

Kranial Nevraljilerde Semptom ve Ayırıcı Tanı

Dr. Fuat GÜLDOĞUŞ, Dr. Ebru KELSAKA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, SAMSUN

- ✓ Kranial nevrалjilerde ağrı elektrik şokuna benzer, kısa süreli ve bıçak saplanır tarzdadır. Ağrı genellikle kranial sinir yayılım alanında ve tek taraflıdır. En sık görülen kranial nevrалji trigeminal nevrалjidir. Tetik alan ağrı tarafındadır ve ağrı genellikle zararsız uyarılarla tetiklenir. Tanı hastanın öyküsüne dayanır.

Anahtar kelimeler: Kranial nevrалji, semptom, ayırıcı tanı

- ✓ **Symptom and Differential Diagnosis of Cranial Neuralgias**

The pain of cranial neuralgia lasts for few seconds and it looks like electric shock-like stabbing. Pain is usually in the distribution area of cranial nerve and only one-sided. The most common cranial neuralgia is trigeminal neuralgia.

The trigger zone is always ipsilateral to the pain. Pain is usually triggered by noxious stimulus. This is accomplished by taking a careful history from patient.

Key words: Cranial neuralgia, symptom, differential diagnosis

Kranial nevrалjilerde ağrı; elektrik şokuna benzer, kısa süreli, bıçak saplanır tarzda ve tek taraflıdır. En sık trigeminal sinir dallarında görülür⁽¹⁾. Tetik alan ağrı tarafındadır ve ağrı genellikle zararsız uyarılarla tetiklenir. Elektrik şoku benzeri ağrıya bazen yanıcı tipte bir ağrı eşlik edebilir. Nadiren tutulan sinir alanında duysal değişiklikler olur. Hastalar ağrıların çok uzun sürdüğünü ifade edebilir. Ancak bu olgular iyi sorgulandığında sık tekrarlayan ve kısa süren atakları tek bir atak olarak tanımladıkları görülebilir. Tanı hastanın öyküsüne dayanır⁽²⁾. Kranial nevrалjilerin ağrı semptomunun niteliği benzer şekilde olmasına karşın, gerek ağrı lokalizasyonu gerekse ek semptomların eklenmesi ile aralarındaki farklar değerlendirilerek ayırıcı tanıya yaklaşım yapılabilir.

1. TRİGEMİNAL NEVRALJİ

Trigeminal Nevralji ağrısının geçmişinin 16. yüzyılda Wells Katedralinde taş oymalarındaki tanımlamalara kadar uzandığı belirtil-

mektedir⁽³⁾. 1672'de Johannes Bausch tarafından ilk yazılı tanımlama yapılmıştır. 1756'da André ilk kez "tic douloureux" terimini kullanmış ve 18.yüzyılın başlarında Mareschal, ağrı için trigeminal sinirin periferik dallarının keşilmesi şeklinde cerrahi işlemleri tanımlamıştır. 1884'de Mears, gasser ganglion cerrahisini öne sürmüştür⁽³⁾. 1891'de Sir Victor Horsley's subtemporal retrogasserian nörotomi, 1901'de Fraser subokspital retrogasserian nörotomi, 1920'lerde muhtemelen Trikloretilen inhalasyonu ile ilk etkili tedavi yapılmıştır. 1930'da Kirschner ilk kez bir diatermi cihazı ile termal lezyon yapmış ve 1937'de Sjoqvist trigeminal meduller traktotomi tanımlamıştır. 1970'de Sweet radyofrekans termokoagülasyon (RF) tekniğini bulmuştur.

Trigeminal sinir, en büyük kranial sinir olup, duysal ve motor lifleri içerir. Mekkel kavitesinde lokalize olmuş trigeminal (gasserian, semilunar) ganglion, temporal kemiğin petroz parçasının üst kısmı ve ponsun ventrolateral yüzü ile komşuluk yapar. Trigeminal sinir, ba-

