

NÖROPATİK AĞRIDA SEMPTOMLAR VE SINIFLANDIRMA

SYMPTOMS AND CLASSIFICATION IN NEUROPATHIC PAIN

Cihan Aksoy*

Son birkaç dekada periferik veya santral kökenli ağrıya ilişkin patofizyolojinin anlaşılmasına yönelik çalışmaların ve buna paralel olarak verilerin artması sonucu Santral ağrı, Talamik ağrı, Ağrılı periferik nöropati, Nörojenik ağrı, Nöropatik ağrı, Nöropati ... benzeri isimlendirmeler kavram kargaşası oluşturacak şekilde kullanılmaya başlamıştır. Nöropati tek sinirde mononöropati, çok sinirde mononöropati multipleks, diffüz ve bilateral ise polinöropati adını alan periferik sinir fonksiyon bozukluğu veya patolojik değişikliği olan tablolara verilen isim olmakla beraber nöropatik ağrının kapsamı daha geniştir.

Doğrudan sinir sistemi kaynaklı olduğu anlaşılan bu ağrıların tanımı ve sınıflandırılmasında oluşan karmaşaya yönelik IASP taksonomi komitesi Nöropatik Ağrı (NA) tanımlamasını şöyle yapmıştır. "NA Sinir sisteminin primer lezyonu veya disfonksiyonunun başlattığı veya neden olduğu ağrı türüdür." Bu tanım santral ve periferik sinir sisteminden kaynaklanabilecek ağrıları, sinir yapılarının kalıcı veya fonksiyonel rahatsızlıklarını gözetmek-sizin tümünü kapsamaktadır ve santral ağrı, talamik sendrom, nevralsi, nöropati, kompleks bölgesel ağrı sendromu gibi kavramları içine alır. Bu tanım disfonksiyon kavramını da içermektedir. Burada organik bir patoloji kanıtı gösterilememekle beraber nöral yapılarda fonksiyon bozukluğu ve bu disfonksiyona ilişkin bulgular söz konusudur. Tip 1 Kompleks Regional Ağrı Sendromu gibi disfonksiyonların nöropatik ağrı kavramının dışında tutulması, nöral bir patoloji saptanmaması açısından doğru

olmakla beraber bu yaklaşım, klinik verilerin inkarı anlamına gelmez. Yine primer patoloji ister nöral ister non nöral dokularda olsun, bulgular ve tedavileri büyük farklılıklar göstermediğinden, nöropatik ağrı şemsiyesinde kabul edilmektedir.

Tüm toplumun en az %3 ünü etkileyen, hastaların ciddi ağrılar nedeniyle psikolojik durumunu, günlük yaşam aktivitesini, yaşam kalitesini ve iş performanslarını etkileyerek özürle hale gelmesine yol açan nöropatik ağrılar, ek bulgular göz önüne alınmasa bile önemli ekonomik kayıplara yol açmaktadır. ABD için bu yılda 40 milyar dolar olarak hesaplanmıştır ve tüm kronik ağrıların 1/4 ünü kapsamaktadır.

Nöropatik ağrının en tipik ve bilinen örneği Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu'dur. (CPRS Complex Regional Pain Syndrome). Daha önceleri Refleks Sempatik Distrofi (RSD), Kozalji, Algodistrofi, Sudek atrofisi, Omuz el sendromu... gibi isimlerle tanımlanan bu sendromun; başlatan neden bilinmeyen (Tip 1) ve bilinen (Tip 2) CRPS olarak isimlendirilmesi genel kabul görmüştür. Patogenezi giderek daha iyi anlaşılacak kadar karmaşık olan Nöropatik ağrılarda en önemli patofizyolojik mekanizma sodyum ve kalsiyum kanallarının bölgesel uyarılması (upregulation), spinal hipereksitabilite, inen yolların fasilitasyonu ve aberran sempatik-somatik sinir sistemi interaksiyonlarıdır.

