

STİLALJİ'DE TANI VE TEDAVİ

Esen Beder**

Rıza Keser*

Tevfik Aktürk**

Kranio-fasial ağrılar, K.B.B. bilim dalının sık rastlanan sorunlarından. Baş, boyun bölgesinin zengin innervasyonu nedeniyle değişik patolojilere bağlı ağrı sendromları oluşmaktadır. Önemli güçlüklerden biri de, bu değişik ağrı sendromlarının birbirinden ayırımıdır. Kranio-fasial ağrılarda, normalden uzun stiloid çıkıntının neden olduğu ağrılı sendromun hatırlanması, bazı yakınmaların açıklanmasına ve tanı konmasına yardım eder. KBB hastalıkları uzmanının baş ve boynunu dikkatli incelemesi ve bulguları yeterince değerlendirmesi tanı ve dolayısıyla tedavinin seçiminde etkili olmaktadır.

Baş-boyun ve yüzün sensitif innervasyonu başta V. sinir olmak üzere VII.,IX.,X. kranial sinirlerin dalları ve oksipital sinirler ile sağlanmaktadır. Ayrıca a. carotis ve a. vertebralis çevresindeki pleksuslardan dağılan simpatik lifler, kranial ve servikal sinirlerle bağlantılı olduğundan, simpatik irritasyonlar da vazomotor fenomenlere ve ağrılara neden olmaktadır (1,5).

Son üç yılda kliniğimize başvuran kranio-fasial ağrılı hastaların 15'inde uzun stiloid proçes saptadığımızdan, hastalığın klinik özellikleri, patojenisi ve tanı yöntemleri ile ayırıcı tanısını ve tedavi prensiplerini hatırlatmayı yararlı bulduk.

MATERYEL ve BULGULAR :

Olgularımız 28 - 52 yaş arasında idi, ortalama yaş 39 olarak saptandı. Erkek - kadın oranı 9/6 olarak bulundu.

Radyolojik olarak bilateral normalden uzun stiloid proçes saptanmasına karşın, olgularımızın 8'inde solda, 5'inde sağda lokalize ağrı vardı. İki olguda ise ağrı bilateral idi.

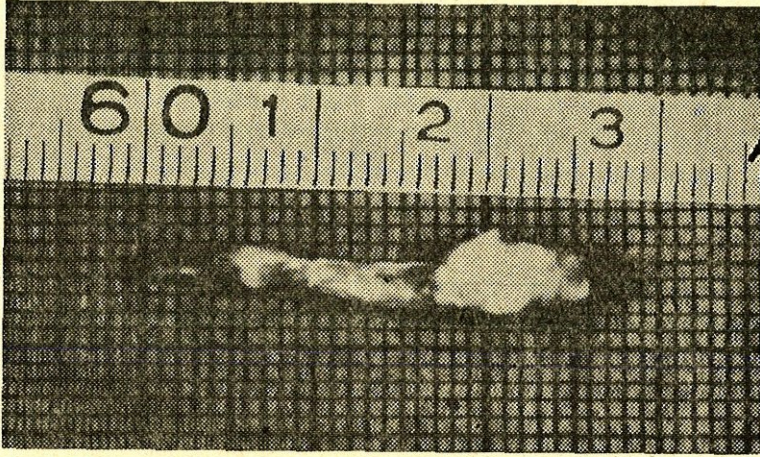
* Ankara Ü. Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Profesörü

** Ankara Ü. Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Doçenti

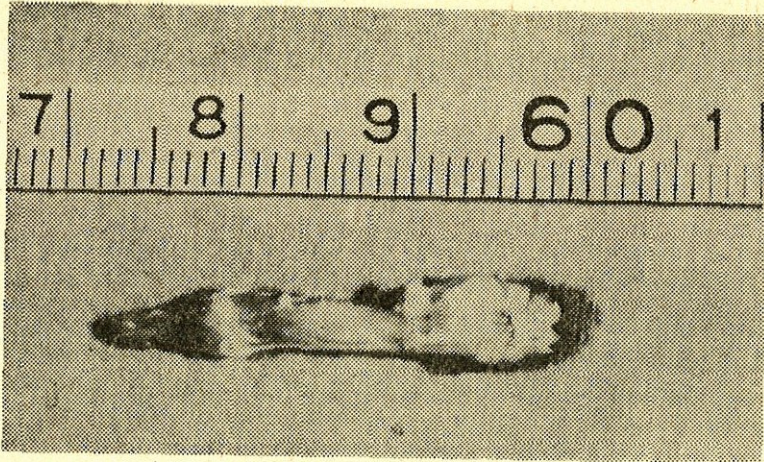
Olgularımızın tümünde yutkunurken lokalize olduğu boyun bölgesindeki tonsil lojundan başlayan künt, rahatsız edici ağrı yakınması vardı. Bunların 6'sında temporo-parietal, 5'inde auriküler, 3'ünde serviko-okspital, 1'inde orbital yayılım saptandı.

