

Epätyypilliset kasvokivut ja depression

Göran Hampf

Epätyypilliseksi (idiopaattiseksi) kivuiksi luokitellaan ne kiputilat, joita ei nykytietämyksen mukaan voida sijoittaa mihinkään muuhun spesifiseen ryhmään. Tämä huonosti selvitetty kategoria sisältää moninaisia nimikkeitä, kuten epätyypillinen kasvokipu, epätyypillinen odontalgia, epätyypillinen kasvojen alueen neuralgia, glossodynia, »burning mouth», stylalgia ja oraalinen galvanismi (Forsell ja Hampf 1996). Epätyypillinen kipu voidaan nykykäsityksen mukaan myös luokitella toiminnalliseksi oireeksi, jolla tarkoitetaan ruumiillisesta sairaudesta johtumatonta tuntemusta tai ruumiilliseksi koettua oiretta. Jonkinasteinen uupumus liittyy lähes aina epätyypilliseen kipuun.

Luonnontieteisiin nojautuva lääketieteellinen sairauskäsitys ei kykene selittämään toiminnallisia vaivoja. Tällaisia ovat epätyypillisten kipujen lisäksi mm. fibromyalgia, krooninen väsymysoireyhtymä, neurosirkulatorinen dystonia ja monia muita. Potilashan tulee aina ensi sijassa hoidattamaan somaattista vaivaa, ja alkuhaastattelussa on hyvä myötäillä potilaan ajatuksen kulkua tuomatta esimerkiksi psykosomaattisia aspektejia tai omia ajatuksia liian voimakkaasti esiin liian varhaisessa vaiheessa. Vain tutustumalla kunnolla potilaaseen yksilönä voimme ymmärtää, mitkä aspektit ovat mukana vaikeuttamassa hänen kokemaansa kipua. On sanottu, että ensimmäiset kolme minuuttia ovat hoidon kannalta oleelliset. Potilas tuo yleensä jo siinä ajassa esiin kivun kannalta tärkeimmät asiat – jos häntä vain osataan kuunnella. Äsken ilmestyneessä kirjassa »Puhe, puukko, pilleri» Kari Eskola ja Raimo Puustinen toteavat, etteivät lääkärit yleensä malta kuunnella potilai-

taan ja että he ohjaavat ja keskeyttävät potilaan kertomusta.

Etenkään nuorilla lääkäreillä ei ole hyviä valmiuksia kohdata uupuneita kipupotilaita, jotka tulevat vastaanotoille ja vyöryttävät sisäistä pahoinvointiaan lääkärin yli. Lääkäri voi silloin pae-ta laboratoriokoetulosten, röntgenkuvien ja valkoisen takin taakse. Vaikeus piilee kuitenkin siinä, ettei potilaan sisäinen pahoinvointi näy röntgenkuvista eikä laboratorioarvoista. Ei ole kovinkaan ihmeellistä, jos potilas silloin kokee olevansa loukussa. Hän elää jo toivottomuudessa eikä pysty näkemään ulospääsyn mahdollisuuksia. Keskussairaaloiden erikoispoliklinikoissa työskentelevät lääkärit voivat helposti menettää kosketuksen jokapäiväisiin realiteetteihin ja unohtaa erään lääkärin työn tärkeimmistä välineistä, kyvyn suhteuttaa potilaan esittämät oireet hänen arkeensa ja elämäntilanteensa (Eskola ja Puustinen 1996). Toimintamme perustuu biolääketieteeseen, ja sen perusteella meillä on hyvin vähän tarjottavaa niihin monimutkaisiin ja syviin elämisen ongelmiin, jotka usein liittyvät kroonisten kiputilojen ja aivan erityisesti epätyypillisten kiputilojen ymmärtämiseen ja hoitoon.

