

Duyu Bozuklukları

Sara Zarko BAHAR - Edip AKTİN

Genel Bilgiler

Klinik nörolojideki belli başlı duyu bozukluklarını ele almadan önce duyu çeşitlerini (duyu modaliteleri) ve duyu yollarının anatomisini kısaca gözden geçirmek gerekir. Aşağıda duyu modalitelerinin basit bir sınıflandırılması verilecektir:

- Yüzeysel duylar (*Eksteroseptiv duylar*): Dokunma, ağrı ve ısı (sıcak, soğuk) duyları.
- Derin duylar (*Proprioseptiv duylar*): Pozisyon, pasif hareket, vibrasyon ve derin ağrı duyları.
- Kortikal duylar: Bunlar yukarıdaki duyların parietal kortekste entegre edilen kombine şekilleridir: Stereognozi, grafestezi, taktil lokalizasyon, iki nokta ayırımı gibi.

Viseral (interoseptiv) duylardan burada söz edilmeyecektir. Görme, işitme, koku ve tad gibi özel duyu şekilleri kranyal sinirler bölümünde gözden geçirilecektir.

Periferik sinirler içindeki duyu liflerinin hücre gövdeleri spinal sinirlerde arka köklerin üzerindeki spinal ganglionlarda, kranyal sinirlerde ise özel adlarla anılan ganglionlarda yer alır (trigeminal sinirin Gasser ganglionu gibi).

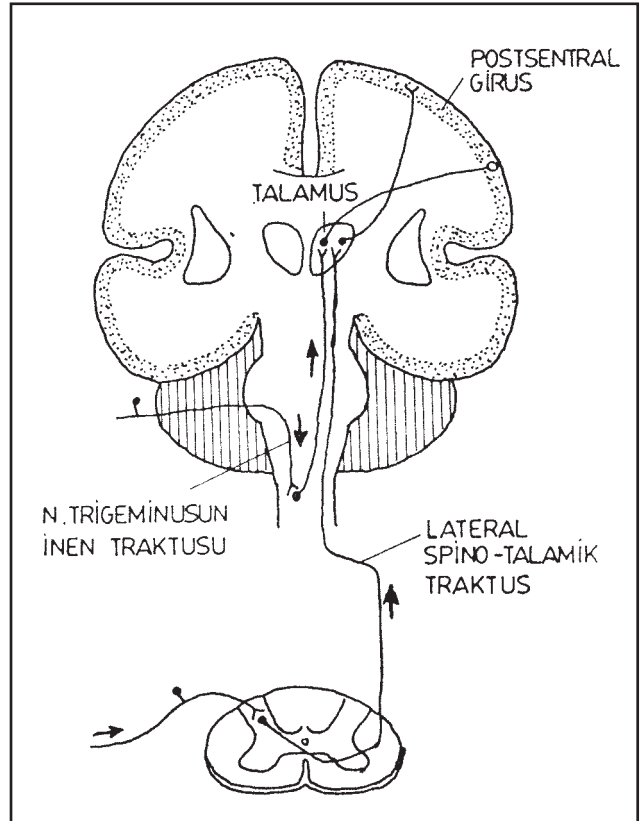
Spinal ganglionlardaki nöronların santral uzantıları arka köklerle m. spinalis'e girerler ve değişik duyu modalitelerine göre farklı bir yol izleyerek Rolando yarığının arkasında parietal kortekse ulaşırlar.

1. Ağrı ve ısı duyusunu ileten teller m. spinalis arka boynuzunda sinaps yaparlar. Buradan kalkan ikinci duyusal nöronun uzantıları canalis centralis'in önünde çaprazlaşıp *lateral spino-talamik traktusu* oluşturarak ipsilateral talamusun ventro-lateral çekirdeğine varırlar. Talamustan kalkan üçüncü dizi duyusal nöronlar post-rolandik kortekse ulaşırlar.

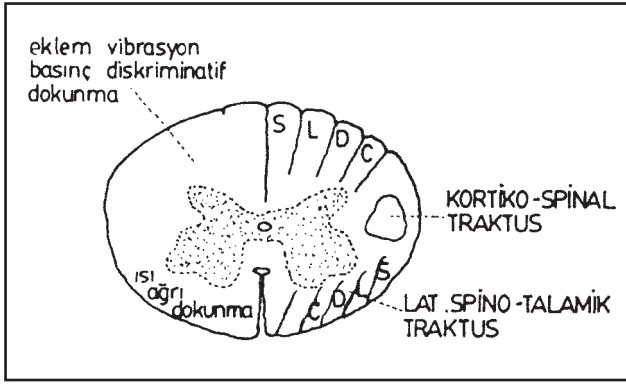
Yüzün ağrı ve termal duyusunu taşıyan lifler ise n. trigeminus'un duyusal ganglionu olan Ganglion Gasser'i'den kalkıp ponsa girerler. Aşağıya doğru yönelen

bu teller n. trigeminus'un inen kökünü (spinal traktus) oluşturup aynı adı taşıyan uzun bir çekirdekte sonlanırlar. İkinci duyusal nöronun uzantıları çaprazlaşarak karşı talamusun ventro-lateral çekirdeğinde sonlanırlar. Üçüncü duyusal nöronların aksonları buradan başlayarak post-rolandik kortekse projete olurlar (**Şekil 7.1**).

Lateral spino-talamik traktustaki aksonların belirli bir dizilişleri vardır. En alttan, sakral dermatomlardan gelen teller yukarıya doğru bütün yol boyunca bu traktusun en dış kısmında yer alırlar. Dorsal bölgeden gelen teller ortada, servikal dermatomlardan kaynaklanan lifler ise iç kısımda bulunurlar (**Şekil 7.2**).



Şekil 7.1: Ağrı ve ısı duyusunu ileten yollar (lateral spinotalamik traktus).



Şekil 7.2: Duyu yolları içinde somatotopik diziliş.

