

Multipl Sklerozda Saplanıcı Tipte Baş Ağrısı, Atak Belirteci Olabilir mi? / *Could Stabbing Type of Headache in Multiple Sclerosis Be A Sign of MS Relapse?*

Gökhan Özer, Ufuk Ergün, Serap Üçler, Levent İnan

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, ANKARA

ABSTRACT

Could Stabbing Type of Headache in Multiple Sclerosis Be A Sign of MS Relapse?

Scientific background: Multiple sclerosis (MS), which is a demyelinating disorder of central nervous system, is characterized by several neurological symptoms. Although it has been reported that headache is a common symptom in MS, there is not enough knowledge about headache as a presenting symptom or a sign of MS relapse. Migraine headache is common in MS patients, but the cause of this comorbidity is still unknown. MS lesions located in brain stem are known to be the cause of migraine headaches.

Idiopathic stabbing headache is a short lasting, transient and localised stabs of pain in the head that responds to indomethacin therapy. There is no report about the frequency or being a sign of relapse of stabbing type of headache in MS patients.

Objective: In this article, we present four MS patients with stabbing headaches and it has been concluded that stabbing headache may be a sign of MS relapses.

Keywords: multiple sclerosis, headache, idiopathic stabbing headache, migraine

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Levent İnan
Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, ANKARA
Tel: 0312 636 33 40
leventinan@hotmail.com

Dergiye Ulaşma Tarihi/Received: 05.07.2007
Kesin Kabul Tarihi/Accepted: 17.07.2007

ÖZET

Bilimsel zemin: Multipl skleroz (MS), santral sinir sisteminin demiyelinizan bir hastalığı olup, çeşitli nörolojik semptomlarla ortaya çıkabilir. Baş ağrısının MS hastalarında yaygın olarak görüldüğü bildirilmesine rağmen literatürde baş ağrısının, MS atağının bir prezentasyon şekli ya da atak belirteci olması ile ilgili yeterince bilgi yoktur. MS'de migren tipi baş ağrısı sık görülmekle birlikte bu komorbiditenin nedeni açık değildir. Özellikle beyin sapı yerleşimli MS lezyonlarının daha çok migren benzeri baş ağrısına neden olduğu bilinmektedir.

İdiopatik saplanıcı baş ağrısı; kısa süreli saplanıcı, iğneleyici tarzda ortaya çıkan ve indometazin tedavisine yanıt veren bir baş ağrısı tipidir. Saplanıcı baş ağrısının MS hastalarındaki sıklığı ya da atak belirteci olabilmesi konusunda bilinen bir yayın yoktur.

Amaç: Bu makalede, saplanıcı baş ağrısı ile başvuran dört MS hastası sunulmuş olup, saplanıcı baş ağrısının, MS atağının belirteci olabileceği öngörülmüştür.

Anahtar kelimeler: multipl skleroz, baş ağrısı, idiopatik saplanıcı baş ağrısı, migren

GİRİŞ

Multipl skleroz (MS), ataklarla giden, etiyojisi tam olarak bilinmeyen, sıklıkla 20-40 yaş arasında ve daha çok kadınlarda görülen, santral sinir sisteminin kronik demiyelinizan bir hastalığıdır. MS atakları; görme bozuklukları, motor ve duyu sistem tutulumu, serebellar ya da spinal tutulumla ortaya çıkabilir. Daha az sıklıkla MS ataklarının nöbet, kognitif tutulum ya da psikotik bozukluklarla da ortaya çıkabileceği bildirilmiştir.¹ Baş ağrısının MS hastalarında yaygın olarak görüldüğü bilinmektedir.^{2,3} Ancak baş ağrısının, MS atağının bir prezentasyon şekli ya da atak belirteci olması ile ilgili yayınlar az sayıdadır.⁴ MS'de migren tipi baş ağrısının sık olduğu bildirilmiştir, ancak bu komorbiditenin nedeni açık değildir.² Özellikle beyin sapı yerleşimli MS lezyonlarının migren benzeri baş ağrısına daha çok neden olduğu bilinmektedir.^{2,5}

