



DUREREA

Vol. XIX, Nr. 1 Ianuarie - Martie 2009

ISSN 1220-8752

REVISTA ASOCIAȚIEI ROMÂNE PENTRU STUDIUL DURERII

Comitet editorial

Directori Onorifici

Acad. Prof. Dr. Constantin POPA PhD

Acad. Prof. Dr. Leon DĂNĂILĂ PhD

Editor Șef

Dr. Virgil DINCĂ PhD

Editor fondator

Dr. Lucian SANDU PhD

Consiliul de redacție

Șef. Lucrări Dr. Elena COPACIU PhD

Șef Lucrări Dr. Radu COSTEA PhD

Dr. Iulian HAINĂROSIE

Prof. Dr. Gabriel IACOB PhD

Prof. Dr. Adriana Sarah NICA PhD

Conf. Dr. Cristina PANEA PhD

Prof. Dr. Dana Galieta MINCĂ PhD

Prof. Dr. Adrian STRĂINU CERCEL

Conf. Dr. Ștefan NEAGU PhD

Dr. Cristina Anca TUDOR

**arsd_rasp@yahoo.com
www.arsd.ro**

CUPRINS

**TRATAMENTUL
NEFARMACOLOGIC FIZICAL
AL DURERII CRONICE**

**CEFALEEA ȘI STRUCTURILE
OROMANDIBULARE**

**Publicat și distribuit de
Asociația Română pentru Studiul Durerii
ISSN 1220-8752**

SEDARE DOLOREM OPUS DIVINUM EST

PUBLICAȚIE CREDITATĂ DE C.M.R. CU 5 PUNCTE E.M.C.

**ASOCIAȚIA ROMÂNĂ PENTRU
STUDIUL DURERII**

**Spitalul Universitar București
Spl. Independenței 169, Sector 5
București**

Telefon: 318.05.22 int.150, 215

Fax: 318.05.06

**e-mail: arsd_rasp@yahoo.com
www.arsd.ro**

Consiliu de conducere

Președinte

Șef. Lucr. Dr. Elena COPACIU

Președinte de onoare

Dr. Lucian SANDU

Ex - Președinte

Prof. Dr. Adriana Sarah NICA

Vicepreședinte

Dr. Virgil DINCĂ

Secretar

Dr. Cristina Anca TUDOR

Trezorier

Dr. Iulian HAINĂROȘIE

Consilier

Prof. Dr. Rodica Anghel

Conf. Dr. Ion BURAGA

Prof. Dr. Mircea CİNTEZĂ

Prof. Dr. A. V. CIUREA

Conf. Dr. Florin COSTANDACHE

Șef Lucr. Dr. Ioana GRIGORAȘ

Prof. Dr. Gabriel IACOB

Asist. Univ. Dr. Daniela IONESCU

Dr. Radu LICHIARDOPOL

Conf. Dr. Dumitru MATEI

Dr. Călin NANDRA

Conf. Dr. Ștefan NEAGU

Prof. Dr. Sorin OPRESCU

Conf. Dr. Cristina PANEA

Prof. Dr. Florin POPA

Conf. Dr. Mioara RIZESCU

Prof. Dr. Cercel STREINU

Dr. Virgil SURU

Dr. Eleonora ȘOGĂRESCU

Dr. Cristian TĂNAȘE

Prof. Dr. Florin TUDOȘE

Prof. Dr. Dan TULBURE

Revista "Durerea" a fost introdusă în nomenclatorul Publicațiilor Medicale al Colegiului Medicilor din România fiind inclusă între publicațiile creditate conform Programului Național de Educație Medicală Continuă al CMR,

Asociația Română pentru Studiul Durerii (ARSD) este o asociație nonprofit cu sediul în București, Splaiul Independenței nr. 169, Sector 5, Spitalul Universitar de Urgență - Clinica A.T.I. ARSD a fost fondată în 1991 și are ca scopuri încurajarea studiilor și publicațiilor în domeniul durerii acute și cronice în România. ARSD se adresează medicilor din toate specialitățile dornici să aprofundeze cunoștințele legate de teoriile durerii și să le aplice în practica clinică.

ARSD este filiala IASP (International Association for the Study of Pain) și EFIC (European Federation of Chapters of the International Association for the Study of Pain). ARSD este creditată de Colegiul Medicilor din România ca furnizor de Educație Medicală Continuă.

Toate informațiile legate de condițiile de înscriere în asociație, întâlniri anuale, materiale științifice sunt disponibile pe pagina de internet a ARSD: www.arsd.ro.

Copii gratuite ale acestei reviste sunt distribuite membrilor cotizanți ai ARSD și sunt de asemenea prezente și pe pagina web a ARSD.

