

Epizodik paroksizmal hemikrania: Çok kısa ağrı süreli bir olgu

Yardımcı Doç. Dr. Babür Dora
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

İletişim:
Dr Babür Dora
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Nöroloji Anabilim Dalı
Dumlupınar bulvarı, Antalya

Tel: 0-532-2064080
E-mail: bdora@ada.net.tr

Epizodik paroksizmal hemikrania: Çok kısa ağrı süreli bir olgu

ÖZET Altmış yaşında kadın hasta 7 yıldır gelen, günde 10-15 kez tekrarlayan ve birkaç saniye süren daima sağ parietooksipital bölgeye lokalize saplayıcı, zonklayıcı şiddetli baş ağrısı şikayetiyle başvurdu.

Ağrılara daima bulantı, ipsilateral göz kızarıklığı ve bilateral gözkapağı ödemi ve burun tıkanıklığı eşlik ediyordu. Ağrılar bazen aylarca ara verebiliyordu ancak sonrasında aynı patternde tekrar başlıyordu. Hasta indometazin 50 mg/gün'e dramatik cevap verdi ve şikayetleri tamamen geçti.

Anahtar Kelimeler: Epizodik paroksizmal hemikrania, kısa süreli baş ağrıları, indometazin

Episodic paroxysmal hemicrania of unusually short duration

ABSTRACT We present a 60 year old female patient with a 7 year history of bolt-like or throbbing headaches, strictly localised to the right parietooccipital region, which lasted for a few seconds, repeated 10-15 times daily and were accompanied by nausea, unilateral conjunctival

injection and bilateral palpebral edema and nasal congestion. The headaches occurred on a daily basis but sometimes the headaches would disappear for months only to recur in the same pattern again. The headaches dramatically responded to indomethacine 50 mg/day.

Key Words: Episodic paroxysmal hemicrania, short-lasting headaches, indomethacin

GİRİŞ

Son 20 yıl içerisinde çok sayıda yeni baş ağrısı sendromunun tanımlanmasıyla baş ağrılarının sınıflamasında birçok değişiklik yapılmıştır ve bunların pek çoğu hala tartışmalıdır. Uluslararası Baş ağrısı Derneğinin (IHS) sınıflandırmasına veya bugüne kadar tanımlanmış baş ağrısı sendromlarına tam olarak uymayan hastalarda, özellikle de iki ya da daha fazla baş ağrısı tipinin özellikleri birarada ise tanı koymak çok zordur.

Paroksizmal hemikrania ilk kez Sjaastad tarafından 1974'te tanımlanan ve trigeminal otonom sefaljiler başlığı altında sınıflanan bir baş ağrısıdır (1,2). IHS sınıflamasında bu baş ağrısının sadece kronik formu 3.2 olarak kodlanmıştır ancak paroksizmal hemikrania'nın epizodik formu da tanımlanmış ve yeni IHS kriterlerinde yer alması önerilmiştir (3,4). Burada normalden çok kısa ağrı süreli bir epizodik paroksizmal hemikrania vakasını sunuyoruz.

OLGU

Altmış yaşında kadın hasta günde 10-15 kez tekrarlayan ve 5 saniyeden kısa süren çok şiddetli,

saplayıcı ve zonklayıcı tarzda baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bu ağrılar uykuda bile gelebiliyordu. Ağrıları 7 yıldır düzenli olarak her gün gelmekteydi ancak bazen 6 aya varan süreler boyunca kayboluyor ve daha sonra aynı şekilde tekrar ortaya çıkıyordu. Ağrı daima sağ parietooksipital bölgeye lokalizeydi. Bulantı ağrıya eşlik edebiliyordu ancak kusma hiç olmamıştı. Ağrı esnasında ağrıyla birlikte başlayan ve ağrı geçtikten sonra da 20-30 dakika kadar sürebilen sağ gözde kızarıklık ve her iki tarafta göz kapağı ödemi ve burun tıkanıklığı oluyordu. Bu ağrıları için daha önce Naproksen sodyum ve parasetamol denemiş ancak hiçbir sonuç alamamıştı.

Özgeçmişinde 7 yıldır olan hipertansiyon öyküsü ve 5 yıldır hiperkolesterolemi vardı. Bu hastalıklar nedeniyle düzenli olarak 10 mg amlodipin ve 20 mg atorvastatin alıyordu.

Nörolojik muayene normaldi. Rutin laboratuvar incelemelerinde 210 mg/dL'lik kolesterol yüksekliğinin dışında anormal bulgu yoktu. Bilgisayarlı beyin tomografisi, kranial MRG ve EEG normaldi.

Hastanın ağrı süresinin kısa olmasına rağmen

bulgularının epizodik paroksizmal hemikrania'ya daha çok uyduğu düşünülür ve indometazin 2 x 25 mg başlandı. Hasta tedaviye hemen yanıt verdi ve ağrıları kesildi. Hastanın 3. ay sonunda takibinde halen ağrıları yoktu.