İdiopatik saplanıcı baş ağrısı; kısa süreli saplanıcı, iğneleyici tarzda ortaya çıkan ve indometazine yanıt veren bir baş ağrısı tipidir ve "The International Classification of Headache Disorders II - 2004" (ICHD-II) sınıflamasında 4.1 koduyla yer almaktadır.⁶ Literatürde, saplanıcı tipte baş ağrısı ile MS'nin birlikteliği ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

Aşağıda sunulan dört olgu da, saplanıcı tipte baş ağrısı ve kranyal MR'da aktif MS plakları ile başvurmuşlardır ve iki tanesinde steroid tedavisiyle ağrı ortadan kaybolmuştur.

OLGULAR

Olgu 1

18 yaşında kadın hasta, sağ el dominant, Ankara'da yaşıyor.

Şikâyet-Öykü: 15 gün önce başlayan; şakaklarda, ani, bıçak saplanır tarzda, saniyeler süren ve gün içinde tekrarlayan baş ağrısı nedeniyle başvuran hasta, mevcut ağrının daha önceki ağrularına benzemediğini ifade ediyordu.

2 yıl önce sol gözde görme kaybı nedeniyle yapılan lomber ponksiyon (LP), kranyal ve orbital MR sonuçlarıyla MS tanısı aldığı, 5 gün puls steroid ardından görme kaybının tümüyle düzeldiği öğrenildi. İki yıldır başka bir atak öyküsü yoktu.

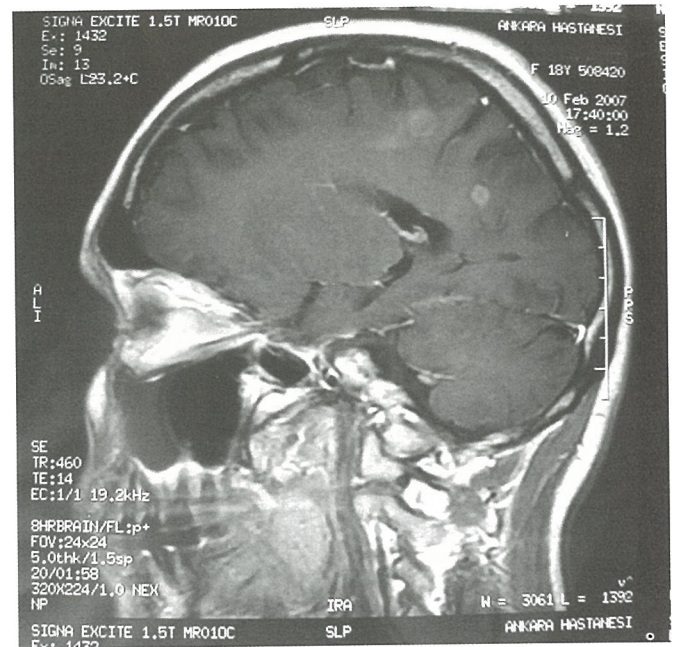
Özgeçmiş: 4 yıldır, 1-2 ayda bir ortaya çıkan ve migren tanısı alan baş ağrıları nedeniyle Amitriptilin 25 mg/gün kullandığı öğrenildi.

Nörolojik muayene: Sağ lateral bakışta horizontal nistagmus dışında normal.

