



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Nadir bir baş ağrısı nedeni; trigeminal nevroalji ve idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon birlikteliği: Olgusu sunumu

A rare cause of headache; case report of trigeminal neuralgia concomitant with idiopathic intracranial hypertension

Burcu ÖZALP HORSANALI, Hüsnü YILMAZ, Meltem UYAR, Can EYİĞÖR

Özet

Trigeminal nevroalji, trigeminal sinirin bir veya daha fazla dalının dağılım alanında ani, genellikle tek taraflı, çok kısa süreli batıcı ve tekrarlayan ağrı olması durumudur. İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon ikincil bir nedene bağlı olmayan ve normal beyin omurilik sıvısı bileşimi ile birlikte olan kafa içi basınç artışıdır. Sık olmamakla birlikte idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon ve trigeminal nevroalji birlikteliği de gösterilmiştir. Bu yazıda, nadir olarak görülen trigeminal nevroalji ve idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon birlikteliğinin saptandığı bir olgunun sunulması amaçlandı. Elli altı yaşında kadın hasta, yüzünün sağ tarafında şimşek çakması şeklinde ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde sekiz yıl önce dış merkezde trigeminal nevroalji tanısı aldığı belirtilen hastanın sağ mandibuler sinir dermatomuna uyan bölgede şimşek çakması karakterinde, görsel ağrı skoru 8 olan ağrısının olduğu, ağrı ataklarının 1–2 dakika sürdüğü, gün içinde 15–20 defa tekrarladığı öğrenildi. “Constructive Interference in Steady State (CISS)” sekansı kraniyal manyetik rezonans görüntüleme bilateral perioptik beyin omurilik sıvısı mesafesinde hafif belirginleşme, meckel cavelerde belirginleşme ve boş sella görünümü bulguları mevcut olup bulgular intrakraniyal hipertansiyon ile uyumlu saptandı. Hastaya kliniğimizde yapılan değerlendirmeler sonucunda; bu bulgular eşliğinde trigeminal nevroalji ya da trigeminal nöropatiye eşlik eden idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon tanısı konuldu. Sonuç olarak, trigeminal nevroalji tanısı alan hastalarda idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon birlikteliğinin olabileceği akıldaki tutulması gereken bir durumdur. Ayrıca idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon tanısı olan hastalarda da diğer kraniyal sinirler kadar olmasa da trigeminal sinirin etkilenebileceği akıldaki tutulmalıdır. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme gibi ayırıcı tanıda yeri olan ileri görüntüleme tetkiklerinin kullanılması, ek bir patolojinin atlanmasını önleyebilir.

Anahtar sözcükler: İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon; trigeminal nöropati; trigeminal nevroalji.

Summary

Trigeminal neuralgia (TN) is the condition of sudden, usually unilateral, very short-lasting, stinging, and recurrent pain in the distribution area of one or more branches of the trigeminal nerve. Idiopathic intracranial hypertension (IIH) is an increase in intracranial pressure associated with normal cerebrospinal fluid composition that is not due to a secondary cause. Although not frequent, the association of IIH and TN has also been reported. We aimed to present a rare case report in which TN is concomitant with IIH. A 56-year-old female patient was admitted to our clinic with the complaint of jabbing pain that may feel like an electrical shock on the right side of her face. In the patient's history, she was diagnosed with TN 8 years ago. She had a lightning-flashing pain in the area corresponding to the right mandibular nerve dermatome. Her pain attacks lasted 1–2 min, and recurring 15–20 times during the day. In the CISS sequence cranial MRI, bilateral perioptic CSF distance showed mild prominence, prominence in Meckel caves, and empty sella appearance features. These findings were found to be compatible with intracranial hypertension. As a result, based on these findings, the patient was diagnosed with TN or trigeminal neuropathy accompanying IIH. While patients diagnosed with TN may be associated with IIH, also trigeminal nerve may be affected, although not as much as other cranial nerves in patients with a diagnosis of IIH. The use of cranial MRI may prevent an additional pathology to be missed.

Keywords: Idiopathic intracranial hypertension; trigeminal neuralgia; trigeminal neuropathy.

