

Kafa Travması Sonrası Görülen İzole Tam Tat Duyusu Kaybı

Isolated Full Taste Sensation Loss after Head Trauma

Mehmet Hakan SEYİTHANOĞLU, Meliha GÜNDAĞ, Serkan KİTİS, Kazım DOĞAN, Şeref ÖZTÜRK, Tolga Turan DÜNDAR, Serdar ÇEVİK

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi: Kazım DOĞAN / E-posta: drkdogan@yahoo.com

ÖZ

Kafa travması sonrası görülen tat ve koku duyusu kayıpları genellikle birlikte görülür ve tatlı, acı, ekşi, tuzlu gibi tatların bir veya birkaçında azalma ve tat değişikliği görülebilir. Travma sonrası oluşan lezyonlar koku ve tat duyularının keskinliğinde azalma ile birlikte duyu bozuklukları olmaktadır. Bunlar aguzi, disguzi, kakoguzi, fantoguzi, heteroguzi gibi tat bozuklukları ile hipozmi, anozmi, disozmi, kakozmi, fantozmi ve heterozmi gibi koku bozukluklarıdır. Bu yazıda yüksekte düşen bir genç erişkinde koku duyusunda bozulma olmadan ortaya çıkan izole tam tat duyusu kaybı bildirilmiştir. 2 ay hiç tat alamayan hasta kendiliğinden zamanla kısmen iyileşmiştir. Olfaktör bulgular olmadan izole tat duyusu kaybı olması vakanın ilgi çekici özelliğidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Kafa travması, Aguzi, Anozmi

ABSTRACT

Taste and smell sensation loses after head traumas are generally traced together and one or several of the tastes like sweet, hot, acid and salty can decrease or change. The lesions occurred after the trauma causes decrease at sharpness of smell and taste sensations and sense distortion beside. These are taste disorders like ageusia, dysgeusia, cacogeusia, phantogeusia, heterogeusia and smell disorders like hyposmia, anosmia, dysosmia, cacosmia, phantosmia and heterosmia. In this report, the full taste sensation loss without smell loss seen in a young adult, who fell from second floor was issued. The patient who had no taste sense for two months partially recruited spontaneously. The interesting feature of this case is the isolated taste sense loss without olfactory findings.

KEYWORDS: Head trauma, Ageusia, Anosmia

GİRİŞ

Oksipital travmaları takiben travmanın şiddetinden bağımsız olarak hastaların %1,3-65'inde koku bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Oksipital bölgedeki travmaların muhtemel kontur kup etkisiyle frontal ve diğer bölge travmalarından daha fazla olfaktor sinirde yırtılma etkisi yaparak buna sebep olduğu ileri sürülmektedir. Bu semptom zamanla kendiliğinden düzelmektedir (1,5,7). Bununla beraber travma sonrası tat bozuklukları daha seyrek olarak görülmekte olup, ilk defa Ogle 1870'te kafa travması sonrası tat duyusu kaybını tarif etmiştir. Görülme sıklığı bütün kafa travmalı olguların %0,4'ü olarak belirtilmiş olup, tat duyusu kayıplarının çoğuna olfaktor bulgular eşlik etmiştir. Olguların çoğunda tat duyusu kendiliğinden geri dönmüştür (6). Sunulan hastada oksipital travma sonrası izole tat duyusu kaybı olup, koku bozukluğu tespit edilmemiştir. 2 ay tam tat duyusu kaybı sürmüş, sonra kendiliğinden iyileşmiştir.

