

İnfracorbital Sinir Hiperesteziinde Cerrahi Dekompresyon

Surgical Decompression for Infraorbital Nerve Hyperaesthesia

Dr. Burak ERTAŞ, Dr. Hasan DEMİRHAN, Dr. Orhan ÖZTURAN, Dr. Fadlullah AKSOY

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

ÖZET

İnfracorbital sinir dağılım alanını içine alan posttravmatik yüz ağrıları iyi bilinen bir antite olmasına rağmen, literatürde persistan infraorbital sinir hiperestezi nadir olarak rastlanmaktadır. Künt orbital yaralanma sonrası orbita tabanı kırıklarıyla ilişkili olarak infraorbital sinir sıkışmasına bağlı hiperestezi gelişebilir. Travmaya bağlı orbital taban kırıklarında oluşan infraorbital sinir hiperestezi infraorbital sinirin cerrahi dekompresyon endikasyonlarından biri olarak görülmelidir. Bu yazıda merdivenden düşme ile başlayan ve 4 aydır devam eden sağ infraorbital sinir dağılım alanında medikal tedaviye yanıt vermeyen şiddetli derecede ağrı ve hassasiyet olan 38 yaşındaki kadın hasta sunuldu. İnfracorbital sinirin cerrahi olarak dekompresyonu sonrası hastanın şikayetlerinde tam ve hızlı bir iyileşme görüldü.

Anahtar Sözcükler

Orbital fraktür, cerrahi dekompresyon, trigeminal sinir hastalığı, mitomycin-c

ABSTRACT

Although posttraumatic facial pain involving the infraorbital nerve distribution has been a well-known entity, persistent infraorbital nerve hyperaesthesia found rarely in the literature. Hyperaesthesia of the infraorbital nerve can develop due to infraorbital nerve compression secondary to traumatic orbital floor fracture associated with blunt orbital trauma. Infraorbital nerve hyperaesthesia occurring due to traumatic orbital floor fracture should be regarded as an indication for surgical infraorbital nerve decompression. A case of infraorbital nerve hyperaesthesia was reported starting after a fall a ladder four months ago. This 38-year-old woman had pain and hyperaesthesia of the infraorbital nerve distribution did not respond to medical treatment. Rapid and complete resolution of the hyperaesthesia was attained following surgical decompression of the infraorbital nerve.

Keywords

Orbital fractures, decompression, surgical, trigeminal nerve disease, mitomycin-c

29 Mayıs-1 Haziran 2008 tarihinde 4.ulusal rinoloji kongresinde poster olarak sunuldu. Bildiri No: P 14(Poster)

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **20.09.2008**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **21.12.2008**

≈

Yazışma adresi

Dr. Hasan DEMİRHAN

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
1. Kulak Burun Boğaz Kliniği 34304 Fatih, İstanbul
Tel: +90 212-529 44 00 /1287
Faks: +90 212-589 62 29
E-posta: hdemirhan23@ hotmail.com

GİRİŞ

Zigomatiko-orbital fraktür insidansı 100.000'de 10.4'tür¹ ve en sık rastlanan fasiyal travmalardan biridir.² Birçok olguda fraktür infraorbital foramen, kanal ya da fissürü içerir. Bundan dolayı zigomatik kompleks kırıkları infraorbital sinirin innervasyon alanında hem bulgu hemde postoperatif komplikasyon olarak duysal nöropati ve özellikle de hipoesteziye neden olur.³⁻⁵ Fraktürler dışında neoplazi ya da tiroid göz hastalığı dolayısıyla uygulanan orbital dekompresyon cerrahisi ile ilişkili olarak da infraorbital sinir dağılım alanında hipoestezi yaygın olarak bildirilmiştir.⁶ Literatürde infraorbital sinir dağılım alanını içine alan posttravmatik yüzağrılarını bildirilmesine rağmen,⁷ persistan infraorbital sinir hiperestezisine nadir olarak rastlanmaktadır.^{6,8,9}

OLGU SUNUMU

Otuzsekiz yaşında bayan hasta merdivenden düşme sonucu acil servise kaldırılmış ve yaklaşık bir saatlik bilinç kaybı yaşamıştır. Hastanın yapılan ilk muayenesinde sağ üst ve alt göz kapaklarında ödem ve subkonjunktival hemoraji saptanmıştır. Hastanın çift görme şikayeti olmamıştır. Hastaya medikal tedavi başlanıp ayaktan takip önerilmiştir.

