

DERLEME**YÜZ AĞRILARI****FACIAL PAIN****Dr. Orhan GEDİKLİ (*)**

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2 : 178-181

ÖZET : Yüz ağrıları KBB. Nöroloji ve Çene Cerrahisi bölümlerine başvuran hastaların yaygın olarak yakındıkları bir semptomdur. Bu derlemede amacımız yüz ağrısı oluşturan hastalıktan tartışarak tanı ve tedaviye yardımcı olmaktır.

Anahtar Sözcükler: Yüz ağrıları

SUMMARY : The facial pain, of which patients that applied ENT, Neurology, and Oral Surgery departments commonly complained, is a symptom. Our aim in this article is to help diagnosis and treatment discussing the diseases which compose of facial pain.

Key Words : Facial Pain

Ağrı genellikle vücut dokusunu tahrip eden veya etme özelliğinde olan durumlarda oluşan ve vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanır şekilde algılanan rahatsız edici bir histir. Ağrı tanı değil bir semptomdur. Yüz bölgesinde ağrı oluşturabilecek patolojiler çok çeşitlidir. Ayrıca hiçbir lezyon olmadığı halde ağrı hissi oluşturabilecek çeşitli faktörler vardır. Stres bu faktörler arasında en önde gelenidir (2, 24). Bu nedenlerden dolayı ağrı bulunan bölgeye vücudun neresi olursa olsun geniş bir perspektifle yaklaşılmalı, bölgesel ve bölge dışı hastalıklar etraflıca düşünülmeli ve ondan sonra karar verilmelidir.

Yüz bölgesi saçlı deri hattı, kulak, alt çenenin ön, yan ve arka kenarı ile çevrili alanı kapsar. Bu bölge için oral kavite, nazal kavite ve paranasal sinüsler, gözler, kulaklar ve tükürük bezler bulunur. Yüz ağrıları birinci sırada bu bölgeyi oluşturan yumuşak doku, kemik doku, sinüsler, eklemler, bezler, sinirler ve damarlardaki patolojilerden kaynaklanır. İkinci sırada ise vücudun diğer bölgelerindeki patolojilere bağlı olarak oluşan ve yüz bölgesine yayılan ağrılar gelir. Frontal kemiğin daha derininde tanımlanan ağrılar ise baş ağrıları kapsamına girerler (20, 22).

Yüz ağalarına neden olan hastalıklar doku sistemlerine göre ekstrakranial, intrakranial, kas-kemik sistemi, vasküler, nörolojik ve psikojenik olmak üzere 6 ana başlık altında toplanmışlardır (20).

EKSTRAKRANİAL NEDENLER : Bu nedenlere bağlı yüz ağrıları yüz bölgesini oluşturan yapılarıdaki patolojilerden kaynaklanan ağrılar (Oral kavite ve dişler, burun ve paranasal sinüsler, kulak, göz, tükürük bezleri) ve vücudun kranium hariç diğer bölgelerindeki patolojiler nedeniyle oluşan yüz ağrıları diye incelemek gerekir (20, 24).

