

ATİPİK BAŞAĞRISI VE İPSİLATERAL SEGMENTER HİPERALJEZİ – HERPES ZOSTERLİ BİR OLGU

ATYPICAL HEADACHE WITH IPSILATERAL SEGMENTARY HYPERALGESIA: A CASE REPORT WITH HERPES ZOSTER

Mehmet Ali ELMACIOĞLU, MD¹, *

¹Anestezi ve Reanimasyon uzmanı (Anestesiolog), SEV hastanesi Anestezioloji ve Reanimasyon, Gaziantep - Turkey

Özet

Bu olguda 5 gün önce başlayan atipik şiddetli baş ağrısına eşlik eden vücudun aynı tarafında üst ve alt ekstremiteye yayılan segmenter bağlantıların oluşturduğu ağrı ve diğer yakınmalara Nöralterapi yaklaşımı değerlendirilmiştir. C2 dorsal kök ganglionundaki Herpes virus enfeksiyonu, C2'nin segmenter bağlantılarının neden olduğu karmaşık gibi görülen bu tabloyu ortaya çıkarmıştır. Hastada Nöralterapi bütünsel bakışıyla kurulan nöroanatomik bağlantılarla ağrı şikayeti ortadan kalkmıştır. Kullanılan lokal anesteziklerin anti-inflammatuar, antiviral özelliği ile enfeksiyon hızla iyileşmiş ve segmenter bağlantıların ortaya çıkardığı ipsilateral ağrı ve şikayetler tedavi edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Lokal Anestezikler, Baş ağrısı, Herpes Zoster, Nöralterapi, Hiperaleji, Segmenter

Summary

Neural therapy approaches will be evaluated in a patient who had a severe headache on the left side that starts 5 days ago with segmentary hyperalgesia in the ipsilateral side of the body. This patient is considered to be complex situation because of Herpes virus infection in the C2 dorsal root ganglia and its segmentary connections has revealed. In this patient, the pain has disappeared with the neuro-anatomical connections that is established by the holistic view of Neuraltherapy. With the anti-inflammatory and antiviral properties of local anesthetics, the infection improved rapidly, and the ipsilateral pain and other symptoms that is seen with the segmentary connections of C2, has disappeared.

Key words: Local Anesthetics, Headache, Herpes Zoster, Neuraltherapy, Hyperalgesia, Segmentary

OLGU

Ağrı polikliniğine 39 yaşında bir kadın hasta 5 gün önce başlayan, başın sol tarafında yayılan şiddetli ağrı şikayeti ile başvurmuştur. Hastanın ağrı düzeyi Vizüel Analog Skala (VAS) ile 5/9 olarak değerlendirilmiştir. Şiddetli ağrıya eşlik eden bulgular; sol omuzdan kola yayılan ağrı, dengesizlik, baş dönmesi, kulak çınlaması, mide bulantısı ve daha az oranda sol kalça ve bacak arka tarafına yayılan pseudoradiküler ağrı ve uyku bozukluğu tespit edilmiştir. Hasta daha önce Nöroloji ve Nöroşirürji klinikleri tarafından değerlendirilmiş ancak yapılan laboratuvar ve radyolojik değerlendirmelerde özellik saptanmamış ve tedavilerden yanıt alınmamıştır.

Hastanın anamnezinde 4-5 gün önce başlayan saçlı deri ve yakınında kaşıntı şikayetleri dışında bir zamansal ilişki tes-

pit edilememiştir. Sık enfeksiyon, değişken barsak alışkanlığı, öfke patlamaları ve şekere düşkünlük barsak flora bozukluğu ve immun sistem zayıflığı düşünüldü. Sigara ve alkol alışkanlığı bulunan hasta düzenli ilaç kullanmadığını ifade etmiştir. 1995 yılında geçirilmiş C/S operasyonu mevcuttu.

