

JAN NIENARTOWICZ, DANUTA MARKOWSKA-KOSNO, JAN WNUKIEWICZ, ANDRZEJ KOMORSKI,
HANNA GERBER-LESZCZYSZYN

Neuralgia obwodowa nerwu trójdzielnego – leczenie objawowe*

Circular Trigeminal Neuralgia – Symptomatic Treatment

Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej AM we Wrocławiu

Streszczenie

Cel pracy. W pracy zostały przedstawione wyniki badań epidemiologicznych dotyczących neuralgii nerwu trójdzielnego.

Materiał i metody. W latach 1999–2001 leczono ambulatoryjnie w Klinice Chirurgii Szcękowo-Twarzowej AM we Wrocławiu 127 pacjentów z neuralgią nerwu trójdzielnego (74 kobiety i 53 mężczyzn). Hospitalizowano 55 osób (43,3%), w tym operowano 45 chorych.

Wyniki. W przeprowadzonych badaniach uwzględniono postępowanie ambulatoryjne najczęściej w postaci blokad diagnostyczno-leczniczych i alkoholizacji oraz leczenie chirurgiczne (**Dent. Med. Probl. 2003, 40, 2, 261–263**).

Słowa kluczowe: neuralgia nerwu trójdzielnego, leczenie.

Abstract

Objectives. The paper presents the results of epidemiological studies in trigeminal neuralgia.

Materials and Methods. In years 1999–2001, in the dispensary of Maxillofacial Surgery Clinic at Wrocław Medical University, 127 patients with trigeminal neuralgia were being treated (74 females and 53 males). There were 55 patients hospitalized (43,3%) – 45 of them were operated on.

Results. In the researches the ambulatory results were taken into consideration – most often in the form of diagnostic – therapeutic blockades, alcoholization or surgical treatment (**Dent. Med. Probl. 2003, 40, 2, 261–263**).

Key words: trigeminal neuralgia, treatment.

Neuralgia nerwu trójdzielnego, charakteryzująca się napadowym bólem twarzy w obrębie unerwienia przez gałązki obwodowe, sprawia nadal duże trudności diagnostyczno-terapeutyczne [1]. W diagnostyce różnicowej bólów twarzy wielomiesięczny bądź wieloletni przebieg leczenia wymaga stosowania w miarę ujednoliconych kryteriów diagnostycznych z uwzględnieniem często występujących przypadków atypowych [2–4]. Za przyczynę neuralgii uważa się już powszechnie konflikt naczyniowo-nerwowy w obrębie tylnej jamy czaszki (teoria „fałszywej synapsy”, fałszywego przekazywania, zaburzenia ukrwienia aksonu)

[5, 6]. Dzięki rozwojowi badań neurofizjologicznych, rezonansu magnetycznego, angiografii mózgowej, angio-MRI oraz na podstawie objawów klinicznych i przebiegu choroby można obecnie wykluczyć inne przyczyny napadowego bólu twarzy i właściwie rozpoznać neuralgię prawdziwą oraz wypracować algorytmu leczenia.

Obowiązuje zasada przechodzenia od metod mniej do bardziej inwazyjnych, a wobec długotrwałego nawrotowego przebiegu choroby kwalifikuje się chorych do leczenia neurochirurgicznego [7]. Leczenie rozpoczyna się od wykonywania serii blokad leczniczych, podając w okolicy wyjścia

* Praca została przedstawiona podczas I Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny i Chirurgii Ambulatoryjnej oraz IV Zjazdu Unii Polskich Towarzystw Chirurgicznych – Wrocław 8–9 listopada 2002 r.

na twarz gałązek obwodowych nerwu V przez otwory kostne kilku ml leku znieczulającego miejscowo (lignokainy, markainy, bupiwakainy). W wypadku uzyskanej początkowo krótkotrwałej poprawy kontynuuje się serię blokad lub kwalifikuje pacjenta do leczenia chirurgicznego bądź wykonuje się alkoholizację gałązek nerwu, uzyskując zwykle lepszy odległy efekt niż po długotrwałych blokadach, a gorszy niż po zabiegu operacyjnym [8].

Wskazania do leczenia zachowawczego lub chirurgicznego (przecięcia, wycięcia lub eksheirezy z następową elektrokoagulacją gałązek nerwu trójdzielnego) są ustalane indywidualnie z udziałem pacjenta. Przyjmuje się, że metody leczenia na gałązkach obwodowych dają mniej powikłań, ale przynoszą ulgę trwającą tylko od kilku miesięcy do kilku lat [2, 8, 9]. Ambulatoryjne leczenie w postaci blokad diagnostyczno-leczniczych, alkoholizacji lub elektrokoagulacji gałązek nerwu trójdzielnego ma doraźne znaczenie przerywające atak bólu neuralgicznego.

