

Forskellige typer af ansigtssmerter

KRONISK OG VEDVARENDE ANSIGTSSMERTE

Ja

Nej

Ensidig konstant ansigtssmerter

Ensidig episodisk ansigtssmerter

Ja (ensidig)

Nej

Ja (ensidig)

Nej

Postherpetisk neuralgi
(smerter efter helvedesild)

Smerter i kæbeledet

Klassisk Trigeminusneuralgi

Spændingshovedpine

Posttraumatisk Trigeminal smerte

Vedvarende smerter i kæbemuskel-
len

Symptomatisk Trigeminus neuralgi

Medicinoverforbrugs hovedpine

Anesthesia dolorosa
("smertefuld følelseløshed")

Brændende smerte i mundslimhin-
den

Trigeminus neuralgi med ved-
varende smertekomponent

Persisterende dentoalveolar smerte

Glossopharyngeal neuralgi

Smerte efter en blodprop

Persisterende idiopatiske ansigts-
smerter

Klyngehovedpine

Betændelse i de større blodkar

Episodisk migræne
(NB Kan være dobbeltsidig)

Kronisk migræne

Kræft smerter

Introduktion

Nedestående er baseret på en artikel skrevet i 2013 af Joanna M. Zakrzewska omkring forskellige diagnoser inden for ansigtssmerter og omkring behandlingen heraf. For god ordens skyld skal bemærkes, at artiklen oprindeligt er skrevet i et fagblad henvendt til læger. Joanna kommer selv fra tand-

lægeverdenen, men er en særdeles anerkendt forsker, behandler, foredragsholder og skribent om emner relateret til trigeminusneuralgi. Samtidigt er hun leder af den faglige gruppe, der understøtter den engelske trigeminusforening.

Resume

Diagnose og behandling af smerter i ansigtet (under øjet) kan

variere meget afhængig af om patienten går til sin tandlæge eller til sin praktiserende læge.

Akutte ansigtssmerter har normalt odontologiske årsager og behandles normalt godt af tandlægerne.

Kroniske ansigtssmerter kan være ensidige eller dobbeltsidige, og de kan være kontinuerlige eller episodiske.

De mest almindelige ikke tandrelaterede smerter kommer fra kæbeledet, specielt relateret til tyggemuskulaturen. De kan være ensidige eller dobbeltsidige og kan være koblet med andre kroniske smerter. En lang række behandlinger anvendes, men en tidlig diagnose, beroligelse af patienten samt simpel genoptræning er ofte effektive overfor denne smertetype.

Neuropatisk smerte (dvs. smerte forårsaget af en læsion eller en fejlfunktion i nervesystemet) er normalt ensidig og af den episodiske type. Den lettest identificerbare heraf er trigeminusneuralgi. Denne alvorlige, stødagtige, smertetype, som normalt udløses af let berøring, men som også udløses spontant, behandles bedst med carbamazepin eller oxcarbazepin, eller eventuelt med neurokirurgi for de patienter, som responderer dårligt på den medicinske behandling.

Traumer, dvs. beskadigelse på grund af ydre påvirkninger eller som følge af tandbehandling, kan resultere i neuropatisk smerte, som skal behandles på samme måde som en hvilken som helst anden neuropatisk smerte.

Undtagelser, som skal skelnes fra almindelige smerter i kæbeledene, er bl.a. betændelse i de større blodårer/pulsårer (specielt for personer over 50 år), såvel som kræft, der kan give gradvist tiltagende smerter i kæbeledet.

Lidelsen "Brændende mund syndrom" bliver sjældent accepteret som neuropatisk smerte. Den optræder især hos kvinder i overgangsalderen, og menes at have psykologiske årsager.

Patienter med kroniske ansigtssmerter bør diagnosticeres og hjælpes af et multidisciplinært "team".

