

А.С. Шнеков

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана

Bilateral trigeminal neuralgia is a rare situation with an incidence of 1% to 6% in large trigeminal neuralgia series. There is no single or standard method for the treatment of bilateral trigeminal neuralgia. Radiofrequency ablation for treatment bilateral trigeminal neuralgia is an effective and relatively safe method. We report a rare case of bilateral trigeminal neuralgia treated by bilateral radiofrequency ablation.

Key words: *Bilateral trigeminal neuralgia, radiofrequency ablation, micro vascular decompression*

Введение

Билатеральная тригеминальная невралгия (БТН) встречается намного реже унилатеральной, распространенность составляет от 1% до 6% в больших сериях тригеминальной невралгии (ТН) [4, 5, 7], в одном исследовании обнаружена встречаемость БТН даже в 11.9% случаях [2]. Наиболее чаще БТН наблюдается при рассеянном склерозе [7]. Нами представлен случай идиопатической БТН леченный применением чрескожной селективной радиочастотной абляции.

Характеристика случая

67 летний мужчина был госпитализирован в клинику с пароксизмальной болью в зоне слизистой оболочки области коронарного отростка нижней челюсти справа и в зоне слизистой оболочки области коронарного отростка нижней челюсти слева. Двусторонний приступ боли начинался справа, также интенсивность и частота приступов боли была выражена преимущественно справа. Боль слева присоединялась после нескольких секунд. Приступ пациент описывал как внезапная, пронзительная, похожая на удар электрического тока боль. Провоцирующими факторами болевого пароксизма являлись – жевание, прикосновение, разговор, мытье лица, чистка зубов, дуновение ветра, холод, смех, бритье, сморкание.

Длительность заболевания 17 лет, после спонтанного начала боли справа через 3 года присоединилась боль слева. Принимал ежедневно препарат Карбамазепин в дозе 1200 мг в сутки. Эффект препарата оценен как незначительный. Отмечал такие побочные действия препарата как сонливость и головокружение. Неврологический осмотр не выявил дефицита. На магнитно-резонансной томографии обнаружены признаки возможного нейроваскулярного конфликта в цистернальной части тройничного нерва справа и слева (рисунок 1).

Проводилось тестирование для оценки боли: Visual analog scale 10 баллов, Present Pain Intensity 5 баллов, Wong-Baker Faces pain rating scale 4 баллов.

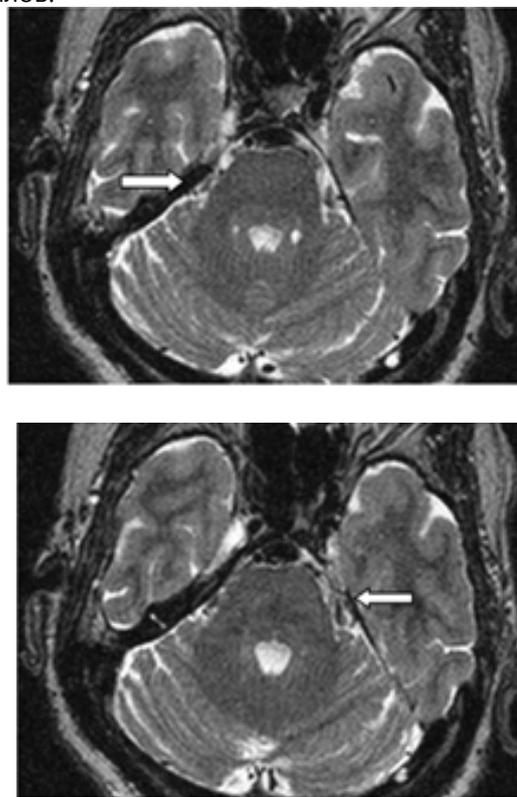


Рисунок 1

Магнитно-резонансные аксиальные томограммы, указывают на возможный нейроваскулярный конфликт в зоне тройничного нерва справа и слева.

