

Kafa Çiftleri Lezyonları ve Dişhekimliği Açısından Önemi

- N. Trigeminus (5. Kafa çifti)
- N. Facialis (7. Kafa çifti)
- N. Vagus (10.Kafa çifti)

N. Trigeminus

5. kafa çiftidir. Büyük bir alana duysal ve motor lifleri verir. 3 ana dalı vardır:

1) N. Ophtalmicus

- Frontal bölge
- Palpebra
- Conjunctiva
- Cornea
- Iris
- Burnun üst kısımlarına dallar verir.

2) N. Maxillaris

- Temporal bölge
- Zygomatic bölge
- Üst dudak
- Maxilla bölgelerine dallar verir.

3) N. Mandibularis

- Yanağın alt bölgesi
- Alt dudak
- Dilin 2/3 ön bölümü
- Mandibula bölgelerine dallar verir.

- N. Mandibularis felci,

- Dilin 2/3 ön kısmında duyarlılık ortadan kalkar.
- Tat duyusu geçici olarak kaybolur.

Uzun yıllar tat duyusunun direkt n.mandibularis' e ait olduğu düşünülmüş ancak sonradan direkt ilişkisi olmadığı ve bu tat duyusundaki kaybın geçici olduğu görülmüş. Bu geçici felcin nedeni ise dejenere olan n.mandibularis liflerinin, tat duyarlılığını ileten n.facialis liflerine yaptığı basınç olduğu anlaşılmış.

- N.trigeminus' un motor lifleri n.mandibularis içinden seyrederek buradan çiğneme kasları olan m.massetericus, m.temporalis, m.pterygoideus lateralis'e gider. Bu dalın tek taraflı felcinde,

- Felç olan tarafın ağız kasları hareket edemez
- Yüzde asimetri
- Oklüzyon gücü azalır
- Mandibula, maxilla'ya yaklaşamaz
- Mandibula felç olan tarafa kayar.

- N.trigeminus' un motor sinirlerinde tek taraflı lezyon oluşur ve çiğneme kasları denerve edilirse,

- Lezyonlu tarafta çiğneme kaslarında atrofi ve paraliz
- Yüz-kemik gelişiminde gerileme meydana gelir.

Not: Duysal sinirlerde iyileşme, motor sinirlere oranla daha hızlı olur. İyileşme duysal sinirlerde 6 ay-1 yıl içinde olurken, motor sinirlerde bu süre 2 yılı geçebilir.

. Trigeminal nevralsi

N.trigeminus' un aşırı eksitasyonu ile meydana gelen çok şiddetli ağrılarla karakterize bir sinirsel hastalıktır. Trigeminal nevralsi ya bütün sinir dallarında ya da belirli bir dalın innerve ettiği lokal bölgelerde aralıklı ağrılar şeklinde meydana gelir.

- Ağrı sırasında yüzde kronik kasılmalar meydana gelir.
- Yakıcı ve vurucu bir ağrıdır.
- Ağrılar kısa sürelidir.
- Ağrılı tikler meydana gelir. (**tic douleureux**)
- Unilateraldir.
- Ağrıyı tetikleyen **Trigger noktaları** vardır.
- Trigger noktalarını tetikleyen faktörler: rüzgar, yüzü yıkamak, traş olmak, sakız çiğnemek.
- Bayanlarda daha çok görülür.

Trigeminal nevralsi hastasına tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır?

- 1) Alınan ölçünün çok net olması gerekir. Ölçü yüzeyinde tüm doku detayları görülmelidir.
- 2) Uygulanacak protetik tedavide dikey boyut normalden biraz daha fazla olmalıdır.
- 3) Orta hat tam saptanamadığı için düzgün bir diş dizimi yapılamaz. Bu hastalarda orta hat kaymıştır ve phrenulum' abakılarak ayarlama yapılmalıdır.
- 4) Protez kenarları normalden biraz daha uzun hazırlanmalıdır.
- 5) Dişler nötral alana dizilmelidir.
- 6) Diş seçiminde silik tüberküllü dişler tercih edilir, ayrıca kaidesi geniş, boyu kısa dişler kuvvetleri daha iyi dağıtırlar.
- 7) Protezler kenarları daha kalın hazırlanmalıdır.
- 8) Alt ve üst çenedeki anatomik oluşumlar proteze aynen yansıtılmalıdır.
- 9) Protezin polisajı çok iyi olmalıdır.