Indledning

Patienter med kroniske smerter i den nedre del af ansigtet er

usikre på, om de skal henvende sig til deres læge eller til tandlægen. Tandlægen vil typisk iværksætte rodbehandlinger eller andre kæbekirurgiske foranstaltninger, mens den praktiserende læge typisk vil viderehenvise patienten til øre-, næse- og halslæger eller eventuelt foreslå almindelig smertelindrende medicin.

Patienter med ansigtssmerter vil ofte have andre lidelser, herunder f.eks. depression eller en kronisk smerte, hvorfor såvel en lægefaglig, som en psykologisk og en social angrebsvinkel kan være relevant.

Tilsyneladende er den mest hensigtsmæssige måde at inddele patienter med kroniske ansigtssmerter i:

- dem der har **konstante** respektivt **episodiske** smerter, og herefter i
- om smerterne er **ensidige** eller **dobbelsidige**.

Man skal dog altid huske at ansigtssmerter kan være en følge af kræftkuder og også undersøge patienten for dette.

Om at stille diagnosen på en patient med ansigtssmerter

For at stille en præcis diagnose er det vigtigt at lytte til patientens historie og lade dem færdiggøre de enkelte svar.

Smertebeskrivelsen skal omfatte:

- Tidsforløb, start på lidelsen, varighed, frekvens
- Smertestedet og smerteudbredelsen herfra
- Smerteintensiteten
- Hvad afhjælper smerten og hvad udløser den (f.eks. varme, kulde, søde ting, tyggebevægelse, tandbørstning, vejret, stress, osv.)

- Tilknyttede fakorer (f.eks. smag, spyttudvikling, skæren tænder, knæk i kæben, ændret følesans, symptomer fra næse og øre)
- Andre smertetilstande (f.eks. migræne, kronisk smerte, fibromyalgi)
- Indvirkning fra smerten (f.eks. søvn, humør, koncentrationsevne, træthed, associationer, livskvalitet)

Som med al kronisk smerte skal alle relevante psykologiske-, sociale-, familiemæssige- og andre vigtige begivenheder i personens liv tages i betragtning, ligesom patientens aktuelle og eventuel tidligere medicinering skal.

Ligeledes skal der udføres en grundig undersøgelse af hoved og nakke-region. Der skal undersøges for ømhed og triggerpunkter, for bevægelserne af kæbeledet, osv. Kranienervene skal undersøges. Den inter-orale undersøgelse skal omfatte såvel gane som tænder.

Da smerte er subjektiv, er det nyttigt at anvende et standardiseret spørgeskema, både til hjælp ved vurdering af lidelsen, og efterfølgende til at følge effekten af den terapi, som patienten får.

Akut ansigtssmerte

Patienter med nedenstående typer af ansigtssmerter henvises sjældent til de specialiserede smerteklinikker, idet de er relativt lette at diagnosticere og kan håndteres effektivt af tandlæger respektive af de praktiserende læger:

Tandsmerter

I almindelighed er tandsmerter akutte, men de kan undertiden være vanskelige at lokalisere. Såfremt et tandproblem identificeres, skal patienten henvises til sin tandlæge.

Lidelser i mundens slimhinde er smertefuld og skyldes typisk

en betændelse.

Betændelse i næsehuler

Betændelse i næsehulerne er næsten altid akut, og den kroniske form er normalt ikke forbundet med smerte. Den akutte næsehulebetændelse skyldes normalt virus eller bakterier. Den kan undertiden initieres af en tandinfektion herunder mulig infektion efter udtræk af tænder.

Forstyrrelse af spytkirtlerne

Tumorer eller kanalblokade og efterfølgende betændelse i spytkirtlerne kan også give anledning til smerte i trigeminusnerven. Sten i spytkirtlen/-kanalen fører til intermitterende smerte som typisk optræder umiddelbart før spisning.