Bu nedenle m. spinalis'i servikal bölgede dıştan bastıran bir tümör önce sakral telleri tutar ve hastadaki duyu kusuru yalnızca perianal bir his bozukluğundan ibaret olabilir.

2. Dokunma duyusuyla ilgili bir bölüm lifler de, tıpkı ağrı ve ısı yolları gibi çaprazlaşarak yukarı çıkarlar. Bunlar m. spinalis'te anterior spino-talamik traktusu yaparlar. Bu tellerin basit dokunma duyusunu ilettikleri sanılmaktadır (Şekil 7.3).

3. Bilinçli derin duyuları taşıyan aksonlar ise arka boynuzlarda sinaps yapmadan ve çaprazlaşmadan aynı taraftaki arka kordon içinde yukarı çıkarlar. Bunlar bulbusun üst ucundaki nucleus gracilis ve n. cuneatus'ta sonlanırlar. Buradan kalkan ikinci dizi nöronların aksonları çaprazlarını yapıp karşı talamus ventrolateral çekirdeğine varırlar. Buradaki üçüncü dizi nöronların uzantıları ise post-rolandik kortekse varırlar (Şekil 7.2, 7.3).

Vücutta dokunulan yerin lokalizasyonu ve iki nokta ayırımını sağlayan diskriminatif dokunma duyusunu ileten bir bölüm aksonlar da aynı yolu izleyip benzer sinapslar yaparak kortekse ulaşırlar (Şekil 7.3).

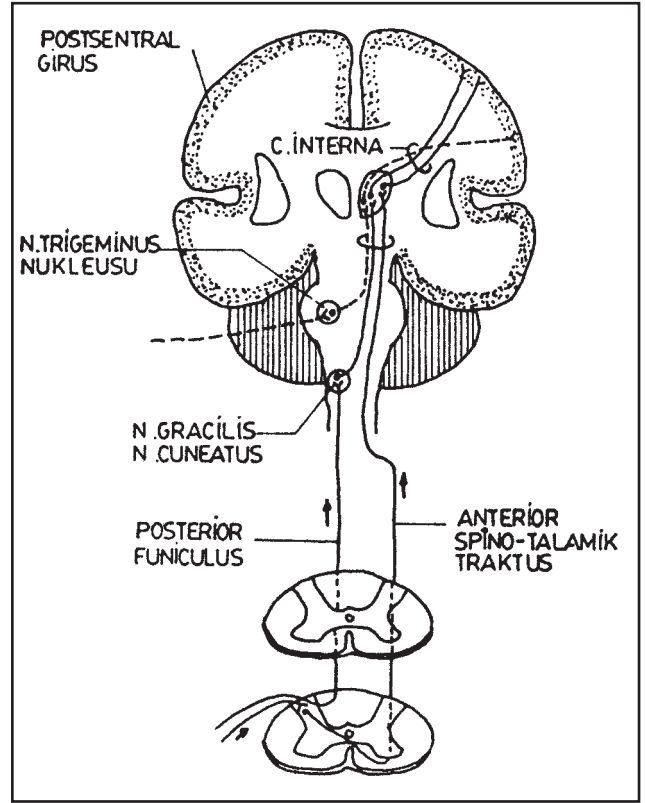
Bazı Terimlerin Açıklanması

Klinikte görülen başlıca duyu bozukluğu tiplerini gözden geçirmeden önce bazı terimleri tanımlamak uygun olacaktır:

Parestezi: İğnelenme, karıncalanma, yanma, keçelenme gibi sübjektif duyulardır.

Hipoestezi, anestezi: Dokunma duyusunun azalması veya kaybını ifade eder.

Hipoaljezi, analjezi : Ağrı duyusunun azalması veya kaybı anlamına gelir.



Şekil 7.3: Basit ve diskriminatif dokunma duyusuyla bilinçli derin duyuları taşıyan yollar.

Termoanestezi : Soğuk ve sıcak gibi termal duyuların alınamayışı demektir.

Hiperestezi: Taktıl uyaranlara karşı aşırı duyarlılık.

Hiperaljezi: Ağrılı uyaranlara karşı aşırı duyarlılık.

Hiperpati: Bir çeşit hiperaljezidir. Talamus sendromunda görülür. Hasta vücut yarısında ağrı eşiği yükselmiştir. Fakat uyaran eşiği aştığı zaman aşırı, nahoş ve dayanılması güç bir ağrı uyandırır.

Fantom ağrısı (Phantom limb pain): Kol veya bacak amputasyonlarından sonra amputé ekstremitenin yerinde hissedilen çok rahatsız edici ağrılı duyu.

Kozalji: Sempatik tellerden zengin periferik sinirlerin (örneğin n. medianus) kısmi lezyonlarında görülen sürekli ve dayanılması güç yanıcı ağrı.

Yansıyan ağrı (Referred pain): Çeşitli iç organların hastalıklarında görülen vücut yüzeyinde belirli bir alana vuran ağrılar: Kalp ağrılarının sol kola vurması gibi.

