

# *Dor orofacial*

*Jim Bartley*

## **Introdução**

Em 1965, Melzack e Wall propuseram a “teoria de uma porta no nível da medula espinhal para o controle da dor”, formulando a hipótese na qual as mensagens de dor que chegam poderiam ser modificadas por controles inibitórios, no nível da medula espinhal ou pelo cérebro<sup>1</sup>. Em 1983, ocorreu uma nova mudança de paradigma quando Clifford Woolf demonstrou que muitas das características de hipersensibilidade à dor que acompanham uma lesão ou inflamação de tecido periférico resultam de um aumento na sinalização sensorial no sistema nervoso central (SNC)<sup>2</sup> – um conceito denominado “sensibilização central”. Esta sensibilização central introduz outra dimensão, na qual o SNC pode mudar, distorcer ou amplificar a dor, aumentando seu grau, duração e extensão espacial, de maneira a não mais refletir diretamente as qualidades específicas do estímulo periférico nocivo, mas os estados funcionais em particular dos circuitos no SNC<sup>3</sup>.

A maior parte das idéias sobre dor e as pesquisas sobre sensibilização central enfocaram a plasticidade sináptica desencadeada dentro do SNC pelos estímulos nervosos<sup>3</sup>. Mais recentemente, também foram reconhecidas as influências da glia, junções comunicantes (GAP) e excitabilidade da membrana. A glia, seus receptores e seus fatores de sinalização secretados são agora particularmente reconhecidos como tendo uma importante influência sobre a função neural<sup>4</sup>. Quando ativada, a glia produz e libera uma variedade de substâncias neuroexcitatórias. Receptores *toll-like* (TLRs), sobretudo TLR2 e TLR4, foram implicados na ativação das células gliais<sup>4</sup>.

**A sensibilização central é caracterizada por um aumento da sensibilidade (muitas vezes delicada) ao toque leve, músculos doloridos, relato de dor bem como de edema e coloração avermelhada.** Evidências experimentais e pesquisas clínicas acumuladas demonstraram que a enxaqueca, a cefaléia tensional e a dor na articulação têmporo-mandibular (ATM) são manifestações de sensibilização central<sup>3</sup>. Com frequência, comorbidades como ansiedade, depressão, fibromialgia, sinais e sintomas de intestino irritável e dor lombar estão presentes<sup>3</sup>. Na prática clínica, os desafios não são apenas tratar ou eliminar as causas periféricas de sensibilização central, como infecção, problemas presentes no pescoço e neoplasias (raras), mas também buscar e tratar os fatores que contribuem para a alteração no processamento da dor pelo SNC.

## **Enxaqueca**

As atuais teorias sobre a enxaqueca estão centradas na disfunção do processamento sensorial do tronco cerebral ou núcleos diencefálicos. Eventos neurais no tronco cerebral levam à dilatação dos vasos sanguíneos que, por sua vez, resultam em dor e mais ativação neural. Estudos de imagem cerebral, usando tomografia por emissão pósitrons, mostram que o tronco cerebral, sobretudo a substância cinzenta periaquedutal (*periaqueductal grey matter* – PAG), é ativada no início de uma crise ou surto de enxaqueca. A PAG é uma porta importante para o sistema límbico e outros sistemas sensoriais. O teor de luz ou de som que entra no organismo não muda durante um surto de enxaqueca, o que muda é a resposta sensorial do cérebro. Muitas vezes, o cérebro está hipersensível antes de um surto e, depois, os mecanismos de processamento sensorial do tronco cerebral e sistema límbico ainda permanecem hipersensíveis<sup>3,5</sup>.

## **Cefaléia tensional crônica**

A cefaléia tensional crônica está associada a um aumento da sensibilidade dos músculos de cabeça e pescoço. A gravidade das cefaléias está diretamente relacionada à tensão dos músculos. Considerar que a dor dos músculos da cabeça e do pescoço causa a cefaléia é uma premissa comum. Considerava-se que a causa seria, e poderia advir, dos próprios músculos. Os músculos do pescoço, entretanto, também podem estar doloridos, pois a medula espinhal ou o tronco cerebral estão mais sensíveis às mensagens sensoriais que chegam. Muitas vezes, as pessoas com cefaléia tensional crônica têm uma sensibilidade maior não apenas em torno da cabeça e do pescoço, mas também em outros pontos do corpo, como na região lombar e na panturrilha, indicando uma sensibilização central geral<sup>6</sup>.

