



7. BÖLÜM

Ağrılı Kraniyal Nöropatiler

Ömer faruk ILDIZ¹

GİRİŞ

Kraniyal nöropatiler, bir kraniyal sinirin dağılım alanında ortaya çıkan, paroksizmal ağrı ile karakterize klinik tablolardır. Nöropatik ağrı grubu içerisinde yer alırlar. Primer (idiyopatik) ve sekonder (sempomatik) olarak iki gruba ayrılırlar. Tetkik ve tedavi açısından etyolojik nedenin belirlenmesi önemlidir.

Kraniyal nöropatiler, ICHD 3'e göre 13. grupta yer almaktadır. Bu bölümde sık karşılaşılan ağrılı kraniyal nöropatilerden bahsedilecektir.

TRİGEMİNAL NÖROPATİLER

Anatomi

N.Trigeminus(TN), duyu ve motor lifler taşıyan mix tip sinirdir. Duyu lifleri yüz ve başın büyük kısmının, paranasal sinüslerin, korneanın, ağız mukozasının, gingiva ve dişlerin, ön ve orta fossa durasının duyusunu sağlar. Duyusal liflerin hücre gövdeleri sağ ve sol parasellar bölgede Meckel kovuğu içinde oturan Gasser ganglionunda (semilunar ganglion) yer alır. Bu hücrelerin merkezi uzantıları sinirin duyusal kökünü oluşturur. Ponsa girdikten sonra bu liflerden yüz ve çiğneme kaslarının proprioseptif duyularını taşıyanlar n. trigeminusun mezensefalik

¹ Arş. Gör. Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, farukildiz@hotmail.com

Steroid tedavisi ile orbital ağrı büyük ölçüde düzelse de, kraniyal sinir felçlerinin onunla daha hızlı düzeldiğini gösteren hiçbir kanıt yoktur. Herhangi bir glukokortikoid rejiminde olduğu gibi, Tolosa Hunt sendromunun tedavisi, birkaç gün boyunca ilk yüksek doz tedavisini, ardından haftalar ile aylar arasında kademeli olarak azaltmayı içerir. Semptom çözünürlüğü, daralmanın derecesini ve hızını yönlendirir. MRG gibi görüntüleme çalışmaları takip için tekrarlanabilir, ancak genellikle semptomatik iyileşme ile karşılaştırıldığında birkaç hafta geride kalır.

Hastaların çok küçük bir yüzdesi, ya uzun süreli steroid tedavisinin yan etkilerinden kaçınmak ya da hastalık sürecinin kendisinin uzun süreli baskılanması için diğer ajanlarla birlikte immünosupresyona ihtiyaç duyacaktır. Azatioprin, metotreksat, mikofenolat mofetil, siklosporin ve infliksimab ikinci basamak tedavi olarak kullanılmıştır. Steroid bağımlılığına yol açan tekrarlayan alevlenmeler için ikinci basamak tedavi olarak veya steroidlere karşı kontrendikasyonların varlığında birinci basamak tedavi olarak radyoterapinin kullanıldığına dair raporlar vardır. Genellikle, bu hastalarda ikinci basamak tedaviye başlanmadan önce biyopsi ile kanıtlanmış Tolosa Hunt sendromu teşhisi konulur.

Prognoz: Tolosa Hunt Sendromu, Glukokortikoidlerle görülen dramatik semptomatik iyileşme ile karakterizedir. Semptom iyileşmesi, özellikle ağrı kesici, genellikle steroidlere başladıktan 24 ila 72 saat sonra görülür ve hastaların çoğu bir hafta içinde iyileşme bildirir. Kranial sinir felçleri kademeli olarak iyileşir ve iyileşme için iki ila sekiz hafta arasında bir zaman alabilir. Steroid tedavisinden sonra rezidüel defisitlerin olması olağandışıdır.

Nüksler hastaların yaklaşık %40 ila %50'sinde meydana gelme eğilimindedir ve ipsilateral, kontralateral veya bilateral olabilir. Nüksler, genç hastalarda yaşlı hastalara göre daha sık görülür. Tolosa Hunt sendromu bir dışlama teşhisi olduğundan, her nüks ideal olarak tam bir inceleme ile araştırılmalıdır. Steroidlerin relapsları önlemeye yardımcı olup olmadığı belirsizdir (19, 20, 25).

