

OROFACIÁLNA BOLEŠŤ

Dušan Broďáni

Algeziologická ambulancia – OAIM, Žilina

Orofaciálna bolesť je bolesť v oblasti tváre a jej príľahlých štruktúrach, prejavujúca sa v rôznorodých klinických syndrómoch, vznikajúca vplyvom rozmanitých mechanizmov a vyžadujúca multidisciplinárny prístup v diagnostike a liečbe.

Kľúčové slová: orofaciálna bolesť, neuralgia, nocicepcia, neuropatia.

Kľúčové slová MeSH: bolesť tváre – etiológia, klasifikácia, terapia; neuralgia.

OROFACIAL PAIN

Orofacial pain is the pain in the area of face and its adjacent structures. The pain is expressing itself in various clinical syndroms which are arising by the influence of various mechanisms and they involve multidisciplinary approach to diagnostics and the treatment itself.

Key words: orofacial pain, neuralgia, nocicepcia, neuropatia.

Key words MeSH: facial pain – etiology, classification, therapy; neuralgia.

Via pract., 2007, roč. 4 (3): 133–136

Orofaciálna bolesť (OF) je akákoľvek bolesť v tvári a jej príľahlých štruktúrach. OF zaujíma medzi bolesťami osobitné miesto kvôli rozmanitému charakteru, trvaniu a lokalizácii, v dospeljej populácii sa jej výskyt popisuje v 20 – 22 %.

Klinické syndrómy, v ktorých sa OF prejavuje, vznikajú rozmanitými mechanizmami v tejto zložitej oblasti regionálnej anatómie. Ich spoločným znakom je bolesť v oblasti tváre. Diagnostika a liečba týchto bolesťí je problematická a vyžaduje si multidisciplinárnu spoluprácu.

Orofaciálna bolesť vzniká senzitivnou nociceptívnou stimuláciou v oblasti hlavy a krku a je

sprostredkovaná aferentnými dráhami hlavových nervov V, VII, IX, X a krčných nervov C2, C3 – prostredníctvom plexus cervicalis. Z hlavových nervov prechádza bolestivé dráždenie do jadrového komplexu trigeminu, tzv. nucleus caudalis. Z krčných nervov nociceptívne impulzy aktivujú neuróny v zadných rohoch miechy (1).

Anatomické poznámky

V. hlavový nerv – nervus trigeminus – má tri hlavné vetvy (nervus ophthalmicus, nervus maxillaris a nervus mandibularis). Senzitívna časť nervu trigeminu inervuje kožu tváre, očnicu, dutinu nosa, ústnu dutinu, zuby a hl-

tan. Aurikulotemporálna vetvička mandibulárnej vetvy nervu trigeminu inervuje tragus, boltec, vonkajší zvukovod a prednú časť vonkajšej plochy bubienka, musculus tensor tympani a musculus tensor veli palatini, ako aj žuvacie svaly – senzitivne aj motoricky.

VII. hlavový nerv – nervus facialis – inervuje senzitivne časť zadnej plochy boltca, časť zvukovodu, laterálnu plochu bubienka a časť kože za ušným boltcom. Motoricky inervuje mimické svaly, svaly boltca a musculus stapedius v strednom uchu.

IX. hlavový nerv – nervus glossopharyngeus – inervuje senzitivne časť zadnej steny vonkajšieho zvukovodu, časť bubienka, väčšiu časť mastoidál-

Život
bez bolesti

TRALGIT®
tramadolii hydrochloridum

Skrátená informácia o prípravku Tralgit SR®, Tralgit® gtt, Tralgit® cps., Tralgit® inj. 50, 100, Tralgit® supp.