Hastanın yapılan muayenesinde sol C2 seviyesinde yukarı doğru yayılan kızamık döküntüler tespit edildi ve Zona olduğu düşünüldü (Resim 1). Henüz veziküler döküntüler tespit edilmeyen hastadan Dermatoloji görüşü istenerek Zona tanısı konuldu. Hastanın yapılan diğer muayenelerinde; Adler Langer noktaları sağ C2, solda ise C1 C2 ve C3 hassas olarak tespit edildi. Hem sağ hem de sola üst servikal kısıtlılık ve bilateral C2 irritasyon noktaları hassas olarak bulundu. Sol Temporomandibular eklem hareket ve palpasyon ile ağrılı olarak değerlendirilmiştir. Sol m. trapezius, sol m. Quadratus Lumborum palpasyon ile hassas bulunmuş ancak tetik nokta tespit edilememiştir. Üst ve alt ekstremitelere yönelik yapılan diğer muayenelerde belirgin bir özellik saptanmadı. Kibler cilt kaydırma testinde T6, L1 ve S2 blokaj tespit edildi. Cilt-

* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):
Mehmet Ali Elmacioğlu, MD
Atatürk Mah 1040 Sok İşil Sit A Blok/10 27010
Şehitkema Gaziantep Türkiye
Tel: 00 90 342 220 02 11 (1232)
malielmaci@yahoo.com

teki dermatografizm ve kızarıklık bulguları latent asidoz lehine yorumlandı.

Nöralterapi planlanarak tedaviye başlandı. Ganglion enjeksiyonlarında %0,5 prokain, diğer enjeksiyonlarda ise %0,5 Lidokain kullanıldı. Medikal tedavi olarak Probiyotik-prebiyotik, beta glukan, NaHCO₃ kapsül ve beslenme önerileri (şeker, beyaz un ve rafine karbonhidrat içermeyen diyet) başlandı. Analjezik olarak Tramadol + parasetamol reçete edildi. Hastaya Dermatoloji tarafından gabapentin ve antiviral ilaç tedavileri önerilmiştir.

1. seansa: C0-T4 segmental quadel, sol C2 faset, spinal sinir, subokspital kaslar, sol GON (büyük oksipital sinir) ve LON (küçük oksipital sinir) blokajı, sol ganglion supremum, trigeminus noktaları ve mastoid enjeksiyonu, üst lenfatik drenaj noktaları, kranial bölgede sutura palpasyonu ile hassas bulunan noktalara enjeksiyon yapıldı. Tedavinin hemen sonrasında baş dönmesi, kulak çınlaması ve dengesizlik şikayetlerinin kalmadığını, mide bulantısı ve sol omuz-kol ve kalçadaki ağrının azaldığını belirtmiştir. Baş ağrısı şikayetinin ise artık kendisini daha az oranda rahatsız ettiğini belirtmiştir VAS 1/4 olarak değerlendirilmiştir. Yapılan muayenesinde üst servikal kısıtlılığın azaldığı, Adler Langer noktalarında hassasiyetin kaybolduğu belirlenmiştir.

İlk seanstan 5 gün sonra yapılan kontrolde hasta 2 kez ağrı artışı nedeniyle analjezik kullandığını ancak diğer ilaçlara başlama ihtiyacı duymadığını ifade etmiştir. Kontrol VAS değeri 3/5 olarak değerlendirilmiştir. Hasta diğer şikayetlerinde belirgin azalma olduğunu ve uyku kalitesinin arttığını belirtmiştir. Yapılan muayenesinde ciltte yer alan döküntülerin küçüldüğü azaldığı tespit edildi. Kibler cilt kaydırma testinde T6 ve L1 blokajın devam ettiği belirlendi. Tedavide sol stellat ganglion blokajı, sol C2 faset, sol GON, üst lenfatik drenaj noktaları, C0-T4 quadel, mastoid ve trigeminus enjeksiyonu, T6 blokaj çözümü (Hüseyin Nazlıkul'a göre), bilateral çölyak ganglion enjeksiyonu ve Hopfer Karın çelengi yapıldı.



Resim 1 | Sol C2 dermatomuna uyan cilt lezyonları.

