



Atipik Özellikli Semptomatik Oksipital Nevralji Olgusu

Occipital Neuralgia with Atypic Symptoms: A Case Report

Gökçen Gözübatık-Çelik, Eser Buluş, Derya Uluduz, Baki Gökşan
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Kranyal nevrалji tek taraflı ve geçici ataklarla seyreden nadir bir baş ağrısı tipidir. Etiyolojisinde en sık enflamatuvar hastalıklar ve servikal basılar yer alır ancak idiyopatik formu da mevcuttur. Kranyal nevrалjiler Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması'na göre 18 farklı gruba ayrılır. Oksipital nevrалji, büyük, küçük veya üçüncü oksipital sinir alanlarında duysal defisit veya dizestezinin eşlik edebildiği kranyal nevrалjilerin bir alt grubudur. Ağrı sıklıkla unilateral, zaman zaman şiddetlenerek elektrik çarpmasına benzer özellik gösteren, sürekli yanıcı-batıcı karakterdedir. Oksipital sinir alanı üzerine bası ile ağrı tetiklenir ve ağrıya duyarlılık eşlik edebilir. Oksipital nevrалji idiyopatik olabileceği gibi etiolojisinde yapısal lezyonlar da yer alır. Bunlar servikal disk hastalıkları, travma, servikal disk basıları şeklinde sıralanabilir. Tümörler paravertebral bölgeye nadiren metastaz yapar, servikal kök basısına neden olur ve oksipital nevrалji kliniği oluşturabilir. Bu bağlamda, metastatik prostat kanseri nedeniyle ileri yaşta, yeni başlayan ve medikal tedavilere dirençli bir oksipital nevrалji olgusunu sunarak klinisyenlerin metastatik etyolojileri araştırmasının gerekliliğini vurgulamayı amaçladık. (Türk Nöroloji Dergisi 2014; 20:135-137)

Anahtar Kelimeler: Oksipital nevrалji, malignite, baş ağrısı

Çıkar çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Summary

Cranial neuralgia is a rare form of headache disorders characterized with transient and unilateral attacks. Inflammatory diseases and cervical compression are amongst the most common etiological factors even so idiopathic forms might be observed. International Classification of Headache Disorders (ICHD-2) made the classification of cranial neuralgias in 18 different groups. Occipital neuralgia, being a subgroup of cranial neuralgias, is a headache that involves anatomically at major, minor or third occipital nerve areas sometimes accompanying with sensory deficits or dysesthesia. Occipital neuralgia includes aching burning or throbbing headache that is often unilateral and continuous with intermittent shocking and shooting pain on the occipital nerve area. Patients with occipital neuralgia can be divided into those with structural causes and those with idiopathic causes. Structural lesions are cervical disc diseases, trauma, compression of the cervical discs. Tumors rarely metastasize to the paravertebral region and compression of the cervical nerve roots may result in occipital neuralgia. Our aim is to present a case with late onset medical refractory occipital neuralgia due to metastatic prostate cancer, emphasizing that relevant medical history should alert clinicians to the possibility of metastasis causing occipital neuralgia. (Turkish Journal of Neurology 2014; 20:135-137)

Key Words: Occipital neuralgia, malignancy, headache

Conflict of interest: The authors reported no conflict of interest related to this article.

Giriş

Kranyal nevrалjiler Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflamasına göre 18 farklı gruba ayrılan, tek taraflı ve geçici ataklarla seyreden nadir bir baş ağrısı formudur. Oksipital nevrалji, büyük, küçük veya üçüncü oksipital sinir alanlarında duysal defisit veya dizestezinin eşlik edebildiği bir nevrалji alt grubudur. Oksipital nevrалji idiyopatik olabileceği gibi etiolojisinde yapısal lezyonlar da yer almaktadır. Yapısal lezyonlar arasında servikal disk basıları,

servikal disk hastalıkları, tümörler ve travma sayılabilir. Tümörler paravertebral bölgeye nadiren metastaz yaparlar. Bu metastatik lezyonlar servikal kök basısına neden olarak oksipital nevrалji kliniğini oluşturabilirler.

