

Neuralgie trigeminu

Neuralgie je bolest, která vznikne poruchou na systému signalizace bolesti. V inervační oblasti nejsou žádné jiné poruchy (čítí, motorika svalů). Je to intenzivní záchvatovitá bolest, nejčastěji postihuje 2. a 3. větev trigeminu, trvá krátce („šleh bolesti“). Nejčastěji se vyskytuje u pacientů nad 40 let. Obvykle se bolest spustí dotykem na spoušťovou zónu (*trigger point*), často lze zjistit spouštěcí mechanismy jako například žvýkání, čištění zubů, mluvení, chladový či dotekový stimul obličeje. Záchvaty mohou být rychle po sobě (*status neuralgicus*). Neuralgie mívá sezónní exacerbace (jaro, podzim).

Diagnostická kritéria primární neuralgie N. V.

A. Paroxysmální ataky bolesti v obličeji trvající několik sekund a méně než 2 minuty.
B. Bolest má aspoň 4 z následujících charakteristik: <ul style="list-style-type: none">▪ lokalizace na některé větvi n. V;▪ náhlé, intenzivní, ostré, povrchní, bodavé, pálivé bolesti;▪ velká intenzita bolesti;▪ bolesti mohou být vyvolány ze spoušťových zón (<i>trigger</i>) nebo některými činnostmi jako čištění zubů, žvýkání...;▪ mezi jednotlivými paroxysmy je nemocný asymptomatický.
C. Normální neurologický nález.
D. Ataky u jednotlivých pacientů se stereotypně opakují.
E. Všemi dostupnými metodami byly vyloučeny jiné příčiny bolesti obličeje.

Etiologie

Etiologie neuralgií není příliš objasněna, patrně se účastní působení dvou složek:

- **faktor periferní** – demyelinizace v centrálním segmentu kořene trigeminu – vzniká např. kompresí kořene cévkou, tumorem, nebo RS;
- **faktor centrální** – porucha inhibice v jádru trigeminu, není dostatečně probádáno.

Terapie

Konzervativní terapie

Základem je **karbamazepin**, jeho účinek však postupně klesá. Pokud karbamazepin účinkuje, potvrzuje se tím diagnóza neuralgie.

V léčbě bolesti se uplatňuje i aplikace anestetik nebo analgetik.

Částečně mohou účinkovat **hydantoináty**, baklofen a gabapentin, též některá psychofarmaka, například sedativa či antipsychotika.

Chirurgická terapie

Výkony na periférii

Alkoholizace a **výkruty výstupů** trigeminu mají jen krátkodobý efekt a mohou vést k neztišitelné anaestesia dolorosa, nepovažují se za správné.

Dnes provádíme hlavně dvě skupiny výkonů:

Punkční výkony

V oblasti ggl. trigeminale Gasseri a centrálního kořene trigeminu.

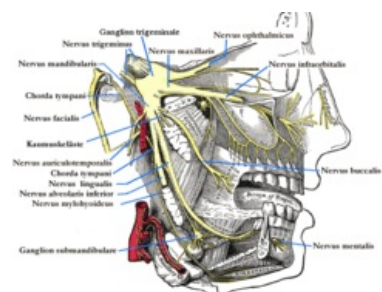
- ambulantní výkony v neuroleptanalgézi, jsou dobře snášeny (i u starých, u pacientů s RS)
- transbukální punkce do oblasti *cavum Meckeli* (prostor, kde leží ggl.) přes *foramen ovale* (pod skiaskopickou kontrolou)

Provádíme:

- **retrogaserská termolýze** (RGT) – v kořeni trigeminu elektrodou stimulujeme a zjistíme, která vlákna způsobují neuralgii a ty termicky zkoagulujeme
 - u 1. větve je riziko neuroparalytické keratidy
- **instilace glycerolu do cavum Meckeli** (glycerolová radikulolýza = GR) – využívá mírného neurotoxického působení glycerolu
 - cavum napustíme kontrastem a pak ho vyměníme za glycerol, necháme ho 30 minut působit
 - do týdne neuralgie ustane, může ale být bolestivá dysestézie



Inervační oblasti větví n. V



Větvení n. trigeminus

- **mikrokomprese gaserského ganglia** – do cavum zavedeme tenký katetr s balónkem, ten nafoukneme
 - během komprese má pacient intenzivní bolest, která ustupuje

Výkony v CNS

- **mikrovaskulární dekomprese kořene trigeminu (MVD)**
 - první výkon, který neuralgii řeší z části kauzálně – odstraňuje cévní kompresi (nejčastější příčinu demyelinizace)
 - v CA se udělá malá suboccipitální trepanace, pronikneme do mostomozečkového úhlu a komprimující cévu oddělíme od trigeminu plastovou vložkou (je to v 80 % SCA – *A. cerebelli sup.*)
 - efekt je dlouhodobý, nemá vliv na čití
- **likvidace jádra trigeminu** - gama nůž

Sekundární neuralgie N. V

Vzniká následkem afekcí v ORL oblasti (chronická sinusitis), při afekcích zubů, temporomandibulárního kloubu, po infekci Herpes zoster v obličeji (často postihuje I. větev, neustupující do 4 týdnů po akutním zosteru). Bolesti bývají trvalejšího rázu a menší intenzity než u primární neuralgie. V neurologickém nálezu **nacházíme často poruchu citlivosti** v některé větvi *n. V* či alteraci korneálního a masseterového reflexu.

Diagnóza

ORL vyšetření (včetně RTG paranasálních dutin), stomatologické vyšetření (včetně panoramatického snímku čelisti).

Léčba

Odstranění příčiny (pokud lze), léky a jejich dávkování jsou obdobné jako u primární neuralgie.

Odkazy

Související články

- Neuralgie trojklanného nervu/PGS
- Postižení nervus trigeminus/PGS/diagnostika
- Bolesti hlavy
- Faciální hemispazmus
- Obrna lícního nervu
- Poruchy čichu
- Diferenciální diagnostika poruch polykání
- Neuralgie trigeminu/PGS (VPL)
- Bolesti hlavy/PGS (VPL)

Zdroje

- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. ©2007. [cit. 2010]. <<http://www.jirben.wz.cz/>>.

Externí odkazy

- Neuralgie trigeminu (česká wikipedie)
- Trigeminal neuralgia (anglická wikipedie)

Použitá literatura

- ZEMAN, Miroslav, et al. *Speciální chirurgie*. 2. vydání. Praha : Galén, 2004. 575 s. ISBN 80-7262-260-9.