Liečivá látka: Tralgit® gtt: tramadolii hydrochloridum (tramadoliumchlorid) 1 g v 10 ml roztoku, Tralgit® cps.: tramadolii hydrochloridum 50 mg v 1 kapsule, Tralgit® inj.: tramadolii hydrochloridum 0,0500 g v 1 ml injekčného roztoku, 0,1000 g v 2 ml injekčného roztoku, Tralgit® supp.: tramadolii hydrochloridum (tramadoliumchlorid) 100 mg v 1 čapiku. **Indikácie:** Liek sa užíva na tlámenie stredne silných až silných náhlych alebo dlhotrvajúcich bolesti. Liek Tralgit® gtt je určený pre dospelých, mladistvých a pre deti od 1 roka. Kapsuly Tralgit® sú určené pre dospelých a pre deti nad 14 rokov. Tralgit® 50, 100 inj. sú určené pre dospelých, mladistvých a pre deti od 1 roka. Tralgit® supp. je určený pre dospelých, mladistvých a pre deti od 14 rokov. **Kontraindikácie:** lieky Tralgit® SR 100, Tralgit® SR 150 a Tralgit® SR 200 sa nesmú užívať pri precitlivosťi na tramadolium chlorid, pomocné látky liekov alebo iné opioídne analgetiká, pri akútnej intoxikácii alkoholom, hypnotikami, psychofarmakami alebo inými látkami s tlmivým účinkom na CNS, nesmie sa podávať súčasne s inhibítormi MAO a do 14 dní po ich vysadení z liečby. Pre deti do 14 rokov je vhodné podávať liekovú formu s nižším obsahom účinnej látky. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Tralgit® gtt: Ako jednotlivá dávka sa užíva 20 kvapiek (50 mg) s malým množstvom tekutiny alebo s kockou cukru. Pokiaľ účinok nie je dostatočný, dávku možno opakovať po uplynutí 30–60 minút. V prípade silných bolesti možno užiť 40 kvapiek (100 mg) naraz. Zvyčajne stačí užívať 20–40 kvapiek 3–4 x denne v intervaloch 6–8 hodín. Denná dávka nemá prekročiť 160 kvapiek (400 mg). **Deti 1–14 rokov:** zvyčajná denná dávka je 1–2 mg/kg telesnej hmotnosti (2 kvapky na každých 5 kg telesnej hmotnosti). U pacientov s poruchami funkcie pečene a obličiek sa odporúča predĺžiť odstupňovanie medzi jednotlivými dávkami. Tralgit® cps.: Dospelí a deti nad 14 rokov zvyčajne užívajú 50–100 mg 3 až 4 x denne v závislosti od intenzity a charakteru bolesti. Zvyčajný interval je 6–8 hodín. Ak sa po aplikácii 50 mg liečiva nedostaví za 30 až 60 minút žiadny analgetický efekt možno podať druhú jednorazovú dávku 50 mg (1 kapsula) pri rešpektovaní maximálnej dennej dávky. Maximálna jednotlivá dávka je 100 mg liečiva. Maximálna denná dávka by nemala prekročiť 400 mg liečiva. Tralgit® inj.: Dospelí 50–100 mg (1–2 ml injekčného roztoku), u detí 1–2 mg/kg telesnej hmotnosti intramuskulárne, subkutánne alebo pomaly intravenózne 3–4 x denne, prípadne v intravenózne inžúzii. Tralgit® supp.: Zvyčajná dávka je 100 mg (1 čapik) každých 4 až 8 hodín. Maximálna jednotlivá dávka je 100 mg liečiva (1 čapik). Maximálna denná dávka by nemala prekročiť 400 mg liečiva (4 čapiky). Tralgit® supp. Čapik má byť vložený hlboko do konečníka, pokiaľ je možné po stolici. **Nežiaduce účinky a interakcie:** nauzea, zvracanie, sucho v ústach, ospalosť, únava, závraty, bolesť hlavy; alkohol, hypnotiká, analgetiká, psychofarmaká a látky s tlmivým účinkom na CNS potencujú sedatívny účinok. **Používanie v gravidite a počas laktácie:** neboli zistené embryotoxické ani teratogénne účinky tramadolu; 80 % podanej dávky prechádza placentárnou bariérou. Bezpečnosť podávania tehotným ženám však nebola potvrdená. Počas tehotenstva sa tramadol odporúča podávať výnimočne, po prísnom zvážení pomeru rizika a prospechu liečby. Pri dojčení je tramadol kontraindikovaný. **Zvláštne upozornenie:** pri ťažkom stupni hepatálnej alebo renálnej nedostatočnosti a sklone ku kŕčom sa môže podávať len v nevyhnutných prípadoch, keď prospech liečby prevyšuje jej riziká. V priebehu liečby platí zákaz konzumácie alkoholických nápojov. **Zníženie pozornosti pri riadení motorových vozidiel a obsluhu strojov:** pri používaní tramadolu nesmie pacient riadiť motorové vozidlá ani vykonávať činnosti vyžadujúce zvýšenú pozornosť, schopnosť sústredenia a koordináciu pohybov. **Veľkosť balenia:** Tralgit SR® 100 – 10, 30 a 50 tbl., Tralgit SR® 150 – 10 a 30 tbl., Tralgit SR® 200 – 10 a 30 tbl., Tralgit® gtt – 100 ml, Tralgit® cps. 50 mg – 10 a 30 tbl., Tralgit® inj. 50 mg a 100 mg. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Slovafarma, a.s., Hlohovec, Slovenská republika. **Dátum poslednej revízie textu:** máj 2003. **Výdaj:** prípravok na lekársky predpis. Tento text nenahrádza úplnú odbornú informáciu o lieku. Pred predpísaním sa zoznámte s úplnou informáciou o prípravku.