şın 2/3 ön kısmı ve yüzden gelen sensoryal lifler ile çiğneme kaslarının bir kısmına ulaşan motor lifleri içerir⁽⁴⁾. Trigeminal sinir, oftalmik, maksiller ve mandibuler olmak üzere 3 ana dala ayrılır. **Oftalmik sinir**, trigeminal sinirin birinci ve en küçük dalıdır. Oftalmik dal, konjunktiva, lakrimal gland, burun ve paranasal sinüslerin mukozaları ile alın, üst göz kapakları ve burun derisinin bir kısmının duysal innerasyonunu sağlar. Oftalmik dal, superior orbital fissürde, lakrimal, frontal ve nazosilier olmak üzere üç dala ayrılarak göz ve diğer komşu yapılara ulaşır. **Maksiller sinir**, trigeminal sinirin ikinci dalı olup, oftalmik ve mandibuler dallar arasında yer alır. Maksiller dal da, oftalmik dal gibi tamamen duysal iletiyi sağlamaktadır. Yüzün orta bölümü, alt gözkapığı, burun kenarı ve üst dudak derisi ile nazofarenks, maksiller sinüs, yumuşak damak, tonsil mukozaları ve ağız tavanı, üst diş etleri ile dişlerin duysal iletimini sağlar. Maksiller sinir, pterigopalatin fossa içinde; zygomatik, sfenopalatin ve posterior superior nazal dalları verir. İntraorbital forameninden çıkarak yüz bölgesine yayılan inferior palpebral, lateral nazal ve superior labial uç dallarıyla sonlanır. **Mandibuler sinir**, trigeminal sinirin motor ve duysal liflerini birlikte taşıyan tek dalıdır. Mandibuler dal, intrakranial seyri foramen ovaleden geçerek tamamlar ve çeşitli dallara ayrılarak ilerler. Mandibuler dal, temporal bölge, kulak, eksternal meatus, yanak, alt dudak ve yüzün bir bölümünün deri duyusu ile yanak ve dil mukozası, alt dişler ve dişetleri, mandibula ve temporomandibuler eklem, kafatabanı ve duramaterin bir kısmının duysal iletimini sağlar. Ayrıca, masseter, temporal, pterigoid, mylohyoid ve dıgastrik kaslara motor dal verir.

Trigeminal nevralfinin etyopatogenezi yeterince açıklanamamıştır. İleri sürülen teoriler;

1. Vasküler kompresyon teorisi: Trigeminal sinirin subaraknoid mesafe içindeki kısmında vasküler kompresyon olduğu bildirilmiştir. Sıklıkla büyük bir arter, sinire çapraz bası yapar ve bu basının yerine göre ilgili dalın sahasında ağrı ortaya çıkar. En sık superior serebeller arterin basısı gözlenir. Daha az

oranda posterior inferior serebeller arter, anterior inferior serebeller arter, vertebral arter, arteriovenöz malformasyonlar ve bu bölgedeki tümörlerin basısı neden olabilir. Trigeminal sahadaki basının yerine göre yüzde ağrı ortaya çıkar ve bu tanımlamada yardımcı olabilir^(5,6).

2. Ratner ve arkadaşları mandibula ve maksillada kemik rezorpsiyonu ve abse kavitesi ile trigeminal sinirin irritasyonu sonucu trigeminal nevralfi geliştiği teorisini ileri sürmüşlerdir⁽⁷⁾. Ancak kavite olmayan kişilerde de nevralfi olması ve kavitelerin tedavisinin semptomları gidermediğinin gözlenmesi teoriyi desteklememiştir.

3. Trigeminal nevralfili hastaların küçük bir yüzdesinde multipl skleroz olabilir. Bu hastaların otopsi bulgularında, trigeminal posterior kökte demyelinizan plaklar gözlenmiştir⁽⁸⁾. Ancak bu plakların nevralfi nedeni olması tartışmalı iken, bu hastalarda ayrıca vasküler kompresyon varlığı ve bunun ağrı nedeni olabileceği de ileri sürülmüştür.

Vasküler kompresyon, tümör, enfeksiyon gibi herhangi bir etyolojik neden ileri sürülmesine rağmen, nevralfiform ağrının ortaya çıkışı tam olarak açıklanamamaktadır. Ağrı, santral ve periferik teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır.

1. Santral teori: Bu teoriye göre, trigeminal nevralfi fokal epilepsiye benzetilir. Nöronal hiperaktivitenin nedeni de deafferantasyondur⁽⁹⁾. Trigeminal sistemde dorsal kök refleksleri ve sinaptik fonksiyondaki değişiklikler tanımlanmıştır.

