

# Bolestivé léze kraniálních nervů a další bolestivé syndromy v obličeji

**MUDr. Andrea Bártková, Ph.D.**

Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc

Orofaciální bolest je celospolečensky rozšířeným klinickým syndromem, spojeným s vysokou morbiditou a výrazným zásahem do kvality života postižených osob. Klinický obraz je velice pestrý, neboť bolesti vznikají v různých oblastech hlavy, jsou derivovány z různých struktur, rozdílnými vyvolávajícími faktory a klinické příznaky se mnohdy překrývají. V klinické praxi je spojena s vysokou mírou diagnostické nejistoty, jejíž řešení vyžaduje jak multidisciplinární přístup, tak i solidní znalost běžných i řídce se vyskytujících klinických jednotek spjatých s orofaciální bolestí. Toto sdělení je zaměřeno především na bolestivé léze kraniálních nervů a některé poměrně řídce se vyskytující bolesti v obličeji. Terminologicky vychází z nové verze mezinárodní klasifikace bolestí hlavy.

**Klíčová slova:** orofaciální bolest, trigeminální neuralgie a neuropatie, řídce se vyskytující bolestivé syndromy v obličeji.

## Painful lesions of cranial nerves lesions and other orofacial pain syndromes

Orofacial pain is a widespread clinical syndrome associated with high morbidity and significant interference with the quality of life of the affected persons. Orofacial pain can arise from different regions and etiologies. Many orofacial pain conditions have overlapping presentations, and diagnostic uncertainty is frequently encountered in clinical practice. Multidisciplinary approach and solid knowledge of the complex anatomy and physiology of the orofacial region is necessary. This statement focuses primarily on painful cranial nerve lesions and some rare facial pain syndromes based on a new version International classification of headache disorders.

**Key words:** orofacial pain, trigeminal neuralgia, trigeminal neuropathy, rare orofacial pain syndrome.

Orofaciální bolest je celospolečensky rozšířeným klinickým syndromem, spojeným s vysokou morbiditou a výrazným zásahem do kvality života postižených osob. Prevalence je odhadována až na 25 % (mimo bolesti zubního původu), a až v 11 % případů potíže chronifikují (1).

Bolest v oblasti hlavy, dutiny ústní a krku je zprostředkována stimulací senzorických vláken n. trigeminus (viz obrázek 1), intermedius, glossopharyngeus, vagus a horními cervikálními míšními nervovými kořeny. Terminologicky je nutné rozlišit neuralgickou a neuropatickou formu bolesti.

## Neuralgická bolest v obličeji

Termínem neuralgie označujeme bolest vyskytující se v distribuční oblasti jednotlivého ner-

vu či nervů, které fungují normálně. Neuralgická bolest může mít paroxysmální průběh, bývá většinou jednostranná. Maximální intenzity dosahuje v úvodu. Je popisována jako ostrá, bodavá, připodobňována je k výboji elektrického proudu či šlehnutí bičem. Trvá zlomek sekundy až několik sekund. Přichází jednotlivě či v nakupečných výbojích. Typické jsou spouštěcí faktory (dotek, chlad, specifické činnosti) vyvolávající bolest. Neurologický nález je normální. Bolesti se mohou opakovat denně nebo několik týdnů až měsíců, poté následuje různě dlouhé bezbolestné období. Běžný je sezónní výskyt jaro/podzim. U části pacientů i interparoxysmálně přetrvává bolest mírné intenzity, tupého, pálivého či tepavého typu. Tuto bolest v pozadí lze odhalit jen na základě pečlivě odebrané anamnézy s cíle-

nými dotazy, neboť postižené osoby se omezují často jen na popis dominující bolestivé epizody.

## Neuropatická bolest v obličeji

Při nálezů porušené struktury a funkce daného nervu hovoříme o neuropatii. Příčiny jsou různé. K poškození nervů dochází sekundárně např. v důsledku infekce virem varicella-zoster, při strukturálních abnormitách (demyelinizační plaka, trauma, komprese či destrukce nervových struktur nádorem...), Bolest je většinou kontinuální, pálivá, svíravá, „mravenčivá“, neuralgické výboje se mohou vyskytovat též, ale v klinickém obraze neprominují.