Forstyrrelser i kæbeledet

Den mest almindelige – ikke tandrelaterede – årsag til ansigtssmerter er forstyrrelser i kæbeledene kaldet ”temporomandibulære forstyrrelser”. Smerterne er vedvarende og dobbeltsidige, og rammer 5 – 12 % af befolkningen, især i alderen 20 – 40 år.

Depression og ”katastrofetænkning” såvel som andre psykologiske faktorer medfører forøget risiko for, at lidelsen kan blive kronisk. Lidelsen kan også udløses i forbindelse med rygsmerter, fibromyalgi og hovedpiner.

Neuropatiske smerter

Neuropatiske smerter optræder normalt i de dele af ansigtet, der nervemæssigt dækkes af trigeminusnerven.

Trigeminal postherpetisk neuralgi

Denne lidelse opstår som konsekvens af en betændelse. Lidelsen varer typisk i måneder (op til et halvt år). Den skal behandles med medicin, der dæmper neuropatiske smerter.

Posttraumatiske trigeminus smerter/trigeminal neuropatiske smerter

Denne smertetype kan opstå både som følge af traumatiserende skader i ansigtet og som følge af forskellige tandindgreb, så som rodbehandlinger og tandudtræk. De skader, som skyldes tandbehandlinger, kan ofte knyttes til en uheldig bedøvelse i forbindelse med behandlingen, og symptomerne kommer ofte umiddelbart efter nævnte behandling. I andre tilfælde kan intet specifikt traume identificeres, men alligevel kan smerten lokaliseres til tænderne.

Behandling følger aktuelt den almindelige behandling for neuropatiske smerter, men er stor del af patienterne hjælpes kun i mindre grad.

Brændende smerte i mundslimhinden

Brændende mund syndrom er en sjælden kronisk lidelse, som er karakteristisk ved en brændende fornemmelse i tungen og andre dele af mundslimhinden, hvor man ikke kan identificere nogen tandmæssige eller medicinske årsager. Lidelsen rammer især kvinder omkring eller efter overgangsalderen, og opdages almindeligvis i forbindelse med besøg hos tandlægen.

Scanninger og andre undersøgelser tyder på, at lidelsen hænger sammen med forandringer i hjernens nervefibre. Prognosen for helbredelse er beskeden, men de fleste patienter slår sig til tåls med, at lidelsen i det mindste er stabil og ikke forværres.

Trigeminusneuralgi

Trigeminusneuralgi (TN) defineres ved pludselige, ensidige, kortvarige, stikkende og repetitive smertejag i en eller flere grene af trigeminusnerven, og som oftest med en styrke, så det giver en væsentlig indflydelse på patientens livskvalitet.

Selvom lidelsen er sjælden, er det den hyppigste diagnose i

forbindelse med ensidig episodisk smerte.

Der er en stigende del af litteraturen, der beskriver en variant af TN, der foruden smertejagene har en samtidig vedvarende smerte. Denne variant benævnes TN2.

Ved den klassiske TN er den mest almindelige årsag en neurovaskulær kontakt (tryk) mellem et blodkar og trigeminusnerven tæt ved det sted, hvor nerven træder ud af hjernestammen, mens TN2 har en mere usikker årsag.

I en lille del af tilfældene er skyldes trigeminus smerterne en tumor (normalt godartet) eller sclerose. Dette kaldes for ”symptomatisk trigeminusneuralgi”.

De internationale vejledninger foreslår carbamazepin som det primære medikament for TN smerter, men oxcarbazepin er lige så effektivt og giver normalt færre bivirkninger. Andre medikamenter med en vis evidens omfatter Lamotrigin og Baklofen. Endelig er der studier, der foreslår gabapentin sammen med ropivacain samt et studie der indikerer effekt af pregabalin.