Epätyypilliset kasvokivut ovat luonteeltaan hyvinkin vaihtelevia, usein jatkuvia tai ainakin pitkäkestoisia. Potilaat kuvaavat yleensä oireensa epämiellyttävän puristaviksi, jossain syvällä esiintyviksi, joskus särkeviksi, polttaviksi tai kuvottaviksi tuntemuksiksi. Tavallista on, ettei potilas oikein täsmällisesti osaa kuvata oireitaan. Oireeseen ei selvästi liity mitään laukaisevaa tekijää, mutta se voi pahentua kipualueen stimulaatiosta. Epätyypillinen kipu saattaa esiintyä välillä oikeal-

la, välillä vasemmalla puolella kasvoja ylittäen siis keskiviivan. Kipu ei yleensä ole terävää trigeminusneuralgian tapaan. Myös autonomisia reaktioita (turvotuksia, ihon värin muutoksia tai hikoilua) voi esiintyä, etenkin kipukohtauksien yhteydessä. Potilailla ilmenee yleisesti muitakin oireita, kuten maha-suolikanavan, keuhkojen tai gynekologisen alueen oireita taikka fibromyalgiaa muistuttavia tai psyykkisiä oireita, joista yleisimmät ovat depressio, pelko, jännittyneisyys ja stressi. Univaikkeudet ovat tavallisia, vaikka itse kipu ei juuri herätä potilasta yöllä. Neljä potilasta viidestä on keski-ikäisiä naisia.

Epätavallisten kasvokipujen etiologia on vielä täysin avoin, ja potilaalle annetaan helposti tämä diagnoosi, jos hänellä on lääkärin mielestä liian elävä oire- tai kehonkieli tai lääkäri ei ymmärrä, mitä potilas oireellaan haluaa viestittää. On yritetty rakentaa erilaisia etiologisia selitysmalleja; yksi niistä on sentraalisen kivun syntyminen toistuvan hermovaurion pohjalta. Toisaalta on runsaasti viitteitä siitä, että mielenterveyden ongelmilla voisi olla oleellinen osa potilaan oirekuvassa. Ei ole harvinaista, että epätavallisesta kasvokivusta kärsivä potilas on itseltään täydellisyyttä vaativa ja suorituskeskeinen. Kun tällainen ihminen uupuu, hänen on vaikea tavoittaa entistä suoritustasoaan ja hän sairastuu. Naispotilaan oireilun taustalla voi myös olla häneen kohdistunut väkivalta. Näin syntynyt oire voisi olla konversiokivun tapainen. Potilaalla on usein ollut vaikeuksia työelämässä tai parisuhdeongelmia, jotka saattavat johtaa puremalihasten jännitystilaan ja arkuuteen (Forssell ja Hampf 1996).

Depression seurauksena syntynyt yleistynyt hypersensibiliteetti (aistimuskyynnyksen lasku) on myös esitetty eräänä selitysmallina. Tätä puoltaa mm. se seikka, että trisyklisillä depressiolääkkeillä on yleensä suotuista vaikutus epätavallisiin kipuihin. Myös neurofysiologisia selitysmalleja on kehitetty. Vasta valmistuneessa tutkimuksessa Jääskeläinen ym. (1997) havaitsivat, että »blink»-heijaste on poikkeava suunpoltto-oireyhtymää (burning mouth syndrome) potevilla. Siten on täysin mahdollista, että tälle selittämättömälle kivulle joskus löytyy jokin selitys.

Sellaisia tuntemuksia, kuin että suu on täynnä mätää tai että kudoksissa ryömii matoja, esiintyy

harvemmin. Tällainen voi olla merkki vakavasta psyykkisestä häiriöstä. Helsingin yliopiston hammasklinikassa tehdyn tutkimuksen mukaan epätavallista kasvokipua poteneista 22 % kärsi vakavasta psyykkisestä häiriöstä ja 25 % keskivaikeasta ja 25 % lievästä häiriöstä. Vain 29 % potilaista oli psykiatrisen tutkimuksen mukaan terveitä. Yleisimmät psyykkiset vaivat olivat depressio ja riippuvainen persoonallisuus. Verrokkiryhmä vastasi suomalaista keskivertoväestöä (Hampf 1987).