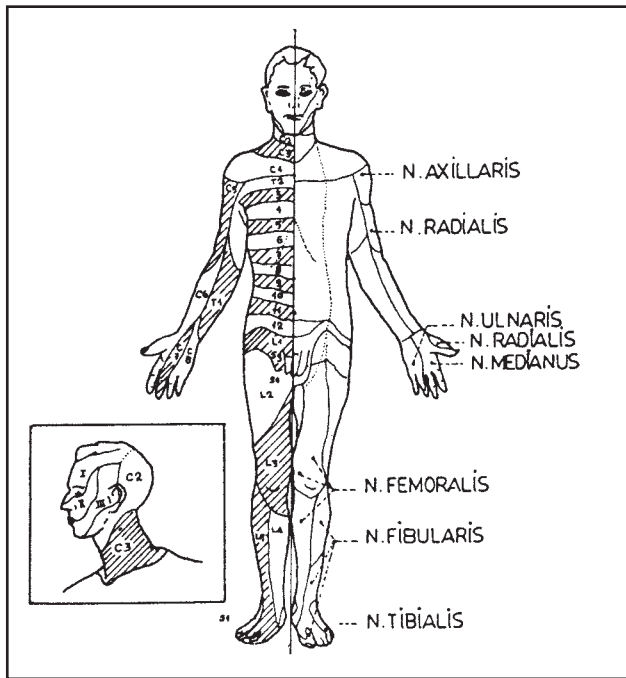
BAŞLICA DUYU BOZUKLUĞU TİPLERİ

1. Periferik Sinirler

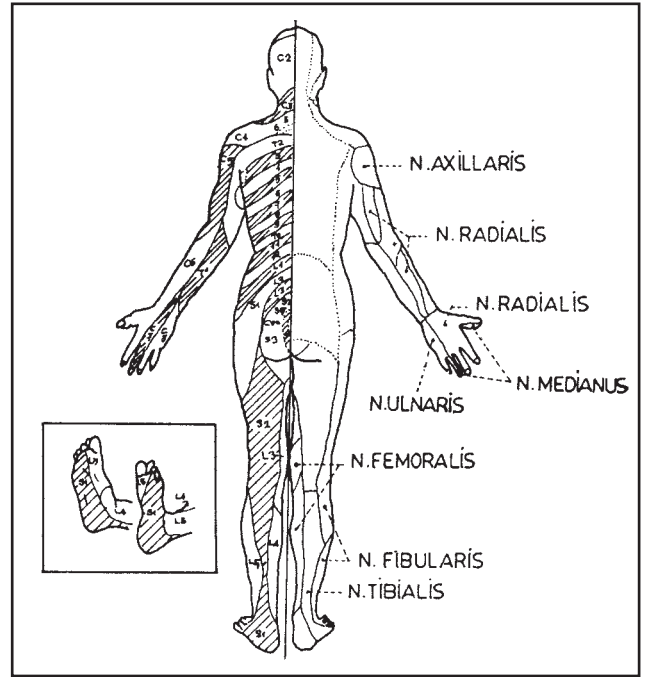
Periferik sinirlerin büyük kısmı mikst sinirlerdir, motor ve duysal teller taşırlar. Bunlar bütün vücutta belirli alanların duysal inervasyonunu sağlarlar. **Şekil 7.4 ve 7.5**'de periferik sinirlerin ve spinal köklerin inervasyon alanları görülmektedir.

Tek bir periferik sinirin lezyonunda duyu kusurunun yanısıra, motor liflerin de tutulması sonucu, felçler ve kas atrofileri de görülür. Ayrıca hastalanan sinirle ilgili refleks kavsi de bozulacağından tendon refleksleri azalmış veya kaybolmuştur.

Polinöropati çok değişik etyolojik faktörlere bağlı olarak birden fazla periferik sinirin az veya çok simetrik şekilde hastalanması demektir. Motor ve duysal lifler birlikte tutulduğunda kas gücünde azalma, duyu kusuru ve tendon reflekslerinin alınmayışı beraberce görülür. Bununla beraber, bazı polinöropatilerin başlıca motor, bazılarının da başlıca duysal olabileceğini unutmamalıdır. Bu durumda, duysal veya motor ku-



Şekil 7.4: Dermatomlar ve periferik duysal sinirlerin inervasyon alanları. Önden görünüş: Vücudun sağında dermatomlar, solunda başlıca periferik duyu sinirlerinin deri alanları görülmektedir.



Şekil 7.5: Dermatomlar ve periferik duysal sinirlerin inervasyon alanları. Arkadan görünüş: Vücudun solunda dermatomlar, sağında başlıca periferik duyu sinirlerinin deri alanları görülmektedir.

sur ön plana geçer. Polinöropatilerde duyu kusuru ellerde eldiven, bacaklarda çorap şeklindedir, yani distal bir yerleşim gösterir (**Şekil 7.6**). Hastalar ayrıca el ve ayaklarında ağrı ve çeşitli paretezilerden yakınır.

2. Spinal Kökler

Her spinal kökün vücutta belirli bir duyu alanı vardır. Bu alanlara dermatom adı verilir. Dermatomlar gövdede birbirine paralel horizontal bantlar halindedir. Kol ve bacakta ise ekstremitenin uzun aksı boyunca uzanırlar (**Şekil 7.4, 7.5**). Bir fikir vermek için omuzların C₄, meme hizasının D₃, göbeğin D₁₀, kasığın ise L₁ dermatomuna uyduğunu söyleyebiliriz.

Tek bir kökün hastalanmasında belirgin bir duyu kaybı görülmez. Bunun nedeni her dermatomun inervasyonuna bir üst ve alt kökün de katkıda bulunmasıdır.

Spinal kök hastalanmasında önemli bir yakınma da radiküler ağrılardır. Bunlar kol ve bacaklarda uzunlamasına, gövdede ise kuşak şeklinde (çember gibi) yayılan ağrılardır. Öksürme ve ıkınma gibi BOS basıncını arttıran hareketler ağrıyı şiddetlendirir.

Radiküler ağrılar m. spinalis basılarında bası düzeyi bakımından önemli bir ipucu olabilir. Bir hastada git-

tikçe ilerleyen piramidal bir paraparezi ve sfenktör kusuru örneğin ksifoid çıkıntı hizasında çember şeklinde ağrılarla birlikte gidiyorsa D₆ sinir kökü düzeyinde bir medulla basısı akla yakın bir olasılıktır.