Nöropatilerde sinir iletiminin engellenmesi sinirlerin disfonksiyonuna ve buna bağlı olarak ilgili

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Prof. Dr. Cihan Aksoy, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Anabilim Dalı

* İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Anabilim Dalı

Tablo-I

Nöropatik ağrının ortak kliniği

Nöropatik Ağrı:
Ağrı kalitesi anomal: Yanıcı, batıcı, ezici, burucu, çakıcı
...,gibi tarifi zor,
Kötü lokalize edilen, bazen yaygın hissedilen,
Sık paroksizmal ağrı ile birlikte,
Travmadan hemen sonra veya gecikmiş olarak
başlayabilen,
Ağrı yoğunluğu duyu durumu ve yorgunlukla etkilenen,
Sıklıkla anatomik yayılım bölgesinde etkilenmiş duyu
algılanması ile birlikte,
Allodini, hiperaljezi ve hiperpati nin eşlik ettiği,
Vazomotor ve sudomotor değişikliklerin birlikte görüldüğü,
Bazı hastalarda distrofik değişikliklerin devreye girdiği ağrı
tablolardır.

bölgede hissizlik, güçsüzlük, derin tendon refleksi-
lerinde azalmaya yol açar. Nöropatik ağrı tabloları
ise spontan ve stimulus ile uyandırılan ağrılarla
karakterizedir. Spontan ağrı (devamlı veya aralıklı)
yanıcı, batıcı, şimşek çakar gibi tarif edilir. Stimulus
ile uyandırılan ağrı allodinya (ağrısız temasla ağrı
duyma) ve hiperaljezi tarzındadır.

Nöropatik ağrının klinik bulguları Tablo 1 de
özetlenmiştir.

Sınıflandırma: Çok sayıda ve farklı bakış açıları-
na yönelik sınıflamalar mevcuttur. Burada daha kap-
samlı olduğu için etiyolojik nedenlere, patolojiye ve
anatomik lokalizasyona yönelik sınıflandırma verile-
cektir. (Tablo 2)

Tablo-II

Nöropatik ağrıları Anatomik Lokalizasyon ve
etiyojilerini içeren sınıflandırma**A) Nöropatik ağrının Periferik Nedenleri**

A1) Mononöropatiler ve multipl mononöropatiler
Travma: kompresyon, transeksiyon, post
torakotomi, ağırlı nedbe
Diyabetik mononöropati ve amyotrofi
Nevraljik amyotrofi
Konnektif doku hastalıkları
Malign ve radyasyon fleksopatiler
Trench foot
Borreliosis

*A2) Polinöropatiler***A2 i) Metabolik**

Nutrisyonell:
Diabetik
Alkolik
Pellagra
Beri-beri
Strachan's (Jamaica tipi) nöropati
Küba tipi nöropati
Tanzania tipi nöropati
Yanan ayak (Burning feet) sendromu
Amiloid

Tablo-II (devamı)

Nöropatik ağrıları Anatomik Lokalizasyon ve
etiyojilerini içeren sınıflandırma**A2 ii) İlaç bağı/Toksik:**

Isoniazid
Talyum
Cisplatin
Arsenik
Vincristine
Clioquinol
Nitrofurantoin
Disulfiram

A2iii) Infektif:

HIV
Acute inflamatuvar polinöropati
(Guillain-Barre) / CIDP

A2iiii) Hereditör:

Fabry hastalığı (Fabry's disease)
Dominant geçişli sensori nöropati / HSN

A2 iiiii) Malign:

Myeloma
Karsinomatoz
İdiopatik küçük lif (small fibre) nöropatisi

B) Nöropatik ağrının santral nedenleri

B1) Spinal kök/Dorsal kök Ganglion
Disk Prolapsusu
Araknoidit
Post herpetik nevralsi
Trigeminal Nevralji
Kök avulsiyonu
Cerrahi Rizotomi
Tümör

B2) Spinal kord

Kompresyonlar ve diğer travmalar
Sirengomyeli ve intrinsik tümörler
Multipl skleroz
Vasküler olaylar (İnfarkt, hemoraji, AVM)
Spinal disrafizm
Vitamin B12 eksikliği
HIV
Sifilis
Anterolateral kordotomi