KAYNAKLAR

1. Gambeta E, Chichorro JG, Zamponi GW. Trigeminal neuralgia: An overview from pathophysiology to pharmacological treatments. *Mol Pain* 2020;16:1744806920901890.
2. Sessle B. Peripheral and central mechanisms of orofacial pain and their clinical correlates. *Minerva anesthesiologica* 2005;71:117-36.
3. Zeng C, Zhang C, Li YH, et al. Recent Advances of Magnetic Resonance Neuroimaging in Trigeminal Neuralgia. *Curr Pain Headache Rep* 2021;25:37.
4. Gerwin R. Chronic Facial Pain: Trigeminal Neuralgia, Persistent Idiopathic Facial Pain, and Myofascial Pain Syndrome-An Evidence-Based Narrative Review and Etiological Hypothesis. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17.

5. Bendtsen L, Zakrzewska J, Abbott J, et al. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. *European journal of neurology* 2019;26:831-49.
6. Cheshire WP. Can MRI distinguish injurious from innocuous trigeminal neurovascular contact? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:1470-1.
7. Cruccu G, Gronseth G, Alksne J, et al. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. *Eur J Neurol* 2008;15:1013-28.
8. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, et al. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology* 2008;71:1183-90.
9. Khedr EM, Kotb H, Kamel NE, Ahmed MA, Sadek R, Rothwell JC. Longlasting antalgic effects of daily sessions of repetitive transcranial magnetic stimulation in central and peripheral neuropathic pain. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:833-8.
10. Shah RJ, Padalia D. Glossopharyngeal Neuralgia. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.; 2021.
11. Blumenfeld A, Nikolskaya G. Glossopharyngeal neuralgia. *Curr Pain Headache Rep* 2013;17:343.
12. Singh PM, Kaur M, Trikha A. An uncommonly common: Glossopharyngeal neuralgia. *Ann Indian Acad Neurol* 2013;16:1-8.
13. Resnick DK, Jannetta PJ, Bissonnette D, Jho HD, Lanzino G. Microvascular decompression for glossopharyngeal neuralgia. *Neurosurgery* 1995;36:64-8; discussion 8-9.
14. Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC, et al. Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations. *Arch Neurol* 2003;60:1524-34.
15. Isamat F, Ferrán E, Acebes JJ. Selective percutaneous thermocoagulation rhizotomy in essential glossopharyngeal neuralgia. *J Neurosurg* 1981;55:575-80.
16. Rey-Dios R, Cohen-Gadol AA. Current neurosurgical management of glossopharyngeal neuralgia and technical nuances for microvascular decompression surgery. *Neurosurg Focus* 2013;34:E8.
17. Robertson C. Cranial Neuralgias. *Continuum (Minneap Minn)* 2021;27:665-85.
18. Amrutkar C, Burton EV. Tolosa-hunt syndrome. 2017.
19. Hunt WE, Meagher JN, Lefever HE, Zeman W. Painful ophthalmoplegia. Its relation to indolent inflammation of the cavernous sinus. *Neurology* 1961;11:56-62.
20. Iaconetta G, Stella L, Esposito M, Cappabianca P. Tolosa-Hunt syndrome extending in the cerebello-pontine angle. *Cephalalgia* 2005;25:746-50.
21. Tessitore E, Tessitore A. Tolosa-Hunt syndrome preceded by facial palsy. *Headache* 2000;40:393-6.
22. Cakirer S. MRI findings in Tolosa-Hunt syndrome before and after systemic corticosteroid therapy. *Eur J Radiol* 2003;45:83-90.
23. Kaye AH, Hahn JF, Craciun A, Hanson M, Berlin AJ, Tubbs RR. Intracranial extension of inflammatory pseudotumor of the orbit. Case report. *J Neurosurg* 1984;60:625-9.
24. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33:629-808.
25. Mullen E, Rutland JW, Green MW, Bederson J, Shrivastava R. Reappraising the Tolosa-Hunt Syndrome Diagnostic Criteria: A Case Series. *Headache* 2020;60:259-64.