3. Medulla Spinalis Hastalıklarında Duyu Kusuru

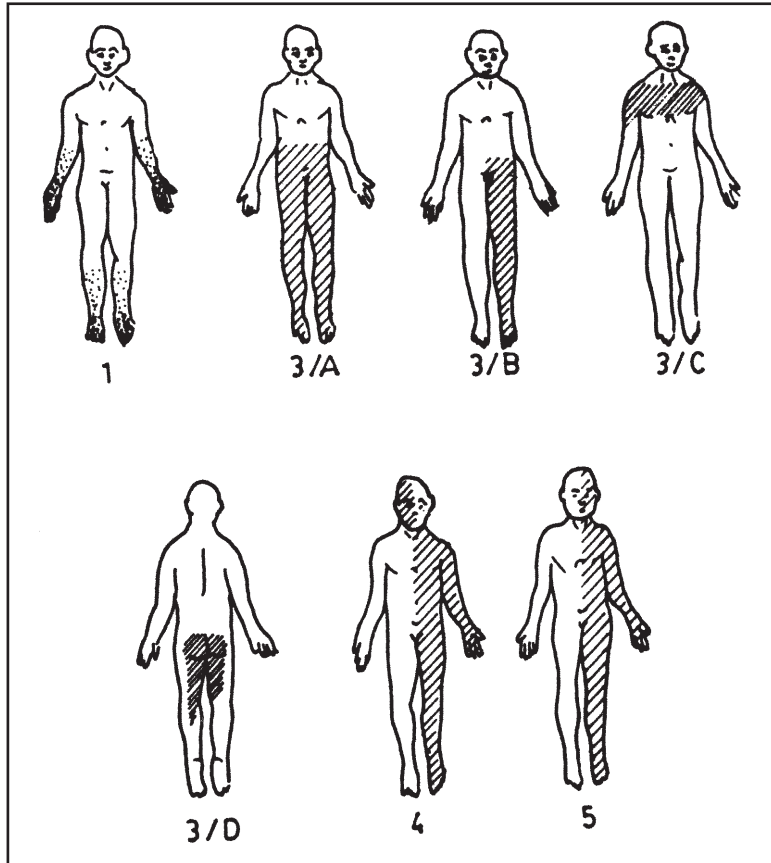
A- Gövdede belirli bir düzeyin altında bütün duyu modalitelerinin kaybı m. spinalis'in transvers bir lezyonunu gösterir. Hemen daima piramidal parapleji ve sfenktör kusuruyla birlikte (Şekil 7.6). Duyu kusurunun üstünde hiperestezik bir band bulunabilir.

Burada önemli bir nokta duyu kusurunun üst sınırının hangi dermatoma uyduğunun tesbitidir. Bu, Şekil 7.4 ve Şekil 7.5'e bakılarak kolayca anlaşılır. Bir dermatom m. spinalis'in aynı segmentine uyduğundan olayın üst sınırı bu segmentte demektir. Söz konusu medulla segmentinin hangi vertebra korpusu veya processus spinosus'unun altında bulunduğunun bilinmesi de önem ta-

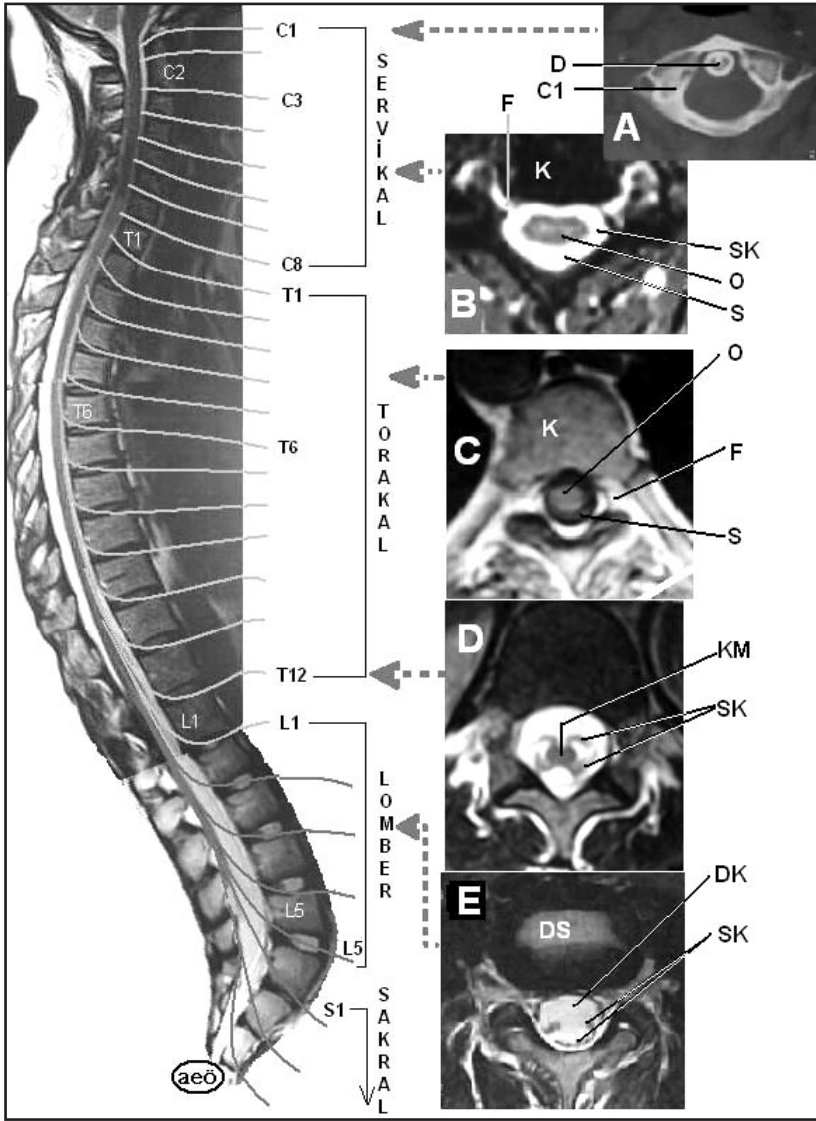
şır. Böylece, bir motor duysal paraplejide lezyonun hangi vertebra hizasında bulunduğu tayin edilebilir. Nöroradyolojik inceleme gerekiyorsa özellikle bu bölge incelenecek demektir. (Medulla spinalis segmentleriyle vertebra korpusları arasındaki ilişki için Şekil 7.7'ye bakınız).