Oral Kavite ve Dişler : Çene yüz bölgesi ağrıları-

nın büyük bölümüne pulpa ve periapikal lezyonlar, periodontal dokular, kistler, kök parçaları, rezidüel enfeksiyonlar ve perikoronar cepler gibi diş kaynaklı nedenler açmaktadır. Diş kaynaklı yüz ağrılarının çoğunluğunu dişin pulpa kökenli ağrıları oluşturur. UB ağrıları derin somatik tipte ve genellikle sıkıcı, sızlayıcı ağrılardır. Bazen ağrı şiddetlendiğinde yakıcı ve zonklayıcı özelliğe dönebilir. Pulpa tabakasına uygulanan zarar verici bir uyaran periodontal kaynaklı ağrılardan daha şiddetli ağrı başlatır. Pulpa kökenli ağrıların diğer bir özelliği de patolojinin periodontal yapılara yayılması yada gerilemesinden dolayı zamanla değişiklik arzemesidir. Periodontal yapılarla ilgili patolojilerden kaynaklanan ağrılarda ise tanıya yönelik bir bası uygulandığı zaman hasta tarafından kolaylıkla lokalize edilebilen sıkıcı ve sızlayıcı bir ağrı oluşur. Diş patolojileri ile ilgili ağrılar dişe komşu yüz bölgelerine yayılırlar. Daha önce saydığımız diş patolojileri dışında 20 yaş dışı travmatik irritasyonu, üst-alt çene uyumsuzluğu ve molar dişlerin yokluğu gibi nedenler yüz ağrıları oluştururlar. Özellikle son iki durumdan çiğneme kaslarının hareketleri sırasında temporomandibular eklem (TME) özel pozisyona gelemeyecek ve aurikulo-temporal sinirde zamanla oluşacak lezyon nedeniyle yüz ağrıları, ağır işitme ve kulak ağrıları oluşacaktır (Costen sendromu) (1, 3, 15, 18, 20, 24).

Oral kavitedeki tonsillere, dile, yumuşak ve sert damağa, farenkse ait patolojilerde (enfeksiyon, tümöral ve diğer nedenler) yüze ve özellikle tonsil patolojilerinde kulağa yayılan ağrılar olabilir (24).

Burun ve Paranasal Sinüsler :

Burundaki anatomik varyasyonların hepsi baş ve yüz ağrısına neden olabilmektedir. Bunlar içinde ne fazla yüz ağrısı yapan neden septum deviasyonudur. Septum deviasyonları hassas olan konka mukozalan üzerine yaptıkları basınçla yüz ağrıları oluştururlar. Konkaların ön kısmına olan basınç maksillanın üzerinde, üst kısma olan basınç frontal bölgede, arka kısma olan basınç ise gözün arka kısmında ve kulakta

(*) Isparta Devlet Hastanesi. I. KBB Kliniği. ISPARTA

ağrıya neden olur. Deviasyona bağlı nazal kökenli ağrının özelliği ağrının daima deviasyon olan tarafta olması şiddetinde basınç ve tıkanıklıkla orantı göstermesidir. Burundaki ödem ve erektil organlardaki vazomotor değişikliklerde yüz ağrısına neden olabilir. Vazomotor olaylar genellikle alt konkada olur. Stres, anksiyete, seksüel olaylar ve çeşitli emosyonel durumlarda ortaya çıkar (11, 24).

Paranasal sinüslerde ve nazal kavitede ağrıya en duyarlı olan kısım sinüs ostiumlarının mukozasıdır. Paranasal sinüslerin akut enfeksiyonlarında en belirgin yakınma yüzün sinüsle uyumlu bölgelerinde hissedilen ağrılardır. Sinüs ağrıları başı oynatmak, aşağıya eğmek, venöz basıncı artıran ıkınma, öksürme, ağır kaldırma, sıkı yakalı gömlek giyme, menstruasyon, mastürbasyon, seksüel heyecan, alkol gibi durumlarda artış gösterir. İstirahat ve uyumakla ağrı azalma olmaz. Ağrılar hemen daima tek taraflıdır, bazen iki taraflı olsa da bir tarafta daha fazladır. Akut frontal sinüzitte ağrı nazofrontal açıda, gözün iç kantüsünün üstüne doğru, yada tam frontal sinüs üstündedir. Genellikle sabah başlar ve akşam kaybolur. Akut maksiller sinüzitte ağrı fossa kanina üzerindedir. Öğleye doğru başlar ve akşam şiddetlenir. Bazen ağrı üst dişlere vurabilir. Akut ethmoid sinüzitte ağrı daha çok üst nazomaksiller açıda ve gözlerin arasında olur. Sfenoid sinüsün akut enfeksiyonlannda ağrı gözün arkasında, başın derin arka kısımlarında ve çevresinde hissedilir. Bu farklılıklara rağmen tüm paranasal sinüzitlerde frontal bölgede ağrı duyulabilir. Kronik sinüzitlerde başlıca yakınma burundan ve genizden gelen akıntıdır. Pek ağrı yakınması yoktur. Ancak kronik sinüzit aktif hale geçtiğinde, üst solunum yolu enfeksiyonu hallerinde akut enfeksiyon belirtileri görülür. Sinüzitlerin, özellikle maksiller sinüsün lenf direnağı alt konkadan olduğu için kronik sinüzitlerin akut ataklarında alt konkada artan ödem nedeniyle ağrılar oluşur (9, 11, 20, 24).

