



KOLMOISHERMOSÄRKY

Kolmoishermosärky on harvinainen neurologinen sairaus. Se on eräs tuskallisimpia tunnettuja kiputiloja. Kolmoishermosärky saattaa esiintyä MS-taudin sivuoireena, mutta myös itsenäisenä sairautena.

Kolmoishermo, joita on yksi molemmilla puolella kasvoja, on kasvojen suurin tuntohermo. Se on aivohermoista paksuin ja nimensä mukaisesti kolmihaarainen. Hermon tyvessä on suuri soluhermo, joka vastaa spinaaliganglioita. Ylin haaroista, **silmähermo**, hermottaa päälakea, otsaa silmiin asti sekä nenänselkää. Keskimmäinen haara, **yläleuka-hermo**, hermottaa yläleukaa hampainneen ja sivuonteloineen sekä vastaavaa ihoaluetta, ja alin haara, **alaleuka-hermo**, puolestaan alaleukaa hampainneen ja vastaavaa ihoaluetta. Alaleuka-hermossa on lisäksi puremalihaksia hermottavia liikehermosyitä. Hermossa kulkee useanlaisia signaaleja. Esimerkiksi kipu-, paine-, ja lämpöaistimukset välittyvät kasvoista suurelta osin juuri kolmoishermon kautta.

Kolmoishermosärky on erityinen kolmoishermon kiputila. Kolmoishermosäryn virallisempi nimi on **trigeminusneuralgia**. Lääketieteessä määritellään erikseen klassinen eli tyypillinen trigeminusneuralgia sekä niin sanottu epätyypillinen trigeminusneuralgia. Lisäksi on olemassa erillinen diagnoosi nimeltä epätyypillinen kasvokipu.

Klassinen trigeminusneuralgia

Klassinen trigeminusneuralgia täyttää tietyt, melko tarkkaan määritellyt ehdot.

Kouristuksenomaisuus. Kipu on kohtauksittaista ja kouristuksenomaisista. Usein kuvaillaan, että kipu muistuttaa sähköiskuja. Tyypillinen kohtaus kestää kerrallaan vain joitain sekunteja. Kohtauksia voi kuitenkin tulla jopa useita minuutissa. Kipu on pahimmillaan täysin lamaannuttavaa.

Paikallisuus. Kipu esiintyy yleensä hyvin selkeästi kolmoishermon alueella eikä heijastu muualle. Kipu on miltei aina toispuolista.

Trigger-pisteet. Kasvoissa on usein niinsanottuja trigger- eli laukaisupisteitä, joiden kevytkin koskettaminen laukaisee kipukohtauksen. Tällaisia kohtia voi olla esimerkiksi huulissa, leuan sivulla, silmän alla tai silmäluomessa.

Trigger-toiminnot. Jos jokin toiminta aiheuttaa trigger-pisteen kosketuksen, se saattaa käynnistää kipukohtauksen. Esimerkiksi syöminen voi tulla miltei mahdottomaksi; laihtuminen onkin kolmoishermosärystä kärsivillä yleistä. Myös esimerkiksi parranajo, meikkaaminen tai jopa puhuminen saattavat vaikeutua. Eräissä tapauksissa jo hieman kovempi tuulenvirekin voi riittää käynnistämään kohtauksen. Kipukohtaus voi kuitenkin alkaa myös itsestään.

Remissiot. Kolmoishermosärylle tyypillisiä ovat niinsanotut remissiot eli kivuttomat kaudet. Tällainen remissio saattaa alkaa aivan yllättäen ja kestää päivistä viikkoihin tai jopa kuukausiin. Tällöin kipu on todella poissa, eikä olo tunnu mitenkään epänormaailta. Hoitamattomana kolmoishermosärky kuitenkin yleensä toistuu ennen pitkää. Kipu saattaa ajan myötä paheta ja remissioden pituus lyhentyä.