Örneğin bir paraplejide duyu kusuru üst sınırının göbeğe kadar çıktığını düşünelim. Göbek D₁₀ dermatomuna, bu dermatom da m. spinalis'in D₁₀ segmentine uymaktadır. Şekil 7.7'ye göre bu segmentin üzerinde D₈ vertebra korpusu bulunmaktadır. Öyleyse, tabloda bir medulla basısı olasılığı öngörülüyorsa bu vertebra bölgesinin röntgeni çekilecek, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemeye bu bölge incelenecektir.

B- Brown-Séquard sendromunda duyu kusuru: M. Spinalis'in sağ veya sol yarısını tutan lezyonlarda ortaya çıkan bir tablodur. Lezyonun karşı tarafında vücutta belirli bir düzeye kadar çıkan analjezi ve termo-



Şekil 7.6: Başlıca duyu bozukluğu tipleri: 1. Polinöropati, 3/A. Transvers m. spinalis lezyonu, 3/B. Brown-Séquard sendromu, 3/C. Sirengomiyeli, 3/D. Eyer şeklinde anestezi, 4. Beyin sapı lezyonunda çapraz duyu kusuru, 5. Talamus ve çevresi lezyonlarında duyu kusuru.



Şekil 7.7: Omurilik ve sinir köklerinin vertebralara ilişkileri.

Solda sagittal planda T2 ağırlıklı spinal MR incelemesinde spinal kanal ve omurilik ile bunlar üzerine çizimle yerleştirilmiş sinir kökleri izlenmekte. Kaudale doğru inildikçe sinir köklerinin giderek dikleşen bir intraspinal eğimle uygun intervertebral foramene ulaştığına dikkat ediniz.

Sağda çeşitli spinal düzeylerden geçen transversal kesitler izleniyor (çizgili kalın oklar bu kesitlerin alındığı yaklaşık düzeyleri işaret etmekte).

- A. C1 vertebra düzeyinden geçen transversal bilgisayarlı tomografi (BT) kesitinde C1 ile dens epistrophe ilişkisi.
 - B. Alt servikal düzeyden alınan T2 ağırlıklı MR kesiti
 - C. Orta dorsal bölgeden alınan T1 ağırlıklı MR kesiti
 - D. T12-L1 vertebra düzeyden alınan T2 ağırlıklı MR kesiti.
 - E. Orta Lomber düzeyden alınan T2 ağırlıklı MR kesiti.
- C1: C1 vertebra, D: dens epistrophei, DK: dural kese, DS: intervertebral disk, F: intervertebral foramen, K: vertebra korpusu, O: omurilik, S: spinal subaraknoid aralık, SK: sinir kökü.

anestezi (lateral spino-talamik yol lezyonuna bağlı) vardır. Lezyon tarafında ise vibrasyon, pozisyon ve pasif hareket duyu bozukluğuyla (arka kordon tutulması) birlikte piramidal tipte felç vardır (kortiko spinal yolun tutulması). (Şekil 7.6 ve Şekil 7.8).

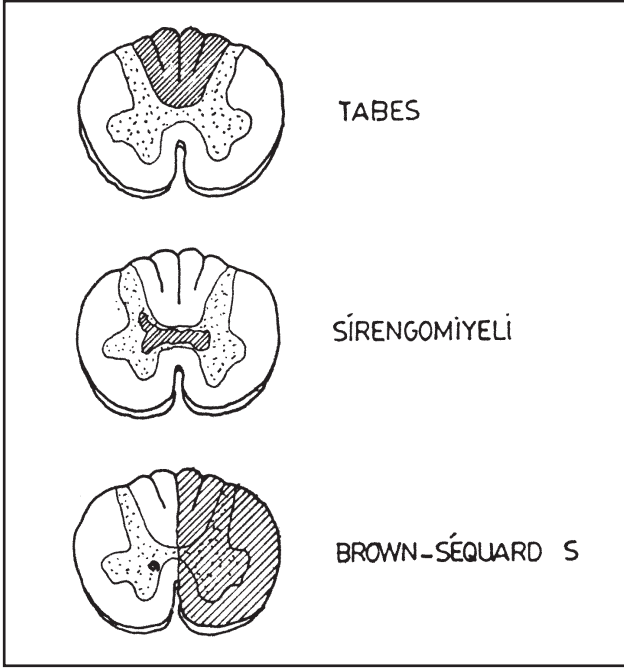
Brown-Séquard sendromunda lezyonun üst düzeyi ve vertebra ile ilişkisi bir önceki örnekte olduğu gibi hesaplanır.

Tipik bir Brown-Séquard sendromu seyrek görülmekle birlikte m. spinalis'in bir yarısını öbür yarısına göre daha çok tutan lezyonlarda benzer tablolara rastlanır.

C- Zırh veya pelerin şeklinde duyu kusuru: M. Spinalis'te canalis centralis civarındaki lezyonlarında gö-

rülür. Sirengomiyeli bunun iyi bir örneğidir. Bu alanda ağrı ve ısı duysusu kaybolmuştur. Bu iki duyu modalitesini taşıyan sinir lifleri kanalın önünde çaprazlaşırken sirengomiyelik kavite nedeniyle kesintiye uğramıştır. Derin duyu sağlam kalır. Dokunma duysunu ileten tellerin bir bölümü arka kordonda yol alındığından bu duyu da bozulmaz. En çok sirengomiyelide görüldüğü için bu tip bölümlü duyu kusuruna sirengomiyelik disosyasyon adı verilir.

