

NEURALGIA DE NERV TRIGEMEN (TICUL DUREROS AL FEȚEI)

Dr. Romeo Constantinescu
Medic Primar Neurolog, Pitești

REZUMAT

Afecțiunea cea mai importantă a nervului trigemen este ticul dureros, caracterizat prin paroxisme dureroase intolerabile, atingând buzele, obrazul, mentonul și foarte rar, teritoriul ramurei oftalmice. Boala survine aproape exclusiv la adulți și la persoanele în vârstă. Durerea persistă rareori mai mult de câteva secunde, uneori până la 1-2 minute, însă poate să fie atât de vie, încât pacientul tresare, de unde și termenul de tic. Tratamentul de primă intenție este farmacologic, iar dacă acesta eșuează, trebuie propus un tratament chirurgical.

Cuvinte cheie: Neuralgie = durere resimțită spontan sau la provocare pe traiectul unui nerv senzitiv sau al ramificațiilor sale; Trigeminal = triplu, împărțit în trei părți, ca nervul trigemen; Trigger zone = denumire dată de autorii anglosaxoni unei zone specifice, a cărei atingere instrumentală, manuală sau prin alimente declanșează ticul dureros al feței. În românește s-ar traduce prin „zona trăgaci”.

ABSTRACT

The most important affection of the trigeminal nerve is the painful spasmodic tic characterized by sore culminating points affecting the lips, the cheek, the menton and rarely the territory of the opthalmic twig. The disease supervenes almost exclusively at the grown-ups and the old people. The pain lasts rarely more than a few seconds, sometimes 1-2 minutes, but the pain may be so intense that the patient starts. The word "tic" is closely connected with this situation. The treatment of first intention is pharmacological and if this one fails, one must propose a surgical one.

Key words: Neuralgia = acute pain radiating spontaneously or provoked along the course of one or more sensitive nerves, or its/their ramifications; Trigeminal = triple, sectioned in three parts, like the trigeminal nerve; Trigger zone = name given by some anglosaxons authors to a specific area that, when stimulated by an instrument, touch, or food, excites an attack of painful nervous facial twitch. In Romanian it's called "zona tragaci”.

Nevralgia de trigemen este o durere facială unilaterală, paroxistică, pe care adeseori pacienții o descriu ca fiind cea mai puternică durere întâlnită vreodată. Din punct de vedere clinic, această nevralgie are două forme caracteristice: esențială (idiotipică) și secundară (simptomatică). La nevralgia esențială de trigemen simptomatologia clinică se manifestă prin următoarele fenomene:

- apariția unor dureri de intensitate neobișnuită, care se manifestă sub formă de crize paroxistice de scurtă durată (câteva secunde sau cel mult 1-2 minute); paroxismele sunt intercalate de perioade lungi de liniște completă în care bolnavul nu prezintă nici o durere;
- manifestările algice apar strict localizate pe traiectul ramurilor senzitive ale trigemenului, nedepășind niciodată linia mediană a feței, și doar în cazuri excepționale prezintă iradieri spre zonele învecinate (ureche, gât sau ceafă). Ramura cea mai frecvent afectată este a maxilarului superior;

- durerile se pot instala spontan, însă pot fi ușor declanșate de diverși factori, ca atingerea mecanică a feței sau a cavității bucale, curent de aer rece, actul masticăției etc. Din această cauză, bolnavii evită orice mișcare a feței și așteptând cu groază apariția crizei refuză mâncarea, găsindu-se într-o stare de permanentă anxietate;
- în unele cazuri, bolnavii pot preciza punctul de plecare a durerii; de asemenea, pot fi identificate zone bine delimitate a căror atingere poate declanșa criza (trigger zone-zona trăgaci). Punctul de plecare a durerii și trigger zonele în general se suprapun. Ele sunt menajate cu multă grijă de către bolnav la orice contact;
- în timpul crizei se constată o serie de fenomene reflexe motorii și vegetative, hemispasm al feței sau, mai frecvent, secuse clonice la nivelul mușchilor orbiculari.