ZENTIVA

Nitrianska, 100, 920 27 Hlohovec, www.zentiva.sk
Westend Tower, Dúbravská cesta 2, 841 04 Bratislava

nych dutiniek a Eustachovu tubicu. Dutina stredného ucha a mediálna časť bubienka sú inervované prostredníctvom plexus tympanicus. Oblasť zadnej steny a spodinu vonkajšieho zvukovodu, ako aj príslušnú časť vonkajšej plochy bubienka inervuje aurikulárna vetvička nervu vagu (Arnoldov nerv).

X. hlavový nerv – nervus vagus – inervuje časť zadnej steny vonkajšieho zvukovodu, processus mastoideus, sliznicu hltana a hrtana, pažerák a bronchy. Koncovými vetvičkami zasahuje až do brušnej dutiny (2).

Klasifikácia OF nie je jednoznačná, diferenciálno-diagnosticky sa využíva skôr pohľad podľa lokalizácie bolesti alebo podľa postihnutého orgánu v danej oblasti. Podľa typu OF hovoríme o bolesti akútnej alebo chronickej, primárnej alebo sekundárnej, nociceptívnej alebo neuropatickej (3).

Anamnestické údaje

Pri pátraní po príčine OF býva dôkladný odber anamnézy od pacienta často zanedbávaný:

- **miesto bolesti** – pacient buď udá presné miesto bolesti, alebo miesto bolesti nevie presne lokalizovať;
- **vyžarovanie do okolia** – ide o cenný diagnostický údaj;
- **intenzita bolesti** a jej maximum v dennej alebo nočnej dobe;
- **charakter bolesti** – tupá, ostrá, bodavá, páľivá, vystreľujúca, šklbavá, pulzujúca, spontánna alebo po provokácii (mechanickým, termickým podnetom), okamžitá alebo s latenciou, s aurou alebo bez aury, s poruchou citlivosti kože a slizníc;
- **dĺžka trvania bolesti** – sekundy, minúty, dni, mesiace. Intermitentná alebo trvalá;
- **frekvencia trvania** bolesti počas dňa a jej periodicitu.

Dôležitá je prítomnosť vegetatívnych a iných prejavov sprevádzajúcich OF (vaskulárne zmeny, závraty, poruchy videnia, nauzea, vomitus, dysestézie v kožnej oblasti, dysfagia, odynofagia, prítomná zvýšená teplota, kašeľ, slzenie, salivácia, krvácanie, výtoky, suchosť slizníc, kardiálne zmeny...). Taktiež prítomnosť pocíťovaných zvukových fenoménov a trizmu pri pohyboch čelustí, prítomnosť rôznych zlozvykov (bruxizmus, hryzenie pier, zatínanie zubov, obhrýzanie nechťov...), psychologických faktorov – anxieta, depresia, pracovný stres – či iných systémových, autoimunitných ochorení. Dôležitý je údaj o prípadnom chudnutí alebo o iných sprievodných javoch, tak ako ich vníma pacient.

Na určenie správnej diagnózy je veľmi dôležité ponechať chorému čas a pokoj k nerušenej interpretácii subjektívnych pocitov a ťažkostí. Výpoveď pacienta sa snažíme usmerniť cielenými otázkami.