En sık rastlandığı servikal bölgede sirengomiyelik kavite genellikle kortikospinal traktusu, ön boynuzu ve silyo-spinal merkezi de (göze giden sempatik sinir tellerinin çıktığı yer) bastırıldığından sırasıyla piramidal bul-



Şekil 7.8: Tabes, sirengomiyeli ve Brown-Séquard sendromunda omurilik lezyonunun anatomik yerleşimi.

gular, el kaslarında atrofi ve C. Bernard-Horner sendromu da duyu kusuruna eşlik eder (Şekil 7.6 ve 7.8).

D- *Eyer şeklinde anestezi*: Perianal bölgeyi ve gluteusları içine alır. Cauda equina ve conus medullaris lezyonlarında görülür. Genellikle, belirgin sfinkter kusuru ve Aşıl reflekslerinin kaybıyla beraberdir (Şekil 7.6).

E- *Derin Duyu Bozukluğuyla Giden Medulla Spinalis Hastalıkları*

Tabes dorsalis: Spinal arka köklerin sifilitik hastalığı sonucu arka kordonların dejenerasyonuna bağlıdır (Şekil 7.8). Pozisyon, vibrasyon ve pasif hareket du-

yuları özellikle bacaklarda ileri derecede bozulmuştur. Göz kontrolü ortadan kalktığı için hasta karanlıkta yürümekte güçlük çeker. *Romberg (*) delili* de pozitifdir. Ayrıca derin ağrı duyusu kaybolmuştur. Aşıl tendonu ve testislerin sıkılması ağrısızdır. Şiddetli radiküler ağrılar görülebilir. Patella ve Aşıl refleksleri alınmaz. *Argyll Robertson (**)* pupillası tesbit edilebilir.

Medulla spinalis'in subakut kombine dejenerasyonu (Nöro-anemik sendrom):

B12 vitamini eksikliği sonucu ortaya çıkan bir medulla spinalis hastalığıdır. B₁₂ vitamini eksikliği m. spinalis dışında beyin, periferik sinir ve optik sinir lezyonlarına da neden olabilir. M. Spinalis'te arka kordon ve piramidal yollar hastalanır. Hastalığın erken belirtisi genellikle el ve ayak parmaklarında uyuşma, karıncalanma gibi paresteziler ile derin duyu kusurlarıdır. Tendon reflekslerinde artma ve patolojik refleksler görülür. Hematolojik incelemelerde pernisiyöz aneminin bulunmadığı durumda kesin tanıya B₁₂ vitamini emiliminin bozulduğunu gösteren Schilling testi ile gidilir.

4. Beyin Sapı Lezyonlarında Duyu Kusuru

En sık görülen şekli yüzün bir yarısında ve karşı taraftaki kol, bacak ve gövdede ağrı ve ısı duyusunun kaybolmasıdır. Dokunma duyusu sağlamdır (Şekil 7.6). Bu çapraz duyu kusuru n. trigeminus'un inen duysal traktusu ile lateral spinotalamik lezyonuna bağlıdır. Genellikle bulbusun yan bölümdeki infarkt sonucu görülür. Tabloya başka beyin sapı belirtileri de eşlik eder. (*Wallenberg Sendromu*).

5. Talamus ve Çevresi Lezyonlarında Duyu Kusuru

Karşı vücut yarısında, yüzü de içine alacak şekilde, bütün duyu modaliteleri kaybolmuştur. Tabloya ge-



* **Moritz Heinrich ROMBERG** (1795-1873): Alman hekimi. Akondroplazinin klasik tanımını yapan teziyle Berlin Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Memleketinde nörolojinin kurucularındandır. İlk sistemli nöroloji kitaplarından sayılan "Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen"i 1840-1846 yılları arasında yayınlamıştır. Tabes dorsalis ve progresiv fasyal hemiatrofi'deki (Parry-Romberg Sendromu) çalışmalarıyla tanınır. Tabesli hastaların gözlerini kapattıkları zaman dengelerini kaybedip ayakta duramamaları Romberg belirtisi adını taşır. Berlin'de 1831 ve 1837'de patlak veren kolera salgınlarındaki büyük hizmetleri ve özverisiyle de ün yapmıştır.

** **Douglas Moray Cooper Lamb ARGYLL ROBERTSON** (1837-1909): İskoçyalı hekim. Sinir sistemi frengisinde görülen ve kendi adını taşıyan pupilla değişikliği ile tanınmaktadır.

nellikle hemipleji teşkil eder. Duyu kusuru ve hemipleji vücudun aynı tarafındadır.

6. Paryetal Lob Lezyonlarında Duyu Kusuru

Paryetal lobun işlevi elemanter duyu modalitelerini algılamaktan çok bunların entegrasyonu sağlamak ve nüanslarını yorumlamaktır. Hastalığında ağrı ve ısı gibi elementer duyu çeşitleri bozulmaz, çünkü bunlar talamus düzeyinde algılanırlar. Korteks lezyonlarında stereognozi, iki nokta ayırımı, grafestezi, taktıl lokalizasyon gibi daha üst düzeydeki duyu işlevler bozulmuştur. Taktıl inatansiyon görülür. Bu tip duyu kusuruna kortikal duyu bozukluğu adı verilir. Kortikal duyu *Bölüm 16*'da daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

7. Histerik Duyu Kusuru

Bunlar genellikle hiçbir nöroanatomik temele dayanmayan duyu kusurlarıdır. Örneğin, omuzdan veya dirsekten aşağı, üst sınırı kalemle çizilmişcesine net bir anestezi görülür. Telkin veya hastanın dikkatini başka yere çekmekle anestezi alanında değişiklik olabilir. Bir vücut yarısında duyu kusurundan şikayet eden bir hasta başın veya sternumun o yarısında di-yapazonu hiç algılamadığını söyleyebilir. Hastayı, örneğin gözleri kapalı iğne ile muayene ederken duyduğu zaman "Evet", duymadığı zaman da "Hayır" demesini istemek de bazı hastalarda problemi çözmede hala işe yarayan eski bir uygulamadır.