- nevralgia trigeminală simptomatică sau secundară apare ca o consecință a unor variate procese patologice, care afectează, în segmentul exo- sau endocranian, nervul trigemen. Tabloul clinic are următoarele caractere:
 - durerile sunt mai puțin intense decât în cea esențială, însă continue; pe acest fond dureros permanent apar exacerbări paroxistice, uneori scurte dar violente, alteori prelungite și difuze
 - durerile sunt limitate la teritoriul de distribuție al trigemenului, cuprinzându-l în întregime, alteori fiind limitate la teritorii mai restrânse ce corespund ramurilor trigemenului, respectând însă riguros topografic ramura interesată
 - prezența în mod constant la examenul clinic a semnelor obiective: hipo-sau anestezie pentru toate modurile de sensibilitate, dispariția precoce a reflexului cornean
 - asocierea uneori și a unor simptome de suferință a nervilor învecinați
 - interesarea și a fibrelor motorii este însoțită de atrofia mușchilor masticatori

Este probabil că în lumea veche – greacă, romană și arabă – era oarecum cunoscută durerea din nevralgia trigeminală și referințe la aceasta par să existe în scrierile lui Aretaeus, Galen, Avicenna ș.a. Cazurile erau probabil excepțional de rare, deoarece media de vârstă era foarte scăzută (22-40 ani), iar vârsta medie de apariție a bolii este între 40 și 50 de ani.

În decursul secolelor au mai existat descrieri izolate de cazuri, dar cele de referință aparțin lui Nicolaus Andre (1756) care o denumește „tic dureros” și mai ales a lui John Fothergill (1773) care este clasică și practic completă. De aceea, nevralgia trigeminală este clasic cunoscută și sub denumirea de „Maladia lui Fothergill”. În secolul următor au mai existat descrieri izolate de cazuri, dar progresele în cunoașterea patologiei și teraputicii nevralgiei trigeminale au fost contemporane și datorită mai ales dezvoltării neurochirurgiei precum și unei serii de cercetări fundamentale clinice și experimentale. Etapele au fost numeroase începând cu primele operații de abord al ganglionului Gasser de către Krause și de către Hartley în același an, 1892, urmate în 1901 de abordul retrogaserian de către Spiler și Frazier ca „o extirpare fiziologică a ganglionului Gaser” și efectuată selectiv, cu prezervarea rădăcinii motorii de către Frazier, în 1915.

Etapele următoare sunt legate de numele lui Cushing (1920) și mai ales al lui Dandy (1936), care

a realizat abordul prin fosa cerebrală posterioară, al lui Taarnhej (1952), care a introdus metoda de decomprimare a rădăcinii senzitive prin abord intradural. Toate aceste realizări nu ar fi fost însă posibile fără importantul și decisivul aport adus de o îndelungată serie de cercetări asupra sistematizărilor și detaliilor de fină structură ale sistemului trigeminal.

Recent, în Marea Britanie, medicii generaliști identifică anual, la o sută de mii de persoane, câte 27 de cazuri, față de numai 4-13 câte erau înregistrate de studiile populaționale mai vechi care se bazează pe o caracterizare strictă a cazurilor. Frecvența afecțiunii este aproape de două ori mai mare la femei, comparativ cu bărbații, iar incidența ei crește treptat, odată cu vârsta, fiind doar rareori întâlnită la pacienții sub 40 de ani. Afecțiunea determină o durere severă, ce răspunde prost la analgezice, dar odată identificată, poate fi tratată. Patofiziologia nevralgiei de trigemen devine din ce în ce mai clară. Au fost descoperite și introduse în practică de obicei fără a fi precedate de studii clinice randomizate, mai multe tratamente medicale și chirurgicale. În consecință, există încă destule neclarități cu privire la folosirea optimă a terapiilor disponibile.

Există tot mai multe date științifice care sugerează că 80-90% dintre cazurile considerate a fi idiopatice sunt provocate de compresiunea nervului trigemen la imediata sa ieșire din cutia craniană, din cauza existenței unei bucle aberante a unei artere sau a unei vene.

Important de menționat este faptul că presiunea se exercită în zona în care se formează rădăcina nervului și unde învelișul axonilor este alcătuit din teci de mielină asemănătoare celor de la nivelul sistemului nervos central, nu celor de la suprafața nervilor periferici. La fel, compresia vasculară a ramurilor trigemenului se pare că este responsabilă de apariția majorității cazurilor de spasm hemifacial și, respectiv, de nevralgie glosofaringiană.