2. Periferik teori: Trigeminal sinirin myelin ve aksonlarındaki değişiklikler, kimyasal ve mekanik uyarılara periferik sinir duyarlılığını değiştirir^(10,11).

3. Periferik ve santral mekanizmaların birlikte etkisi: Calvin, her iki mekanizmanın birlikte etkili olabileceğini savunmuştur⁽¹²⁾.

A. İDİOPATİK TRİGEMİNAL NEVRALJİ

İdiopatik Trigeminal Nevralji (İTN), sıklıkla yaşlılarda görülen bir hastalık olup, nadiren genç yaşlarda da görülebilmektedir. En sık 50-

70 yaş arasında görülür. Hastaların yaklaşık % 60 kadını kadındır. Genç yaşta görülen trigeminal nevralkji, multipl sklerozun belirtisi olabileceğinden araştırılmalıdır⁽¹³⁾.

Trigeminal nevralkjinin semptomları ağrı ve bazen hafif duyu kaybıdır. Ağrının özellikleri, birkaç saniye veya 2 dakikadan kısa süreli- dir⁽¹⁴⁾. Elektrik şokuna benzer ve bıçak saplanır tarzda, çok şiddetli ve tek taraflıdır. Ani, yoğun, keskin başlar ve sonlanır. Ataklar arası ağrısızdır. Trigeminal sinirin bir veya daha fazla dalına yansiyabilir. Ağrı dağılımı, genellikle trigeminal dermatomla sınırlıdır. Nadiren N. Intermedius, N. Glossofaringeus veya N. Vagus alanına yayılım olur. En sık 2. ve 3. dallarda kombine, en nadir ise 1. ve 3. dallarda kombine görülür^(1,15).

İntermitant bir hastalıktır. Birçok hastada aylar veya yıllar süren ataklar arası ağrısız dönemler olur. Tekrarlayan ataklar hemen daima yüzün aynı tarafındadır. Nadiren farklı zamanlarda diğer tarafta da ağrı atakları görülebilir (%3). Bazı hastalarda hiç remisyon olmaz. Tetikleme ile aktivasyon olur. Tetikleyen uyarılar zararsız olup, tetik alan daima ağrı tarafındadır⁽¹⁾. Hastaların büyük kısmı benzer uyarılarla ağrının tetiklendiği öyküsünü verirler. Bunlar arasında, yüze dokunma, yüz yıkama, diş fırçalama, çiğneme, yutkunma, konuşma, soğuk hava ve rüzgar gibi nedenler sayılabilir. Tetik alanın yerine göre hastaların günlük yaşamları etkilenir. Tetik alan; üst dudak ve yüzde ise, yüzünü yıkayamaz ve tıraş olamaz. Dişler ve dişlerinde ise, dişlerini fırçalayamaz, yiyecekleri çiğneyemez ve sonuçta oral hijyen ve beslenme bozulur. Çiğneme ve yutma ile tetiklenen ağrılar sonucunda da yine beslenme bozulur⁽²⁾. Tetik alan genellikle trigeminal alanla sınırlıdır. Ek semptom ve bulgu yoktur. Ancak trigeminal sinir üzerinde yapılan cerrahi veya anestezi işlemler tabloyu değiştirebilir. Bunların dışında belirgin duyu kaybı, trigeminal sinirde hasar yapan bir patolojiyi düşündürmelidir. Fiziksel ve emosyonel stresler, hastalarda ağrı sıklık ve şiddetinde artışa neden olabilir.

Trigeminal sinirin semptom veren dalına göre ağrı yayılımı ve tetik alan belirgin olarak ön plana çıkar. Oftalmik dal ile ağrı alın, supraorbital bölge, burun kökü ve iç kauntusa yayılır. Supraorbital çentik hassas olabilir. Maksiller dalda ise üst dudak, yanak, burun kenarı, üst çene ve dişlerde ağrı olur. Tetik bölge, sıklık sırasına göre üst dudak, diş etleri, damak olarak sıralanabilir. İnfraorbital foramen hassas olabilir. Mandibuler dalın ağrısı ise alt dudak, çene, diş etleri ve kulakta hissedilir. Tetik bölge genellikle alt dudakta olup, daha az oranda diş etleri ve müköz membranlarda olabilir. Mental foramen hassas olabilir.

