

Post-herpetik nevrалji tedavisinde modifiye van-Lint blokajı: Olgu sunumu

Modified van-Lint technique for the management of postherpetic neuralgia: case report

H. Evren EKER,¹ Oya YALÇIN ÇOK,¹ Meltem AÇIL,² Hacer ÜLGER,¹ Anış ARIBOĞAN¹



Özet

Akut herpes zoster (AHZ) bağlı postherpetik nevrалji (PHN) gelişme insidansı %48-75 arasındadır. Herpes zosterin akut fazında uygulanan sinir blokları ile hem ağrının kontrolü sağlanmakta hem de PHN gelişimi önlenmektedir. Burada göz çevresinden başlayıp saçlı deriye doğru supraorbital ve supratroclear sinir hatları boyunca uzanan veziküllerle birlikte görülen AHZ'ye bağlı nevrалji tedavisinde modifiye van-Lint blokajının uygulandığı iki hasta sunuldu. Sağ göz çevresinden başlayıp alından saçlı deriye uzanan ağrılı veziküllerle seyreden akut herpes zoster tanılı hastalar takip edilen 72 ve 66 yaşında iki kadın hasta kliniğimize ağrı tedavilerinin düzenlenmesi için kabul edildi. Klinik şikâyetleri uyuşukluk, hipoestezi, yanma, zonklama ve şiddetli ağrı olan hastaların ilk vizüel analog skala (VAS) değerleri 9 ve 10'du. Medikal tedavileri asiklovir ve asetaminofen ile düzenlenen, klasik sinir blokajı uygulanacak bölgelerde aktif vezikülleri bulunan hastalara 5 mL %1'lik lidokain ile modifiye van-Lint sinir blokajı uygulanması planlandı. Enjeksiyonun ardından VAS skorları 1'e gerileyen hastalara 1 hafta sonra aynı yöntemle işlem tekrarlandı. İkinci enjeksiyondan önce hastaların veziküllerinde sönme ve kurutlanma tesbit edildi, hipoestezi, yanma ve zonklamanın geçtiği, uyuşukluğun ise azalarak devam ettiği hastalarda VAS skorları 4 ve 5 olarak kaydedildi, 2. enjeksiyondan sonra uyuşukluk şikâyetleri geçen, VAS skorları 1 ve 2'ye gerileyen hastaların 3 aylık takiplerinde ek analjezik ihtiyaçlarının da kalmadığı tespit edildi. Göz çevresinden saçlı deriye uzanan aktif veziküllerle seyreden supraorbital ve supratroclear sinir hattında AHZ'ye bağlı nevrалji tedavisinde, modifiye van-Lint tekniği 5 mL %1'lik lidokain ile güvenli ve etkin olarak uygulanabilir.

Anahtar sözcükler: Postherpetik nevrалji; van-Lint blokajı.

Summary

Acute herpes zoster (AHZ) causes postherpetic neuralgia (PHN) in 48-75% of patients. Nerve blocks performed in the acute phase of HZ may treat the pain and prevent PHN development. Here, we present pain relief with modified van-Lint block in two cases with AHZ involving vesicles on the traces of the supraorbital and supratroclear nerves. Two female patients, 72 and 66 years old, with AHZ involving vesicles on the traces of the supraorbital and supratroclear nerves starting from the right periocular region to the scalp presented with symptoms such as hypoesthesia, dizziness, burning, throbbing, and severe pain. Their initial visual analogue scale (VAS) scores for pain were 9 and 10, respectively. Supraorbital and supratroclear nerve blockade with modified van-Lint technique was planned, as the classical nerve block sites were covered with active vesicles. Following the nerve blocks, VAS scores of both patients decreased to 1 immediately. Vesicles were faded and scabbed, symptoms such as hypoesthesia, burning and throbbing had recovered, dizziness was relieved, and VAS scores were 4 and 5, respectively, after one week. VAS scores were 1 and 2, respectively, after the second injection, and all symptoms were resolved, and no additional analgesic was required during a three-month follow-up. Modified van-Lint block with 5 mL 1% lidocaine may provide successful pain relief in AHZ involving vesicles on the traces of the supraorbital and supratroclear nerves.

Key words: Postherpetic neuralgia; van-Lint block.

