

Zavod za oralnu kirurgiju
Stomatološkog fakulteta, Zagreb

Nužnost pravilne procjene neuralgiformnih boli u području lica

G. KNEŽEVIĆ

UVOD

Tipična i d i o p a t s k a, esencijalna ili genuina neuralgija trigeminusa je bolest vrlo karakterističnih simptoma pa je dovoljno samo jedanput vidjeti oboljelog u vrijeme iznenadnog napadaja boli, da bi se zauvijek zapamtila klinička slika bolesti. Slična ili gotovo identična klinička slika može se pojaviti u slučajevima patoloških procesa, koji uz ostale strukture glave i lica zahvaćaju veći ili manji broj ogranaka nervusa trigeminusa, pa je tada neuralgija samo simptom patološkog procesa i govorimo o s i m p t o m a t s k o j neuralgiji.

Upravo ta činjenica, da s jedne strane imamo kliničku sliku bolesti bez klinički vidljivog patološkog supstrata, a s druge istu ili sličnu kliničku sliku bolesti s postojanjem patološkog supstrata koji također ne mora biti, i najčešće nije uočljiv, nameće nužnost dobrog poznavanja patoloških procesa koji dovode do simptomatske neuralgije trigeminusa.

Praksa pokazuje da su mogućnosti pogrešne procjene dvovrsne. Jedanput se idiopatska neuralgija ocjenjuje simptomatskom, pa nisu rijetki slučajevi da se bolesnicima izvade svi zubi zahvaćene strane čeljusti, prije nego se pomisli na idiopatsku neuralgiju, a drugi put se olako postavi dijagnoza idiopatske neuralgije, iako ona to nije pa se i terapija tako usmjerava, dok se u kasnijoj fazi ne pokaže pravi karakter bolesti. Tada se već, najčešće, zakasnilo s liječenjem i posljedice mogu biti fatalne.

Činjenica je da danas ima dosta autora koji tvrde da nema neuralgije bez materijalne patološke podloge, samo što je teško utvrditi njezin karakter i lokalizaciju. Patološki proces može biti neosificirana alveola izvađenog zuba, što su 1979, na velikom uzorku pacijenata dokazali R a t n e r i i s u r.¹, i postigli zadovoljavajuće rezultate ekskolecijom tzv. »koštanih šupljina« i primjenom antibiotika. Druga krajnja mogućnost je skriveni maligni tumor, koji pritiskom na ogranke živca, najčešće trigeminus, izaziva neuralgiformne boli u svojoj neposrednoj okolini i u inervacijskom području zahvaćenih ogranaka, ili se tumor nalazi u području jednih ogranaka trigeminusa, a boli se pojavljuju kao iradirajući u inervacijskom području drugih ogranaka trigeminusa. Tumor, konačno, može biti tako lociran da pritišće

ogranke glosofaringeusa ili vagusa, a boli se mogu pojaviti u području trigeminusa. Mehanizam takvih iradirajućih boli u području glave je izvanredno opisao Tremblé², 1965. godine.

PROBLEM

Još je 1911. godine, Wilfred Trotter (cit. po van Hasselu i Toppingu³) opisao trijas simptoma koji se pojavljuju u jednom broju slučajeva nazofaringealnih tumora. Neuralgična bol u donjoj čeljusti, palatinalna asimetrija i naglušost ili začepljenost uha čine taj trijas simptoma i od tada se u literaturi često spominju kao Trotterov sindrom.

Od tog opisa pa do danas postoje pojedinačni prikazi slučajeva, u kojih je prvi simptom skrivenog tumora bila neuralgiformna bol negdje u području glave (Sharav i Feinsod⁴, Moore i Nally⁵).

Podaci iz literature i nepostojanje vlastitih pokazatelja o toj problematici dovoljan su razlog što su postavljena neka pitanja.

1. Koja su to mjesta usne šupljine, ždrijela, čeljusti, lica i okolnih regija, u kojima mogu postojati skriveni tumorski procesi i klinički se manifestirati neuralgiformnim bolima?

2. U kolikom broju se pojavljuju slučajevi koji su bili liječeni kao neuralgičari, a primarni uzrok boli je bio tumor jedne od navedenih regija, odnosno, koliko je bolesnika s dokazanim tumorom u jednoj od tih regija imalo u simptomatologiji neuralgiformne boli.

