Felder, J. M. Peripheral nerve surgery for the treatment of postherpetic neuralgia. *Ann. Plast. Surg.* **71**, (2013).
51. Worley, S. L. New directions in the treatment of chronic pain: National pain strategy will guide prevention, management, and research. *P T* **41**, (2016).
52. Bendtsen, L. *et al.* Advances in diagnosis, classification, pathophysiology, and management of trigeminal neuralgia. *The Lancet Neurology* vol. 19 (2020).
53. Bhatnagar, S. & Prabhakar, H. Palliative care beyond oncology! *Indian Journal of Palliative Care* vol. 18 (2012), doi:10.4103/0973-1075.100818.
54. Sholjakova, M., Durnev, V., Kartalov, A. & Kuzmanovska, B. Pain relief as an integral part of the palliative care. *Open Access Maced. J. Med. Sci.* **6**, (2018).
55. *Social Aspects of Care. Social Aspects of Care* (2016). doi:10.1093/med/9780190244132.001.0001.
56. Kristjanson, L. J. & Aoun, S. Palliative care for families: Remembering the hidden patients. *Canadian Journal of Psychiatry* vol. 49 (2004).
57. Ripamonti C.I. Pain management. *Ann. Oncol.* **23**, x294–x301 (2012).
58. Woolf, C. J. What is this thing called pain? *Journal of Clinical Investigation* (2010) doi:10.1172/JCI45178.
59. Colloca, L. *et al.* Neuropathic pain. *Nat. Rev. Dis. Prim.* **3**, (2017).
60. IASP (2010). Diagnosis and Classification of Neuropathic pain. **Vol. XVIII**, (2010).

61. Bridges, D., Thompson, S. W. N. & Rice, A. S. C. Mechanisms of neuropathic pain. *Br. J. Anaesth.* (2001) doi:10.1093/bja/87.1.12.
62. Grichnik, K. P. & Ferrante, F. M. The difference between acute and chronic pain. *Mt. Sinai J. Med.* **58**, 217–220 (1991).
63. J.Pergolizzi *et al.* The development of chronic pain: Physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Current Medical Research and Opinion* (2013).
64. Varrassi, G. *et al.* Pharmacological treatment of chronic pain the need for CHANGE. *Current Medical Research and Opinion* (2010) doi:10.1185/03007991003689175.
65. Kidd, B. L. & Urban, L. A. Mechanisms of inflammatory pain. *Br. J. Anaesth.* **87**, (2001).
66. Urch, C. Normal Pain Transmission. *Rev. Pain* **1**, (2007).
67. George, K. & M Das, J. *Neuroanatomy, Thalamocortical Radiations. StatPearls* (2019).
68. Enna, S. J. & McCarson, K. E. The Role of GABA in the Mediation and Perception of Pain. *Advances in Pharmacology* (2006) doi:10.1016/S1054-3589(06)54001-3.
69. Ossipov, M. H., Dussor, G. O. & Porreca, F. Central modulation of pain. *Journal of Clinical Investigation* (2010) doi:10.1172/JCI43766.
70. Yang, S. & Chang, M. C. Chronic pain: Structural and functional changes in brain structures and associated negative affective states. *International Journal of Molecular Sciences* (2019) doi:10.3390/ijms20133130.
71. Goldberg, D. S. & McGee, S. J. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* **11**, 770 (2011).
72. Turk, D. C., Wilson, H. D. & Cahana, A. Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet* (2011) doi:10.1016/S0140-6736(11)60402-9.
73. World Health Organization. *Programme on mental health: WHOQOL user manual, 2012 revision. World Health Organization* (1998).
74. Paterniani, A. *et al.* Quality of life and disability of chronic non-cancer pain in adults patients attending pain clinics: A prospective, multicenter, observational study. *Appl. Nurs. Res.* **56**, (2020).