Termín klasická neuralgie je vyhrazen pro neuralgii trigeminální, glossopharyngeální, popř. intermediofaciální, způsobenou



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Andrea Bártková, Ph.D., abartkova@seznam.cz

Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc, I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

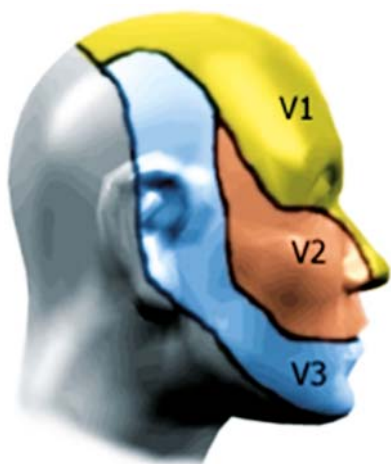
Cit. zkr: Med. praxi 2018; 15(3): 145–149

Článek přijat redakcí: 22. 4. 2018

Článek přijat k publikaci: 23. 5. 2018

**Tab. 1.** Klasifikace trigeminální neuralgie (upraveno dle ICHD-3 (2))

Trigeminální neuralgie (neuralgická bolest v areálu n.V., bez poruchy neurální funkce)	Trigeminální neuropatie (neuropatická bolest v areálu n.V., porucha neurální funkce)
Klasická trigeminální neuralgie <ul style="list-style-type: none"> <li>■ klasická trigeminální neuralgie čistě paroxysmální</li> <li>■ klasická trigeminální neuralgie s perzistující faciální bolestí</li> </ul>	Sekundární bolestivá trigeminální neuropatie <ul style="list-style-type: none"> <li>■ bolestivá trigeminální neuropatie v souvislosti s akutní infekcí herpes zoster</li> <li>■ postherpetická trigeminální neuralgie</li> <li>■ bolestivá posttraumatická trigeminální neuropatie</li> <li>■ bolestivá trigeminální neuropatie v souvislosti s jiným onemocněním</li> </ul>
Sekundární trigeminální neuralgie <ul style="list-style-type: none"> <li>■ trigeminální neuralgie v souvislosti se SM</li> <li>■ trigeminální neuralgie v souvislosti s nitrolební expanzí</li> <li>■ trigeminální neuralgie v souvislosti s jiným onemocněním</li> </ul>	Idiopatická bolestivá trigeminální neuropatie
Idiopatická trigeminální neuralgie	

**Obr. 1.** Inervační kožní zóny trojklaného n., V1 n. oftalmická, V2 maxilární, V3 mandibulární divize

neurovaskulárním konfliktem. K poškození nervu aberantně probíhající cévou dochází v důsledku chronické pulzní komprese přechodové zóny nervového kořene při vstupu do mozkového kmene. Komprese vede k demyelinizaci a efaptickému šíření vzruchu mezi axony. Neurovaskulární konflikt pravděpodobně není jediným etiopatologickým činitelem. Tepna v kontaktu s nervem je relativně běžným sekčním nebo magneticko-rezonančním (MRI) nálezem i u osob, které neuralgií nikdy netrpěly. Pokud příčina bolesti zůstává i při široké diferenciální diagnostické rozvaze neobjasněna, hovoříme o idiopatické bolesti. Naopak symptomatické/sekundární neuralgie/neuropatie vznikají v důsledku poškození nervových struktur patologickým procesem, např. zánětem, traumatem, při roztroušené skleróze nebo nádorovém onemocnění.

## Neuralgie n. trigeminus

Mezi poměrně časté a silně invalidizující jednotky patří bolestivé syndromy vzniklé při poškození trigeminálního nervu. Rozdělení trigeminálních lézí podle mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (2) je uvedeno v tabulce 1.

Trigeminální neuralgie je nejčastější paroxysmální bolestí obličeje s roční incidencí kolem 4–13/100 tis. osob (3, 4). Ženy jsou postiženy častěji než muži. První záchvat pozorujeme zpravidla po 40. roce života. Klasická neuralgie bývá obvykle lokalizována v oblasti 2. nebo 3. větve. Pravá strana obličeje je postižena frekventněji než levá v poměru 3 : 2. Obecné klinické charakteristiky uvedené výše v popisu neuralgické bolesti platí i pro trojklaný nerv.

Epizody bolesti přichází náhle. Jde o jednostranné, intenzivní, ostré, bodavé, pálivé šlehy bolesti, které se podobají elektrickým výbojům. Trvají jednu nebo několik sekund a často se opakují. Většinou jim chybí vegetativní doprovod. Někdy během záchvatu dochází ke zčervenání poloviny obličeje. Poruchy citlivosti ve smyslu hypestézie záchvat nedoprovází. Bolest se nikdy nešíří na druhou stranu obličeje. Výjimečně se může vyskytnout neuralgie oboustranná. Velmi často je záchvat iniciován spouštěcími mechanismy, např. mluvením, žvýkáním, čištěním zubů, během holení, chladovým stimulem, dotekem ve spouštěvé zóně apod. Nemocní si dané místo chrání. Potíže se mohou opakovat denně nebo několik týdnů až měsíců, poté následuje různě dlouhé bezbolestné období. Poměrně typický je sezónní výskyt na jaře a na podzim. Klinická diagnostická kritéria jsou shrnuta v tabulce 2.