Po odobratí anamnézy nás získané údaje orientujú v ďalšom postupe a rozhodnutí odporučiť pacienta na patričné odborné vyšetrenie. Medzi základné a prvoradé vyšetrenia patrí vhodné laboratórne a zák-

ladné RTG vyšetrenie. V mnohých prípadoch si stav postupne vyžaduje viaceré odborné vyšetrenia.

Orofaciálna bolesť podľa lokalizácie

Bolesti zubov sú jednou z najčastejších bolestí v OF oblasti. Ich riešenie spadá do kompetencie stomatológa. Bolesť zubov môže byť však aj prenesená z iných štruktúr tejto a príslušnej oblasti. A opačne – bolesti zubov sa môžu propagovať do kože, pier, tváre, dutín, temporomandibulárneho kĺbu (TMK) alebo do iných príslušných zubov. Vlastná bolesť zubov je väčšinou akútna a je podmienená nadmernou citlivosťou **dentínu**, zápalom zubnej drene, prípadne zápalom periodontia (4). Pri **zápaloch zubnej drene** je bolesť vystreľujúca, záchvatovitá, propagujúca sa do oboch čelustí.

Intenzita vnímania bolesti závisí od sčítania senzorickej zložky a psychologického momentu (osobnosť pacienta, jeho prípadná predchádzajúca skúsenosť s bolestivým ošetrovaním a podobne). Dentínová hypersenzitivita (zubný kaz, netesniace výplne, erózie skloviny, obnažené krčky zubov, klinovité defekty sliznice) je charakteristická okamžitým nástupom po mechanických, termických a osmotických podnetoch (4). Pri **zápaloch zubnej drene** ide o závažnejší hlboký zubný kaz. Akútna pulpitída má výraznú bolestivosť podľa časového obdobia – iníciaľna pulpalgia s vystreľovaním, záchvatovitosťou – už bez vonkajšieho podnetu. Rozvinutá pulpalgia – šľahajúce bolesti propagujúce sa do oboch čelustí sú provokované chladom, poklepaním a nereagujú na analgetiká. Ťažká pulpalgia je charakterizovaná pulzujúcou bolesťou, hlavne v noci s úľavou po výplachoch dutiny ústnej chladnou tekutinou. Pri zvýšení bolesti na teplý podnet ide už o purulentný zápal. Čím trvá pulpalgia dlhšie, tým má viac charakter neuralgie nervu trigemini. Častý je prestup zápalu do periodontálneho komplexu. Pri nástupe nekrózy pulpy ťažkosti ustupujú. Komplexnú starostlivosť riadi stomatológ.

Bolesť v ORL oblasti

Bolesti nosa – fraktúry, zápalové procesy, hematómy, cievne malformácie, neoplázia...

Bolesti vedľajších nosových dutín – pri zápaloch sú lokalizované do maxilly, vnútorného kútika očnénice, nadočnicových oblúkov alebo v celej oblasti inervácie druhej vetvy nervu trigemini. Bolesť je tupá alebo neuralgického charakteru, vystreľujúca do zubov až do celej polovice hlavy. V rámci čelových dutín sú bolesti v čele, šíria sa do celej hlavy, zväčša trvalého charakteru so zhoršovaním ráno. Čuchové dutiny charakterizuje bolesť pri korení nosa, v spánkoch, temene a záhlaví. Citlivé na palpáciu sú vnútorné očné kútiky. Klinová dutina – bolesť je v záhlaví s vystreľovaním do spánkov, ucha, čela.

Bolesť hrtana – pri flegmónach hrtanového vchodu, perichondritidach hrtanu (po úraze a sekundárne pri tumoroch, tbc) je bolesť spontánna, pri prehĺtaní a na palpáciu hrtana a je zvlášť prudká. Pri neshpecifických zá-

paloch býva bolesť podstatne miernejšia. Niekedy bolesť vzniká aj po nadmernom fonačnom úsilí bez zápalu (1).

