



Ogólnoświatowy Rok na Rzecz Ulgi w
Bólach Głowy
Październik 2011-Październik 2012

Neuralgia trójdzielna i przewlekły idiopatyczny ból twarzy

Definicja

Neuralgia trójdzielna (NT) jednostronna bolesna dolegliwość, która charakteryzuje się krótkotrwałym, podobnym do rażenia prądem bólem, o charakterze napadowym, ograniczonym do zakresu unerwienia jednej, lub więcej gałęzi nerwu trójdzielnego. Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy (*International Headache Society IHS*) wyróżnia klasyczną neurogię trójdzielną, zwykle spowodowaną przez kompresję naczynia krwionośnego na korzeń nerwu trójdzielnego w miejscu jego wejścia w obręb pnia mózgu oraz objawową (symptomatyczną) neuralgię trójdzielną spowodowaną przez uszkodzenie strukturalne, inne niż ucisk naczynia.

Przewlekły idiopatyczny ból twarzy (PIFP), wcześniej określany jako nietypowy ból twarzy, jest przewlekłym bólem twarzy, który nie ma charakteru neuralgii nerwów czaszkowych i nie można go przypisać innym schorzeniom. Ból twarzy pojawia się codziennie i utrzymuje się przez cały dzień. Zazwyczaj jest ograniczony do jednego, określonego obszaru po jednej stronie twarzy, ma charakter głębokiego, trudnego do zlokalizowania bólu, nie towarzyszą mu zaburzenia czucia i inne deficyty neurologiczne. Badania dodatkowe, łącznie z RTG twarzy i stawów, tomografia komputerowa głowy (CT), czy rezonans magnetyczny (MR) nie wykazują istotnych odchyleń od normy. Ból może być zainicjowany przez zabieg chirurgiczny, lub uraz twarzy, zębów, dziąseł i utrzymuje się pomimo braku jakichkolwiek widocznych przyczyn miejscowych.

Epidemiologia

NT i PIFP są schorzeniami rzadko występującymi, mało jest badań epidemiologicznych dotyczących ich występowania. Analiza kilku dostępnych badań sugeruje, że występowanie TN w ogólnej populacji może wynosić pomiędzy 0.01% a 0.3%. Stosunek zachorowalności kobiet do mężczyzn wynosi blisko 2:1. NT może po raz pierwszy pojawić się w każdym wieku, ale u ponad 90% pacjentów choroba po raz pierwszy pojawia się po 40 roku życia. Szczytowy okres zachorowalności przypada między 50 a 60 rokiem życia. Lęk i depresja, jak również pogorszenie jakości życia są często konsekwencją tego schorzenia. Neuralgie innych nerwów czaszkowych i PIFP występują znacznie rzadziej niż NT. Dane dotyczące częstości ich występowania w ogólnej populacji nie są dostępne.

Patofizjologia

Aktualna opinia dotycząca powstawania TN jest taka, że schorzenie jest spowodowane przez ucisk wywierany przez naczynie krwionośne na korzeń nerwu w pobliżu pnia mózgu (strefa wejścia korzenia) poprzez skrócone lub poszerzone naczynie krwionośne (tętnica lub żyła), które powoduje mechaniczny ucisk włókien nerwowych i powoduje wtórną demielinizację, prawdopodobnie spowodowaną przez uszkodzenie i mikronaczyniowe niedokrwienie. Te zmiany obniżają próg pobudliwości dotkniętych zmianami włókien i umożliwiają patologiczne efaptyczne rozprzestrzenianie się wyładowania w kierunku przylegających włókien nerwowych. Te informacje pochodzące z szybko przewodzących mielinizowanych włókien (A-beta) mogą bezpośrednio aktywować powoli przewodzące nocyceptywne włókna (A-delta), co skutkuje wyładowaniami o wysokiej częstotliwości, które są charakterystyczne dla neuralgii trójdzielnej.

Patofizjologia PIFP jest nieznana. Informacje dostępne w literaturze sugerują, że patologiczna sensytyzacja nocyceptywna systemu trójdzielnego może odgrywać zasadniczą rolę w rozwoju PIFP.