Tanıda digital palpasyon ve radyolojik incelemeden yararlanıldı. 15 olgunun 12'sinde palpasyonla uzamış stiloid proçes izlenimi alındı. Ön-arka ve yan grafilerde, olguların tümünde stiloid proçes normalden uzun görüldü.

Hastaların tümüne bilateral tonsillektomi ile beraber ağrının olduğu taraftaki stiloid proçes rezeksiyonu yapıldı. Stiloid proçesin 2 cm.'lik distal bölümü çıkartıldı (Resim 1-2).



Resim 1



Resim 2

TARTIŞMA ve YORUM

Stiloid proçes, embriolojik olarak 2. branşial arkıtan gelişen «hyoid aygıt»ın bir parçasıdır. Normal uzunluğu 1,5-3 cm. arasında değişir. Ortalama 2,5 cm.'dir. Stiloid proçesin temporal kemiğe yapışma yeri foramen stilomastoideumun hemen önünde bulunur. Buradan stilohyoid, stilofarengeus ve stiloglossus kasları başlar. Stiloid proçesin ucuna stilomandibuler ve stilohyoid ligamanlar yapışır. Fasial sinir de proçesin dış yüzünü çaprazlayarak parotis gland içine girer (6,7).

Normalden uzun stiloid çıkıntıların tonsil lojundan başlayan ağrılara neden olduğunu ilk kez 1870 yılında Lucke belirtmiştir. Garel de, bu ağrılara «Kronik stiloid anjini» adını vermiştir. Maduro ise, stiloid çıkıntının normalden daha uzun olması yanında, aşırı eğriliklerinin de tek taraflı farengeal ağrı sendromlarına neden olacağını belirtmiş ve bu klinik tabloya «Stilalji» adını vermiştir (6,8).

Ağrının erkeklerde ve özellikle sol tarafta sık görüldüğü bildirilmektedir (2,6). Bizim olgularımızda erkek-kadın oranı 9/6 olarak bulunmuştur. Bu 15 olgunun 8 tanesi solda, 5 tanesi sağda lokalize yakınmalarla başvurmuştu. İki olguda ise stilalji iki taraflı idi.

Maduro'nun istatistiğine göre 50 yaşın üstünde, Parkinson'un istatistiğine göre ise 30-40 yaşlar arasında sıktır. Bu ayrıcalık, Amerikan toplumunda tonsillektominin sık yapılması nedeniyle erken tanı şansının artışına bağlanmaktadır. (6,7). Bizim olgularımızın yaş dağılımı ise 28-52 arasında idi. Ortalama yaş 39 olarak saptandı.

Otörlere göre, stiloid proçes kişilerin % 4'ünde normalden uzundur. Bunlar iki taraflı olarak ve çoğunluğu hayat boyu bilinmeden gizli kalır (6). Harma, 300.000 kişinin 52'sinde belirti veren uzamış stiloid proçes saptamıştır. Buna karşılık Kaufman ve ark., 484 radyolojik incelemede % 28 normalden uzun stiloid çıkıntı saptadıklarını, ancak bunların hiçbirinde, stilaljiye ait yakınma olmadığını bildirmişlerdir (3).

