

Trigeminal Trofik Sendrom

Trigeminal Trophic Syndrome

¹Ayşe TOPÇU DURSUN^a, ²Aysun ŞİKAR AKTÜRK^a, ³Evren ODYAKMAZ DEMİRSOY^a

^aKocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD, Kocaeli, TÜRKİYE

Bu çalışma, 27. Ulusal Dermatoloji Kongresi (16-20 Ekim 2018, Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.

ÖZET Trigeminal trofik sendrom (TTS), trigeminal sinirin periferik veya santral bağlantılarının farklı nedenlere bağlı olarak hasarlanmasıyla ortaya çıkan, trigeminal anestezi, fasiyal parestezi ve burun kanadında ülserasyon ile karakterize nadir görülen bir durumdur. Bulgular, özellikle burun kanadı olmak üzere trigeminal sinir dermatomuna uyan bölgelerde görülür. Etiyolojisinde trigeminal sinir hasarı, serebrovasküler olaylar, viral ve bakteriyel enfeksiyonlar ve intrakraniyal neoplaziler yer almaktadır. Burada, serebrovasküler hastalık sonrası oluşan, klinik olarak çok tipik olan ve amitriptilin tedavisine iyi yanıt veren bir TTS olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Trigeminal sinir; ülser; amitriptilin

ABSTRACT Trigeminal trophic syndrome (TTS) is a rare condition characterized by trigeminal anesthesia, facial paraesthesia, and ulceration in the nasal wing, arising from damage of peripheral or central connections of the trigeminal nerve due to different causes. The findings are most common in areas that fit the trigeminal nerve dermatome, especially on the ala nasi. Its etiology includes trigeminal nerve damage, cerebrovascular events, viral and bacterial infections, and intracranial neoplasms. Here, we present a case of TTS that occurs after cerebrovascular disease, which is very typical clinically and responds well to amitriptyline treatment.

Keywords: Trigeminal nerve; ulcer; amitriptyline

Trigeminal trofik sendrom (TTS), ilk olarak 1901'de Wallenberg tarafından ve daha sonra 1933'te Loveman tarafından trigeminal dermatoma yerleşen deri ülseri olarak tanımlanmıştır.¹ Tanımlandığından günümüze kadar yaklaşık 200 olgu bildirilmiştir. Sıklıkla yaşlı kadınlarda görülen bu tablonun etiyolojisi, tam olarak bilinmemekle birlikte trigeminal sinir hasarına bağlı oluşan parestezi ve farkında olunmadan hasta tarafından yapılan tekrarlayan travmalar sorumlu tutulmaktadır.^{1,2} Klinik olarak burun ucunun korunduğu, burun kenarından başlayıp zamanla genişleyerek yanağa ve üst dudağa uzanım gösterebilen yarım ay şekilli keskin sınırlı ülserlerle karakterizedir. Klinik olarak bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom başta olmak üzere deri kanserleri, kutanöz vaskülitler, herpes virüs enfeksiyonları, granülomatöz hastalıklar ve piyoderma gangrenozum ile karışabilir.^{2,3} TTS'nin tanısı; trigeminal sinir hasarına yol açabilen bir tablonun varlığına ek olarak, ayırıcı tanıda yer alan diğer hastalıkların dışlanması ile konulmaktadır.⁴

OLGU SUNUMU

Seksen yedi yaşında erkek hasta, yaklaşık 8 aydır iyileşmeyen ve gittikçe büyüyen sol yanakta yara şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde hipertansiyon, Alzheimer hastalığı, 2 yıl önce geçirilmiş serebrovasküler olay ve buna bağlı olarak gelişen fasiyal paralizi ve parestезisi mevcuttu. Hasta yakınlarından alınan anamnezden, yaranın burun kenarında başladığı, hastanın eliyle o bölgeyi kopardığı ve zamanla yaranın büyüdüğü öğrenildi. Hastanın daha önce başvurduğu merkezde alınan deri biyopsi sonucunun ise nonspesifik ülser zemini ile uyumlu bulunduğu bildirildi. Hastanın sistemik muayenesinde, nörolojik sisteme ait sol hemiparezi ve trigeminal sinirin innerve ettiği bölgede duyu kaybı tespit edildi. Dermatolojik muayenesinde yüzde asimetri, burun sol kanadından üst dudağa ve sol yanağa uzanım gösteren üçgen şekilli, üzerinde yer yer hemorajik kurut izlenen, yer yer kanamalı keskin sınırlı derin