## **Cefaléia por uso excessivo de medicamentos**

Em algumas pessoas, o uso excessivo de medicamentos para tratar a cefaléia pode torná-la pior. Se uma pessoa se queixar de cefaléias diárias que exigem uso regular de medicamentos contra a dor (mais que duas vezes por semana), a cefaléia poderia ser causada pelas medicações e, se este for o caso, irá melhorar ou desaparecer quando o uso de medicações for interrompido. A cefaléia por abuso de medicamentos (CAM) pode ser um desafio clínico significativo. A realidade é que quase todos os medicamentos usados para tratar cefaléia e enxaqueca podem causar CAM<sup>7</sup>. A recomendação geral é que os pacientes interrompam o uso destas medicações enquanto estiverem sob supervisão médica.

## **Dor de dente**

É melhor considerar o dente como um pequeno órgão porque, como ocorre com outros órgãos, as mensagens de dor provenientes do próprio dente estão mal localizadas. Os nervos da polpa, localizados no meio do dente, detectam apenas calor e frio que são registrados como dor, não como calor e frio. A estrutura dura que envolve o dente normalmente protege as terminações nervosas internas na polpa contra estímulos menores, apenas a irritação superficial extrema (estímulos elétricos ou extremos de calor e frio, por exemplo) é sentida como dor. Se o dente estiver trincado, a polpa interna normal pode tornar-se imediatamente dolorosa em contato com saliva ou ar. Mastigar ou morder tende a abrir uma trinca. A dor muitas vezes aumenta com a pressão adicional causada por morder ou mastigar.

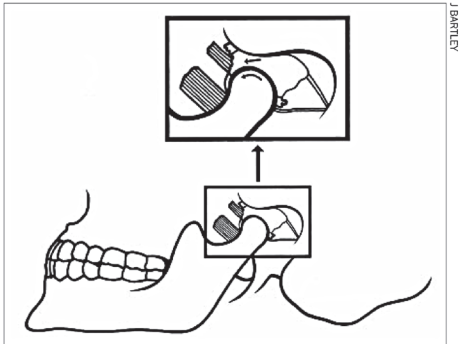
Nesta situação, a dor é muitas vezes intermitente até que a polpa do dente fique inflamada. Havendo inflamação na polpa, ela torna-se hipersensível a calor, frio, exploração e pressão. A hipersensibilidade pode variar desde uma dor ocasional, causada por doces e outras irritações menor, até uma dor de dente intolerável, pulsante, uma dor difícil de controlar. As cáries no esmalte, a erosão da raiz, a fratura ou trinca podem, imediatamente, identificar o dente comprometido. Caso contrário, a identificação do dente envolvido pode ser difícil, até mesmo impossível<sup>8</sup>.

A dor na polpa, entretanto, não permanece inalterada pois pode ocorrer a resolução. Por outro lado, se a polpa morrer, a inflamação frequentemente se dissemina da cavidade pulpar para a raiz do dente e para a articulação fibrosa do dente. A dor torna-se bem localizada quando a inflamação afeta a raiz fibrosa do dente e a gengiva. Se a raiz do dente morrer, e a dor se acomodar, isto é interpretado como melhora da condição, mas pode haver o desenvolvimento de um abscesso agudo. A dor que tem origem nos ligamentos que unem os dentes aos maxilares é então facilmente localizada pelo paciente, especialmente quando o dente envolvido é tocado ou pressionado<sup>8</sup>;