¹Başkent Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı;

²Acıbadem Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bilim Dalı

¹Department of Anaesthesiology and Reanimation, Başkent University;

²Department of Anesthesiology and Reanimation, Acıbadem Hospital, Turkey

Başvuru tarihi - 6 Kasım 2009 (Submitted - November 6, 2009) Düzeltme sonrası kabul tarihi - 1 Kasım 2010 (Accepted after revision - November 1, 2010)

İletişim (Correspondence): Dr. H. Evren Eker. Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Dadaloğlu Mah., 39 Sok., No: 6, Yüreğir 01250 Adana, Turkey.

Tel: +90 - 322 - 327 27 27 **e-posta (e-mail):** evreneker@yahoo.com

Giriş

Herpes zoster, etkeni varicella zoster virüsü olan bir enfeksiyon hastalığıdır. Virüsün, omurilik arka köklerine yerleştiği ve bir nedenle aktif hale geçerek, belirtilerin ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Herpes zoster hastaların çoğunda dermatomal ağrı ile başlar ve birkaç gün içerisinde tipik dermatomal döküntü gelişir. Veziküller orta hattı geçmez ve 1 ila 3 hafta içerisinde kaybolur fakat ağrı sıklıkla veziküller iyileştikten sonra da devam eder. Bu ağrılar aylarca hatta yıllarca sürebilir ve postherpetik nevralji (PHN) olarak adlandırılır.^[1]

Akut herpes zostere (AHZ) bağlı PHN'de ağrı şiddetli, derin, zonklayıcı ve yanıcı karakterde olup genellikle allodini ve/veya hiperaljeziyle birlikte ve AHZ enfeksiyonundan sonra gelişme insidansı %48-75 arasındadır.^[2] Ancak, akut dönemde uygulanan çeşitli tedavi yöntemleri ile PHN gelişme ihtimali önemli düzeyde azalmaktadır. Asiklovir, antidepresan, opioid gibi farklı medikal tedavi uygulanan hastalarda PHN gelişme sıklığı %22.2'ye gerilerken, intratekal, paravertebral, epidural, infiltrasyon bloğu gibi sinir bloğu uygulanan hastalarda %1.6 sıklıkta görülmektedir.^[2]

Sonuçta herpes zosterin akut fazında uygulanan sinir blokları ile elde edilen klinik başarı oldukça yüksektir ancak blok uygulanacak alanda aktif veziküllerin bulunması uygulanacak işlemin ertelenmesini gerektirebilir.^[3] Bu durumda aktif veziküllerin bulunduğu sinir traselerine alternatif yaklaşımlarla nöral blokaj uygulanabilir. Böylelikle ağrı tedavisi başarıyla uygulanırken, aktif veziküllerin yayılımı ve enfeksiyonun ilerleme riski de ortadan kalkmış olur.

Bu yazıda, göz çevresinden başlayıp saçlı deriye doğru supraorbital ve supratroklear sinir hatları boyunca AHZ'ye bağlı PHN'si olan ve klasik supraorbital ve supratroklear sinir blokajı uygulanacak alanlarda aktif vezikülleri bulunan iki hastaya 5 mL %1'lik lidokain ile uygulanan modifiye van-Lint blokajı aktarılmaktadır.

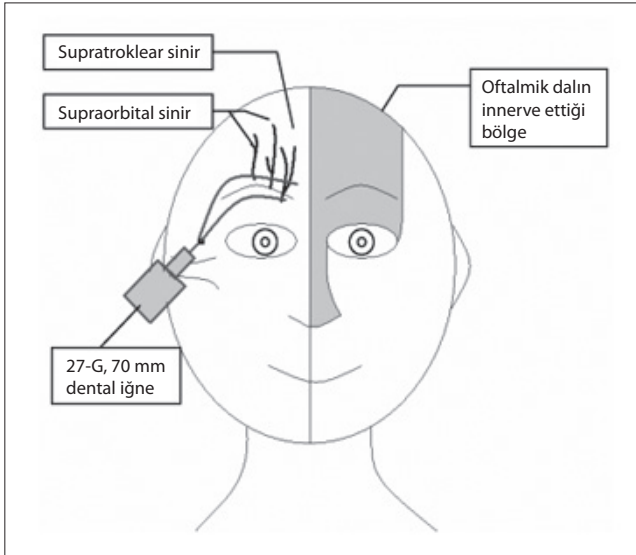
Olgu Sunumu

Sağ göz çevresinden başlayıp alından saçlı deriye uzanan alanda ani başlayan, analjeziklere yanıt vermeyen şiddetli ağrı şikâyeti olan 72 ve 66 yaşında iki