## Bolestivá trigeminální neuropatie

Při poškození periferních či centrálních částí n. trigeminus jiným prokázaným onemocněním či procesem hovoříme o bolestivých trigeminálních neuropatiích. Charakter a průběh záchvatů je často klinicky špatně odlišitelný od klasické trigeminální neuralgie. Jednotlivé epizody mohou být delší až perzistující. Bolest je svíravá, pálivá či mravenčivá. Pro neuralgii typické bolesti typu

**Tab. 2.** Diagnostická kritéria trigeminální neuralgie upraveno dle ICHD-3 (2)

A) Recidivující paroxysmální jednostranná bolest, lokalizována v oblasti jedné či více větví n. trigeminus a nešíří se za hranice dermatomu
B) Bolest musí splňovat následující charakteristiky <ul style="list-style-type: none"> <li>■ trvání fragmenty sec. až 2 min.</li> <li>■ silná intenzita</li> <li>■ ostrá, bodavá bolest, charakteru elektrického výboje</li> </ul>
C) Bolesti mohou být vyvolávány nebo bolestivými podněty ze spouštěcích trigeminálních zón na postižené straně

elektrického výboje se objevují spíše na pozadí klinického obrazu. Spouštěcí zóna může chybět a objektivním vyšetřením zjistíme poruchy povrchové citlivosti v postižené oblasti.

## Bolestivá trigeminální neuropatie v důsledku herpetické infekce

V souvislosti s kožní infekcí virem herpes zoster v obličeji může dojít k rozvoji **akutní trigeminální herpetické neuropatie**. Je definována jako jednostranná bolest jedné či více větví trojklaného nervu (nejčastěji bývá postižena oftalmická divize) v místě výsevu herpetických kožních eflorescencí, trvající méně než 3 měsíce. Výskyt bolestí mnohdy předchází výsevu kožních erupcí. V mozkomíšním moku lze pomocí PCR detekovat varicella zoster virus. Onemocnění provází imunokompromitované pacienty, vyskytuje se u 10 % nemocných s lymfomem a 25 % s Hodgkinovou chorobou.

O **postherpetické neuralgii** (v dřívější terminologii neuropatii) hovoříme, pokud potíže trvají více než 3 měsíce po zhojení herpetických kožních projevů. Většinou je toto onemocnění vázáno na starší, imunokompromitovanou populaci, diabetiky, pacienty po orgánových transplantacích. Bolest je velmi nepříjemná, pálivá, svědivá. V postižené oblasti je provázena alodynii, což je bolestivé vnímání normálně nebolestivého

podnětu (např. doteku). Většinou bolest začíná v akutní fázi infekce, postupně chronifikuje a trvá měsíce, roky nebo celoživotně.

## Bolestivá posttraumatická trigeminální neuropatie (dříve *anesthesia dolorosa*)

Je charakterizována jednostrannou bolestí v oblasti tváře či dutiny ústní, respektující inervovanou oblast jedné a více větví trojklaného nervu. Bolest se rozvinula do 6 měsíců od prokazatelného traumatu trojklaného nervu a je doprovázena pozitivními (hyperalgie, alodynie) a negativními příznaky (hypestezie, hypoalgie). Nejčastěji se vyskytuje v souvislosti s neurochirurgickými intervencemi při terapii klasické trigeminální neuralgie, např. při glycerolové gangliolýze nebo termokoagulaci.

## Diagnostika a diferenciální diagnostika trigeminálních lézí

Základními diagnostickými kameny jsou anamnéza a klinický obraz. Nezbytné je vyloučit sekundární strukturální poškození, k čemuž slouží magnetická rezonance (MRI) a magneticko-rezonanční angiografie (MRA). U pacientů s poruchou citlivosti, oboustrannými příznaky a mladších 40 let je riziko nálezu sekundární etiologie vyšší. Mandatorní by mělo být stomatologické, oftalmologické a otorinolaryngologické vyšetření. Klasická i sekundární trigeminální neuralgie/neuropatie bývá mylně považována za bolest dentálního původu. Dentální bolest je většinou kontinuální, lokalizovaná intraorálně, tupá či pulzující. Trigeminná bolest je záchvatovitá, ostrá, provázena obdobím remise. Oba typy mohou být provokovány orální manipulací a reakcí na teplo a chlad. Pokud je trigeminální bolest vnímána jako dentální, snaha o odstranění příčiny vede k opakovaným a zbytečným extrakcím zubů. Mezi řídce se vyskytující klinické jednotky, které napodobují trigeminální neuralgii patří některé primární bolesti hlavy jako je cluster headache, SUNCT (short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks) syndrom, paroxysmální hemikranie a primární bodavá bolest hlavy.