### **Transtornos da articulação têmporo-mandibular (ATM)**

**Há duas correntes importantes sobre a dor na ATM. A primeira sustenta que a dor é devida a mordidas anormais. Não há nenhuma evidência de que as anomalias da mordida resultem em um transtorno com dor crônica ou que as placas de mordida corrijam isto<sup>9</sup>.** Os problemas da articulação maxilar ocorrem principalmente em mulheres. Se as mordidas anormais fossem um fator importante, os problemas de articulação maxilar deveriam ocorrer igualmente em homens e mulheres. O peso das evidências sustenta a visão de que **a dor crônica na ATM é devida, em grande parte, a uma variedade de forças psicofisiológicas<sup>10</sup>.** A ATM é lubrificada por fluido sinovial, que também nutre a cartilagem avascular e o disco cartilaginoso no meio da articulação (**Figura 1**). Habitualmente, a articulação é mantida em posição relaxada e sempre que for comprimida, há uma redução do seu suprimento de sangue. Se o suprimento sanguíneo não for bom, a articulação tem dificuldade para produzir o fluido lubrificante, havendo um aumento do atrito dentro da articulação e o disco cartilaginoso da região articular central começa a aderir. **Um sinal precoce da disfunção da ATM é o “click” ou estalo indolor**, quando a cartilagem adere e se movimentam sobre o côndilo. Se o atrito aumentar, os ligamentos que mantêm o disco no lugar se distendem e o disco se movimentam para fora da cabeça do côndilo. A articulação começa a estalar tanto ao abrir como ao fechar. Com o tempo, o disco pode sofrer um deslocamento anterior crônico. Nesta situação, pode ocorrer um travamento intermitente do maxilar<sup>10</sup>. O último estágio é o deslocamento anterior permanente do disco e o desenvolvimento de artrite.

**Figura 1.** Quando o maxilar se abre, o côndilo sofre uma rotação sobre o disco e este desliza anteriormente, para a fossa glenóide.



Podem ocorrer lesões durante procedimentos cirúrgicos, como a extração de um dente que envolve uma abertura ampla, prolongada da boca. Os músculos foram projetados para movimentar-se e não para manter o maxilar aberto durante períodos de tempo prolongados. Estes músculos podem ficar tensionados e ocorrer espasmo depois de procedimentos odontológicos. De maneira similar, um

período prolongado de abertura do maxilar quando o suprimento sanguíneo para a articulação já está reduzido pode resultar em alterações inflamatórias dentro da articulação. Em momentos de estresse, as pessoas tendem a respirar usando a parte superior do tórax, o que pode levar a cabeça a uma posição anterior. O aumento da pressão na ATM pode levar aos estalos e aderência do disco cartilaginoso. A hiperventilação está fortemente associada aos transtornos da ATM. Antes de abordar qualquer mudança estrutural dentro da ATM, é preciso abordar estresses psicossociais determinantes, a reeducação respiratória, assim como aspectos musculoesqueléticos<sup>10,11</sup>. Os traumas externos, como golpes na articulação (acidentes automobilísticos, brigas e acidentes durante práticas esportivas), também podem danificar a ATM. Nesta situação, os pacientes precisam ser encaminhados a um cirurgião bucomaxilofacial<sup>8</sup>.

### **Causas remotas em relação à área orofacial**

Um histórico de lesão no pescoço pode muitas vezes não ser levado em consideração. O suprimento nervoso para a parte superior do pescoço e para a cabeça sobrepõe-se na medula espinhal. Usando os princípios anteriores, a dor no pescoço poderia ser referida na cabeça. Por outro lado, ao sensibilizar a medula espinhal às mensagens que estão chegando, a dor no pescoço poderia baixar o limiar da dor para outras mensagens sensoriais que estão sendo recebidas da face e da cabeça. Depois de uma lesão no pescoço do tipo chicote, áreas distantes do local da lesão original – desde a cabeça até os pés – podem mostrar-se hipersensíveis às mensagens sensoriais normais<sup>3</sup>.

### **Sinusite**

De acordo com os critérios diagnósticos de 2004 da *International Headache Society* (HIS), a rinossinusite crônica (RSC) não é considerada como uma causa de cefaléia<sup>12</sup>. Por outro lado, a *American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery* (AAO-HNS) considera a dor ou pressão facial como uma consideração importante, ainda que não exclusiva, no diagnóstico de RSC<sup>13</sup>. Ainda que esta dicotomia seja difícil de explicar clinicamente, os avanços no nosso entendimento da fisiopatologia da dor oferecem soluções potenciais<sup>4</sup>. Os receptores TLRs, particularmente TLR2 e TLR4, têm sido implicados na ativação

da célula glial. TLR2 e TLR4 reconhecem e respondem aos sinais endógenos de perigo, como os lipopolissacarídeos que são liberados por células danificadas e que estão morrendo, em associação com a infecção bacteriana<sup>4</sup>.

