
Nietypowe bóle twarzy – neuralgia Sludera – leczenie miejscowe – przyżeganie zwoju skrzydłowo- -podniebiennego fenolem – opis przypadków

Atypical facial pains – Sluder’s neuralgia – local treatment of the sphenopalatine ganglion with phenol – case report

Agnieszka Olszewska-Ziąber¹, Jacek Ziąber², Jacek Rysz³

¹ Poradnia Chorób Nosa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik: dr n. med. A. Olszewska-Ziąber

² Poradnia Neurologiczna Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik: dr n. med. J. Sankowski

³ II Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: dr n. med. J. Rysz

Summary

Aim. Chronic recurring head and facial pain can be very difficult for successful treatment. Such a pain can be in some rare cases Sluder’s sphenopalatine ganglion neuralgia. The aim of the study was to obtain the pain relief by local treatment in patients with Sluder’s sphenopalatine ganglion neuralgia. **Methods.** We described three cases of Sluder’s neuralgia among all the seventeen patients with recurring head and face pain that were seen in our department. In all these cases 4% Xylocaine was applied intranasally, into the region of sphenopalatine ganglion, behind the posterior tip of the middle turbinate four times for ten minutes. According to Kern, the diagnosis of Sluder’s neuralgia was confirmed only in cases where local anesthetic block of the sphenopalatine ganglion was successful. It means the patients were pain-free for at least an hour after application of Xylocaine, so they were qualified for phenolization and 88% phenol was applied on the cotton carriers (number of the applications depended on the patient). **Results.** The total relief of pain of different duration was obtained in all the presented cases. **Conclusion.** The relief of pain obtained by intranasal phenolization of sphenopalatine ganglion in three patients shows it could be the effective treatment of Sluder’s neuralgia. The patients were totally free from the pain and accompanying symptoms like nasal obstruction, rhinorrhea, epiphora or conjunctivitis. The relief period was different but the patients were satisfied with the effectiveness and simplicity of the treatment. They did not need to take the additional medications for months and were able to continue work.

Hasła indeksowe: neuralgia Sludera, zespoły bólowe twarzy, klasterowe bóle głowy, leczenie, 88% fenol

Key words: Sluder’s neuralgia, facial pain syndrome, cluster headache, disease management, 88% phenol

Otolaryngol Pol 2007; LXI (3): 319–321 © 2007 by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

Neuralgia zwoju skrzydłowo-podniebiennego charakteryzuje się występowaniem jednostronnych, napadowych bądź stałych piekących bólów w górnej części twarzy, najczęściej w okolicach

oczodołu oraz w okolicy nasady nosa. Bóle mogą promieniować do skroni czy potylicy, często obejmują również policzek, podniebienie i dziąsło po tej stronie [5]. Mogą również promienio-

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

wać do wyrostka sutkowatego, szyi oraz ramion [9]. Ból trwa zwykle około pół godziny, rzadziej dłużej nawet do kilku dni i nie jest poprzedzony aurą. Nie stwierdza się punktów spustowych. Czasami pojawienie się bólu może poprzedzać ekspozycja na zimno, przeciągi, zmiana klimatu, używki; alkohol, tytoń [11, 12], bólowi najczęściej towarzyszy zatkanie nosa po tej stronie z wyciekami wodnistej wydzieliny jako skutek podrażnienia włókien wegetatywnych. Czasami pojawia się także jednostronne łzawienie i zapalenie spojówki oka.

Neuralgia zwoju skrzydłowo-podniebiennego znana jest również jako neuralgia Sludera, który pierwszy opisał kilka przypadków w 1908 r. [1] u pacjentów po ustąpieniu objawów ciężkiego zapalenia komórek sitowych tylnych i zatoki klinowej. Sluder uważał, że neuralgia jest spowodowana wtórnym wciągnięciem zwoju w procesy zapalne przebiegające w jego bezpośrednim sąsiedztwie, w obrębie ściany bocznej nosa i zatok, a zwłaszcza komórek sitowych tylnych i zatoki klinowej [2]. Wykazał również, że można skutecznie zwalczać napady bólu przez miejscowe stosowanie leków znieczulających błonę śluzową nosa, a następnie przyżeganie zwoju 88% fenolem [3].

Obecnie neuralgia Sludera zaliczana jest przez Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy do klasterycznych bólów głowy [4, 5]. Ich cechą charakterystyczną jest występowanie napadów bólu głowy w grupach (tzw. cluster), trwających tygodnie lub miesiące i oddzielonych okresami remisji [5, 6]. Niemniej niektórzy autorzy podkreślają, że okresowe ustępowanie bólu po miejscowym znieczuleniu błony śluzowej okolicy zwoju skrzydłowo-podniebiennego [7, 8] może być podstawą do wyodrębnienia neuralgii Sludera spośród innych przypadków klasterycznych bólów głowy.

