

Microvasculaire decompressie (operatie volgens Jannetta)

Operatie bij trigeminusneuralgie (aangezichtspijn) of hemifaciaal spasmen (kortdurende spiertrekking)

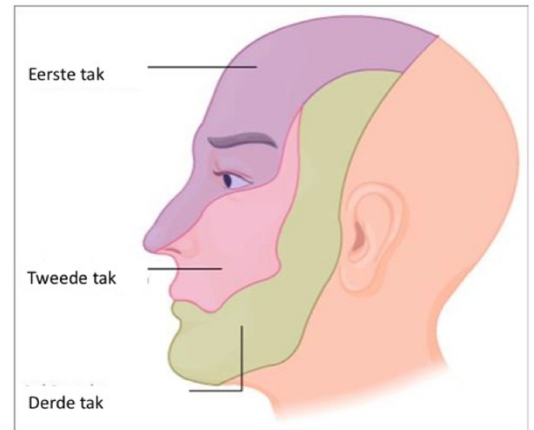
Neurochirurgie

Inleiding

Bij u is een operatie indicatie gesteld voor een microvasculaire decompressie (operatie volgens Jannetta), een operatie om het directe contact van de slagader met de zenuw op te heffen. De indicatie voor deze operatie is trigeminusneuralgie, ook wel aangezichtspijn genoemd. Ook kan deze operatie worden uitgevoerd bij hemifaciaal spasmen, ook wel kortdurende spiertrekkingen genoemd. Deze folder geeft algemene informatie over trigeminusneuralgie, hemifaciaal spasmen, microvasculaire decompressie, de bijbehorende klachten, behandelmogelijkheden en zaken waar u rekening mee moet houden. De neurochirurg bespreekt met u waarom de ingreep nodig is en welke resultaten na de operatie te verwachten zijn. In de praktijk spelen allerlei factoren een rol, die samen bepalen wat de beste strategie is bij de behandeling van de individuele patiënt.

Wat is trigeminusneuralgie (aangezichtspijn)?

Een microvasculaire decompressie wordt uitgevoerd bij patiënten met trigeminusneuralgie. Tussen de schedelbasis en de hersenen ligt een zenuw, de nervus Trigemini ofwel de 5e hersenzenuw. Deze zenuw loopt met drie takken naar gebieden in het gezicht. Wanneer een kloppend bloedvat tegen één van deze takken aan klopt, ontstaat aangezichtspijn of verkramping van de spieren. Normaal gesproken horen de bloedvatjes die bij deze zenuw in de buurt zitten, niet in aanraking te komen met de zenuw. Als dat door een ongunstige kronkeling van een vaatje toch gebeurt, raakt de zenuw geïrriteerd en gaat een prikkel doorgeven. De pijn of spierkramp beperkt zich meestal tot één van de vertakkingen aan één kant van het gezicht maar kan ook in twee of zelfs in alle drie de vertakkingen voorkomen.



Schematische tekening van de verzorgingsgebieden van de drie takken van de nervus trigeminus. In een van deze gebieden zal de pijn voelbaar zijn.

Wat is hemifaciaal spasmen (kortdurende spiertrekking)

Een microvasculaire decompressie wordt ook uitgevoerd bij spasmen van de nervus Facialis ofwel de 7e hersenzenuw. Door de druk van de (slag)ader tegen de zenuw ontstaan veranderingen in de vezels van de nervus Facialis, dit geeft aanleiding tot spontane zenuwontladingen. Deze ontladingen zorgen voor onbewust optredende kortdurende trekkingen in de spieren aan één kant van het gezicht.

Klachten

De klachten van trigeminusneuralgie bestaan uit het optreden van aanvalsgewijze pijn in een gedeelte van het gelaat, aan één zijde. Als de pijn wordt gevoeld in het voorhoofd, dan betreft het de 1e tak van de nervus trigeminus. Bevindt de pijn zich in de bovenkaak, de neusvleugel of de bovenlip, dan gaat het om de 2e tak. Bij pijn in de onderkaak, onderlip of tong zit het probleem in de 3e tak. Tussen de pijnaanvallen door zijn de patiënten meestal geheel vrij van pijn en is het gevoel normaal. De pijn kan worden opgewekt door kou, waardoor sommigen een gedeelte van hun gezicht bedekken als ze in het koude jaargetijde buitenshuis moeten gaan. Ook kan de pijn worden opgewekt door bewegingen in het gelaat, zoals praten, kauwen en slikken, waardoor de mensen soms niet durven te eten of te spreken in een periode dat ze veel last hebben. Verder kan de pijn worden opgewekt door het aanraken van een bepaalde plek in het betrokken gebied, zoals bij het scheren of tanden poetsen.