Bu bağlamda, metastatik prostat kanseri nedeniyle ileri yaşta, yeni başlayan ve medikal tedavilere dirençli bir oksipital nevrалji olgusunu sunmayı ve klinisyenlerin nevrалji etiolojisini araştırırken metastatik süreçleri de akılda tutması gerekliliğini vurgulamayı amaçladık.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Eser Buluş, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 212 414 30 00-21246 E-posta: ebulus2004@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 13.08.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 14.02.2014

Olgu

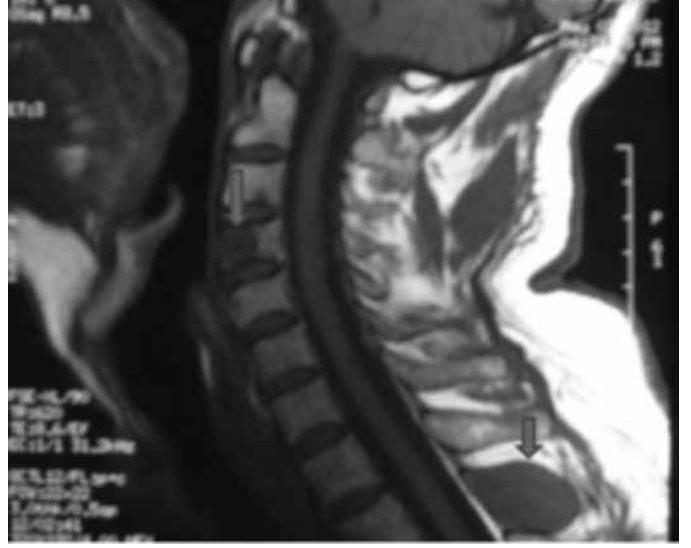
Yetmiş beş yaşında erkek hasta şiddetli baş ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden yakınmalarının 4 ay önce geçirdiği koroner bypass ameliyatı sonrasında başladığı, ilk günler daha seyrek iken haftalar içinde süreklilik kazandığı, özellikle sol oksipital bölgede saniyeler süren, gün içinde 2-3 kez tekrarlayan, şimşek çakar şekilde tariflediği ağrıları olduğu öğrenildi. Hasta ayrıca oksipital bölgede hafif batma şeklinde dokunma ve masaj yapmakla tetiklenen veya şiddeti artan ağrılardan yakınıyordu. Hastaya klinik yakınmaları nedeniyle başka bir merkezde oksipital nevralji tanısı (ON) konmuştu. Öncesinde çeşitli kliniklere başvuran, naproksen, ibuprofen gibi çeşitli nonsteroid analjeziklerin yanı sıra gabapentin kullanımına rağmen ağrılarında herhangi bir düzelme olmayan olgu kliniğimize başvurmuştu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde özellik tespit edilmeyen hastanın ense bölgesine dokunma ile ağrısının tetiklendiği gözlemlendi, boyun hareketleri oldukça kısıtlı idi.

İleri yaşta yeni başlayan atipik lokalizasyonlu baş ağrısı ile cinsiyeti göz önüne alınarak, nörolojik muayenesi normal olmasına rağmen, etiolojide öncelikle sekonder nedenler düşünüldü. Bu amaçla kontrastlı servikal manyetik rezonans görüntüleme (MR) incelemesi yapıldı. Bu incelemelerinde servikal bölgede multipl kemik metastazları tespit edildi (Resim 1, 2). Metastatik malign lezyonlara bağlı oksipital nevralji tanısı ile primer odağın saptanması amacıyla onkoloji kliniğine yönlendirilen olguda primer prostat adenokarsinomu saptandı.