kadın hasta, ağrılı alanda önce kızarıklık, ardından farklı boyutlarda veziküllerin oluşması üzerine sırasıyla semptomların 3. ve 4. gününde hastanemizin dermatoloji servisine başvurdu. Özgeçmişlerinde eşlik eden immünsupresif bir hastalık olmayan her iki hastaya ağrılı veziküllerle seyreden AHZ tanısı konarak asiklovir ile standart medikal tedavi başlandı ve analjezik olarak tedaviye asetaminofen eklendi. Antiviral tedavinin sırasıyla 2. ve 3. günlerinde ağrıları devam eden hastalar kliniğimize ağrı tedavilerinin düzenlenmesi için kabul edildi.

Klinik şikâyetleri uyuşukluk, hipoestezi, yanıcı ve zonklayıcı ağrı olup, fizik muayenede hiperaljezi ve allodini mevcut olan hastaların ilk vizüel analog skala (VAS) değerleri 9 ve 10'du. İleri yaş grubunda olmaları ve şiddetli ağrı şikâyetleri nedeniyle hastalara supraorbital ve supratroklear sinir blokajı uygulanması planlandı. Ancak, sinir traseleri boyunca aktif veziküllerin bulunması nedeniyle veziküller boyunca uygulanacak klasik supraorbital ve supratroklear sinir blokajı yerine fasiyal sinir bloğu için tanımlanan, lateral kantustan başlayarak orbita çevresine uygulanan, anatomik yakınlık nedeniyle oftalmik sinirin dalları olan supraorbital ve supratroklear sinir dallarının blokajı için modifiye edilen van-Lint tekniğinin uygulanması kararlaştırıldı. Böylelikle veziküllere paralel uygulanması gereken klasik teknik yerine, her iki sinire de dik düzlemde ulaşarak aktif veziküllerle temas ihtimalini en aza indirmek ve yayılım ihtimalini azaltmak hedeflendi.

Hastalar supin pozisyonda yatırılıp gözleri kapatıldıktan sonra göz kapağı ve alında steril alan oluşturuldu. 27-G, 70 mm dental iğne ile gözün alt dış kenarının 1 cm lateralinden girildi, iğne cilt altından kaş hattı takip edilerek yukarıya ve mediale doğru yönlendirildi. Geri çekilirken 2.5 mL %1'lik lidokain enjekte edildi. İğne orbitanın alt dış kenarına geri çekildikten sonra kaşın üst kenarı boyunca mediale yönlendirildi ve bu hatta da 2.5 mL %1'lik lidokain enjekte edildi (Şekil 1). Enjeksiyonunun ardından VAS skorları 1'e gerileyen hastalara 1 hafta sonra aynı yöntemle işlem tekrarlandı. İkinci enjeksiyondan önce hastaların veziküllerinde sönme ve kurutlanma tesbit edildi. Hipoestezi, yanma ve zonklamanın geçtiği, uyuşukluğun ve fizik muayenede hiperaljezi ve allodininin azalarak devam ettiği hastalarda VAS skorlarının 4 ve 5 olduğu belirtil-



Şekil 1. Modifiye van-Lint bloğu.

di. Hastaların bir haftalık süreçte ek analjezik olarak parasetamol ve nonsteroid antiinflamatuar kullandıkları, analjezikleri takiben ağrılarının geçtiği ancak ilaçların etki süresinin sonunda ağrı şiddetinde yeniden artış olduğu kaydedildi. Modifiye van-Lint blokajının ikinci uygulamasının ardından uyuşukluk şikâyetleri geçen hastaların VAS skorları sırasıyla 1 ve 2'ye geriledi. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastaların 3 aylık takiplerinde nöropatik ağrı semptomlarının tekrarlamadığı ve ek analjezik ihtiyaçlarının da olmadığı tespit edildi.