**CALENDARUL MANIFESTARILOR ȘTIINȚIFICE
ÎN DOMENIUL DURERII**

- ♦ January 8-9, 2009, Oslo, Norway "Knowledge and Evidence Based Management of Pain," annual meeting of the Norsk smerteforening (IASP Chapter). Info: harald.breivik@medisin.uio.no; Web: www.norsksmerteforening.no
- ♦ January 13, 2009, Yangon, Myanmar Pre-Conference Seminar on Pain sponsored by MSSP, MMA (IASP Chapter) as part of the 55th Myanmar Medical Conference. Info: tinmyint@yangon.net.mm
- ♦ January 28-31, 2009, Honolulu, Hawaii, USA Celebrate the 25th Anniversary of AAMP at the 2009 Annual Meeting of the American Academy of Pain Medicine at the Hilton Hawaiian Village in Honolulu, Hawaii. Info: www.painmed.org
- ♦ February 1-6, 2009, Grindelwald, Switzerland V ESRA (European Society of Regional Anaesthesia & Pain Therapy) Winter Week. Info: esrawinterweek@kenes.com; Web: www.kenes.com/esrawinterweek
- ♦ February 9-13, 2009, Scottsdale, Arizona, USA The 22nd Annual Practicing Physician's Approach to the Difficult Headache Patient. Info: Email: info@dhc-fdn.org; Web: www.dhc-fdn.org
- ♦ February, 21-25, 2009 – Davos, 2nd Pain Winter Meeting, Organised by the Swiss Association for the Study of Pain, the Swiss chapter of the IASP, and the 'Center for Anaesthesia' University College London
- ♦ March, 9-12, 2009 - Parc Hotel, Fribourg, Switzerland, 1st Week for Somatosensory Rehabilitation.
- ♦ March 13-16, 2009, New York, New York, USA, The 5th World Congress for the World Institute of Pain (WIP). Info: Email: wip@kenes.com; Web: www.kenes.com/wip
- ♦ April 17-20, 2009, Nusa Dua, Bali, Indonesia, Joint Meeting: 3rd Congress, Association of Southeast Asian Pain Societies (ASEAPS), and the Special Interest Group on Neuropathic Pain (NeuPSIG, IASP SIG). Info: Email: joint_meeting@yahoo.co.id; Web: www.aseaps2009.net
- ♦ April 22, 2009, Nottingham, United Kingdom, "Vulval Pain Management." Annual one-day meeting of the British Society for the Study of Vulval Diseases (BSSVD). Info: Email: BSSVD@emuevents.co.uk; Web: www.emuevents.co.uk/bssvd09/
- ♦ April 23-25, 2009, Berlin, Germany, The 2nd World Congress of Total Intravenous Anaesthesia is an international forum to coordinate, facilitate and provide high quality and educational presentations in this emerging area of anaesthetic practice promoting new techniques for routine anaesthesia as well as for the rapidly evolving area of conscious sedation. Info: Email: tivatci@kenes.com; Web: www.kenes.com/tiva-tci
- ♦ May 9-11, 2009, Rasht, Iran, 9th Annual Scientific Meeting of Iranian Pain Society (IASP Chapter). Info: Email: iranpain@kavosh.net or info@iranianpainsociety.org; Web: www.iranianpainsociety.org or www.gums.ac.ir
- ♦ May, 7-10, 2009 – Vienna - Austria, 11th Congress of the European Association for Palliative Care. Info: Web: www.eapcnet.org/vienna2009
- ♦ May 27-30, 2009, Quebec City, QC, Canada, 29th Annual Meeting of the Canadian Pain Society (IASP Chapter). Info: Email: ellen@canadianpainsociety.ca; Web: www.canadianpainsociety.ca
- ♦ May 28-31, 2009, Granada, Spain, "1st International Course on Pain Medicine." Info: Email: icpm@icpm.net; Web: www.icpm.net
- ♦ June 4-5, 2009, Chicago, Illinois, USA, "A Global Problem: Cancer Pain from the Laboratory to the Bedside", the 8th IASP Research Symposium.
- ♦ June, 5-7, 2009 London-Loire Valley 4th Travelling Pain Symposium. Info: E-mail: ciaran.wazir@gstt.nhs.uk. Details: www.paincentreatgstt.blogspot.com
- ♦ June 7-11, 2009, Acapulco, Mexico, The 8th International Symposium on Pediatric Pain will take place in Acapulco, Mexico. Info: Web <http://childpain.org/2009acapulco.shtml>.
- ♦ June, 13-20, 2009, University of Siena, Italy, European Pain School 2009, Molecular Mechanisms of Pain Response. Info: E-mail: europeanpainsschool@unisi.it. School website: www.unisi.it/pain-school
- ♦ June, 25, 2009 – Jyrs Hotel – London, 4th International Symposium on Interventional Pain Therapy. Info: Web: www.interventionalpaininstitute.com, e-mail: muhammadather1@aol.com
- ♦ June, 26-27, 2009, 8th UK Hands-on Cadaver Workshop on Interventional Pain Procedures. Info: Web: www.interventionalpaininstitute.com
- ♦ September 9-12, 2009, Lisbon, Portugal, Pain in Europe VI, 6th Congress of the European Federation of IASP Chapters (EFIC). Info: Email: secretary@efic.org; Web: www.efic.org
- ♦ September 9-12, 2009, Salzburg, Austria, The XXVIII Annual ESRA (European Society of Regional Anaesthesia & Pain Therapy) Info: Email: esra2009@kenes.com; Web: www2.kenes.com/esra2009/Pages/Home.aspx
- ♦ September 12-17, 2009, Nairobi, Kenya, 4th All-Africa Anaesthesiologists Congress. Theme: Anaesthesia, Intensive Care and Pain Management in Africa: Present and Future. Info: Email: info@aaackenya2009.org, info@anaesthesiakenya.org, or info-ksa@kenyaweb.com; Web: www.aaackenya2009.org
- ♦ October 1-4, 2009, Sofia, Bulgaria, 5th National Bulgarian Conference of Pain, 2009 Annual Meeting of the Bulgarian Association for the Study and Treatment of Pain (IASP Chapter). Info: Email: kail_medfac@abv.bg or smilov@medfac.acad.bg
- ♦ November 2009 – Sarajevo - Bosnia Herzegovina, National Congress of Udruženje za terapiju bola u BiH (UTB BiH) Info: E-mail: apt_bh@yahoo.de
- ♦ May 27-30, 2010, Athens, Greece Third International Congress on Neuropathic Pain.
- ♦ August 29 – September 3, 2010, Montreal, Canada 13th WORLD CONGRESS ON PAIN®. Palais des Congrès de Montréal.

TRATAMENTUL NEFARMACOLOGIC FIZICAL AL DURERII CRONICE

Dr. L. SANDU, Clinica A.T.I., Spitalul Universitar de Urgență București

Ce este durerea cronică?

Durerea cronică sau durerea persistentă poate fi produsă prin **exces nociceptic (durere nociceptivă)** cum este cea din bolile reumatismale, posttraumatice sau prin **leziuni** sau **disfuncții** nervoase periferice centrale sau mixte (**durere neuropată**) cum ar fi nevralgia herpetică, durerea talamică și cea a membrului fantomă, ș.a.

Durerea cronică se autoântreține și se agravează datorită leziunilor cronice funcționale și organice, prin modificări plastice ce apar în sistemul nervos. Se constată o scădere a activității în ariile primare cerebrale și reducerea numărului de neuroni care sunt înlocuiți cu celule gliale.

Numărul de receptori opioizi este scăzut, iar între unele filete nervoase se stabilesc conexiuni variate, somato-vegetative, ș.a. Pe nervii afectați se constată leziuni grave de demielinizare, titrul produșilor endogeni inhibitori ai nocicepției este scăzut, iar cel al produșilor excitatori este crescut.

Toate aceste leziuni determină o scădere a inhibiției nociceptive descendente care au drept consecințe creșterea intensității durerii, a suferinței fizice și psihice (anxietate și depresie), tulburări cognitive și de comportament cu scăderea capacității de lucru și de adaptare.

Diagnosticul în durerea cronică

Dacă pentru durerea cronică nociceptivă, diagnosticul se face mai ușor, din istoric și examenele clinice și paraclinice clasice multidisciplinare, în durerea cronică neuropată sunt necesare investigații și examene diverse din care foarte importante sunt examinările neurologice și psihice. Testul senzitiv cantitativ (QST)(tabel 1) este foarte important atât pentru stabilirea unui diagnostic foarte corect și pentru realizarea unei terapii mai eficiente cu efecte secundare minime.

Evaluarea durerii

Tabel 1 - Testul senzitiv cantitativ (după Hansson P., 1994)

CANTITATIV	CALITATIV	SPAȚIAL	TEMPORAL
Hipoestezie	alodinie	dezorganizare	latență anormală
Hipoalgezie	parestezie	Iradiere	răspuns anormal post senzație
Hiperestezie	dizestezie		sumație anormală
Hiperalgezie			

De asemenea foarte importante sunt examenele imagistice (TC, RMN, TMC cu emisie de pozitroni), examenele neurochimice și hemodinamice care pot stabili locul exact al leziunilor, gradul de afectare și consecințele clinice.

În cadrul leziunilor cronice este obligatoriu să se stabilească etiologia afecțiunii de bază care ne permite realizarea unei terapii specifice asociată cu cea pentru durere.

Etica în durerea cronică

În examinarea clinică și investigațiile paraclinice necesare stabilirii unui diagnostic și tratament corect la acești pacienți, trebuie să respectăm normele eticii medicale. Comportamentul cadrelor medicale, atitudinea și limbajul trebuie să urmărească încurajarea pacientului și stimularea pozitivă.

Pacientul trebuie să știe ce examinări și manevre se vor face și toate datele legate de tratament: efecte secundare, durată, ritmicitatea aplicării ș.a.

Acceptul pacientului este necesar în cazul aplicării oricărei terapii, iar în cazul tratamentelor agresive se impune avizul scris al acestuia sau al familiei.

Evaluarea durerii cronice

Tratamentul durerii cronice la acești pacienți trebuie făcut urmărind obligatoriu metodele de evaluare a durerii subiectiv-obiective. În cele mai multe cazuri se folosesc scalele simple analog-vizuale, verbale, picturale sau chestionare cu care se urmăresc diverse ținte: starea psihică, recuperarea neuromotorie, stările comportamentale și cognitive, reintegrarea familial-socială. Aceste evaluări și reevaluări standardizate se urmăresc permanent pentru a realiza o conduită terapeutică cât mai eficientă cu efecte secundare minime.

Locul terapiei fizicale în durerea cronică

În tratatele clasice, terapia durerii cronice este împărțită în mare în **terapie farmacologică** și **terapie nefarmacologică**.