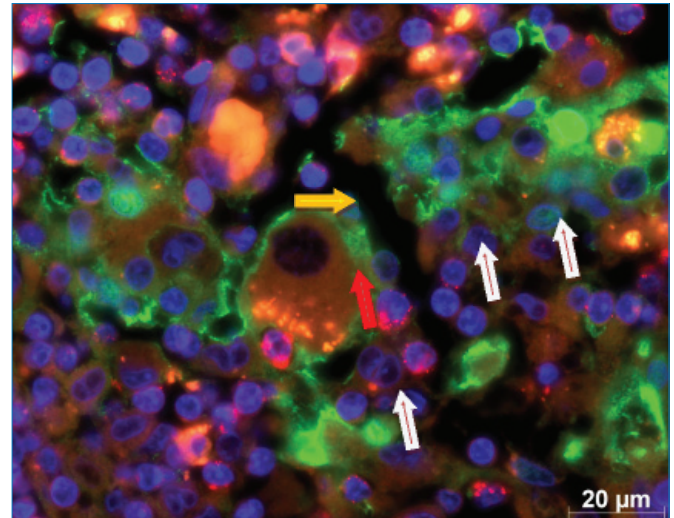
Hastanın 1 hafta sonra yapılan değerlendirmesinde VAS 2/4, sol kol ve alt ekstremiteye yayılan ağrı şikayetlerinin kalmadığını, kulak çınlamasının belirgin şekilde azaldığını, uyku, dengesizlik, mide bulantısı probleminin kalmadığını belirtmiştir. Hafta boyunca sadece 1 kez ağrı kesici kullanma ihtiyacı duyduğunu söyledi. Adler Langer noktalarında sol C2 hassasiyeti vardı. Hastaya C0-T4 quadel, sol GON, LON, sol C2 faset, sol Sfenopalatin ganglion, mastoid, üst lenfatik drenaj noktaları, sol ganglion supremum enjeksiyonları yapıldı.

Hastanın yapılan kontrolünde VAS 0/3 olarak değerlendirilmiştir. Adler Langer noktalarında hassasiyet kalmadığı, diğer somatik şikayetlerin kaybolduğu belirlenmiştir. Sol Üst servikal kısıtlılık ve sol C2'de iritasyon noktası tespit edilen hastaya; C0-T4 quadel, üst lenfatik drenaj noktalarına enjeksiyon yapılarak ve 15 gün sonra kontrole çağırılmıştır. Yapılan kontrolünde VAS 0/1 olarak değerlendirilmiş ve diğer şikayetlerinin tamamen ortadan kalktığı belirlenmiştir.

Tartışma

Herpes zoster (HZ), immun sistemi düşük olan kişilerde daha sık görülen bir DNA virüsüdür. Genel toplumda kadın erkek oranı eşit olup 125/100000 oranında görülür. Hastaların %10'unda postherpetik nevralji (PHN) gelişir. Bu oran yaşlı ve Diyabetes Mellitus'lu (DM) hastalarda daha yüksektir. İmmun mekanizmalar bozulduğu zaman latent kalmış virüs reaktif olarak, ilgili dorsal kök ganglionunda ve omuriliğin dorsal boynuzunda inflamatuvar bir reaksiyon geliştirir. Bu sırada virüsün derideki duysal aksonlar tarafından taşındığı düşünülmektedir. Etkilenen ganglionun periferik sinirinde demyelinizasyon, fibrozis ve sellüler infiltrasyon olur (Resim 2).

Veziküler döküntüyü takip eden erken dönemde etkilenen dermatomda şiddetli ağrı, parestezi ve disestezi görülür. Klasik tedavide; antiviral ajanlar, lokal anestetikler, analjezikler, antikonvulzanlar, ergo deriveleri, vitaminler, kortikosteroidler kullanılmaktadır.



Resim 2 | Elektron mikroskopisinde immune boyama ile gösterilen Herpes Zosterden etkilenmiş Sensorial Ganglion görüntüsü. (Megan Steain, Varicella Zoster Virus Lab, The University of Sydney sitesinden alınmıştır). Sarı renkli ok: İnsan sensorial nöronu, Kırmızı ok: B lenfosit, Beyaz ok: Sitosolik granüositler (mavi, parlak kırmızı ve yeşil renkleri).