OLGU SUNUMU

29 yaşında erkek hasta 3 metre yüksekte düşme nedeniyle acil servisimize başvurdu. Hastanın anamnezinde düşme

sonrası yaklaşık 1 saat bilinç kaybı yaşadığı ve sonra bilincinin açıldığı öğrenildi. Sağ oksipital bölgede şişlik olan hastanın, nörolojik muayenesi normal olarak tespit edildi. Direk kafa grafisi ve Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) kırık ve parankimal lezyon görülmeyen hasta, 24 saat müşahade sonrası poliklinik kontrolüne çağırılarak taburcu edildi. Ertesi gün yediği her şey acı gelmeye başlayan ve "Şeker yesem acı geliyor" ifadesi ile polikliniğe gelen hastanın, 7. ve 9. kranial sinir çiftleri dâhil, yapılan kranial sinir muayenesinde bir patolojiye rastlanmadı. Serum çinko ve bakır seviyeleri 177 mg/dl ve 111 mg/dl idi. 24 saatlik idrarda çinko 1139 ug/gün, bakır 34 ug/gün seviyelerinde idi. Kranial Manyetik Rezonans (MR) incelemesinde anatomik yapılar normaldi. Elektroensefalografi (EEG) normal olarak değerlendirildi. Takibe alınan hastanın 10. günden sonra bütün tat duyuları kayboldu. Hasta yediği her şeyin "tuzsuz ekmek gibi" olduğunu ifade ediyordu. Koklama duyusu Elsberg-Levy olfaktometre testi ile tat duyusu ise Börstein gustometri testi ile değerlendirildi. Koku duyusu kaybı olmayan hastanın tat duyusu testi kinin bulunamadığından 2 ay ertelendi. Gustometri testinde glukoz; sağda 0.05 mg/ml kalitatif(-),

kantitatif (+), solda 0,4 g/ml kalitatif (-), kantitatif (+), sodyum kloride; sağda 0,016 g/ml kalitatif (+), kantitatif (-), sağ + sol 0,04 g/ml kalitatif (+), kantitatif (+), sitrik asit; sağ-sol 0,05 g/ml kalitatif (+), kantitatif (+); bakır sülfat (kinin yerine) sağ-sol 0,006 g/ml kalitatif (-), Kantitatif (+) bulundu. Hastaya 2 hafta oral çinko tedavisi verildi. Bu arada hiç tat alamayan hasta 2. aydan sonra hafif bir şekilde tatlıları hissetmeye başladığını ifade etti.

TARTIŞMA

Kafa travması geçiren hastalarda travmanın şiddetinden bağımsız olarak koku ve tat bozuklukları görülebilmektedir. Bu bozukluklar genellikle birlikte olmakta ve tat bozukluğuna %0,4 gibi bir oranla koku bozukluğundan daha az sıklıkta rastlanmaktadır (7). Dikkati çeken bir özellik travmanın lokalizasyonun, frontal ve diğer bölgelerden ziyade oksipital bölgede yoğunlaşmasıdır. Bu bölge travmalarının kontur kup etki ile olfaktör sinirde lezyon oluşturduğu düşünülmektedir (6).

Travma sonrası koku ve tat duyularının keskinliğinde azalma ile birlikte duyu bozuklukları oluşmaktadır. Bunlar aguzi, disguzi, kakoguzi, fantoguzi, heteroguzi gibi tat bozuklukları ile hipozmi, anozmi, disozmi, kakozmi, fantozmi ve heterozmi gibi koku bozukluklarıdır.

Kafa travması sonrası meydana gelen koku bozukluklarını idiyopatik olanlardan ayırmak çok zordur. Bazı cerrahi prosedürler, ilaç kullanımı ve influenza benzeri hastalıklar, polip, sinüzit, rinit ve nazal patolojiler etiolojide rol alabilir (1). Kafa travmasının olması, tat ve koku duyusu kaybında dereceli kötüleşme; travmatik duyu kaybının idiyopatik olandan ayırımı sağlar. Tat ve koku kaybı miktarının ölçülmesi, disguzinin varlığı ve yokluğu, idrar ve serum çinko seviyelerinin ölçülmesi travmatik tipi idiyopatikten ayırmada yardımcıdır (1).