Trigeminal nevralkjinin tedavi başarısını arttırmak için, tüm diğer yüz ağrıları ve kranial nevralkjilerden ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda en değerli parametre hastanın öyküsüdür. Ayrıca fizik muayenede, tetik alanların varlığı ve lokalizasyonu ile varsa ek semptomlar değerlendirilmelidir.

1. Atipik unilateral fasial ağrı: Ağrının sürekli yanıcı karakterde olup, elektrik şoku tarzında olmaması, sıklıkla tetik alan olmaması ve daha çok genç bayanlarda görülmesi ayırıcı tanıda yardımcı olur.

2. Temporomandibuler eklem kaslarını tutan myofasyal ağrı: Yüzün yan kısmında bıçak saplanır, yanıcı veya kramp tarzında ağrı, çene ve çene kaslarının kullanımının veya kasların palpasyonunun ağrılı olması, ağrının başa ve boyuna doğru yayılması trigeminal nevralkjiden uzaklaştırır.

3. Küme baş ağrısı: Baş ve yüzde aralıklı yanıcı ve zonklayıcı ağrılar, sıklıkla lakrimasyon, rinit, yüzde terleme ve kızarıklık gibi otomatik bulgularla birlikte olması ayırıcı tanıda yardımcıdır.

4. Paranasal sinüs, çene, dişler, farenks ve kafa tabanı lokal patolojileri: Değişik karakterlerde ağrılar olabilir. Bu tip yüz ağrıları, genellikle yanıcı, zonklayıcı veya bıçak saplanır tarzda olup nadiren şok benzeridir. Zararsız uyarılarla tetiklenmemesi, devamlılık gösteren ağrılar olması ve tutulan sinir dalında duysal kayıp olabilmesi trigeminal nevralkjiden uzaklaştırabilir.

B. SEKONDER TRİGEMİNAL NEVRALJİ

Trigeminal sensoryal sistemin lezyonlarına bağlı trigeminal nevralsi ve benzeri ağrılar ortaya çıkabilir. Beyin tümörleri, Multipl Sklerozis ve Herpes Zoster enfeksiyonları ile birlikte veya sonrasında trigeminal nevralsi ve benzeri yüz ağrıları görülebilmektedir.

Multipl Sklerozis: Multipl Skleroz (MS) olgularında klasik trigeminal nevralsi veya atipik fasial ağrı şeklinde yakınmalar olabilir. Literatürde, MS olgularında, trigeminal nevralsi görülme sıklığı %0.5'den daha az olarak bildirilmektedir. Özellikle genç yaşta trigeminal nevralsi ile gelen olgularda, MS yönünden araştırmak için, beyinde MS plaklarının aranması (MR-magnetik rezonans) uygun bir yaklaşımdır⁽¹³⁾.

Beyin tümörleri: Beyin tümörü olgularında, klasik trigeminal nevralsi görülmesi nadirdir. Duyu kaybının eşlik ettiği sürekli ağrı ile seyreden bir atipik fasial ağrı formu daha siktir. Trigeminal nevralsili olguların küçük bir kısmında beyin sapı ve meckel kavitesi arasındaki subaraknoid alanda trigeminal sinire uzanan küçük benign bir tümör bulunur. Bunlar genellikle menenjioma, nörinoma veya kolestatomadır⁽¹⁶⁾. Duyu kaybı ile birlikte olan sürekli bir ağrı ve diğer kranial sinirlerin tutulumu tümörü düşündürmelidir.

Herpes Zoster ve Postherpetik Nevralji: Trigeminal sinirin herpes zoster tarafından tutulumu, ağrılı nöropatiye yol açabilir. Yüz ve derin kulak ağrısı, veziküler döküntülerden önce gözlenir. Döküntülerden sonra ağrı devam ederse, postherpetik nevralsiden söz edilir.

2- GENİKULAT NEVRALJİ

(N. İntermedius Nevraljisi)

VII. Kranial sinirin duysal dalı N. İntermedius dağılımında şok benzeri ağrı ile karakterizedir. Ağrı lokalizasyonu dışında trigeminal nevralsiye benzer.