Correspondence: Ayşe TOPÇU DURSUN

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD, Kocaeli, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: aysetopcu8@hotmail.com



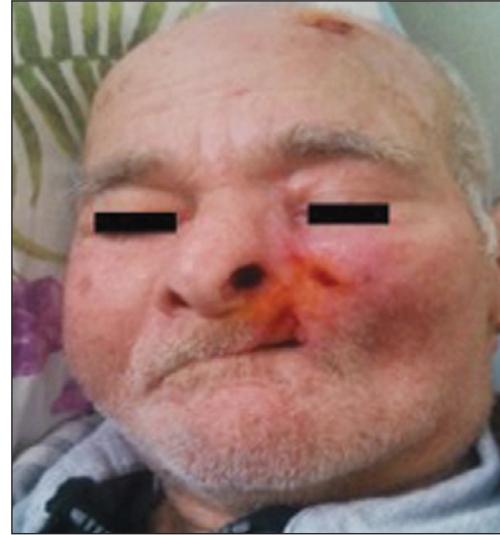
Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology.

Received: 15 Apr 2020 **Accepted:** 16 Jun 2020 **Available online:** 09 Jul 2021

2146-9016 / Copyright © 2021 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



RESİM 1: Burun sol kanadında belirgin doku kaybına neden olan, üst dudağa ve sol yanağa doğru uzanan, üzerinde yer yer hemorajik kurut ve kanama alanları olan keskin sınırlı ülser.



RESİM 2: Amitriptilin tedavisinin 4. ayında ülserde tam iyileşme.

ülser ve burun kanadında, solda kıkırdak dokuda kısmi kayıp izlendi. Burun ucunun ise korunduğu görüldü (Resim 1). Yakın zamanda deri biyopsisi alındığı için tekrarlanmadı. Nöroloji bölümüne danışılan hastada, geçirilmiş serebrovasküler olaya bağlı trigeminal sinir hasarı düşünüldü. Hastaya, geçirilmiş serebrovasküler olay öyküsü sonrasında sekel olarak oluşan fasiyal parestezi olması ve karakteristik klinik bulguların gözlenmesi nedeniyle TTS tanısı konuldu. Nöroloji bölümüyle birlikte tedavi olarak pregabalın 150 mg/gün tedavisi başlandı. Bu tedaviyi hastanın tolere edememesi nedeniyle pregabalın kesilerek, amitriptilin 25 mg/gün tedavisine geçildi. Amitriptilin tedavisinin 4. ayında ülserin tamamen iyileştiği gözlemlendi (Resim 2). Tedaviye devam edilen hastada herhangi bir yan etki izlenmedi.

Bu olgu sunumu, hastadan sözlü olarak izin alınarak yazılmıştır.

TARTIŞMA

TTS, trigeminal sinirin periferik veya santral bağlantılarının hasarlanmasıyla ortaya çıkan, trigeminal anestezi, parestezi ve burun kanadında ülserasyon triadı ile karakterize nadir görülen bir durumdur. Lezyonlar, trigeminal sinirin duysal dalının merkezî veya periferik nedenlerle hasarlanmasına bağlı oluşan anestezi, parestezi veya ağrı nedeniyle farkında ol-