Tartışma

AHZ döküntülü bir deri hastalığı olmasının yanı sıra uzun sürebilen şiddetli nevrалjilere neden olmasıyla da farklılık gösteren bir enfeksiyöz hastalıktır. Periferik sinirlerde oluşan hasar, enflamasyon ve bunlara bağlı sekonder değişiklikler sonucunda oluşan PHN tablosu ise medikal tedaviye dirençli olabilen, şiddetli nöropatik ağrı semptomlarıyla seyreden kronik bir süreçtir.^[2] Akut dönemde dahi son derece ağrılı olan herpes zoster enfeksiyonu tedavisinde hedef antiviral tedavi uygulamasının yanı sıra ağrı tedavisinin etkin olarak uygulanması ve kronik süreçte nevrалji gelişiminin önlenmesidir.

Çalışmalarda varılan ortak görüş, uygulanacak medikal ya da girişimsel tedavi yönteminin akut safhada başlanması yönündedir. Böylelikle ağrılı dönemin kısa sürmesi sağlanırken, ağrının kronikleşmesine ve santral sensitizasyonun gelişmesine fırsat ve-

rilmemiş olunmaktadır.^[2] Bu amaçla akut dönemde trisiklik antidepresanlar, antikonvülzanlar ve sinir blokları yaygın olarak kullanılmaktadır.^[3-6] Ancak, hem trisiklik antidepresanlar hem de gabapentin gibi antikonvülzan ilaçlar özellikle ileri yaş grubunda tolerabilitesinin düşük olması ve etkin doza ulaşmak için ilaç dozunun titre edilmesi nedeniyle dikkatli kullanım gerektirmektedir.^[2] Diğer taraftan sinir bloklarının hızlı etki göstermesi, tek uygulamayla özellikle semptom süresi iki haftadan kısa olan olgularda yeterli sonuç alınabilmesi ve sonucun süreklilik göstermesi ilk planda tercih edilmelerine neden olabilmektedir.^[3] Çalışmalarda da akut dönemde sinir bloğu uygulaması ile ağrının kalıcı olarak giderildiği, hatta PHN gelişiminin önlenmesinde nöral blok uygulamalarının daha etkili olduğu ortaya konmuştur.^[3,7]

Bizim uygulamamızda da akut dönemde kliniğimize başvuran her iki hastanın hem VAS skorlarının yüksek olması hem de ileri yaş grubunda olmaları nedeniyle öncelikle nöral blokaj uygulanması planlanmıştır. Ancak, supraorbital ve supratroklear sinir traseleri boyunca saçlı deriye uzanan alanda birbirine paralel iki dizili sıra halinde aktif veziküllerin bulunması, ayrıca blokların uygulanmasının önerildiği noktalarda da aktif veziküllerin olması nedeniyle infiltrasyon tekniğine dayalı alternatif bir yöntem olan van-Lint blokajı tercih edilmiştir.^[8] Bu blokajda hedef, tüm sinir trasesi boyunca infiltrasyon uygulamak yerine oftalmik sinir dalları olan supraorbital ve supratroklear sinirin supraorbital çentiklerden çıkarak yüzeyelleştikleri noktaları içine alan bölgeye infiltrasyon bloğunun uygulanmasıdır. Van-Lint blokajı aslında sinir trasesine ve dolayısıyla aktif veziküllerin yerleştiği düzleme dik olarak uygulanan bir infiltrasyon bloğu olarak modifiye edilmiştir.

Teorik olarak sinir hasarına en yakın bölgeye lokal anestetik ve/veya adjuvan ajanların uygulanması ile elde edilecek klinik başarı daha fazla olacaktır. Ancak sinir blokaj alanının veziküllerle kaplı olması durumunda enfeksiyonun iğne-enjeksiyon-infiltrasyona bağlı yayılabileme ihtimali ortaya çıkmaktadır. Literatürde sekonder bakteriyel cilt enfeksiyonlarının dışında bloğa bağlı enfeksiyonun ilerlediğini gösteren bir bilgi bulunmamaktadır. Ancak belirtilen durumlarda veziküllerin tam olarak blokaj yapılacak noktada olup olmadığı bilgisi de bulunmadığından, özellikle de fasyal alanda oftalmik zos-

ter ya da ensefalit, miyelit gibi nörolojik komplikasyonların gelişebilme ihtimaline karşın kendi vakalarımızda klasik yöntemden kaçındık ve daha güvenli olduğunu düşündüğümüz van-Lint blokaj tekniğini kullandık.