Stilalji oluşumunda, stilohyoid ligamandaki anormal ossifikasyona bağlı olarak stiloid proçesin uzunluğunun artışı suçlanmaktadır. Bu yeni kemik oluşumunda subperiostal metaplazinin etkili olduğu ileri sürülmüştür (3,6). Bu durumda 4,5-5 cm uzunluğa erişen proçesin ucu n. glossofarengeus ve n. lingualisten gelen liflerden oluşmuş «Tonsiller pleksus»a dokunarak stilaljiye neden olmaktadır. Ancak, radyolojik olarak uzamış stiloid proçes saptanan olguların çoğunlu-

ğunun semptom vermediği ve iki taraflı eşit uzunluktaki stiloid proçes olgularında stilaljinin tek taraflı olduğu gözönüne alınır, stilalji patojenisi yalnızca stiloid proçesin normalden uzun oluşu ile açıklanamaz. Stilaljinin başlamasında stiloidin anormal uzunluğu yanında ossifikasyon sırasında stiloid proçese yapışan kasların ve ligamanların çekmesi ile kemikte gelişen eğrilik ve şekil bozuklukları da önemli rol oynamaktadır. Bu şekil bozukluklarının tek yanlı oluşu semptomların neden bir yana lokalize olduğunun açıklamaktadır (2,6).

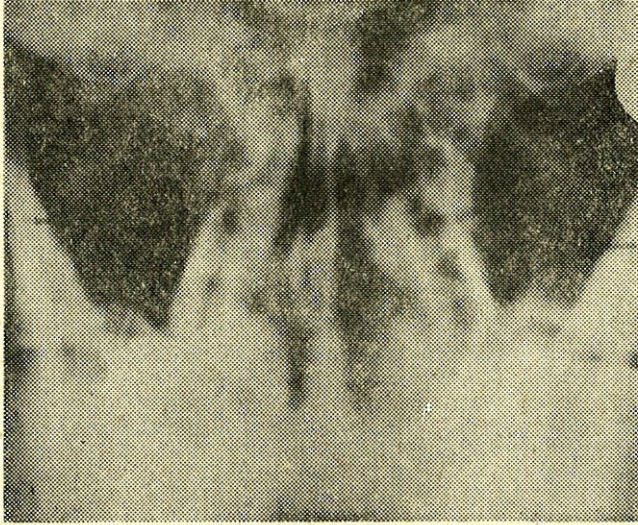
Stilaljinin genellikle psikopatik predispozisyonu olan anksiyeteli ve kanser korkusu taşıyan kişilerde ortaya çıktığı ileri sürülmüştür. Ancak dikkatli bir inceleme ile bu hastalarda stilaljinin ortaya çıkışından önce hiçbir anksiyete eğilimi ve kanser korkusunun olmadığı anlaşılmıştır (6). Gün boyunca her yutkunuşta, boğazda aynı yere fikse bir ağrının başlaması, kişide giderek endişe nedeni olmaktadır. Bu ağrının, uygulanan medikal ve fizik tedavilere karşı direnmesi hastada kanser korkusu yaratan bir diğer etkidir. Böylece önemli bir hastalık taşıdığı saplantısına kapılan hasta, yakınmalarının nedeninin basit bir anatomik anomali olduğuna inanmak istememektedir. İki kadın olgumuzda sözü edilen kanser korkusu, ancak operasyondan sonra yakınmaların kaybolması üzerine ortadan kalkmış ve hastalar bu endişeden kurtulmuştur.

Stilalji genellikle progresivdir. Künt, sürekli ve huzursuz edici bir ağrı olarak tanımlanır. Bazen de yabancı cisim hissi bulunabilir. Beslenme sırasında değil de, tükürük yutulması sırasında ağrı oluşması karakteristiktir (Farengial tenezim). Başın ekstansiyonu da ağrıyı uyandırabilir (6,7).

Bu klasik fonksiyonel semptomatolojiye ayın tarafta baş ağrıları da eklenebilir. Stiloid proçesin şekil bozuklukları nedeniyle karotis çevresi simpatik pleksus uyarılmakta, parietal, temporal ve orbital ağrılarda meydana gelebilmektedir. Stilalji sendromunda çabuk ses yorgunluğu, geçici afoni atakları şeklinde vokal bozukluklara rastlanıldığı bildirilmiştir (6). Biz, olgularımızda ses yorgunluğu ve afoni şeklinde vokal bozukluk yakınmalarına rastlamadık. Ancak, olgularımızın tümünde yutkunurken tonsil lojundan başlayan, künt, rahatsız edici ağrı yakınması vardı. Bunların 6'sında temporoparietal, 5'inde auriküler, 3'ünde serviko-okspital, 1'inde orbital yayılım gösteren ağrı yakınıması saptandı.