A sensibilidade à palpação ou percussão sobre as cavidades sinusais acometidas é um dos marcos clínicos da rinosinusite aguda e crônica. Este sinal pode ser equiparado à sensação subjetiva de dor sentida por pacientes com sinusite e, como tal, pode ser indicativo de uma sensibilização excessiva, periférica ou central<sup>14</sup>. A dor corporal está aumentada em indivíduos com RSC que aguardam cirurgia sinusal endoscópica, melhorando sensivelmente após a cirurgia<sup>15</sup>. A inflamação devida à produção de substâncias inflamatórias reduz o limiar sensorial na medula espinhal dorsal, alterando o processamento das mensagens sensoriais provenientes dos tecidos moles e musculatura circundantes<sup>14</sup>. Nos últimos anos, o papel da glia na modulação da percepção de dor tem sido cada vez mais reconhecido<sup>4</sup>. Uma sensibilidade muscular maior na RSC foi descrita por Naranch et al<sup>7</sup> e poderia, potencialmente, ser um fator na associação entre a dor corporal e RSC descrita por Chester et al<sup>15</sup>.

A infecção sinusal não causa dor, simplesmente influencia os limiares sensoriais. Alguns pacientes com sinusite infecciosa não sentem dor. Uma redução dos limiares sensoriais por outras causas também poderia ser responsável pelos mesmos sintomas. Os pacientes com fibromialgia e cefaléia tensional, que também têm anomalias sensoriais do sistema nervoso e de regulação de dor, podem relatar exatamente os mesmos sintomas sinusais. Nesta situação, o ponto crucial para o sucesso da cirurgia nasal e sinusal não está apenas na própria cirurgia, mas na seleção cuidadosa de pacientes. Nos casos em que os pacientes se queixam de sinusite crônica na ausência de sintomas infecciosos significativos, particularmente quando são refratários ao tratamento com antibióticos, devemos considerar a sensibilização central. Comorbidades como ansiedade, depressão, fibromialgia, sintomas de intestino irritável e dor lombar devem fazer com que o cirurgião seja extremamente cauteloso quanto à indicação da cirurgia<sup>3</sup>.

### **Anamnese**

O diagnóstico clínico depende em grande parte de uma anamnese precisa. A prática da Medicina como arte envolve ouvir as queixas do paciente e, com isto, formular idéias ou hipóteses em relação ao problema. São necessários então questionamentos mais específicos para dar suporte ou para refutar as possibilidades diagnósticas – a abordagem hipotético-dedutiva. A hipótese inicial gerada depende da experiência do clínico, da idade e sexo do paciente, da evolução ao longo do tempo e do local da dor. Causas inflamatórias agudas são, em geral, relativamente óbvias. Se um dente estiver envolvido, o paciente geralmente tentou fazer o diagnóstico e foi ao dentista. O otorrinolaringologista é envolvido quando o dentista não conseguiu encontrar uma causa óbvia para a dor.

Nesta situação, haverá a busca por evidências de uma sinusite infecciosa ou o relato de dor musculoesquelética. No caso de um abscesso periapical, o paciente pode ter tido uma sensibilidade no dente a calor/frio, que teve resolução. A pressão no dente e também a sensibilidade regional na gengiva ajudam a determinar qual o dente envolvido. A dor na ATM pode ser bilateral, e o paciente pode queixar-

se de dor na orelha, pescoço e têmpora. A dor pode ser intermitente, pulsátil e provocada por movimentos do maxilar. Em geral, o estresse e o vento frio tornam pior a dor na ATM e a cefaléia tensional, enquanto o calor melhora a dor. Muitos pacientes têm sintomas que refletem um sistema nervoso sensibilizado, como sudorese noturna, prurido inexplicado, zumbido, intestino irritável ou sintomas vesicais, períodos de dor intensa e alteração da sensação ao pentear o cabelo, bem como problemas de dor em outros pontos do corpo.

As neuralgias são caracterizadas por uma dor súbita, intensa, lancinante, com sensação de queimação, penetrante, que perdura por alguns poucos segundos até menos de dois minutos. Esta dor é muitas vezes desencadeada por estímulos sensoriais ou mecânicos. A neuralgia do trigêmeo é vista com maior frequência em mulheres mais velhas, unilateral, localizada na segunda e/ou terceira divisão do nervo trigêmeo. Raramente, os tumores pontinos ou a esclerose múltipla precisam ser considerados como uma causa secundária. Se a tosse ou espirros pioram a cefaléia, é preciso considerar uma lesão da fossa posterior.