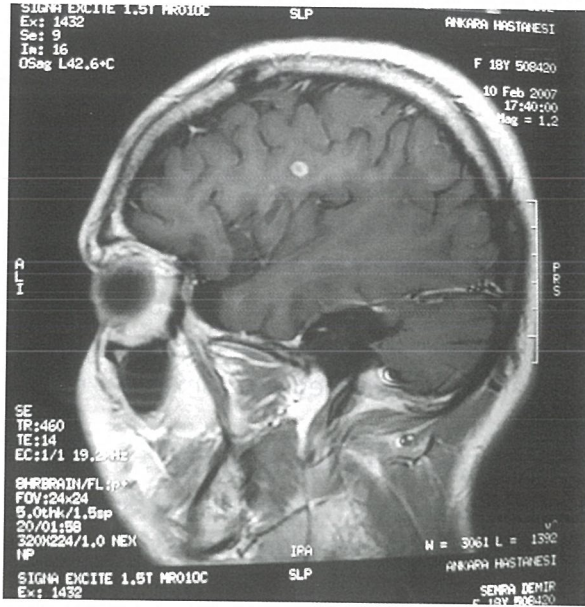
Laboratuvar: Tam kan, sedim, biyokimya, B12, tiroid fonksiyon testleri, homosistein, CRP, brucella IgG normal sınırlarda.

VEP: Solda belirgin olmak üzere bilateral P100 latansları normalden uzun ve solda VEP amplitüdü normalin altında bulundu.

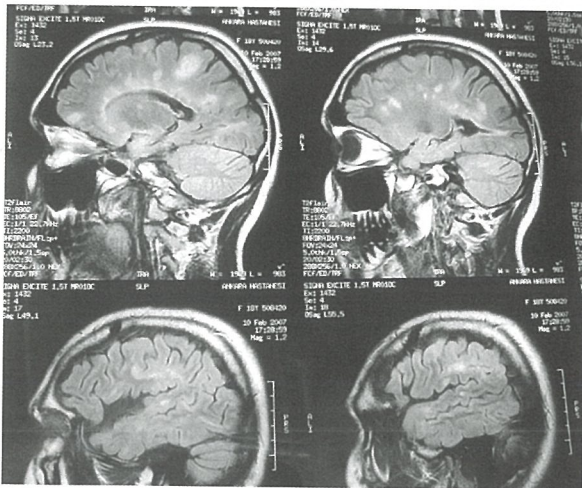
Kranyal MR: Ponsta, bilateral periventriküler-subkortikal beyaz cevherler, kapsüler yapılar, bazal ganglionlar ve sentrum semiovalede, korpus kallozumda T1 ağırlıklı görüntülerde izo-hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde ve FLAIR sekanslarda hiperintens sinyal özelliğinde, IV. Gd enjeksiyonu sonrası nodüler ve periferik opaklaşma izlenen (aktif demiyelizasyon) çok sayıda plak yapıları kaydedildi (Şekil 1a, 1b, 1c, 1d).



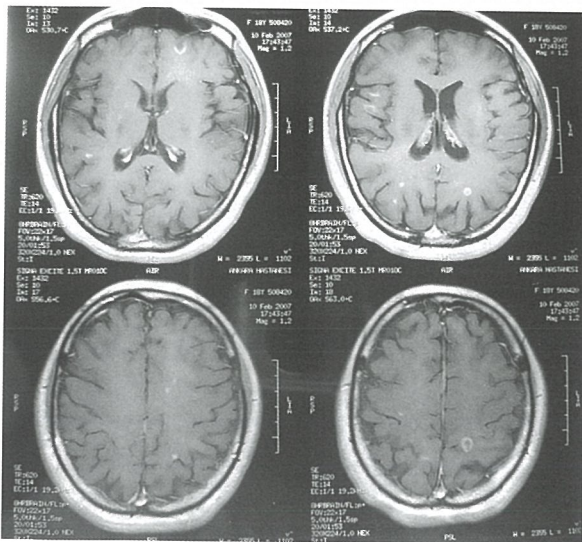
Şekil 1 a. Olgu 1-Sagittal T1 kontrastli



Şekil 1 b. Olgu 1-Sagittal T1 kontrastlı



Şekil 1 c. Olgu 1-T2 flair



Şekil 1 d. Olgu 1-T1 kontrastlı

1000 mg/gün Metil prednisolon, 5 gün tedavi verildi. Hastanın baş ağrısında belirgin bir düzelme oldu. Steroid tedavisi sonlandırıldığında saplanıcı baş ağrısı tümüyle kaybolmuştu.