Tartışma

Oksipital nevralji, sıklıkla idiyopatik olmasına rağmen sekonder nedenlerle de prezente olabilir (1). Uluslararası Baş Ağrısı Derneği tarafından oluşturulan tanı kriterleri; majör, minör ya da üçüncü oksipital sinir alanlarında nöbetler arası ağrılı veya ağrısız olabilen, nöbetlerle gelen saplanıcı ağrının olması; etkilenen sinirde duyarlılık hissedilmesi ve ağrının ilgili sinirin lokal blokajı ile geçici olarak rahatlaması bulgularını içerir (2). Olgularda oksipital sinir blokajı ile semptomların azalması tanıyı destekleyen diğer bir bulgu olabilir (1,2). Sekonder etiolojiler arasında olgular bazında belirtilen servikal bölgeyi tutan herpes zoster, nörosifilis gibi enfeksiyöz durumlar; osteoartrit, miyozit ve fibrozit gibi enflamatuvar hastalıklar, temporal arterit gibi vaskülitler, multipl skleroz gibi demiyelinizan hastalıklar, kranyoservikal bileşkede yer alan arteriovenöz malformasyonlar, Chiari malformasyonu, travma, gastrointestinal sistem tümör metastazları, diyabet ve gut gibi sistemik hastalıklar, kök veya sinir basılarına neden olan diskopatiler, C2-C3 sinir kökünü etkileyen özellikle kemik ve kırıkdağın primer ve/veya sekonder tümörleri sayılabilir (3,4,5-17). Shwannom, osteokondrom ve artrozis gibi kitle oluşturacak lezyonlara bağlı ON kliniğinde, kitle etkisine bağlı olarak ağrının şiddeti boyun hareketleriyle ve zamanla gittikçe artar ve semptomatik tedavilere yanıtıdır (14-17). Bu bağlamda tedaviye yanıtı ve olan masajla ağrısı şiddetlenen, özellikle ileri yaştaki ON olgusunda sekonder etiolojilerden servikal bölge metastazları ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Yapılan çalışmalarda ekstradural lezyonların tüm spinal lezyonların %95'inden fazlasını oluşturduğu ve spinal metastazların sıklıkla 40-65 yaşları arasında gözlemlendiği belirtilmiştir ve bu



Resim 1. T1 sagittal kesit servikal MR'da 4. vertebrada kemik metastazı ile uyumlu görünüm



Resim 2. T2 sagittal kesit kontrastlı servikal MR incelemesinde multipl kemik metastazları

metastazların %60-80'i torakal, %15-30'u lomber ve %10'dan azı da servikal bölgeye olmaktadır (12). Olgumuzda saptanan servikal bölge metastazı nadir görülen bir metastaz bölgesi olması ve mevcut prostat kanserinin atipik bir prezentasyonla klinik bulgu vermesi nedeniyle önem taşımaktadır.

Kemik metastazları özellikle spinal tutulumlarda sıklıkla akciğer, prostat, meme ve hematopoetik organ malignitelerinde saptanır (12). Ayrıca, özefagus karsinomunun, melanomun çok nadir bir formu olan oküler melanomanın, faset artropatisinin, tüberküloz gibi bazı enfeksiyonların servikal kemik metastazları yapabildikleri ve buna bağlı olarak boyun ağrısı ile kliniğe başvurdukları bildirilmektedir (5,7,9-12). Tanıda, spinal bölgeye yönelik kontrastlı MR görüntüleme önemli yer almaktadır. Kemik sintigrafisi de osteoid osteom gibi kemiğin primer tümörlerini

göstermede kullanılan yardımcı bir tanı yöntemidir. Olgumuzda servikal görüntüleme ile tespit edilen kemik metastazlarının kaynağı, literatürde ikinci sıklıkta kemik metastazı yaptığı bildirilen, prostat kanseri olarak tespit edilmiştir.

Oksipital nevralsi tedavisi etiyolojiye göre farklılık göstermekle birlikte ilaç tedavisi olarak oral analjezikler, antikonvulzanlar, servikal traksiyon, elektriksel sinir stimülasyonu, lokal analjezik enjeksiyonu ya da nörolitik ajanlar kullanılırken cerrahi olarak da büyük yada küçük oksipital siniri, dorsal ramiyi ve C1-C3 sinir köklerini dekompresyon etmek ya da lezyonu çıkarmaya yöneliktir (17-20).

