

Trigeminusneuralgi (TN) er betegnelsen for jagende eller stikende smerter i en eller flere af nervus trigeminus grene.

Ætiologi

TN kan skyldes kompression af trigeminusnerven, hyppigst nær dennes udspring fra pons. Kompression forårsages oftest af en mindre arterie til cerebellum. Det antages, at kompressionen medfører demyelinisering af nerveroden og efterfølgende ektopisk impulsdannelse med krydsexcitation af nabofibre. TN ses desuden ved dissemineret sklerose og i idiopatiske tilfælde.

Klinik

TN er en oftest unilateral lidelse med smertefulde jag svarende til en eller flere af trigeminusnervens grene.

Smerterne varer fra en brøkdæl af et sekund til et par minutter. Der kan forekomme talrige anfald på en dag. Imellem anfaldene kan der være en murrende baggrunds-smerte. Anfaldene er stereotype hos den enkelte patient.

Smerterne debuterer oftest i 2. eller 3. gren og mistolkes ofte i starten som kommende fra tænder eller sinus med heraf følgende unødvendige behandlinger inden diagnosen stilles.

Smerterne udløses ofte af stimuli som tygning, vask af ansigtet, tale, tandbørstning, barbering og kold blæst, men kan også forekomme uden stimulation. Hyppigt findes triggerpunkter i ansigtet. Smerterne kan komme og gå. Der kan optræde forværring af tilstanden eller smertefrihed i perioder på uger til måneder. Ved neurologisk undersøgelse findes typisk normal sensibilitet.

Forekomst

TN debuterer oftest efter 50-års alderen og rammer lidt flere kvinder end mænd. Hos yngre må man mistænke dissemineret sklerose. Der er cirka 200-250 nye tilfælde i Danmark per år.

Behandling

• Medicin

Forebyggende behandling med antiepileptika har stabiliserende effekt på nerven og er oftest effektiv, i hvert fald i starten. Almindelige analgetika og opioider har normalt ingen effekt.

1. valg: Carbamazepin (Tegretol, Trimonil) eller oxcarbazepin (Apydan, Trileptal). Dosering se lægemiddelkataloget.

Effekt: Eneste medikamenter med påvist effekt i flere kontrollerede undersøgelser. Cirka 60-70 % af patienter får mindst 50 % reduktion af smerter.

2. valg: Gabapentin, baclofen, lamotrigen, valproat og phenytoin kan have effekt.

Præparaterne kan eventuelt kombineres.

Da TN ofte har et periodisk forløb, reguleres dosis løbende efter effekt og bivirkninger.

• Kirurgi

Ca. 30 % af patienterne kan ikke behandles tilfredsstillende medicinsk. Hos disse skal kirurgisk behandling overvejes. Mikrovaskulær dekompression er den mest effektive behandling. Ved mikrovaskulær dekompression foretages kraniotomi retromastoïdt, hvorefter kar der komprimerer nerven fridissekteres.

Resultater af kir. behandling:

85-90 % har god effekt initialt, ca. 50 % af disse vil få recurrence inden for 15 år.

Den peroperative mortalitet er 0,2 til 1,2 %.

Trigeminusneuralgi

• Blokade

Glycerolinjektion indføres under lokal anæstesi til ganglion trigeminale. Glycerolinjektionen destruerer cellelegemerne i gangliet. Blokadebehandling er mindre invasiv end mikrovaskulær dekompression, men har lavere succesrate og indebærer en vis risiko for dysæstesi.

Før henvisning

Overvej henvisning når TN mistænkes. Især v. manglende effekt af medikamentel behandling jf. specialafdelingens særlige behandlingsmuligheder.

Oplysninger på henvisningen

- Debuttidspunkt
- Beskrivelse af symptomer
- Varighed, dosis, effekt og bivirkninger af evt. medicinske behandlinger
- Tidligere kirurgisk behandling
- Konkurrerende lidelser

Visitation / ventetid

Kan som regel modtages på Dansk Hovedpinecenter med kort varsel (under 1 måned). Der er tæt samarbejde med neurokirurgisk afdeling, KAS Glostrup.

Afslutning

Patienterne afsluttes fra centeret, når de er i stabil fase og medicinsk og eventuelt kirurgisk optimalt behandlet.

Lars Bendtsen, afdelingslæge
Dansk Hovedpinecenter
Neurologisk afdeling
KAS Glostrup
Tlf.: 43 23 20 62.

Lars Rytter, praksiskonsulent