



OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

Neuralgia trójdzielna

Definicja

Neuralgia trójdzielna (TN) jest jednostronnym bólem w obrębie twarzy, który charakteryzuje się krótkimi, jak rażenie prądem, epizodami bólu, z nagłym początkiem i końcem, jest ograniczony do zakresu unerwienia jednej lub więcej gałęzi nerwu trójdzielnego. Zaktualizowana Międzynarodowa Klasyfikacja bólów głowy-3 *International Classification of Headache Disorders -3 (ICHD-3)* sugeruje trzy możliwości: (1) Klasyczna neuralgia trójdzielna, często spowodowana przez kompresję mikronaczyniową w obrębie korzenia nerwu trójdzielnego w miejscu jego wejścia w obręb pnia mózgu; (2) neuralgia trójdzielna ze współistniejącym przewlekłym bólem twarzy; (3) objawowa neuralgia trójdzielna, spowodowana strukturalnym uszkodzeniem innego pochodzenia niż naczyniowa kompresja.

Epidemiologia

TN jest rzadko występującym schorzeniem, a badania dotyczące jego występowania są ograniczone. Analiza kilku dostępnych badań wskazuje, że chorobowość dla TN w ogólnej populacji może wynosić 0.01% - 0.3%, jednak badania przeprowadzone w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej sugerują znacznie częstszą zapadalność na TN, około 12% na 100 000 osób na rok. Jednak tak wysoki odsetek może być związany z postawieniem błędnej diagnozy. Proporcja kobiet do mężczyzn wynosi blisko 2:1. TN może wystąpić po raz pierwszy w każdym wieku, jednak u więcej niż 90% pacjentów początek schorzenia przypada po 40 roku życia, szczyt zachorowalności między 50-60 rokiem życia. Przypadki występowania TN u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym zdarzają się znacznie częściej niż w ogólnej populacji, a schorzenie to jest jedyną chorobą współistniejącą, która została zidentyfikowana.

Patofizjologia

Według aktualnej wiedzy TN jest spowodowana przez kompresję proksymalnej części korzenia nerwu trójdzielnego w pobliżu pnia mózgu (strefa wejścia korzeni grzbietowych) przez kręte naczynie krwionośne (tętnicę lub żyłę), które prowadzi do mechanicznego ucisku na włókna nerwowe z wtórną demielinizacją, prawdopodobnie spowodowaną niedokrwiennym mikronaczyniowym uszkodzeniem. Te zmiany obniżają próg pobudliwości zajętych włókien nerwowych i umożliwiają przechodzenie pobudzenia do sąsiadujących włókien. Tak więc bodźce dotykowe przewodzone przez szybko przewodzące, zmielinizowane włókna (A-beta) mogą bezpośrednio pobudzać wolno przewodzące włókna nocyceptywne (A-delta), czasami





OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

włókna C, co skutkuje powstawaniem wyładowań o wysokiej częstotliwości, charakterystycznych dla TN. Przyczynami objawowej TN mogą być guzy (zarówno łagodne, jak i złośliwe), stwardnienie rozsiane, malformacje naczyniowe.

Cechy kliniczne

Lokalizacja, promieniowanie: ból jest jednostronny, tylko u 3% pacjentów może być obustronny, z niewielkim promieniowaniem poza zakres unerwienia nerwu trójdzielnego. Najczęściej dotyczy drugiej i trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego.

Charakter: podobny do rażenia prądem, strzelający, przeszywający, ostry.

Natężenie: umiarkowane do silnego, okresowo łagodniejszy

Czas trwania, częstotliwość: każdy napad bólu trwa od kilku sekund do 2 minut, napad może się szybko powtórzyć. W ciągu dnia może wystąpić od 10-70 napadów bólu. Pomiędzy napadami ból są zazwyczaj okresy niewrażliwości. Wraz z postępem choroby napady mają tendencję do wydłużania się w czasie. Mogą zdarzyć się okresy samoistnej remisji, które mogą utrzymywać się przez miesiące, a nawet lata, ale z czasem okresy remisji ulegają skróceniu. W przypadku schorzenia określanego jako "neuralgia trójdzielna ze współistniejącym przewlekłym bólem twarzy" po ostrym napadzie bólu może wystąpić palący, nękający ból o niewielkim natężeniu, który może trwać nawet do kilku godzin.

Czynniki nasilające: słabe, niebolesne bodźce po stronie twarzy objętej chorobą mogą wyzwolić ból.

Objawy towarzyszące: objawy autonomiczne występują bardzo rzadko, czasami mogą być obecne zaburzenia czucia. Częstymi następstwami choroby są lęk i depresja, jak również pogorszenie jakości życia, stan pacjenta powraca do normy, jeśli nie ma bólu.

Objawowa TN może przebiegać w sposób opisany powyżej, a niektórzy pacjenci mogą także mieć okresy remisji.

Badania

Badania obrazowe z zastosowaniem rezonansu magnetycznego (MRI) są najbardziej przydatną metodą pozwalającą stwierdzić obecność patologii, takich jak cysty, guzy, malformacje naczyniowe, ogniska demielinizacji w przypadku stwardnienia rozsianego, a także ucisku wywieranego przez naczynie na korzeń nerwu trójdzielnego.