Leczenie

Leczenie farmakologiczne NT opiera się na zastosowaniu leków przeciwpadaczkowych. Lekiem pierwszej linii, zgodnie z aktualnymi wytycznymi w oparciu o medycynę opartą na faktach, powinna być karbamazepina (200–1200 mg/dobę) i okskarbazepina (600–1800 mg/dobę). Druga linia leków, których skuteczność potwierdzono w nielicznych badaniach, jako terapia uzupełniająca może być zastosowana lamotrygina (400 mg/dobę), można również dokonać rotacji na lamotryginę, baklofen (40–80 mg/dobę), lub pimozyd (4–12 mg/dobę). Skuteczność innych leków przeciwpadaczkowych

była potwierdzona w otwartych badaniach na małych grupach. Leczenie przy pomocy fenytoiny, klonazepamu, gabapentyny, pregabaliny, topiramatu, kwasu walproinowego i tokainidu (12 mg/dobę), może również być skuteczne.

Leczeniem z wyboru PIFP są trójcykliczne leki przeciwdepresyjne takie jak amitryptylina (50–100 mg/dobę). Inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (duloksetyna, wenlafaksyna, mirtazapina) są również stosowane.

Leczenie chirurgiczne

Jeśli leczenie farmakologiczne nie przynosi efektu, powinno się rozważyć procedury chirurgiczne. Do nich należą: mikronaczyniowa dekompresja nerwu uciśniętego przez naczynie, ucisk ten może powodować destrukcje na poziomie zwoju Gassera. Mikronaczyniowa dekompresja przynosi wyraźną ulgę w dolegliwościach, ocenianą po zabiegu u 90% pacjentów, u ponad 80% ulga utrzymuje się po 1 roku, u 75% po 3 latach, a u 73% po 5 latach. Jest to jednak duży zabieg chirurgiczny, w trakcie którego wykonywana jest kraniotomia aby uwidocznic nerw trójdzielny w tylnym dole czaszki. Śmiertelność związana z tą procedura wynosi 0.2% to 0.5%, natomiast u ponad 4% pacjentów mogą wystąpić poważne powikłania, takie jak wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego, zawał mózgu, krwiaki wewnątrzczaszkowe. Najczęściej występującymi długotrwałymi powikłaniami są aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (11%), zaburzenia czucia (7%), utrata słuchu (10%).

Przezskórne techniki na poziomie zwoju Gassera są to procedury interwencyjnego których zaliczamy termolezję, kompresję przy użyciu balonu, przezskórną neurelizę glicerolową. Dziewięćdziesiąt procent pacjentów po wykonaniu tych procedur odczuwa ulgę w dolegliwościach bólowych. Po jednym roku po termolezji 68–85% pacjentów wciąż nie odczuwa bólu, natomiast po 3 latach odsetek spada do 54–64%, po 5 latach tylko 50% pacjentów nie ma dolegliwości bólowych. Najczęstszym powikłaniem jest utrata czucia (50%), dyzestezje (6%), anesthesia dolorosa (4%), niedoczulica rogówki z ryzykiem owrzodzeń (4%). Zabiegi na poziomie zwoju Gassera wymagają zastosowania krótko działających anestetyków w systemie chirurgii jednego dnia i są procedurami obciążonymi minimalnym ryzykiem powikłań śmiertelnych.

W chirurgii z zastosowaniem noża radiochirurgicznego (gamma knife), skupiona wiązka promieniowania aplikowana jest na korzeń nerwu trójdzielnego w tylnej jamie czaszki. Jeden rok po zastosowaniu tej techniki 69% pacjentów jest bez dolegliwości, bez konieczności dodatkowego leczenia. Po 3 latach 52% pozostaje wciąż bez dolegliwości. Ulgę w dolegliwościach następuje po pewnym czasie od wykonania procedury (średnio po 1 miesiącu). Objawy niepożądane takie jak zaburzenia czucia u 6% mogą rozwijać się do 6 miesięcy po zabiegu, odrętwienie twarzy 9–37%, które ustępuje w miarę upływu czasu, parestezje u 6–13%. Jakość życia pacjentów poprawia się u 88%. Największą niedogodnością związaną z użyciem noża radiochirurgicznego są koszty, które ograniczają możliwości szerokiego zastosowania tej techniki i czyni ją techniką ostatniej szansy zarezerwowanej dla pacjentów, u których nie można wykonać zabiegu mikronaczyniowej dekompresji, lub u których występują zaburzenia krzepnięcia (np. pacjenci którzy przyjmują warfarynę).

Piśmiennictwo

- [1] Cruccu G, Gronseth G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K, Nurmikko T, Zakrzewska JM; American Academy of Neurology Society; European Federation of Neurological Societies. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. *EUR J Neurol* 2008;15:1013–28.
- [2] 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.