Mai puțin de 10% dintre pacienți vor avea forma simptomatică asociată cu o altă cauză, ușor de identificat, în afară de cea reprezentată de existența unei leziuni vasculare compresive – de obicei, o tumoră benignă ori un chist – sau a sclerozei multiple. Circa 1-5% dintre persoanele care suferă de scleroză multiplă fac, în timp, nevralgie de trigemen. Există și alte cauze ale durerii faciale, mult mai frecvente decât nevralgia de trigemen. Este posibil, așadar, ca diagnosticul să fie deseori stabilit cu întârziere, fiindcă pacienții trec mai întâi pe la stomatolog și pe la medici de alte specialități, care iau în considerare, la început, alte etiologii. Alte

nevralgii faciale pe care trebuie să le luăm în considerare sunt:

- sindromul paratrigeminal Raeder
- nevralgia facială post-herpetică (Disestezia post-herpetică)
- nevralgia de nerv glosofaringian
- nevralgia de nerv intermedius (Sindromul Hunt)
- nevralgia de ganglion sfeno-palatin (Sindromul Sluder)
- nevralgia nazo-ciliară (Sindromul Charlin)
- nevralgia de nerv etmoidal anterior
- sindromul dureros de articulație temporo-mandibulară

Investigațiile se efectuează pentru a lămurii diagnosticul diferențial (de exemplu radiografia dentară) și a vedea dacă există o cauză identificabilă a bolii, mai ales în ceea ce privește posibilitatea aplicării unui tratament chirurgical (rezonanța magnetică nucleară este cea mai indicată). Ca urmare a recentelor progrese înregistrate de tehnicile imagistice, compresia vasculară a fost evidențiată radiologic la un număr din ce în ce mai mare de pacienți cu nevralgie de trigemen. Tratamentele medicamentoase pentru nevralgia de trigemen au făcut obiectul mai multor analize sistematice medicale. Dovezile disponibile prezintă carbamazepina ca pe un medicament de elecție. Mulți pacienți au prezentat efecte adverse. Cu toate acestea, cei mai mulți dintre ei pot lua în continuare medicamentul. Dacă un bolnav răspunde bine la tratament, i se poate administra și un preparat retard concomitent cu reducerea treptată a dozei. Încă nu se știe prea bine ce este de făcut în cazul unui pacient pentru care carbamazepina fie nu este tolerată, fie creează alergii, fie nu are nici un efect.

Alternative terapeutice în cazurile în care carbamazepina are efecte adverse sunt:

- Oxcarbazepina – este un precursor al carbamazepinei și este alternativa logică și mai bine

tolerată, chiar dacă nu are indicație expresă în terapia nevralgiei de trigemen;

- Gabapentina este eficientă și se folosește mult în durerea neuropatică, cu toate că efectul său terapeutic în acest caz nu a fost demonstrat științific.

În urma efectuării unor studii de amploare restrânsă asupra nevralgiei de trigemen, au fost sugerate ca alternative secundare de tratament lamotrigina și baclofenul. Alte opțiuni terapeutice care pot fi luate în considerare sunt fenitoina, clonazepamul, valproatul, mexiletina și topiramatul. Dacă durerea este numai parțial rezolvată, carbamazepina se asociază cu un al doilea medicament sau se înlocuiește cu un alt analgezic. Ineficacitatea terapiei medicamentoase ar trebui să fie urmată de reevaluarea promptă a diagnosticului. Dacă nu se poate obține controlul adecvat al durerii sau dacă medicamentul produce efecte adverse intolerabile, trebuie să fie luate în discuție opțiunile de tratament chirurgical. Medicii pot aplica două proceduri chirurgicale:

- decompresia microvasculară, ce expune fosa posterioară, identifică vasul de sânge care comprimă rădăcina nervului trigemen și separă cele două componente.
- tratamentul de ablație, care întrerupe continuitatea ramurilor nervului trigemen prin diferite metode.

Radiochirurgia stereotactică, care folosește bisturiul cu raze gamma pentru tratamentul nevralgiei de trigemen a fost introdusă recent în uz de către Institutul Național pentru Sănătate și Excelență Clinică din Marea Britanie, dar accesul la o atare terapie este limitat. Pacienții trebuie să aibă acces la informațiile de ultimă oră și să beneficieze de susținerea medicilor în îngrijirea lor.

BIBLIOGRAFIE

1. Kreindler A, Voiculescu V – Neurologie-Vol. II, 1972
2. BMJ – Mai, 2007
3. Arseni C – Tratat de Neurologie – vol.V, 1979
4. Popa C – Neurologie, 1997
5. Dictionar medical – vol. II, 1969
6. Cinca I, Mares A – Diagnostic Neurologic, 1971
7. Szatmari Szabolcs, Szasz Attila – Urgențe Neurologice, 2007