Olgu 2

28 yaşında erkek hasta, sağ el dominant, Çorum'da yaşıyor.

Şikâyet-Öykü: Hasta, son 20 gündür özellikle sol şakak bölgesinde iğne batar ve bıçak saplanır tarzda baş ağrısı nedeniyle başvurdu. Daha önceden baş ağrısı şikâyeti olmadığı öğrenildi. 1 yıl önce sol gözde görme kaybı ve ağrı ile başlayan atağı olmuş ve MS tanısı almıştı. Hastanın puls steroid tedavisinden sonra 1 yıldır herhangi bir nörolojik şikâyeti olmamıştı.

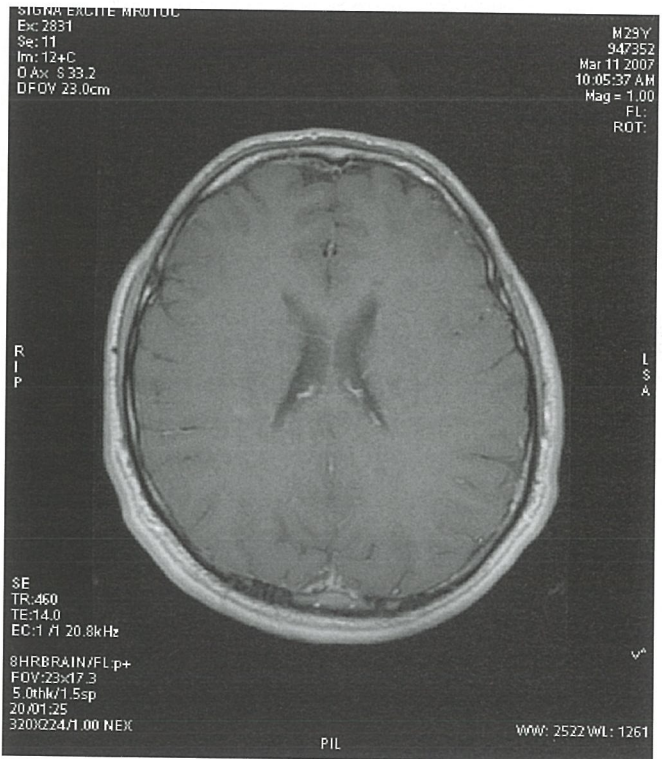
Nörolojik muayene: Normal bulundu.

Laboratuvar: Tam kan, sedim, biyokimya, B12, tiroid fonksiyon testleri, homosistein, CRP normal sınırlarda.

BOS: Oligoklonal band gözlenmedi.

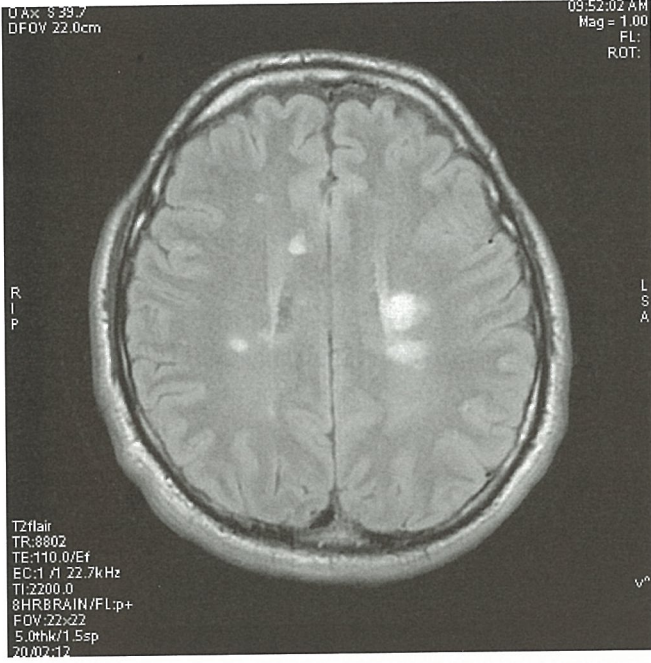
VEP: Sol P100 latansı normalden uzun bulundu.