Epätyypilliset kolmoishermosäryt

Valitettavasti todelliset sairastapaukset ovat harvoin täsmälleen määritelmien mukaisia. Jos vain osa yllä olevista oireista pätee tai esiintyy muunkinlaisia oireita, on kyseessä atyyppinen eli epätyypillinen trigeminusneuralgia. Tällainen kipu saattaa olla esimerkiksi polttavaa tai puristavaa pikemminkin kuin sähköiskunomaista. Lisäksi se saattaa olla luonteeltaan jatkuvaa.

Epätyypillinen kasvokipu on vielä epä määrällisempi diagnoosi. Tätä diagnoosia tunnutaan käytettävän eräänlaisena "roskakorina": kun ei tiedetä, mistä kipu johtuu, se merkitään epätyypilliseksi kasvosäryksi. Oireet saattavat olla hyvinkin samantyyppiset kuin varsinaisessa trigeminusneuralgiassa, mutta taustalla oletetaan usein olevan jokin muu kuin varsinainen hermovaurio, esimerkiksi purentavika.

Käytännössä potilaan luokittelu johonkin näistä ryhmistä ei useinkaan ole kovin selvää. Diagnoosien kohdalla ei ole oikeastaan kyse erillisistä sairauksista, vaan kyseessä on jatkumo erilaisia hermokipuja. Toisessa päässä on klassinen trigeminusneuralgia, jonka oireet ovat selvät ja rajatut. Toisessa päässä taas on epätyypillinen kasvokipu, jossa kivut ovat hyvin epämääräisiä ja vaihtelevia. Suurin osa todellisista tapauksista jää näiden kahden ääripään väliin.

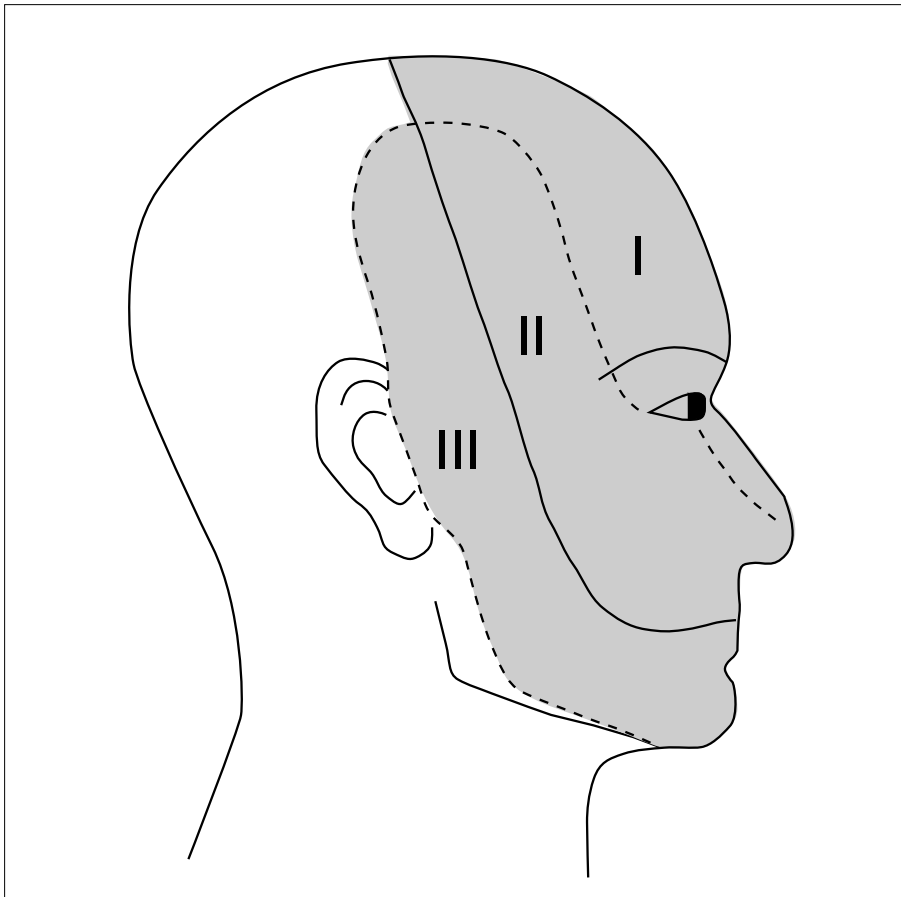
Yhteistä näille kiputiloille on kuitenkin se, että kipua esiintyy kolmoishermon alueella. Jatkossa käsitellään kaikkia kolmea yhdessä, saman perusilmiön erilaisina ilmenemismuotoina.