### **Bem estar psicológico**

A ansiedade e depressão têm uma associação significativa com enxaqueca, cefaléia tensional, sinusite e transtornos da ATM. Os sintomas depressivos (cansaço, falta de esperança, falta de motivação) são importantes para a decisão sobre o tratamento e para prever os desfechos do tratamento. Uma revisão dos sistemas do paciente, muitas vezes, revela problemas com a memória de curto prazo, falta de ar, sintomas de intestino irritável, sono de baixa qualidade, mãos e pés frios, bem como formigamento das mãos na distribuição do nervo ulnar. Os pacientes ansiosos geralmente têm dificuldade para adormecer enquanto os pacientes deprimidos tendem a acordar durante a madrugada.

### **Exame do paciente**

A maneira pela qual o paciente caminha, a facilidade com que se sinta e a postura enquanto sentado podem dar indicações vitais. As pessoas deprimidas e aquelas com dor no pescoço e ombro muitas vezes se sentam com uma postura relaxada, com a cabeça para frente e protrusão dos ombros. Pessoas altamente estressadas tendem a ter uma respiração curta, principalmente com a parte superior do tórax, falam rapidamente. Podem bocejar e suspirar durante a entrevista.

A palpação para determinar a sensibilidade dos músculos, seguida por um rubor da pele, proporciona importante informação física sobre o estado do sistema nervoso central. Algumas vezes, há diferenças sutis entre os dois lados da face quanto ao edema e coloração avermelhada. Geralmente, os músculos peitorais menores, trapézio, elevador da escápula, esternocleidomastoideo, suboccipitais, masseter e temporal se mostram doloridos quando examinados com técnicas de palpação adequadas. Ao exame clínico pode-se verificar que a ATM e os músculos associados estão sensíveis, com movimentos limitados e bruscos, e há estalos na articulação do maxilar. Os dentes podem ser examinados para determinar se há desgaste excessivo (bruxismo) ou sensibilidade à percussão. As alterações na sensação facial são mais bem detectadas ao comparar o movimento com toque leve entre os dois lados da face, nas três divisões do nervo trigêmeo.

Um exame de áreas distantes da cabeça e do pescoço, como mãos, abdome e região lombar, muitas vezes proporciona informações adicionais úteis. As pessoas ansiosas muitas vezes têm reflexos bruscos e sons intestinais ativos. Com frequência, o abdome apresenta uma sensibilidade difusa. Pacientes com dor muitas vezes apresentam sensibilidade na região lombar, músculos extensores do antebraço e panturrilha. Quando a dor facial for unilateral, este lado do corpo muitas vezes também se mostra sensível. Pode haver encurtamento dos músculos deste lado.

## Exames

### *Radiologia*

Outros exames e a avaliação neurológica, com urgência, estão justificados no caso de pacientes que apresentam dor facial junto com:

- sensação facial bastante alterada;
- paralisia facial;
- perda auditiva e alteração do equilíbrio;
- disfagia;
- disfonia (rouquidão);
- disartria.

Os testes diagnósticos por imagem (como radiografia simples, ressonância magnética, tomografia axial) podem ajudar a determinar ou excluir a causa da dor. A escolha e o momento de realização do teste variam de acordo com a suspeita clínica e os achados do exame físico.

### *Exames de Sangue*

Alguns exames de sangue podem ser úteis na avaliação de pacientes que apresentam cefaléia tensional e/ou sinusite<sup>16</sup>. Alguns pacientes, particularmente as mulheres, terão uma deficiência de ferro. Os vegetarianos e idosos podem ter também deficiências não diagnosticadas de vitamina B12. Os baixos níveis de vitamina D são frequentemente encontrados em pacientes com dor facial e pode haver associação também com função imune baixa. As pessoas com pele escura, de qualquer ascendência, particularmente mulheres, têm muitas vezes um risco significativo de deficiência de vitamina D quando vivem em países de clima temperado, particularmente durante o inverno. Ocasionalmente, os exames de sangue para determinar a função da tireóide são úteis em pacientes com cefaléia tensional, particularmente quando associada com depressão. Em uma pessoa com mais de 50 anos, é obrigatório realizar um teste velocidade de hemossedimentação (VHS) quando houver a instalação rápida de cefaléia (**Tabela 1**).