Trigeminal Nevralji – Tedavi:

- Nevralji tedavisinde multidisipliner yaklaşım gereklidir.
- Amaç ağrıyı azaltmaktır.
- Hasta, ağrıyı tetikleyecek alışkanlıklarından vazgeçmelidir.
- Önce Tegretol (Carbamazepine) tedavisi başlatılır. (Piyasada 200 mg tab)
İlk gün 100 mg 1x1
Sonraki günler 200 mg
Doz yavaş yavaş artırılır →400 mg 2x1 veya 3x1
1200 mg/g geçmemelidir.
- Gerekirse Tegretol ile birlikte kas myorelaksanı olarak da Lioresal (Baclofen) kullanılır.
(piyasada 10 mg tab)
İlk gün 5 mg
2 günde bir doz 5'er mg artırılır.
80 mg/g geçmemelidir.
- İlç tedavisinde yanıt alınmazsa: önce sinirlere, gerekirse Gasser ganglion' a anestezi blokaj yapılır.
- Semptomlarda hala azalma olmazsa son olarak sinir kesilir veya ganglion çıkartılır.
Ganglion çıkartılırsa,
 - Yüzde değ i ve basınç duyuları ortadan kalkar.
 - Bütün yüzde uyuşukluk hissi olur.
 - Cornea' da duyarlılık ve corneal reflex ortadan kalkar, dolayısıyla yeterince gözyaşı oluşamaz. Cornea yavaş yavaş kurur, görüntü bulanıklaşır ve iltihaplanmalargörülür. Bu durum "**Keratitis Neuroparalitica**" olarak adlandırılır ve tedavi edilmezse sonu tam körlüğe kadar gider.

Ayrıca nevralsi tedavisinde "Microvascular Decompression" adlı bir tedavi yöntemi de gündeme gelmiştir. Bu cerrahi yöntemde amaç, trigeminal sinire giden kan damarlarına kompresyon yaparak ağrı iletisini ortadan kaldırmaktır. Bunun için, önce kafatasında bozuk paranın yarısı büyüklüğünde ufak bir delik açılır, dura mater kaldırılır, trigeminal sinire giden damarlar da kaldırılarak sinirle damarların arasına "Polytetrafluoroethylene" (PTFE) parçası konulur. Bu tedavi yönteminde başarı oranı %80 olarak görülmüştür.

N.Facialis

7. kafa çiftidir.

Büyük bir motor ve küçük bir duysal kısımdan oluşmuştur. Ayrıca parasempatik ve sekretör lifler de içerir.

- N.facialis, can.fallopia' dan çıkmadan önce bir dal verir. Bu dal, kulak boşluğundan geçtikten sonra n.lingualis' e katılır. Eğer, can.fallopia' dan çıkmadan önce bir lezyon meydana gelirse,
 - Yüz kaslarının paralizi
 - Dilin 2/3 ön kısmında tat duyusunda kayıp
 - Gl. Sublingualis ve gl.submandibularis' te felç.

• **Facial Paralizi**

Tek taraflı paralizi durumunda,

- Paralize olan taraftaki yüz hareketsizdir ve mimikler kaybolur.
- Sağlam taraftaki kasların tonusu fazla olduğu için yüz sağlam tarafa doğru kayar.
- Okluzyon bozulur.

Facial paralizinin saptanması: Hastaya bir takım kas hareketleri yaptırılmaya çalışılır.

- Göz kapağı kapanmaz.
- Gülme esnasında paralize olan taraf gülemez, sağlam tarafta ağız yukarı doğru çekilir.

Facial paralizli hastaya tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır?

- 1) Çiğneme, alt çenenin sağa-sola kayması nedeniyle tam yapılamaz ve bu hastalarda protez yapımı oldukça zordur.
- 2) Tükürük bezleri etkilendiği için, yapacağımız protezin tutuculuğu olumsuz yönde etkilenir.
- 3) Ölçü alırken hasta reflekslerini ayırt edemez.
- 4) Buccal kasların tonusu ortadan kalktığı için protezde tutuculuk sağlanamaz → Ölçünün çok net olması gerekir. Anatomik oluşumların ve çevre dokuların ölçüye hassas bir şekilde aktarılması önem taşır. Buccinator kasın ve tükürüğün yetersizliğinden, silikon ölçü maddeleri koyu kıvamlı olduğu için tercih edilir ve 2 tane fizyolojik ölçü alınır.
- 5) Dikey boyutun tesbiti güçleşir →

Bu hastalarda kas tonusu kaybedildiği için dikey boyutun saptanması çok zordur. Dikey boyut kas tonusunu arttırmak için hafif yüksek ayarlanmalıdır.

- 6) Orta hat tam saptanamadığı için düzgün bir diş dizimi yapılamaz. →

Bu hastalarda orta hat kaymıştır ve phrenulum' a bakılarak ayarlama yapılmalıdır.

