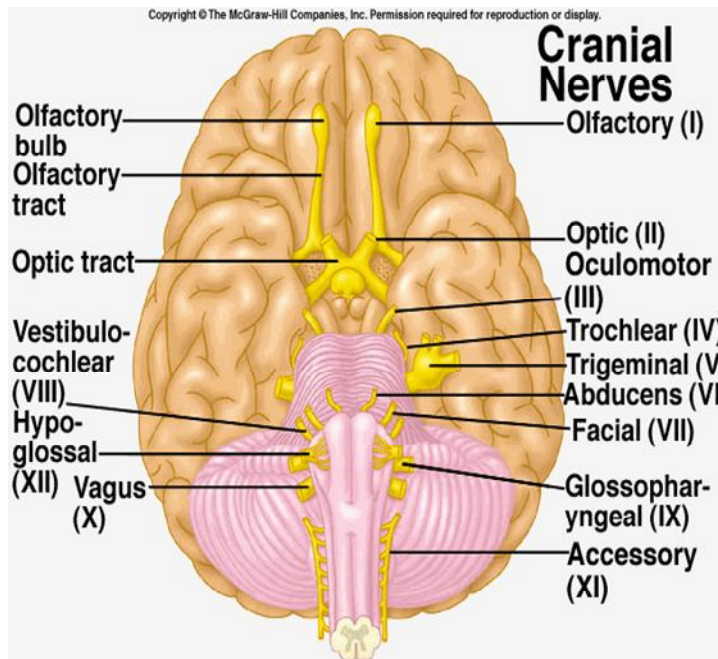


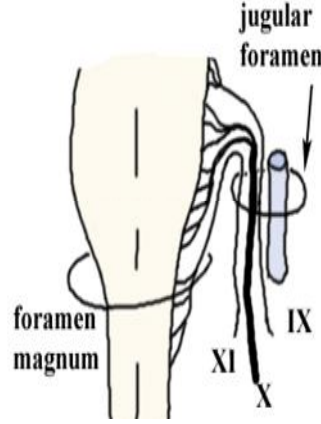
9-10-11-12. KRANIAL SİNİRLER

Dr.Sefer VAROL



N.GLOSSOPHARYNGEUS VE N.VAGUS

- Bu iki sinir fonksiyonları, çekirdekleri ve hastalıkları ortak olduğu için birlikte muayene edilir.
- 9-10-11.sinirler birlikte **foramen jugulare'den** kafatasını terkederler.



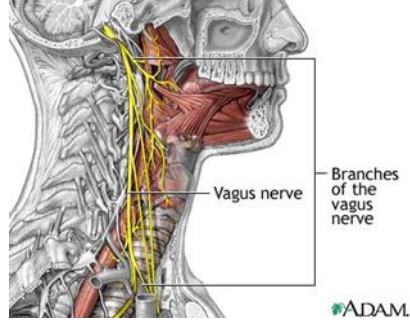
9.sinir

- A) Duyusal: Dilin 1/3 arka kısmının tad duyusu, Farenks, orta kulak, yumuşak damak, tonsiller ve glomus caroticumun yüzeysel duyusunu alır.Nuc. Solitarius'a ulaştırır.
- B) Motor: Sadece m.stylopharyngeus'u innerve eder. Motor lifler nuc.ambiguus'tan çıkar.
- C) Otonomik: Parotis bezine parasempatik innervasyon sağlar.

10.sinir

- A) Duyusal: Dış kulak yolunun, dış kulağın, timpanik membranın duyusunu sağlar. Nuc. Solitarius'a ulaştırır. Larenksin duyusunu da tek başına N.vagus sağlar.
- B) Motor: Yumuşak damak, farinks ve larenksteki çizgili kasları innerve ederek yutma ve fonasyonu sağlarlar. Motor lifler bulbusta nuc.ambiguus'tan çıkar.
- C) Otonomik: Torakoabdominal visserlere parasempatik innervasyon sağlar. Afferenti carotid baroreseptörlerden gelir.Parasempatik çekirdek: bulbusta nuc. Dorsalistir.