Stilalji tanısında, ağrıların özellikleri yanında digital tuşe ile muayenenin ve radyolojik incelemenin önemi büyüktür. Digital tuşe, ton-

sil loju alt kutbuna yakın ön plikanın hemen gerisinde yapılır. Tuşe sırasında hastanın yakınmasına çok benzeyen bir his uyanması, ancak aşırı duyarlılık olmaması önemli bir bulgudur. Radyolojik inceleme, klinik muayenenin vazgeçilmez tamamlayıcısıdır. Tonsilin kalınlığı nedeniyle palpe edilemeyen proçes uzunluğu radyolojik inceleme ile saptanabilir. Özellikle yan grafilere, stiloid proçesinin aşırı uzunluğu yanında, eğrilik ve şekil bozukluklarını da göstermesi bakımından yararlıdır. Biz de, olgularımızda kesin tanı için bu iki yöntemden yararlandık. 9 olguda stiloid proçesinin aşırı uzunluğu palpasyonla saptandı. Tuşe ile saptanamayan stiloid proçes uzunluğunun ortaya konmasında radyolojik inceleme yararlı oldu. Tüm olgularımızda radyolojik olarak ön-arka ve yan grafilere çekirildi. (Resim-3).



Resim 3

Ayırıcı tanıda şunlar hatırlanmalıdır (1,2,3,5,6,7).

1. Trigeminal nevralji : Ağrı paroksizmal özelliklidir. Medikal tedavide carbamazepine % 85 oranında cevap vermesi karakteristiktir.
2. Costen Sendromu : Olay temporomandibuler eklemlerle ilgilidir. Çene hareketleri ile ağrı doğar. Çene hareketlerinde kısıtlılık vardır. Ağrı kulağa yayılır ve hafif iletim tipi işitme kaybı da saptanır.
3. Esansiyel glossofarengeal nevralji : Sıcak ve soğuk gıdaların yutulması sırasında başlayan şiddetli, kesin karakterli, kulağa yayılan bir ağrıdır. Yüzeysel mukoza anestezisi ile semptomlar kaybolur.

4. Sfenopalatin nevralsi (Sluder sendromu) : Yarım alt baş ağrısı, burunda konjesyon, rinore, lakrimasyon artışı ve kulakta dolgunluk ile karakterizedir. Nazal septum deviasyonları ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Tanıda sfenopalatin ganglion blokajı yardımcı olur.

5. N. larengeus superior nevralsisi : Konuşma, öksürme veya esneme sırasında başlayan, yüze ve göğüze doğru yayılan, şiddetli ve keskin karakterli bir ağrıdır. N. larengeus superior blokajı hem tanı hem de tedavi yönünden yararlıdır.

6. Serviko-bronşial nevralsi : Stilaljinin baş hareketleri ile artışı ve topografik yakınlık nedeniyle karışabilir. Ancak stilaljinin künt karakterli ve şiddetli olmayışı ayırımı sağlar.

7. Farenks myaljisi : Williams ve Elkins tarafından bildirilmiştir (7). Yutkunma ile artan şiddetli boğaz ağrısı, ara sıra ses kısıklığı vardır. Palpasyonla digastirik kas üzerinde ve ön plikanın dil ile birleştiği yerde aşırı duyarlılık saptanır. Boyna sıcak uygulaması yakınlıkları azaltır. Yüzeysel mukoza anestezisi yararlı olmaz.

Görüldüğü gibi stilalji künt, devamlı ve huzursuz edici ağrı özelliği ile baş-boyun bölgesinin diğer nevralsilerinden ayrılabilir. Burada, ağrı karakteri bakımından larengeo-farengeal neoplazmların neden olduğu fonksiyonel belirtilere benzediğinin bilinmesi gerekir. Özenle yapılacak K.B.B. muayenesi bu olasılığı ayırt etme bakımından yararlıdır.

Stilaljinin tek tedavisi, stiloid proçesin distal parçasının rezeksiyonudur (2,4,6,7).

Truffert, Loeser ve Cardwell tarafından önerilen eksternal servikal yolla rezeksiyon yöntemi bırakılmış, stiloid proçesin ağız içinden çıkarılma işlemi tek yöntem olmuştur.