Aceasta din urmă este văzută foarte diferit de mulți autori fără a se face și o diferență deosebită între terapia durerii cronice de tip nociceptiv și cea neuropată. Pentru exemplificare vom cita câteva abordări diferite în ceea ce privește metodele ce fac parte din tratamentul nefarmacologic. Într-o lucrare din 1986, în terapia fizică sunt enumerate: termoterapia, masajul și TENS-ul, iar în alta din 1989 sunt citate: vibroterapia, electroterapia, TENS-ul, masajul, mobilizarea, tracțiunile și exercițiile fizice. Într-un tratat clasic profilat pe durere din 1990 în terapia fizică sunt incluse: terapia ortopedică, reabilitarea neuromusculară, acupunctura și TENS-ul. Într-un ghid de tratament al durerii cronice din cancer din 1994 sunt indicate ca metode: tratamentul farmacologic, tratamentul psihologic și fizical, acesta din urmă cuprinzând stimularea cutanată cu cald-rece, masajul, mobilizarea, repausul și tehnici de contrainitație cum sunt: TENS-ul și acupunctura. O lucrare din 2004 include în terapia fizică termoterapia, TENS-ul, acupunctura, intervențiile ortopedice și chiropractice. Un tratat de durere din 2008 include în tratamentul nefarmacologic, care este citat ca terapie complementară, tratamentul psihologic, cognitiv și comportamental, exercițiile fizice și acupunctura.

Aceste abordări diverse care pot crea probleme unor medici cu o experiență mai mică în tratamentul durerii cronice, se datorează în mare măsura faptului că medicii care se ocupă de această terapie au specialități diverse și includ în primul rând, cele mai folosite metode din specialitatea lor.

Considerând că un terapeut trebuie să beneficieze de o prezentare mai precisă a acestor probleme, vom încerca să păstrăm clasificările clasice, pe care le utilizăm și noi, ce pot fi pentru unii specialiști criticabile.

Metodele folosite de noi în tratamentul durerii cronice le împărțim în: **metode farmacologice** în care includem și blocajele nervoase și **metode nefarmacologice** pe care nu le considerăm complementare sau adjuvante cum sunt folosite de unii autori. Aceasta o facem deoarece uneori ele sunt folosite ca terapie de elecție în tratamentul unor dureri cronice cum sunt cele de tip nociceptiv sau la pacienți cu contraindicații la medicația farmacologică clasică. În tratamentul nefarmacologic includem terapia fizică care se poate face cu agenți naturali (balneoterapie) sau artificiali cu agenți mecanici (acupunctură, presopunctură), termici cald-rece, electrice (electroterapia clasică, TENS, PENS, electro-acupunctură, iontoforeză), magnetici, radiații (lumină, laser, ultrascurte, raze X), kinetoterapie, masaj, terapia ocupațională și ergoterapia, terapia ortopedică nechirurgicală (orteze, manipulări). Terapia psihică, chirurgicală și distructivă (chirurgie, chimioliză, radiofrecvență) fac parte și ele din terapia nefarmacologică, dar nu fac obiectul prezentării noastre.

Tratamentul fizical urmărește în primul rând suprimarea sau ameliorarea durerii, care pot fi determinate de boala de bază, complicațiile apărute datorită evoluției leziunilor sau de factorii de comorbiditate. Deoarece în durerea cronică există tulburări grave fizice și psihice, tratamentul trebuie să se adreseze cauzelor ce produc acele suferințe. După Boureau F. (1988) scopul tratamentului ar fi de

scădere a anxietății, suprimarea excesului de nocicepție, terapia afecțiunilor intercurrente, limitarea tulburărilor fizice a unei patologii sechelare și ajutorarea pacienților pentru reintegrarea socială.

Deoarece cea mai frecventă cauză a durerii cronice este de tip musculo-articular (55%) (Bertin P., 2000), terapia fizicală are cea mai mare adresabilitate la acești bolnavi. După Arnet J. și Rusk H. "tratamentul fizical este cheia de boltă a întregii terapii musculo-articulare "

Mannheimer J. S. și Lampe G. H. (1984) în programul de tratament al durerii cronice, folosesc terapia fizicală în primele trei trepte din cele șase aplicate:

1. Medicația analgezică neopioidă în doze uzuale + terapie fizicală
2. Doze crescânde de medicație neopioidă + terapie fizicală
3. Medicație neopioidă + alte medicamente + terapie fizicală

În "piramida terapeutică" din osteoartrită, descrisă de Paveck A. K. (2000) tratamentul nefarmacologic în care este inclusă și terapia fizicală se găsește la baza acestei piramide (Fig. 1)

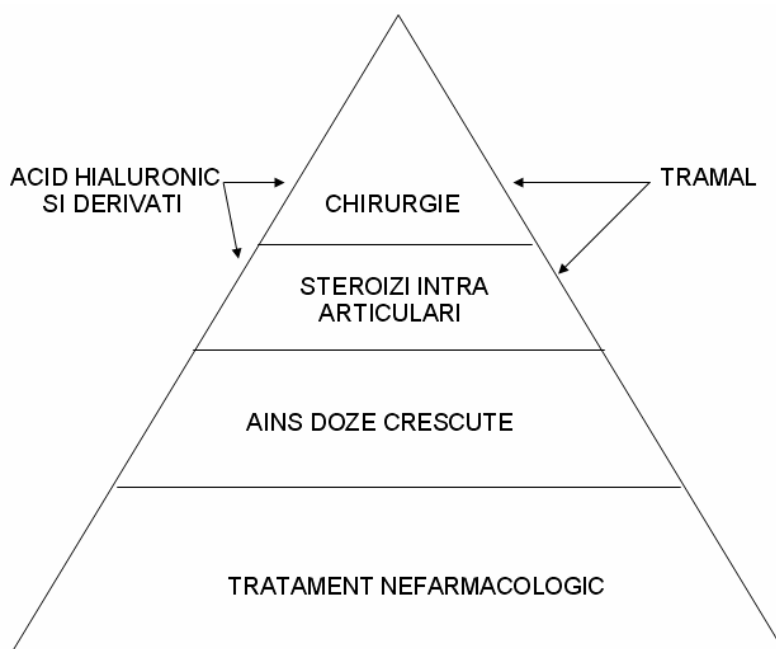


Fig. 1 - Piramida terapeutică în osteoartrită (Paveck A. K.- 2000)

Unii autori (Nițu A., SUA, 2008) cred că tratamentul nefarmacologic trebuie aplicat înaintea celui medicamentos în durerea cronică din fibromialgie. În programul Colegiului American de Reumatologie pentru tratamentul nefarmacologic din osteoartrite sunt prezentate diverse metode multidisciplinare în care este inclusă și terapia fizicală (Tabel 2).

În orice tip de durere cronică țintele terapeutice trebuie să fie disfuncțiile ce pot să apară la nivelul diverselor aparate și organe care pot produce, întreține și agrava durerea. La nivelul aparatului locomotor, durerea poate fi produsă de hipertonii și spasme musculare, atrofii și fibrozări musculare, imobilizări și deformări articulare, limitări de mobilitate sau mobilitate anormală, demineralizări. La nivelul sistemului nervos pot apărea: nevroame, compresiuni, demielinizări, infecții, tumori benigne și maligne, traumatisme, hematoame sau sechele postoperatorii.

Aceste leziuni nervoase pot produce tulburări grave de sensibilitate (Tabel 1), care sunt foarte greu de suportat și tratat. Sistemul cardiocirculator poate da dureri prin leziuni ischemice (compresiuni), vasoconstricție, vasodilatație, edeme, tulburări

trofice. Foarte importante sunt tulburările psihice ce însoțesc aceste dureri: anxietatea, depresia, insomnii, tulburări de comportament.

Tabel 2 – Programul colegiului American de Reumatologie pentru
Tratamentul Nefarmacologic în Osteoartrite.

