

KRANYAL NEVRALJİLER

Serdar ERDİNE*

GİRİŞ

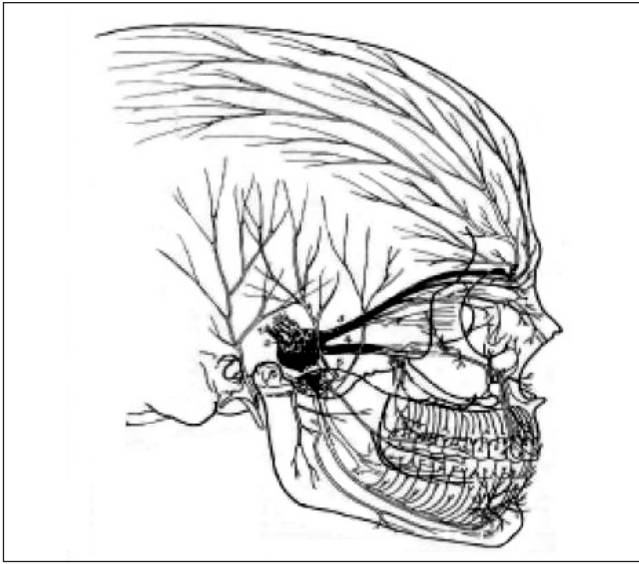
Nevralji tanım olarak keskin, bıçak saplanması, elektrik çarpması şeklinde çok şiddetli, kısa süreli, bir bölgeye sınırlı gelip geçen ağrılar için kullanılan bir terimdir. Daha çok yüz bölgesinde görülür. En sık görülen nevralsi tipleri Tablo 1'de belirtilmiştir.

TRİGEMİNAL NEVRALJİ

Trigeminal nevralsi beşinci kranyal sinirin (Şekil 1) bir veya daha fazla dalında elektrik çarpması, şimşek çakması şeklinde ortaya çıkan, yüz yıkama, yüze dokunma, yemek yeme gibi etkenlerle başlayan ve şiddetlenen, genellikle bir kaç saniye süren çok şiddetli bir ağrıdır. Bu çok şiddetli ağrıdan sonra daha az şiddette dakikalar hatta saatler süren bir ağrı da görülebilir.

Trigeminal sinirin mandibüler, maksiller ve oftalmik dallarının dağılım bölgelerinde, bazen bir, bazen iki, daha seyrek olarak da tüm dalların tutulduğu durumlar vardır. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır ve genellikle 50-70 yaşları arasında ortaya çıkar.

Ağrının özellikleri çok belirgindir ve tanı konması kolaydır. Trigeminal nevralsi, (1) idiyopatik, (2). sekonder olmak üzere ikiye ayrılır.



Şekil 1. Trigeminal sinir ve dalları.

İdiyopatik trigeminal nevralsi daha sık görülen ve etiyo-lojisi ve fizyopatolojisi üzerinde tartışmaların hala sürdüğü nevralsi tipidir. Trigeminal sinirin bulunduğu Meckel kaverninde, sinir üzerine karotis arter dallarından birinin baskı yaptığına dair hipotezler mevcuttur. Sekonder trigeminal nevralsi ise multipl skleroz, tümör, anevrizma gibi bir lezyona bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi periferik sinir dağılımında diş çekimi ya da başka bir doku hasarı sonrası ortaya çıkabilir.

TEDAVİ

Trigeminal nevralsi tedavisinde algoritmik bir tedavi şeması uygulanmalıdır. Bu algoritmada

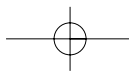
1. medikal
2. perkütan girişimler
3. cerrahi girişimler yer alır (1).

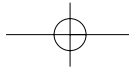
1. Medikal tedavi: Medikal tedavide kullanılan ilaçlar ilk seçenek olarak karbamazepin, okskarbazepin, lamotrigtine, baklofen ve gabapentindir. Hala en sık kullanılan ajan karbamazepindir (2). Karbamazepin 100 mg'dan başlanarak 1200 mg'a kadar çıkılabilir. Karbamazepin kullanımında uyku hali, sersemlik, dengesizlik, bulantı, kusma gibi yan etkiler görülebilir. Ancak daha önemlisi uzun süreli kullanımda toksik etkileri vardır. Trombositopeni ve aplastik anemi gibi hematolojik etkiler ortaya çıkabilir. Karaciğer yetmezliği ve kemik iliği depresyonu görülebilir. Bu nedenle üç aylık sürelerle kan testlerinin yapılması gerekir. Karbamazepin yerine son zamanlarda lamotrigtine de kullanılmaktadır. Yine son zamanlarda gabapentin trigeminal nevralsi tedavisinde kullanılmaktadır. 100 mg ile başlanarak 1200 mg'a kadar çıkılabilir (3).