Giriş

Trigeminal nevroalji (TN), trigeminal sinirin bir veya daha fazla dalının dağılım alanında ani, genellikle

tek taraflı, çok kısa süreli batıcı ve tekrarlayan ağrı olması durumudur.^[1] Her yaş grubunda görülebilmese rağmen özellikle ileri yaşlarda sıklığının belirgin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji Bilim Dalı, İzmir

Department of Algology, Ege University Faculty of Medicine, İzmir, Türkiye

Başvuru (Submitted) 22.01.2021

Revizyon (Revised) 22.01.2021

Kabul (Accepted) 13.05.2021

Online yayımlanma (Available online) 16.10.2023

İletişim (Correspondence): Dr. Burcu Özalp Horsanali. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Tel (Phone): +90 - 505 - 590 18 95 **e-posta (e-mail):** burcuhorsanali@hotmail.com

© 2023 Türk Algoloji Derneği

olarak arttığı, kadınlarda erkeklere oranla 2/1 oranında daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Prevalansı 70/100.000 olarak belirtilmektedir.^[2] İnsidansı hakkında tam görüş birliği olmamasına rağmen yapılan bir çalışmada 13/100.000 olarak bildirilmiştir.^[3]

Hastalığın altında yatan kesin patofizyoloji hala bilinmemekle birlikte, en çok kabul gören teori vasküler kompresyon, multipl skleroz, inme, travma ve intrakraniyal hipertansiyon gibi sebeplere bağlı olarak, trigeminal sinirin seyri boyunca herhangi bir yerde kompresyonu sonucu, miyelin kılıfının kaybına bağlı ektopik impulslara neden olmasıdır.^[4]

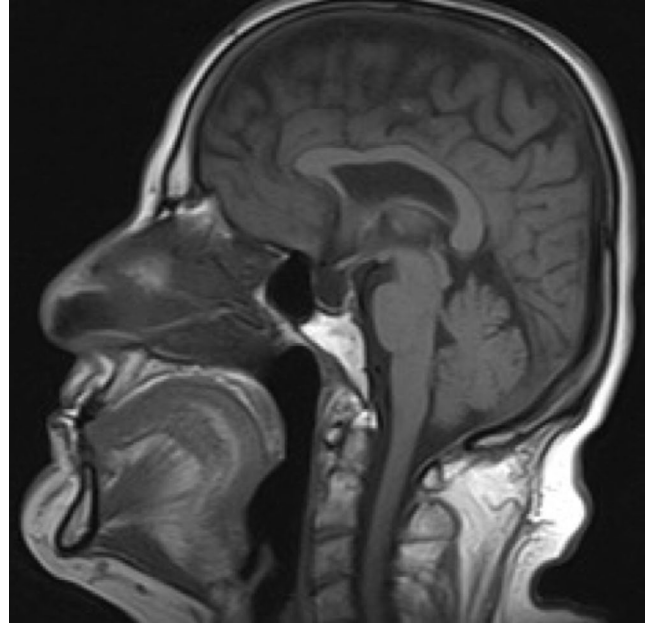
TN'nin tanısı başlıca klinik öyküye dayanır. Nörolojik değerlendirmede duysal defisit varlığına, korneal refleks kaybı ve değişikliklerine, oftalmik dal tutulumuna ve ek kraniyal sinir tutulumu varlığına dikkat edilmelidir.^[5] TN'de manyetik rezonans görüntüleme (MRG), sekonder nedenlerin dışlanmasında, dorsal kök giriş bölgesinde damar basısı varlığını ortaya koymada klinisyene yardımcı olur. Dorsal kök giriş bölgesinde en sık basıya neden olan damarsal oluşumlar, süperior serebellar arter, inferior serebellar arter ve venöz yapılarıdır. "Constructive Interference in Steady State (CISS)" sekansı venöz yapı kompresyonunu göstermede diğer MRG sekanslarına göre daha üstün bulunmuştur.^[6,7]

İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİH) ikincil bir nedene bağlı olmayan ve normal beyin omurilik sıvısı (BOS) bileşimi ile birlikte olan kafa içi basınç artışıdır. İİH klinik olarak baş ağrısı, görme alanı problemleri, tinitus ve omuz ağrısı ile ortaya çıkabilir. Sık olmamakla birlikte İİH ve TN birlikteliği de gösterilmiştir.^[8] İİH'ye eşlik edebilen başlıca nörogörüntüleme bulguları ise boş sella (%70), perioptik subaraknoid alan genişlemesi (%45) ve tortuozitesi (%40), posterior skleranın düzleşmesi (%80), optik sinir papillasının vitroz içine protrüzyonu ve transvers sinüs stenozudur (%90).^[8]

Bu yazıda, nadir olarak görülen TN ve İİH birlikteliğinin saptandığı bir olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu Sunumu

Elli altı yaşında kadın hasta, yüzünün sağ tarafında şimşek çakması şeklinde ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde sekiz yıl önce dış merkezde TN tanısı aldığını belirten hastanın yapılan fizik



Şekil 1. Hastanın CISS kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde boş sellanın görünümü.

muayenesinde sağ mandibuler sinir dermatomuna uyan bölgede şimşek çakması karakterinde, görsel ağrı skoru 8 olan ağrısının olduğu, ağrı ataklarının 1–2 dakika sürdüğü, gün içinde 15–20 defa tekrarladığı öğrenildi. Hasta, atakların spontan olarak başlayabildiği gibi, yüz yıkama, çiğneme hareketi, diş fırçalama ile de tetiklenebildiğini ifade etti. Başvuru sırasında pregabalin 300 mg/gün ve karbamazepin 800 mg/gün kullanan hastanın daha önce oral baklofen kullandığı fakat yan etkiler sebebiyle baklofen tedavisini tolere edemediği öğrenildi. Hasta, farmakolojik tedaviye rağmen şikayetlerinin son bir ayda artması üzerine girişimsel algolojik işlem amaçlı kliniğimize başvurdu.