## Konzervativní terapie trigeminálních lézí

Základní terapeutický nástroj k řešení neuralgie trigeminu představuje u většiny pacientů

s klasickou a idiopatickou trigeminální neuralgií perorální profylaktická léčba. U sekundárních lézí by měla být primárně terapie zaměřena na odstranění vyvolávající příčiny/sanaci základního onemocnění. Na základě klinických zkušeností však víme, že stejná farmaka lze s efektem použít i u sekundárních bolestivých trigeminálních neuralgií/neuropatií. Léty osvědčeným profylaktikem volby je **karbamazepin**. Počáteční denní dávka je 200 mg 1–2× denně s postupnou titrací dle efektu a tolerance o 200 mg denně. Průměrná denní dávka je 600–800 mg denně. Mezi nejčasnější vedlejší účinky patří ospalost, závrať, nauzea a zvracení, kterým lze zamezit pomalým zvyšováním dávky dle efektu a tolerance. Lékem druhé volby je **gabapentin** v dávce až 3000 mg denně, popř. **baclofen** 40–80 mg, či lamotrigin až 400 mg denně (5, 6). Velmi dobrých výsledků v léčbě obličejových bolestí lze dosáhnout pregabalinem, popřípadě zkusit i další medikamenty užívané v léčbě neuropatické bolesti jako jsou tricyklická antidepresiva (amitriptylin) a venlafaxin. Profylaktická léčba má být individuální, dlouhodobá. Po určité době se účinek profylaxe snižuje. V těchto případech se osvědčuje výměna za jiný preparát, popř. jejich kombinace. Převládá kombinace efektivně působícího karbamazepinu spolu s gabapentinem či pregabalinem. Tyto preparáty zvyšují účinky karbamazepinu a snižují jeho nežádoucí efekt. Při akutním tlášení bolesti se neobejdeme bez použití nesteroidních antiflogistik (NSA), slabých nebo silných opioidů, především tramadolu, oxycodonu, buprenorfinu (5).

Léčba akutní herpetické neuropatie spočívá v podání antivirové léčby s cílem urychlit hojení a zmenšit tíži a délku trvání a pokusit se snížit riziko postherpetické neuralgie. Při nekomplikovaném průběhu by se s terapií acyklovirem 5×800 mg denně, popř. valacyklovirem 3×1 g denně a famciklovirem 3×500 mg denně (v ČR není dostupný) mělo začít do 72 hodin od výsevu vyrážky a pokračovat po dobu 7 dní. Efekt terapie je nejvyšší u starší populace, kdy herpes zoster perzistuje delší dobu. Úlevu od bolesti přináší terapie slabými opioidy (tramadol, kodein) a NSA.

Mezi léky první linie pro profylaktickou léčbu postherpetické neuralgie patří tricyklická antidepresiva, gabapentin a pregabalin. Popř. lze zkusit lokální aplikaci kapsaicinových (7) nebo lidocainových (8) náplastí. Publikovány jsou práce referující o efektu intradermálně a submukózně podaném botulotoxinu A (9).

## Neurochirurgická intervenční terapie trigeminálních lézí

Konzervativní terapie je zaměřena na potlačení centrální složky bolesti a nezdědka selhává. Pak je na místě zvážit invazivní neurochirurgické intervence. **Mikrovaskulární dekomprese** představuje náročný neurochirurgický rekonstrukční výkon, který se provádí při nálezu neurovaskulární komprese. Tepna se vzdálí od nervu smyčkou z teflonových vláken, a biologickým lepidlem je fixována k pyramidě nebo tentoriu. **Perkutánní punkční ablační zákroky** jsou založené na přerušení (destrukci) vláken vedoucích informací bolesti. Jde o radiofrekvenční termokoagulaci nebo glycerolovou gangliolýzu (využívající působení střídavého elektrického pole o vysoké frekvenci, resp. glycerolu na nervovou tkáň, kdy jsou pomocí tepla či chemické reakce přerušeny nervové dráhy vedoucí bolest (10, 11).