madan etkilenen bölgeyi tekrarlayan koparma, ovuşturma ve kaşıma sonucu oluşur.⁴ Bu nedenle lezyonlar, en sık burun kanadı olmak üzere trigeminal sinir dermatomuna uyan bölgelerde ve tek taraflı olarak yerleşir. Daha ciddi olgularda, olgumuzda da olduğu gibi ülserasyon yanak ve üst dudağa yayılarak skar ve doku kaybına neden olabilir. Saçlı deri, alın, kulak ve çene gibi diğer trigeminal dermatoma uyan alanlarda yerleşim gösteren olgular da bildirilmiştir.⁵ Genellikle ağrısız olan yarım ay şekilli ülserler tek olabildiği gibi birkaç tane de olabilir. Burun ucu trigeminal sinirin oftalmik bölümünün etmoidal dalı tarafından innerve edildiği için sıklıkla korunmaktadır. Bu oldukça patognomonik bir bulgudur.⁶

TTS'nin etiolojisinde; trigeminal nevralji tedavisi için uygulanan gasser ganglion ablasyonuna bağlı trigeminal hasar, posterior serebellar arter infarkta yol açan serebrovasküler olay, herpes zoster ve herpes virüs enfeksiyonları başta olmak üzere viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, akustik nöroma, vertebrobaziler yetmezlik, astrositoma, meningom ve hemanjiyom gibi posterior fossa tümörleri, siringobulbi ve travma yer almaktadır.^{6,7} Olgumuzda, etiolojide serebrovasküler olaya bağlı gelişen fasiyal parestezi mevcuttu.

Sinir hasarı ile ülserasyon arasındaki latent süre, haftalar ile yıllar arasında değişmekte olup, ortalama

1 yıl olduğu bildirilmiştir.² Olgumuzda ise lezyonlar, serebrovasküler olaydan yaklaşık 2 yıl sonra ortaya çıkmıştır.

Tanısı klinik olarak konulan TTS'nin, klinik olarak benzerlik gösterdiği diğer durumlardan dışlanması gerekmektedir. Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar, deri kanserleri, vaskülitler, granümatöz hastalıklar, piyoderma gangrenozum ve faktisyel dermatitler düşünülmelidir. Ayırıcı tanıda, özellikle ülserasyonla giden deri kanserlerinin dışlanabilmesi için histopatolojik inceleme önemlidir. TTS'de, olgumuzda da olduğu gibi histopatolojik incelemede spesifik olmayan inflamatuvar değişiklikler görülmektedir.² Altta yatan başka bir hastalığı yoksa hastanın TTS'de spesifik olmayan histopatolojik bulguların yanı sıra otoantikör düzeylerinde ve rutin laboratuvar incelemelerinde de bir patoloji saptanmamaktadır.²

Tedavisi zor olmakla beraber tedavisinde pimozid, amitriptilin, diazepam ve karbamazepin gibi medikal tedaviler, innerve deri flepleri ile defektin kapatılması gibi cerrahi seçeneklerin yanı sıra transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu ve hidrokolloid örtüler yer almaktadır. Hasta eğitimi ve eldiven gibi koruyucu giysilerin kullanılması, bu tedavilere ek olarak mutlaka gereklidir.⁸

Amitriptilin; benzosiklophepten yapıda sedatif etkileri olan üçüncül bir trisiklik antidepresandır. Etkinliğini noradrenerjik sinir uçlarındaki serotonin seviyesini yükselterek ve norepinefrini inhibe ederek göstermektedir. Ayrıca santral sinir sisteminde antimuskarinik asetilkolin reseptör antagonisti olarak işlev görür ve periferde H1 ve α 1 adreno reseptörleri bloke eder.⁹ Dolayısıyla diğer trisiklik antidepresanlar gibi güçlü antikolinergik yan etkileri mevcuttur.¹⁰

Depresyon tedavisinin yanı sıra diyabetik nöropati, postherpetik nevralji, anksiyete, migren, panik bozukluklar ve çeşitli kronik ağrı sendromlarında da kullanımı bildirilmiştir.¹¹ Literatüre baktığımızda, TTS olgularında amitriptilin tedavisinin kullanımı ile

ilgili oldukça az veriye rastlanmaktadır. Ferrara ve ark.nın bildirdiği bir TTS olgusunda; B vitamini takviyesi, koruyucu örtü ve amitriptilin tedavisi kullanılmış; klinik olarak minimal iyileşme gözlenmiş, fakat hasta takipten çıktığı için uzun dönem takip verileri bildirilmemiştir.¹² Olgumuzda, 4 aylık amitriptilin 25 mg/gün tedavisiyle oldukça başarılı bir sonuç elde edilmiştir. Hastamızda, amitriptilin kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ise gelişmemiştir.