N. Vagus



N. Vagus Fonksiyonları

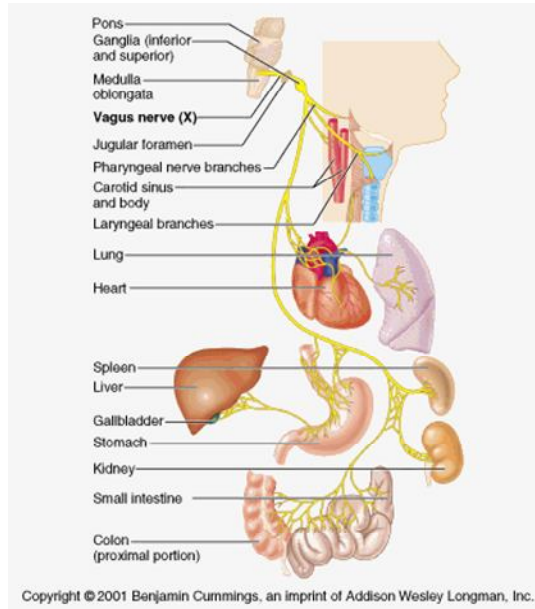
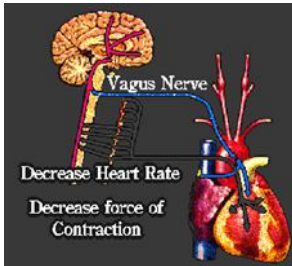
Konuşma ve yutma (larenks ve farenks kasları)

Kalp hızı ve debi volumu

Peristaltik hareketler (GIS düz kasları)

Solunum yolu

Ürogenital sistem



9.-10.Kranial Sinir Muayenesi

Rutin klinik pratikte

Yumuşak damak hareketleri

Posterior farenks duyusu, farinks refleksi ve fonasyon/ artikulasyon muayeneleri ile gözden geçirilir.

Hastanın ağız iyice açtırılıp uvulanın ortada olmasına, 'aa' sesi çıkardığında her iki palatal arkın birlikte ve simetrik elevasyonuna bakılır.

Sonra pamuklu bir aplikatörle posterior farinks duvarının iki yanına dokunulur. Hasta dokunmayı hisseder ve her iki palatal ark yukarı kalkarak 'farinks refleksi' ortaya çıkar



9.-10. Muayenesi-

Farinks refleksi aff:9, eff: 10. sinir merkezi bulbusta olan bir reflekstir.

Genellikle dilin geriye çekilmesi diafragmanın ve kısmen de karın kaslarının kasılmasıyla öğürme, ve eğer stimulus tekrarlanacak olursa cardia sfinkterlerinin gevşeyerek mide içeriğinin regurgitasyonla niteli kusma refleksi ortaya çıkar.

Yumuşak damak paralizisi sese nazone bir nitelik verir.

Larinks veya n.recurrens paralizisinde :ses kısıklığı ve ses çatlaklaşması ortaya çıkar.

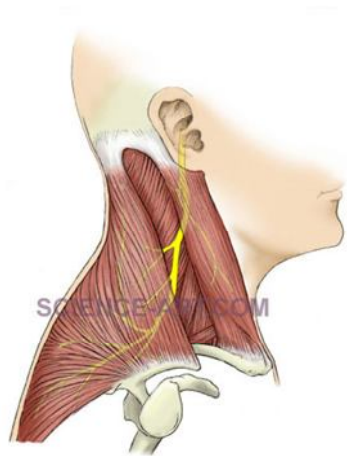
N.accessorius

Saf motor sinirdir.

Bulbus'ta nukleus ambiguus'ta başlayan lifleri foramen jugulare'yi geçerek plexus pharyngeus yapısına katılır.

Nucleus nervi accessorius'den başlayan spinal lifler foramen magnum'dan geçer ve m.SCM ve m.Trapezius kaslarını innerve eder.

Lezyonlarında SCM ve trapeziusta flask paralizi görülür.

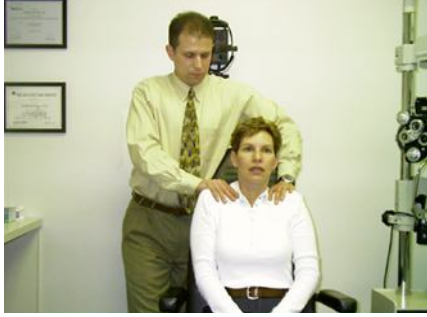


Saf motor kranial sinir (trapez ve SCM)

Fonksiyon

Baş rotasyonu

N.accessorius



11.KRANIAL SINİR MUAYENESİ

● **M.SCM'un** lateral boyun fleksiyonunda gücünü ölçmek için hekim elini hastanın temporal kemik üzerine koyar, başını o taraftaki omuzuna doğru eğmesini engellemeye çalışır.