De klachten van hemifaciaal spasmen zijn kortdurende trekkingen van bepaalde spieren aan één kant van het gezicht. De trekkingen komen niet in een vast tempo voor. De trekkingen zijn niet pijnlijk, het lukt niet om de trekkingen te onderdrukken. Vaak zitten de trekkingen in de spieren rondom het oog, ook kunnen ze voorkomen rondom de mond.

Behandeling

Er zijn twee opties voor de behandeling van een trigeminusneuralgie, te weten conservatief (zonder operatie) en operatief.

Conservatief: De eerste stap in de behandeling van trigeminusneuralgie betreft het gebruik van carbamazepine (Tegretol®). Dit is een medicijn dat vooral gebruikt wordt tegen epileptische aanvallen en waarvan de werking berust op de remming van de prikkeloverdracht van de zenuwen.

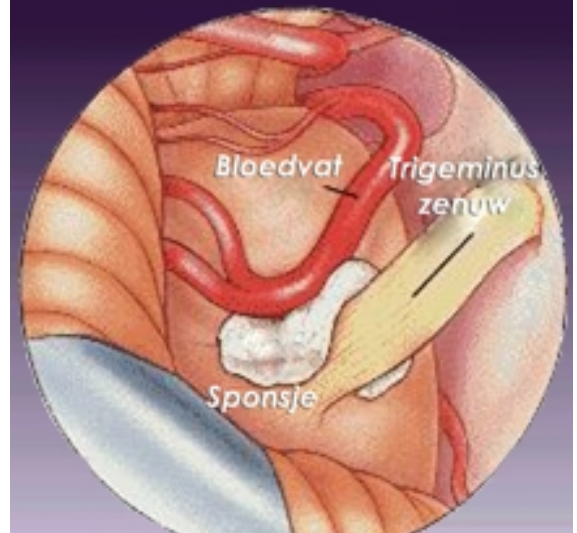
Bij onvoldoende resultaat of onaanvaardbare bijwerkingen kan worden overgegaan tot de volgende mogelijkheden:

- De zenuw uitschakelen door een beschadiging via warmte, stroom, inspuiten van middelen, druk uitoefenen met een opblaasbaar ballonnetje.
- Bestraling (gamma knife).
- Een zenuwtak doorsnijden, dit wordt alleen toegepast bij pijn in de eerste tak.
- Botox bij hemifaciaal spasmen.

Operatief: Indien conservatieve behandelingen onvoldoende resultaat opleveren, kunt u naar de neurochirurg worden verwezen om de operatieve behandelingsmogelijkheden te bespreken. Een operatie is te overwegen bij blijvende pijnklachten waarbij u niet meer goed kunt functioneren. Om in aanmerking te komen voor een operatie moet op een MRI-scan zichtbaar zijn dat een bloedvat tegen de zenuw aan ligt. De neurochirurg informeert u over de voor- en nadelen van een operatie.

Operatie

De operatie vindt plaats onder volledige narcose (verdooving). Voor de huidsnede in het operatiegebied is het nodig om een deel van het haar af te scheren, geprobeerd wordt om zo min mogelijk haar te verwijderen. Tijdens de operatie wordt via een kleine opening in de schedel, op de afstand van ongeveer twee vingers achter het oor, het gebied vrij gelegd waar de 5e hersenzenuw loopt. De neurochirurg zoekt dan het slagadertje op dat tegen de zenuw aanklopt. Meestal is dat de bovenste kleine hersenslagader, die het bovenste gedeelte van de kleine hersenen van bloed voorziet. Een enkele maal is het niet een slagader maar is het een ader die de schuldige is. Het slagadertje wordt van de zenuw losgemaakt. Er wordt een klein kussentje van teflon tussen slagader en zenuw geplaatst, die voorkomt dat ze elkaar opnieuw raken. Bij spasmen door de nervus facialis wordt er ook een klein kussentje van kunststof tussen de slagader en zenuw geplaatst, de zenuw is hier de 7e hersenzenuw.



Tekening van het zicht dat de neurochirurg heeft door de microscoop. Links onder zit de stalen hersenspatel die voorzichtig de kleine hersenen een stukje aan de kant houdt. De slagader (arterie) is al losgemaakt en een paar millimeter opzij gelegd. Een zacht kussentje beschermt de zenuw tegen het opnieuw in aanraking komen met het bloedvat.