Sonuç olarak, ileri yaşta başlayan ve oksipital nevralsi gibi atipik yerleşim özelliği gösteren olgularda nörolojik muayene normal olmasına rağmen sekonder kaynaklı etiyolojilerin akıldan tutulmasının ve etiyolojiye yönelik ayrıntılı görüntüleme tekniklerinin önemini vurgulamayı amaçladık.

Kaynaklar

1. Moulding HD, Bilsky MH. Metastases to the craniovertebral junction. *Neurosurgery* 2010;66:113-118.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24: 9-160.
3. Courtois AC, Collignon J, Bruyere PJ, Crielaard JM, Kaux JF. Single cervical metastasis of breast cancer. *Rev Med Liege* 2011;66:285-287.
4. Sierra-Hidalgo F, Ruiz J, Morales-Cartagena A, Martínez-Salio A, Serna Jde L, Hernández-Gallego J. Infiltrative cervical lesions causing symptomatic occipital neuralgia. *Cephalalgia* 2011;31:1493-1496.
5. Kanai Y, Matsuda M, Iwanaga T, Hashimoto S, Maeda Y, Kanamaru A, Itagaki N. Diffuse large B-cell lymphoma presenting with hypoglossal nerve palsy and great occipital neuralgia. *Rinsho Ketsueki* 2009;50:113-115.
6. Hoppenfeld JD. Cervical facet arthropathy and occipital neuralgia: headache culprits. *Pain Pract* 2010;10:137-144.
7. Bartels RH, van der Linden YM, van der Graaf WT. Spinal Extradural Metastasis: Review of Current Treatment Options. *Cancer J Clin* 2008;58:245-259.
8. Go SW1, Lee HY, Lim CH, Jee WH, Wang YP, Yoo IR, Kang JY. Atypical Disseminated Skeletal Tuberculosis Mimicking Metastasis on PET-CT and MRI. *Intern Med* 2012; 51(20): 2961-2965.
9. Lewin J, Hugel H, Sharma ML. Percutaneous cervical cordotomy for non-cancer pain in a patient with terminal esophageal carcinoma. *J Clin Neurosci* 2012;19:610-611.
10. Shakur SF, Takagi I, Lukas RV, Chmura S, Gajewski TF, Roitberg BZ. Ocular melanoma metastasis to the cervical spine. *J Spinal Disord Tech* 2012;25:1-9.
11. Perrin RG, Laxton AW. Metastatic spine disease: epidemiology, pathophysiology, and evaluation of patients. *Neurosurg Clin N Am* 2004;15:365-373.
12. Agarawal JP, Swangsilpa T, van der Linden Y, Rades D, Jeremic B, Hoskin PJ. The role of external beam radiotherapy in the management of bone metastases. *Clin Oncol* 2006;18:747-760.
13. Arasil E, Erdem A, Yüceer N. Osteochondroma of the upper cervical spine. A case report. *Spine* 1996;21:516-518.
14. Garza I. Craniocervical junction schwannoma mimicking occipital neuralgia. *Headache* 2007;47:1204-1205.
15. Clavel M, Clavel P. Occipital neuralgia secondary to exuberant callus formation: Case report. *J Neurosurg* 1996;85:1170-1171.
16. Nam-Hee Kim, Seung-Yeob Yang, Joon-Bum Koo, Sang-Wuk Jeong. Occipital Neuralgia as the Only Presenting Symptom of Foramen Magnum Meningioma. *J Clin Neurol* 2009;5:198-200.
17. Dubuisson D. Treatment of occipital neuralgia by partial posterior rhizotomy at C1-3. *J Neurosurg* 1995;82:581-586.
18. Horowitz MB, Yonas H. Occipital neuralgia treated by intradural dorsal nerve root sectioning. *Cephalalgia* 1993;13:354-360.
19. Joseph B, Kumar B. Gallie's fusion for atlantoaxial arthrosis with occipital neuralgia. *Spine* 1994;19:454-455.
20. Alexander F, Narayan R, Regis W. Haid. Occipital neuralgia secondary to hypermobile posterior arch of atlas: Case report. *J Neurosurg* 2001;94:276-278.