Sinir bloklarının AHZ'ye bağlı ağrı tedavisinde ve PHN gelişiminin önlenmesinde yaygın kullanılmasının yanı sıra uygulamalarda sıklıkla lokal anestezikler tercih edilmektedir. Bazı olgu serilerinde ise kortikosteroid intratekal, epidural ve infiltrasyon bloğunda lokal anesteziklerle birlikte kullanılmaktadır. Bu yayınlarda, özellikle geç dönemde PHN gelişen hastalarda semptomların gerilediği, mekanizmanın da nöral enflamasyonun azalmasına ve kortikosteroidlerin membran stabilizasyon etkisine bağlı olduğu belirtilmektedir.^[9,10] Bir başka makalede ise servikal dermatomlarda AHZ gelişen iki olguda şiddetli ağrı tedavisi için derin servikal ve oksipital sinir bloğu tasarlanmış ve akut dönemde kortikosteroid, lokal anestetik ve epinefrin kombinasyonu kullanılmış, her iki hastada da tam düzelme sağlanmış ve kronik süreçte PHN gelişmediği belirtilmiştir.^[2]

Bu olgularda akut dönemde lokal anestezik ve kortikosteroid kombinasyonunun başarı ile kullanıldığı belirtilirken enjeksiyon alanında aktif veziküllerin olup olmadığı belirtilmemiştir. Bizim olgularımızda ise aynı şekilde girişimsel tedavi yöntemi tercih edilmiş olmasına rağmen sinir bloğu alanında aktif veziküllerin bulunması ve akut dönemde viral enfeksiyonun steroid kullanımı ile alevlenebileceği ihtimali nedeniyle sadece 5 mL %1'lik lidokain kullanılmıştır tercih edilmiştir.

Sonuç olarak, göz çevresinden saçlı deriye uzanan, aktif veziküllerle seyreden supraorbital ve supratrok-

lear sinir hattında AHZ'ye bağlı nevralji tedavisinde klasik supraorbital ve supratroklear sinir blokajı yerine modifiye van-Lint tekniği ile 5 mL %1'lik lidokainin güvenle uygulanabileceğini ve ilerleyen dönemlerde postherpetik nevralji gelişiminin önlenmesinde etkin olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Rowbotham MC, Petersen KL. Zoster-associated pain and neural dysfunction. *Pain* 2001;93(1):1-5.
2. Hardy D. Relief of pain in acute herpes zoster by nerve blocks and possible prevention of post-herpetic neuralgia. *Can J Anaesth* 2005;52(2):186-90.
3. Winnie AP, Hartwell PW. Relationship between time of treatment of acute herpes zoster with sympathetic blockade and prevention of post-herpetic neuralgia: clinical support for a new theory of the mechanism by which sympathetic blockade provides therapeutic benefit. *Reg Anesth* 1993;18(5):277-82.
4. Wu CL, Marsh A, Dworkin RH. The role of sympathetic nerve blocks in herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Pain* 2000;87(2):121-9.
5. Filadora VA 2nd, Sist TC, Lema MJ. Acute herpetic neuralgia and postherpetic neuralgia in the head and neck: response to gabapentin in five cases. *Reg Anesth Pain Med* 1999;24(2):170-4.
6. Bowsheer D. The effects of pre-emptive treatment of postherpetic neuralgia with amitriptyline: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(6):327-31.
7. Pasqualucci A, Pasqualucci V, Galla F, De Angelis V, Marzocchi V, Colussi R, et al. Prevention of post-herpetic neuralgia: acyclovir and prednisolone versus epidural local anesthetic and methylprednisolone. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000;44(8):910-8.
8. Schimek F, Fahle M. Techniques of facial nerve block. *Br J Ophthalmol* 1995;79(2):166-73.
9. Kotani N, Kushikata T, Hashimoto H, Kimura F, Muraoka M, Yodono M, et al. Intrathecal methylprednisolone for intractable postherpetic neuralgia. *N Engl J Med* 2000;343(21):1514-9.
10. Forrest JB. The response to epidural steroid injections in chronic dorsal root pain. *Can Anaesth Soc J* 1980;27(1):40-6.