METODA RADA

Izvršeno je ispitivanje dokumentacije dviju skupina bolesnika, koji su bili hospitalizirani u Klinici za kirurgiju čeljusti, lica i usta u Zagrebu.

U prvoj je skupini bilo 110 slučajno izabranih slučajeva klinički i patohistološki dokazanih malignih tumora područja usta, ždrijela, čeljusti i lica, od kojih su izdvojeni oni, koji su u početku bolesti imali neuralgiformne boli negdje u području glave. Analizirani su slijedeći elementi: regija patološkog procesa, regija širenja boli, njihov međusobni odnos i način liječenja do postavljanja definitivne dijagnoze.

U drugoj je skupini ispitana dokumentacija 90 bolesnika, koji su u proteklom osmogodišnjem razdoblju bili primljeni u Kliniku pod dijagnozom neuralgije trigeminusa. U toj se skupini pratio odnos početne i završne dijagnoze, a posebno oni slučajevi u kojih je završna dijagnoza bila tumor.

REZULTATI

U prvoj je skupini ispitanika s verificiranim malignim tumorima nađeno 18 slučajeva, u kojih su, u početku bolesti a i kasnije u vrijeme bolesti, postojale iradirajuće neuralgiformne boli. Od tih 18 bolesnika, 7 je imalo boli koje su se javljale u regiji uha, u 4 slučaja boli su se širile u donju čeljust, u 3 slučaja u jezik, u 2 slu-

čaja u lice. Od 7 bolesnika s bolima u uhu, u 2 slučaja su kasnije u bolesti postojale i boli u jeziku, a u jednom slučaju javilo se i slabljenje sluha.

BROJ SLUČAJEVA	LOKALIZACIJA TUMORA	LOKALIZACIJA BOLI	BROJ SLUČAJEVA
1	GORNJA ČELJUST	GORNJA ČELJUST	2
1	EPIFARINKS	UHO	7
1	NEPCE	LICE	2
2	JEZIK	JEZIK	3
2	RETROMOLARNO TONZILARNO	DONJA ČELJUST	4
8	SUBLINGVALNO	UKUPNO	18
3	SUBMANDIBULARNO		
18	UKUPNO		

Sl. 1.

Što se tiče liječenja navedenih 18 bolesnika, nađeno je da je polovica, tj. 9 bolesnika, u početku bolesti bila pogrešno liječena. U 5 slučajeva se sumnjalo na odontogeni uzrok postojećih boli pa su izvršene ekstrakcije po nekoliko zubi. U jednom se slučaju sumnjalo na upalu uha pa se bolesnik liječio u otorinolaringologu, u jednom je slučaju liječena temporomandibularna disfunkcija, a kasnije neuralgija trigeminusa, dok je u dva slučaja liječena neuralgija trigeminusa (tab. 1). U preostalih 9 slučajeva postavljena je dijagnoza malignog tumora, bez obzira na postojeće boli i započeto je adekvatno liječenje.

Broj	Lokalizacija i vrst tumora	Lokalizacija boli	Liječenje u početku bolesti
1.	Ca. sublinguale	Bol u gornjoj čeljusti	Vađeni gornji zubi
2.	Ca. sublinguale	Bol u jeziku	Vađeni donji zubi
3.	Ca. linguae	Bol u jeziku	Vađeni donji zubi
4.	Ca. sublinguale	Bol u jeziku	Vađeni donji zubi
5.	Ca. retromolare	Bol u donjoj čeljusti	Vađeni donji zubi
6.	Ca. sublinguale	Bol u uhu, a kasnije u jeziku	Liječeno uho u ORL
7.	Ca. epipharyngis	Bol u donjoj čeljusti, a kasnije u gornjoj	Liječena TM disfunkcija, a zatim neuralgija konzervativno
8.	Ca. mandibulae	Bol u donjoj čeljusti	Liječena neuralgija konzervativno
9.	Cylindroma gl. submandibulara	Bol u gornjoj čeljusti, a kasnije u licu i donjoj čeljusti	Liječena neuralgija konzervativno i kirurški

Tab. 1.