Mistä kolmoishermosärky johtuu?

Kolmoishermosäryn pohjimmaista syytä ei aina saada selville, mutta on olemassa useita eri mahdollisuuksia.

Hermojuuren kompressio. Hermojuuren kompressiota eli puristusta pidetään kirjallisuudessa nykyään usein klassisen trigeminusneuralgian perussyynä, joskin muunkinlaisia käsityksiä esiintyy. Tällöin jokin pieni verisuoni puristaa hermoa. Hermo siis jää ikäänkuin verisuonen aiheuttamaan pinteeseen. Kouristuksenomaisuus johtuu siitä, että sydämenlyöntien yhteydessä verisuoni sykkii, puristaen samalla hermoa tiukemmin.

Myeliinitupen vaurio. Hermon myeliinitupen vaurio voi aiheuttaa kolmoishermosäryn kaltaisia kipukohta-



Kolmoishermon haarojen hermottamat ihoalueet, I: silmähermo, II: yläleuan hermo, III: alaleuan hermo. Kolmoishermostärsäky voi tuntua minkä haaran alueella hyvänsä, tavallisimmat ovat II ja III haara. Ihossa tai muissakaan alueen kudoksissa ei ole mitään vikaa, vaan kipu johtuu kolmoishermon poikkeavasta toiminnasta.

uksia. Tällaisia vaurioita esiintyy tyypillisesti juuri MS-taudin yhteydessä. Hieman yksinkertaistaen vaurio voitaisiin ajatella eräänlaisena oikosulkuna. Normaalioloissa kiputuntemukset sekä paine- ja lämpötuntemukset kulkevat eri hermosäikeitä pitkin. Hermojen myeliinitupet eristävät nämä säikeet toisistaan. Jos hermotuppi vaurioituu, pääsevät eri signaalit sekoittumaan ja näin hermosto tunnistaa kipuna sen, minkä se normaalioloissa tuntisi esimerkiksi kevyenä kosketuksena.

Muut hermovauriot. Tapaturmat, epäonnistuneet hammashoidot tai erilaiset tulehdukset saattavat vaurioittaa kolmoishermaa. Tällöin aiheutuneen samantapainen vaurio kuin MS-taudin yhteydessä. Myös huuliherpestä aiheuttava varicella-virus saattaa joskus aiheuttaa kolmoishermon alueella kovaa särkyä. Tätä kipua on erityisen vaikea hoitaa.

Toiminnalliset häiriöt. Epätyypillisen kasvosäryn syyksi epäillään usein kasvojen nivelten tai luuston toimintahäiriötä. Esimerkiksi leukanivelen vaurio saattaa aiheuttaa hermostossa puristusta, joka aistitaan kipuna. Tämä kipu puolestaan aiheuttaa lihasjännitystä,

jolloin hermo puristuu entistä tiukemmin. Tällaisen kierteen lopettaminen on hyvin vaikeaa.