Celem pracy była ocena epidemiologiczna występowania neuralgii nerwu trójdzielnego i podjętego leczenia objawowego w latach 1999–2001 na podstawie materiału Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM we Wrocławiu.

Materiał i metody

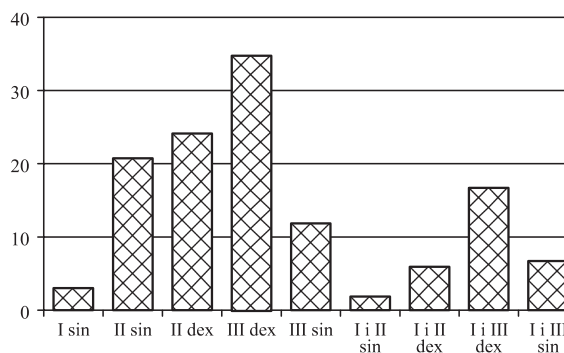
Posłużono się danymi zawartymi w ambulatoryjnych historiach chorób oraz w dokumentacji chorych hospitalizowanych. W latach 1999–2001 leczono ambulatoryjnie 127 pacjentów z neuralgią nerwu trójdzielnego – 74 kobiety i 53 mężczyzn. Spośród tej grupy 8 osób (6,2%) przebywało w latach 1999–2001 corocznie w leczeniu stacjonarnym, 17 osób (13,3%) w ciągu dwóch lat, a 102 osoby (80,3%) były leczone tylko w jednym roku. 53 osoby (41,7%) to pacjenci w wieku 61–70 lat, 29 osób między 71 a 80 rokiem życia oraz 28 osób w wieku 51–60 lat.

Dolegliwości bólowe dotyczyły początkowo obszaru unerwienia przez III gałązkę po stronie prawej (35 osób – 27,5%), II gałązkę po stronie prawej (24 osoby – 18,8%), a następnie II po stronie lewej oraz II i III po prawej. Ból rzadko występował w obszarze samej tylko I gałązki (2,3%). Rodzaj gałązek nerwu V objętych schorzeniem został przedstawiony na rysunku 1.

Wyniki

Leczenie rozpoczynano u wszystkich chorych od serii blokad diagnostyczno-leczniczych, podając lek znieczulający miejscowo (najczęściej 0,5%

liczba pacjentów
number of patients



Ryc. 1. Rodzaj gałązek nerwu trójdzielnego objętych schorzeniem w latach 1999–2001

Fig. 1. Type of trigeminal nerve small ramuses affected with disease in years 1999–2001

bupiwakainę) w liczbie 5–15 blokad w okolicy wyjścia na twarz gałązek obwodowych nerwu trójdzielnego. W trzech skrajnych przypadkach liczba blokad przypadająca na jednego pacjenta wynosiła w: 1999 r. – 66, 2000 r. – 43, a 2001 r. – 34. Alkoholizację gałązek nerwu przeprowadzono u 20 chorych (15,7%). U wszystkich chorych przeprowadzono równoległe leczenie farmakologiczne, stosując karbamazepinę i amitryptylinę.

W ciągu trzech lat hospitalizowano 55 osób (43,3%) i u 45 (81,8%) przeprowadzono leczenie operacyjne. U 12 chorych leczonych w tym czasie wykonywano zabiegi kilkakrotnie, co stanowi 26,6% z grupy pacjentów operowanych. Rodzaj podjętego leczenia u pacjentów z neuralgią nerwu trójdzielnego został przedstawiony w tabeli 1.

Omówienie

Omawiając materiał kliniczny zwraca się uwagę na trudności i niepowodzenia związane z brakiem poprawy w postaci ustąpienia bólu, mimo przeprowadzonych zabiegów operacyjnych. Wiąże się to z wyjątkowo uporczywym charakterem choroby, czasem jej trwania oraz nie zawsze występującą klasyczną obwodową postacią neuralgii nerwu trójdzielnego. Paweła zaleca w leczeniu neuralgii nerwu trójdzielnego najpierw stosowanie metod farmakologicznych w połączeniu z blokadami lignokainowymi bądź alkoholizacją gałązek obwodowych, a w następnym etapie zabiegi chirurgiczne na gałązkach obwodowych. Leczenie neurochirurgiczne akceptuje wówczas, gdy metody na gałązkach obwodowych są nieskuteczne [10]. Czernicki proponuje natomiast w pierwszym etapie leczenia neuralgii nerwu trójdzielnego stosowanie karbamazepiny łączonej z fenytoiną i klo-