Příznivého efektu lze dosáhnout **radiochirurgickou léčbou** neuralgie trigeminu gamma-nožem. Cílem záření je buď přechodová zóna, nebo vstup nervu do cavum Meckeli.

Budoucnosti patří též neuromodulační metody jako **jsou transkraniální magnetická stimulace** s aplikací pulzního magnetického pole cívkou přiloženou na povrch hlavy a **přímá kortikální stimulace** motorické a senzitivní kůry (12, 13).

## Neuralgie n. glossopharyngeus

Jde o neuralgii zhruba 100krát méně častou, než je neuralgie trigeminu, ale s velmi podobným klinickým obrazem a průběhem. Bolesti jsou silné, bodavé, vycházejí z inervační oblasti glossopharyngeu, aurikulárních a pharyngeálních větví vagu. Z oblasti kořene jazyka, mandlí a úhlu mandibuly se šíří do oblasti ucha. Jednotlivé ataky jsou spuštěny žvýkáním, mluvením, event. kýcháním. Ačkoli je bolest ve srovnání s klasickou trigeminální neuralgií méně intenzivní, pacienti jsou limitováni v perorálním příjmu a mohou kachektizovat. Kašel, chrapot, synkopy, bradykardie signalizují možnost simultánního postižení vagu. U některých nemocných dochází k zčervenání a bolesti stejnostranného ucha („syndrom červeného ucha“).

Glossopharyngeální neuralgie se vyskytuje v rámci neurovaskulární komprese a jsou popsány i řídce příčiny rozvoje neuropatie v důsledku demyelinizací plaků, peritonzilárního abscesu,



**Obr. 2.** Pacient s neuropatickou bolestí v oblasti ucha a zevního zvukovodu vyzařující do spánku a okcipitu, s následným rozvojem těžké periferní parézy lícního nervu, tinnitem a vestibulárními příznaky



**Obr. 3.** Po výsevu herpetických puchýřů na boltci a ve zvukovodu byla stanovena diagnóza herpetické neuropatie n. intermedius, neboli Ramsay-Huntův syndrom



traumatu, komprese tumorem v oblasti tonzil či mostomožekového úhlu. K vyloučení sekundanty je vždy nutné otorhinolaryngologické vyšetření a MRI a MRA mozku.

Farmakologická léčba je obdobná jako léčba neuralgie trigeminu, krátkodobého zklidnění lze dosáhnout lokální aplikací anestetik do oblasti tonzil a stěny laryngu. U rezistentních případů je na místě zvážit radioterapii ganglion inferior gamma-nožem (14), mikrovaskulární dekompresi tohoto jednoho nervu a někdy i resekci dvou kořenů n. vagus.

## Neuralgie n. intermedius

Nervus intermedius je senzitivní větev lícního nervu. Jde o velmi vzácnou neuralgii, u které jsou bolesti lokalizovány do oblasti zevního zvukovodu se šířením do parieto-okcipitální oblasti. Vzhledem ke smíšené inervaci s dalšími hlavovými nervy (V., VII., IX. a X.) se mohou vyskytovat i poruchy lakrimace, salivace a chuti. Jednotlivé ataky trvají sekundy až minuty. Neuralgie se vyskytuje v idiopatické a klasické formě při neurovaskulárním konfliktu, nebo sekundárně v souvislosti s demyelinizační plakou, tumorem. Při lézi nervu ve spojení s herpetickou infekcí hovoříme o Ramsay Huntově syndromu, který je charakterizován příznaky neuralgie n. intermedius spolu s lézí lícního nervu (viz obrázky 2, 3), poruchami sluchu s tinnitem a vestibulárními projevy. Terapie se opět neliší od léčby trigeminální neuralgie.

## Okcipitální neuralgie

Jde o bolest neuralgického charakteru v okcipitální oblasti šířící se k vertexu, častěji jednostrannou. Bolest může vzniknout spontánně či po specifické aktivitě např. při česání, pohybu hlavou. V objektivním nálezu mohou být přítomny poruchy citlivosti (hypestezie i parestezie), zvýšený svalový tonus s omezením dynamiky v krční oblasti a palpační rezistence v oblasti postiženého nervu. Terapeuticko-diagnostickým testem je blokáda nervu lokálním anestetikem, která, v případě okcipitální neuralgie, přináší rychlou úlevu. Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit od vertebrogenních bolestí a fibromyalgie v krční oblasti.