Sonuç olarak; TTS karakteristik öyküsü ve klinik bulguların yanı sıra diğer fasiyal ülser nedenlerinin dışlanması ile tanısı konulan, dermatoloji ve nöroloji başta olmak üzere multidisipliner yaklaşımla başarılı bir şekilde yönetebildiğimiz nöropatik bir dermatozdur. Erken tanı ve tedavi skar ve kalıcı doku kaybını önlemede önem arz etmektedir. Fasiyal ülser ayırıcı tanısında çok nadir görülen TTS'nin de düşünülmesi gerektiğini vurgulamak için olgumuz sunulmuştur.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Ayşe Topçu Dursun, Aysun Şikar Aktürk; **Denetleme/Danışmanlık:** Aysun Şikar Aktürk, Evren Odyakmaz Demirsoy; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Ayşe Topçu Dursun; **Analiz ve/veya Yorum:** Ayşe Topçu Dursun, Aysun Şikar Aktürk; **Kaynak Taraması:** Ayşe Topçu Dursun; **Makalenin Yazımı:** Ayşe Topçu Dursun, Aysun Şikar Aktürk; **Eleştirel İnceleme:** Aysun Şikar Aktürk, Evren Odyakmaz Demirsoy.

KAYNAKLAR

1. Rashid RM, Khachemoune A. Trigeminal trophic syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(6):725-31. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)]
2. Khan AU, Khachemoune A. Trigeminal trophic syndrome: an updated review. *Int J Dermatol.* 2019;58(5):530-7. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)]
3. Monrad SU, Terrell JE, Aronoff DM. The trigeminal trophic syndrome: an unusual cause of nasal ulceration. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50(6):949-52. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)]
4. Bradburn KH, Elston D, Murphey AW, Patel KG. Trigeminal trophic syndrome-a unique clinical presentation of a rare condition. *Ear Nose Throat J.* 2019;98(10):606-8. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)]
5. Kumar P, Thomas J. Trigeminal trophic syndrome. *Indian J Dermatol.* 2014;59(1):75-6. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)] [[PMC](#)]
6. Weintraub E, Soltani K, Hekmatpanah J, Lorincz AL. Trigeminal trophic syndrome. A case and review. *J Am Acad Dermatol.* 1982;6(1):52-7. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)]
7. Sadeghi P, Papay FA, Vidimos AT. Trigeminal trophic syndrome--report of four cases and review of the literature. *Dermatol Surg.* 2004;30(5):807-12; discussion 812. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)]
8. Palanisamy A, Rajappavu SD, Kothandapany S. Trigeminal trophic syndrome. *An Bras Dermatol.* 2017;92(4):593-4. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)] [[PMC](#)]
9. Güneş ML, Yazıcı E, Yazıcı AB, Ferah I, Çadırcı E. The effects of antidepressants on gastric ulcer. *Dicle Med J.* 2013;40(4):691-9. [[Link](#)]
10. Kerr GW, McGuffie AC, Wilkie S. Tricyclic antidepressant overdose: a review. *Emerg Med J.* 2001;18(4):236-41. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)] [[PMC](#)]
11. Bryson HM, Wilde MI. Amitriptyline. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in chronic pain states. *Drugs Aging.* 1996;8(6):459-76. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)]
12. Ferrara G, Argenziano G, Cicarelli G, Cusano F, Delfino M. Post-apoplectic trigeminal trophic syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15(2):153-5. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)]