2. Perkütan girişimler: Medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda hasta iki seçenek ile karşı karşıya kalır. Birincisi perkütan girişimler, ikincisi ise açık cerrahi girişimlerdir. Trigeminal nevralsi tedavisinde kullanılan perkütan girişimler; (1) radyofrekans termokoagülasyon, (2) retrogas-seriyen gliserol enjeksiyonu, (3) perkütan balon kompresyonudur.

Bu yöntemler içerisinde en etkili olan radyofrekans termokoagülasyondur. Trigeminal sinirin tutulan dalı radyofrekans yöntemi ile tahrip edilir. Sadece tutulan sinirde tahribat meydana gelir. Ancak geçici süre ile parestezi mey-

* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı; Algoloji Bilim Dalı





070 | KRANİAL NEVRALJİLER

dana gelir. Hasta önceden bu konuda uyarılır. En önemli yan etkisi % 1 oranında görülen anesteziya dolorosa, ağrı bölgesinde meydana gelen parestezi sonucunda gelişen ve yine çok şiddetli, medikal tedaviye kolay yanıt vermeyen, yanma tarzında ağrıdır. Gasser ganglionuna gliserol enjeksiyonu kullanılan diğer bir yöntemdir. Etki süresi radyofrekans kadar uzun değildir. Gasser ganglionuna Fogarty balon göndererek bir dakika ile balonun şişirilmesine dayanan kompresyon yöntemi de radyofrekans termokoagülasyon kadar etkili değildir. Perkütan yöntemler 3-10 sene arasında rahatlatma sağlar (4).

3. Açık cerrahi girişimler: Açık cerrahi yöntemler arasında en sık uygulanan mikrovasküler dekompresyon ameliyatıdır (4). Sinir üzerine baskı yapan damar dalının serbestleştirilmesine dayanır. % 1 oranında mortalite riski vardır. Daha çok genç hastalarda tercih edilir.

Tablo 1. Sık görülen nevraljiler

Trigeminal nevralsi
Glossofarengeal nevralsi
Genikülat nevralsi
Superior laringeal sinir nevralsisi
Oksipital nevralsi
Sfenopalatin ganglion nevralsisi
Atipik fasyal nevralsi
Postherpetik nevralsi
İnterkostal nevralsi

GLOSSOFARENGEAL NEVRALJİ

Glossofarengeal sinirinin dağılım bölgesinde, dilin arka tarafında, tonsillerde ve boğaz bölgesinde ortaya çıkan nevraljilerdir. Yutkunma, öksürme, konuşma sırasında tetiklenir.

Medikal tedavisi trigeminal nevralsi ile aynıdır. Medikal tedavinin yetmediği durumlarda perkütan glossofarengeal radyofrekans, sinir bloğu uygulanabilir. Bu, yeterli olmadığı takdirde glossofarengeal sinirin nöroşirürjikal olarak ekstrakranial avülsiyonu ya da intrakranial diseksiyonu veya mikrovasküler dekompresyon akla gelebilir.

Genikülat Nevralsi (Ramsay Hunt Sendromu)

Fasyal sinirin sensoryal liferinde, genellikle akut herpes zoster atağından sonra ortaya çıkan ve dış kulak kanalında şiddetli bıçak saplanması, elektrik çarpması tarzında ağrılardır.

Superior Laringeal Sinir Nevralsisi (Eagle Sendromu)

Daha çok tonsillektomi sonrasında görülen, boğazda yara hissi, yabancı cisim hissi ve ağrı ile seyreden bir sendromdur. Ağrı kulağa yayılır. Çene eklemi, piriform sinüs ve tiroid kıkırdakta tek taraflı ağrı vardır. Öksürme, esneme

veya dokunma ile tetiklenir. Sekresyon artışı, yüz kızarması, vertigo ve tinnitus görülebilir. Sinir blokları ile uzun süreli rahatlatma sağlanabilir.

Sfenopalatin Ganglion Nevralsisi (Sluder Nevralsisi)

Her yaşta görülebilir. Daha çok kadınlarda görülür. Yüzün orta tarafı, retroorbital bölge, üst çene, dişler, burun, yumuşak damak, şakak ve boyuna yayılır. Tek taraflıdır. Nevralsiform ağrı vardır. Belirgin bir tetikleyici etken yoktur. Göz yaşarması, burun akması, tükürük salgısının artması, burun tıkanıklığı gibi bulgular eşlik eder. Medikal tedavisi trigeminal nevralsi tedavisine benzer. Medikal tedavinin yeterli olmadığı durumlarda burun içinden lokal anestetik sprey ile ganglion blokajı, sfenopalatin ganglion blokajı ya da radyofrekans termokoagülasyon ile sfenopalatin ganglion nörolizi uygulanabilir.