Bolesť hltana – okrem poruchy pri prehĺtaní (dysfágia) je prítomná aj bolesť pri prehĺtaní (odynofagia). Vyskytuje sa pri akútnych infekčných (bakteriálnych, mykotických, vírusových) zápaloch, pri pooperačných stavoch a traume, neopláziách, po ožarovaní a chemoterapii. Chronická dysfágia je bežným nálezom pri gastroezofageálnom refluxe, keď najväčšie ťažkosti sú ráno spolu s prejavmi pyrózy. Prevalencia dysfágie je aj pri degeneratívnych ochoreniach typu myastenia gravis, amyotrofická laterálna skleróza, Parkinsonova choroba, nádory mozgu, dermatomyositída, sklerodermia. Typická psychogénna porucha, tzv. glomus hystericus má tiež prejav v dysfágii. Okrem ORL vyšetrenia treba aj doplnkové gastroenterologické vyšetrenie.

Otalgia – bolesť v oblasti ucha – je častým príznakom zápalu, ale aj úrazu, cudzieho telesa v zvukovode alebo nádoru. Charakter bolesti je rôzny, najčastejšie býva bolesť tupá, „tepavá“ a pri neuralgiách vystreľujúca. Zápal sprevádza aj horúčka, prítomná je bolesť pri ťahu za tragus. Pri stredoušnom zápale sú bolesti kruté až neznesiteľné s vyžarovaním na postihnutú stranu. Neuralgický typ bolesti v oblasti nervus trigeminus s prítomnou obrnou nervus abducens je prítomný pri abscese pyramídy. Neuralgia nervi trigemini s tubárnou nahluchlosťou a poklesom mäkkého podnebia na postihnutú stranu poukazuje na nádor v oblasti tuby. Nádory v oblasti nosohltana okrem neuralgie trigemini a nahluchlosti majú prítomnú aj lymfadenopatiu v krčnej oblasti. Ďalšia z príčin primárnej otalgie môže byť cerumen, myringitída, karbunkul, furunkul, omrzlina boltca, perforácia bubienka, porušená funkcia Eustachovej trubice, trombóza, tromboflebitída v esovitom splave, tumor v temporálnej oblasti, mozgu, extradurálny, ale aj subdurálny absces.

Sekundárne otalgie majú zvyčajne zrejmy pôvod. **Akútna sekundárna bolesť ucha** má pôvod v ochorení zubov, periodontu, v nesprávnom skuse, nevhodných stomatologických náhradách, tesných vyrovnávacích zubných aparátov. Tiež v afekciách dutiny ústnej – vrátane herpetických, zápaloch jazyka, lichen planus, v zápaloch nosových dutín a slinných žliaz, nosohltana, hrtana, stavoch po tonzilektómii, prípadne v prítomnom processus styloideus elongatus, pri hiatovej hernii, thyreopatiách a poruchách orgánov hrudnej dutiny. Chronická otalgia je diagnosticky problematická a môže ju vyvolávať množstvo príčin, napríklad ochorenia čelustného kĺbu, svalové postihnutia. Dlhodobá otalgia s prítomnými tzv. spúšťacími zónami v „trigger points“ vyskytujúcich sa vo forme malých svalových uzlíkov.

Samostatná dlhodobá bolesť vzniká aj v dôsledku prekonaného herpetického zápalu – herpes zoster oticus, často s erupciou pluzgierikov na koži a vo vonkajšom zvukovode, niekedy spojeného aj s obrnou líčeho nervu, závratmi, poruchou sluchu, tinnitom.

TRAMAL

Liečba otalgii je kauzálna s využitím antibiotík, antivirov, antivertiginózných preparátov, steroidov, lokálnych a celkových analgetík, chirurgických zákrokov.

U starších pacientov – hlavne žien – sa vyskytuje aj tzv. *atypická tvárová bolesť*, ktorá je chronická, najčastejšie lokalizovaná do maxilly, nemá spúšťacie zóny, je refraktérna na liečbu, často s potrebou chirurgickej intervencie (5). Predpokladá sa aj psychogénny pôvod.

Neurologické príčiny bolesti

Bolesti podmienené neurologickými ochoreniami rozdeľujeme na tri typy:

1. neurovaskulárneho typu, kde zaraďujeme migrenú, cluster headache bolesti, paroxyzmálnu hemikraniu a novú diagnostickú jednotku – tzv. vaskulárnu orofaciálnu bolesť,
2. z postihnutia periférnych nervov, kde patrí neuralgia nervu trigeminu, neuralgia pretrigeminálna, neuralgia nervu glossopharyngeu, neuralgia postherpetická, neuralgia nervu vagu, neuralgia nervu laryngeu recurrens, kombinované neuralgie a SUNCT syndróm,
3. z postihnutia autonómnych nervov – netypická bolesť zubov, oblastný bolestivý syndróm so súčasnými vazomotorickými a trofickými zmenami.