Hastanın öz geçmişinden, bir yıl önce kliniğimizde mandibuler sinire yönelik periferik blok ve pulse radyofrekans tedavisi uygulandığı ve ağrı palyasyonu sağlandığı, ancak hastanın şikayetlerinin algolojik girişimsel işlemde bir yıl sonra tekrar başladığı öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı ve laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. CISS sekansı kraniyal MRG'de bilateral perioptik BOS mesafesinde hafif belirginleşme, meckel cavelerinde belirginleşme ve boş sella görünümü bulguları mevcut olup bulgular intrakraniyal hipertansiyon ile uyumlu saptandı. İntrakraniyal yer kaplayan kitlesel oluşum mevcut değildi (Şekil 1).

Hasta, bu bulgular ile nöroloji, beyin cerrahi ve göz hastalıkları kliniklerine konsülte edildi. Hastanın mevcut fizik muayene ve tetkik sonuçlarına göre İİH açısından tedavi endikasyonu olmadığına karar verilerek takip önerildi.

Hastaya kliniğimizde yapılan değerlendirmeler sonucu; bu bulgular eşliğinde TN ya da trigeminal nöropatiye eşlik eden İİH tanısı konuldu. TN'ye bağlı devam eden ağrısına yönelik, trigeminal sinirin mandibuler dalına periferik pulse radyofrekans işlemi uygulandı. Algolojik girişimsel işlem sonrası farmakolojik tedavi dozu düzenlenerek hasta periyodik takibe alındı.

Tartışma

TN'de ağrı atakları paroksizmal, keskin, çakma veya elektriklenme şeklinde, çok kısa süreli (saniyeler ile 2 dakika arası) ve çok şiddetlidir. Kısa bir latent periyodu sonrası tetik alanlardan zararsız uyarılarla tetiklenebilmesi oldukça tipiktir. Nadiren spontan olarak remisyona girse de zaman içinde progresif seyir göstererek medikal tedavi yanıtı azalmaktadır.^[9,10] Bizim de olgumuzda zamanla farmakolojik tedaviye yanıt-sızlık gelişmiş ve yedi yıl sonra hastada progresyon gözlenmiştir.

Yüz ağrısı TN'nin ana özelliğidir, ancak bu semptom sinüzit, migren, İİH gibi, sinojenik ve sinojenik olmayan bozukluklardan da kaynaklanabilmektedir. Uygun tedavi ve prognoz için TN'ye bağlı yüz ağrısını bu patolojilerden ayırmak gerekir.^[11] Hastamızda da ağırlıklı trigeminal nevralsi/nöropati fasiyal nevralsi bulguları gözlemlendi. Bu bulgularla, yüz ağrısı ile başvuran olgumuzda TN ile semptomatik olmayan İİH birlikteliği dikkati çekmektedir.

Literatürde İİH ve TN birlikteliği gösteren olgu sunumları mevcuttur. İlk ayrıntılı tarif 1982 yılında Hart ve ark.^[12] tarafından yapılmıştır. Otuz dört yaşında kadın hasta ilk defa tanıdan altı yıl önce gebeliğinin ileri dönemlerinde ortaya çıkan yüzün sol yarısında uyuşma ve parestezi şikayetleri ve diplopi tariflemiş, günlük lomber ponksiyon ve asetazolamidle hastanın şikayetlerinde gerileme bildirilmiştir.

1994 yılında Davenport ve Will, TN ve İİH birlikteliği olgusu sunmuştur. Dudaklarının sağ yarımından baş-

layarak sağ yüz yarımına yayılan baş ağrısı ve uyuşma şikayetleri ile başvuran 20 yaşındaki kadın hastanın yapılan lomber ponksiyonunda açılış basıncı 390 mm saptanmış ve asetazolamidle şikayetlerinde gerileme olduğu belirtilmiştir.^[13]

Algahtani ve ark.^[14] tarafından 2007 yılında yapılan İİH tanılı nadir atipik klinik prezentasyonu olan beş hastanın sunulduğu çalışmada, 36 yaşında kadın hastada TN kliniği ve sekiz haftalık ağrı sonrası asetazolamid tedavisi ile tam iyileşme belirtilmektedir.