Tabela 1. Rodzaj podjętego leczenia w grupie pacjentów z neuralgią nerwu trójdzielnego**Table 1.** Type of undertaken treatment in the group of patients with trigeminal neuralgia

Lata (Years)	Liczba pacjentów (Number of patients)	Pacjenci hospitalizowani (Hospitalized patients)	Pacjenci operowani (Operated patients)	Pacjenci operowani powtórnie (Reoperated patients)	Alkoholizacja (Alcoholization blocads)
1999	52	14	12	5	10
2000	27	13	7	2	4
2001	48	28	26	5	6
Total	127	55	45	12	20

nazepaniem, a w przypadku nieskuteczności długotrwałego leczenia farmakologicznego proponuje zabiegi na gałązkach obwodowych, ograniczając je do blokad lignokainowych (przynajmniej pięć blokad codziennie lub co drugi dzień). Nie jest zwolennikiem innych metod leczenia neuralgii na gałązkach obwodowych. Dlatego wobec braku poprawy kieruje pacjentów od razu do leczenia neurochirurgicznego [11]. Mimo iż możliwości i bardziej obiecujące wyniki leczenia neurochirurgicznego zyskują coraz więcej zwolenników, pacjenci decydują się na długotrwałe leczenie objawowe z kilkumiesięcznymi bądź kilkuletnimi okresami

remisji. Dotyczy to zwykle pacjentów z kilkunoletnim przebiegiem choroby i współistniejącymi schorzeniami internistycznymi. Leczenie objawowe staje się więc tym sposobem postępowania, które już ci pacjenci znają, akceptują, do którego się przyzwyczaili przez lata choroby, i który daje jak najmniej powikłań.

Całkowicie bezpiecznie można wykonywać takie zabiegi, jak blokady lecznicze, alkoholizację, elektrokoagulację oraz przecięcie gałązek obwodowych nerwu trójdzielnego w ramach jednodniowego pobytu chorego w szpitalu.

Piśmiennictwo

- [1] KITT C. A., GRUBER K., DAVIS M., WOOLF W. C., LEVINE J. D.: Trigeminal neuralgia: opportunities for research and treatment. *Pain* 2000, 85, 3–7.
- [2] NURMIKKO T. J., ELDRIDGE P. R.: Trigeminal neuralgia-pathophysiology, diagnosis and current treatment. *Br. J. Anaesth.* 2001, 87, 116–132.
- [3] BURCHIEL K. J., KSLAVIN K. V.: On the natural history of trigeminal neuralgia. *Neurosurgery* 2000, 46, 152–155.
- [4] ZAKRZEWSKA J. M.: Facial pain: neurological and non-neurological. *J. Neural. Neurosurg. Psychiatry* 2002, 72, 27–32.
- [5] GAMROT J., BAŻOWSKI P., ZAWADZKI T., KRAWCZYK I.: Konflikt naczyniowo-nerwowy w obrębie tylnej jamy czaszki. *Wiad. Lek.* 2000, 51, 3–4.
- [6] LOVE S., COAKHAM H. B.: Trigeminal neuralgia pathology and pathogenesis. *Brain* 2001, 124, 2347–2360.
- [7] MRÓZ G., ĆWIORO F., MORDARSKI S., KĘPIŃSKA D.: Schemat leczenia neuralgii nerwu trójdzielnego w klinice wrocławskiej. *Czas Stomat.* 1994, 47, 706–708.
- [8] NIENARTOWICZ J., WNUKIEWICZ J., KOMORSKI A., ZIEMSKI P.: Ocena skuteczności alkoholizacji gałązek obwodowych nerwu trójdzielnego w neuralgii prawdziwej. *Wroc. Stomat.* 2001, 21–26.
- [9] ERDEM E., ALKAN A.: Peripheral glycerol injections in the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia: retrospective analysis of 157 cases. *J. Oral. Maxillofac. Surg.* 2001, 59, 1176–1179.
- [10] PAWEŁA T., MRÓZ G., WNUKIEWICZ J.: Analiza 428 przypadków neuralgii nerwu trójdzielnego. *Czas. Stomat.* 1994, 47, 41–44.
- [11] CZERNICKI Z.: Współczesne poglądy na etiologię i leczenie neuralgii nerwu trójdzielnego. *Czas. Stomat.* 1996, 49, 5–12.

Adres do korespondencji:

Jan Nienartowicz
Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej AM
ul. T. Chałubińskiego 5
50-368 Wrocław

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.01.2003 r.
Po recenzji: 31.03. 2003 r.
Zaakceptowano do druku: 6.05. 2003 r.

Received: 30.01.2003
Revised: 31.03.2003
Accepted: 6.05.2003