Kranyal MR: Her iki serebellar hemisferde, bilateral periventriküler-subkortikal beyaz cevherde, sentrum

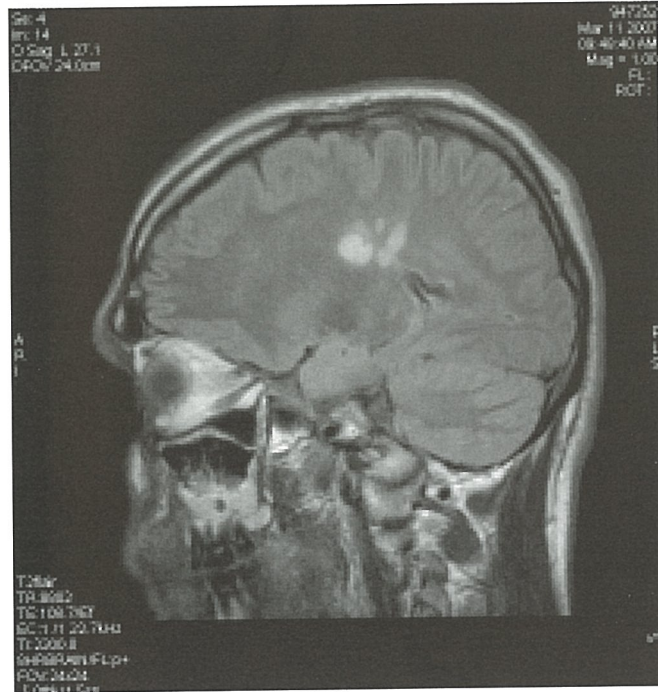


Şekil 2 a. Olgu 2-T1 kontrastlı

semiovale düzeyinde, sol talamusta, korpus kallozumda T2 ve FLAIR sekanslarda hiperintens sinyal özelliğinde demiyelinize plaklar izlendi. Tanımlanan lezyonlardan sol parietalde periventriküler beyaz cevher ve sağ periventriküler beyaz cevher içerisinde kontrast madde sonrası opaklaşan lezyonlar (akut süreçte demiyelinize plak) kaydedildi (Şekil 2a, 2b, 2c).



Şekil 2 b.



Şekil 2 c. Olgu 2-T2 flair

Olgu 3

29 yaşında erkek hasta, sağ el dominant, Ankara'da yaşıyor.

Şikâyet-Öykü: Hasta, son 10 gündür şakaklarda ani, şiddetli, iğne batar tarzda, kısa süreli ve gün içinde tekrarlayan baş ağrısı şikâyetiyle başvurdu. Hastanın iki yıl önce konuşma bozukluğu ve yürürken dengesizlik şikâyeti nedeniyle başvurusunun ardından MS tanısı aldığı ve 5 günlük puls steroid tedavisi sonrası şikâyetlerinde tamamen düzelme olduğu öğrenildi.

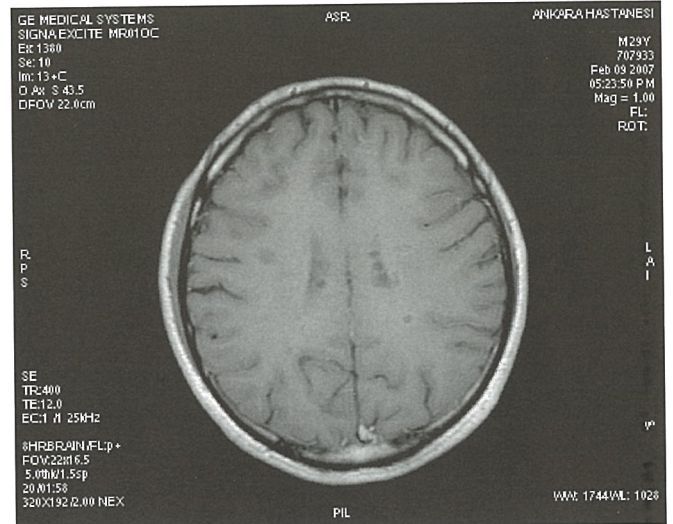
Nörolojik muayene: Normal bulundu.