U drugoj skupini od 90 bolesnika koji su prilikom primitka imali uputnu dijagnozu neuralgia n. trigemini, u 78 bolesnika radilo se zaista o idiopatskoj neuralgiji nekog od ogranaka nervusa trigeminusa pa je i terapija bila provedena u tom smislu, bilo konzervativno bilo kirurški. Međutim, u 12 slučajeva završna dijagnoza nije odgovarala početnoj. U 4 bolesnika boli su bile odontogene etiologije (zaostali korijen, impaktirani zub, oštitički periapikalni proces, radikularna cista). U 3 slučaja se radilo o neuralgičkim bolima koje su bile posljedica ranije frakture gornje čeljusti ili zigomatične kosti, s kompresijom infraorbitalisa. U jednom se slu-

čaju radilo o neurološkom bolesniku, u jednom o cervikocefaličnom sindromu u bolesnika s kifozom vratne kralješnice. U 3 slučaja je uzrok boli bio tumor, koji se u jednog bolesnika nalazio u submandibularnoj regiji, a u dva bolesnika u nazofarinksu (tab. 2).

Broj sluč.	Početna dijagnoza	Broj sluč.	Završna dijagnoza	Dijagnoza postavljena na temelju
12. Neuralg. n. trigemini		4.	Odontogena etiologija boli (radix relictata, dens impactus, ostitis periapicalis, cysta radicularis)	Rtg čeljusti ili zuba
		3.	Compresio n. infraorbitalis post fracturam maxillae seu ossis zygomatici	Anamneze i rtg čeljusti
		1.	Psychoneurosis	Neurološkog pregleda
		1.	Syndroma cervicoccephalicum	Ortopedskog pregleda
		1.	Tm. malignus reg. submandibularis	Patohistološki
		2.	Tm. malignus nasopharyngis	CT glave i ORL pregleda

Tab. 2.

ZAKLJUČAK

Organski uzrok neuralgiformnih boli u području usne šupljine, čeljusti i lica može se utvrditi ako imamo na umu činjenicu da su one rezultat nadražaja petog, devetog ili desetog kranijalnog živca i da mogu biti iradirajućeg karaktera.

Kako u postavljanju dijagnoze uvijek postoji mogućnost pogrešne procjene, nužno je u takvim slučajevima izvršiti detaljan pregled, jer se uzrok obično nalazi u usnoj šupljini, nazofarinksu ili perilaringealnom području.

Uzrok je katkada klinički vidljiv pa su za njegovo otkrivanje potrebni samo pažljiv pregled i uobičajene metode pretrage. Katkad su, međutim, potrebni interdisciplinarni pristup i upotreba najsuvremenijih metoda pretrage, da bi se došlo do točne dijagnoze. Ovakav bi stav trebalo zauzeti u svim slučajevima nejasnih, atipičnih i neobjašnjivih neuralgiformnih boli u području usta, čeljusti i lica, a naročito, kad uz njih postoje i drugi simptomi, kao što su otežano otvaranje usta, ograničena pokretljivost jezika, slabljenje ili potpuni gubitak sluha, palatinalna asimetrija, suhoća oka, diplopija, fotofobija, sukrvavi iscjedak na nos itd. Postavljanje točne dijagnoze u početku bolesti životno je važno za takve bolesnike.

Sažetak

U uvodu se ističe činjenica da neuralgiformne boli u području lica mogu izazvati i maligne tumorske tvorbe, koje su često klinički teško vidljive, a mogu se nalaziti i na udaljenim mjestima u odnosu na projekciju boli, tako da su boli iradirajućeg karaktera.

Autor je na hospitaliziranim bolesnicima Klinike za kirurgiju čeljusti lica i usta u Zagrebu ispitao dvije skupine bolesnika.

U prvog je bilo 110 slučajno izabranih slučajeva klinički i patohistološki dokazanih malignih tumora područja usta, ždrijela, čeljusti i lica. U toj su se skupini tražili oni slu-

čajeви, koji su u početku bolesti imali neuralgiformne boli u području glave. Analizirani su slijedeći elementi: regija patološkog procesa, regija širenja boli, njihov međusobni odnos i način liječenja do postavljanja definitivne dijagnoze.

U drugoj je skupini bila ispitana dokumentacija 90 bolesnika, koji su u Kliniku bili primljeni pod sumnjom neuralgije trigeminusa. U toj se skupini pratio odnos početne i završne dijagnoze, a posebno u onim slučajevima u kojih je završna dijagnoza bila maligni tumor.