Poniżej opisujemy trzy spośród 17 przypadków przewlekłych i nawrotowych bólów twarzy, konsultowanych przez autorów w ciągu ostatnich 10 lat, ustąpienia dolegliwości po zabiegach fenolizacji zwoju, które można rozpoznać jako neuralgię zwoju klinowo-podniebiennego. We wszystkich opisanych poniżej przypadkach aplikacja 4% ksylokainy w okolicę zwoju skrzydłowo-podniebiennego przyniosła ustąpienie bólu w próbie z placebo (0,9% roztwór soli) ból nie ustąpił, co było ostatecznym warunkiem zakwalifikowania bólu jako neuralgia zwoju skrzydłowo-podniebiennego i zastosowania fenolizacji. Wszyscy troje pacjenci nie mieli zmian w zdjęciu zatok.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1

Mężczyzna, lat 66, przyjęty na oddział neurologiczny z powodu silnych, jednostronnych bólów lewej połowy twarzy, zlokalizowanych w obrębie szczęki, nosa, wargi i policzka. Ból promieniował do lewego stawu skroniowo-żuchwowego, pojawiał się napadowo, od kilku do kilkunastu razy dziennie, ze znacznym nasileniem częstości występowania w godzinach nocnych, trwał zwykle do pół godziny. Towarzyszyło mu uczucie zatkanie nosa, przekrwienie spojówki i łzawienie lewego oka. Czynnikiem prowokującym napady bólu była ekspozycja na zimno i przeciągi. Początkowo leczony stomatologicznie, wykonano ekstrakcję kolejnych zębów bez żadnej poprawy, wykluczono zespół Costena. Z wywiadu wynikało, że nie chorował na katary, zapalenie zatok, nie doznał urazu twarzoczaszki. Po znieczuleniu miejscowym błony śluzowej nosa w okolicy zwoju 4% ksylokainą uzyskano godzinną przerwę w napadzie bólu, w okolicy zwoju umieszczono dwukrotnie, po kolei na około 30 sekund, 88% fenol. Powtarzano to jeszcze przez trzy kolejne dni. Uzyskano całkowite ustąpienie bólu oraz towarzyszącego mu zatkanie nosa na okres 6 miesięcy. Aktualnie ból ma niewielkie nasilenie i nie wymaga przyjmowania leków, okres obserwacji 5 lat.

Przypadek 2

Kobieta, l. 46, leczona przez neurologa z powodu trwających od kilku tygodni silnych bólów twarzy zlokalizowanych w obrębie lewego oczodołu i połowy nosa, promieniujących do karku i ramion. Bólowi towarzyszy zatkanie nosa po tej stronie, wyciek wodnistej wydzieliny, a także łzawienie lewego oka. Po znieczuleniu błony śluzowej nosa 4% ksylokainą, uzyskano ustąpienie bólu na kilka godzin, próba z placebo i czternastokrotna fenolizacja, ból nie powrócił (okres obserwacji 12 miesięcy).

Przypadek 3.

Mężczyzna, lat 48, zgłosił się do neurologa z powodu silnego, jednostronnego bólu w okolicy nasady i grzbietu nosa, promieniującego do oczodołu po tej stronie. Ataki bólu, trwające do około 1 godz. występowały codziennie, głównie w nocy, od kilku miesięcy. Dotychczas stosowane leczenie, typowe dla bólu głowy Hortona, nie przyniosło żadnej poprawy. Po znieczuleniu błony śluzowej okolicy zwoju 4% ksylokainą uzyskano ustąpienie bólu na kilkadziesiąt minut. Po próbie z placebo wykonano fenolizację zwoju (siedem razy), ból uległ znacznemu zmniejszeniu o ok. 80% według subiektywnej

oceny pacjenta – skala VAS (okres obserwacji 36 miesięcy).

OMÓWIENIE

Na podstawie analizy dotychczas opisanych przypadków, w tym również tych przedstawionych przez samego Sludera oraz przypadków własnych o zbliżonej symptomatologii niektórzy autorzy wątpią w istnienie tej odrębnej formy neuralgii [2]. Podkreśla się zwłaszcza dużą zmienność objawów klinicznych, nawet wśród przypadków opisanych przez Sludera, nie ma dwóch opisujących identyczne objawy [2, 13, 14]. Niemniej długotrwała skuteczność miejscowego znieczulenia oraz fenolizacji zwoju skrzydłowo-podniebiennego 88% roztworem fenolu może wskazywać na dominujące w etiopatogenezie niektórych przypadków tzw. klasterowego bólu głowy, uszkodzenie zwoju. Pośrednio wskazuje na być może inną przyczynę występowania napadów bólu, od choćby typowych przypadków „klasterowego bólu głowy”, tzw. bólu Hortona, w leczeniu których metoda ta nie jest skuteczna. Zdaniem Kerna, po wykluczeniu innych ryнологicznych przyczyn bólu, może być podstawą do ustalenia rozpoznania neuralgii Sludera i wyodrębnienia jej spośród innych przypadków tzw. klasterowego bólu głowy.