Psyykkiset syyt. Erityisesti epätyypillisen kasvosäryn syyksi mainitaan usein niinkutsutut ”psykkiset syyt”. Onkin aivan selvää, että psyykkiset tekijät vaikuttavat siihen, miten potilas kivun kestää ja miten hän siihen suhtautuu. Valitettavan usein lääkärit käyttävät kuitenkin näitä psyykkisiä syitä ikäänkuin lyömäaseina, eivätkä yritäkään parantaa taustalla olevaa ongelmaa. Krooninen kipu tekee ihmisen varmasti vihaiseksi ja masentuneeksi; sen sijaan ei ole mitään syytä olettaa, että vihaisuus ja masentuneisuus olisi pohjimmainen syy kivun takana.

Kuka sairastuu kolmoishermostärsäkyyn?

Kolmoishermostärsäky on niin harvainen sairaus, että tilastojen tekeminen on hyvin vaikeaa. Erään arvion mukaan noin 150 ihmistä miljoonasta saisi elämänsä aikana kolmoishermostärsäryn oireita. Tällä arviolla laskettuna Suomessa olisi ehkä muutama sata kolmoishermostärsärystä kärsivää. MS-tautia sairastava saattaa saada kolmoishermostärsäryn taudin sivuoireena. Tämä on kuitenkin suhteellisen harvinaista; esiintyvyys lienee noin prosentin luokkaa. Yleensä kolmoishermostärsäky on itsenäinen tauti. Klassinen trigeminusneuralgia alkaa harvoin ennen viidettäkympinettä ikävuotta. On esitetty tämän johtuvan siitä, että ikääntymisen myötä verisuonet kovenevat, jolloin hermot saattavat helpommin jäädä pinteeseen. Kolmoishermostärsäkyä esiintyy hieman useammin naisilla kuin miehillä. Syytä tähän ei tiedetä. Erityisesti epätyypillistä kasvosärkyä saatetaan pitää ”vanhojen naisten tautina”. Tilastot eivät kuitenkaan ole kovin luotettavia.

LÄÄKEHOITO TAI LEIKKAUS

Kolmoishermostärsäky on erityisen vaikea kiputila siksi, että tavalliset kipulääkkeet eivät siihen tehoa. Särkyä hoidetaan ensisijaisesti karbamatsepiinillä, joka tunnetaan epilepsialääkkeenä. Lääkehoito kestää yleensä muutaman kuukauden ja kipujen hävittyä, lääkitys lopetetaan asteittain. Joka viidennelle potilaalle lääkehoito ei kuitenkaan tehoa. Osa potilaista ei voi käyttää karbamatsepiinia häiritsevien sivuvaikutusten vuoksi. Jos lääkehoito ei auta, särkyä voidaan yrittää hoitaa leikkauksella. Silloin ensisijainen hoito on lämpökäsittely. Kolmoishermostärsäryn tuma voidaan saada lämpökäsittelyllä toimintakyvyttömäksi. Toinen keino on hermon vapautusleikkaus. Jos kuvauksen avulla todetaan verisuonen puristavan kolmoishermaa, suoni siirretään vapautusleikkauksella. Leikkaukseen päädytään vasta sitten, kun kaikki lääkehoidon vaihtoehdot on kokeiltu. Kaikista hoidoista huolimatta, vaiva voi uusiutua vuosienkin kuluttua. Kolmoishermostärsäryyn sairastuu vuosittain Suomessa noin 200 henkilöä. Tyypillinen potilas on keski-ikäinen tai vanhempi nainen. Koska vaiva on suhteellisen harvainen, tietoa kolmoishermostärsärystä on niukalti tarjolla ja siksi moni potilas jää koko lailla yksin kovien kipujen kanssa. Tilannetta pahentaa myös tiedonpuute terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Epäiltäessä kolmoishermon vihoittelua, potilaan tulisi päästä neurologin vastaanotolle. Neurologille pääsyn perusteena on myös se, että karbamatsepiini on neurologin kirjoittaman lausunnon perusteella Kelan 100 prosenttisesti korvaama lääke.

www.yle.fi/akuutti, www.facial-neuralgia.org.Finland, www.migreeni.org