Latent sinüzitlere bağlı ağrılarda olabilir. Burada ağrı orta meatusun kontakt baskısı, frontal sinüs agenezisi veya iki taraf arasındaki belirgin hacim farkı ve vakum sinüs (sinüs içi basıncının dış basınçtan farklılık göstermesi) nedeniyle meydana gelir. Burada burun mukozasının ödemi ve konjesyonunun doğuran nedenler ostiumlarda ileri derecede daralma yada tıkanıklık yaparak sinüs içi havalanmasını bozar ve sonradan sinüs içi basıncının düşmesine bağlı olarak ağrılara neden olurlar. Sinüs mukoselleri tüm sinüslerde görülebilir. Büyüyünce sinüs duvarları ve özellikle ostium bölgesine baskı yaparak tek taraflı yüz ağrılarına neden olabilirler (11).

Yüz travmaları ve sinüs operasyonlarından sonrada ağrılar görülebilir. Bu tür ağrılarda sinüzitin tekaranndan çok cerrahi travmaya, skatrizasyon kusuruna, ameliyat endikasyonundaki yanılğıya, N. infraorbitalisin içe kıvrılmasına, operasyon alınındaki hematoma organizasyonuna veya çiğneme kaslarının, travmatik yada reaksiyoner kontraktürüne bağlı olarak görülürler. (11)

Burun ve paranasal sinüs malign tümörlerinde 5. sinirin ikinci kısmının dallarının etkilenmesine bağlı ağrılar olmaktadır. Maksiller sinüs malign tümörlerinde ağrı fossa kanina ve bazen de üst dişlerde hissedilir. Ethmoid sinüs tümörlerinde ağrı burun sırtında

hissedilir ve geç dönemde duyulur. Hasta tarafta ekzoftalmi vardır. Frontal sinüs malign tümörlerinde daha çok tek taraflı frontal ağrı, şişlik, proptozis ve çift görme vardır. Sfenoid sinüs tümörlerinde ağrıdan önce oftalmopleji, proptozis ve görme bozuklukları, gözün arkasında ve başın gerisinde ağrı ve çoğu kez optik sinir ile abducens felci olur (11).

• **Kulak** : Kulak ağrıları primer otaljiler ve sekonder otaljiler olmak üzere ikiye ayrılır. Primer otaljileri dış kulak yolu patolojileri (ekstrenal otit, perkondrit, auriküler abse, fronkül, yaralanma, malign eksternal otit, malign ve benign tümörler, fnugal enfeksiyonlar, yabancı cisimler, sıkışmış serumen, büllöz miringitis ve donma), orta kulak ve mastoid patolojileri (akut otitis media, akut mastoidit, barotravma, malign ve benign tümörler, akut petrozitis ve gradenigo sendromu) oluştururlar (15, 17, 24). Sekonder otaljileri orofasiyal ağrılar. TME patolojileri, visseral nedenler, nevraljiler, eagle sendromu, parotis patolojileri, angina, torasik anevrizmalar ve tiroiditis gibi nedenler oluşturur (17, 24).