Выполнена чрескожная селективная радиочастотная абляция правого и левого тройничного нервов (сенсорный ответ 0.17 V справа и 0.25 V слева, параметры абляции 60 сек-750C справа и 60 сек-750C слева) на уровне Гассерова узла в один этап (рисунок 2). Однако после операции пациент отмечает прежней интенсивности, характера и частоты пароксизмальную боль справа, вынужден

принимать препарат Карбамазепин 400 мг в сутки.

Обследование выявило умеренную гипалгезию в зоне V2 справа, умеренную механическую гипестезию V2 справа, слабую механическую гипестезию V3 справа, умеренную гипалгезию V3 слева, умеренную механическую гипестезию V3 слева. Через 4 дня выполнена чрескожная селективная радиочастотная абляция правого тройничного нерва (сенсорный ответ 0.65 V, параметры абляции 60 сек-800С) на уровне Гассерова узла.

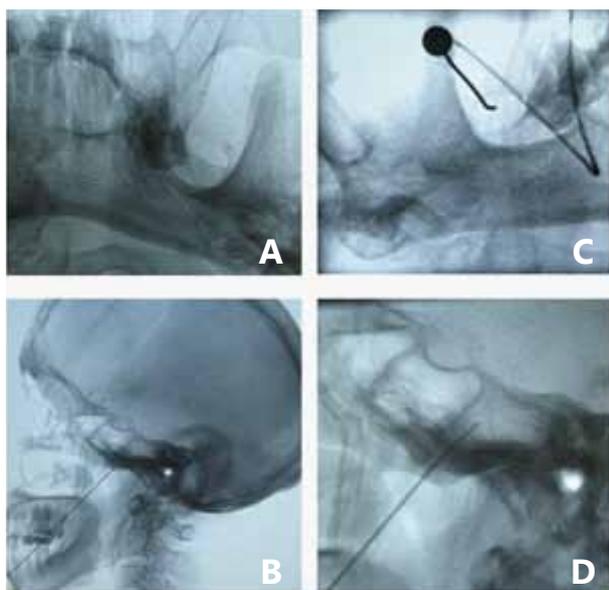


Рисунок 2

Этапы радиочастотной абляции тройничного нерва и позиция электрода слева (А, В) и справа (С, D).

Сразу после операции лицевой боли с двух сторон не отмечает, Карбамазепин не принимает. В течение 72 послеоперационных часов проводилось тестирование боли – Visual analog scale 0 баллов, Present Pain Intensity 0 баллов, Wong-Baker Faces pain rating scale 0 баллов. Данные неврологического обследования: Слабая гипалгезия в зоне V2 справа, слабая механическая гипестезия в зоне V2 справа, умеренная гипалгезия в зоне V3 справа, умеренная гипалгезия в зоне V3 слева, умеренная механическая гипестезия в зоне V3 справа, умеренная механическая гипестезия в зоне V3 слева. Незначительный сенсорный дефицит не вызывает дискомфорта.

Период наблюдения составил 10 месяцев, боль отсутствует, Visual analog scale 0 баллов, Present Pain Intensity 0 баллов, Wong-Baker Faces pain rating scale 0 баллов, Карбамазепин не принимает, отмечает значительный постепенный регресс сенсорного дефицита. Исход по Barrow Neurological Institute Pain Intensity Score – I.

Обсуждение

БТН редкое состояние, при котором до сих пор нет общепринятой тактики лечения [2, 6, 7, 8]. Множество опций применяются для лечения ТН, а именно медикаментная терапия, микроваскулярная декомпрессия, чрескожная радиочастотная абляция, радиохирургия, ретрогассерова ризотомия, периферическая нейроэктомия, тригеминальная тактотомия, введение глицерола и алкоголя в гассеров узел, баллонная компрессия гассерова узла. Отсутствие единого алгоритма и подхода в лечении ТН обусловлено использованием различных методов хирургии, шкал и критериев отбора и оценки исхода, отсутствием исследований больших серий и применением различных методов хирургии [10].