Diagnostika a liečba neurologicky podmienených bolesti patrí výhradne do rúk odbornej neurologickej starostlivosti. Tak ako je v rámci opisovaných typov bolesti, ich lokalizácie, šírenia do okolia, časového trvania problematická diferenciálna diagnostika, vyžadujúca nielen klinické vyšetrenie, ale aj prístrojové vyšetrenie, nemenej je problematická aj liečba pacienta so stanovenou diagnózou. Neraz sa stretávame s pacientom, ktorý v snahe uľaviť si od bolesti je predliečený jemu dostupnými analgetikami.

Liečebné postupy u neurovaskulárneho typu bolesti migrenózneho charakteru smerujúce k úspešnosti si vyžadujú komplexný prístup. Potrebná je úprava režimu dňa s vylúčením spúšťacích stimulov, doplnenie fyzikálnou terapiou. Samotná medikamentózna liečba je najdôležitejšia a má pre pacienta zásadný význam. Využíva sa symptomatická, ale aj profylaktická liečba. Symptomatická liečba je určená na prerušenie akútneho ataku bolesti, profylaktická zabraňuje jej návratu vo forme akútnej exacerbácie.

Vzhľadom na frekvenciu výskytu uvádzame z neurologicky podmienených bolesti v stručnosti charakteristiku liečby pri migréne a pri neuralgii nervu trigeminu.

Migréna

Ide o záchvatovitú bolesť hlavy spojenú s vegetatívnymi príznakmi, prevažne unilaterálnu, trvajúcu 2 – 72 hodín, zvyčajne vyvolanú rôznymi spúšťacími stimulmi. Predchádza jej aura vo forme zrakových, sluchových, čuchových vnemov, rôznych paresté-

zií, ale záchvat môže vzniknúť aj bez aury. Samotná migrenózna bolesť je zväčša pulzujúca, zhoršuje sa fyzickou aktivitou, býva sprevádzaná nauzeou až vracaním, foto- a fonofóbiou. Môže pacienta až invalidizovať (3). Jej patogenéza nie je doteraz spoľahlivo objasnená, predpokladá sa neuro-vaskulárna príčina bolesti v teréne primárneho poškodenia mozgových funkcií. Stanovenie diagnózy migrény má určené kritéria podľa *Medzinárodnej spoločnosti pre bolesti hlavy (IHS)* a patrí do kompetencie neurológa. Liečba je zameraná na všetky zložky záchvatu. Najdôležitejšia je efektívna symptomatická liečba, pričom sa neberie ohľad na použitý preparát. Musí byť však podaný v dostatočnej dávke a hneď na začiatku záchvatu, prípadne sa dávka opakuje. V liečbe **migrenózneho ataku** sa využíva široké spektrum liekov, ktoré rozdeľujeme do piatich skupín so štatisticky dokázanou účinnosťou, pričom najúčinnější je prvá skupina, ktorá má výrazný klinický efekt: skupina triptanov, ktoré sú v súčasnosti považované za špecifické antimigrenózne preparáty, následne kombinácie ASA + paracetamol + kofeín, ibuprofen, DHE podané parenterálne ako aj intravenózne podaný prochlorperazín.

Ďalšie skupiny liekov majú mierny až nepreukázaný efekt na liečbu migrén: paracetamol + kodeín, diklofenak, lidokaín, naproxen, ďalej perorálne podaný ergotamín, kofeín, chlorpromazín a kortikoidy.

V profylaxii migrény majú vysokú účinnosť s pomerne miernymi vedľajšími nežiaducimi účinkami kyselina valproová, propranolol a amitriptylín. Ďalšie skupiny liekov majú pri nižšej účinnosti vyšší výskyt nežiaducich účinkov, napríklad ASA, flurbiprofen, gabapentín, magnezium, naproxen, metoprolol, fluoxetín, verapamil, sertralín, nortriptylín a celá škála ďalších liekových skupín (3).