• **Tükürük bezleri** : Kabakulak, akut süpuratif parotitis, parotis absesi, sialadenitis, sialolitiazis, tükürük bezleri malign tümörlerinde yüze yayılan ağrılar olur. Özellikle parotis patolojilerinde çiğneme hareketleri ile ağrı artış vardır (14).

• **Gözler** : Orbital sellülit ve abse, akut iritis (ağrı aynı taraf alın ve şakağa ayrılır ve gece artar), akut glokom (gözde supra orbital bölgede şiddetli ağrı vardır ve gece artar), akut retrobulber nevril (göz hareketleri ile artan, tek taraflı gözün derinlerinde ağrı yada rahatsızlık hissi vardır), oftalmik herpes zoster (şiddetli nevralkjik ağrı yüzün veya başın bir tarafında olur ve 5. sinir oftalmik dalı boyunca herpetik döküntüler vardır), gözde kırma kusurları (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi kusurlarda ağrı göz yorgunluğu sonrasında ortaya çıkar ve dinlenme ile kaybolur) gibi patolojilerde de yüz ağrıları oluşabilir (12).

Angina pectoris ve torasik anevrizmalarda boyuna, çeneye ve kulağa yayılan ağrılar olabilir. Henoch-Schonlein purpura çocuklarda yaygın vaskülitte karakterize klinik bir sendromdur. Burada hastaların sistemik olarak küçük damarlarında bir vaskülit olayı vardır. Rekürren vakalarda mandibuler ağrı, gingivitis, gingival peteşiler ve diş abseleri görülebilmektedir. Bu orofarengial lezyonlar sistemik küçük damar vaskülitinin sonucudur (7, 24).

İNTRAKRANİAL NEDENLER : Travma, vasküler patolojiler ve tümörler gibi nedenlerden dolayı yüz ağrıları oluşabilir. Kafa ve yüz travmaları sonucu ortaya çıkan yüz ağrıları sıklıkla direkt doku travmasına bağlı olmakla beraber, ağrı daha merkezi bölgelerden sinir yolları ile de yayılabilir. Bu ağrılar hızla gerileyebildiği gibi travmanın düzelmesiyle birlikte yavaşça yatışabilirler (6, 15,20).

Vasküler patolojiler (anevrizma, kanma, hematoma, ödem) yüz ağrıları yapabilir. Bunun yanında menenjit gibi spesifik bir SSS hastalığına bağlı yüz ağrılarda olabilir fakat oranı daha azdır. Vasküler nedenlere stenozlar, kistler ve benign hipertansiyonunda ka-

tabiliriz (20, 23). Bulut ve ark. yüz ağrısına sahip 2000 hastanın %1'den daha azında intrakranial tümörler olduğunu tespit etmişlerdir. Posterior kranial fossa tümörlerinde 7 ve 8. sinirler etkilenir. Yine orta kranial fossa tümörlerinde trigeminal sinir defisitleri oluşabilir. Ağrı derin, sıkıcı, sızlayıcı, devamlı özellikte olup genellikle ilerleyicidir. Ağrı ile birlikte sıklıkla duyu kaybı, güçsüzlük, baş dönmesi gibi belirtiler bulunur. Bu nedenle yüz ağrılarında zayıf bir olasılık da olsa intrakranial tümörler akla gelmelidir (16, 20, 23).

KAS-KEMİK SİSTEMİYLE İLGİLİ NEDENLER :