BAZI AĞRILI SENDROMLAR

LOMBER DİSK HERNİSİ

İntervertebral diskler fıtıklaşarak sinir köklerini bastı-

rabilirler. Sıklık bakımından lomber bölge başta gelir. Bu gölgede de en sık L4-L5 ile L5-S1 arasındaki diskler fıtıklaşır. Başlıca şikayet belден bacağın arkasına vuran radiküler ağrılardır. Bu ağrılar ıkınma, öksürme gibi BOS basıncını arttıran nedenlerle şiddetlenir. Olayın bir kök kompresyonu olmasına karşın siyatalji (siyatik ağrısı) deyimi bugün de kullanılmaktadır. Hasta bacağın, dizi kırmadan yukarıya kaldırılması ağrı doğurur (Lasegue delili). Klinikte görülen tabloların büyük bir kısmında bu ağrılı şikayetler dışında objektif nörolojik bulgu yoktur. Bununla birlikte, ilerlemiş kök basılarında L5 veya S1 dermatomlarında hipoestezi düşük ayak, aşıl refleksinin kaybı görülebilir.

ZONA

Varicella-Zoster virüsünün spinal ve kranyal sinirlerin duyu ganglionları ve radiksleri hastalandırılmasına bağlıdır. Sıklıkla torasik bölgede görülür (*Şekil 23.4*). Göğsün bir yarısında enlemesine yayılan ağrılarla başlar. Muayenede ağrıyı açıklayacak bir bulgu yoktur. Aradan birkaç gün geçince ilgili dermatomda vezikül tarzında döküntülerin ortaya çıkması tanıyı koydurur (*Şekil 7.9*). Zamanla ağrılar kesilir, veziküller kuruyup kabuklanır ve hastalık şifa bulur. Bununla birlikte, özellikle yaşlılarda, zonanın ardından uzun süren çok şiddetli ağrılar kalabilir. Buna post-herpetik nevrālji denir. Zona daha az oranda n. trigeminus'un oftalmik dalında, kol ve bacakta da görülebilir.

TRİGEMİNUS NEVRALJİSİ

Orta yaşlardan sonra görülür. Yüzün bir yarısında çok şiddetli, fakat saniyeler içinde gelip geçen saplanıcı ağrılar şeklindedir. Yüz yıkamak, traş olmak, diş fırçalamak ve çiğnemek ağrıyı provoke eder. N. Trigemini-nus'un organik lezyonunu düşündüren objektif belirti



Şekil 7.9: Bacak dış yüzünde zona döküntüleri.

bulunmaz: Yüzde duyu kusuru, çiğneme kaslarında zaaf yoktur, kornea refleksi normaldir. Bu tabloya idyopatik trigeminus nevraljisi adı verilir.

İdyopatik trigeminus nevraljisine benzeyen, fakat bir dakikadan fazla süren ve/veya objektif nörolojik bulguyla giden yüz ağrılarının altında muhakkak organik bir neden aranmalıdır. Bu tip ağrılara semptomatik trigeminus nevraljisi denir.

Glossofaringeal Nevralji

Çok seyrek görülür. Ağrının nitelikleri trigeminus nevraljisine benzer, fakat lokalizasyonu değişiktir. Tonsilla ve farinks duvarında hissedilir, kulağa doğru vurur. Başka bir fark da, yutma hareketinin ağrıyı provoke etmesidir.

BAŞ AĞRISI

Aşağıda, oldukça sık görülen bazı baş ağrısı tipleri ele alınacak ve yalnız tanı bakımından önem taşıyan klinik özellikler üzerinde durulacaktır.

Menenjit ve Subaraknoid Kanamalarda Baş Ağrıları

Burada baş ağrısının akut veya subakut başlaması; ense sertliği ile diğer meninks irritasyonu belirtilerinin ve kusmanın bulunması başka tip baş ağrılarından ayırmada yardımcı olabilir. İkisi arasında kesin bir ayırım yapmada güçlük çekilebilir. Ateş subaraknoid kanamada görülebilir. Baş ağrısının “hiçbir şikayeti olmayan bir hastada birdenbire” başlaması subaraknoid kanamayı düşündürür. BOS incelemesi problemi çözer.

Kafa İçi Basınç Artışına Bağlı Baş Ağrıları

İntrakranial basınç artmasına bağlı baş ağrılarının sabahları kalkınca daha belirgin olduğu; gün boyunca giderek azaldığı; baş hareketleri ve öksürme, ıkınma gibi durumlarda arttığı söylenir. Bununla beraber, baş ağrısını niteliklerinden çok yerleşme şekli ve zaman içinde eklenen diğer yakınma ve bulgular büyük önem taşır. Eskiden bilinen bir şikayeti olmayan bir kişi günün birinde ortaya çıkıp zamanla şiddetlenen baş ağrısından yakınıyorsa, hele buna bir süre sonra ilerleyici hemiparezi, afazi gibi fokal belirtiler ekleniyorsa, ilk akla gelecek olasılık intrakranial yer kaplayıcı lezyondur.

Bir süre önce geçirilmiş kafa travması, kanser ameliyatı veya kronik bir enfeksiyon kaynağı olan bir kişi yukardaki anemnezi veriyorsa düşünülecek ilk olasılıklar, sırasıyla, subdural hematoma, metastatik beyin tümörü ve beyin absesidir. Bu durumda gözdibinde papilla ödemi görülmesi tanıyı destekler, kranyal bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans incelemesi genellikle tanıyı kesinleştirir.