Trigeminal nevralsiye benzer etyolojiye sahiptir. Ponstan birkaç mm uzaklıkta sinirin çapraz basısı olduğu söylenir⁽¹⁾. Hasta kulakta derinde, intermitant, şok benzeri, zonklayıcı ağrıdan yakınır. Kulak kanalında zararlı olma-

yan uyarılarla veya yutma ve konuşma ile ağrı tetiklenebilir. Ataklar arası ağrısızdır. Nörolojik defisit yoktur. Daima tek taraflıdır. Ek semptom (tinnitus, vertigo, salivasyon, ağızda acı tat gibi) olabilir. Herpetik Genikulat Nevralji ile karışabilir. Ancak bunlarda ağrı sürekli ve yanıcıdır. Ayrıca dış kulak yolu ve kulak kepçesinde, ağrıyı izleyen 1-2 günde, veziküller belirir.

3- GLOSSOFARİNGEAL NEVRALJİ

Glossofaringeal nevralsi, sinir sahasında şok benzeri ağrılarla karakterizedir. Tetik alanları ve ağrı dağılım alanı dışındaki özellikleri trigeminal nevralsiye benzer⁽¹⁷⁾.

Genellikle sinirin medulla oblongata dışında ve juguler foramende subaraknoid alana doğru ilerleyen bir arterin basısı sözkonusudur⁽¹⁸⁾. Bu sendrom, nadiren, multipl sklerozlu hastalarda da görülebilir. Tonsiller fossa, dil kökü ve farenkste şok benzeri ağrı olur. Kulak veya çene köşesine veya üst-dış boyun bölgesine yansiyabilir. Tetik alanlar ağrı tanımlanan alanlardır ve çiğneme, yutma, boğaz temizleme, konuşma ile tetiklenir. Ağrı, sıklıkla, spontan olarak ortaya çıkar. Glossofaringeal sinir, kalp hızı ve kan basıncı düzenlenmesinde etkili olduğundan, nevralsi atakları sırasında kardiak aritmiler ve hatta asistoli gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir⁽¹⁹⁾.

Öykü ile ağrının tanımlanması en önemli tanısal yaklaşımdır. Ağrının şekli ve atakların kronolojisi trigeminal nevralsiye benzer. Glossofaringeal nevralsi, bazen, trigeminal nevralsinin mandibuler dalı tutulum ağrısı ile karıştırılabilir. Ayırıcı tanısı, glossofaringeal sinirin innerve ettiği faringeal yapıların uyarılması sonucu, ağrının tetiklenmesi ile yapılabilir. Sinirin juguler foramende bloğu veya farenksin topikal anesteziyle yapılan tetik alan bloğunun ağrıyı kaldırması ile tanı kesinleştirilebilir⁽²⁰⁾.

4- VAGAL VE SUPERİOR LARİNGEAL NEVRALJİ

Vagusun iki somatik duysal dalı, auricular dal ve superior laringeal sinirin nevralsisi tanımlanmıştır. Ancak çok nadirdir⁽²¹⁾. Vagal si-

nirin üst liflerinin juguler foramene komşu subaraknoid alan içinde, beyin sapı dışında basısı vagal nevrالjiye neden olabilir.

Tiroid kartilaj, piriform sinüs, çene köşesi ve bazen kulakta paroksizmal şok benzeri ağrı tanımlanır⁽²²⁾. Ağrı yayılımı, bazen, çenenin üst-iç kısmına veya üst torakal bölgeye doğru olabilir. Tetik bölge, genellikle larinkstir. Konuşma, öksürme, çiğneme ve esneme ile ağrı atakları tetiklenebilir. Vagusun diğer bölümlerinin de tutulduğu durumlarda, hıçkırık, inspiratuar stridor, artmış tükürük sekresyonu ve öksürük gibi yakınmalar ortaya çıkar. Ağrı, lokalizasyonu dışında, her yönü ile trigeminal nevrالjiye benzerdir.

Öyküde; ağrı, tetik alanlar ve ek semptomların varlığı ile tanıya yaklaşım gösterilebilir. Superior laringeal sinir bloğu veya laringeal topikal anestezi ile ağrının durdurulması tanı ve prognozda yararlı olacaktır⁽²⁰⁾.