B3) Beyin sapı

Lateral medüller sendrom
Tümörler
Syrinks
Multipl skleroz
Tüberküloza

B4) Talamus

İnfarkt
Hemoraji
Tümörler
Cerrahi lezyonlar

B5) Subkortikal ve kortikal

İnfarkt
Hemoraji
Tümörler
AVM

C) Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu

Tip1 Nedeni bulunmayan
Tip2 Travma sonrası

Tüm bu patolojiler içine en sık görülen nöropatik
ağrı sendromlarına ilişkin klinik bulgular ve
patofizyolojileri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tanı (Eşlik eden neden)	Tipik klinik bulgu	Özet patofizyoloji ve klinik patogenezi
Ağnı diyabetik nöropati (Hiperglisemi)	Alt ekstremitelerde simetrik duyu azalması ve yanıcı ağrı	Hiperglisemi, hiperlipemi, hipoinülinemi, growth faktör eksikliği → oksidatif stres ve otoimmünite → progressif demiyelinizasyon ve akson kaybı → duyu kaybı, parestezi, disestezi, ağrı ve allodinia
Lumbosakral radikülopati (Disk hernisi)	Yırtar şekilde bacağına ilgili bölgelerine yayılan ağrı, kuvvet ve duyu kusuru	* Spinal kök basısı, * Ekstrüde nukleus pulpozus materyalinin enflamatuvar etkisi, → Yayılan ağrı, sensorimotor kayıp
Postherpetik nevralkji (Varicella zoster enfeksiyonu)	İlgili dermatomda ağrı, duyu kusuru ve allodinia	* Dorsal boynuzda atrofi, duysal ganglionlarda hücre, akson ve myelin kaybı * Myelinsiz kutanöz reseptörlerde sensitizasyon (irritabl reseptörler) ve/veya * Küçük lif deafferentasyonu ve allodinia ve/veya * Küçük ve büyük lif deafferentasyonu * Duyu kusuru, ağrı allodinia
CRPS * Tip 1 (Eski adı RSD) Gösterilebilen sinir lezyonu yok * Tip2: (Eski adı Kozalji- sinir yaralanması)	Bölgesel (Örneğin Üst Ekstremitede) ağrı, ve eşlik eden cilt kan akımı ve terleme anomalileri	* Etkilenmiş afferent sinirlerin dorsal ganglion bölgesi veya periferik nöroma bölgesinde sempatik nöronların zararlanmış duysal nöronlarla "Coupling"i → sinir yaralanmasını izleyen noradrenerjik sensitivite gelişmesi * Ağrı, allodinia, hiperaljezi, ödem, cilt kanlanma ve terleme anomalilikleri
Cerrahi sonrası nöropatik ağrı (Cerrahi girişim)	* Cerrahiden sonraki 3 aydan sonra devam eden nedbe çevresi çevresinde ağrı, duyu kaybı ve allodinia * Amputasyon veya mastektomi sonrası Fantom ağrısı	* Amputasyonların %30-81 inde Fantom ağrısı * Torakotomilerde %11-57 * Mastektomilerde % 66-83 * Herni tamirinde %37 den az * Strenotomilerde %54 ten az

KAYNAKLAR

1. Mackey S: Improving Quality of Life when Battling Diabetic Peripheral Neuropathy -Slide show-Medscape http : paincenter. Stanford. Edu. 200
2. GilronI, WatsonP , Cahil C,Moulin D: Neropathic Pain: a practical guide for the clinician CMA 2006 ; 175(3) 266-275
3. Robert RM, Campana WM, Shubayev V: The role of neuroinflammation in neuropathic pain: mechanisms and therapeutic targetsDDT 2006 ; 11(1-2) 8-20
4. BaronR: Mechanisms of Disease: neuropathic pain-a clinical perspective Nat Clin Pers Neur 2006; 2 (2) 95-106
5. Scadding J: Neuropathic Pain ACNR 2003 3(2) 8-14