EDUCAREA PACIENTULUI
PROGRAME DE AUTOEDUCAȚIE (inclusiv de pe internet)
SUSȚINERE SOCIALĂ PERSONALIZATĂ PRIN CONTACT TELEFONIC
SCĂDERE PONDERALĂ LA SUPRAPONDERALI
PROGRAME DE EXERCIȚII AEROBE
TERAPII FIZICE
EXERCIȚII DE ÎNTINDERE
EXERCIȚII DE FORȚĂ
DISPOZITIVE DE ASISTARE A DEPLASĂRII
BANDAJ PATELAR
ÎNCĂLȚĂMINTE ADECVATĂ
TALONETE PENTRU GENU VARUM
BANDAJE ELASTICE
TERAPII OCUPAȚIONALE
PROTEJAREA ARTICULAȚIILOR
DISPOZITIVE DE ASISTARE A ACTIVITĂȚII ZILNICE

Tratamentul fizical trebuie făcut în scop **profilactic**, ce urmărește evitarea agravării stării pacientului și **terapeutic** care trebuie să corecteze sau să suprimă o serie de complicații ce apar în evoluția bolii de bază sau a durerii. În final, metoda urmărește îmbunătățirea calității vieții pacientului cu scopul reintegrării sale sociale.

Tratamentul fizical trebuie făcut **individualizat și etapizat** de către un colectiv de medici specialiști. Se vor respecta cu strictețe indicațiile și contraindicațiile fiecărei metode.

Dacă în durerea cronică nociceptivă musculoarticulară de tip reumatic sau posttraumatic, terapia fizicală reprezintă o metodă de bază, la pacienții neoplazici, în vârstă sau în stare terminală, aceste metode au indicații restrânse. La unii pacienți cu diverse afecțiuni cardiovasculare (hipertensiune arterială, sechele de infarct miocardic sau AVC), digestive (diabet, ulcere, gastrite, afecțiuni hepatice), terapia farmacologică, poate avea contraindicații absolute sau relative, care se poate înlocui cu unele metode din cadrul fizioterapiei ca terapie de elecție sau ca metodă adjuvantă.

Metode fizioterapeutice

Metode naturale – balneoclimatoterapia Din bagajul minimal terapeutic folosit de daci, cel mai important lucru era terapia cu ape, care a fost preluată de romani, de la care ne-a rămas și tabula votivă de la Herculane pe care este scris: "Puterea divină a apelor". Clima, prin factorii naturali legați de lumina, căldura, vânt, umiditate, relief, aerosoli și factorii balneari (ape minerale, lacuri, saline, nămoluri, gaze, plaje) sunt utilizate în serviciile organizate pentru tratamentul pacienților cu dureri cronice. Aici se practică aeroterapia, expunerile la soare, aerosoloterapia, hidroterapia, terapia cu nămol, băi cu ape termale, gazoase (mofete), minerale. Aceste terapii trebuie făcute sub supraveghere medicală, în mod gradat și individualizat. O atenție deosebită se va acorda pacienților cu comorbidități cardiovasculare, respiratorii, digestive, la pacienții vârstnici și la cei cu sechele după infarct miocardic, AVC, ș.a. De cele mai multe ori cura balneară se asociază cu alte metode de terapie fizicală.

Metode cu mijloace artificiale. Metode termice

Căldura, psamoterapia este cea mai veche metodă cunoscută de împachetare cu nisip cald. Căldura se mai poate aplica prin împachetări cu parafină,

comprese calde, vase cu apă, băi, dușuri, aer cald, unde ultrascurte și lasere cu radiații speciale (I.R.), surse luminoase. Efectul terapeutic se datorează acțiunii antialgice, vasodilatatoare, antispastice, relaxante, troficzante și sedative. Acțiunea este locală superficială sau profundă și la distanță. La sursele cu radiații luminoase se discută și activitatea fotochimică.

Frigul Pentru tratamentul durerii se utilizează pachete cu gheață aplicate local, masaj cu pungi de gheață, băi reci, dușuri reci, spray-uri. Acțiunea terapeutică se manifestă prin efectul antialgic, vasoconstrictor și decontractant.

Metode electrice

Electroterapia clasică Sunt utilizați curenți de diverse tipuri: galvanic, de medie frecvență sinusoidală, curenți de frecvență joasă (diadinamici), exponențiali și de tip Nemeș. Prin efectele cunoscute ale curentului electric asupra țesuturilor biologice vii, de electroforeză, ionoforeză și electroosmoză poate determina acțiuni locale și la distanță, de analgezie, vasodilatație, relaxare-contractura musculară, efect trofic și sedativ.

Iontoforeza clasică cu electrozi care generează ioni de hidrogen ce pot produce leziuni cutanate la o utilizare de peste 30 de minute este înlocuită astăzi cu o metodă ce utilizează electrozi de argint ce poate realiza ședințe de peste 3 ore prin care se pot administra transcutan activ anestezice locale, antiinflamatorii nesteroidice, opioide, ș.a.

TENS Odată cu emiterea teoriei "porții" prin care se confirmă existența unui sistem intern opioid și neopioide de inhibiție a durerii, ce poate fi stimulat prin metode de "contrairitare" sau stimulare cutanată, au apărut metode noi de electroterapie transcutană (TENS-transcutaneous electrical nerve stimulation) și internă (medulară, ganglionară, intracerebrală). Totodată s-a putut da o explicație științifică a mecanismului de acțiune a unor metode vechi utilizate curent așa cum sunt acupunctura, electroacupunctura, presopunctura și masajul. TENS-ul folosește curenți impulsionali cu frecvențe joase de tip acupunctural de 1-10 Hz și/sau frecvențe mari de 50-100 Hz de tip TENS. S-a demonstrat că aceste metode acționează prin mecanismele cunoscute ale electroterapiei clasice dar și prin stimularea sistemului de inhibiție internă a durerii prin agenți opioizi și neopioizi. Metoda se aplică ușor, este ieftină și poate fi utilizată în tratamentul ambulator. Aplicarea electrozilor se face pe suprafețe mici la nivel segmentar și heterosegmentar. O variantă a TENS-ului este utilizarea de ace de acupunctură care se aplică după principiul TENS. Metoda folosită, numită PENS (percutaneous electrical nerve stimulation), are eficiență cu 20% mai mare decât TENS-ul. În utilizarea ambelor metode se vor lua în considerație contraindicațiile cunoscute.

Electroacupunctura Metoda utilizează conceptul acupunctural, de corectare a disfuncțiilor sistemului energetic al organismului, prin înțeparea cu ace speciale în anumite puncte cutanate la care se suprapune efectul cunoscut al curentului electric.

Alte metode Sunt metode derivate din efectele secundare ale curentului electric.

Magnetodiafluxul, folosește câmpuri electromagnetice, ritmice și aritmice de 50-100Hz, care pot produce analgezie, vasodilatație și sedare. Ultrasunetele acționează direct prin căldura profundă ce o produc determinând analgezie, miorelaxare, sedare și indirect prin sonoforeză. Radiațiile luminoase naturale (helioterapie) sau cele artificiale (lumina polarizată, radiații infraroșii, ultraviolete) produc vasodilatație, sedare, miorelaxare și efecte metabolice.

Radiația ultravioletă are efect antirahitic. Terapia cu raze X se utilizează mai rar în doze antiinflamatorii de 50-150rad/ședință.

Metode mecanice de stimulare cutanată

Acupunctura este o tehnică milenară de tratare a diverselor afecțiuni inclusiv a durerii prin înțeparea cutanată și a țesuturilor subiacente cu ace de diverse materiale sau prin stimulare termică (moxa). Metoda face parte din tehnicile vechi de stimulare cutanată cum sunt: scarificarea, cauterizarea și masajul.

Presopunctura (micromasajul) se face după principiile acupuncturii prin compresii manuale ale unor puncte sau zone cutanate în diverse segmente ale corpului.

Vibrațiile mecanice, metoda de stimulare cutanată în anumite zone corporale cu vibratoare mecanice care realizează frecvențe până la 200 Hz. Principiile de aplicare și rezultatele terapeutice sunt asemănătoare cu cele din TENS.