Leroux-Robert, tonsile dokunmaksızın ön plika yoluyla stiloid proçese ulaşmayı önermiştir. Bazı yazarlara göre, proçes kırılmalı ve geriye doğru itilmelidir (6,7). Ancak, tonsillektomiden sonra loj duvarına vertikal bir insizyonla stiloid proçese ulaşmak ve distal kısmını rezekt etmek daha emin bir yöntem olarak benimsenmektedir. İnsizyon yerinin sütüre edilmesi veya edilmemesi cerrahın seçimine bağlıdır.

Operasyonun parmak kontrolü ile yapılması ve stiloid proçese komşulukları nedeniyle, a. carotis ve n. fasialisin yaralanma olasılığın-

dan söz edenler vardır. Bu yazarlar, ancak sürekli yakınmalara neden olan stiloid proses uzunluklarında cerrahiye önermektedirler (6).

Biz olgularımızın tümüne cerrahi tedavi uyguladık. Genel anestezi altında tonsillektomiden hemen sonra, loj duvarına yapılan vertikal insizyon ve parmak kontrolü ile stiloid procese ulaştık. Çevre yapışıklıklarından iyice sıyrılan prosesin distal kısmını bir pensle tesbit ederek, pens-guj yardımı ile 2cm.'lik distal bölümünü rezeke ettik. İnsizyon yerini sütüre ederek operasyonu tamamladık. Olgularımızda a. carotis ve n. facialis yaralanması gibi komplikasyonlar olmadı. Operasyon sonrası kontrollerde, tüm olgularımızda yakınmaların tamamen kaybolduğunu saptadık.

ÖZET

Bu klinik çalışmada, son üç yıl içinde A.Ü. Tıp Fakültesi KBB Ana Bilim Dalına başvuran kranio-fasial ağrılı hastaların arasında septa-
nan 15 stilalji olgusu, klinik özellikleri, patojenisi, tanı yöntemleri, ayırıcı tanı ve tedavi prensipleri yönünden literatür ile karşılaştırılarak sunulmuştur. Stilaljinin, baş-boğun bölgesindeki değişik ağrı sendromları arasınıda hatırlanmasının, doğru tanı ve stiloid çıkıntının çıkarılması şeklindeki tedavi yönteminin önemi üzerinde durulmuştur.

SUMMARY

Diagnosis and Treatment in Stylalgia.

In this study, 15 stylalgia cases were found among the patients with craniofacial pain that applied at Ankara University Hospital, department of ENT during past three years.

The clinical presentation, pathogenesis, diagnostic methods, differential diagnostics and treatment principles are discussed with the review of the literature.

Stylalgie should be remembered while differentiating head and neck pain syndrome and precise diagnosis and treatment should be administered. In this study group, bilateral tonsillectomy and stiloid proces resection on the effected side were performed on all patients with stylalgia.

KAYNAKLAR

1. Appaix, A., Pech, A. : *Algies Cranio-faciales*. EMC d'ORL, 20940 A¹⁰, Paris, 3-1961.
2. Burad, E., Beder, E., Gürsel, O. : Baş ve boyun ağrılarında stiloid proçesin etkisi. *Türk ORL Arşivi*, 14 : 9-13, 1978.
3. Christiansen, T.A., Meyerhoff, W.L., Quick, C.A. : Styloid process neuralgia. *Arch. Otolaryng.*, 101 : 120-123, 1975.
4. Cura, O., Günhan, Ö., Kuza, A., Üstün, E. : Uzun stiloid proçes ve stilalji. *Türk ORL Derneği XIII. Milli Kongresi, Çeltüt Mat., İstanbul, 1976.*
5. Keser, R. : Primer veya esansiyel kranio-afşial ağrılar. *Nöroloji*, 5 : 178-189, 1974.
6. Maduro, R. : *La Stylalgie, «Les Maladies du Pharynx»*, Masson et Cie, pp : 537-547, Paris, 1961.
7. Parkinson, H.R. : *Elongated Styloid Process : «Tonsil and Allied Problems»*, The Mc Millian Company, New York, 1951.
8. Tanyeri, A., Akyıldız, N. : Uzun stiloid çıkıntı. *Türk ORL Arşivi*, 2 : 23-28, 1964.