For mange patienter er bivirkningerne af behandlingen ubærlige eller smertelindringen utilstrækkelig, så kirurgiske indgreb må overvejes. Der er forskellige ”ablative” operationstyper, som virker ved at tilføre trigeminusnerven en bedøvende skade. Undtagelsen herfra er mikrovaskulær dekompression, som til gengæld er et større neurokirurgisk operation, hvor man skal ind tæt på hjernestammen for at identificere og isolere det blodkar, der trykker på trigeminusnerven. Nerven forbliver intakt, så det er sjældent at få komplikationer i forhold til denne, men 2–4 % kan opleve et vist tab af hørelse, og som ved alle større indgreb er der en risiko for dødsfald som følge af operationen på måske 0,4%. Ca. 70 % er fortsat smertefri 10 år efter operationen.

Med de nervebeskadigende operationer (glycerolinjektion, termokoagulation og ballonkompression) angiver artiklen

den gennemsnitlige chance for at være smertefri efter 4 år til ca. 50 % (varierende for de forskellige operationstyper).

Glossopharyngeal neuralgi

Denne lidelse har de samme karakteristika som trigeminus neuralgi bortset fra pladseringen (og at det er en anden nerve, der er berørt). Smerterne kan føles som kommende fra øret og kan derfor forveksles med smerter fra kæbeledet (temporomandibulære forstyrrelser). Smerterne kan også henføres til den bageste del af tungen. Den medicinske behandling er den samme som for TN.

Mikrovaskulær dekompression kan også udføres, men den er vanskeligere rent teknisk, og der er kun rapporteret få tilfælde heraf

Autonome trigeminale hovedpiner

De autonome trigeminale hovedpiner er en gruppe af ensidige episodiske hovedsmerter, som i et vist omfang kan forveksles med trigeminusneuralgi. Disse omfatter:

- Klyngehovedpine (Hortons hovedpine), som giver gentagne og særdelse voldsomme, ensidige hovedpiner i øjenregionen. Det tilsvarende øje løber typisk i vand, der kan komme en hævelse omkring øjet og næsen kan blive tilstoppet. Det enkelte angreb varer typisk 15 – 180 minutter.

- SUNCT, en sjælden lidelse som giver voldsomme, kortvarige, ensidige smerteangreb og røde øjne, der løber. Det enkelte angreb varer typisk fra 5 – 240 sekunder, og man kan have op til 200 angreb om dagen, typisk ca 60 pr dag.
- SUNA, en variation af ovenstående med autonome symptomer i ansigtet så som ensidigt tåreflod, svedeture, næseløben, m.m.

Klyngehovedpine behandles forebyggende med verapamil, mens de enkelte angreb kan lindres med indånding af ilt og med indsprøjtning af sumatriptan.

Der er ingen større data omkring behandling af SUNCT/SUNA, men behandling med anticonvulsiver (epilepsimedicin) så som f.eks. Lamotrigin kan have en gavnlige effekt.

Vaskulære hovedpineårsager

Det er vigtigt at tage betændelse i arterierne i betragtning, hvis en patient fra 50 års alderen og op klager over smerter i tindingen, idet det kan minde om forstyrrelser i kæbeledet beskrevet ovenfor men kan resultere i tab af synet, hvis det ikke behandles hurtigt. Der bør laves en biopsi og behandling med steroider kan være et svar.

Smerter efter blodpropper eller hjerneblødninger kan have indvirkning på hele eller dele af ansigtet. Behandlingen er den samme som for neuropatiske smerter.

Atypiske ansigtssmerter

Persisterende idiopatiske ansigtssmerter (eller atypiske ansigtssmerter) er ofte en udelukkelsesdiagnose, hvis ingen af ovenstående diagnoser dækker. Lidelsen giver en vedvarende, borende, murrende smerte. Der er ofte en tilknyttet betretning om kronisk smerte, om dårlige smertehåndteringsevner og om humørforstyrrelser.

Det er vigtigt for patienten, at smerterne bliver anerkendt som reelle. Den foreslåede behandling af persisterende idiopatiske ansigtssmerter er med antidepressiver.

Oversættelse, resumering og redigering,

Torben Gunge

Udgivet i Lynet 2020—1