Masajul cu gheață se face cu pungi mici de gheață pe suprafețe cutanate mici în diverse segmente ale corpului. Metoda îmbină acțiunea termică cu cea de compresie mecanică având un efect terapeutic mai bun decât dacă s-ar utiliza cele două tehnici separat.

Kinetoterapie Un vechi proverb spunea ca "mișcarea este viață", iar terapia prin mișcare se practică de peste 5000 de ani. Specialiștii (Sbenghie T.) ne atrag atenția că în kinetoterapie nu se încadrează tratamentele cu mijloace fizice, masajul și gimnastica medicală. În cadrul tratamentului nefarmacologic, kinetoterapia reprezintă 70% ca importanță din metodele terapiei fizicale (Nichols P.J.). Kinetoterapia se face cu scop profilactic, terapeutic și de recuperare. Metoda se aplică în etape care urmăresc: examinarea pacienților, evidențierea tulburărilor musculoarticulare și alegerea metodelor de tratament adecvat. În examenul specific metodei se face testarea musculară, bilanțul articulațiilor, a coloanei vertebrale și evaluarea posturii.

Tehnicile folosite pot fi akinetice (imobilizare, postură) și kinetice statice și dinamice. Realizarea lor se face cu mijloace manuale (manipulări, tracțiuni), mecanice (scripeți), hidroterapie sau gimnastică aerobică sau terapeutică. Prin aceste metode se urmărește realizarea unei bune relaxări musculare, corectarea posturilor, alinierea coloanei, creșterea mobilității articulare și a forței musculare, corectarea mișcărilor și a deficitelor, creșterea eficienței respiratorii și a rezistenței la efort, care determină corectarea deficitelor fizice, a tulburărilor psihice, a dizabilităților pentru realizarea unei integrări sociale cât mai eficientă a pacienților cu dureri cronice de diverse cauze.

Manevrele ortopedice nechirurgicale sunt de multe ori indispensabile și constau în tracțiuni, reduceri, imobilizări articulare, aplicații osteopate și utilizarea unor dispozitive de asistare a activității zilnice (orteze).

Terapia ocupațională și ergoterapia Aceste metode ar constitui veriga de legătură între celelalte metode kinetoterapeutice și reintegrarea socială a pacientului. Terapia ocupațională folosește activități ușoare, atractive și distractiv-recreative care se fac sub indicații speciale și sunt atent supravegheate, aplicabile la orice vârstă (Popescu A.A., 1986). Ergoterapia se face prin activități ușoare, dirijate, supravegheate și limitate ca durată și intensitate, cu scop terapeutic. Cele două metode au rolul de a crește moralul pacientului, a puterii de adaptare pentru realizarea unei restaurări și recuperări funcționale și organice cât mai bună pentru o reintegrare socială ușoară.

Masajul Tehnica de masaj este o entitate separată care se folosește încă din cele mai vechi timpuri. Prin masaj manual se produce o activare a circulației, o relaxare-tonifiere musculară și o activare a refacerii răspunsurilor reflexe care duc la o ameliorare a durerii și o sedare psihică. În tratamentul durerii cronice sunt utilizate toate tipurile de manevre principale și secundare adaptate la fiecare caz. Prin vibrație și netezire se obține o relaxare-sedere iar prin manevrele de frământare, tapotare și fricțiune se realizează o tonifiere a musculaturii. La unele cazuri se pot aplica manevrele secundare de rulare sau tracțiune. În general se folosește masajul pe segmentele afectate, durata și numărul de ședințe fiind adaptate fiecărui caz.

Tratamentul este făcut de maseuri specializați în colaborare cu alți specialiști după programe speciale în care durerea este evaluată și reevaluată permanent. Pentru creșterea eficienței, metoda se poate asocia cu alte tratamente nefarmacologice și farmacologice. Gradul de aplicare al metodei trebuie urmărit cu acuratețe în special la pacienții fragili, în vârstă și cu comorbidități.

Particularități în aplicarea terapiei fizicale la pacienți cu durere cronică

Pacienții vârstnici Toate metodele folosite în terapia fizicală se pot aplica și la anumiți pacienți vârstnici la care trebuie să se țină cont de starea fizică și psihică, comorbidități și tipul de durere nociceptiv sau neuropat. În cursul programului terapia se va face individualizat, gradat, în ședințe cu durată mai scurtă și intensitate mai mică, urmărindu-se permanent starea generală și răspunsul la tratament. La acești pacienți, de obicei, programele cuprind metode mixte, farmacologice, fizicale, psihologice și sociale, care sunt urmărite de diverși specialiști împreună cu un specialist geriatru. Înainte de aplicarea programului se face o evaluare a stării fizice, dizabilității și a statusului mental. Cel mai frecvent se folosesc metode pasive aplicate cu blândețe, dar și metode active folosite gradat. Pentru evitarea unor complicații se va ține cont și de contraindicațiile absolute și relative ale tehnicilor folosite.

Copii Se pot utiliza toate metodele cunoscute, adaptate la vârsta copilului și starea generală. Limbajul și comportamentul colectivului de lucru trebuie să fie adaptat la vârsta și cunoștințele copilului. Se vor combina metodele de fizioterapie cu jocuri distractive, hobby-uri și alte metode ce pot ajuta la o reintegrare socială a copilului. Programele de tratament sunt făcute de echipe de specialiști în domeniu și pediatrii care evaluează permanent evoluția durerii și a gradului de recuperare a copilului.

Pacienții din medicina paliativă Metodele fizicale se pot aplica individualizat alături de tratamentul farmacologic, în funcție de gradul de afectare a pacientului și de durata de supraviețuire. În literatura de specialitate sunt citate cele mai folosite metode, aplicațiile termice, masajul ușor, TENS-ul și acupunctura. Tratamentul se poate face într-un serviciu organizat sau la domiciliu sub îndrumarea unui specialist în îngrijiri paliative.

CEFALEEA ȘI STRUCTURILE OROMANDIBULARE

F. Popovici¹, A. Roceanu², F. Antochi², O. Băjenaru²

¹ UMF "Carol Davila" – Catedra de chirurgie buco-maxilo-facială

² Spitalul Universitar de Urgență București – Clinica de Neurologie

În mod tradițional, la nivelul extremității cefalice se consideră **linia oculotragus** ca fiind o demarcație artificială între tipul de patologie tratată de neurolog (patologie aflată deasupra liniei) și tipul de patologie aflată în atenția stomatologului (aflată dedesubtul liniei).

Relația dintre cefalee și structurile oromandibulare poate fi privită sub două aspecte:

I) durerea își are originea în structurile orofaciale și este referită la nivelul extremității cefalice;

II) cefaleea este percepută la nivelul structurilor oromandibulare.

Cea de a II-a Clasificare Internațională a Cefaleelor (2003) identifică două mari grupe de cefalee (ICHD-II):

- **cefalee primare** (categoriile 1-4) neasociate cu o leziune cerebrală structurală, acestea fiind reprezentate de: migrenă, cefaleea de tip tensional, cefaleea cluster și diverse alte cefalalgii nelezionale și
- **cefalee atribuite (secundare)** (categoriile 5-13) care sunt asociate cu o leziune patologică subiacentă (variații ale presiunii LCR, tumori cerebrale, afecțiuni cerebrovasculare, tulburări ale homeostaziei, ingestie de diferite toxice, infecții intracraniene sau sistemice, afecțiuni ale feței și gâtului, precum și nevralgii craniene). Ultima categorie (14) cuprinde cefaleele neclasificate în alt loc sau nespecifice.

I) DUREREA ÎSI ARE ORIGINEA ÎN STRUCTURILE OROFACIALE ȘI ESTE REFERITĂ LA NIVELUL EXTREMITĂȚII CEFALICE;

În cadrul cefaleelor atribuite sunt încadrate și cefaleea sau durerea facială atribuită patologiei craniului, gâtului, globilor oculari, nasului, urechilor, sinusurilor, dinților, cavității bucale sau altor structuri faciale sau craniene - cu mai multe subcategorii prezentate mai jos (tabel 1).