Iftikhar ve ark.^[15] tarafından yayımladığı olgu sunumunda ise, 56 yaşında ilımlı obez bir kadın hastada sinüziti taklit eden ve kontrastlı kraniyal MRG'de TN'ye neden olan meckel cave basısı olan İİH tariflenmiştir.

Olgumuzda da sekonder nedenleri ayırt etmek amacıyla algolojik girişimsel işlem öncesi yapılan kraniyal MRG'de İİH bulguları saptandı. Bu bulgularla hastamızda, literatürde nadir olarak bildirilen TN'ye eşlik eden İİH birlikteliği gözlemlendi. Yapılan konsültasyonlar ve ek tetkikler sonrasında İİH açısından tedavi endikasyonu olmadığına karar verildi. Hastamıza TN'ye yönelik daha öncesinde yararlandığı trigeminal sinirin mandibuler dalına periferik pulse radyofrekans işlemi uygulandı, izleme alındı.

Sonuç

TN, hastanın yaşam kalitesini oldukça düşüren şiddetli ağrılar ile karakterize bir hastalıktır. TN tanısı alan hastalarda İİH birlikteliği olabileceği her zaman akılda tutulması gereken bir durumdur. Ayrıca İİH tanısı olan hastalarda da diğer kraniyal sinirler kadar olmasa da trigeminal sinirin etkilenebileceği akılda tutulmalıdır. Daha önce tanı almış olsa bile her hastada algolojik girişimsel işlem öncesi kraniyal MRG gibi ayırıcı tanıda yeri olan ileri görüntüleme tetkiklerinin kullanılması, ayrı bir tedavi protokolü gerektirmese de ek bir patolojinin atlanmasını önleyebilir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Hasta Onamı: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntünün yayınlanması için yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Kaynaklar

1. Merskey H, Bogduk N. Part III: Pain Terms: A Current List with Definitions and Notes on Usage. In: *Classification of Chronic Pain*. 2nd ed. IASP Task Force on Taxonomy 1994. p.207–14.
2. Casey KF. Role of patient history and physical examination in the diagnosis of trigeminal neuralgia. *Neurosurg Focus* 2005;18:E1. [\[CrossRef\]](#)
3. MacDonald BK, Cockerell OC, Sander JW, Shorvon SD. The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community-based study in the UK. *Brain* 2000;123:665–76. [\[CrossRef\]](#)
4. Prasad S, Galetta S. Trigeminal neuralgia: Historical notes and current concepts. *Neurologist* 2009;15:87–94. [\[CrossRef\]](#)
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38:1–211. [\[CrossRef\]](#)
6. Shimizu M, Imai H, Kagoshima K, Umezawa E, Shimizu T, Yoshimoto Y. Detection of compression vessels in trigeminal neuralgia by surface-rendering three-dimensional reconstruction of 1.5- and 3.0-T magnetic resonance imaging. *World Neurosurg* 2013;80:378–85. [\[CrossRef\]](#)
7. Yoshino N, Akimoto H, Yamada I, Nagaoka T, Tetsumura A, Kurabayashi T, et al. Trigeminal neuralgia: Evaluation of neuralgic manifestation and site of neurovascular compression with 3D CISS MR imaging and MR angiography. *Radio-logy* 2003;228:539–45. [\[CrossRef\]](#)
8. Friedman DI, Liu GT, Digre KB. Revised diagnostic criteria for the pseudotumor cerebri syndrome in adults and children. *Neurology* 2013;81:1159–65. [\[CrossRef\]](#)
9. de Siqueira SR, Nóbrega JC, Valle LB, Teixeira MJ, de Siqueira JT. Idiopathic trigeminal neuralgia: Clinical aspects and dental procedures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;98:311–5. [\[CrossRef\]](#)
10. Rasmussen P. Facial pain. III. A prospective study of the localization of facial pain in 1052 patients. *Acta Neurochir (Wien)* 1991;108:53–63. [\[CrossRef\]](#)
11. Jindal M, Hiam L, Raman A, Rejali D. Idiopathic intracranial hypertension in otolaryngology. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009;266:803–6. [\[CrossRef\]](#)
12. Hart RG, Carter JE. Pseudotumor cerebri and facial pain. *Arch Neurol* 1982;39:440–2. [\[CrossRef\]](#)
13. Davenport RJ, Will RG, Galloway PJ. Isolated intracranial hypertension presenting with trigeminal neuropathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:381. [\[CrossRef\]](#)
14. Algahtani HA, Baeesa SS, Obeid TH, Abuzinadah AR. Idiopathic intracranial hypertension. Atypical presentation. *Saudi Med J* 2007;28:762–5.
15. Iftikhar PM, Maham M, Pour MA, Nasir S, Inayat A. A typical presentation of trigeminal neuralgia induced by intracranial hypertension mimicking sinusitis. *Arch Clin Med Case Rep* 2020;4:285–91.