## Syndrom pálivých úst („burning mouth“ syndrom)

Je charakteristický výskytem remitující bolestivé pálivé dysestezie v oblasti dutiny ústní a na povrchu jazyka. Potíže se objevují po dobu 3 měsíců a trvají min. 2 hodiny denně. Mohou být provázeny pocitem sucha v ústech či změnami chuti. Klinický nálezu sliznice v dutině ústní je zcela normální. Toto onemocnění se vyskytuje zejména u žen v menopauzálním věku. Většinou se upraví spontánně. Etiologicky je zvažována úloha psychosociálních faktorů, vyšší hladina úzkosti a depresivního ladění (15). Diferenciálně diagnosticky je nutno vyloučit infekci virem herpes simplex, aftózní stomatitidu. Podobné potíže se mohou vyskytnout při orální kandidóze, lichen planus, systémových onemocněních pojí-

va, anémii, deficienci vitamínu B12, B6, folátu nebo u diabetu. Po léčbě základního onemocnění většinou dojde k remisi sekundárního „burning mouth“ syndromu. Pro léčbu idiopatické formy se užívají tricyklická antidepresiva, gabapentin, pregabalin, popř. kyselina alfa lipoová.

## Perzistující faciální idiopatická bolest (dříve atypická bolest v obličeji)

Jde o bolest v oblasti obličeje nebo dutiny ústní vyskytující se s roční incidencí 39,5/100 tis. obyvatel, je častější u žen (16). Potíže se mohou rozvinout po drobném traumatu, nebo chirurgickém zákroku v orofaciální oblasti. Objevují se nejméně 2 hodiny denně po dobu 3 a více měsíců. Jde o špatně ohraničenou spíše tupou, hlodavou bolest, která nerespektuje neurální inervační zóny. Často se objevuje v oblasti nazolabální rýhy nebo na polovině brady a šíří se dále do tváře nebo krku. Neurologický a stomatologický nálezu je normální. Diferenciálně diagnosticky je nutno myslet na strukturální lézi jako je orofaciální neoplazma či absces. Pak lze uvažovat o psychogenní etiologii. Terapeuticky lze využít tricyklicka, gabapentin nebo pregabalin.

## Tolosa Huntův syndrom (bolestivá oftalmoplegie)

Je charakterizován jednostrannou orbitální bolestí, která o 1–2 týdny předchází paréze 1 a více okohybných nervů (III., IV. a VI.). Příčinou je zánětlivá granulomatózní a lymfocytární infiltrace přední části sinus cavernosus, oblasti horní orbitální fissury a hrotu očníce. U části pacientů nalézáme i poruchu zraku při postižení optického nervu a projevy léze 1. a 2. větve trojklaného nervu. Lékem volby je včasné zahájení kortikoterapie. Diferenciálně diagnosticky je vždy třeba vyloučit maligní infiltraci, cévní dysplazii v kavernózním sinu, sarkoidózu, odlišit od diabetické či ischemické léze n. III.

## Gigantocelulární temporální arteritida (GCA)

Je systémová arteritida středních a velkých tepen aortálního oblouku. Postiženy jsou především tepny obsahující lamina elastica interna (a. temporalis superficialis, a. ophthalmica, aa. ciliares posteriores), méně často intrakraniální tepny (a. centralis retinae).

Jde o věkově vázané onemocnění, před 50. rokem se prakticky nevyskytuje, průměrný věk

**Tab. 3.** Základní charakteristiky nejčastějších primárních bolestí hlavy

Tenzní typ bolestí hlavy	Migréna	Cluster headache
Difuzní distribuce bolesti (čepice/čelenka), bez autonomních projevů Převaha u žen Aura 0 Délka ataky hodiny – dny	Často jednostranná bolest, pulzující charakter nauzea, vomitus, foto a fonofobie Převaha u žen Aura u 20 % přítomna Délka neléčené ataky 4–72 hod. Frekvence atak Ø 4x měsíčně	Ostrá bolest v okolí oka, s lakrimací, sekrecí z nosu, poklesem víčka a miózou Převaha u mužů Aura 0 Délka trvání ataky Ø 15–60 min. Frekvence atak je 1–4 (max. 8x denně) Trvání epizody 2–12 týdnů
Bolest mírné intenzity, nenarušuje denní činnosti VAS 3–4/10 bb. Zlepšuje se fyzickou zátěží	Bolest střední a silné intenzity Interference s denními a pracovními aktivitami VAS 6–8/10 bb. Zhoršující se fyzickou námahou	Silná, krutá bolest Interference s denními a pracovními aktivitami VAS 9–10 /10 bb. Psychomotorický neklid (noční chodci)
Nefarmakologické postupy, analgetika/nesteroidní antirevmatika a antiflogistika	Analgetika/nesteroidní antirevmatika a antiflogistika (malý efekt), triptany	Inhalace kyslíku, průtok 7–15 l/min. triptany s.c. či nazálně, lidocain nazálně, obstrukce okcipitálních nn.