75. Freyd, M. The Graphic Rating Scale. *J. Educ. Psychol.* (1923) doi:10.1037/h0074329.
76. World Health Organization. Cancer pain relief : with a guide to opioid availability.
77. Eisenberg, E., River, Y., Shifrin, A. & Krivoy, N. Antiepileptic drugs in the treatment of neuropathic pain. *Drugs* (2007) doi:10.2165/00003495-200767090-00003.
78. Przewlocki, R. & Przewlocka, B. Opioids in Neuropathic Pain. *Curr. Pharm. Des.* (2005) doi:10.2174/1381612054865055.
79. Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S. & Merskey, H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain* (1994) doi:10.1016/0304-3959(94)90167-8.
80. Hegarty, A. M. & Zakrzewska, J. M. Differential diagnosis for orofacial pain, including sinusitis, TMD, trigeminal neuralgia. *Dent. Update* (2011) doi:10.12968/denu.2011.38.6.396.
81. Go, J. L., Kim, P. E. & Zee, C. S. The trigeminal nerve. *Semin. Ultrasound CT MRI* (2001) doi:10.1016/S0887-2171(01)90004-6.
82. Lauria, G., Faber, C. G., Merkies, I. S. J. & Waxman, S. G. Diagnosis of neuropathic pain: Challenges and possibilities. *Expert Opinion on Medical Diagnostics* (2012) doi:10.1517/17530059.2012.661712.
83. De Rossi, S. S. Orofacial pain: A primer. *Dental Clinics of North America* (2013) doi:10.1016/j.cden.2013.04.001.
84. Ananthan, S. & Benoliel, R. Chronic orofacial pain. *Journal of Neural Transmission* (2020) doi:10.1007/s00702-020-02157-3.
85. Scrivani, S. J. & Spierings, E. L. H. Classification and Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Pain. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America* (2016) doi:10.1016/j.coms.2016.04.003.
86. Cruccu, G. *et al.* Trigeminal neuralgia: New classification and diagnostic grading for practice and research. *Neurology* (2016) doi:10.1212/WNL.0000000000002840.
87. Ritenbaugh C, Hammerschlag R, Calabrese C, et al. A pilot whole

- systems clinical trial of traditional Chinese medicine and naturopathic medicine for the treatment of temporomandibular disorders. *J Altern Complement Med.* 2008;14(5):475–487.
88. Majeed, M. H. *et al.* Trigeminal Neuralgia: A Clinical Review for the General Physician. *Cureus* (2018) doi:10.7759/cureus.3750.
 89. Rushton, J. G., Stevens, J. C. & Miller, R. H. Glossopharyngeal (Vagoglossopharyngeal) Neuralgia A Study of 217 Cases. *Arch. Neurol.* (1981) doi:10.1001/archneur.1981.00510040027002.
 90. Jorns, T. P. & Professor Zakrzewska, J. M., Evidence-based approach to the medical management of trigeminal neuralgia, *British Journal of Neurosurgery* Vol. 21 (2007).
 91. Sampathkumar, P., Drage, L. A. & Martin, D. P. Herpes zoster (Shingles) and postherpetic neuralgia. *Mayo Clinic Proceedings* (2009) doi:10.4065/84.3.274.
 92. Ducic, I. & Felder, J. M. Peripheral nerve surgery for the treatment of postherpetic neuralgia. *Ann. Plast. Surg.* (2013) doi:10.1097/SAP.0b013e318273f650.
 93. Pfaffenrath, V. & Dieterich, M. Diagnostik und Therapie des atypischen Gesichtsschmerzes—eine Übersicht. *Der Schmerz* **9**, (1995).
 94. Romero-Reyes, M. & Salvemini, D. Cancer and Orofacial pain. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal* vol. 21 (2016).
 95. Andraka-Christou, B., Rager, J. B., Brown-Podgorski, B., Silverman, R. D. & Watson, D. P. Pain clinic definitions in the medical literature and U.S. state laws: An integrative systematic review and comparison. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy* (2018) doi:10.1186/s13011-018-0153-6.
 96. Attal, N. , Cruccu, G., Haanpää, M., Hansson, P., Jensen, T.S., Nurmikko, T., Sampaio, C., Sindrup, S., Wiffen, P., EFNS Task Force, EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain, *Eur J Neurol.* (2006) Nov;13(11):1153-69, doi: 10.1111/j.1468-1331.2006.01511.x.
 97. Dworkin, R., O'Connor, A., Audette, J., Baron, R., Gourlay, G., Haanpää, M., Kent, J.L., Krane, E., Alyssa A. LeBel, A., Levy, R.,

- Mackey, S., Mayer, J., Miaskowski, C, Raja, S., Rice, A., Schmader, K., Stacey, B., Stanos, S., Treede, R.D., Turk, D., Walco, G., and Wells, C., Recommendations for the Pharmacological Management of Neuropathic Pain: An Overview and Literature Update, *Mayo Clin Proc.* (2010) Mar; 85(3 Suppl): S3-S14., doi: 10.4065/mcp.2009.0649.
98. Sykioti ,P., Zis, P., Vadalouca,A., Siafaka,I., Argyra, E., Bouhassira, D., Stavropoulou, E., Karandreas, N. Validation of the Greek Version of the DN4 Diagnostic Questionnaire for Neuropathic Pain. *Pain Pract.* (2015) doi: 10.1111/papr.12221
99. Freynhagen,R., Baron, R., Gockel, U.& Tölle,T. R. PainDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain, *Current Medical Research and Opinion* (2006) doi.org/10.1185/030079906X132488