**Tabela 1:** Critérios diagnósticos para arterite temporal

• nova cefaléia
• início com idade $\geq 50$ anos
• anomalias da artéria temporal ao exame clínico
• elevação da VHS ( $\geq 50$ mm/h) ou proteína C reativa $>5$ mg/L
• achados anômalos na biópsia da artéria temporal



**Abordagem**

Dependendo do diagnóstico clínico, há uma ampla variedade de opções de tratamento disponíveis para ajudar os pacientes com dor orofacial. Intervenções psicológicas, como terapia comportamental cognitiva e trabalho de relaxamento podem ser extremamente úteis<sup>17,18</sup>. Os fármacos comumente úteis são a gabapentina e doses baixas de amitriptilina à noite. É necessário ter cuidado na prescrição de benzodiazepínicos e opiáceos.

**Conclusões**

A visão de que a enxaqueca, a cefaléia tensional e a cefaléia sinusal representam condições clínicas de pouco significado não acompanha a ciência clínica básica. Além da infecção sinusal, há outros fatores em torno da cabeça e do pescoço que também podem estar relacionados com a dor facial. Estes fatores não podem ser negligenciados e também precisam ser considerados como parte do trabalho diagnóstico. Para os pacientes com dor orofacial, muitas vezes é necessária uma abordagem multidisciplinar.

**Sinais de alerta na dor facial**

**Novos exames e/ou encaminhamento a um especialista são indicados quando:**

- a dor é nova ou mudou de forma significativa;
- há associação significativa com náusea e vômitos;
- a dor é excepcionalmente grave ou persistente;
- há febre acompanhando a dor;
- a dor fica pior com tosse, espirros ou mudança de posição;
- há uma alteração na força, coordenação ou sentidos;
- há sonolência, dificuldade em pensar ou concentrar-se;
- a cefaléia está piorando de forma progressiva;
- a cefaléia acorda o paciente que está dormindo;
- a cefaléia ocorre pela primeira vez durante a infância ou depois dos 50 anos de idade.

**Referências bibliográficas**

1. Melzack R, Wall P. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965;150:971-9.
2. Woolf C. Evidence for a central component of post-injury pain hypersensitivity. *Nature* 1983;306.
3. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011;152:S2-S15.
4. Milligan ED, Watkins LR. Pathological and protective roles of glia in chronic pain. *Nat Rev Neurosci* 2009;10:23-36.
5. Welch K. Contemporary concepts of migraine pathogenesis. *Neurology* 2003;61(8 Suppl 4):S2-8.



6. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. *The Lancet Neurology* 2008;7:70-83.
7. Cupini LM, Sarchielli P, Calabresi P. Medication overuse headache: Neurobiological, behavioural and therapeutic aspects. *Pain* 2010;150:222-4.
8. Okeson J. Bell's orofacial pains. 5th edition. Chicago: Quintessence Books 1995.
9. Koh H, Robinson P. Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders. *J Oral Rehabil* 2004;31:287-92.
10. Bartley J. Breathing and the temporomandibular joint. *J Bodyw Mov Ther* 2011; 15: 291-7.
11. Carlson C. Psychological considerations for chronic orofacial pain. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2008;20:185-95.
12. Lipton R, Bigal M, Steiner T, Silberstein S, Olesen J. Classification of primary headaches. *Neurology* 2004;63:427-35.
13. Meltzer E, Hamilos D, Hadley J, et al. Rhinosinusitis: Developing guidance for clinical trials. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135:S31-80.
14. Naranch K, Park Y, Repka-Ramirez M, Velarde A, Clauw D, Baraniuk J. A tender sinus does not always mean rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127:387-97.
15. Chester A, Sindwani R, Smith T, Bhattacharyya N. Systematic review of change in bodily pain after sinus surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;139:759-65.
16. Gerwin R. *Acupunct Med* 2005;23:121-34.
17. Aggarwal V, Tickle M, Javidi H, Peters S. Reviewing the evidence: can cognitive behavioral therapy improve outcomes for patients with chronic orofacial pain? *J Orofac Pain* 2010;24:163-71.
18. Campbell J, Penzien D, Wall E. Evidence-based guidelines for migraine headache: behavioural and physical treatments. [www.aancom/professionals/practice/pdfs/gl0089pdf](http://www.aancom/professionals/practice/pdfs/gl0089pdf) (accessed March 2011) 2009.