Kronik yüz ağrılarının en sık olarak karşılaşılan tipi kas-kemik sistemiyle (muskulo-iskeletal) ilgili ağrılardır. Kronik yüz ağrılarının kas-kemik kaynağı bir kranio-mandibular hastalık, bir myofasiyal hastalık, bir sistemik romatizmal veya kollagen hastalık, yada servikal vertebralardaki bir patoloji olabilir. Kranio-mandibular hastalıkların etyopatogenezinde çeşitli faktörler rol oynasa da travma genellikle düşünülen en yaygın nedendir. Travma makro travma veya eksternal travma (direkt yada indirekt yaralanma sonucu olabilir) ve mikrotravma (yaygın olarak şiddetli diş sıkmalara bağlı diye ikiye ayrılır. Dişlerdeki oklüzyon bozukluğu kas koordinasyon bozukluğu ve spazma neden olarak TME'de ağrı ve disfonksiyon yaratılır. Yine stres gibi çeşitli psikojenik ve emosyonel nedenler kaslarda aşırı kontraksiyon ve sonuç olarak yorgunluğa neden olarak TME'de ağrı ve disfonksiyon meydana getirirler. Kranio-mandibular hastalıklar TME artropatileri ve myofasiyal kas hastalıkları diye ikiye ayrılırlar. Bu patolojilerde ağrı, kas hassasiyeti, TME'de klik diye bir ses, çene hareketlerinde kısıtlılık ve bir tarafa kayma, kulakta ağrı, çınlama ve basınç olabilir. Bu durumlarda ağrı çeneye, frontal ve fronto-temporal bölgeye, dişlere, kulağa, periorbital bölgeye yayılabilir. Eklemdeki fonksiyon bozukluğu ağrının sonucudur (5, 10, 15, 19, 20, 24).

Servikal vertebra hastalıklarında da komşu bölgelerde veya fonksiyonla ilgili bölgelerde ağrı oluşur. Servikal vertebraların dejeneratif eklem hastalıkları, romatizmal hastalıkları, travma, servikal sendromlar gibi hastalıkları kranio-fasiyal ağrıya, baş dönmesine, denge bozukluğuna, çınlama ve işitme kaybına neden olurlar (20).

Eagle Sendromu : Bu sendrom uzamış styloid process sendromu, kalsifiye olmuş stylohyoid ligament sendromu ve Carotid arter sendromu olarak da adlandırılır. Uzamış styloid process yada kalsifiye olmuş stylohyoid ligament sendromunda genellikle 5, 7, 9, 10. cu kranial sinirlerin innerve ettiği sahalarda lokalize ağrı ile karakterizedir. Bu vakaların çoğunda yıllar önce yapılmış bir tonsillektomi hikayesi vardır. Farenkste yabancı cisim hissi, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, boyun ve mandibula hareketlerinde güçlük gibi semptomların varlığı da bulunabilir. Carotid arter sendromu genellikle tonsillektomi ile birlikte değildir. Semptomlar karotis arterlerin duvarlarındaki sempatik sinirlerin stimülasyonuna bağlıdır ve internal veya eksternal arter dağılımını izler. Eğer eksternal carotid arter etkilenirse hasta baş döndürmekle boyunda ağrıdan, yada buruna, yumuşak damağa, mandibula köşesine, kulağa ve göze yansıyan ağrıdan yakınabilir. Internal carotid arter olaya katıldığı zaman larenks ve

başın tamamı üzerinde ağrı olduğu rapor edilmiştir. Ağrı sıkıcı, aralıklarla gelen ve tonsillar fossanın intrakranial palpasyonu ile başlatılabilen bir ağrı özelliğindedir (1, 21).

VASKÜLER NEDENLER :

• **Migren** : Ağrı ataklar halinde gelir. Diyet, stres, uyku bozuklukları ve menstruasyon gibi faktörler atakları başlatmaya yeterli olabilir. Herediter bir predispozisyon vardır. Genç yaşta başlar ve primer olarak hanımları etkiler. Ataklar tekrarlayabilir ve 1-4 aylık aralarla gelebilir. Ağrı bir kaç saatten 2-3 güne kadar sürebilir. Zonklayıcı özellikte ve büyük sıklıkla tek taraflıdır. Bazen ağrı iki taraflı olabilir (özellikle çocuklarda). Rutin fizik aktivite ağrı artırır. Migren yaygın olarak baş dönmesi, mide bulantısı, kusma, ışığa ve sese duyarlılık ve psikolojik değişikliklerle birlikte olabilir. Ağrılar uyanmadan hemen önce yada uyanır uyanmaz başlar. Migren ataklarından önce bir aura dönemi bulunabilir. Aura dönemi görme bozuklukları ile karakterizedir. Şiddetli ağrı daha çok temporal, frontal ve retroorbital bölgelerde tek taraflı olarak hissedilir. Bazen oksipital, parietal ve postaurikular bölgelere ağrı yayılır (1, 12, 15, 20).

