

Glossopharyngeusneuralgie: Ultraschall-gezielte selektive Blockade zur Diagnosesicherung

Schyttil M., Maric-Skific S., Huterer S., Greher M.

Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Herz-Jesu Krankenhaus Wien

Hintergrund:

Die Glossopharyngeusneuralgie ist sehr selten (0,2-1,3% der Gesichtsschmerzsyndrome) und manifestiert sich durch einseitig einschließende, brennende Schmerzen im Nervenversorgungsgebiet beispielsweise auslösbar durch Essen¹. Sie wird häufig als Trigeminusneuralgie² oder atypischer Gesichtsschmerz fehldiagnostiziert.

Fehlinterpretationen entstehen ebenfalls, wenn sie im Sinne einer Vagoglossopharyngeusneuralgie mit Bradykardien und Synkopen verbunden ist.

Im vorliegenden Fall war eine selektive Ultraschall-gezielte Nervenblockade diagnosesichernd.

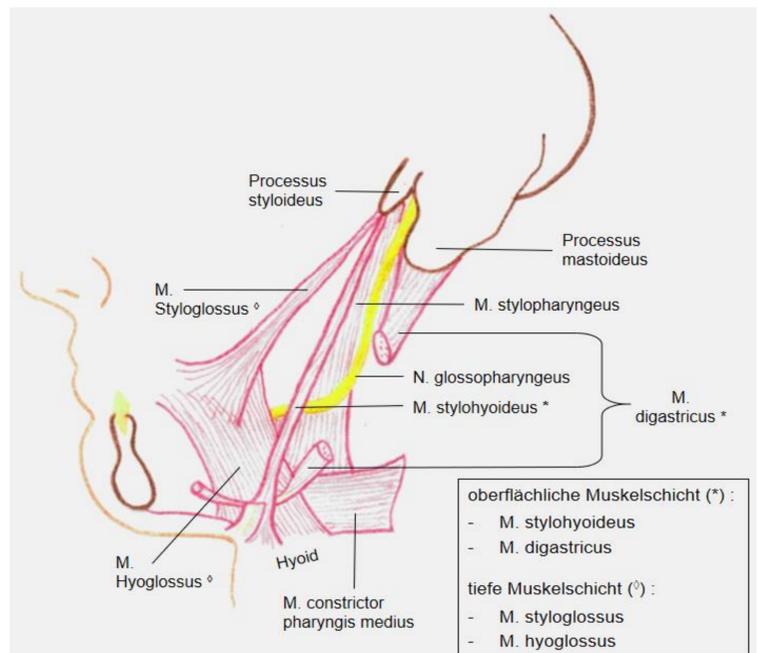


Abb. 1: Skizzierte Darstellung des Nervenverlaufs mit anatomischen Orientierungspunkten und den wichtigsten, umgebenden Strukturen.

Falldarstellung:

- Patient: 69 Jahre; männlich
- Anamnese/Symptomatik:
Seit 2 Monaten medikamentös therapie-refraktäre Schmerzen (bis VAS 9), die linksseitig in den Mundboden/Gaumen einschließen
- Trigger: Schlucken, Essen oder Gähnen
- Keine relevanten Vorerkrankungen
- Rezentes Schädel-MRT:
„im Wesentlichen unauffällig“
- Durchführung einer US-gezielten submandibulären Infiltration unter die tiefe Muskelschicht parapharyngeal:
3 ml Mepivacain 1% (25G Nadel)

- 3-stündige Schmerzfremheit
- Reevaluierung des Schädel-MRT:
auf 6mm erweiterte A. pterygomeningea (aus Art. maxillaris) mit Nervenkontakt an der Schädelbasis

Diskussion:

Die hier durchgeführte distale parapharyngeale Ultraschall-gezielte Technik am Kieferwinkel³ stellt im Vergleich zu tiefen, blinden intraoralen Injektionen eine wesentliche Verbesserung hinsichtlich Selektivität und Risikoreduktion dar.

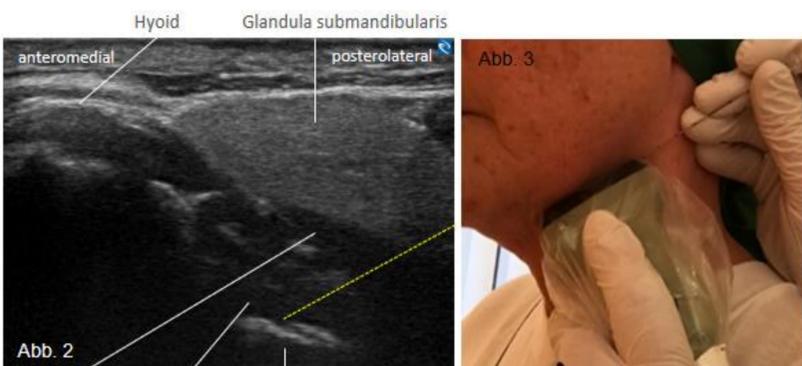


Abb. 2: Sonographie des Kieferwinkels. Die gelbe Linie stellt dabei den Stichkanal dar. Abb. 3: Sondenposition für die Nervenblockade. Abb. 4: MR-Bild mit erweiterter A. pterygomeningea und Nervenkontakt an der Schädelbasis.

Schlussfolgerung:

Eine Ultraschall-gezielte, selektive Blockade bei Verdacht auf eine Glossopharyngeusneuralgie ist gut durchführbar, diagnosesichernd, komplikationsarm und kann, wie im vorliegenden Fall, entscheidend für das Erkennen einer auslösenden Pathologie sein.

Referenzen:

1. Blumenfeld et al: Glossopharyngeal Neuralgia. Curr Pain Headache Rep 2013; 17:343
2. Sarlani E. et al: Trigeminal neuralgia in a patient with multiple sclerosis and chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. J Am Dent. Assoc. 2005; 136:469-76
3. Azman et al: Ultrasound-Guided Glossopharyngeal Nerve Block. RAPM 2017; 42(2):252-8

Korrespondenzadresse: Prim. Dr. Manfred Greher, MBA, manfred.greher@kh-herzjesu.at