Olgumuz medikal tedavilere (Etodolak 2 x 400 mg/gün 3 hafta, ardından Karbamazepin 400 mg/gün 1 ay) rağmen 4 aydır geçmeyen, sağ infra-orbital sinir dağılım alanında şiddetli derecede ağrı ve hassasiyet ile kliniğimize başvurdu.

Fizik bakıda fasiyal asimetrisi olmayan hastanın travma sonrası spontan olarak meydana gelen postravmatik yüz ağrısından ziyade ilgili bölgede dokunmakla uyarıların olduğundan daha şiddetli algılanması şeklinde tarif edilen hiperestezi durumunun olduğu saptandı. Çift görme şikayeti yoktu, proptozis gelişmemiştir.

Kraniyal BT'de; Sağ frontal kemik orbital yüzünde ve sağ zigomatik kemikte fraktür hatları saptandı. Koronal plandaki paranasal sinüs BT'de; infraorbital sinir seyri boyunca orbital taban kırığı saptandı (Resim 1).

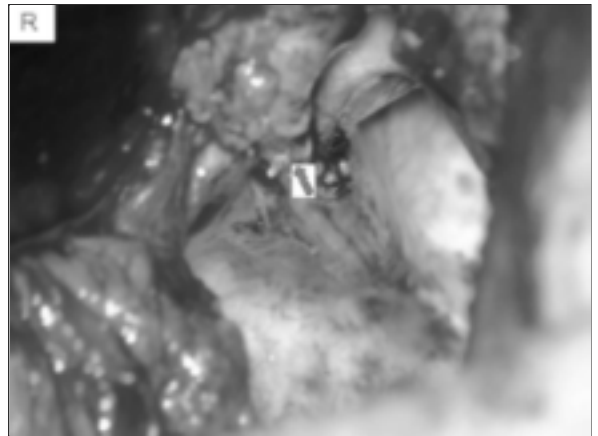
Hastaya infraorbital sinir hiperestezisi tanısı konularak cerrahi dekompresyon planlandı. Hasta operasyon hakkında bilgilendirilerek onamı alındıktan sonra genel anestezi altında opere edildi. Sağ sublabial bölgeden yapılan 3 cm'lik insizyon sonrası subperiosteal elevasyon-



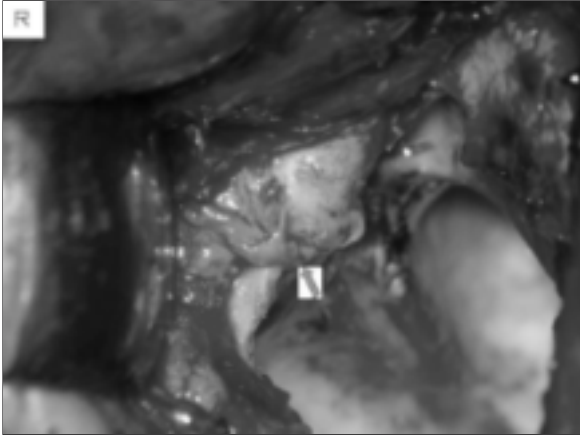
Resim 1. Sağ orbita tabanında fraktüre bağlı infraorbital sinirin etkilendiği bölge (ok).

la infraorbital sinirin lateral ve medialinden infraorbital rime ulaşıldı. Sinirin foramenden çıkışı gözlemlendi. Maksiller sinüs ön duvarında infraorbital kanaldan vertikal ekseninde uzanan 1,5 cm'lik fraktür hattı mevcuttu. Mikroskopik bakış altında sınırlı bir maksiller antrostomi yapıldı. İnfraorbital sinirin fibrotik dokular ve kemik fragmanlar tarafından kompresyona uğradığı görüldü (Resim 2). İnfraorbital kanalı sıkıştıran kemik parçacıkları mikrocerrahi teknikle alındı. İnfraorbital siniri çepeçevre saran fibrotik dokular orak bıçak kullanılarak keskin diseksiyon ile alınarak sinir serbestleştirildi (Resim 3). Fibrozisin tekrarlamamasını önlemek amacıyla 5 dakika süreyle Mitomycine-C (1mg/ml) cerrahi alana topikal uygulandı. Sublabial insizyon 4/0 vikril sütürlü kapatılarak ameliyat sonlandırıldı.

İnfraorbital sinirin cerrahi olarak dekompresyonu sonrası tam ve hızlı iyileşme görüldü. Hastada postope-



Resim 2. İnfraorbital sinir ve çevresindeki fibrotik dokular (ok).