**Tab. 4.** Nejčastější orofaciální onemocnění zaměřitelná s bolestí dentálního původu

■ Trigeminalní neuralgie (klasická)
■ Trigeminalní neuropatie (drobné trauma, zánět, tumorózní komprese nervu)
■ Perzistující idiopatická obličejová bolest
■ Cluster headache a další trigeminové autonomní cefalalgie (paroxysmální hemikranie, SUNCT), primární bodavá bolest hlavy
■ Akutní či chronická maxilární sinusitida
■ Dysfunkce temporomandibulárního kloubu

počátku je 70 let. Ženy jsou postiženy 3x častěji než muži. Jedním z typických příznaků je bolest lokalizovaná ve spánku, ale i čela a týla, střední až silné intenzity, provokovaná kompresí nad postiženou tepnou (hlava na polštáři). Spánková nebo týlní tepna mohou být zatvrdlé na pohmat, s otokem v okolí. Osobu trpící temporální arteritidou ztvárnil Jan van Eyck v osobě kanovníka na svém obraze Madona s kanovníkem van der Paele z roku 1434–1436. Mezi klinické potíže patří svalové bolesti, únava, ischemické klaudikace při žvýkání a polykání vzniklé v důsledku stenóz větví zevní krkavice. Nejobávanejší komplikací je kompletní či partiální ztráta zraku, nejčastěji na základě přední ischemické neuropatie optiku (AION) při postižení zadních ciliárních tepen. Právě náhle vzniklá jednostranná slepota u starších žen může být prvním projevem tohoto onemocnění, neboť ostatní celkové příznaky mohou být přehlédnuty nebo bagatelizovány. Diagnóza je postavena na klinickém obraze, laboratorní elevaci zánětlivých markerů (sedimentace erytrocytů, C-reaktivní protein). Definitivní potvrzení přinese histopatologický průkaz trombózy lumen a zánětlivých infiltrátů a fragmentace v lamina elastika interna temporální tepny. Infiltráty obsahují mononukleární a mnohobuněčné gigantické buňky, které daly chorobě jméno. Jen na základě rychlé a přesné diagnostiky lze rychle zahájit adekvátní terapii kortikoidy a zabránit trvalé ztrátě zraku.

## Centrální neuropatická bolest

Mezi nejčastější příčiny centrální neuropatické bolesti v obličeji patří cévní mozkové příhody a roztroušená skleróza. Klinický obraz je velmi variabilní. Centrální neuropatická bolest je lokalizována v neuroanatomicky definované oblasti s částečným nebo kompletním senzitivním deficitem, s dysesteziemi, typicky pálivého charakteru, hyperpatii a alodynii. K lékům 1. volby patří pregabalin, gabapentin a amitriptylin. Účinné jsou zejména vysoké dávky amitriptylinu (až 150 mg denně), které jsou v klinické praxi, pro vysoký výskyt nežádoucích účinků (ospalost, závratě, sucho v ústech) těžce dosažitelné (17, 18).

## Syndrom temporomandibulárního skloubení (TMK)

Obličejová bolest v souvislosti s dysfunkcí čelistního kloubu se vyskytuje poměrně často. Zajímavým faktem je, že strukturální změny TMK nacházíme zřídka (především u pacientů s revmatoidní artritidou), naopak menší odolnost vůči stresu a somatizační tendence jsou u této populace běžné. Bolest tupého, pulzujícího, nebo ostrého charakteru je lokalizována zejména pre- a postaurikulárně a šíří se do okciputu a krku. Může být přechodná nebo trvalá. Je iniciována a/nebo se horší při pohybu čelisti např. otevíráním úst, širokým zíváním, žvýkáním. Nežádádka jsou při žvýkání slyšitelné kloubní šelesty. Hybnost čelisti i otevírání úst je omezeno. U lézí TMK je častý bruxismus a orální dysfunkce s pokousáním jazyka a rtů.