Rezultati su pokazali da neuralgiformne boli u području lica mogu biti početni znak malignog tumora, koji se najčešće nalazi u usnoj šupljini, nazofarinksu ili okolnim regijama vrata. Zbog toga su u svim slučajevima nejasnih, atipičnih i neobjašnjivih neuralgiformnih boli u području usne šupljine, čeljusti i lica životno važni za bolesnika interdisciplinarni pristup i upotreba najsuvremenijih metoda pretrage u postavljanju dijagnoze.

Summary

THE NECESSITY OF EXACT ESTIMATION OF NEURALGIC PAINS IN THE FACIAL REGION

In the introduction it is pointed out that neuralgic pains in the facial region may be caused by malign tumours which are often clinically hardly visible and may be quite distant with respect to the projections of pains that are of radiating character.

Two groups of patients hospitalized at the University Department of Oral and Facial Surgery in Zagreb were examined.

The first group consisted of 110 randomly selected cases of clinically and pathohistologically proved malign tumours in the area of the mouth, pharynx, jaws and face. Patients who had neuralgic pains at the beginning of the disease were selected out of this group. The following elements were analyzed: the area of pathological process, the area of pain diffusion, their mutual relationship and the treatment done before the definite diagnosis.

The second group consisted of the documentation of 90 patients admitted to the Department under suspicion of trigeminal neuralgia. In this group, the relationship between the first and final diagnoses was considered, particularly of those cases with the final diagnosis of malign tumor.

The results have shown that neuralgic pains in the facial region can be the first symptom of malign tumours, which are most frequently found in the oral cavity, nasopharyngeal and surrounding regions. For this reason, an interdisciplinary approach and the application of the latest methods of examination in making a diagnosis are of vital importance for patients with uncertain, atypical or inexplicable neuralgic pains.

Zusammenfassung

DIE NOTWENDIGKEIT DER RICHTIGEN EINSCHÄTZUNG VON NEURALGIEFORMEN SCHMERZEN IM GESICHTSBEREICH

Neuralgieforme Schmerzen im Gesichtsbereich können auch von bösartigen Geschwülsten ausgehen, welche oft klinisch unsichtbar sind und aus entfernten Gegenden in die Schmerzgegend projiziert werden.

Zwei Gruppen von Patienten wurden an unserer Klinik geprüft. Die erste Gruppe umfasst 110 nicht ausgewählte Fälle mit klinisch und pathohistologisch nachgewiesenen bösartigen Tumoren im Bereich der Mundhöhle, der Kiefer, des Gesichts und des Kehlkopfs. Aus dieser Gruppe wurden Fälle ausgesucht welche von Anbeginn neuralgieforme Schmerzen im Kopfbereich hatten. Folgende Elemente wurden analysiert: Die Region des pathologischen Prozesses, der Bereich der Schmerzausstrahlung, ihr gegenseitiges Verhältnis, und die Behandlungsart bis zur definitiven Diagnose.

In der zweiten Gruppe wurde die Dokumentation von 90 Patienten geprüft, welche unter dem Verdacht einer Trigeminusneuralgie aufgenommen wurden. Es wurde das Verhältnis der Anfangs- und Schlussdiagnose geprüft insbesondere bei Fällen in welchen die Schlussdiagnose eine bösartige Geschwulst feststellte.

Die Resultate haben gezeigt das neuralgieforme Schmerzen im Gesichtsbereich ein Anfangssymptom von bösartigen Geschwülsten sein können, besonders im Bereich der Mundhöhle, des Nasopharynx und umliegender Gewebe.

In allen Fällen von neuralgieformen Schmerzen unklarer oder atypischer Aethiologie im Bereiche der Mundhöhle, der Kiefer und Gesichts, ist der interdisziplinäre Zutritt und die Anwendung von sämtlichen zeitgemässen Untersuchungsmethoden von grösster Bedeutung.

LITERATURA

1. RATNER, E. J., PERSON, P., KLEINMAN, D. J., SHKLAR, G., SOCRANSKY, S. S.: Oral Surg., 48:3, 1979
2. TREMBLE, G. E.: Arch. Otolaryngol., 81: 57, 1965
3. Van HASSEL, H. J., TOPPING, J. W.: Oral Surg., 44:125, 1977
4. SHARAV, Y., FEINSOD, M.: Oral Surg., 44:54, 1977
5. MOORE, D. S., NALLY, F. F.: Oral Surg., 38:874, 1974