- 7) Diş diziminde de dikkat edilmelidir. Nötral alan bozulmuştur. Bu nedenle dişler mümkün olduğunca nötral alana yerleştirilmelidir.
- 8) Normal dizimde sağladığımız Spee eğrisi facial paralizli hastalarda oluşturulmaz.

Çünkü protezin balansının bozulmasına ve devrilmesine neden olur.

- 9) Diş seçiminde silik tüberküllü dişler tercih edilir, ayrıca kaidesi geniş, boyu kısa dişler kuvvetleri daha iyi dağıtırlar
- 10) Dil tabanını oluşturan kaslarda tonus tam olarak sağlanamadığı için alt protezde tutuculuk zor sağlanır.
- 11) Alt protezde labial kenarlar uzun, fakat buccal ve lingual kenarlar kısa hazırlanmalıdır.
- 12) Üst protezde sınırlar AH hattına uzanmalıdır ve vestibül kenarlar uzun hazırlanmalıdır. Hermetik kapanma iyi sağlanmalıdır.
- 13) Yanak, dudak ve dil kasları pasif olduğu takdirde bir alt protezin yerinde sabit tutulabilmesi mümkündür. Kas tonusları ve protezin ağırlığı nedeniyle protez yerinde durur. Bunu sağlayabilmek için de protezlerin cilalı yüzlerinin eğimlerinin, bir tarafta dudak ve yanak, diğer tarafta dil olmak üzere ayarlamak gerekir. Facial paralizli hastalarda kasların tutuculuğundan faydalanamayacağımız için cilalı yüzeyler alt protezde kalın, üst protezde ise ince hazırlanmalıdır.
- 14) Her protezde olduğu gibi protezin polisajı iyi olmalıdır.
- 15) Antimikrobiyal içerikli akrilik kaideler kullanılmalıdır.
- 16) Ne yazık ki bazen hastaya protezi en iyi şekilde teslim etsek bile, hasta protezi kabullanamayabilir. (Psikolojik etki)

Bell paralizi

Periferik sinir dallarındaki iltihabi ve virütik bir hastalık sonucu meydana gelen, akut solunum yolu hastalığını takiben ortaya çıkan facial paralizi hastalığıdır. Etiyolojisinde tümör, cerrahi girişimler, travma da vardır.

Tedavi:

- Gençlerde iyileşme şansı daha yüksektir.
- Yaşlı hastalarda çoğunlukla irreversible' dir. İyileşme olsa bile mutlaka bir miktar sekel kalır.
- Ağrı varsa analjezik solüsyon enjeksiyonu
- Enfeksiyon varsa antibiyoterapi
- Kortikosteroid tedavisi
- Okluzyonda tek taraflı ciddi bir bozulma varsa, fonksiyon sağlamak için bozulmanın olduğu tarafa protetik splint uygulanması gerekir.
- Diatermi
- Fizik tedavi

N.Vagus

10. kafa çiftidir.

Duysal, motor, vazodilatatör, sekretör lifler içerir. Dolaşım, solunum, sindirim sisteminin çeşitli kısımlarına dağılır ve fonksiyonlarını düzenler.

- N.vagus' un solunum sistemindeki fonksiyonu:

Larynx bölgesini innerve eder ve 2 dala ayrılır.

1.dal, larynx mukozasına sinirlenir, ancak ses tellerinin gerilmesine yardım eden m.cricothyroideus' un motor dalı bunun dışındadır. Eğer bu sinir felç olursa ses kısırlığı meydana gelir.

2.dal ise larynx' in bütün diğer kaslarını innerve eder, bu sinirin felcinde ise hiç ses çıkarılamaz.

- N.vagus' un sindirim sistemindeki fonksiyonu:

Motor, duysal ve sekretör lifler içerir.

Sindirimdeki fonksiyonu yutkunma ile başlar. Ağızda oluşan lokma istemli olarak pharynx' e gelir ve lokmanın pharynx mukozasına değmesi ile yutkunma refleksi başlar. Bu refleks, birbiri ardına meydana gelen bir zincir refleksidir. Lokmayı ağızda hareket ettirmek için dil hareketi ile birlikte ağız tabanı ve pharyngeal kaslar birlikte görev görür. Lokmanın ağız mukozası üzerine yaptığı basınç ve bundan sonra oluşan impulslar, n.vagus' un motor lifleriyle birlikte çiğneme kaslarını harekete geçirir.

Sert damak ve dilin arka bölgesinin tat duyarlılığını ve gene bu bölgede pharynx mukozasının tympan boşluğunu ve östaki borusunun yüzeysel duyarlılığını sağlar.