Tabel 1 - Cefaleea sau durerea facială atribuită patologiei craniului, gâtului, globilor oculari, nasului, urechilor, sinusurilor, dinților, cavității bucale sau altor structuri faciale sau craniene (ICHD-II)

11.	[G44.84]	Cefaleea sau durerea facială atribuită patologiei craniului, gâtului, globilor oculari, nasului, urechilor, sinusurilor, dinților, cavității bucale sau altor structuri faciale sau craniene
11.1	[G44.840]	Cefaleea atribuită <i>afecțiunilor oaselor craniului</i> [M80-M89.8]
11.2	[G44.941]	Cefaleea atribuită <i>afecțiunilor cervicale</i> [M99]
11.2.1	[G44.841]	Cefaleea cervicogenică [M99]
11.2.2	[G44.842]	Cefalee atribuită tendinitei retrofaringeale [M79.8]
11.2.3	[G44.841]	Cefalee atribuită distoniei craniocervicale [G24]
11.3	[G44.843]	Cefaleea atribuită <i>afecțiunilor oculare</i>
11.3.1	[G44.843]	Cefaleea atribuită glaucomului acut [H40]
11.3.2	[G44.844]	Cefaleea atribuită viciilor de refracție [H52]
11.3.3	[G44.843]	Cefaleea atribuită heteroforiei sau heterotropiei (strabism latent sau manifest) [H50.3-50.5]
11.3.4	[G44.844]	Cefaleea atribuită afecțiunilor oculare inflamatorii [cod pentru a specifica etiologia]
11.4	[G44.884]	Cefaleea atribuită <i>afecțiunilor urechii</i> [H60-H95]
11.5	[G44.844]	Cefaleea atribuită <i>rhinosinuzitei</i> [J01]
11.6	[G44.846]	Cefaleea atribuită afecțiunilor <i>dinților, maxilarelor</i> sau structurilor adiacente [K00-K14]
11.7	[G44.846]	Cefaleea atribuită afecțiunilor <i>articulației temporo-mandibulare</i> [K07.6]
11.8	[G44.84]	Cefaleea atribuită altor patologii ale craniului, gâtului, globilor oculari, nasului, urechilor, sinusurilor, dinților, cavității bucale sau altor structuri faciale sau craniene [cod pentru a specifica etiologia]

CEFALEEA ATRIBUITĂ AFECȚIUNILOR DINȚILOR, MAXILARELOR ȘI STRUCTURILOR ADIACENTE

Afecțiunile dentare reprezintă rareori cauza specifică de apariție a cefaleei, de cele mai multe ori acestea fiind legate de apariția durerii faciale.

Cefaleea poate fi atribuită *afecțiunilor dinților, maxilarelor* - caz în care cefaleea este mai severă noaptea, are caracter pulsatil și se asociază cu sensibilitate locală a rădăcinii dintelui la cald, la rece sau la presiune.

Durerea dento-parodontală reprezintă cea mai frecventă durere din teritoriul oro-maxilo-facial. Durerea parodontală este de tip somatic profund, parodontiul fiind bogat în proprioceptori, și se aseamănă cu durerea provenită de la mușchi, oase și articulații. Ea poate fi localizată cu destulă precizie, anamneza, inspecția, palparea și percuția fiind de folos în diagnostic. Spre deosebire de durerea de origine pulpară dentară, durerea parodontală nu este influențată de stimuli termici.

Durerea odontogenă poate fi mai greu localizată, pulpa dentară conținând mai puțini receptori ce transmit durerea spre nucleul trigeminal. Caracteristica principală este iradierea, inițial la dinții vecini, urmând întreaga hemiarcadă, regiunea geniană sau temporală și se poate asocia cu fenomene vegetative (lăcrimare sau congestie nazală). Tratamentul constă în rezolvarea problemelor odontogene.

Cefalee atribuită patologiilor dinților, maxilarelor sau structurilor legate de ele – criterii de diagnostic (ICHD-II):

- A. Cefalee însoțită de durere dentară și/sau a maxilarelor și care corespunde criteriilor C și D
- B. Evidențierea unei patologii dentare, a maxilarelor sau a structurilor legate de ele
- C. Cefaleea și durerea dentară și/sau maxilare se dezvoltă în relație temporală strânsă cu patologia cauzală
- D. Cefaleea și durerea dentară și/sau a maxilarelor se remite în 3 luni după tratamentul cu succes al leziunii cauzale.

Inflamațiile dentogene sunt cele mai frecvente cauze de apariție a durerii mandibulare și faciale. Afecțiunile dentare pot fi clasificate ca pulpare sau periodontale.

Durerea pulpară poate surveni atât în *pulpita ireversibilă* în care apare necroza țesutului pulpal și este necesar tratamentul rădăcinii și a canalului dentar, cât și în *pulpita reversibilă* în care inflamația a atins un punct la care prin eliminarea cauzei (de exemplu a cariei dentare) țesutul pulpar revine la normal.

Afecțiunile periodontale implică structurile de suport ale dintelui: osul, ligamentul periodontal și cementul. Inflamația acestor structuri provoacă durere și edem local, de asemenea poate apărea cefalee ca durere referită.

Dintre posibilele afecțiuni dentare inflamatorii cauzatoare de cefalee sunt parodontita, inflamațiile periapicale, osteomiелita maxilarului și osteita.

Cea mai frecventă cauză de cefalee atribuită patologiei dentare este periodontita sau pericoronarita ca rezultat al infecției sau iritației posttraumatice în jurul unui molar de minte inferior parțial rupt.

Alte cauze posibile de algiei faciale și cefalee sunt fragmente de rădăcină impactate în mandibulă, retenție dentară, chiste mandibulare induse de inflamație, sinuzită odontogenă.

Iritația dentală traumatică, în special traumatismul dental anterior, fracturi ale mandibulei, ale maxilarului superior, ale etajului mijlociu al feței sau traumatismul părților moi poate determina apariția algiei faciale sau a cefaleei.

Cefaleea determinată de structurile oromandibulare trebuie **diferențiată de cefaleea de cauze centrale**, precum durerea facială idiopatică persistentă și sindromul "gurii arzânde".

► **durerea facială idiopatică persistentă** (termen utilizat anterior: durerea facială atipică) - este o durere facială persistentă ce nu are caracteristici de nevralgii craniene și nu este atribuită altor afecțiuni.

Durerea se localizează în regiunea plicii nasolabiale sau pe o parte a bărbiei și poate difuza la nivelul maxilarului superior, mandibulei sau la nivelul gâtului.

Durerea poate fi inițiată de o intervenție chirurgicală sau o leziune a feței, dinților sau gingiilor, dar persistă fără o cauză locală demonstrabilă.

Durerea facială idiopatică persistentă – criterii de diagnostic (ICHD-II):

- A. Durerea facială este prezentă zilnic și persistă toată ziua sau cea mai mare parte a ei și corespunde criteriilor B și C
- B. Durerea este limitată la o zonă pe o parte a feței, este profundă și imprecis localizată
- C. Durerea nu este asociată cu scăderea sensibilității sau cu alte semne fizice de afectare
- D. Investigațiile de laborator, inclusiv radiografia facială nu depistează anomalii relevante

► **sindromul "gurii arzânde"** – este definit de senzația de arsură intrabucală pentru care nu s-a găsit o cauză medicală sau dentară. Durerea poate fi limitată la limbă (glosodinie) și poate fi asociată cu xerostomie, parestezii, alterarea gustului.

Sindromul "gurii arzânde" – criterii de diagnostic (ICHD-II):

- A. Durerea intrabucală este prezentă zilnic și persistă pentru cea mai mare parte a zilei
- B. Mucoasa bucală este normală
- C. Au fost excluse alte afecțiuni locale sau sistemice.