5- OKSİPİTAL NEVRALJİ

Oksipital nevrالji suboksipital bölge ve başın arka kısmına yayılan ağrı ile karakterizedir. Hastaların büyük bir kısmında bu bölge kaslarının disfonksiyonuna bağlı gelişen gerilim tipi başağrıları vardır ve bu ağrının da yayılım alanı oksipital nevrالji ile benzerdir. Bu hastalar içinde, gerçek nevrالjiform ağrı çok azdır. Oksipital nevrالjili hastalar etyolojik olarak iki grupta toplanabilir⁽¹⁾. Etiyolojik nedeni belirlenememiş olanlar, büyük grubu oluşturur. Yapısal patolojisi saptanan olgular daha az sayıdadır. Oksipital sinir travması, servikal artroza bağlı bası (oksipital sinir veya servikal lifler) ve tümörler (2. veya 3. servikal dorsal kökleri tutan) gibi farklı nedenlere bağlı olabilir.

Suboksipital bölgeden saçlı deriye yayılan, devamlı acı ve zonklayıcı ağrı ve bazen buna eklenen şok benzeri ağrı tanımlanabilir. Ağrı, saçlı derinin laterale ve şiddetli ataklarda retroorbital bölgeye de yayılabilir. Ağrı şiddetli olduğu zaman, başın arkasında hiperestezi veya dizestezi yakınması olabilir. Ağrı tetiklenmez. Ancak, oksipital sinire bası ağrıyı artırabilir. Fiziksel ve emosyonel gerilimler presipitan faktörlerdir. Oksipital nevrالjili olgularda

migren veya cluster tipi başağrılarının semptomlarına benzer semptomlar ve otonomik değişiklikler olabilir.

Ağrılı bölgenin iyi tanımlanması tanı koydurucu olabilir. Oksipital sinir bloğu tanıya yardımcı olabilir. Migren, cluster ve myofasyal ağrı ile karışabilir. Myofasyal ağrıların stresle ilgili olması, uzun yıllar devam eden ağrı öyküsü vermesi ve suboksipital bölgenin lokal muayenesinde, myofasyal odakların saptanması ile ayırıcı tanı yapılabilir.

6. UNILATERAL ATİPİK FASİAL AĞRI

Yüzün bir tarafında, çeşitli nedenlere bağlı gelişen, devamlı ve yanıcı veya kramp tarzında ağrılarla karakterize bir fasial ağrı tipidir. Kadınlarda ve genç erişkinlerde sıktır.

Unilateral atipik fasial ağrıda bilinen bir etyolojik faktör yoktur. Nadir olarak, trigeminal sinir veya meninkslerin benign tümörlerinin neden olabileceği bildirilmiştir⁽²³⁾. Atipik fasial ağrılı hastaların büyük kısmında hiçbir neden saptanmaz iken, olguların çoğunun özellikle önemli psikopatolojisi olan bayanlar olması dikkat çekicidir⁽²⁴⁾.

Devamlı bir ağrı seyri vardır. Fakat şiddetinde dalgalanmalar olabilir. Nadiren ağrısız intervaller olur. Genellikle yanıcı, acı veya kramp tarzında ağrı tanımlanmaktadır. Genellikle trigeminal alanda yayılım gösterir. Bazen, boynun üst kısmına ve kafa derisinin arka kısmına da yayılabilir. Ağrılı alanda önemli derecede hiperestezi, hastalar tarafından tanımlanmaktadır. Ayrıca, dizestezi yakınmalarda eklenmiş olabilir. Tetik alan yoktur. Fakat ağrılı alanların uyarımı ağrıyı artırabilir. Otonomik fenomen yoktur.

Unilateral atipik fasial ağrının tüm özelliklerini tanımlayan bir hastada tanıya öykü ile yönlenmek kolay olabilir. Ancak bazı hastalarda, trigeminal nevrالji, cluster başağrısı veya myofasyal ağrı semptomları eklenmiş olabilir ve bu da tabloyu karıştırabilir. Eğer tanımız Unilateral atipik fasial ağrı ise, mutlaka altta yatan tedavi edilebilir bir neden aranmalıdır. Bunun için kraniyografi, kafa kaidesinin bilgisayarlı tomografisi, ayrıntılı bir nörolojik

muayene, dental ve otorinolaringolojik incelemeler yapılmalıdır.