Migren

Nöbetler halinde gelen bir baş ağrısıdır. Hasta nöbetler arasında tamamen normaldir. Genellikle genç yaşlarda başlar. Ekseriya ailenin başka üyeleri de migren atakları tarif ederler. Sıklığı çok değişiktir. Uzun yıllar içinde birkaç nöbet geçiren hastaların yanısıra birkaç günde bir baş ağrısı tutan hastalar da vardır. Bazı hastalar ağrı başlamadan önce görme alanının bir bölümünde ışıklar, parıltılı noktalar görürler. Bazıları da hemianopsi veya bir gözün görmemesi şeklinde vizüel prodromlardan bahsederler. Baş ağrısı genellikle bu ön belirtiler geçtikten sonra ortaya çıkar. Vakaların büyük bölümünde ise baş ağrısı hiçbir prodrom belirtisi olmadan görülür. Ağrı, alın, şakak ve göz çevresindedir. Sıklıkla tek taraflı, bazen de bilateralidir. Tek taraflı ise bazı nöbetlerde sağ, bazılarında da soldadır. Ağrının taraf değiştirmesi büyük önem taşır.

Uzun yıllardan beri migrene benzeyen nöbetler geçiren bir hastada ağrının daima aynı tarafta olması, altında organik bir beyin hastalığı (genellikle vasküler malformasyon) olabileceğini düşündürmeli, hasta mutlaka incelenmelidir.

Migren ağrıları genellikle zonklayıcıdır. Saatlerce veya bir gün kadar sürer. Birkaç gün devam edenleri de vardır. Bulantı ve kusma görülebilir.

Histamin Baş Ağrısı

Histamin baş ağrısı (Cluster headache= küme baş ağrısı, migrainous neuralgia) devreler halinde gelen baş ağrısı nöbetleri ile karakterizedir. Birkaç hafta süren baş ağrılarından sonra hastanın aylar veya yıllar boyunca hiçbir şikayeti olmaz. Ardından, tekrar haftalar süren yeni bir ağrılı devre gelir. Her ağrılı devrede hasta hemen her gün 15 dakika ile 1-2 saat süren birkaç baş ağrısı nöbeti tarif eder. Nöbetlerin gösterdiği bu kümeleşme nedeniyle hastalık *cluster headache* (cluster= demet, salkım, küme) adını almıştır. Ağrı

göz çevresi, alın ve yüzün üst kısmına lokalizedir. Aynı taraf gözde yaşarma, o taraf burun deliğinde tıkanma dikkati çeker. İpsilateral Claude Bernard (*)-Horner (**) sendromu görülebilir.

Görüldüğü gibi, gerek migren ve gerekse cluster headache’te tanıyı doğrulayan nörolojik bulgu veya inceleme metodu yoktur. Ancak hastanın hikayesinin sabırla dinlenmesi, yukarda sayılan özelliklerin inceden inceye soruşturulup ortaya konmasıyla tanıya gidilebilir. Amerikalı nörolog Sachs’ın iyi anamnez almanın önemine işaret eden aşağıdaki sözleri bu iki hastalıkta özellikle geçerlidir: “Bir hastayı görmem için otuz dakikam olsa yirmi dokuz dakikasını hikayesini dinlemeye bir dakikasını da muayeneye ayırıyorum. Röntgen vb. için hiç zaman harcamam”.

Kas Kasılması Baş Ağrısı

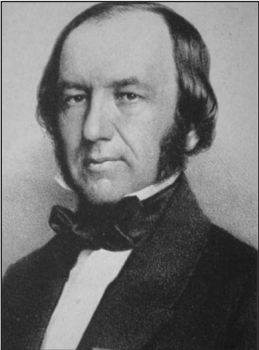
Emosyonel gerginlikle ortaya çıkar (Tension headache=Gerginlik baş ağrısı). Boyun ve baş kaslarının sürekli kasılmasından kaynaklanır. Ense ve oksipital bölgede belirgin künt bir ağrıdır. Ense kaslarında hasasiyet görülür.

Temporal Arterit (Dev Hücreli Arterit)

Özellikle 65-70 yaşlarında sonra görülür. Halsizlik, iştahsızlık, zayıflama ve ateş gibi genel belirtilerle birlikte gider. Ağrı temporal bölgelerde daha belirgindir. Tipik vakalarda hastalar geceleri başlarını yastığa koymaktan adeta korkarlar. A. Temporalis superficialis’ler belirgin olup basmakla ağrılıdır. Çevresindeki deri ödemli ve kızarıktır. Bazen bu arterler tıkanabilir, pulsasyonları alınamaz. Kas iskemisi nedeniyle çiğneme ve dil hareketleri ağrılı olabilir.

Optik sinir arterlerinin tıkanmasıyla körlük görülebilir. Hastalığın en büyük özelliklerinden biri sedimantasyon hızının çok yüksek olmasıdır. Saatte 100 mm’in üstünde değerlere sık rastlanır. Kesin tanı temporal arter biyopsisi ile konur. Ağrı, genel durumun bozukluğu ve yüksek sedimantasyon hızı, steroid tedavisine dramatik şekilde cevap verirler.

Yaşlı bir hastada genel belirtilerle birlikte giden baş ağrısı şikayeti karşısında temporal arterlerin palpasyonu ve sedimantasyon hızının tayini tanıya götürücü olabilir.



* **Claude BERNARD** (1813-1878): Fransız fizyologu. Önce edebiyatla uğraştı. Ancak otuz yaşında doktor olabildi. Fizyolojinin hemen her konusuyla ilgilendi. Pasteur onun için “O fizyolog değil, fizyolojinin ta kendisidir” der. Dördüncü ventrikül tabanına iğne batırılmasıyla glikozüri görüldüğünü tesbit etmiştir. Kürar üzerinde çalışmaları vardır. Boynun sempatik zincirinin lezyonunda görülen sendrom C. Bernard ve Horner’in adlarıyla anılmaktadır. Tıpta deneysel çalışmanın yeri ve uygulamasını inceleyen ünlü kitabı tıbbi metodolojinin klasikleşmiş eserlerindendir.

** **Johann Friedrich HORNER** (1831-1886): İsviçreli göz hekimi. C. Bernard ve kendi adıyla anılan sendromu tanımlamıştır.