CEFALEEA ATRIBUITĂ PATOLOGIEI ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE

Durerea craniofacială este frecvent întâlnită în *disfuncția articulației temporomandibulară (sindrom Costen)* determinată de malocluzia dentară congenitală sau dobândită. Disfuncția temporo-mandibulară poate precipita la rândul său apariția cefaleei cu caracter tensional sau migrenos.

Descrisă în 1934 de către James Costen reprezintă cea de a doua cauză de durere oro-facială după durerea dentară. Este o formă de durere cranio-facială ce apare ca urmare a unei disfuncții a articulației temporo-mandibulare. Academia Americana de Durere Orofacială recomandă termenul de Disfuncție Temporo-Mandibulară (DTM) malocluzia ce era incriminată inițial în apariția sindromului nefiind unanim recunoscută ca factor cauzal.

Cefaleea atribuită patologiei temporo-mandibulare este frecvent întâlnită, având drept cauze următoarele afecțiuni: osteoartrita, deplasarea discului în articulația temporo-mandibulară, hipermobilitatea articulară, artrita reumatoidă.

Durerea este localizată preauricular, cu iradiere temporal și la față și este precipitată de mișcările de masticatie. Durerea se însoțește de sensibilitate la palparea articulației, deschiderea redusă a maxilarului care este însoțită de crepitații.

Radiografia, examenul RMN și scintigrafia osoasă demonstrează afectarea articulației.

Diagnosticul diferențial se face cu: carotidinia, dureri de cauză dentară, fenomene miotonice la nivelul musculaturii masticatorii, infecții otice, sindrom Ernst (afectarea ligamentului stilomaxilar).

Cefaleea sau durerea facială atribuită patologiei articulației temporo-mandibulare - criterii de diagnostic (ICHD-II):

- A. Durere recurentă în una sau mai multe regiuni ale capului și/sau feței și care corespunde criteriilor C și D
- B. Examenul radiologic, RMN și/sau scintigrafia osoasă demonstrează afectarea articulației temporomandibulare
- C. Evidențierea faptului că durerea poate fi atribuită afecțiunilor articulației temporomandibulare, bazată pe cel puțin una din următoarele:
 1. durerea este precipitată de mișcările mandibulei și/sau masticatia alimentelor dure sau tari
 2. deschiderea mandibulei este redusă și neregulată
 3. apariția unui sunet în timpul mișcărilor de deschidere a mandibulei.
- D. Cefaleea se remite în 3 luni după remisiunea sau tratamentul cu succes al leziunii cauzale.

Articulația temporomandibulară este o articulație sinovială diartroidială care se caracterizează prin prezența a două compartimente separate de un disc fibros. Mișcările în articulație sunt atât de tip rotațional cât și translațional. 25 mm la deschiderea cavității bucale implică rotația condilului în interiorul fosei. Următorii 25 mm de deschidere a cavității bucale implică translația complexului disc condil de-a lungul eminenței articulare.

Disfuncția temporo-mandibulară se clasifică în două mari clase:

- de cauză articulară (artrogenică)
- de cauză musculară (miogenică).

Simptomatologia constă în durere, cracmente articulare, limitări ale deschiderii gurii, cefalee, otalgie. Durerea de obicei este preauriculară, asociată cu masticția, iradiată la nivelul craniului. În disfuncția de cauză musculară durerea este bilaterală, spre deosebire de cea de cauză articulară în care durerea apare la nivelul articulației lezate.

DTM de *cauză articulară* are ca etiologie deplasarea discului articular, dislocarea cronică recurentă discală, tulburări articulare degenerative, anchiloza, infecții sau neoplazia.

DTM de *cauză musculară* este cea mai frecventă. În forma ei pură, nu prezintă modificări radiologice ale articulației temporo-mandibulare și poate avea mai multe etiologii, cum ar fi bruxismul, sau încheștarea dinților în timpul zilei la persoanele stresate sau anxioase. Cauza simptomatologiei (durere, jenă, spasme ale mușchilor masticatori) o reprezintă hiperactivitatea musculară și disfuncții datorate malocluziei. Factorii psihologici pot juca un rol important.

Conform ipotezei durerii miofasciale, un factor local mecanic sau un factor chimic determină sensibilizarea locală a nociceptorilor periferici, determinând un input nociceptiv sporit de la nivel periferic. La subiecții predispuși genetic, input-ul periferic prelungit și continuu determină sensibilizarea centrală la nivelul cornului dorsal spinal sau la nivel trigeminal. Astfel, **ipoteza sensibilizării centrale** - care a fost confirmată pe studii pe modele animale și indirect pe subiecți umani cu fibromialgie sau cefalee de tip tensional de tip cronic - poate explica durerea cronică refractară la tratament în cazul acestor pacienți.

Tratamentul DTM are la bază mijloace non-farmacologice, farmacologice și chirurgicale.

a) Tratamentul non-farmacologic vizează:

- educarea și informarea pacientului cu explicarea diagnosticului și a mecanismelor de apariție a durerii,
- intervenții cognitiv-comportamentale individualizate pacientului,
- terapia fizică și
- terapia ocluzală.

Terapia fizică are ca scop reducerea durerii și restaurarea funcționalității normale a articulației prin intervenție la nivelul inputului senzorial prin reducerea inflamației; scăderea, coordonarea activității musculare și promovarea regenerării tisulare.

Gutierele ocluzale autorepoziționante sunt cele mai folosite. O ameliorare a durerii s-a constatat la 70-80% din pacienții ce au folosit gutierele. În cazurile acute gutierele se poartă 24 de ore pe zi, timp de mai multe luni, pe măsură ce simptomatologia cedează urmând a fi purtate doar noaptea.

b) Tratamentul farmacologic

Tratamentul constă în administrarea de antiinflamatorii nesteroidiene, miorelaxante, antidepresive triciclice. În ultimii ani s-au folosit injecții cu toxină botulinică, rezultatele fiind favorabile în special la DTM asociate cu hiperactivitate masticatorie.

c) Tratamentul chirurgical se adresează DTM de cauză articulară, și constă în artrocenteze, chirurgie artroscopică și mai rar chirurgie prin deschiderea articulației.

II) CEFALEEA ESTE PERCEPUTĂ LA NIVELUL STRUCTURILOR OROMANDIBULARE.

Clinicianul se confruntă uneori cu situația în care pacientul acuză durere la nivelul structurilor oromandibulare, fără ca să existe o cauză locală evidențiable.

Pentru a evita proceduri chirurgicale dificile și fără justificare, clinicianul trebuie să ia în considerare și situația în care cefaleele frecvent întâlnite în practică își au sediul în jumătatea inferioară a feței.

Migrena poate fi descrisă uneori ca o algie facială (Lovshin). Moncada și Graff-Radford au descris un caz de migrenă precipitată de exercițiul fizic care se prezenta ca o durere dentară, pacientul fiind tratat cu succes cu indometacin.

Cefaleea de tip **"cluster"** se poate prezenta uneori ca o durere la nivelul regiunii oro-mandibulare, la nivel dentar sau la nivelul mandibulei (Brook), caz în care trebuie evitate tratamentele dentare inutile.

Delchano și Graff-Radford au descris 2 pacienți cu **hemicranie paroxistică cronică** care prezentau durere în special la nivel dentar dar care iradia în regiunea maxilotemporală a feței, ambii pacienți beneficiind de tratamentul cu indometacin.

Nevralgia trigeminală a fost frecvent diagnosticată eronat ca durere dentară. Nevralgia pretrigeminală este mai probabil să fie diagnosticată eronat având în vedere prezentarea sa ca o durere asemănătoare durerii dentare, durerea fiind mai persistentă și frecvent cu un caracter apăsător, de arsură.