Mogelijke complicaties

Zoals bij iedere ingreep, kunnen ook tijdens en na een microvasculaire decompressie complicaties optreden. Mogelijke algemene klachten en complicaties zijn:

1. Bloeding / nabloeding / hersenzwelling met uitval van hersenfuncties (spraakstoornis, verlamming, bewustzijnsverlies, duizeligheid, coördinatiestoornissen, slik- ademstoornis). Dit kan tijdelijk of blijvend zijn en in bijzondere gevallen kan een druk verlagende spoedoperatie noodzakelijk zijn. In zeer zeldzame gevallen kan een nabloeding levensbedreigend zijn. Deze complicatie is gelukkig uiterst zeldzaam bij dit soort operaties.
2. Er kunnen oppervlakkige of diepe infecties optreden.
Oppervlakkige infecties die het genezingsproces van de wond verstoren, genezen meestal na lokale behandeling van de wond, zij het vertraagt. Slechts zelden is een vervolgooperatie noodzakelijk. Zeer zeldzaam kan een hersenvliesontsteking optreden. In de meeste gevallen kan een infectie antibiotisch behandeld worden. Uiterst zeldzaam is een vervolgooperatie noodzakelijk. Slechts uiterst sporadisch dringt een infectie in de bloedbaan door met als gevolg bloedvergiftiging (sepsis).
3. Ook na zorgvuldige hechting van het hersenvlies kan er lekkage van hersenvocht (liquor) ontstaan. In dat geval ontstaat er een kwab of kussen onder de huid. Heel zelden baant het hersenvocht zich een weg door de opperhuid (liquorfistel). In dat geval is een nieuwe operatie noodzakelijk.
4. Nabij de nervus trigeminus lopen de 7e hersenzenuw (nervus facialis), de zenuw die de motoriek van het gelaat regelt en de 8e hersenzenuw (nervus vestibulocochlearis), de zenuw die het gehoor en het evenwicht aanstuurt. Tijdens de operatie kunnen deze zenuwen beschadigd raken waardoor een aangezichtsverlamming optreedt of een gehoor afname en evenwichtsstoornis voortdoet.
5. Er kunnen zich bloedstolsels (trombose) vormen, die in de longen (longembolie) of, bij een defect in het boezemtussenschot van het hart, ook in de hersenen terecht kunnen komen, waardoor levensbedreigende ademnood en problemen met de bloedsomloop c.q. een hartinfarct kunnen worden veroorzaakt.
6. Vanwege de houding waarin de patiënt tijdens de operatie wordt gelegd, kunnen ondanks de voorgeschreven bekleding van de operatietafel de huid en zenuwen door de druk beschadigd raken (bijvoorbeeld op de rug, het zitvlak, armen, benen). Zeer sporadisch zijn deze beschadigingen, bijvoorbeeld verlamningsverschijnselen, blijvend van aard.
7. Omdat de operatie een belasting vormt voor het lichaam kunnen infecties aan andere organen

optreden (longen, urinewegen). Deze complicaties zijn met medicijnen meestal heel goed te behandelen.

Bloed verdunnende medicatie

Indien u bloed verdunnende medicijnen gebruikt wordt tijdens de preoperatieve screening besproken wanneer u deze moet staken. Bij ontslag wordt met u besproken wanneer u hiermee weer mag starten.

Beloop na de operatie

Na de operatie herstelt het merendeel van de patiënten voorspoedig; als u wakker wordt uit de narcose is bij het merendeel van de patiënten de aangezichtspijn verdwenen en voelt u alleen wondpijn. Een groot voordeel van de operatie is dat het gevoel in het gelaat meestal normaal blijft. Na de operatie mag u met ondersteuning uit bed. Tijdens de operatie loopt er liquor af, hierdoor kunt u tijdelijk klachten ervaren van hoofdpijn, duizeligheid en misselijkheid. Deze klachten kunnen met overvloed komen erger worden. Meestal herstellen deze klachten na een aantal dagen vanzelf. Indien de operatie en het beloop erna zonder problemen verlopen, kunt u na vaak na twee tot vier nachten in ons ziekenhuis, naar huis worden ontslagen. Indien u nog niet in staat bent om u zelfstandig te verzorgen en/of bewegen binnen uw eigen woonomgeving kan aanvullende zorg worden aangevraagd. De pijnstilling die u voor de operatie gebruikte kan meestal in overleg met de neurochirurg of uw neuroloog een aantal weken na de operatie worden afgebouwd.

Belangrijke contactgegevens

Medisch Spectrum Twente
Koningsplein 1, 7512 KZ Enschede
Poli neurocentrum, route C21, Telefoon (053) 4 87 28 40

Aanvullende informatie

Algemene informatie over de opname kunt u vinden op de website van ons ziekenhuis:

<https://www.mst.nl/p/documenten/uw-opname-in-mst-goed-voorbereid-naar-het-ziekenhuis/>

Meer informatie over trigeminusneuralgie en een microvasculaire decompressie kunt u vinden op de website van de Nederlandse

Vereniging voor Neurologie (NVN): <https://www.neurologie.nl/wp-content/uploads/2021/08/folder-Trigeminus-neuralgie-aangezichtspijn.pdf> en de Nederlandse vereniging voor Neurochirurgie (NVvN):

<https://www.nvvn.org/patienteninfo/schedel-en-hersenen/trigeminusneuralgie-aangezichtspijn/>.

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de specialist dan om nadere uitleg.