• **Cluster Baş Ağrısı** : Daha çok erkekleri etkiler ve sıklıkla hayatın 3-4. cü dekadında başlar. Frontal-temporal bölge yada göz etrafında tek taraflı, bazen maksilla ve dişlere kadar inebilen, yakıcı, dağılayıcı, işkence edici tarzda, mızrak batar gibi bir ağrı ile karakterizedir. Gözde yaşarma, burunda konjesyon, akıntı ve kısmi bir homer sendromu ağrı atakları ile birlikte olabilir. Ağrı atakları günde bir yada daha fazla olabilir ve birkaç hafta sürebildiği gibi aylarca da sürebilir. Baş ve yüz ağrılarının en şiddetli formlarından biridir. İntihar baş ağrısı olarakta bilinir. Burada ekstrakranial vazodilatasyonun ağrıya sebep olduğu ve histamin önemli bir rol oynadığına inanılır (1, 12, 15, 20).

• **Temporal Arteritis** : Daha çok 50 yaş üzerindeki erkeklerde görülür. Bu sendrom temporal arterlerin bir yada daha fazlasının ağrılı enflamasyonundan ibarettir. Derin, şiddetli, inatçı, zonklayıcı, sızlayıcı ve yakıcı bir ağrı ile karakterizedir. Ağrı temporal bölgeden boyuna, maksilla, mandibula ve yüze, kulağa ve oksipital bölgeye yayılabilir. Saçlı deri arterlerinde (genellikle temporal süperficial arterde) hassasiyet ve şişme olabilir. Bazen ilk söz edilen yakıma kısmi yada tam körlüğe kadar gidebilen göz semptomları olabilir. Bu nedenle temporal arteritis şüphelenilen olgularda derhal biyopsi yapıp tedaviye gidilmelidir. Temporal arter biyopsi spesmeninde giant cell arteritis görünümü bizi taniya götürür (1, 3, 13, 15, 20).

NÖROLOJİK NEDENLER : Yüz, baş ve boyun ağrıları içinde nevraljiler dayanılması en zor olan ağrıların başında gelir. Nevraljiler kaynaklandığı sinire göre adlandırılırlar (8).

• **Trigeminal Nevralji** : Trigeminal sinirin innerve ettiği alanlarda tek taraflı, paroksizmal, elektrik çarpması tarzında ve oldukça şiddetli ağrılarla karakterizedir. Özellikle ağız, nazal akvite, yada yüzün bir veya birden fazla bölgesinde bulunan hassas noktaların (trigger points) soğuk ve sıcak gıdaların alınması, hafif bir rüzgâr, yüze ışık teması, yutkunma ve hareket etmek gibi uyarıcı nedenler ile uyarılması ağrıyı