В настоящее время самое продолжительное отсутствие боли выявлено после микроваскулярной декомпрессии. Более того, некоторые авторы считают микроваскулярную декомпрессию безопасным и эффективным методом лечения ТН также у пожилых пациентов [1, 9]. Однако при БТН, некоторые авторы отмечают высокую частоту рецидива после микроваскулярной декомпрессии [7].

В нашем случае выбор метода радиочастотной абляции обусловлен возрастом и зоной поражения. При БТН боль обычно начинается и более выражена с одной стороны [2, 3]. У нашего пациента также, начало приступа, и высокая интенсивность отмечались всегда с одной стороны.

По нашему мнению, селективная радиочастотная абляция, как и при односторонней ТН является эффективным и относительно безопасным методом лечения БТН. Необходимы дальнейшие исследования больших групп пациентов для оценки эффективности радиочастотной абляции при БТН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Barker FG, Jannetta PJ, Bissonnette DJ, Larkins MV, Jho HD (1996) The long-term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia. *New Engl J Med* 334: 17: 1077–1083.
2. Brisman R. Bilateral trigeminal neuralgia. *J Neurosurg* 1987; 67: 44-8.
3. Burchiel KJ, Slavin KV. On the natural history of trigeminal neuralgia. *Neurosurgery* 2000; 46:152-5.
4. Frazier CH. Bilateral trigeminal neuralgia. *Ann Surg* 1934; 100: 770-8.
5. Henderson WR. Trigeminal neuralgia: the pain and its treatment. *Br Med J* 1967; 1: 7-15.
6. Kanpolat Y, Savas A, Bekar A, Berk C. Percutaneous controlled radiofrequency trigeminal rhizotomy for the treatment of the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia: 25-year experience with 1600 patients. *Neurosurgery* 2001; 48: 524-32.
7. Pollack IF, Jannetta PJ, Bissonette DJ. Bilateral trigeminal neuralgia: a 14-year experience with microvascular decompression. *J Neurosurg* 1998; 68: 559-65.
8. Tacconi L, Miles JB. Bilateral trigeminal neuralgia: a therapeutic dilemma. *Br J Neurosurg* 2000; 14: 33-9.
9. Tun K., Celikmez R., Gurcan O., et al. Idiopathic Bilateral Trigeminal Neuralgia Treated by Bilateral Microvascular Decompression. *Turkish Neurosurgery* 2007, Vol: 17, No: 4, 294-296.
10. Zakrzewska JM, McMillan R. Trigeminal neuralgia: the diagnosis and management of this excruciating and poorly understood facial pain. *Postgrad Med J* 2011; 87: 410-416.

ТҰЖЫРЫМ

Екіжақты үшкіл нерв невралгиясы сирек жағдай болып табылады, оның таралуы үлкен зерттеулерде 1%-дан 6%-ды құрайды. Қазіргі таңда екіжақты үшкіл нерв невралгиясының бірыңғай немесе стандартты емдеу әдісі жоқ. Радиожиілікті абляция екіжақты үшкіл нерв невралгиясының тиімді және салыстырмалы түрде

емдеудің қауіпсіз әдісі болып табылады. Біз сирек екіжақты үшкіл нерв невралгиясының екіжақты радиожиілікті абляция әдісі арқылы емдеу жағдайын ұсынамыз.

Негізгі сөздер: Екіжақты үшкіл нерв невралгиясы, селективті радиожиілікті абляция, микроваскулярлық декомпрессия.

РЕЗЮМЕ

Билатеральная тригеминальная невралгия является редким состоянием, распространенность которой составляет от 1% до 6% в больших сериях тригеминальной невралгии. В настоящее время отсутствует единый или стандартный метод лечения билатеральной тригеминальной невралгии. Радиочастотная абляция является эффективным и относительно безопасным методом лечения билатеральной тригеминальной

невралгии. Нами представлен случай успешного лечения билатеральной тригеминальной невралгии с применением селективной радиочастотной абляции.

Ключевые слова: билатеральная тригеминальная невралгия, селективная радиочастотная абляция, микроваскулярная декомпрессия.