Herpetik nevralkji: spinal ya da serebral ganglionun herpetik enfeksiyonu sonucu ortaya çıkar. Bu durum ganglionun innerve ettiği dermatomal segmentte şiddetli bir ağrıya yol açar. Böylece vücudun bir yarısında segmenter hiperalezi ve hiperestezi ortaya çıkar. Bu segment de direncin en düşük olduğu yerdir. Takip ve tedavi edilen hastaların çoğunda altta yatan neden bağışıklık sisteminin zayıflığıdır. Tedavideki esas amaç ağrıyı azaltmak, dolaşımı artırmak ve metabolik yıkım ürünlerini uzaklaştırmaktır. Lokal anesteziyle ağrı alanı innerve eden hem sempatik hem de somatik sinirlerin blokajı ağrı sağaltımında kullanılmaktadır (1-4). Yapılan çalışmalarda Postherpetik nevralkji LA enjeksiyonları ile başarılı bir şekilde tedavi edilebileceği bildirilmiştir (5-7).

Bu hastada lokal anestezi, antiinflamatuvar, analjezik, antiviral ve sempatolitik etkisi ile ağrı sağaltımının yanı sıra perfüzyon artışı sağlanarak yıkım ürünleri uzaklaştırılmıştır.

İnflamasyon ve ağrı kısır döngüsü içinde, lokal anesteziğin bu akış üzerine olan etkileri tedavideki önemi vurgulanmıştır. C2 spinal siniri median ve lateral atlantoaxial eklemler, boyun kasları (prevertebral, sternokleidomastoid, trapezius, semispinalis ve splenius), suboksipital yapılar, üst spinal kanal ve posterior kranial fossadaki dural yapıları innerve eder. Ayrıca trigemino servikal nükleuslar ve dura mater ve meningeal yapılar ile de n. Meningeuslar aracılığı ile bağlantılıdır (7-10).

C2'den çıkan uyarılar sadece bu bölgelerde etki göstermez. Nöralterapi bütünsel bakış açısı ile değerlendirildiğinde "segment" kavramı ve segment içinde olan bağlantılı yapılar üzerindeki etkileri de hastalıkların patofizyolojisinde vazgeçilmezdir. Segmental yaklaşım ile bakıldığında C2 ve ilişkili olduğu yapılar yoğunluk arz eder.

- C2 seviyesinde bulunan sempatik afferent lif yoğunluğu
- kraniomandibular eklem ile olan bağlantısı,
- üst çenede yer alan dişler (Adler Langer noktalarının 2. si),
- N. Frenikus, V. ve XI. kafa çifti başta olmak üzere, IX. ve X. kafa çiftleri ile olan dolaylı bağlantıları

Ganglion Supremum ile olan direkt bağlantısı hastalıkların oluşmasında ve değerlendirilmesinde Nöralterapi'de segmental yaklaşımın önemini bir kez daha göz önüne sermektedir (14-23).

Sonuç

Bu hastada C2 dorsal kök ganglionu ve innerve ettiği alan etkilenmiştir. Hastada vücudunun bir yarısında segmenter hiperalezi ve hiperestezi, C2 segmentinin bağlantılı yapılarının etkilenmesi ile ortaya çıkmıştır. Hasta Herpetik Nevralkjinin sıklıkla görüldüğü bir yaş grubunda olmamasına rağmen altta yatan nedenler (barsak flora bozukluğu, immun sistem zayıflığı, latent asidoz ve sedanter yaşam) hastalığın gelişmesinde zemin oluşturmuştur.

Hastaya uygulanan Segmental tedavi, C2, suboksipital bölge enjeksiyonu, Trigemini çıkış noktalarına yapılan enjeksiyonlar, üst etkili ganglion enjeksiyonları, GON, LON ve lenfatik drenaj noktalarına enjeksiyon ile alınan yanıtlar etkin

ve yüz güldürücüdür. Yapılan tedavi ile m. trapezius ve m. Quadratus Lumborum kaslarındaki hassasiyet kaybolmuş ve C2 ile bağlantılı yapılarda ortaya çıkan sol omuz-kol ve kalça bölgesinden bacağı yayılan pseudoradiküler ağrı, bulantı, baş dönmesi, kulak çınlaması gibi şikayetler ortadan kalkmıştır. .