## Primární bolesti hlavy

Výrazné zastoupení v obličejové bolesti mají i primární bolesti hlavy jako je tenzní typ bolesti hlavy (TTH), migréna, cluster headache

a další trigeminové autonomní bolesti. Detailní anamnéza, klinické vyšetření i negativní výsledky zobrazovacích metod mohou objasnit diagnózu. Kladné odpovědi na otázky směřované k rodinnému výskytu, přítomnosti aury a spouštěcích faktorů navádí k migréně. Především periorbitální lokalizace spojená s autonomními příznaky (slzení, chemóza spojivky, mióza a pokles víčka, kongesce nosní sliznice s rinoreou na postižené straně), sezónní výskyt, délka epizody, nás směřují k úvaze o cluster headache, popř. dalších raritněji se vyskytujících trigeminových autonomních bolestech hlavy (TAC). Klinický obraz a terapii nejčastějších primárních cefalalgii stručně uvádí tabulka 3, v rámci diferenciálně diagnostického přehledu TAC odkazují na práci J. Markové (19).

## Závěr

Orofaciální bolest tvoří složitý a mnohavrstevný medicínský problém. Je dominujícím příznakem velmi různorodých onemocnění derivovaných z odlišných tkání a častým zdrojem diagnostické nejistoty a chyb. Esenciální je vždy vyloučit sekundární etiologii, a to i za cenu extenzivního vyšetřovacího postupu a opakování nákladných zobrazovacích metod, např. MRI. U všech typů bolestí obličeje musíme diferenciálně diagnosticky odlišit lokálně způsobené bolesti např. v důsledku onemocnění chrupu (viz tab. 4), TMK, paranazálních dutin, retrobulbární optické neuritidy, glaukomu. Některé nádorové procesy v oblasti kraniálních nervů a mozkového kmene nejsou diagnostikovatelné jediným vyšetřením (19). Žádoucím a zároveň neocenitelným je multidisciplinární přístup se zapojením v problematice orofaciální bolesti erudovaných specialistů všech zúčastněných oborů včetně zajištění psycho-sociální podpory fyzicky i duševně strádajícím nemocným.

## LITERATURA

1. Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: Accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia*. 2008; 28: 752–762.
2. The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38(1): 1–211.
3. Katusic S, Williams DB, Beard CM, et al. Epidemiology and clinical features of idiopathic trigeminal neuralgia and glossopharyngeal neuralgia: similarities and differences, Rochester, Minnesota, 1945–1984. *Neuroepidemiology* 1991; 10: 276.
4. MacDonald BK, Cockerell OC, Sander JW, et al. The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community-based study in the UK. *Brain* 2000; 123(Pt 4): 665.
5. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, et al. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Societies. *Neurology* 2008; 71: 1183.
6. Bennetto L, Patel NK, Fuller G. Trigeminal neuralgia and its management. *BMJ* 2007; 334: 201.
7. Watson CP, Evans RJ, Watt VR. Post-herpetic neuralgia and topical capsaicin. *Pain* 1988; 33: 333.
8. Edelsberg JS, Lord C, Oster G. Systematic review and meta-analysis of efficacy, safety, and tolerability data from randomized controlled trials of drugs used to treat postherpetic neuralgia. *Ann Pharmacother* 2011; 45: 1483.
9. Zhang H, Lian Y, Ma Y, et al. Two doses of botulinum toxin type A for the treatment of trigeminal neuralgia: observation of therapeutic effect from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Headache Pain* 2014; 15(1): 65.
10. Bescós A, Pascual V, Escosa-Bage M, et al. Treatment of trigeminal neuralgia: an update and future prospects of percutaneous techniques. *Rev Neurol*. 2015; 61(3): 114–24.
11. Bick SKB, Eskandar EN. Surgical Treatment of Trigeminal Neuralgia. *Neurosurg Clin N Am*. 2017; 28(3): 429–438.
12. Masopust V. Léčba neuralgie trigeminu. *Sanquis* 2005; 41: 40.
13. Weber K. Neuromodulation and Devices in Trigeminal Neuralgia. *Headache* 2017; 57(10): 1648–1653.
14. Urgošik D, Liščák R. Léčba gama nožem u algických syndromů v inervační oblasti nervus glossopharyngeus. *Cesk Slov Neurol N* 2016; 79/112(3): 331–335.
15. Galli F, Lodi G, Sardella A, et al. Role of psychological factors in burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia* 2017; 37: 265.
16. Dieleman JP, Kerklaan J, Huygen FJ, et al. Incidence rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population. *Pain* 2008; 137: 681.
17. Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1113.
18. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. *JAMA* 2016; 315: 1624.
19. Marková J. Léze trigeminu. *Neurol praxi* 2012; 13(5): 253–258.