

---

## TRIGEMINUS NEURALGIE

---

### WAT IS TRIGEMINUS NEURALGIE ?

Trigeminusneuralgie (aangezichtspijn) is een aandoening die meestal voorkomt op wat oudere leeftijd. De pijn treedt meestal op aan één wang of onderkaak, waarbij de pijn kan doortrekken tot de neusvleugel of bovenlip. Minder frequent kan er ook pijn optreden rond een oog. De pijn komt meestal in korte heftige aanvallen, waarbij deze vaak wordt uitgelokt door aanraking van de neus bij wassen of scheren, eten en praten. De pijn treedt op in het gebied van de nervus trigeminus of drielingzenuw. Deze vijfde hersenzenuw loopt vanuit een gebied tussen ruggenmerg, kleine en grote hersenen naar voren en vormt aan de schedelbasis een soort schakelstation, zenuwknoop of ganglion (het ganglion van Gasser). Hier splitst de zenuw zich op in drie takken: de eerste tak verzorgt het gevoel in de huid boven het oog en het hoornverlies, de tweede tak verzorgt het gevoel in de huid aan de wang en neusvleugel, de derde tak verzorgt het gevoel in de huid aan de onderkaak en bedient de kaakspieren.

### WAT IS DE OORZAAK VAN TRIGEMINUS NEURALGIE ?

De oorzaak van trigeminusneuralgie is niet duidelijk. Sommigen zien het als een soort epilepsie ("toeval") van de zenuw, gezien het optreden van de pijn in aanvallen. Een betrekkelijk moderne theorie veronderstelt dat achter in het hoofd, bij de oorsprong van de zenuw, een bloedvatje tegen de zenuw aanklopt, waardoor de pijn zou worden uitgelokt. Met het ouder worden treedt een soort verlenging op van de bloedvaten, de bochten worden wat meer uitgesproken, waardoor dit op jongere leeftijd minder vaak wordt gezien. Helemaal sluitend is de theorie niet, maar voor de dagelijkse praktijk wel goed bruikbaar. Verder komt trigeminusneuralgie nog wel eens voor bij patiënten met multipele sclerose, mogelijk op grond van beschadigingen aan de basis van de zenuw (in de z.g. trigeminuskern).

### BEHANDELING

Trigeminusneuralgie is vrijwel altijd op de een of andere manier te verhelpen. Bij de behandeling zijn er een aantal mogelijkheden:

#### Medicamenteus

Deze behandeling berust op de "epilepsie-gedachte" en bestaat dan ook uit het geven van medicijnen die ook bij epilepsie gebruikt worden om aanvallen te voorkomen of te onderdrukken. Carbamazepine en fenytoïne (beide stofnamen) zijn de meest gebruikte. Bij jonge patiënten is het bezwaar dat bij een keuze voor medicijnen deze wellicht levenslang moeten worden geslikt.

#### Doorsnijden van een zenuwtak

Deze mogelijkheid wordt vrijwel alleen toegepast bij pijn in de eerste tak, dus boven het oog. Een bezwaar is het ontstaan van volledige gevoelloosheid in het huidgebied van het voorhoofd na de ingreep.

#### Uitschakelen van de zenuwknoop of het ganglion van Gasser

Via een naald kan vanuit een punt even opzij van de mondhoed via een gaatje in de schedelbasis het ganglion worden aangeprikt. Dit gebeurt meestal onder Röntgen doorlichting en kan in narcose of onder plaatselijke verdoving plaatsvinden. In het ganglion kan men op verschillende manieren verder gaan: het maken van een letsel met warmte, met stroom, inspuiten van middelen, druk uitoefenen met een opblaasbaar ballonnetje zijn een aantal methodes. Geprobeerd wordt hierbij de functie van de zenuw zoveel mogelijk te behouden, maar dit lukt niet altijd.

## **Opereren aan de basis van de zenuw zelf, dus achter in het hoofd**

Dit is een wat grotere ingreep wat betreft de benadering en daarom minder geschikt bij oude patiënten of bij een verhoogd operatierisico. Bij deze operatie wordt de zenuw opgezocht, waarna het bloedvat, dat in vrijwel alle gevallen tegen de zenuw aan klopt, hiervan afgehaald wordt. Tussen zenuw en bloedvat wordt een soort sponsje gelegd om herhaling te voorkomen. De zenuw blijft hierbij volledig gespaard.

Als een soort laatste redmiddel, vooral wanneer eerdere ingrepen gefaald hebben, kan ook nog de zenuw achter in het hoofd worden doorgesneden. Meestal gebeurt dit niet volledig, omdat de pijn meestal in de tweede en derde tak optreedt, terwijl men het gevoel in het hoornvlies wil sparen.

## **RISICO'S EN COMPLICATIES**

Bij de ingrepen waarbij bewust de zenuwtakken uitgeschakeld worden, treedt een doof gevoel in het gelaat op in het verzorgingsgebied van die zenuwtakken. Dit is wat anders dan een scheef gezicht, waarmee dit vaak verward wordt. De spieren voor de bewegingen in het gezicht (de mimiek) worden verzorgd door de nervus facialis, de zevende hersenzenuw. Het dove gevoel is te vergelijken met de dove wang die men bij de tandarts kan krijgen na een verdovingsprik, maar dan blijvend.

Doordat bij het opzoeken van de trigeminus langs de twee bij elkaar verlopende zevende en achtste hersenzenuw (voor resp. mimiek en gehoor) gewerkt moet worden, lopen deze zenuwen wel een klein risico op uitval. Deze is gelukkig zeldzaam en vrijwel altijd van voorbijgaande aard.

Bij ingrepen aan het ganglion zal zoveel mogelijk geprobeerd worden alleen de tweede en derde tak uit te schakelen, maar dit lukt niet altijd. Soms is er dan toch uitval van de eerste tak wat betekent dat het gevoel in het hoornvlies is uitgevallen. Hierdoor merkt men niet meer wanneer er een vuiltje in het oog komt, zodat er een gevaar voor ontsteking bestaat.

### **Tic facial**

Tic facial of tic van het gezicht ("zenuwtrek") ontstaat door plotselinge activiteit van de zevende hersenzenuw of nervus facialis. De situatie is vergelijkbaar met de trigeminusneuralgie. Alleen is de nervus facialis een overwegend motorische zenuw, zodat er geen pijn of andere gevoelssensaties optreden, maar ongecontroleerde bewegingen in de spieren die door de zenuw bediend worden. Deze tics treden vooral op in stress situaties en kunnen in het sociaal verkeer buitengewoon hinderlijk zijn.

De oorzaak is vergelijkbaar met die van de trigeminusneuralgie, zodat de behandeling ook daaraan parallel loopt. Achter in het hoofd kan een bloedvaatje van de zenuw worden afgehaald, wat vrijwel altijd tot een verdwijnen van de tic leidt. Het risico is hier uitval van zevende of achtste (gehoor) hersenzenuw.

## **RESULTATEN**

De genoemde behandelingen leiden vrijwel altijd tot verdwijnen van de pijn of trekkingen bij een aanvaardbaar risico. Welke behandeling gekozen wordt hangt af van plaats van de pijn, leeftijd van de patiënt, effect van medicijnen, voorkeuren van patiënt en behandelend arts. In een klein percentage kan de pijn of de tic terugkomen. In zo'n geval wordt opnieuw bekeken welke behandeling de voorkeur heeft. De meeste behandelingsvormen kunnen zonder veel problemen worden herhaald.