Resim 3. Kemik parçacıklar ve fibrotik dokular alındıktan sonra sinirin serbest hali (ok).

ratif ikinci günden itibaren gerek spontan gerekse palpasyonla ağrı ve hassasiyet saptanmadı. Ek analjezik ihtiyacı duyulmadan hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

İnfraorbital sinir dağılım alanını içine alan posttraumatik yüz ağrıları bildirilmesine rağmen, persistan infraorbital sinir hiperestezi sadece yedi vakada bildirilmiştir.

Norman ve ark.⁶ orbital taban kırığı nedeniyle infraorbital sinir dağılım alanında yanma ya da kozalji tarifleyen iki olgu bildirmişlerdir. Tengtrisorn ve ark.⁸ orbital travma sonrası hiperestezi 6 ve 12 ay süren iki vaka tanımladılar. Her iki vakada infraorbital sinir kom-

presyonunu tespit ederek cerrahi dekompresyon sonrası semptomlarının düzeldiğini bildirmişlerdir. Bailey ve ark.⁹ ikisi künt travma ve biri de optik sinir gliomu nedeniyle gözüne enükleasyon uygulanmış olgularda infraorbital sinir kompresyonuna sekonder oluşan infraorbital sinir hiperestezi bildirmişler. Her üç olguda infraorbital sinirin cerrahi dekompresyonu sonrası anlamlı ve uzun süren iyileşme göstermişler.

Bu makalede düşme sonrası 4 aydır infraorbital sinir dağılım alanında hiperestezi olan ve cerrahi dekompresyon sonrası hızlı iyileşme görülen bir olgu sunuldu. Olgumuzda Bailey ve ark.⁹ iki olguda, Tengtrisorn ve ark.⁸ da iki olguda belirttikleri gibi infraorbital sinir çevresinde yumuşak dokuda fibrozis gelişmiş olduğu görüldü. Ancak bizim olgumuzda, Bailey ve ark.⁹ da bir olguda belirttikleri gibi fibrozisle beraber orbital tabanda kırık sonrası kemik parçalarının infraorbital siniri kanalda sıkıştırması kronik sinir ağrısının bir diğer nedeni olabilir. Olgumuz Bailey ve ark.⁹ belirttikleri olgudan farklı olarak cerrahi sonrası hızlı bir şekilde iyileşti. Bu durum bizim olgumuzda sinir sıkışması süresinin (4 ay) Bailey ve ark.⁹ belirttikleri olguya (>5 yıl) göre daha kısa olmasına bağlanabilir.

Dekompresyon orbitadan veya transantral olarak başarılı şekilde yapılabilir. Olgumuzda transantral yolla infraorbital sinirin mikroskopik dekompresyonu tercih edilmiştir.

Travmatik infraorbital sinir hiperestezi olan ve medikal tedavilere cevap vermeyen olguların tedavisinde infraorbital sinir dekompresyonu etkili ve riski düşük bir cerrahi girişimdir.

KAYNAKLAR

1. Kristensen S, Tveteras K. Zygomatic fractures: classification and complications. *Clin Otolaryngol* 1986;11(3):123-9.
2. Ellis E 3rd, el-Attar A, Moos KF. An analysis of 2,067 cases of zygomatico-orbital fracture. *J Oral Maxillofac Surg* 1985;43(6): 417-28.
3. Lund K. Fractures of the zygoma: a follow-up study on 62 patients. *J Oral Surg* 1971;29(8):557-60.
4. Tajima S. Malar bone fractures: experimental fractures on the dried skull and clinical sensory disturbances. *J Maxillofac Surg* 1977;5(2):150-6.
5. Jungell P, Lindqvist C. Paraesthesia of the infraorbital nerve following fracture of the zygomatic complex. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987;16(3):363-7.
6. Norman JE, Dan NG, Rogers PA. Post-traumatic infraorbital neuropathy. *Orbit* 1982;1:259-66.
7. Hogenhuis LA, Bruyn GW. Periorbital pain: a clinical review. *Cephalalgia* 1999; 19(Suppl 25):31-2.
8. Tengtrisorn S, McNab AA, Elder JE. Persistent infra-orbital nerve hyperesthesia after blunt orbital trauma. *Aust N Z J Ophthalmol* 1998;26(3):259-60.
9. Bailey K, Ng JD, Hwang PH, Saulny SM, Holck DE, Rubin PA. Infraorbital Nerve surgical decompression for chronic infraorbital nerve hyperesthesia. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery* 2007; 23(1): 49-51.