Oksipital Nevralsi

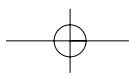
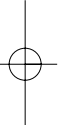
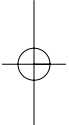
Oksipital major siniri C2 ve C3 köklerinden dallar alır. Boynun travmaları veya dejeneratif durumlardan sonra oksipital sinir dağılımında şiddetli nevralsiform ağrılar ortaya çıkabilir. Skalpin arka yüzü, oksiput, buradan boynun üst yanı ve şakağa, periorbital bölgelere yayılan, sürekli yanma, bıçak saplanması, elektrik çarpması tarzında ağrılar ortaya çıkar. Tanısı oksipital blok ile konur. Gerilim baş ağrısı, migren ve benzeri primer baş ağrıları ile karışabilir. Tedavisinde kas gevşeticiler, non-steroid antiinflamatuar ajanlar, trisiklik antidepressanlar kullanılabilir. Ancak daha etkili olan tedavi oksipital sinir bloğudur (5).

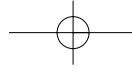
Atipik Fasiyal Nevralsi

Nedeni hala tam olarak bilinmeyen, genellikle tek taraflı ancak yer değiştiren, yüze ve kafa derisine, boyna yayılan şiddetli yanma, elektrik çarpması tarzında ağrılardır. Hastaların hikayesinde daha önce geçirilmiş yüz ve diş ameliyatları vardır. Genellikle kadınlarda görülür. Ağrının yanı sıra uyku bozukluğu, yorgunluk, gerilim ve anksiyete, irritabilite, ağlama dönemleri görülür. Medikal tedavide antidepressanlar ilk sırayı alır. Ancak genellikle yeterli olmaz. Bu hastaların mutlaka psikolojik destek ve psikiyatrik gözlem altında kalması gerekir. Bazı hastalarda tanımlanamayan orofarengeal tümörler, tükürük yolu taşları veya diş sorunları çıkabilmektedir.

Postherpetik Nevralsi

Akut herpes zoster atağından sonra 3 ayı aşkın bir süre ağrının devam etmesi ve nöropatik özellikler taşıması şeklinde tanımlanabilir. Yüz bölgesinde genellikle trigeminal sinir ve özellikle oftalmik dalı tutar. Genellikle 60 yaşın üzerinde görülür. Şiddetli, sürekli, inatçı, yanma tarzında, yırtılma tarzında ve zonklama tarzında ağrı vardır. Ağrı tıraş olma, yüz yıkama, bölgeye soğuk uygulama gibi etkenlerle tetiklenir. Ağrının yanı sıra bölgede allodini (ağrının ağrısız bir uyarı ile şiddetlenmesi), hiperpati (orta şiddetle bir ağrılı uyarıya çok şiddetli yanıt) görülür. Medikal tedavisine ne kadar erken başlanırsa o denli kolay yanıt alınır. 6 ayı aşkın bir süredir postherpetik nevralsiden yakınan hastalarda sonuç almak kolay değildir. Tek bir





ilaç yerine ilaç kombinasyonlarının kullanılması daha doğrudur. Ağrı mümkün olan en kısa zamanda kontrol altına alınmalıdır. Tedavide ilk aşamada trisiklik antidepresan ve zayıf etkili opioid türevi tramadol hidroklorid ile başlanır. Yetmediği taktirde daha kuvvetli opioid türevleri eklenebilir. İkinci aşamada gabapentin ya da pregabalin eklenebilir. Yeterli olmadığı taktirde intravenöz lidokain infüzyonu, topikal olarak bölgeye kapsaisin uygulanması düşünülebilir (6). Konservatif tedavilerin yeterli olmadığı durumlarda stellar ganglion blokajı düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Hunt K, Patwardhan R: Trigeminal neuralgia: a modern-day review. *Int Rev Neurobiol* 2007; 79: 621-631.
2. Zakrzewska JM, Lopez BC: Trigeminal neuralgia. *Clin Evid* 2006; 15: 1827-1835.
3. Cheshire WP Jr: Trigeminal neuralgia. *Curr Pain Headache Rep* 2007; 11: 69-74.
4. Bennetto L, Patel NK, Fuller G: Trigeminal neuralgia and its management. *BMJ* 2007; 334: 201-205.
5. Ward JB: Greater occipital nevre block. *Semin neurol.* 2003; 23: 59-62.
6. Smith KJ, Roberts MS: Sequential medication strategies for postherpetic neuralgia: a cost-effectiveness analysis. *J Pain* 2007; 8: 396-404.