Profylaktická liečba, ktorá znižuje frekvenciu a intenzitu migrenózných záchvatov je indikovaná u pacientov, ktorí majú 3 a viac ťažkých záchvatov mesačne. Jej účinnosť sa popisuje v 60 – 70 % a riadi ju neurológ.

Neuralgia trigeminu

Je spôsobená poškodením jednej alebo viacerých vetiev nervu trigeminu. Je paroxyzmálna, v trvaní od niekoľkých sekúnd až po minúty, za ktorými nasleduje interval bez bolesti. Nemá pulzujúci charakter a neobťažuje pacienta v spánku. Typicky sa vyskytuje jednostranne, viac vpravo, ale nie je zriedkavý ani výskyt obojstranný. Bolesť provokuje aj najmenšia senzorická stimulácia vo forme ľahkého dotyku, chvenia, zmeny tepla či príjmu potravy... Medzi podnetom a bolesťou

býva krátke latenčné obdobie, tzv. refraktérna fáza. Bolesť býva sprevádzaná kontrakciami mimických svalov (tic doloureux, tic convulsiv) (3).

Môže byť *primárna* (idiopatická), kde v dôsledku poškodenia vplyvom tlaku na nerv dochádza k demyelinizácii, čo má za následok vznik bolestivého výboja v nerve, ktorý nie je inhibovaný v trigeminálnom jadre.

Sekundárna neuralgia (symptomatická) býva podmienená systémovými ochoreniami typu Sclerosis multiplex alebo sekundárne pri nádoroch vo fossa posterior. V rámci diferenciálnej diagnostiky prichádza do úvahy aj cievná malformácia a ischemické poškodenie v oblasti mozgového kmeňa, prípadne herpetická infekcia.

Liečba: v akútnej fáze sa využívajú vyššie dávky ASA, paracetamol, metamizol, levopromazín, buprenorfin. Na dlhodobú liečbu sú vhodné gabapentín, karbamazepín, baclofen, kyselina valproová. Okrem farmakologickej liečby v niektorých prípadoch treba pristúpiť k neurochirurgickej intervencii ako je termoagulácia ganglion Gasseri, uvoľnenie nervu vo fossa posterior, trigeminálna traktotómia a rizotómia (3). Pred chirurgickou intervenciou treba vždy vyskúšať efekt fyzioterapie, vrátane laseroterapie, ktorá môže v niektorých prípadoch pacientovi priniesť úľavu. (6)

Záver – všeobecná terapeutická rozvaha pri bolesti v orofaciálnej oblasti

Kauzálna liečba ochorenia podľa vyvolávajúcej príčiny (pokiaľ je možná):

1. v akútnom štádiu: analgetiká antipyretiká + tramadol + podľa charakteru bolesti:
 - a) bolesť bodavá, elektrizujúca = pridať antiepileptiká,
 - b) bolesť tupá, páľivá = pridať antidepresíva,
 - c) bolesť tenzná vyvolaná zvýšeným intrakraniálnym tlakom, edémom = zväziť kortikoidy;
2. pri chronicizácii bolesti: ako liek voľby tramadol + podľa charakteru bolesti:
 - a) bolesť bodavá, elektrizujúca = pridať antiepileptiká,
 - b) bolesť tupá, páľivá = pridať antidepresíva.

Vždy treba zväziť vhodnosť fyzioterapie – rebox prúdy, laseroterapiu, biotronové svetlo.

MUDr. Dušan Broďáni, PhD.

Algeziologická ambulancia – OAIM, NsP
Ulica V. Spanyola 43, 012 07 Žilina
e-mail: brodani@pain.sk

Literatúra

1. Skřivan J, Betka J. Bolest. I.vyd. Praha, Tigris, 2006, s. 508–514.
2. Borovanský L, a kol. Soustavná anatomie člověka, díl II., IV. vyd., Praha, Avicenum, 1973, s. 901–926.
3. Turčániová Z. Algeziológia. I. vyd., Žilina, Edis, 2005, s. 210–229.
4. Gojšová E. Bolest. I. vyd., Praha, Tigris, 2006, s. 515–519.
5. Mazánek J, Vondráčková D. Bolest v orofaciální oblasti. Bolest, 2000, Suppl. 1, s. 87–96.
6. Lisý L. Vademeccum medici. 6.vyd. Martin, Osveta, 2003, s. 1640–1641.