Metoda znieczulania i fenolizacji zwoju jest prosta i może być z łatwością powtarzana w warunkach ambulatoryjnych. Zwój skrzydłowo-podniebienny znajduje się w dole skrzydłowo-podniebiennym. Od strony nosa zwój położony jest tuż za tylnym końcem małżowiny nosowej środkowej, 1–9 mm od powierzchni błony śluzowej nosa [1]. Wadą metody jest często stosunkowo krótkotrwały efekt. Według Puiga i wsp. średni czas trwania okresu wolnego od bólu wynosi 9,5 miesiąca [8]. Niemniej obserwuje się również przypadki całkowitego ustąpienia dolegliwości nawet po jednorazowym zabiegu fenolizacji zwoju. Zawsze należy wykonać próbę z fizjologicznym roztworem soli umieszczanym w okolicy zwoju skrzydłowo-podniebiennego, w celu uniknięcia tzw. efektu placebo.

W opisanych przypadkach objawy neuralgii ustąpiły po fenolizacji zwoju. Remisja objawów trwała co najmniej przez okres 6 miesięcy. Uważamy więc, że można je rozpoznać jako przypadki neuralgii zwoju skrzydłowo-podniebiennego. Ponadto należy podkreślić, że wprawdzie neuralgia Sludera jest uznawana za chorobą neurologiczną, to jednak prawidłowe

rozpoznanie można postawić jedynie na podstawie wyniku badania i leczenia laryngologicznego.

PIŚMIENICTWO

1. Abu-Bakra M, Jones NS. Does stimulation of nasal mucosa cause referred pain to the face? *J Laryngol Otol* 2001; 115: 629.
2. Ahamed SH, Jones NS. What is Sluder's neuralgia? *J Laryngol Otol* 2003; 117: 437.
3. Costa A, Pucci E, Antonaci S, Sances G, Granella F, Broich G, i wsp. The effect of intranasal cocaine and lidocaine on nitroglycerin-induced attacks in cluster headache. *Cephalgia* 2000; 20: 85.
4. Lance JW, Goadsby PJ. Bóle głowy. Patofizjologia i leczenie. Wydanie polskie. Cleveland OH, USA: D.W.Publishing Co; 1999. p. 155.
5. Manzoni GC, Prusiński A. Cluster headache. W: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KAM, red. *The Hhadaches*. New York: Raven Press; 1993. p. 543.
6. Manzoni GC, Sandrini G. Cluster headache:the clinical picture. W: Sjaastad O, Nappi G, red. *Cluster headache syndrome in general practice: basic concepts*. London: Smith-Gordon; 2000. p. 43.
7. Maizel M. Intranasal lidocaine to prevent headache following migraine aura. *Headache* 1999; 39: 439.
8. Merskey H, Bogduk N. International Association for the study of pain. W: *Classification of Chronic Pain*. Wydanie 2. Seattle: IAPS Press; 1994. p. 59.
9. Puig CM, Driscoll CLW, Kern EB. Sluder's sphenopalatine ganglion neuralgia-treatment with 88% phenol. *Am J Rhinol* 1998; 12(2): 113.
10. Prusiński A. Klasterowy ból głowy. Warszawa: PZWL; 1992; 75.
11. Ryan RE, Facer GW. Sphenopalatine ganglion neuralgia and cluster headache: comparisons contrasts and treatment. *Headache* 1977; 17: 7.
12. Dziwny opis???12. Ryan RE, Kern EB. Rhinologic causes of facial pain and headache, 1978,18,44-; 11.Sanders M., Zuurmond WW. Efficacy of sphenopalatine ganglion blockade in 66 patients suffering from cluster headache, a 12-70 month follow up evaluation. *J Neurosurg* 1997; 87: 878.
13. Sluder G. The role of the sphenopalatine (or meckel's) ganglion in nasal headaches. *New York Med J* 1908; 87: 989.
14. Sluder G. The syndrome of sphenopalatine ganglion neurosis. *New York Med J* 1913; 61: 1202.

Adres autora:
Agnieszka Olszewska-Ziąber
ul. Nefrytowa 24
91-360 Łódź

Praca wpłynęła: 19.07.2006 r.