Laboratuvar: CBC, sedim, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri, CRP, homosistein normal sınırlarda.

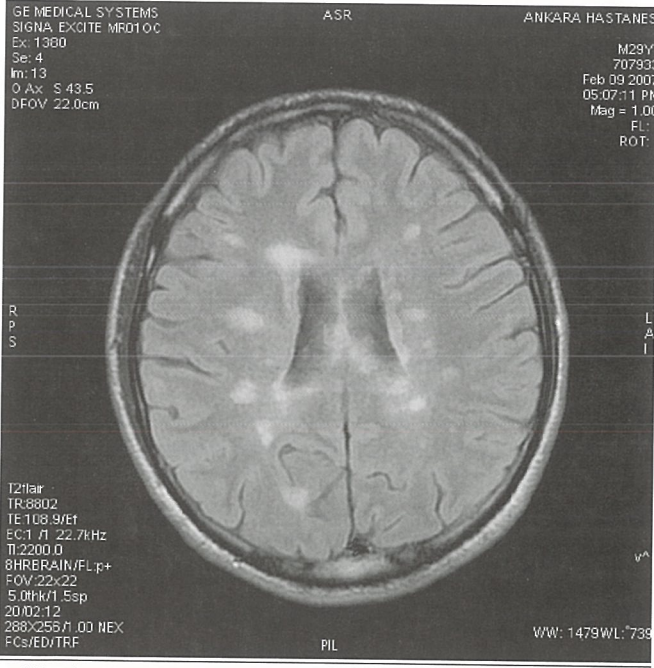
VEP: Bilateral P100 latansları normal sınırlarda.

Hasta LP tetkikini kabul etmedi.

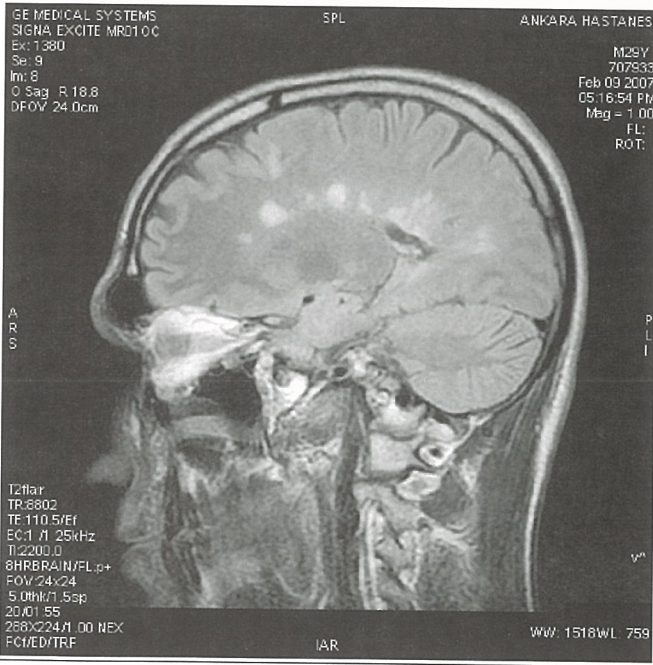
Kranial MR: Serebral ve serebellar hemisferlerde hafif atrofik değişiklikler, medulla oblongatada, ponsta, mezensefalonda, sol orta serebellar pedinkülde, bilateral serebellar hemisferlerde, periventriküler-subkortikal beyaz cevherlerde, kapsüler yapılar, bazal ganglionlarda, sentrum semiovalede, solda talamusta ve korpus kallosumun tüm segmentlerinde T2 ve FLAIR sekanslarda hiperintens sinyal özelliğinde bir kısmı lateral ventrikül aksına dik yerleşim gösteren yaygın demiyelinize plak yapıları gözlemlendi. Tanımlı plak yapılarından parietal periventriküler-subkortikal beyaz cevher yerleşimli olanlarda periferik opaklaşma gözlemlendi (akut süreçte demiyelinize plak) (Şekil 3a, 3b, 3c).