Atipik baş ağrısı ve beden farklı noktalarında ortaya çıkan ve karmaşık gibi görülen tablo, nöralterapi bütünsel bakışı ile kurulan nöroanatomi bağlantılarını değerlendirilmesi sonucu çözümlenmiştir. Nöralterapide kullanılan lokal anesteziğin analjezik, antiinflamatuvar, antiviral ve lenfatik drenaj artırıcı etkileri ile yıkım ürünleri uzaklaştırılarak, hızlı ve etkin ağrı sağaltımı elde edilmiş ve enfeksiyonun hızla iyileşmesine neden olmuştur. Aynı zamanda kaynak olarak görülen barsak flora bozukluğu ve immune system zayıflığı için kombine tedavi düzenlenmiştir.

Kaynaklar

1. Nazlıkul H. IV-48. Nöralterapi. 2010. Nobel Tıp Kitapevleri.
2. Augustin M. Naturheilverfahren bei Hauterkrankungen, Stuttgart Hippokrates, 2002.
3. Nazlıkul H. Nöralterapi Nobel Kitapevi. 2010.
4. Nazlıkul, Acarkan. Deri hastalıklarında Bütüncül ve Nöralterapi yaklaşımı. BARNAT. 12, 24-32. 2011).
5. Perkins HM, Hanlon PR. Epidural injection of local anesthetic and steroids for relief of pain secondary to herpes zoster. Archives of Surgery 1978;113(3):253-4.
6. Rosenak SS. Paravertebral procaine block for the treatment of herpes zoster. New York State Journal of Medicine 1956;56(17):2684-7.
7. Hardy D. Relief of pain in acute herpes zoster by nerve blocks and possible prevention of post herpetic neuralgia. Canadian Journal of Anaesthesia 2005;52 (2):186-90.
8. Straub RH, Wiest R, Strauch UG, Härle P, Schölmerich J. The role of the sympathetic nervous system in intestinal inflammation. Gut 2006;55:1640-1649.
9. Pfister M, Fischer L. Die Behandlung des komplexen regionalen Schmerzsyndroms der oberen Extremität mit wiederholter Lokalanästhesie des Ganglion stellatum. Praxis 2009;98:247-257.
10. Tracey KJ. The inflammatory reflex. Nature 2002;420:853-859.
11. Day M. Sympathetic blocks: the evidence. Pain Pract. Mar-Apr; 8(2):98-109. 2008.
12. Spiess G. Die Bedeutung der Anästhesie in der Entzündungstherapie. MMW 1906;53(8).
13. Cassuto J, Sinclair R, Bonderovic M. Anti-inflammatory properties of local anesthetics and their present and potential clinical implications. Acta Anaesthesiol Scand 2006;50:265-282.
14. Cervicogenic headache: Pathophysiology, diagnostic criteria and treatment Nurten İnan, Yeşim Ateş. Ağrı. 17/4 2005.
15. Bartsch T, Goadsby PJ. Increased responses in trigemino-cervical nociceptive neurons to cervical input after stimulation of the dura mater. Brain 2003;126:1801-1813
16. Bartsch T, Goadsby PJ. Stimulation of the greater occipital nerve induces increased central excitability of dural afferent input. Brain. 2002, 125, 1496-1509.
17. Nazlıkul H. Akut Servikal Sendrom-En Basit Testlerle Sebebin açıklanması. BARNAT, 14;12-18. 2011.
18. Nazlıkul H., Hergert HF. : Trigger und Myofasialtherapie mit Neuraltherapie. Forschende Komplementärmedizin. 1997;4: 66-71.
19. B. Losert-Bruggner, Trigemini neuralgie oder neuromuskuläre Dysfunktion der Kau-, Kopf- und Halsmuskulatur? Springer-Verlag Berlin Heidelberg (200).
20. Bischoff H. P., Moll H. : Lehrbuch der Manuellen Medizin, 6. Baskı;11-17, 2011.
21. Nazlıkul H. "Neurovegetativum, Blockaden und Manuelle Medizin" für die Zeitschrift Manuelle Medizin. 6/2010.
22. Elmacıoğlu MA. Nöralterapi uygulamalarında GON ve LON blokajının yeri ve önemi. BARNAT; 9:2, 23-52. 2015.
23. Bartsch T, Goadsby PJ. The trigemino-cervical Complex and Migraine: Current Concepts and Synthesis. Current Pain and Headache Reports. 2003;371-376.