Kafa travmasının şiddeti, amnezinin olup olmaması, kafatası fraktürü ve duyu kaybının şiddeti arasında ilişki yoktur. Fakat oksipital travmanın tat ve koku değişikliklerinde öncül faktör olduğu düşünülmektedir. Hatta çok hafif travmalarda bile bu duysal semptomlar oluşabilmektedir. Yayınlanan vakada hasta oksipital bölgeye hafif bir travma almış, izole olarak tam tat duyusu kaybı oluşmuştu.

Kafa travması sonrası hipoguzi ve hipozmi gelişen hastalarda serum çinko konsantrasyonu düzeyleri düşük bulunmuştur. Hastamızın serum çinko ve bakır düzeylerinde bir anormallik saptanmadı.

Yine travma sonrası disguzi ve disozmi olan vakalarda etioloji karanlıktır. Paskind ve ark. sinir irritasyonuna bağlı

disozmi ve sinir destrüksiyonuna bağlı anozmi oluştuğunu ileri sürmüştür. Diğer açıdan Leigh, disozminin, anozminin bir evresi olduğunu savunmuştur (3).

Kafa travması sonrası rijit kribriform plate üzerinde olfaktör sinirin gerilmesine bağlı koku bozukluğu olduğu düşünülmektedir rağmen, tat duyusunun nasıl bozulduğu halen anlaşılammıştır (4). Olfaktör, lingual, glossofaringeal ve vagal sinirlerde travma sonrası bilateral hasar olma olasılığı çok azdır. Gerçekte hastaların hepsinde oral papillalar normal, tükürük sekresyonu, laringeal ve faringeal fonksiyonlar doğal, yedinci ve dokuzuncu kraniyal fonksiyonlarda bir bozukluk tespit edilemedi.

Çoğu hastada kafa travması sonrası tat duyusu kaybı kendiliğinden düzelmiştir (6).

Hastalara oral çinko tedavisinin verilmesi semptomları azaltmış ve tat duyusu keskinliğini kazandırmıştır (2). Hastamızdaki tam tat duyusu kaybı 2. aydan itibaren kısmen düzelmiş ve tatlı duyusunu almaya başlamıştır.

SONUÇ

Kafa travmalarını izleyen tat kayıpları genellikle koku kayıpları ile birlikte görülmektedir. Kafa travmasının şiddeti ve lokalizasyonu, duyu kaybı ile ilişkili olmamasına rağmen oksipital bölge travmalarında daha sık görülmektedir. Oksipital travmada kontur kup etki ile olfaktör sinirin gerilmesi koku kayıpları için muhtemel fizyopatoloji gibi görünse de, tat duyusu kayıpları açıklanamamıştır. 7 ve 9. kraniyal sinirlerde oluşabilecek mikrotravmaların belirgin kraniyal sinir defisiti yapmadan, sadece tat duyusu kaybına nasıl neden olduğu konusu halen araştırılmaktadır. Olfaktör bulgular olmadan izole tat duyusu kaybı olmasının vakanın ilgi çekici özelliğidir.

KAYNAKLAR

1. Henkin RI: Smell, taste, head trauma, and hypopituitarism. J Clin Endocrinol Metab 86:1427-1428, 2001
2. Henkin RI, Smith FR: Zinc and Copper metabolism in acute viral hepatitis. American Journal of Medical Science 264:401-409, 1972
3. Leigh AD: Defects of smell after head injury, birinci baskı, Lancet, 1943: 38-40
4. Ogle W: Anosmia or cases illustrating the physiology and pathology of the sense of smell, Lancet, 1870: 230-231
5. Schechter PJ, Henkin RI: Abnormalities of taste and smell after head trauma. J Neurol Neurosurg Psychiatry 37: 802-810, 1974
6. Sumner D: Post traumatic ageusia. Brain 90: 187-202, 1967
7. Sumner D: Post traumatic anosmia. Brain 87: 107-120, 1964