Şekil 3 a. Olgu 3-T1 kontrastlı



Şekil 3 b. Olgu 3-T2 flair



Şekil 3 c. Olgu 3-T2 flair

Olgu 4

18 yaşında erkek hasta, sağ el dominant, Adıyaman'da yaşıyor.

Şikâyet-Öykü: Hastanın yaklaşık 1 ay önce başlayan, şakaklarda lokalize, ani saplanıcı batıcı tipte baş ağrısı olmuş, bu ağrıdan sonra hastanın sağ ayağında uyuşukluk başlamış ve bu şikâyetleri 15 gün içinde kendiliğinden gerilemişti.

Nörolojik muayene: Bilateral öğürme refleksinde azalma dışında normal.

Laboratuvar: Tam kan, biyokimya, B12, tiroid fonksiyon testleri, CRP, brucella, homosistein normal sınırlarda.

BOS: Oligoklonal band (+).

VEP: Bilateral N75, P100 latans ve amplitüdüleri normal bulundu.

Kranyal MR: T2 ve FLAIR sekanslarda corpus kallozum, beyin sapı ve üst servikal spinal kordda periferik opaklaşma gösteren (akut süreçte demiyelinize plak) yaygın demiyelinize plak yapıları gözlemlendi.

1000 mg/gün metilprednizolon, 5 gün verildi. Tedavi sonrası hastanın baş ağrılarında belirgin düzelme oldu.

TARTIŞMA

MS hastalarında baş ağrısı sıklığı ile ilgili çok sayıda yayın mevcuttur.^{2,3,5} MS hastalarının ortalama %57,7'sinde baş ağrısı görülür, ancak baş ağrısı, MS atağının bir bulgusu olarak tanımlanmamıştır. Relapsing remitting MS (RRMS) hastalarında %25 migren, %31,9 gerilim tipi baş ağrısı görüldüğü bildirilmiş³ olup; küme baş ağrısı, apoplektik baş ağrısı ve vasküler tipte baş ağrısı ile başvuran MS hastaları da yayınlanmıştır.^{7,8,9} İnterferon tedavisinin MS hastalarında baş ağrısına neden olduğu bilinmektedir.^{10,11,12} Ayrıca, migren ve MS birlikteliği^{4,13} ve MS ataklarının, baş ağrısı ile prezente olabileceği konusunda yayınlar vardır.^{4,14} Literatürde, MS atağının saplanıcı tipte baş ağrısı ile ortaya çıkabileceğine ilişkin bir veriye rastlanmamıştır.

Bizim sunduğumuz olguların kliniğe başvuru şikâyetleri, bilinen MS semptomlarından farklı olarak, yalnızca saplanıcı tipte baş ağrısıdır. MS hastalarında en sık görülen baş ağrısı tiplerinin migren ve gerilim tipi baş ağrısı⁵ olduğu bildirilmiş olmasına karşın, olgularımızın hepsinde, ICHD-2004⁶ kriterlerini karşılayacak şekilde saplanıcı tipte baş ağrıları vardı ve hastalar daha önce bu tipte bir ağrı

yaşamadıklarını ifade ediyorlardı. Normal popülasyon çalışmalarında, primer saplanıcı baş ağrısının görülme sıklığı, %1-2 olarak bildirilmektedir.¹⁵ Dört MS olgusunda birden saplanıcı tipte baş ağrısı görülmesinin, rastlantı olasılığı düşük bir durum olduğu düşünülmüştür. Ayrıca steroid tedavisi alan olguların baş ağrılarının belirgin şekilde düzelmesinin, MS patolojisi ile ilişkilendirilebileceği sonucuna varılmıştır. Literatürde, saplanıcı tipte baş ağrısı atağının, monoküler görme kaybı ile birlikte ortaya çıkabildiğine ilişkin yayınlar mevcuttur.^{16,17} Olgu 1 ve 2'nin öykülerinde de görme kaybı olduğu öğrenilmiştir.