başlatabilir. Ağrı nöbetler şeklinde gelir ve oldukça şiddetlidir. Nöbetten sonra bölgede kurt bir ağrı devam eder. Büyük sıklıkla yüzün sağ tarafında tutulma olur. İki taraflı tutulum nadirdir. Hayatın 6-7. ci dekadında daha sık olur ve kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. 40 yaşından önce olması ve bilateral tutulum halinde ayırıcı tanıda multipl skleroz düşünülmelidir. Etyopatogenez üzerinde tam bir görüş birliği olmamasına rağmen hem periferik ve hem de sentral mekanizmaların etkili olduğu düşünülür. Rapor edilmiş vakaların %95'de ağrının kaynağı maksiller yada mandibular daldır. Ağrı ataklarının süresi erken dönemde birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar sürebilir. İleri devrede ise bir saatten fazla olabilir ve günde 50 atağın üstüne çıkabilir. Pontocerebellar köşe tümörü, anevrizma, multipl skleroz gibi tanımlanmış bir patolojik neden saptandığında bu trigeminal nevraljiler semptomatik olarak adlandırılır. Patolojik neden saptanamazsa idiopatik olarak tanımlanırlar. Bu durumda sinirin yolu boyunca herhangi bir noktada olması aberran arterler, vasküler malformasyonlar ve tümörler gibi nedenlerle) myelin kılıfın parçalanmasının neden olduğu düşünülür. Yine idiopatik nedenler arasında diş ve periodonta lezyonlar sayılabilir (1, 3, 8, 12, 14, 15, 20).

• **Glossofarengeal Nevralji** : Vagus ve glossofarengeal sinirin somatosensorial dallarının innerve ettiği dilin arka kısmı, tonsil, franksin lateral duvarı, kulak ve nazofarenkste ağrı hissedilir. Bu nedenle buna vago-glossofarengeal nevralji denilmesi önerilir. Paroksizmal, bıçak batır tarzda ağrı atakları ile karakterizedir. Büyük sıklıkla 50 yaşın üstünde başlar fakat genç yaşta da görülebilir. Ağrı başlatıcı hassas noktalar vardır ve tonsillar fossoda yada lateral farengeal duvarda bulunur. Ağrı atakları yutkunma, esneme, konuşma ve öksürme gibi hassas noktalar uyaran nedenlerle başlayabilir. Etyoloji tam açık olmamakla birlikte bazı vakalarda uzamış styloid process yada pontocerebellar köşede bir arter anomalisi bulunabilir. Ayırıcı tanı için faydalı bir teknik hassas noktaların lokal anestezik maddelerde uyuşturulmasıdır (1, 8, 14, 15, 20).

• **Sfenopalatin Nevralji** : Burada sfenopalatin ganglionun tutulumu söz konusudur. Genellikle 20-25 yaş arasında olur ve kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görülür. Akut nazofarenjit esnasında ve menapozda sık görülür. Göz, üst çene, diş, zigoma ve temporal bölgeye yayılan ağrı ile karakterizedir. Başın alt yarımında, göz, mastoidin 5 cm arkasına kadar olan bölgelerde hassas noktalar vardır (1, 8).

• **Genikulat Nevralji (Ramsey-Hunt Send.)** : Bu sendrom genikulat ganglionun herpes zoster enfeksiyonunun özel bir formudur. Zoster lezyonları dış kulak ve muhtemelen ağız mukozasında olur. Dış kulak yolu ve retroaurikular bölgede çok şiddetli ağrı ile karakterizedir. Ağrı daha sonra tutulan taraf yüzü, boyuna ve oksipital bölgeye yayılabilir. Paroksizmal veya devamlı olabilir (1, 8).

• **PSİKOLOJİK NEDENLER** : Yüz ağrılarının psikolojik etkileri olduğu gibi, primer olarak psikolojik bozukluklarda yüz ağrılarının neden olabilir (depresyon, şizofreni, histerik trismus gibi) (2, 19) Small ve ark. TME'in ağrı ve disfonksiyonları ile hastaların psikolojik durumları arasında ilişkileri araştırmışlar ve psiko-

lojik faktörlerin ağrı ve disfonksiyonda çok büyük role sahip olduğunu bildirmişlerdir (19).