Nevralgia pre-trigeminala este o algie continua, apăsătoare, ca o arsură la nivelul maxilarului inferior. Poate fi provocată de presiune la nivelul feței sau a cavității bucale și poate evolua spre o nevralgie trigeminală pură. Reprezintă o durere prodromală ca o algie dentara sau durere de tip sinusal care durează până la câteva ore, uneori precipitată de mișcările mandibulei sau de consumul de lichide calde sau reci.

Nevralgia trigeminală tipică se dezvoltă într-un interval de la câteva zile până la 12 ani mai târziu, în toate cazurile fiind afectată aceeași diviziune a nervului trigemen.

Având caractere clinice nespecifice prezența nevralgiei pre-trigeminala conduce la o evaluare orofacială complexa a pacientului. Pacienții cu nevralgie pre-trigeminală pot deveni "pain-free" sub tratament cu carbamazepină sau baclofen. Recunoașterea nevralgiei pre-trigeminala face posibilă ameliorarea durerii pe cale medicamentoasă evitându-se astfel procedee dentare ireversibile.

Concluzie:

Disfuncția articulației temporo-mandibulare poate fi un factor agravant pentru cefalee (de tip tensional, cefaleea migrenoasă, etc) și poate fi considerată cauza cefaleei numai atunci când există semne și simptome clinice care indică implicarea sistemului masticator.

Întrucât cefalee reprezintă o sursă majoră de suferință și absenteism la locul de muncă, rămâne de investigat în continuare relația dintre cefalee și structurile orofaciale, prin studii epidemiologice care să evidențieze tipul de relație cauzală sau datorată coincidenței.

Bibliografie :

1. Brook RI. Periodic migrainous neuralgia: a cause of dental pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978; 46: 511-515
2. Burlibasa C: Chirurgie orală și maxilofacială, Editura medicala, Bucuresti, 1999
3. Costen JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of temporomandibular joint. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1934; 43 : 1-7
4. Delchano R, Graff-Radford SB. Chronic paroxysmal hemicrania presenting as toothache. *Journal of Orofacial Pain* 1993; 75:579-582
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society - "The International Classification of Headache Disorders, 2th Edition" - *Cephalalgia* 2004, 24 (Suppl.1):1-150
6. John H Noseworthy: Neurological Therapeutics Principles and Practice, ediția a doua, Informa Healthcare, pag 211-223, 2006
7. Lovshin LL. Carotidodynia. *Headache*, 1977;17 : 192-195
8. Moncada E, Graff-Radford SB. Cough headache presenting as a toothache: a case presentation. *Headache* 1993; 33: 240-243
9. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA - The headaches, second edition, Lippincot Williams&Wilkins, USA, 2000
10. Peatfield R, Dodick DW: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. În *Headaches*, ediția a doua, Health Press, Oxford, UK, 2003
11. Rapoport A, Sheftel F, Tepper S: Conquering headache, ediția a treia, Empowering Press, 2001
12. Roceanu A, Băjenaru B: Diagnosticul și tratamentul cefaleelor, Amaltea, București, 2005
13. Ropper AH, Brown RH: Adams and Victor's Principles of Neurology, ediția a doua, McGraw-Hill, 2005
14. Roseman DM: Carotidynia, *Arch Otolaryngology*, 85:103, 1967
15. Samuels MA: Manual of Neurologic Therapeutics, ediția a șaptea, Lippincott Williams&Wilkins, 2004

Reamintim membrilor asociației că plata cotizației pe anul 2009 se face prin depunerea în contul RO21RNCB5030000020880001/ROL BCR sector 3 București, a unei sume de 35 lei. Cod Fiscal 5466568. Vă rugăm să trimiteți confirmarea plății la adresa de mai jos. Doar membrii care plătesc cotizația beneficiază, pe baza unei liste, de punctajul EMC acordat de CMR.

Membrii asociației sunt rugați să verifice pe site-ul ARSD www.arsd.ro dacă figurează în baza de date a asociației.

ADRESA PENTRU INFORMAȚII - CORESPONDENȚĂ:

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ PENTRU STUDIUL DURERII
Spitalul Universitar de Urgență București
(Clinica ATI, Dr. Virgil Dincă)
Splaiul Independenței 169, Sector 5
București
E-mail: arsd_rasp@yahoo.com
www.arsd.ro
Telefon: 318.05.22 int.150, 215 Fax: 318.05.06
Cont bancar B.C.R. Sector 3, București
Cod IBAN RO21RNCB5030000020880001 Cod Fiscal 5466568

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ PENTRU STUDIUL DURERII (ARSD)

ADEZIUNE

Numele Prenumele Data nașterii

Loc de muncă Secția

Specialitatea Funcția

Grad profesional.....

Activitate științifică

Activitatea privată

Cod numeric personal..... Cod parafa.....

Adresa/cod loc de muncă.....

..... Tel.....

Adresa/cod domiciliu.....

..... Tel.....

Data Semnătura

xefo®

lornoxicam
8 mg de 2 ori pe zi

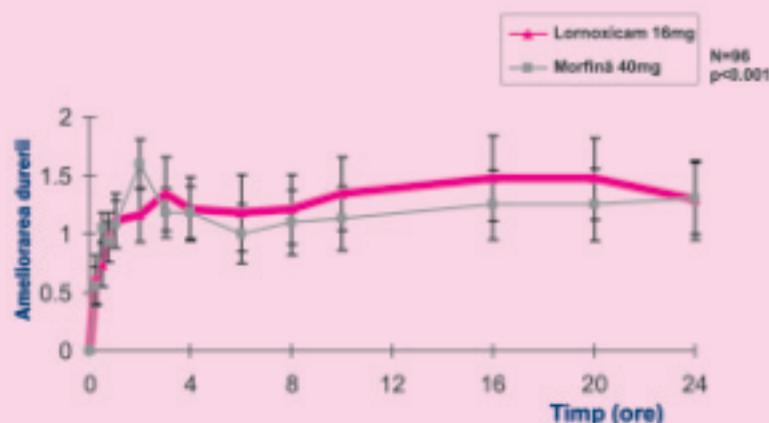
► Profil optim pentru controlul durerii



Grafic adaptat după datele din referințe

1. S. Fiedler-Welle, K. Balasubeda, Lornoxicam, a new potent NSAID with an improved tolerability profile, *Drugs of Today* 2000, 36(1):55-76.
2. Keith McCormack, The evolving NSAID: focus on lornoxicam, *Pain Reviews* 1999, 6:262-278.
3. J. Berg, T. Christak, M. Wisnia, A. Bodentek, Isoenzim-specific Cyclooxygenase Inhibitors: A whole Cell Assay System Using the Human Erythrocyte Cell Line HD1 and the Human Monocytic Cell Line Mono Mac 6, *Journal of Pharmacological and Toxicological Methods* 37, 179-186 (1997).
4. J. Burrows, J.M. Benson, Potent anti-inflammatory/analgesic effects of lornoxicam in comparison to other NSAIDs, *Inflammopharmacology*, 1997, 5:321-341.

► Puterea analgezică a unui opioid



Rosenow, D. E., Albrecht, M., and Stolke, D. A comparison of patient controlled analgesia with lornoxicam versus morphine in patients undergoing lumbar disc surgery. *Anesth. Analg.* 88(3), 3045-3050, 1998.

► un nou AINS din clasa oxicamilor ce combină:

- beneficiile antiinflamatoare ale inhibiției echilibrate COX-1/COX-2
- puterea analgezică a unui opioid

► Administrare ușoară

Doza zilnică recomandată: 8 mg de două ori pe zi



înainte de mese cu 30 min



de două ori pe zi



Durere Post operatorie



Durere Articulară



Durere Lombară



Str. Episcop Chesarie nr. 15
Complex City Center, corp C
Sector 4, București
T +40 (21) 335.03.91
F +40 (21) 335.03.94
office@nycomedpharma.ro

Mai puternic decât durerea