SONUÇ

Saplanıcı tipte baş ağrısı ile başvuran, daha önce benzeri bir baş ağrısı tanımlamayan dört MS olgusu; eş zamanlı olarak kranyal MR'larında akut MS plaklarının gözlenmesi ve başka bir nörolojik bulgularının olmaması nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur. Ayrıca, iki tanesinde steroid tedavisi ile ağrılarının sonlandığını gözlenmiştir. MS ataklarındaki enflamatuvar sürecin, saplanıcı tipte baş ağrısını tetiklemiş olabileceğini düşünmekteyiz. MS hastalarında baş ağrısı tek başına bir atak bulgusu olabilir ve saplanıcı tipte baş ağrısının ataklarla ilişkisi araştırılmaya değer olabilir. Ayrıca MS'nin remisyon dönemlerinde, saplanıcı tipte baş ağrısının varlığının araştırılması da önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ropper AH, Victor M. Multiple Sclerosis and Allied Demyelinative Diseases. Principles of Neurology. Eighty Edition. Part 4, Chapter 36, Page: 771-797.
2. Elliott DG. Migraine in multiple sclerosis. Int Rev Neurobiol. 2007;79:281-302.
3. D'Amico D, La Mantia L, Rigamonti A, Usai S, Mascoli N, Milanese C, Bussone G. Prevalence of primary headaches in people with multiple sclerosis. Cephalalgia. 2004 Nov;24(11):980-4.
4. Sandyk R, Awerbuch GI. The co-occurrence of multiple sclerosis and migraine headache: the serotonergic link.
5. Gee JR, Chang J, Dublin AB, Vijayan N. The association of brainstem lesions with migraine-like headache: an imaging study of multiple sclerosis. Headache. 2005 Jun;45(6):670-7.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia Vol. 24, Supp.1, 200.
7. Freedman MS, Gray TA. Vascular headache: a presenting symptom of multiple sclerosis. Can J Neurol Sci. 1989 Feb;16(1):63-6.
8. Leandri M, Cruccu G, Gottlieb A. Cluster headache-like pain in multiple sclerosis: Cephalalgia. 1999 Oct;19(8):732-4.
9. Galer BS, Lipton RB, Weinstein S, Bello L, Solomon S. Apoplectic headache and oculomotor nerve palsy: an unusual presentation of multiple sclerosis. Neurology. 1990 Sep;40(9):1465-6.
10. Khromov A, Segal M, Nissinoff J, Fast A. Migraines linked to interferon-beta treatment of multiple sclerosis. Am J Phys Med Rehabil. 2005 Aug;84(8):644-7.
11. La Mantia, D'Amico D, Rigamonti A, Mascoli N, Bussone G, Milanese C. Interferon treatment may trigger primary headaches in multiple sclerosis patients. Mult Scler. 2006 Aug;12(4):476-80.
12. Wittstock M, Benecke R, Zettl UK. Therapy with intravenous immunoglobulins: complications and side-effects. Eur Neurol. 2003;50(3):172-5.
13. Evans RW, Rolak LA. Migraine versus multiple sclerosis. Headache. 2001, 41(1):97-98.
14. Haas DC, Kent PF, Friedman DI. Headache caused by a single lesion of multiple sclerosis in the periaqueductal gray area. Headache. 1993 Sep; 33(8):452-455.
15. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. Thesis. Copenhagen; Kobenhavns Universitet; 1994.
16. Pareja JA, Ruiz J, de Isla C, et al. Idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). Cephalalgia. 1996;16:93-96.
17. Zakaria A, Graber M, Davis P. Idiopathic stabbing headache associated with Monocular Visual Loss. Arch Neurol. 2000;57:745-746.