TARTIŞMA

Ağrı süresinin saniyelerle sınırlı olduğu birçok baş veya yüz ağrısı sendromu bilinmektedir. Trigeminal veya oksipital nevraljide ağrı çok kısa ancak şiddetli keskin, şimşek çakar tarzdadır. Trigeminal nevralji ile birlikte lakrimasyon, gözde kızarıklık gibi otonom semptomlar olabileceği bildirilmiştir ancak ağrı daima trigeminal duyu sahasına lokalizedir (5,6). Oksipital nevraljide ağrı parietookspital bölgede ortaya çıkar ancak otonom bulgular olmaz. Her iki nevralji de indometazine yanıtızdır. SUNCT sendromunda da ağrı süresi birkaç saniyedir ve beraberinde kranial otonom bulgular görülür. Ancak bu sendromda ataklar çok daha sık gelir ve bazı hastalarda günde 100 atak görülebilir ve ağrı daima daima orbitofrontal bölgeye lokalizedir (2,7,8). Ataklar genellikle gündüzleri görülür ve gece atak olması çok nadirdir (9). Nevraljilere benzer olarak SUNCT sendromunda da tetik noktaları vardır ve ağrı indometazin'e cevap vermez (2,8). İdyopatik saplayıcı baş ağrısı da çok kısa süreli, değişken sıklıkta atakların görüldüğü ve indometazin'e çok iyi cevap veren bir baş ağrısıdır (10). Ağrı çoğunlukla hep aynı bölgeye sınırlı değildir ve ataktan atağa yer değiştirir ve bazen bilateral görülür. İdyopatik saplayıcı baş ağrısı ile birlikte kranial otonom bulgulara rastlanılmamaktadır (10,11).

Küme baş ağrısı da orbito-frontal bölgeye lokalize, hemen daima unilateral olan ve beraberinde unilateral kranial otonom bulguların görüldüğü bir baş ağrısıdır (2). Ancak küme baş ağrısında ağrı atakları çok daha uzun sürer ve günlük ağrı sıklığı çok daha düşüktür (2).

Paroksizmal hemikrania nadir görülen, daima unilateral, kısa ve çok şiddetli baş ağrıları ve beraberinde kranial otonom bulgular ile karakterize bir baş ağrısıdır. Bu baş ağrısının özelliklerinden biri de indometazine verdiği dramatik yanıtıdır (2,4,7). Ağrı genellikle orbital, frontal ve temporal bölgelerde görülür ancak oksipital lokalizasyonlu vakalar da bildirilmiştir

(2,4,7,12). Ataklar günde 3-40 kez gelir ve genelde 1-45 dakika sürer (2,4,7). Ataklara daima ipsi ya da bilateral göz kızarıklığı, burun tıkanıklığı, rinore, ptozis veya gözkapağı ödemi gibi kranial otonom bulgular eşlik eder (2,4,7). Fotofobi ve bulantı ataklarda görülebilir ancak kusma ve fonofobi nadirdir (2). Ataklar gündüz ve gece gelebilir ve REM uykusuyla ilişkili ataklar da bildirilmiştir (7,13). Paroksizmal hemikrania'nın kronik formu 1988'de yayınlanan IHS sınıflamasına dahil edilmiştir ancak epizodik formu daha sonra tanımlanmış ve 2003'te yayınlanması beklenen yeni IHS sınıflamasında yer alması önerilmiştir (3,4).

Hastamızda daima unilateral olan, parietookspital bölgeye lokalize, günde 10 veya daha fazla bir sıklıkta gelen, çok kısa süreli ve kranial otonom bulguların eşlik ettiği bir baş ağrısı vardı. Gerekli incelemelerle organik etyolojiler dışlandı. Ağrı süresinin çok kısa olmasına rağmen diğer klinik özellikler ve indometazine verdiği dramatik yanıt epizodik paroksizmal hemikrania ile uyumluydu.

KAYNAKLAR

- 1) Sjaastad O, Dale I. Evidence for a new(?) treatable headache entity. *Headache* 1974;14:105-108.
- 2) Matharu MS, Goadsby PJ. Trigeminal autonomic cephalgias. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72(Suppl 2):ii19-26.
- 3) Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):10-73.
- 4) Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. *Brain* 1997;120:193-209.
- 5) Goadsby PJ, Matharu MS, Boes CJ. SUNCT syndrome or trigeminal neuralgia with lacrimation. *Cephalalgia* 2001;21:82-83.
- 6) Sesso RM. SUNCT syndrome or trigeminal neuralgia with lacrimation and conjunctival injection?. *Cephalalgia* 2001;21:151-153.
- 7) Newman LC, Goadsby PJ. Unusual primary headache disorders. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio (eds): *Wolff's Headache*, Oxford University Press, Oxford, 7th edition, 2001:310-321.
- 8) Pareja JA, Sjaastad O. SUNCT syndrome. A clinical review. *Headache* 1997;37:195-202.
- 9) Pareja JA, Shen JM, Kruszewski P et al. SUNCT syndrome. Duration, frequency and temporal distribution of attacks. *Headache* 1996;36:161-165.
- 10) Pareja JA, Ruiz J, de Isla C et al. Idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). *Cephalalgia* 1996;16:93-6.
- 11) Raieli V, Eliseo GL, La Vecchia M et al. Idiopathic stabbing headache in the juvenile population: a clinical study and review of the literature. *J Headache Pain* 2002;3:21-25.
- 12) Dodick DW. Extratrigeminal episodic paroxysmal hemicrania. Further clinical evidence of functionally relevant brain stem connection. *Headache* 1998;38:794-8.
- 13) Newman LC, Lipton RB, Solomon S. Episodic paroxysmal hemicrania: 3 new cases and a review of the literature. *Headache* 1993;33:195-197.

