Trigeminusneuralgie

Die Trigeminusneuralgie ist eine eher seltene Erkrankung, je nach Studie erkranken pro Jahr von 100.000 Personen vier bis 40 Patienten neu. In der Regel tritt diese Erkrankung erst nach dem 40. Lebensjahr auf, wobei Frauen mit einem Verhältnis von 2:3 etwas häufiger betroffen sind als Männer.

Bei der Trigeminusneuralgie kommt es im typischen Fall zu einem einseitigen Gesichtsschmerz, welcher attackenartig auftritt, vom Schmerzcharakter stark und stechend ist und für Sekunden anhält.

In aller Regel ist der Schmerz zu triggern. Auslösemomente können Kälte, Wärme, Kauen, Sprechen oder Berührungen des betroffenen Areals sein.

Bei diesen Schmerzattacken neigen einige Patienten dazu, die betroffene Gesichtshälfte schmerzbedingt zu verziehen. Aus diesem Grund wird die Erkrankung auch Tic doloreux (schmerzhafter Tic) genannt.

Im typischen Fall sind die Schmerzen einseitig. Die starken Schmerzen resultieren aus einer Reizung des sensiblen Anteils des Gesichtsnerven (Nervus trigeminus), welcher für jede Gesichtshälfte vorhanden ist und sich in drei Äste aufteilt:

- N.opthalmicus (Augennerv):
  Verantwortlich für die Sensibilität der Stirn und der Augenlider
- N.maxillaris (Oberkiefernerv):
  Verantwortlich für die Sensibilität von den Augen bis zur Oberlippe
- N.mandibularis (Unterkiefernerv):
  Verantwortlich für die Unterlippe und den Unterkiefer bis zum Hals

Häufig sind nur ein oder zwei der drei Äste betroffen, so dass nur in dem von diesen Ästen versorgten Gebiet die typischen Schmerzen auftreten.

Die Ursachen der Trigeminusneuralgie sind unterschiedlich.

Abhängig davon, ob eine greifbare Ursache auszumachen ist oder nicht, spricht der Arzt von einer symptomatischen oder einer ideopatischen Trigeminusneuralgie. Bei letzteren kann eine auslösende Ursache nicht gefunden werden.

Eine symptomatische Trigeminusneuralgie kann zum Beispiel infolge eine multiplen Sklerose, von Akustikusneurinomen, von Schlaganfällen oder einer Gefäßmissbildung am Hirnstamm vorliegen.

In einem Teil der Fälle findet sich eine Kompression des Nervs an seinem Austritt aus dem Hirnstamm infolge eines benachbarten Gefäßes. Dieses Gefäß ist dann meist die Arteria cerebelli superior oder Ateria cerebelli anterior inferior.

Medikamentös kann die Trigeminusneuralgie häufig günstig durch membranstabilisierende Pharmaka wie Phenytoin, Carbamazepin, Baclofen etc. beeinflusst werden.

Beim Versagen der medikamentösen Therapie kommt, je nach Ursache der Trigeminusneuralgie ein operatives Vorgehen oder auch gelegentlich eine stereotaktische Bestrahlung als Behandlung in Frage.

Bei einem operativen Vorgehen wird entschieden, ob eine mikrovaskuläre Dekompression des Nervs nach der Methode von Janetta, bei der der Nerv von einem komprimierenden Gefäß befreit wird, in Frage kommt. Sollte dies aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich sein, wie z.B. eines sehr erhöhten operativen Risikos infolge anderer Erkrankungen des Patienten, wären noch die percutane Thermokoagulation des Ganglion Gasseri, bei der die Schmerzleitung des Nerven zerstört wird, zu prüfen.

Bei der Operation nach Janetta, die sowohl in sitzender als auch in liegender Position durchgeführt werden kann, wird ein retromastoidaler Zugang zum Kleinhirnbrückenwinkel mit einem Durchmesser von etwa 3 cm angelegt. Dieser Zugang ist nach oben durch den Sinus transversus und zur Seite durch den Sinus sigmoideus, welche das venöse Blut aus dem Schädel drainieren, begrenzt.

Über diesen Zugang kann unter Verwendung eines Operationsmikroskopes der Nervus Trigeminus aufgesucht und inspiziert werden. Dabei wird die Austrittszone des Nervs aus dem Hirnstamm dargestellt.

Nach Darstellung der Nervenwurzel wird das den Nerv komprimierende Gefäß vom Nerv abpräpariert und soweit mobilisiert, dass ein autologes Muskelstück als Abstandshalter interponiert werden kann. Alternativ zu einem Muskelstück können im Bedarfsfall auch ein Teflonstück oder ein Gelantineschwämmchen zum Einsatz kommen.

Nach neurovaskulärer Dekompression wird der Zugang verschlossen.

Bereits am Folgetag der Operation kann der Patient mobilisiert werden. Die Dauer des stationären Aufenthaltes nach einer obigen Operation beträgt im Regelfall 6 Tage.

Die Erfolgsrate nach diesem Eingriff ist bei richtiger Indikationsstellung primär sehr hoch und beträgt etwa 98 %, wobei 82 % der Patienten schmerzfrei sind und 16 % schmerzgebessert sind. Nach 10 Jahren wird die Erfolgsrate mit nur noch 67 % angegeben. Bei erneuten Beschwerden ist eine nochmalige Operation zu diskutieren, falls bei der ersten OP ein echter Gefäßnervenkonflikt bestand.