Epätavallisuudesta kärsiville annetaan usein runsaasti erilaisia hoitoja sen mukaan, miten potilas kuvailee vaivaansa ja minkä erikoisalan lääkärin tai hammaslääkärin puoleen hän kääntyy. Potilaiden hampaista hiotaan, heille määrätään antibioottiloitoja, sienilääkityksiä ja alkoholiruiskeita, annetaan juurihoitoja ja tehdään erilaisia kirurgisia toimenpiteitä. Tulos on kuitenkin enimmäkseen lumehoittoon verrattavissa.

Oirekirjon takia kuntoutusohjelma on luonnollisesti luotava potilaskohtaisesti, ja vaikka lääketieteessä hoito yleensä kohdistetaan vaivan syyhyn ja objektiivisiin tosiasioihin, nämä lääketieteen keinot eivät aina toimi epätavallisesta kiputiloista kärsivien kuntouttamisessa, vaan ohjelma joudutaan rakentamaan paljolti subjektiivisten seikkojen varaan.

Epätavallisen kasvokivun eri hoitomuotojen tuloksia on tutkittu. Akuutin kivun hoidossa tehokkaiden keinojen (esim. tulehduskipulääkkeiden ja invasiivisten toimenpiteiden) vaikuttavuus on ollut huonompi kun lumehoidolla olisi saavutettu. Kokeiltaessa sellaisia hoitoja, joiden tiedetään tehoavan krooniseen kipuuun (esim. trisykliset masennuslääkkeet ja epilepsialääkkeet), kaksi kolmasosaa potilaista hyötyi selvästi, ja kun viimeksi mainittuun hoitoon liitettiin hypnoterapia, tulos parani edelleen jonkin verran.

Potilaan ja hoidon onnistumisen kannalta on kuitenkin tärkeää, että kipuoireella on nimitys ja diagnosoinumero. Potilaat hyötyvät usein trisyklisistä depressiolääkkeistä, mutta sen lisäksi hoitoon on hyvä liittää jokin lyhytterapiamuoto, esimerkiksi kognitiivis-analyttinen lyhytterapia tai hypnoterapia. Näillä voidaan muuttaa potilaan ongelmallisia käyttäytymistapoja ja luoda hänelle positiivinen tulevaisuudenkuva. Monet tutkimukset osoittavat, että käyttäytymishoidolla voidaan

saada parempia tuloksia kun lääkinnällisellä hoidolla. Potilaat, joilla on selkeästi määritetty kipudiagnoosi, voivat merkittävästi paremmin kuin sellaiset, joilta tällainen diagnoosi puuttuu (Hyypä 1996).

On hyvä muistaa, että vaikka potilaalla on selvä kiputila, se voi viestittää muustakin kuin puhtaasta nosiseptiosta. Epätyypillisen kiputilan tutkiminen ja hoidon suunnittelu vaatii usein ryh-

mätyötä. Epätyypillisestä tai muusta kroonisesta kasvokivusta kärsivä kannattaa ensisijaisesti lähettää hammaslääketieteen laitoksen kipupoliklinikkaan Helsinkiin, Turkuun tai Ouluun.

GÖRAN HAMPF, LKT, dosentti, EHL
Helsingin yliopiston hammasklinikan kipupoliklinikka
PL 41, 00014 Helsingin yliopisto

Kirjallisuutta

Eskola K, Puustinen R. Puhe puukko pilleri. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 1996.

Forsell H, Hampf G. Kipu hammaslääketieteessä. Kirjassa: *Therapia odontologica*. Helsinki: Academica kustannus, 1996, s. 357–382.

Hampf G. Somatic and psychic aspects of orofacial dysaesthesia. *Proc Finn Dent Soc* 1987; (Suppl 2): 1–72.

Hyypä M. Uupunut kipupotilas kuntoutuu. *Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia* 15/1996.

Jääskeläinen S K, Forsell H, Tenovuo O. Abnormalities of the blink reflex in burning mouth syndrome. Kirjassa: *II congress of the EFIC Barcelona. Book of Abstracts* 1997, s. 141.