Leczenie





OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

Farmakologiczne leczenie TN opiera się na stosowaniu leków przeciwpadaczkowych. Lekiem pierwszej linii powinna być karbamazepina (200-1200mg/dobę) i okskarbazepina (500-1800 mg/dobę), zgodnie z aktualnie obowiązującymi, opartymi na dowodach naukowych wytycznymi. Postępowanie drugiej linii, które ma nieznaczne poparcie w badaniach klinicznych, może być uzupełnienie leczenia o lamotryginę (400mg/dobę), lub zamiana leku na lamotryginę lub baklofen (40-80mg/dobę). Inne leki przeciwpadaczkowe były badane tylko w badaniach otwartych przeprowadzonych na małych grupach pacjentów. Leczenie z zastosowaniem fenytoiny, gabapentyny, pregabaliny czy kwasu walproinowego także może być skuteczne. W nagłych przypadkach może przynieść ulgę dożylny wlew fenytoiny, podobnie jak miejscowe iniekcje lidokainy w okolicę punktów spustowych (miejsca, gdzie rozpoczyna się ból).

Leczenie chirurgiczne

Jeśli leczenie farmakologiczne jest nieskuteczne lub ogranicza normalną codzienną aktywność pacjenta, należy rozważyć leczenie przy pomocy metod chirurgicznych. Zalicza się do nich mikronaczyniową dekompresję nerwu uciśniętego przez naczynie lub destrukcję zwoju Gassera. Mikronaczyniowa dekompresja przynosi długotrwałą ulgę w dolegliwościach, u 90% pacjentów bezpośrednio po zabiegu stwierdzano ustąpienie dolegliwości, ponad 80% pozostawało bez dolegliwości po 1 roku, 75% po 3 latach, 73% po 5 latach, z długotrwałe utrzymującą się poprawą codziennego funkcjonowania. Jest to jednak poważny zabieg chirurgiczny, który wymaga wykonania kraniotomii w celu dostępu w okolicę nerwu trójdzielnego w tylnej jamie czaszki. Średnia śmiertelność związana z zabiegiem wynosi 0.2% do 0.5%, a u 4% pacjentów występują poważne powikłania takie jak wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego, zawał, krwiak lub aseptyczne zapalenie opon mózgowych. Najczęściej występującym długotrwałym powikłaniem jest umiarkowane upośledzenie czucia (7%), utrata słuchu (10%).

Przezskórne techniki wykonywane w obrębie zwoju Gassera są to zabiegi destrukcyjne, do których zaliczamy termolezję, kompresję przy pomocy balonu, przezskórną gangliolizę glicerolową. Po wykonaniu tych procedur dziewięćdziesiąt procent pacjentów odczuwa ulgę w dolegliwościach. W rocznym okresie obserwacji po zabiegach termolezji 68–85% pacjentów pozostaje bez dolegliwości, ale po 3 latach odsetek spada do 54–64%, po 5 latach tylko 50% pacjentów pozostaje bez dolegliwości. Najczęściej występującymi objawami niepożądanymi są zaburzenia czucia (50%), dysestezje (6%), *anesthesia dolorosa* (4%), niedoczulica rogówki, z ryzykiem owrzodzeń (4%). Zabiegi w obrębie zwoju Gassera wykonywane są z reguły w trybie chirurgii jednego dnia z zastosowaniem krótko działających anestetyków i niosą ze sobą niewielkie ryzyko powikłań śmiertelnych.

W zabiegach z zastosowaniem noża radiochirurgicznego (*gamma knife surgery*), skupiona wiązka promieniowania kierowana jest na korzeń nerwu trójdzielnego w tylnym dole czaszki. Po



OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ
ULGI W BÓLACH TWARZY
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

zastosowaniu tej metody po jednym roku 69% pacjentów pozostaje bez bólu i bez dodatkowego leczenia. Po 3 latach 52% pacjentów nie odczuwa bólu. Ulga w dolegliwościach występuje po pewnym czasie (po około 1 miesiącu). Objawy niepożądane w postaci zaburzeń czucia u 6% pacjentów mogą wystąpić nawet po 6 miesiącach, mrowienie na twarzy u 9–37%, które ustępuje z czasem, parestezje u 6–13%. Jakość życia poprawia się o 88%. Główną wadą zabiegów radiochirurgicznych jest koszt, który ogranicza szersze zastosowanie tej metody, a także opóźnienie zarówno w zakresie wystąpienia efektu analgetycznego, jak również ryzyko zaburzeń czucia. Jest opcją terapeutyczną dla pacjentów, którzy nie mogą być poddani zabiegowi operacyjnemu lub którzy mają zaburzenia krzepnięcia (np. pacjenci przyjmujący warfarynę).

Pacjenci powinni otrzymać szczegółowe informacje, aby podjąć właściwą decyzję i wybrać najlepszą z dostępnych opcji leczenia dla siebie. Takie informacje można uzyskać poprzez aktywnie działające grupy wsparcia dla pacjentów, które mają swoją stronę internetową, organizują spotkania, w których biorą udział także przedstawiciele opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

[1] Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K, Nurmikko T, Zakrzewska JM. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology* 2008;71:1183–90.

[2] Zakrzewska JM, Akram H. Neurosurgical interventions for the treatment of classical trigeminal neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;9:CD007312.

[3] Zakrzewska JM, Coakham HB. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia: update. *Curr Opin Neurol* 2012 ;3:296–301.

Źródła online

Wytyczne dla neuralgii trójdzielnej: <http://www.aan.com>

Grupy wsparcia pacjentów: <http://www.tna.org.uk>; <http://www.endthepain.org/>; <http://www.tnaaustralia.org.au>