● **Trapez kasının** kuvvetini ölçmek için hasta omuzunu yukarı doğru kaldırırken hekim aşağı doğru bastırır

12.sinir: dil kaslarını hareket ettiren saf motor bir sinirdir. Bulbustadır. Sinir canalis n. hypoglossus'tan kafadışına çıkar.

A) Duysal: yok.

B) Motor: Dilin tüm intrinsek ve ekstrinsik kaslarını ve m. Geniohyoideus'u innerve eder.

C) Otonomik: yok.

12' Kranial Sinir Fonksiyonu

12.sinir: dil kaslarını hareket ettiren saf motor bir sinirdir. Bulbustadır. Sinir canalis n. hypoglossus'tan kafadışına çıkar.

A) Duysal: yok.

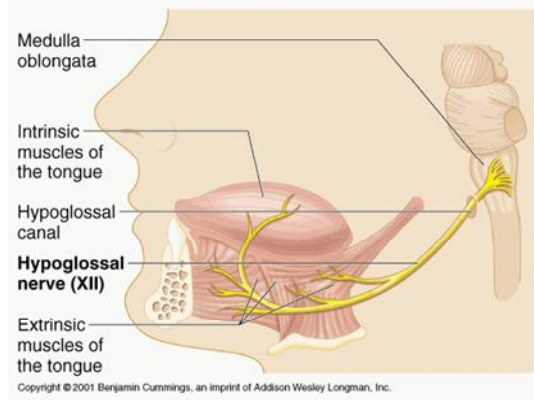
B) Motor: Dilin tüm intrinsek ve ekstrinsik kaslarını ve m. Geniohyoideus'u innerve eder.

C) Otonomik: yok.

Hipoglossal sinir

İki yanlı dil felçlerine en çok : a) Motor noron hastalığı ve b) pseudobulber paralizide rastlanır. Motor noron hastalığında dildeki felç 2. motor noron tipindedir, atrofi ve fasikulyasyonlarla birlikte giden nükleer bir felçtir.

Pseudobulber paralizide ise kortikobulber traktus iki taraflı hastalanmıştır. Bu nedenle atrofi ve fasikulyasyon görülmez.



12. Kranial Sinir muayene

Ağzını açması söylenir

Dil içerdayken; Hareketlerine, atrofi, fasikulyasyon, istemsiz hareket olup olmadığına bakılır.

Dil dışardayken; Çıkarabiliyorsa istemsiz hareket ve deviasyon olup olmadığına dikkat et.

Ağız kapattırıldıktan sonra; hastaya diliyle avurdunu itmesi söylenip yanak üzerinden engellemeye çalışılır.

12. Kranial Sinir Lezyonunda

Unilateral atrofi; Dil o tarafta çöker.

Unilateral nükleer veya periferik hipoglossus lezyonlarında; Atrofi+ dil dışarı çıkarıldığında sağlam m.genioglossusun etkisiyle lezyon tarafına deviyebilir. ve sağlam tarafa deviasyon zorluğu vardır.

Unilateral supranükleer tutuluşlarda; (ör:capsula interna infarktı) dil tutuluşu olabilir.

Bilateral Supranükleer Tutuluş (Pseudobulber Paralizi); Dil hareketlerinde zorluk ve dizartriye yol açar.

Bilateral Nükleer veya Periferik lezyonlarda; Dilde bilateral atrofi, her yöne hareket eksikliği, protuzyon eksikliği ve dizartri olur.

Dil dışarı çıkarıldığında trombon gibi ileri-geri istemsiz hareketler; Nörosifiliz ve bazı Parkinson hast.da

Kore hastaları; dillerini dışarı tutmada zorluk çekerler, dil içeri girip çıkar.

İlaç Yan etkisi olarak; Dilde distonik kasılmalar olur.

Myotoni ve myotonik distrofi; Dile bir cisimle vurulduğunda ancak uzun sürede gevşeyebilen kasılma (Perküsyon Myotonisi) görülür.