7. BİLATERAL ATİPİK FASİYAL AĞRI

Etyoloji bilinmiyor. Her yaşta görülebilir. Kadınlarda siktir. Ağrı, sürekli ve yanıcı tarzda olup tetiklenmez. Ağrı yakınması, hekimler tarafından yüz bölgesinde veya diş hekimleri tarafından sadece ağız içindeki lokalizasyonları ile saptanabilir. Tetik alan yoktur. Duyu muayenesinde, hafif hiperestezi, parestezi veya dizestezi bulunabilir. Hastalarda belirgin psikopatoloji vardır ve psikolojik tedavi uygulanabilir. Hastalarda yapısal bir patoloji saptanamamıştır⁽²⁾.

Geliş Tarihi : 20.02.2004

Yayına kabul tarihi : 11.06.2004

Yazışma adresi:

Dr. Fuat GÜLDOĞUŞ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı

55139 Kurupelit, SAMSUN

KAYNAKLAR

1. Loeser DJ. Cranial Neuralgias. In: Bonica JJ (ed.) The Management of Pain. Vol 1. Lea and Febiger, Philadelphia. London. 1990; 676-686.
2. Zileli B. Baş ve Yüz Ağrıları. Yegül İ (ed.) Ağrı ve Tedavisi, 1.baskı. İzmir, 1993; 29-53.
3. Walker AE. A History of Neurological Surgery. Charles C Thomas, Spring, IL, 1959.
4. Erdine S. Kranyal Sinir Blokları. Sinir Blokları Emre Matbaacılık-İstanbul, 1993; 81-101.
5. Burchiel KJ, et al. Comprasion of percutaneous radiofrequency gangliolysis and microvascular decompression for the surgical management of tic douloureux. Neurosurgery 1981; 9: 111.
6. Revilla AG. Tic douloureux and its relationship to tumors of the posterior fossa: Analysis of twenty-four cases. J Neurosurgery 1947; 4: 233.
7. Ratner EJ, et al. Jawbone cavities and trigeminal and atypical facial neuralgias. Oral Surg 1979; 48: 3.
8. Lazar ML, Kirkpatrick JB. Trigeminal neuralgia and multiple sclerosis: demonstration of the plaque in an operative case. Neurosurgery 1979; 5: 711.
9. Anderson LS, et al. Neuronal hyperactivity in experimental trigeminal deafferentation. J Neurosurg 1971; 35: 444.
10. Kerr FWL. Pathology of trigeminal neuralgia: Light and electron microscopic observations. J Neurosurg 1967; 26: 151-156.
11. Kerr FWL, Miller RH. The pathology of trigeminal neuralgia. Arch Neurol 1966; 15: 308.
12. Calvin WH, Loeser JD, Howe JF. A neurophysiological theory for the pain mechanism of tic douloureux. Pain 1977; 3: 147.
13. Zakrzewska JM. Diagnosis and differential diagnosis of trigeminal neuralgia. Clin J Pain 2002; 18: 14-21.
14. Rozen TD. Antiepileptic drugs in the management of cluster headache and trigeminal neuralgia. Headache 2001 41 (suppl 1); 25-32.
15. Loeser JD. The treatment of tic douloureux. Pain 1977; 3: 155.
16. Cheng TMW, Cascino TL, Onofrio BM. Comprehensive study of diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia secondary to tumours. Neurology 1993; 43: 2298-2302.
17. Rusthon JG, Stevens JC, Miller RH. Glossopharyngeal - (vagoglossopharngeal) neuralgia. Arch Neurol 1981; 38: 201.
18. Laha RK, Jannetta PJ. Glossopharyngeal neuralgia. J Neurosurg 1977; 47: 316.
19. Ferrante L, Artico M, Nardacci B, et al. Glossopharyngeal neuralgia with cardiac syncope. Neurosurgery 1995; 36: 58-63.
20. Bonica JJ. The Management of Pain. Philadelphia Lea&Febiger 1953; 790-797.
21. Chawla JC, Falconer MA. Glossopharyngeal and vagal neuralgia. Br Med J 1967; 2: 529.
22. Echols DH, Maxwell JH. Superior laryngeal neuralgia relieved by operation. JAMA 1934; 103: 2027.
23. Yonas H, Janetta PJ. Neurinoma of the trigeminal root and atypical trigeminal neuralgia: Their commonality. Neurosurgery 1980; 6: 273
24. Weddigton WN, Blazer D. Atypical facial pain and trigeminal neuralgia: A comprasion study. Psychosomatics 1979; 20: 348.