Yazışma Adresi : Dr. Orhan GEDİKLİ
Devlet Hastanesi
ISPARTA

KAYNAKLAR

1. ALLING CC, MOHAN PE : Facial Pain, in : Jurgens EH, Jurgens PE : Syndromes involving facial pain. Chapter 15. Second Ed. Lea and Febiger. Philadelphia 1977. pp : 227-236.
2. ALPAY N : Yüz ağrıları. Sendrom Derg 1 (8) : 39 - 40. 1989.
3. AUSTIN DG, GUBILLOS L. : Special considerations in orofacial pain. Dental Clin of North Ame 35 (1) : 227 - 243, 1991.
4. BALLENGER JJ. : Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head and Neck. in : Ych S : The salivary glands. Chapter 19. Thirteenth Ed. Lea and Febiger. Philadelphia 1985. pp : 290-299.
5. CAMBAZOĞLU EE, GÖKÇEER T, ALTINTAŞ O ve ark. ; Costen sendromu. Haseki Tıp Bül. 30 (3) : 327 - 328, 1992.
6. ELKIND AH : Headache as facial pain associated with head injury. Otolaryngologic Clin of North Ame 22 (6) : 1251 - 1257, 1989.
7. ENZENUAUER RJ, SUTLEY SH, ENZENUAUER RW : Recurrent Henoch - Schonlein purpura presenting as gingival petechiae and mandibular pain. J Ora Maxillofac Surg 48: 634 - 637, 1990.
8. ERDİNÇ S : KBB'De inatçı ağrılar ve çözümleri. Türk Otolarengoloji Arş 26(2) : 149- 161, 1988.
9. ESMER N, GERÇEKER M, ÖZGİRİN N : Sinüzitler ve te davileri. Türkiye Klin 4 (2) : 153 - 160, 1984.
10. GREENE CS : Managing TMD patients. Initial therapy is the key J ADA 123 : 43, 45, 1992.
11. GÜNHAN Ö : Burun ve sinüs kökenli ağrılar. Türk ORL ARŞ. 26 (2) : 141 - 147, 1988.
12. KARATAY S : KBB Hastalıkları 3. baskı Çekül matbaa İstanbul 1978. pp : 216 - 224.
13. LAMEY PJ, TAYLOR JA, DEVINE J : Giant cell arteritis. A forgotten diagnosis? Brit Dent J 164 (2) : 48 - 50, 1988.
14. MANDEL S : Facial pain : Postgrad Med 87 (1) : 77-80, 1990.
15. MC DONALD JS, PENSACK ML, PHERO JS : Differential diagnosis of chronic facial. head. and neck pain conditions The Ame J of Otolology 11 (4) : 299 - 303, 1990.
16. MONAGHAN AM, MC KINLAY KP : An intracranial tumour causing dental pain. Brit Dent J 171 (8) : 249 - 250, 1991.
17. ORAN Y, KORKUT N. ; Sekonder otaljiler. Türk Otolarengoloji Arş. 26(3-4) : 123 - 133, 1988.
18. ÖZBAYRAK T, YILDIRIM MS : Çocuklarda çene-yüz bölgesi iltihaplanmalarının nedenleri ve lokalizasyonları. Oral Derg 4 (46-47) : 7 - 9, 1988.
19. ÖZBAYRAK T, YILDIRIM S : Tempora - mandibular eklemlerde disfonksiyon ve ağrı sendromu (myoartropati) olan hastalarda etyolojik faktörlerin araştırılması. Oral Derg 4 (46-47) : 50- 54, 1988.
20. PERTES RA, HEIR GM ; Chronic Orofacial Pain, Dent Clin of North Ame 35 (1) : 123 - 141, 1991.
21. PIERRAKOU ED : Eagle's syndrome O Ann Dent 49 (1) : 30-33, 1990
22. RASMUSSEN P : Facial pain. Acta Neurochir (Wien) 107:112-120, 1990.
23. SCHNETLER J, HOPPER C : intracranial tumours presenting with facial pain. Brith Dent J 166 (3i) : 80 - 83, 1989.
24. YİĞİTBAŞI OG, TEKALAN ŞA : Kranio-fasial ağrılara yaklaşım. Yeni Tıp Derg 9 (3) : 17 - 22, 1992.